

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2020

**COMMISSION DES ACCORDS DE RETRAITE
ET DE PRÉVOYANCE**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
<i>Avant-propos</i>	4
<i>Introduction</i>	5
I. Présentation de la Commission des accords de retraite et de prévoyance et des procédures d'extension et d'élargissement	6
A. <i>OBJET ET CONSEQUENCES DE L'EXTENSION ET DE L'ELARGISSEMENT</i>	6
B. <i>LE DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'EXTENSION</i>	7
C. <i>LE ROLE DE LA COMAREP DANS LA PROCEDURE D'EXTENSION</i>	8
D. <i>LA COMPOSITION DE LA COMAREP</i>	9
E. <i>LES DECISIONS PRISES PAR LE(S) MINISTRE(S) APRES AVIS DE LA COMAREP</i>	10
II. Faits marquants de l'année 2020	12
A. <i>INTEGRATION DES MISSIONS DE LA COMAREP AU SEIN DE LA CNNCEFP</i>	12
B. <i>LES MESURES D'ADAPTATION A LA CRISE SANITAIRE EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE</i>	13
1. <i>LE DISPOSITIF DE MAINTIEN DES GARANTIES DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE POUR LES SALARIES PLACES EN ACTIVITE PARTIELLE ET EN ACTIVITE PARTIELLE DE LONGUE DUREE</i>	13
2. <i>L'INDEMNISATION DES ARRETS DE TRAVAIL PENDANT L'EPIDEMIE DE COVID-19</i>	14
3. <i>FOCUS SUR LES ACCORDS LIES A L'EPIDEMIE DE COVID-19 EXAMINES EN COMAREP</i>	16
C. <i>LA REFORME « 100 % SANTE » ET LA MISE EN CONFORMITE DES ACCORDS DE BRANCHE</i>	16
1. <i>L'IMPACT DE LA REFORME « 100 % SANTE » SUR LA NEGOCIATION COLLECTIVE</i>	16
2. <i>FOCUS SUR LES ACCORDS DE MISE EN CONFORMITE DES REGIMES DE BRANCHE A LA REFORME « 100 % SANTE »</i>	17
D. <i>LE DROIT DE RESILIATION SANS FRAIS DES CONTRATS DE COMPLEMENTAIRE SANTE</i>	19
E. <i>ACTUALITES JURISPRUDENTIELLES</i>	19
1. <i>JURISPRUDENCE DE LA COUR DE CASSATION CONCERNANT LA PORTABILITE DES COUVERTURES COLLECTIVES EN CAS DE LIQUIDATION JUDICIAIRE</i>	19
2. <i>JURISPRUDENCE DE LA COUR D'APPEL DE PARIS SUR LES GARANTIES POUVANT ENTRER DANS LE PERIMETRE DU FINANCEMENT PREVU PAR L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 17 NOVEMBRE 2017 RELATIF A LA PREVOYANCE DES CADRES</i>	20
III. Activité de l'année 2020	21
A. <i>UNE ANNEE MARQUEE PAR UN LEGER REGAIN D'ACTIVITE DE LA COMMISSION</i>	21
1. <i>UN NOMBRE D'ACCORDS EXAMINES EN HAUSSE</i>	21
2. <i>DELAIS DE TRAITEMENT</i>	21
B. <i>CARACTERISTIQUES DES ACCORDS EXAMINES</i>	21
1. <i>ACCORDS EN MATIERE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE ET DISPOSITIFS CONVENTIONNELS DE DEPART EN RETRAITE</i>	22
2. <i>ACCORDS EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (SANTE ET PREVOYANCE)</i>	22
C. <i>PRINCIPALES OBSERVATIONS FORMULEES PAR LA COMAREP, PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION DES ACCORDS</i>	24
1. <i>LE MAINTIEN DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE POUR LES SALARIES PLACES EN ACTIVITE PARTIELLE PENDANT L'ETAT D'URGENCE SANITAIRE</i>	24
2. <i>LA GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE</i>	24
3. <i>LES CLAUSES DE RECOMMANDATION</i>	26

