

2 0 2 1

Santé Info Droits PRATIQUE — D.7 —

SANTÉ ET TRAVAIL

LES CONTRATS DE GROUPE OBLIGATOIRES

DE QUOI
S'AGIT-IL ?

Dans le cadre de leur activité professionnelle, les salariés peuvent bénéficier d'une protection complémentaire au régime général de Sécurité sociale.

Cette protection peut concerner aussi bien la partie relative à la prise en charge des frais de santé que celle portant sur l'indemnisation complémentaire des arrêts maladie, de l'invalidité et parfois même du décès (aussi appelé prévoyance).

Ces contrats de groupe existent sous deux formes : ils peuvent être obligatoires ou facultatifs.

Cette caractéristique décrit la faculté pour le salarié d'adhérer ou non au contrat de groupe de son entreprise. Cette fiche ne développera que la problématique des contrats de groupe à adhésion obligatoire.

Les contrats de groupe obligatoires comportent un certain nombre d'avantages pour les salariés par rapport à un contrat individuel et notamment :

- la prise en charge d'une partie des cotisations par l'employeur ;
- l'interdiction d'exclure individuellement des salariés en raison de leur état de santé ;
- le maintien temporaire des garanties à l'issue du contrat de travail (cf. Fiche Santé Info Droits Pratique D.7.1 sur la portabilité).

De plus, en ce qui concerne les complémentaires santé, la loi prévoit les garanties minimales qui doivent être incluses dans ces contrats (articles L911-7, R871-2 et D911-1 à D911-8 du Code de la Sécurité sociale) :

- l'intégralité du ticket modérateur à l'exception des médicaments dont le service médical rendu est classé comme modéré ou faible, des spécialités homéopathiques, des soins thermaux ;
- le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- les frais exposés, en sus de ceux pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement (Cf liste et montants à l'article D911-1 du Code de la Sécurité sociale).

Ne sont en revanche jamais pris en charge, dans le cadre de ce type de contrats, les franchises et participations forfaitaires. Ces contrats répondent en effet aux critères des contrats responsables et solidaires. Sur ce point, cf. Fiche Santé Info Droits Pratique [C.2.1. Les complémentaires santé : les contrats responsables et solidaires](#).

CE QU'IL FAUT SAVOIR

1

LES EXCEPTIONS À L'ADHÉSION OBLIGATOIRE AU CONTRAT DE GROUPE

Seuls les salariés peuvent demander à bénéficier d'une exception à l'adhésion obligatoire et uniquement pour la couverture complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Ces exceptions sont listées limitativement par la loi (articles L911-7 et D911-2 du Code de la Sécurité sociale) :

- Les salariés en contrat à durée déterminée (CDD) ou en contrat de mission dont la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire est inférieure à 3 mois sous réserve de justifier du bénéfice d'une couverture complémentaire autre ;
- Les salariés bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire qui remplace la CMU-C et l'ACS (cette dispense vaut tant que le salarié est couvert par ce dispositif) ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle **de frais de santé** au moment de l'embauche ou de la mise en place des garanties. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- Les personnes qui bénéficient, pour les mêmes risques, pour eux-mêmes ou en tant qu'ayants droit, de prestations servies **dans le cadre d'un autre emploi** au titre :
 - d'un dispositif complémentaire obligatoire s'adressant aux salariés ;
 - des dispositions du décret du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels s'adressant aux agents ou retraités de la fonction publique ;
 - des dispositions des contrats Madelin ;
 - des prestations versées par le régime d'Alsace-Moselle ;
 - des prestations versées par le régime complémentaire de la CAMIEG (Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières).

