

Mémo de l'actualité

législative, réglementaire et jurisprudentielle

Avril 2021

SOMMAIRE

Cliquez sur les titres pour atteindre les articles correspondants

LÉGISLATIF/RÉGLEMENTAIRE

LE NOUVEAU BULLETIN OFFICIEL DE LA SECURITE SOCIALE	P.3
LA PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS DES PSYCHOLOGUES PAR LA SECURITE SOCIALE	P.4
LA REFORME DU COURTAGE ENTRE EN VIGUEUR	P.5
LE BILAN DE LA RELATION DE CONFIANCE	P.7
LE REGIME DES ARRETS DE TRAVAIL DEROGATOIRES	P.9
LISIBILITE DES GARANTIES	P.10

LA JURISPRUDENCE

CA COLMAR, 15 MARS 2021, N° 18/01686 : PORTABILITE ET LIQUIDATION JUDICIAIRE, VERS UN ASSOUPPLISSEMENT DE LA JURISPRUDENCE DES COURS D'APPEL ?	P.11
CASS. SOC., 24 MARS 2021, N° 19-15.920 : PRECISIONS SUR LA DENONCIATION D'UN ACCORD COLLECTIF EN CAS DE FUSION	P.12

LÉGISLATIF/RÉGLEMENTAIRE

LE NOUVEAU BULLETIN OFFICIEL DE LA SECURITE SOCIALE (BOSS)



POUR MÉMOIRE

À l'instar du Bulletin Officiel des Finances Publiques (BOFIP) qui rassemble toute la doctrine administrative fiscale, c'est au tour du **Bulletin Officiel de la sécurité sociale (BOSS)**, qui regroupe toute la doctrine administrative en matière de sécurité sociale, d'être mis en ligne.

Le **BOSS** est une base documentaire gratuite et unique proposée par la Direction de la sécurité sociale et l'URSSAF. Il rassemble toute la réglementation et les commentaires de l'Administration en matière de cotisations et contributions de sécurité sociale depuis le 8 mars 2021 sur le site <https://boss.gouv.fr/>.

Son contenu est **opposable à l'Administration** par les administrés, à compter 1^{er} avril 2021.

EN PRATIQUE

Attention : les circulaires et instructions déjà publiées restent en vigueur tant que de nouveaux textes ayant le même objet ne sont pas publiés dans le BOSS.



À RETENIR

I – Thématiques

Le BOSS regroupe l'ensemble de la réglementation de la sécurité sociale sous les thématiques suivantes :

- Assiette générale (base de calcul à retenir pour les cotisations et contributions sociales) ;
- Allègements généraux (dispositif général d'exonération sociale) ;
- Exonérations zonées (exonérations liées à la situation géographique de l'entreprise) ;
- Protection sociale complémentaire (financement de l'employeur à des régimes de prévoyance et de retraite) ;
- Avantages en nature et frais professionnels (régime social des avantages en nature et frais professionnels) ;
- Indemnités de rupture (régime social des sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail) ;
- Mesures exceptionnelles (mesures exceptionnelles et dispositifs temporaires).

Il se substituera progressivement aux diverses circulaires et devrait présenter toute l'actualité réglementaire en matière de sécurité sociale.

II – Objectifs

La mise en ligne de ce nouvel outil s'inscrit dans la logique du **renforcement du lien de confiance** entre les administrés et l'Administration avec les objectifs suivants :

- Assurer une plus grande **sécurité juridique** pour les employeurs, les experts et les cotisants ;
- Garantir une meilleure **accessibilité et intelligibilité** du droit pour les organismes et experts du domaine du recouvrement ;
- Faciliter la **mise à jour** en temps réel de la doctrine administrative.