4.	<i>LES DISPENSES D’AFFILIATION D’ORDRE PUBLIC</i>	27
5.	<i>LE MECANISME DE PORTABILITE DES DROITS</i>	28
6.	<i>LE MAINTIEN DES GARANTIES SANTE EN APPLICATION DE L’ARTICLE 4 DE LA « LOI ÉVIN »</i> ...	28
7.	<i>LE MAINTIEN DE SALAIRE OU COMPLEMENT EMPLOYEUR</i>	29
8.	<i>LES CONTRATS RESPONSABLES</i>	30
9.	<i>LES CONSEQUENCES DU REGIME UNIFIE AGIRC-ARRCO</i>	31
10.	<i>LA DEFINITION DES AYANTS DROIT</i>	32
11.	<i>LE RESPECT DU PRINCIPE D’EGALITE</i>	32
12.	<i>LE RESPECT DE LA HIERARCHIE DES NORMES</i>	33
13.	<i>LE RESPECT DES REGLES DE LA NEGOCIATION COLLECTIVE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DE GARANTIES COLLECTIVES</i>	33
14.	<i>LA FORME JURIDIQUE DE L’ORGANISME CHOISI POUR ASSURER LE REGIME COLLECTIF</i>	34
15.	<i>LA PRISE EN CHARGE DES SUITES DES ETATS PATHOLOGIQUES ANTERIEURS A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT COLLECTIF</i>	34
16.	<i>LE REGIME SOCIAL DES CONTRATS COLLECTIFS D’ASSURANCE SANTE</i>	34
17.	<i>LA RESILIATION INFRA-ANNUELLE DES CONTRATS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE</i>	34
18.	<i>LA GENERALISATION DE LA RETRAITE COMPLEMENTAIRE</i>	35
	IV. Nouveaux régimes collectifs examinés par la Comarep en 2020.....	36
	<i>A. LE REGIME DE FRAIS DE SANTE MIS EN PLACE EN 2020</i>	36
	<i>B. LES REGIMES DE PREVOYANCE MIS EN PLACE EN 2020</i>	36
	V. Contributions des organisations professionnelles.....	37
	<i>LES ORGANISATIONS DE SALARIES</i>	37
	<i>LES ORGANISATIONS PATRONALES</i>	47
	Annexe 1 - Indicateurs mesurant l’activité de la Comarep	49
	Annexe 2 – Composition de la Comarep en 2020	52

La procédure d'extension des accords collectifs qui ont pour objet la détermination des garanties de prévoyance est précédée d'un examen de la légalité des accords, effectué par la Commission des accords de retraite et de prévoyance (Comarep) prévue par l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale. L'activité de la Comarep est centrée sur l'analyse des accords de branche ou interprofessionnels qui lui sont soumis, pour identifier les clauses qui seraient contraires aux normes en vigueur. La Comarep est également susceptible, à cette occasion, d'attirer l'attention des branches professionnelles sur certains points de vigilance, sans que cela ait d'impact sur l'extension de l'accord (par exemple, l'entrée en vigueur prévue d'une évolution de la réglementation nécessitant une mise à jour de l'accord collectif, certains points de l'accord qu'il conviendrait de préciser, *etc.*).

La Comarep, constituée de représentants des partenaires sociaux, est, par nature, un lieu de débat et d'échanges. Elle garantit la libre expression de chacune des organisations représentées et de chacun des membres, et s'attache à privilégier une approche consensuelle. Le rôle de la Comarep est consultatif, l'extension des accords étant du ressort des ministres compétents.

Le présent rapport a pour objet de présenter l'activité de la Commission au cours de l'année 2020, de recenser et d'expliquer les principales observations formulées sur les accords pouvant conduire à des refus d'extension, des exclusions, des renvois à la négociation, des réserves d'interprétation ou de simples appels à l'attention.

Ce rapport se fixe ainsi comme ambition de contribuer à une meilleure appréhension par les partenaires sociaux des analyses retenues par la Comarep durant la dernière année écoulée. Il intéressera également les organismes assureurs ainsi que l'ensemble des parties prenantes de la protection sociale complémentaire, au premier rang desquels les employeurs et les salariés. Il vise à contribuer à l'amélioration du contenu des accords négociés par les partenaires sociaux en identifiant les différents points appelant des observations récurrentes de la Commission.

Ce rapport annuel contribue également à l'observation des évolutions de la protection sociale complémentaire de branche des salariés, en présentant les régimes créés dans l'année, ainsi que les modifications apportées aux régimes existants.

Jean-Luc Matt

Sous-directeur des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire à la direction de la sécurité sociale, président de la Comarep

Le présent rapport d'activité a été rédigé par le pôle Protection sociale complémentaire du bureau 3C de la direction de la sécurité sociale : Marie Marcel, adjointe au chef de bureau ; Margaux Cluse, chargée de mission.