Par ailleurs, certaines autres exceptions sont autorisées à **la condition qu'elles soient prévues expressément dans l'acte instituant le contrat de groupe** (articles R242-1-6 et D911-4 du Code de la Sécurité sociale) :

- Les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée (CDD) au moins égale à 12 mois et bénéficiaires d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Les salariés et apprentis en CDD ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois (sans avoir à justifier d'une couverture complémentaire par ailleurs) ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. Enfin, en ce qui concerne plus particulièrement **les salariés déjà en poste** et si le contrat de groupe est mis en place à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin) dispose que les salariés déjà en poste ne peuvent être contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

2

L'ACCÈS AU CONTRAT DE GROUPE OBLIGATOIRE DES PERSONNES RENCONTRANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Dans ce type de contrats, les mutuelles, instituts de prévoyance et assurances ne peuvent ni refuser individuellement des salariés en raison de leur état de santé ou ni prévoir des clauses qui excluraient les suites de pathologies s'étant manifestées antérieurement à la signature du contrat (voir sur ce sujet, Fiches C.2.1 et E.1 Santé Info Droits Pratique).

Ainsi, l'assureur ne peut opérer de sélection individuelle : soit il

garantit tous les salariés de l'entreprise, soit il n'assure personne.

Attention ! Ce dispositif ne fait pas obstacle à la présentation de questionnaires de santé permettant à l'assureur d'évaluer le risque d'un point de vue collectif.

Cela peut entraîner des difficultés de mise en place d'un contrat de groupe au sein d'entreprise comportant peu de salariés. La loi ne prévoit actuellement aucune solution à cette difficulté.

LES POSSIBILITÉS DE RÉSILIATION ANTICIPÉE DES CONTRATS INDIVIDUELS EN RAISON DE L'ADHÉSION OBLIGATOIRE

Les conditions de résiliation sont prévues contractuellement. Néanmoins, les articles L221-17 du Code de la mutualité et L113-16 du Code des assurances prévoient les situations pour lesquelles la résiliation anticipée du contrat est possible, sans avoir à respecter les conditions imposées par l'organisme :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

L'hypothèse d'une adhésion à un contrat de groupe obligatoire n'est pas listée explicitement.

Cependant, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque le contrat a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure au changement concerné et qui ne se retrouvent plus dans la situation nouvelle.

Ces dispositions, et notamment le changement de profession, semblent pouvoir ainsi être utilisées pour demander la résiliation anticipée de son contrat.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend alors effet un mois après réception de sa notification.

POINT DE VUE

Si ce dispositif a permis d'alléger le taux d'effort de certains salariés pour accéder à la complémentaire santé, il pose toutefois plusieurs problèmes :

- Tout d'abord, de nombreuses personnes sont exclues de ce dispositif. C'est notamment le cas des travailleurs à domicile employés par des particuliers, des retraités, des chômeurs de plus d'un an (ne bénéficiant plus de la portabilité des droits) et des étudiants. Pourtant, ces personnes font partie des populations se trouvant souvent en situation de vulnérabilité. Par ailleurs, comme décrit précédemment, des difficultés d'accès à l'assurance peuvent subsister dans les petites structures.
- Du fait des garanties minimales prévues par les textes, le risque d'abaissement des niveaux de couverture, par rapport

à la situation antérieure des salariés adhérant à des contrats de groupe, est réel et pourrait donner lieu à l'émergence, sur le marché de la complémentaire santé, à de nouveaux produits payants destinés à assurer les risques non couverts par les contrats de groupe, ce qu'on appelle des sur-complémentaires..

- En « généralisant » la complémentaire santé à l'ensemble des salariés, les pouvoirs publics reconnaissent et entérinent l'importance de la place des complémentaires santé dans la prise en charge des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Cette stratégie présente un risque pour la couverture solidaire et égalitaire des risques en santé que seule la Sécurité sociale peut garantir.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles L911-7 et L911-8 du Code de la Sécurité sociale
- Articles D911-1 à D911-8 du Code de la Sécurité sociale

- Article R242-1-6 du Code de la Sécurité sociale
- Article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989



EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



Fiche C.2.1. [Complémentaire Santé : les contrats responsables et solidaires](#)

Fiche D.7.1. [La portabilité des contrats de groupe](#)

EVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>