RÉFÉRENCES

- <https://boss.gouv.fr/>
- Arrêtés du 30 et 31 mars 2021 relatif à la mise à disposition des instructions et circulaires publiées au Bulletin officiel de la sécurité sociale (JORF n°0077 du 31 mars 2021 et n°0078 du 1^{er} avril 2021)
- Bilan de la relation de confiance du 8 mars 2021
- Communiqué de presse, Ministère des Solidarités et de la Santé du 8 mars

LA PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS DES PSYCHOLOGUES PAR LA SECURITE SOCIALE



POUR MÉMOIRE

Jusqu'à présent, la sécurité sociale ne remboursait pas les consultations des assurés avec des psychologues. Cependant, en lien avec la pandémie de Covid-19, il a été proposé une prise en charge de ces consultations, par le régime de base, selon certaines modalités. D'ores et déjà, il a été prévu **un remboursement au 1^{er} euro, pour 4 séances de psychologues, sur « orientation médicale », dans la limite de 60 € par séance.**

Les institutions représentatives des organismes assureurs (FFA, CTIP et FNMF) ont engagé plusieurs réunions de travail en vue de définir le rôle des OCAM dans cette nouvelle proposition. L'idée est également d'établir un « **Guide de recommandations** » pour la prise en charge de ces consultations.

EN PRATIQUE

Le Groupe Malakoff Humanis vient d'annoncer la prise en charge de 4 consultations de 60 euros chacune, ayant eu lieu depuis le 22 mars 2021 et, ce, en complément des médecines dites « additionnelles » prévues dans nos contrats.



À RETENIR

Ce Guide aurait pour objectif de préciser les modalités de prise en charge des OCAM dont, notamment :

- Les bénéficiaires, c'est-à-dire l'ensemble des personnes couvertes par un contrat d'assurance complémentaire santé ;
- Les professionnels concernés, c'est-à-dire les psychologues cliniciens disposant d'un numéro ;
- La date d'entrée en vigueur, puisque la mesure porterait sur les demandes de remboursement datées entre le 22 mars 2021 et le 31 décembre 2021, avec un paiement avant le 1er juillet pour les premières demandes ;

Il est proposé que la consultation ou téléconsultation se fasse sur « orientation » du médecin traitant ou d'un autre médecin comme le pédiatre par exemple.

RÉFÉRENCES

Proposition d'un « Guide de recommandations », FFA-CTIP-FNMF

Pour aller plus loin :

Pour rappel, la plupart des contrats Malakoff Humanis prévoient un forfait annuel, par assuré, pour les « médecines additionnelles », lesquelles comprennent les ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, psychomotriciens... en plus des psychologues.

Rendez-vous sur votre espace assuré, pour découvrir le partenariat entre MALAKOFF HUMANIS et MEDOUCINE, afin d'identifier et de choisir les professionnels de ces « médecines additionnelles ».

LA REFORME DU COURTAGE ENTRE EN VIGUEUR



POUR MÉMOIRE

Les dispositions de l'article 207 de la loi PACTE, qui prévoyaient la création d'associations représentatives à adhésion obligatoire pour les courtiers en assurance, avaient été censurées par le Conseil constitutionnel lors de l'adoption de cette loi. Elles ont, depuis, été reprises dans une proposition de loi publiée le 14 janvier 2020. Le 10 mars 2021, la commission mixte paritaire a enfin adopté le texte portant réforme du courtage. La loi relative à la réforme du courtage de l'assurance et du courtage en opérations de banque et en services de paiement a été définitivement adoptée le 1er avril 2021. Ce texte entrera en vigueur le 1er avril 2022, étant précisé que plusieurs décrets d'application sont attendus.



À RETENIR

I – Dispositions relatives à la mise en place de l'ORIAS

Le texte adopté par la commission mixte paritaire, prévoit les points suivants, avec une modification du code des assurances :