Le présent rapport présente les missions et les travaux de la Commission des accords de retraite et de prévoyance (Comarep). La Comarep est saisie pour avis, en application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, de tout accord collectif de branche, relatif à la retraite complémentaire et supplémentaire et à la protection sociale complémentaire des salariés, préalablement à leur extension ou à leur élargissement. Ce rapport de la Comarep couvre l'année 2020. Il est composé de cinq parties :

- la première partie présente le rôle de la Comarep au sein de la procédure d'extension et d'élargissement et son articulation avec la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle (CNNCEFP) ;
- la deuxième partie présente les faits marquants de l'année écoulée, relatifs à la négociation collective en matière de protection sociale complémentaire ;
- la troisième partie est consacrée à l'activité de la Comarep au cours de l'année 2020. Le rapport analyse l'activité des branches dans le domaine de la protection sociale complémentaire et met en évidence les grandes évolutions des régimes de protection sociale issues des accords. Il récapitule en outre les principales observations émises au cours de l'année par la Commission ;
- la quatrième partie présente les régimes créés et étendus au cours de l'année 2020 ;
- la cinquième partie présente les observations des partenaires sociaux membres de la Comarep.

I. Présentation de la Commission des accords de retraite et de prévoyance et des procédures d'extension et d'élargissement

Les conventions collectives ont vocation à traiter des sujets où s'exerce le droit des salariés à participer, par la négociation collective, à la détermination de l'ensemble de leurs conditions d'emploi, de formation professionnelle et de travail, ainsi que de leurs garanties sociales. Ces accords traitent d'un ou plusieurs sujets déterminés dans cet ensemble (articles L. 2221-1 et L. 2221-2 du code du travail).

Les garanties collectives dont bénéficient les salariés ou anciens salariés et leurs ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale, qui peuvent être mises en place plus particulièrement par voie de conventions ou d'accords collectifs¹, ont notamment pour objet de prévoir la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude, du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière (article L. 911-2 du code de la sécurité sociale).

Les conventions de branche et les accords professionnels ou interprofessionnels peuvent être étendus et élargis. Lorsqu'ils concernent les garanties collectives énumérées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, la Comarep est saisie pour avis dans le cadre de la procédure d'extension et d'élargissement.

A. Objet et conséquences de l'extension et de l'élargissement

Les conventions et accords collectifs de travail déterminent leur champ d'application territorial et professionnel (article L. 2222-1 du code du travail). Ils s'appliquent à toutes les entreprises adhérentes des organisations professionnelles d'employeurs signataires du texte, ainsi qu'aux salariés de ces entreprises.

La procédure d'**extension** a pour objet de rendre obligatoires les dispositions d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel défini par l'accord, au-delà des seules entreprises adhérentes à une organisation patronale signataire (article L. 2261-15 du code du travail).

La procédure d'extension peut être engagée à la demande de l'une des organisations syndicales d'employeurs ou de salariés représentatives dans le champ d'application considéré ou à l'initiative du ministre chargé du travail (article L. 2261-24 du code du travail).

La procédure d'**élargissement**, définie à l'article L. 2261-17 du code du travail, va au-delà de l'extension. Elle peut être engagée, à la demande de l'une des organisations représentatives intéressées, ou à l'initiative du ministre chargé du travail, en cas d'absence ou de carence des organisations de salariés ou d'employeurs se traduisant par une impossibilité persistante de conclure une convention ou un accord dans une branche d'activité ou un secteur territorial déterminé. Ainsi, en application de l'article L. 2261-17 du code du travail, le ministre chargé du travail peut rendre obligatoire :

¹ Cf. article L. 911-1 du code de la sécurité sociale : « A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé ».

- dans le secteur territorial considéré, une convention ou un accord de branche déjà étendu à un secteur territorial différent. Le secteur territorial faisant l'objet de l'arrêté d'élargissement doit présenter des conditions économiques analogues à celles du secteur dans lequel l'extension est déjà intervenue ;
- dans le secteur professionnel considéré, une convention ou un accord professionnel déjà étendu à un autre secteur professionnel. Le secteur professionnel faisant l'objet de l'arrêté d'élargissement doit présenter des conditions analogues à celles du secteur dans lequel l'extension est déjà intervenue, s'agissant des emplois exercés ;
- dans une ou plusieurs branches d'activité non comprises dans son champ d'application, un accord interprofessionnel étendu.

Lorsqu'une convention de branche n'a pas fait l'objet d'avenant ou annexe pendant cinq ans au moins ou, qu'à défaut de convention, des accords n'ont pas pu y être conclus depuis cinq ans au moins, cette situation peut relever du cas d'absence ou de carence des organisations au sens de l'article L. 2261-17, et par conséquent donner lieu à l'application de la procédure d'élargissement (article L. 2261-18 du code du travail).

La procédure d'élargissement est nettement moins fréquemment mise en œuvre que la procédure d'extension.

