

LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

Cette garantie couvre l'incapacité temporaire de travail ainsi que l'invalidité. Elle a pour but d'indemniser, pendant une période déterminée ou de façon permanente, le salarié qui interrompt son activité à la suite d'une maladie ou d'un accident, en complément de ce qu'il perçoit de son employeur et/ou de la Sécurité sociale.

QUELQUES DÉFINITIONS

■ Incapacité temporaire partielle (ITP)

l'assuré est gêné dans son travail mais peut, toutefois, continuer à exercer une activité lui permettant de subvenir à ses besoins, ceci pour une période a priori jugée courte par l'autorité médicale ;

■ Incapacité temporaire totale (ITT)

l'assuré est incapable de se livrer à son travail habituel et ceci pour une période a priori jugée courte par l'autorité médicale ;

■ Invalidité permanente partielle (IPP)

l'assuré est gêné dans son travail mais peut, toutefois, continuer à exercer une activité lui permettant de subvenir à ses besoins, ceci pour une période indéterminée, la guérison restant toujours possible (il s'agit dans ce cas d'une invalidité de 1^{ère} catégorie Sécurité sociale, soit un taux d'incapacité inférieur à 66%) ;

■ Invalidité permanente totale (IPT)

l'assuré est incapable de se livrer à un quelconque travail, ceci pour une période indéterminée, la guérison restant toujours possible (il s'agit d'un invalide de 2^e ou 3^e catégorie Sécurité sociale, soit un taux d'incapacité supérieur à 66%).

La Sécurité sociale classe les personnes en état d'invalidité en trois catégories :

- invalides capables d'exercer une activité rémunérée (1^{ère} catégorie) ;
- invalides incapables d'exercer une profession quelconque (2^e catégorie),
- invalides étant incapables d'exercer une profession et obligés d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (manger, se vêtir, se laver = 3^e catégorie).

OBLIGATION LÉGALE DE L'EMPLOYEUR

MAINTIEN DE SALAIRE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Si le salarié se trouve en incapacité totale de travail, il existe une obligation légale de l'employeur de payer le salarié en complément des prestations versées par la Sécurité sociale. L'entreprise est toutefois libre d'améliorer cette indemnisation, au-delà de son obligation légale, dans le cadre de son contrat de prévoyance.

Celle-ci a pour origine la loi de mensualisation n° 78-49 du 19 janvier 1978 qui a rendu obligatoires les dispositions de l'accord interprofessionnel du 10 décembre 1977 prévoyant notamment, le maintien de la rémunération en cas de maladie ou d'accident. Cette loi est dite « de mensualisation ». Les organismes de prévoyance peuvent prendre en charge cette obligation des employeurs.

Plus récemment, l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, transposé dans la loi du 26 juin 2008, a assoupli les critères ouvrant droit au versement de l'indemnité conventionnelle de la maladie en cas d'arrêt de travail.

Ainsi, pour tous les salariés du secteur privé, dès lors que le salarié a plus d'un an d'ancienneté (articles L. 1226-1 et D. 1126-2 du Code du travail) l'entreprise doit lui verser au premier jour d'absence :

- pendant les 30 premiers jours : 90 % de la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler ;
- pendant les 30 jours suivants : 66,66 % (deux tiers) de cette rémunération.

Cette durée est augmentée de 10 jours d'indemnisation par tranche entière de 5 ans d'ancienneté, sans pouvoir au total dépasser 90 jours.

Pour l'appréciation de l'ancienneté, toutes les périodes passées dans la même entreprise dans le cadre d'un contrat de travail (C.D.I., C.D.D., contrat d'apprentissage, contrat d'alternance, intérim...) sont prises en compte.

Il est appliqué une franchise de 7 jours en cas d'arrêt de travail (article D. 1226-3 du Code du travail) consécutif à une maladie ou un accident de la vie courante. En revanche, en cas d'arrêt consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, l'indemnisation démarre à compter du premier jour d'arrêt.

Cette garantie s'entend déduction faite des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et des allocations versées par les régimes complémentaires de prévoyance (pour la part des prestations issue des versements de l'employeur).