- L'adhésion à une association professionnelle chargée du suivi de l'activité et de l'accompagnement de ses membres qui pourra proposer un service de médiation, d'accompagnement et d'observation de l'activité et des pratiques professionnelles ;
- L'association devra répondre à la demande d'adhésion dans un délai de 2 mois à compter de la réception du dossier ;
- L'association devra établir par écrit et faire approuver à l'ACPR les règles qu'elle s'engagera à mettre en œuvre pour procéder à la vérification des conditions d'accès à l'activité de courtier, société de courtage ou mandataire, la perte de qualité et les éventuelles sanctions qu'elle peut prendre à l'encontre de ses membres ;
- L'association pourra sanctionner par le biais de blâmes et avertissements, prononcer le retrait de la qualité de membre de tout courtier, société de courtage ou mandataire qui ne remplirait plus les conditions d'adhésion, les engagements auxquels était subordonnée son adhésion ou n'aurait pas commencé son activité dans un délai de 12 mois à compter de son adhésion ;
- Les courtiers ou les sociétés de courtage d'assurance ou leurs mandataires devront informer l'association de toute modification des informations les concernant et de tout fait pouvant avoir des conséquences sur leur qualité de membre de l'association.

EN PRATIQUE

Le texte portant sur la réforme du courtage entrera en vigueur le 1^{er} avril 2022

RÉFÉRENCES

- *Texte de la commission sur la proposition de loi, modifiée par le Sénat, relative à la réforme du courtage de l'assurance et du courtage en opérations de banque et en services de paiement (n° 3889), n° 442*
- *Proposition de loi n° 2581 relative à la réforme du courtage de l'assurance et du courtage en opérations de banque et en services de paiement*

II – Dispositions relatives au démarchage téléphonique

Sera également inséré dans le code des assurances, l'article L.112-22, sur le démarchage téléphonique. Cet article précise qu'avant toute poursuite des communications téléphoniques, **le distributeur devra s'assurer de recevoir le consentement du souscripteur après l'en avoir informé.**

Dans le cas où le souscripteur désapprouverait les conditions de vente, le distributeur devra s'abstenir de le recontacter.

Ce nouvel article **interdira expressément la souscription d'un contrat au cours d'un appel téléphonique** et moins de 24 heures après la réception des documents et informations.

Ce même article ajoute une nouvelle obligation d'enregistrement des appels et de leur conservation durant une période de deux années.

L'ACPR se réservera le droit de contrôler le respect de ces obligations.

LE BILAN DE LA RELATION DE CONFIANCE



POUR MÉMOIRE

Deux ans après avoir mis en place de nouvelles mesures visant à offrir aux entreprises un cadre rénové dans leurs relations avec la DGFIP et les URSSAF, un « bilan de la relation de confiance » a été exposé le 8 mars 2021, en présence du ministre Olivier DUSSOPT.

Ce bilan semble relativement satisfaisant. En effet, les changements de pratiques et d'organisation des organismes sociaux et fiscaux sont mieux acceptés par les entreprises. Cette acceptation se matérialise par des chiffres : environ 76 % des chefs d'entreprise déclarent faire confiance à l'Administration, soit 10 points de plus qu'en 2019.

Cet échange fut également l'occasion pour la DGFIP et les URSSAF d'exposer leurs nouvelles mesures prévues dans l'accompagnement des entreprises.



À RETENIR

Parmi les 16 mesures qui ont été présentées dans ce document, nous retiendrons notamment les mesures suivantes :

- **L'accompagnement fiscal personnalisé pour les TPE et PME**
Même en présence d'un service juridique au sein d'une TPE ou PME, des incertitudes peuvent persister quant à l'interprétation et l'application des dispositions légales.
Dans l'objectif de se prémunir d'erreurs dans l'application de la loi, les organismes fiscaux accompagnent les entreprises dans leurs pratiques, en leur apportant des réponses claires et précises à leurs questions fiscales.

Afin de bénéficier de ce service gratuit et confidentiel, les entreprises devront :

- Être à jour de leurs obligations déclaratives et de paiement ;
- Ne pas avoir fait l'objet de pénalités pour manquement intentionnel à la suite d'un contrôle fiscal au cours de 3 dernières années ;
- Désigner un interlocuteur unique qui prendra contact avec l'Administration.

L'Administration s'engage à répondre par écrit dans les meilleurs délais en s'adaptant au calendrier des échéances économiques et fiscales de l'entreprise. **La réponse qu'elle rendra sous forme de rescrit pourra lui être opposable.** L'entreprise qui appliquerait la ou les réponses données par l'Administration, ne pourra faire l'objet d'un redressement fiscal sur le ou les sujets exposés.