B. Le déroulement de la procédure d'extension

Les partenaires sociaux déposent les conventions de branche et accords professionnels ou interprofessionnels auprès des services centraux du ministère chargé du travail. Lorsque le dossier de dépôt est complet, le récépissé est délivré par le service chargé de la gestion des textes conventionnels de la direction générale du travail (DGT). La demande d'extension peut être concomitante au dépôt du texte, mais la procédure d'extension n'est engagée qu'une fois le dépôt du texte constaté par la remise d'un récépissé de dépôt.

Parallèlement à la première analyse du contenu du texte, un avis d'extension est publié au *Journal officiel*, afin de permettre aux personnes intéressées de faire connaître leurs observations. Les organisations et les personnes intéressées disposent d'un délai de quinze jours à compter de la publication de l'avis pour présenter leurs observations ou leur opposition à l'extension (article D. 2261-3 du code du travail). Le texte de la convention de branche ou de l'accord professionnel ou interprofessionnel considéré peut être consulté au Bulletin officiel des conventions collectives mis en ligne sur le site internet des Journaux officiels. Si le bulletin hebdomadaire n'est pas encore publié lorsque l'avis est rendu public, le texte peut alors être obtenu auprès des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS). Cet avis permet notamment de recueillir des observations portant sur :

- d'éventuels chevauchements de champs ;
- des vices intervenus dans le processus de négociation ;
- toute difficulté d'ordre juridique inhérente au texte.

L'ordonnance n° 2017-1385 du 22 septembre 2017 relative au renforcement de la négociation collective encadre le droit d'opposition des organisations d'employeurs à l'extension. Désormais, les organisations d'employeurs ne disposent plus que d'un mois pour s'opposer à l'extension d'un accord, à compter de la publication de l'avis d'extension (auparavant, il n'existait pas de délai).

Le service compétent chargé de l'extension vérifie la conformité du texte avec la législation et la réglementation. Il apprécie la pertinence des observations recueillies, au regard de l'intention des parties et de l'économie générale de l'accord.

Une fois cette analyse effectuée, le texte est soumis, selon les cas, à la sous-commission « extension » de la Commission nationale de la négociation collective, et/ou à la Comarep.

Au vu des observations et des débats tenus en Commission, le service chargé de l'extension procède à la rédaction des arrêtés d'extension et, le cas échéant, à la rédaction des courriers signifiant le renvoi à la négociation, le refus d'extension ou les réserves formulées par la (ou les) commission(s).

Si, lors de l'examen par la Commission nationale de la négociation collective, au moins deux organisations d'employeurs ou deux organisations de salariés membres de la Commission émettent une opposition écrite et motivée à l'extension et/ou à l'élargissement d'un accord, le ministre chargé du travail (ou, le cas échéant, le ministre chargé de la sécurité sociale) peut consulter à nouveau la Commission sur la base d'un rapport précisant la portée des dispositions en cause ainsi que les conséquences d'une éventuelle extension (article L. 2261-27 du code du travail). Il peut alors procéder à l'extension, sa décision devant alors être motivée.

C. Le rôle de la Comarep dans la procédure d'extension

En application de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels ont pour objet exclusif la détermination des garanties mentionnées à l'article L. 911-2, leur extension aux salariés, aux anciens salariés, à leurs ayants droit et aux employeurs compris dans leur champ d'application est décidée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis motivé de la Comarep. Les ministres ne sont pas liés par cet avis, qui demeure donc consultatif.

La Comarep est ainsi saisie de tout accord de branche dont l'objet exclusif est relatif à des garanties de retraite complémentaire et de protection sociale complémentaire. Elle constitue l'instance consultative compétente dans ce cas.

La Comarep procède également à l'examen des textes dont l'extension relève de la compétence du ministre chargé du travail, en amont de leur examen par la sous-commission « extension » de la Commission nationale de la négociation collective. Elle procède de même à l'examen des textes relatifs à la protection sociale complémentaire lorsque les accords relèvent d'une compétence partagée entre le ministre chargé de la sécurité sociale et un autre ministre compétent pour un secteur professionnel particulier. Tel est le cas, par exemple, des textes relatifs à la protection sociale complémentaire des marins² ou des professions agricoles³. Elle examine alors le texte en amont de la consultation de l'instance concernée (Commission nationale de négociation collective maritime, sous-commission agricole de la Commission nationale de la négociation collective).

La répartition des compétences d'extension s'opère selon deux critères cumulatifs : le fait que l'accord ait ou non pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire, et le fait qu'il s'intègre ou non dans une convention collective. Ainsi :

- les accords n'ayant pas pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire, ainsi que ceux qui ont pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire mais qui s'incorporent à une convention collective, relèvent de la compétence du ministre du travail ;
- les accords qui ont pour objet exclusif la détermination des garanties de protection sociale complémentaire et qui sont considérés comme autonomes vis-à-vis d'une convention collective, relèvent de la compétence des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Il appartient aux partenaires sociaux de préciser s'ils ont entendu conférer un caractère autonome à l'accord professionnel dont ils demandent l'extension. A défaut, l'intention des parties quant au

² Article L. 5543-1-1 du code des transports – compétence d'extension des accords partagée avec le ministre chargé des gens de mer.