Ces dispositions s'imposent à tous les employeurs à minima et doivent être combinées avec les accords de branche, conventions collectives et accords d'entreprises, qui peuvent en améliorer les dispositions. C'est ainsi qu'un grand nombre de conventions collectives prévoient un maintien intégral du salaire, pendant une durée variable en fonction de l'ancienneté du salarié.

Sous réserve de dispositions conventionnelles plus favorables, les nouvelles durées d'indemnisation s'établissent comme indiqué dans le tableau ci-après :

Ancienneté comprise entre	Indemnisation à 90 %	Indemnisation à 66,66 %	Durée totale d'indemnisation
1 et 6 ans	30 jours	30 jours	60 jours
6 et 11 ans	40 jours	40 jours	80 jours
11 et 16 ans	50 jours	50 jours	100 jours
16 et 21 ans	60 jours	60 jours	120 jours
21 et 26 ans	70 jours	70 jours	140 jours
26 et 31 ans	80 jours	80 jours	160 jours
31 ans et plus	90 jours	90 jours	180 jours

La durée totale de l'indemnisation ne peut dépasser celle figurant dans ce tableau au cours d'une période de 12 mois. En cas d'épuisement des droits, le salarié ne peut à nouveau être indemnisé qu'après une reprise effective du travail.

Dans une circulaire du 1^{er} septembre 1980, l'administration a souligné que l'employeur reste libre de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur pour prendre en charge son obligation résultant de la loi de mensualisation.

Mais, si le contrat ne prévoit que le versement des indemnités minimales imposées par la loi, il devra être financé exclusivement par des cotisations employeur. Si le contrat de prévoyance prévoit une indemnisation plus importante (montant plus élevé ou durée plus longue), le contrat pourra alors être également financé par des cotisations salariés.

L'employeur peut donc offrir à ses salariés une garantie de maintien du salaire, partiellement ou intégralement, pendant une durée qui sera déterminée par le contrat et qui peut être variable en fonction de l'ancienneté. Le montant de la cotisation d'assurance sera tarifé en fonction de la garantie accordée.

Il est déconseillé de prévoir que le contrat d'assurance prenne en charge 100 % du salaire brut, tout d'abord pour que le salarié ne perçoive pas plus en arrêt de travail qu'en activité (en effet, le montant des cotisations sociales est inférieur dans ce cadre, les indemnités journalières de Sécurité Sociale étant exonérées de cotisations sociales), ensuite pour que l'employeur ne soit pas totalement déchargé financièrement de sa responsabilité dans l'absentéisme de son personnel.

Participation patronale au financement du maintien de salaire

Dans plusieurs arrêts du 23 novembre 2006, la cour de cassation a précisé la nature des primes versées par les entreprises à des organismes assureurs en vue d'assumer l'obligation de maintien de salaire qui lui incombe en application de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 rendu obligatoire par la loi de mensualisation du 19 janvier 1978 ou en vertu d'une disposition d'un accord collectif ayant le même objet.

Ces primes ne constituent pas des contributions au financement de régimes de prévoyance instituant des garanties complémentaires au profit des salariés. En effet, ces primes n'ont pas pour objet de conférer un avantage supplémentaire au salarié. Elles ne doivent donc pas entrer dans l'assiette de la CSG et de la CRDS.

En conséquence, la Direction de la Sécurité sociale, par circulaire du 23 février 2007, précise que ces primes :

- ne doivent pas être prises en compte pour apprécier les limites d'exonération de cotisations sociales ;
- ne doivent pas être assujetties à CSG et CRDS ;
- ne sont pas assujetties à la taxe de 8 % prévue à l'article L137-1 du code de la Sécurité sociale

Seule la part de la contribution finançant les indemnités journalières pendant la durée fixée par la loi de mensualisation ou l'accord collectif est exonérée.

Circulaire DSS/5B/2007/77 du 23 février 2007

Circulaire ACOSS 2007-058 du 19 mars 2007

Circulaire ACOSS 2011-36 du 24 mars 2011 QR52

LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Lorsque le salarié est dans l'incapacité de travailler, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il est indemnisé par la Sécurité sociale. Il perçoit une indemnité journalière.

Dans le cadre de son obligation légale (loi de mensualisation), l'employeur est tenu de maintenir la rémunération du salarié en cas d'arrêt de travail dû à une maladie ou à un accident. Le montant et la durée du maintien de salaire varie en fonction de l'ancienneté du salarié.