- **Le renforcement du rescrit fiscal**

Le rescrit est l'instrument principal de l'action de la DGFIP afin de favoriser la sécurité juridique des contribuables. En mars 2019, les organismes fiscaux se sont engagés à délivrer des réponses plus claires et plus simples et de traiter les demandes plus rapidement (sous 3 mois).

EN PRATIQUE

« Le bilan de la relation de confiance » fait un point sur les résultats des mesures et actions prises par la DGFIP et les URSSAF, deux ans après leur mise en place

RÉFÉRENCES

- Bilan de la relation de confiance du 8 mars 2021 : https://www.impots.gouv.fr/portail/files/media/1_metier/2_professionnel/EV/4_difficultes/450_PME/dp_bilan_de_la_relation_de_confiance_-_2021-03-08.pdf

LE REGIME DES ARRETS DE TRAVAIL DEROGATOIRES



POUR MÉMOIRE

Les assurés ont la possibilité, depuis le 10 janvier 2021, de faire une « **auto-déclaration** » en ligne sur le site Ameli.fr et ainsi recevoir un arrêt de travail sans passer par leur médecin traitant.

Les personnes concernées par ce dispositif sont celles se trouvant dans **l'impossibilité de continuer à travailler y compris à distance et ne pouvant être placées en activité partielle** (personnes vulnérables, parent d'un enfant de moins de 16 ans ou d'une personne en situation de handicap, etc.). Sont également concernées **les personnes présentant les symptômes de la Covid-19**, sous réserve de réaliser un test dans les 2 jours suivant la déclaration.

L'indemnisation de l'arrêt dérogatoire s'effectue dès le premier jour de l'arrêt, c'est-à-dire sans délai de carence, même si l'assuré ne remplit pas les conditions permettant de bénéficier d'un arrêt indemnisé. L'employeur s'engage également à maintenir le salaire de l'assuré dans les conditions prévues par le code du travail, sans appliquer les conditions d'ancienneté initialement prévues pour le bénéfice du dispositif.

Un nouveau décret du 11 mars 2021 vient étendre et prolonger les dispositions précédemment décrites jusqu'au 1^{er} juin 2021.

EN PRATIQUE

Les assurés dans l'impossibilité de travailler à distance, faisant l'objet d'un isolement ou d'une mise en quarantaine et présentant des symptômes de la Covid-19 pourront réaliser une « auto-déclaration » en ligne jusqu'au 1^{er} juin 2021



À RETENIR

I – Personnes concernées

Le décret du 11 mars 2021, vient rajouter, à la **liste des personnes concernées par ces arrêts dérogatoires**. Sont visés : « *l'assuré faisant l'objet d'une mesure d'isolement prophylactique [de 7 jours à son retour en France] (...) ou a fait l'objet d'une mesure de placement en isolement ou de mise en quarantaine à son arrivée en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Wallis-et-Futuna ou à Saint-Pierre-et-Miquelon* ».

Attention, les assurés souhaitant bénéficier d'un tel arrêt dérogatoire devront être dans l'impossibilité de travailler à distance et d'être placés en activité partielle.

II – Durée et indemnisation des arrêts dérogatoires

L'indemnisation s'effectue dans les mêmes conditions que dans le décret du 8 janvier 2021 (Cf. *Pour mémoire*).

Pour cette nouvelle catégorie d'assurés concernée par les arrêts dérogatoires, la durée de l'indemnisation correspondra à la durée de la mesure d'isolement ou de mise en quarantaine.

L'arrêt de travail pourra ainsi couvrir une durée de 9 jours maximum, comprenant les 7 jours d'isolement et 2 jours au maximum pour le rendu du test de dépistage de la Covid-19.

L'arrêt de travail sera indemnisé à compter du premier jour d'isolement ou de mise en quarantaine.