³ Article R. 2231-1 du code du travail – compétence partagée avec le ministre chargé de l'agriculture, en accord avec le ministre chargé du travail.

rattachement du texte à une convention collective ou au contraire à son caractère autonome est recherchée notamment à partir des éléments suivants :

- le fait que le titre du texte ou d'autres mentions dans le corps du texte indiquent une volonté d'incorporation de celui-ci à une convention collective ;
- le fait que le texte mentionne un champ d'application ;
- la présence d'une clause de révision et/ou de dénonciation particulière.

La loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique a supprimé la Comarep. Le décret n° 2021-768 du 16 juin 2021 relatif à la commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle crée à sa place une sous-commission de la protection sociale complémentaire (SC PSC), dédiée à l'examen spécifique des accords de protection sociale complémentaire afin de tenir compte de la technicité requise pour le contrôle de légalité des conventions et accords en matière de retraite complémentaire et supplémentaire, de complémentaire santé et de prévoyance (voir II du rapport, relatif aux faits marquants de l'année 2020).

D. La composition de la Comarep

L'article D. 911-0 du code de la sécurité sociale prévoit que la Comarep comprend :

- un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, président ;
- un représentant du ministre chargé du travail ;
- des représentants en nombre égal des organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs représentatives au niveau national, à raison de trois titulaires et de trois suppléants pour chacune des organisations syndicales de travailleurs précitées.

Ses membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition des organisations professionnelles. Son secrétariat est assuré par la direction de la sécurité sociale.

L'article D. 911-0 prévoit également que les membres de la Comarep peuvent disposer chacun d'un pouvoir, signé par un membre titulaire appartenant à la même organisation, en cas d'empêchement simultané de celui-ci et de son suppléant. Le pouvoir doit être transmis au président avant le début de séance.

Par ailleurs, la Comarep entre dans le champ d'application de l'article 74 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes qui impose une règle de parité pour la désignation des membres des commissions administratives. Les modalités d'application de cette loi ont été précisées par la circulaire du Premier ministre n° 5780/SG du 2 avril 2015. Le respect de la parité est apprécié au niveau de la Comarep et au niveau de chaque délégation. Trois principes en ressortent :

- les membres désignés doivent comprendre une part égale de femmes et d'hommes au sein de la Comarep et au sein de chaque délégation (en cas de nombre impair, l'écart doit être égal à un) ;
- la règle de parité s'applique pour l'attribution des postes de titulaires et de suppléants et est appréciée à la fois sur l'ensemble des membres (titulaires et suppléants) et au sein de chacune de ces deux catégories ;
- les organisations syndicales doivent respecter cette règle lors de la désignation de leurs représentants à la Comarep, y compris en cas de renouvellement partiel de la délégation.

La liste des membres de la Comarep en 2020 figure en annexe 2 au présent rapport.

La suppression de la Comarep par la loi du 7 décembre 2020 précitée a donné lieu à la création de la sous-commission de la protection sociale complémentaire au sein de la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle, composée de :

- 15 membres représentants des organisations syndicales de salariés (3 par délégation représentée à la CNNCEFP) ;
- 9 membres représentants des organisations d'employeurs (3 par délégation représentée à la CNNCEFP) ;
- 3 membres sans voix délibérative représentants des organisations patronales multiprofessionnelles.