Cette obligation légale, peut être renforcée par une obligation conventionnelle. En effet de nombreuses conventions collectives imposent aux employeurs de maintenir tout ou partie de la rémunération de leurs salariés pendant les périodes d'arrêt de travail dû à une maladie ou à un accident au-delà du maintien légal prévu par la loi de Mensualisation.

Le contrat de prévoyance complémentaire a alors pour objet d'assurer au salarié un revenu, en complément des indemnités versées par la Sécurité sociale et/ou son employeur.

L'employeur peut transférer à l'organisme assureur son obligation de maintien de salaire prévue par les accords de mensualisation et les obligations conventionnelles.

Deux facteurs entrent en ligne de compte dans la définition de la garantie : la franchise et le niveau de la prestation.

La franchise

La franchise correspond à la période pendant laquelle le régime n'intervient pas. Elle peut être exprimée de différentes manières :

■ la franchise fixe

la franchise fixe correspond au nombre de jours continus pendant lesquels le régime n'intervient pas ;

■ la franchise discontinue

la franchise discontinue prend en compte tous les jours d'arrêt de travail sur une période donnée (les 12 derniers mois d'activité par exemple). L'indemnisation intervient au-delà du nombre de jours fixés ;

■ la franchise relative

la franchise relative permet le versement des prestations dès que la durée de l'arrêt de travail dépasse x jours avec rétroactivité au $n^{\text{ième}}$ jour, avec n inférieur à x ;

Exemple : À partir de 30 jours d'arrêt, versement rétroactif à compter du 10^e jour.

■ la franchise variable

la franchise variable prend en compte l'ancienneté du salarié, son statut. C'est le cas des régimes qui interviennent en relais des conventions collectives.

Le niveau de la prestation

La prestation peut être exprimée sous deux formes :

- en “chapeau” des prestations de la Sécurité sociale ;

Exemple : 80% du salaire de base sous déduction des prestations légales

- en complément de celui-ci, déterminé de façon indépendante.

Une formule chapeau peut aussi prendre en compte les obligations de l'employeur (imposées par la Loi de Mensualisation).

Exemple

Indemnisation à hauteur de 80 % du salaire de base, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et des prestations conventionnelles.

Dans le cadre d'une incapacité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le montant de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale est supérieur à celui versé dans les autres cas d'incapacité. Dans ce cas, le montant versé par l'organisme complémentaire est réduit d'autant, pour éviter que le revenu total du salarié en arrêt de travail soit supérieur à celui qu'il aurait perçu en activité.

Rémunération prise en compte

La rémunération du salarié assuré prise en compte pour le calcul des prestations versées par l'organisme complémentaire est librement définie dans le contrat d'assurance.

Elle peut être :

- le montant total de la rémunération brute perçue par le salarié au cours des 12 mois précédant son arrêt de travail (ou le montant de son dernier salaire mensuel multiplié par 12) ;
- le montant de sa rémunération de base, excluant toutes les primes exceptionnelles qu'il aurait pu percevoir au cours des 12 derniers mois ;
- une base forfaitaire (exprimée le plus souvent en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale).

Durée de versement de la prestation

Le paiement est lié au maintien de l'état d'incapacité totale de travail et la durée d'indemnisation est en général limitée (souvent à 3 ans) ou fixée jusqu'au moment de l'état d'incapacité permanente et donc d'invalidité par la Sécurité sociale, ou jusqu'au moment de la liquidation de retraite du salarié. En tout état de cause, la limite est souvent 65 ans.

Revalorisation

Les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale sont revalorisées périodiquement.

Les indemnités versées par l'organisme assureur peuvent également être revalorisées, à des périodes parfois différentes, en fonction d'un indice déterminé dans le contrat (point UNIRS, point AGIRC, pourcentage d'évolution du plafond de la Sécurité sociale,...).

Résiliation du contrat

En application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation du contrat collectif est sans effet sur le versement des prestations immédiates. Autrement dit, l'organisme assureur doit poursuivre le versement des prestations dues aux salariés en arrêt de travail lors de la résiliation du contrat collectif.