RÉFÉRENCES

- Décret n° 2021-271 du 11 mars 2021
- Décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021
- Décret n° 2020-1365 du 10 novembre 2020
- Article 57-1 du décret n° 2020-1262 du 16 octobre 2020
- Article L. 1226-1 du code du travail
- Article D. 1226-3 du code du travail

LISIBILITE DES GARANTIES



POUR MÉMOIRE

Le 14 février 2019, l'UNOCAM et les fédérations adhérentes (FFA, CTIP et FNMF) avaient signé, en présence de la Ministre des solidarités et de la santé, un « **Engagement visant à améliorer la lisibilité des garanties de complémentaires santé** ».

L'UNOCAM vient de publier les résultats de sa 2^{ème} enquête sur la lisibilité des garanties, pour rappel, l'engagement professionnel prévoyait, notamment :

- **L'utilisation d'intitulés harmonisés et communs pour les principaux postes de garanties** (l'hospitalisation, le dentaire, les soins courants, l'optique et les aides auditives). Il était également prévu que, pour les postes dentaire, optique et audiologie, l'offre 100 % santé devait être clairement identifiée
- **La présentation de 15 exemples harmonisés et communs de remboursement exprimés en euros** sur les actes les plus fréquents ou pouvant donner lieu à des restes à charge importants

EN PRATIQUE

Les résultats de l'enquête montrent une implication très forte des OCAM, depuis 2 ans, quant au respect de l'Engagement sur la lisibilité des garanties



À RETENIR

En regard des organismes ayant répondu, les réponses de l'enquête représentent 45,3 millions de personnes protégées, soit plus de 95% des contrats « responsables ». Elle représente aussi 27,6 Mds€ de chiffre d'affaires, soit près de 95% de l'ensemble du chiffre d'affaires du portefeuille santé.

L'étude conclut que **99% des personnes protégées bénéficient, aujourd'hui, d'une harmonisation des libellés sur l'hospitalisation, le dentaire, les soins courants, l'optique et les aides auditives.**

De même, sur le second engagement, 83% des personnes protégées ont bien accès aux 15 exemples souhaités. Il y a 1 an, ce taux n'était que de 70%. **L'étude reconnaît une diffusion large de 15 exemples de remboursement communs et en euros pour les actes les plus fréquents.** L'étude souligne également une large amélioration de l'accessibilité à ces exemples sur Internet.

Par ailleurs, l'enquête met en évidence un fort développement, en 1 an, des outils de calcul des restes à charge (calculateur ou simulateur) par les organismes complémentaires : 91% des personnes protégées ont accès à un de ces outils, contre 45% lors de la précédente enquête.

RÉFÉRENCES

Communiqué de presse de l'UNOCAM, 23 mars 2021, « Lisibilité des garanties : la très grande majorité des complémentaires santé ont tenu les engagements pris en 2019 »

LA JURISPRUDENCE

CA COLMAR, 15 MARS 2021, N° 18/01686 : PORTABILITE ET LIQUIDATION JUDICIAIRE, VERS UN ASSOUPPLISSEMENT DE LA JURISPRUDENCE DES COURS D'APPEL ?



LA QUESTION

Dans le cadre d'une liquidation judiciaire, un liquidateur est interrogé sur le maintien des garanties frais de santé, au titre de la portabilité, par l'organisme assureur (Groupama). En l'absence de réponse du liquidateur dans les délais légaux et à l'appui du code de commerce, l'assureur avait considéré que le contrat frais de santé était résilié de plein droit, à compter du 12 mai 2017. L'assureur en avait déduit que la portabilité cessait, de fait, pour tous les anciens salariés, à compter de cette date. Or, dans ce contexte, de nombreux salariés avaient été licenciés avant la résiliation du contrat frais de santé.