Les membres de la SC PSC sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

E. Les décisions prises par le(s) ministre(s) après avis de la Comarep

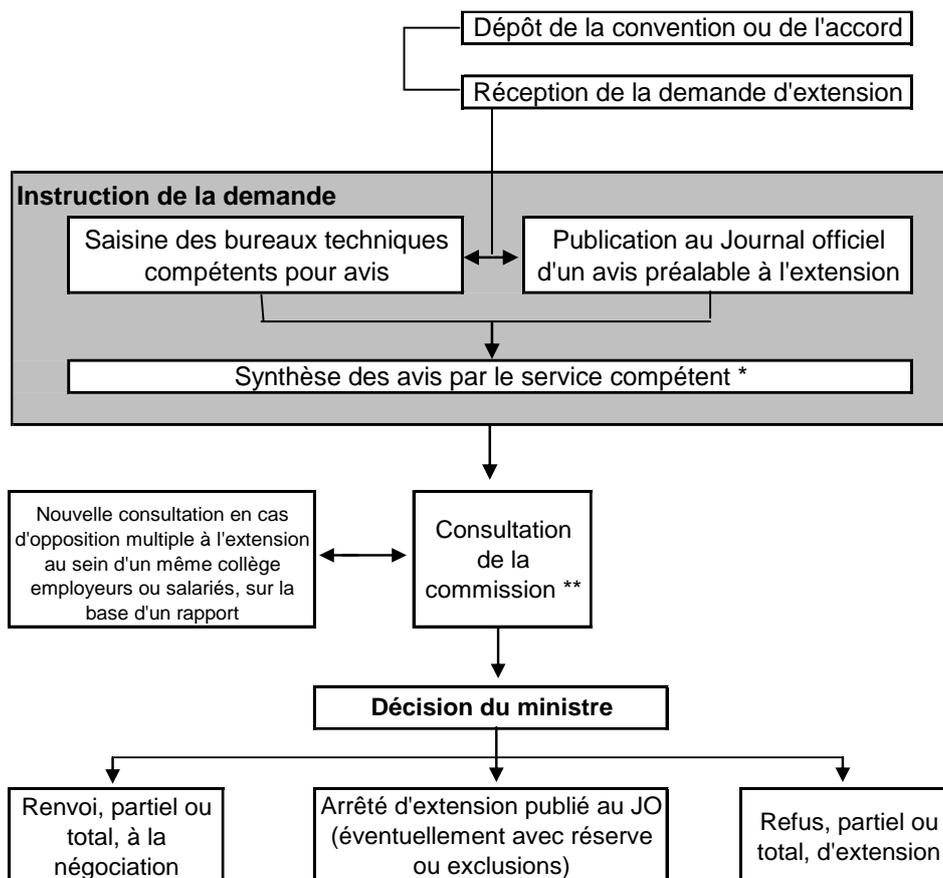
Tout comme la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle, la Comarep peut, sur proposition de l'administration ou de son propre chef, proposer :

- **d'étendre l'accord sans observation** ;
- de formuler un **appel à l'attention** des partenaires sociaux : cet appel à l'attention n'apparaît pas dans l'arrêté d'extension, il est formulé dans le courrier adressé aux partenaires sociaux pour leur notifier la parution de l'arrêté au Journal officiel. Il vise à inciter les partenaires sociaux à revoir certaines clauses qui, sans être illégales, peuvent être source d'incertitude pour les acteurs et pourraient être améliorées par voie d'avenant ;
- d'émettre des **réserves** ou des **réserves d'interprétation** (article L. 2261-25 du code du travail) : lorsque la rédaction de certaines clauses de l'accord collectif est incomplète ou peut donner lieu à des interprétations divergentes, la réserve d'interprétation rappelle les dispositions légales applicables, et la manière dont la clause doit être mise en œuvre ;
- d'**exclure certaines dispositions** de l'extension (même article du code du travail), si celles-ci sont contraires à la législation, ou bien si elles ne répondent pas à la situation de la branche ;
- de **renvoyer**, en totalité ou en partie, **le texte à la négociation** : lorsque le texte n'est pas conforme à la réglementation ou lorsque les exclusions seraient trop nombreuses ou risqueraient de porter atteinte à l'économie générale du dispositif, l'organisation qui a fait la demande d'extension est, si le ministre suit l'avis de la Comarep, informée par courrier que le texte ne peut être étendu en l'état de sa rédaction. Les partenaires sociaux sont par conséquent invités à revoir les termes de l'accord ;
- de **refuser l'extension**, notamment pour des raisons de légalité (texte instaurant un dispositif illégal). L'organisation qui a fait la demande d'extension en est informée, si le ministre suit l'avis de la Comarep, par courrier. Le Conseil d'État a reconnu que le ministre dispose à cet égard d'un pouvoir d'appréciation lui permettant de refuser l'extension d'un texte, pour des motifs d'intérêt général tenant notamment aux objectifs de la politique économique et sociale ou à la protection de la situation des tiers (CE, Section, 21 novembre 2008, n° 300135). L'ordonnance n° 2017-1385 du 22 septembre 2017 relative au renforcement de la négociation collective ouvre la possibilité de refus d'extension d'un accord par le ministre pour des motifs d'intérêt général, notamment pour atteinte excessive à la libre concurrence ou au regard des objectifs de la politique de l'emploi. Le ministre a également la possibilité d'étendre des textes incomplets, sous réserve qu'ils soient complétés par un accord d'entreprise.