INVALIDITÉ PERMANENTE

L'assuré se trouve alors dans l'impossibilité physique définitive d'exercer une activité professionnelle. Il peut également, dans certains cas, se trouver aussi dans l'incapacité d'accomplir seul les actes de la vie courante.

On parle souvent, dans ce cas, d'invalidité et un taux, dit taux d'invalidité, définit la gravité de l'incapacité permanente et si elle est totale ou partielle.

■ Invalidité permanente partielle (IPP)

L'assuré est gêné dans son travail mais peut, toutefois, continuer à exercer une activité lui permettant de subvenir à ses besoins, ceci pour une période indéterminée, la guérison restant toujours possible (il s'agit dans ce cas d'une invalidité de 1^{ère} catégorie Sécurité sociale, soit un taux d'incapacité inférieur à 66 %) ;

■ Invalidité permanente totale (IPT)

L'assuré est incapable de se livrer à un quelconque travail, ceci pour une période indéterminée, la guérison restant toujours possible (il s'agit d'un invalide de 2^e ou 3^e catégorie Sécurité sociale, soit un taux d'incapacité supérieur à 66 %).

La Sécurité sociale classe les personnes en état d'invalidité en trois catégories :

- invalides capables d'exercer une activité rémunérée (1^{ère} catégorie) ;
- invalides incapables d'exercer une profession quelconque (2^e catégorie) ;
- invalides étant incapables d'exercer une profession et obligés d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (manger, se vêtir, se laver = 3^e catégorie).

L'état d'invalidité peut être constaté après consolidation de l'état médical de l'assuré, ou bien à l'expiration du paiement des indemnités journalières.

La définition de l'invalidité par le contrat est très importante. Lorsqu'elle n'existe pas, on se réfère en général à la définition donnée par la Sécurité sociale.

Il est nécessaire, par exemple, de définir si l'on indemnise seulement l'invalidité totale, ou bien seulement l'invalidité fonctionnelle, ou bien encore seulement l'incapacité professionnelle.

L'assureur peut exclure les maladies ayant une cause antérieure à l'entrée en vigueur du contrat, mais il faut alors l'exprimer précisément dans le contrat (contrat groupe facultatif ou individuel).

La garantie de l'incapacité permanente se matérialise par le paiement d'une rente, en général trimestrielle.

Le paiement de cette rente, qui peut venir en complément de la rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale, cesse à la liquidation de retraite du salarié assuré.

La rente est souvent définie en pourcentage du dernier salaire, déduction faite de la rente d'invalidité payée par la Sécurité sociale.

Le montant de la pension d'invalidité, en général fixé en pourcentage du taux d'invalidité accordé par la Sécurité sociale, peut être revu (à la hausse comme à la baisse), si l'état santé du salarié se modifie.

Revalorisation

Le montant de cette rente peut également être revalorisé. C'est le contrat d'assurance qui prévoira les modalités de cette revalorisation.

Résiliation du contrat

En application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation du contrat collectif est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention

Autrement dit, l'organisme assureur doit maintenir le versement de la rente d'invalidité au cas de résiliation du contrat collectif.

Selon la jurisprudence, le salarié ne perd pas le bénéfice de la rente due en cas d'invalidité même si la reconnaissance d'invalidité par la Sécurité sociale n'intervient qu'après la résiliation du contrat. (Soc., 16 janv. 2007, n° 05-43.434 ; Civ. 1^{re}, 2 oct. 2002, n° 99-14.298 ; Soc., 18 mars 2003, n° 01-41.669 ; Civ. 1^{re}, 16 déc. 2003, n° 02-14.731).

Dans un arrêt du 19 juin 2008 (Cass. 2^e civ n° 07-16.579) l'organisme assureur a été condamné à garantir une invalidité constatée postérieurement à la rupture du contrat de travail, mais consécutive à une maladie survenue pendant la période d'affiliation.

La prestation due au titre de l'invalidité constitue une prestation différée dès lors que la maladie à l'origine du classement en invalidité a débuté pendant la période de validité du contrat groupe.