La question se posait à la cour d'appel de savoir **si, les salariés en portabilité pouvaient toujours bénéficier des garanties, alors qu'ils avaient été licenciés avant la résiliation du contrat.**

EN PRATIQUE

Cette affaire concerne les mêmes parties que l'arrêt du 25 septembre 2019, qui avait conduit, pour des faits identiques, à la condamnation de Groupama



LA DÉCISION

C'est une première : la cour d'appel de Colmar donne raison à Groupama, en s'appuyant sur l'article **L. 911-8, 3°** du code de la sécurité sociale. Pour rappel, cet alinéa pose, comme principe que « *les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise* ». **La cour en déduit que « le maintien des droits implique que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié »**. Elle souligne, à l'appui de sa décision, que les dispositions contractuelles de Groupama applicables en l'espèce rappelaient ce principe : « *le maintien de cette garantie cesse de plein droit à la date de résiliation du contrat collectif* ».

Les juges considèrent que la résiliation du contrat frais de santé produit des effets pour les salariés actifs et les anciens salariés en portabilité. Il n'y a pas lieu de faire de distinction entre les salariés licenciés avant et après la résiliation du contrat. Il s'agit, très clairement, d'un assouplissement de jurisprudence pour cette cour d'appel qui avait précédemment jugé qu'il fallait vérifier si, à la date de la résiliation du contrat d'assurance, des salariés n'étaient pas déjà en portabilité. Pour rappel, dans son arrêt du 25 septembre 2019, elle faisait la distinction suivante :

- si le licenciement était intervenu avant la résiliation du contrat d'assurance, les couvertures en portabilité devaient être maintenue ;
- si le licenciement intervenait après la résiliation du contrat d'assurance, les couvertures en portabilité tombaient.

RÉFÉRENCES

Cour d'appel de Colmar, 15 mars 2021, n° 18/01686, Groupama

CASS. SOC., 24 MARS 2021, N° 19-15920 : PRECISIONS SUR LA DENONCIATION D'UN ACCORD COLLECTIF EN CAS DE FUSION



LA QUESTION

Un salarié conteste l'application statut collectif décidée par son employeur à la suite d'une fusion-absorption, au motif que celui-ci est moins favorable que celui de l'entreprise absorbante. La cour d'appel rendant un jugement favorable au salarié, l'employeur s'est pourvu en cassation.

La question posée à la Cour de cassation est la suivante : un employeur peut-il maintenir dans l'entreprise absorbée, les dispositions conventionnelles anciennement applicables alors même que celles-ci ne sont pas nécessairement plus favorables ?



LA DÉCISION

La Cour de cassation rappelle le principe prévu à l'article L. 2261-14 du code du travail : **la mise en cause de l'application de la convention ou de l'accord collectif résultant de la survenance de la fusion, cession, scission, changement d'activité, prévus par ce texte, est automatique : il n'y a pas besoin d'une dénonciation du statut collectif.**

Elle indique, ainsi, que **le nouvel employeur peut**, en l'absence d'adaptation aux dispositions conventionnelles nouvellement applicables ou d'élaboration de nouvelles dispositions, **maintenir, en vertu d'un engagement unilatéral, tout ou partie des dispositions conventionnelles en vigueur dans l'entreprise absorbée.**

Dans ce cas toutefois, la Cour souligne que **le maintien du statut collectif dans l'entreprise absorbée est subordonné à une condition** : pour les avantages ayant le même objet ou la même cause, **l'accord de l'entreprise absorbée doit être plus favorable que celui applicable au sein de l'entreprise absorbante.**

En l'espèce, la Cour d'appel avait procédé à la comparaison des avantages (durée du travail, heures de repos annuel) entre l'accord antérieur maintenu volontairement et celui, nouveau, de l'entreprise absorbante.

Il en a résulté, selon la Haute Cour, que les dispositions de l'accord initial étant plus favorables que celles de l'accord de l'entreprise absorbante, devaient seules s'appliquer.

Le salarié était donc bien fondé à en réclamer le bénéfice.

EN PRATIQUE

L'employeur peut être amené à se livrer à un examen minutieux des régimes de protection sociale complémentaire applicables afin de déterminer, dans le cadre d'une fusion, lequel est le plus favorable pour ses salariés.

RÉFÉRENCES

Cass. soc., 24 mars 2021, n° n° 19-15920, Compass Group France