L'ordonnance du 22 septembre 2017 précitée a également mis en place un « groupe d'experts extension », chargé d'apprécier les effets économiques et sociaux pouvant résulter de l'extension d'un texte. Ce groupe, composé de cinq personnalités qualifiées, peut être saisi par le ministre chargé du travail, ou à la demande d'une organisation représentative dans la branche. Il dispose de deux mois pour produire un rapport, non liant, au ministre. Ce rapport doit être soumis à la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Il appartient aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, après que la Comarep a rendu son avis qui doit être motivé, d'apprécier les suites à y donner.

Figure n°1 – Schéma de la procédure d'extension et d'élargissement



* Service extension de la direction générale du travail ou bureau des régimes professionnels de retraite et des institutions de la protection sociale complémentaire (3C) de la direction de la sécurité sociale.

** Commission nationale de la négociation collective siégeant en sous-commission des conventions et accords, ou Comarep.

A compter de l'entrée en vigueur du décret n° 2021-768 du 16 juin 2021 relatif à la commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle, la procédure d'extension et d'élargissement sera modifiée compte tenu de l'intégration de la Comarep au sein de la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle (cf. II du présent rapport).

II. Faits marquants de l'année 2020

L'année 2020 témoigne du dynamisme constant de la négociation collective en matière de protection sociale complémentaire, attesté par une augmentation du nombre d'accords examinés par la Comarep (145 accords examinés en 2020, contre 137 en 2019). La protection sociale complémentaire reste ainsi un sujet majeur de négociation collective.

Cette légère augmentation du nombre d'accords examinée est liée d'une part, à l'adaptation nécessaire des régimes de PSC collective à la crise sanitaire, et d'autre part, à la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé ».

De plus, l'actualité de la négociation collective en matière de protection sociale complémentaire est marquée par deux jurisprudences notables, l'une relative au maintien du droit à portabilité des couvertures collectives de remboursement des frais de santé et de prévoyance, et l'autre aux garanties pouvant entrer dans le périmètre du financement prévu par l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Il convient de noter également la publication des mesures d'application de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, qui ouvrent aux souscripteurs de contrats collectifs une faculté de résiliation à tout moment des contrats de complémentaire santé.

Enfin, la loi du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique a supprimé la Comarep et modifié la procédure d'extension et d'élargissement des accords collectifs de protection sociale complémentaire, afin de la simplifier et de la clarifier.

A. Intégration des missions de la Comarep au sein de la CNNCEFP

L'article 19 de la loi du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique a supprimé la Comarep. Son décret d'application n° 2021-768 du 16 juin 2021 crée une sous-commission de la protection sociale complémentaire (SC PSC), dédiée à l'examen spécifique des accords de protection sociale complémentaire afin de tenir compte de la technicité requise pour le contrôle de légalité des conventions et accords en matière de retraite complémentaire et supplémentaire, de complémentaire santé et de prévoyance.

Le fonctionnement de la SC PSC reprend celui de la Comarep : son secrétariat est assuré par la direction de la sécurité sociale (DSS), le ministère du travail ne disposant pas des compétences propres à l'examen spécialisé des conventions et accords traitant de PSC. Désormais, les conventions et accords ne comportant que des stipulations en matière de PSC (c'est-à-dire la majorité des accords soumis à extension) seront examinés au sein d'une seule instance avant l'extension, ce qui répond à un objectif de rationalisation et d'accélération de l'action administrative. Seuls les conventions et accords comportant des stipulations relatives à la PSC et à d'autres champs de la négociation collective (formation professionnelle, dialogue social, etc) feront l'objet d'un double examen en SC PSC et en sous-commission extension (SCCA). Cette simplification est source de meilleure lisibilité de la procédure d'extension pour les négociateurs des branches professionnelles et permettra d'améliorer sensiblement les délais d'extension des accords de PSC.

La SC PSC est composée de 15 représentants des organisations de salariés (CFDT, CFTC, CGT, CFE-CGC et FO), de 9 représentants des organisations patronales (MEDEF, CPME, U2P) et de 3 représentants, sans voix délibérative, des organisations multiprofessionnelles (FNSEA, UDES, FESAC). Les organisations ayant voix délibérative nomment 3 membres titulaires et 3 membres suppléants, les organisations sans voix délibérative nomment 1 membre titulaire et 2 membres

suppléants. Les délégations doivent respecter les règles de parité femme-homme (voir *infra*). Les arrêtés de nomination sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

B. Les mesures d'adaptation à la crise sanitaire en matière de protection sociale complémentaire

L'intervention du législateur a permis de préserver, durant la période d'épidémie de Covid-19, le bénéfice effectif des droits des salariés en matière de protection sociale complémentaire (PSC), en particulier pour les salariés concernés par l'activité partielle et l'activité partielle de longue durée, et de sécuriser l'articulation des dispositifs légaux et conventionnels d'indemnisation en cas d'arrêt de travail pour maladie. De plus, le fonctionnement de la Comarep a été adapté afin d'assurer dans les meilleurs délais l'examen et la procédure d'extension des accords en lien avec l'épidémie de Covid-19.