2^e Civ. 03 mars 2011, pourvoi n° 09-14.989 Bull. 2011, II, n° 55,

Le principe est que l'organisme assureur a l'obligation de maintenir les prestations liées à un fait générateur apparu au cours d'une période où le contrat de prévoyance collective était en cours, malgré la résiliation ou le non-renouvellement de ce contrat.

Une difficulté pratique, et un contentieux de plus en plus important, sont apparus en raison de l'existence d'une apparente incompatibilité entre cet article 7 et l'article 2 de la même loi (lequel concerne les contrats à adhésion obligatoire), qui dispose que « lorsque des salariés sont garantis collectivement [...] contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, l'organisme qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention [...] ».

En effet, dans l'hypothèse d'une invalidité reconnue postérieurement à la date de résiliation d'un premier contrat, mais trouvant son origine dans une maladie ou un accident survenu antérieurement, l'assureur « résilié » et le « nouvel » assureur se renvoient fréquemment la responsabilité de la prise en charge du sinistre, le premier invoquant l'article 2 – l'invalidité constituant alors la suite d'un état pathologique survenu antérieurement à la souscription du nouveau contrat d'assurance – et le second assureur invoquant l'application de l'article 7 de la loi – l'invalidité constituant selon lui une prestation différée au sens de ce texte.

Dans un arrêt de principe du 16 janvier 2007 (dit « arrêt Mozet », pourvoi n° 05-43.434, Bull. 2007, V, n° 7), rendu au visa des deux articles 2 et 7 de la loi Evin, la chambre sociale a précisé la notion de prestation différée relevant de l'exécution du premier contrat de prévoyance, en qualifiant ainsi la rente annuelle due en cas de reconnaissance d'incapacité à la fonction, dans une espèce où cette reconnaissance était intervenue plus de deux ans après l'arrêt de travail pour maladie, et où le salarié, qui avait jusqu'alors perçu des indemnités journalières en vertu d'un premier contrat de prévoyance, s'était vu refuser le bénéfice de cette rente au motif qu'un second contrat de prévoyance avait entre-temps remplacé le premier contrat et ne prévoyait pas une telle rente.

Cette décision, dont le Rapport annuel 2007 souligne qu'elle « s'inscrit dans la continuité d'une jurisprudence convergente de la Cour de cassation [depuis l'arrêt de la première chambre civile du 2 octobre 2002] (voir notamment : 1^{re} Civ., 2 octobre 2002, pourvoi n° 99-14.298, Bull. 2002, I, n° 224 ; Soc., 18 mars 2003, pourvoi n° 01-41.669) », a été étendue au cas de reconnaissance de l'invalidité par la deuxième chambre civile et confirmée à de nombreuses reprises.

L'arrêt du 3 mars 2011 ici commenté apporte une précision supplémentaire dans la même continuité, pour les cas – jusqu'alors non encore soumis à l'examen de la Cour de cassation – où se succèdent deux contrats de prévoyance, qui, souscrits auprès de deux opérateurs distincts, ne recouvrent pas les mêmes garanties, et où aucune prestation n'avait été servie par le premier opérateur avant la résiliation de son contrat.

La deuxième chambre civile a ainsi dit qu'en l'absence de prestations dues pendant la durée d'application du premier contrat, l'article 7 de la loi Evin n'était pas applicable. Elle a donc approuvé la cour d'appel qui, ayant constaté, d'abord, qu'un employeur avait conclu un contrat d'assurance collective afin de faire bénéficier ses adhérents d'une rente en cas d'invalidité et d'une pension en cas d'incapacité, avant de le résilier et d'en souscrire un autre auprès d'un second assureur, puis, que ce premier contrat ne garantissait que l'invalidité donnant lieu à une rente et l'incapacité donnant lieu à pension, dans l'hypothèse où elles étaient constatées pendant l'exécution du contrat, et ne garantissait pas le risque maladie ou accident, ensuite, que plusieurs bénéficiaires avaient sollicité le paiement d'une rente invalidité, après la résiliation du premier contrat, avait retenu que le premier assureur n'avait pas versé de prestations à ces adhérents avant la résiliation de son contrat, pour en déduire exactement que l'article 7 de la loi Evin n'était pas applicable et que les invalidités de ces adhérents, qui avaient été constatées lors de l'exécution du second contrat, devaient être prises en charge par le second assureur.