1. Le dispositif de maintien des garanties de protection sociale complémentaire pour les salariés placés en activité partielle et en activité partielle de longue durée

L'article 12 de la loi d'urgence du 17 juin 2020⁴ impose le maintien obligatoire des garanties de PSC, hors retraite supplémentaire, à l'ensemble des salariés placés en activité partielle, à compter du 12 mars 2020. Cela a notamment concerné les garanties en matière de remboursements de frais de soins de santé et la prévoyance. L'article 8 de la loi d'urgence du 14 novembre 2020⁵ a prolongé la mesure du 31 décembre 2020 au 30 juin 2021. Ce dispositif répond à une difficulté liée à la rédaction de certains actes fondateurs des régimes collectifs (convention ou accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur⁶) et certains contrats collectifs d'assurance, rédigés alors que l'activité partielle était auparavant peu mobilisée. Ainsi, certains actes fondateurs et contrats collectifs prévoient que les garanties des salariés sont suspendues dans le cas où leur contrat de travail est suspendu. Dans le contexte de recours massif à l'activité partielle, l'application de telles clauses aurait privé les salariés du bénéfice de leurs garanties. La mesure a donc permis de sécuriser le bénéfice des garanties de PSC aux salariés dont le contrat de travail a été suspendu du fait d'un placement en activité partielle (y compris activité partielle de longue durée).

Les dispositions de l'article 12 de la loi d'urgence sont d'ordre public et s'appliquent donc même lorsque l'acte fondateur et le contrat collectif ne prévoient pas ce maintien ou prévoient, à l'inverse, que la PSC ne doit pas être maintenue en cas de suspension du contrat de travail. Seules les garanties de retraite supplémentaire peuvent être suspendues, sous réserve du respect des stipulations de l'acte fondateur du régime et du contrat collectif. Le non-respect de ces dispositions a également pour conséquence de priver le régime d'entreprise mis en place du bénéfice des exemptions de cotisations sociales dont bénéficient les employeurs⁷. Une instruction interministérielle⁸ précise les conditions du maintien du bénéfice des exemptions de cotisations sociales (voir encadré *infra*).

Le dispositif de maintien des garanties de PSC résout également la question des contrats collectifs d'assurance dont les primes ou cotisations et les prestations sont assises sur la rémunération

⁴ Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne

⁵ Loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire

⁶ Article L. 911-1 du code de la sécurité sociale

⁷ 4° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale

⁸ Instruction n° DSS/3C/5B/2020/197 du 16 novembre 2020 relative à l'application du maintien de certaines garanties de protection sociale complémentaire collectives aux salariés placés en activité partielle en conséquence de l'épidémie de covid-19

soumise à cotisations sociales. En effet, l'indemnité d'activité partielle perçue par le salarié est exonérée de cotisations sociales et constitue un revenu de remplacement, elle n'entre donc pas dans l'assiette définie par ces contrats. Dans ces cas, la loi a défini une assiette minimale de calcul des cotisations et prestations à substituer à l'assiette définie par l'acte fondateur ou le contrat : il s'agit de l'indemnité d'activité partielle, augmentée du complément employeur à cette indemnité lorsqu'un tel complément est versé.

En complément, le dispositif de maintien des garanties de PSC a interdit aux organismes assureurs de suspendre les garanties et de résilier les contrats collectifs en cas d'impayés de cotisations ou primes pendant la période du 12 mars au 15 juillet 2020. Les employeurs pouvaient par ailleurs solliciter jusqu'à cette date des reports ou délais de paiement des primes et cotisations dues, lesquelles devaient être régularisées au plus tard au 31 décembre 2020.

Le dispositif de maintien de la PSC pour les salariés en activité partielle est une mesure d'urgence qui a pris fin le 30 juin 2021. A compter du 1^{er} juillet 2021, le droit commun des contrats, précisé par l'instruction n° DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021 relative au traitement social du financement patronal de la prévoyance complémentaire collective et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail, s'appliquera de nouveau.

2. L'indemnisation des arrêts de travail pendant l'épidémie de Covid-19

La stratégie de lutte contre l'épidémie de Covid-19 a conduit, depuis février 2020, à instaurer des mesures d'isolement préventif des personnes identifiées comme « cas contact à risque de contamination à la Covid-19 », des personnes vulnérables à la Covid-19 dans l'attente du résultat de tests de détection, des personnes présentant les symptômes de la Covid-19, des personnes mises en quarantaine sur décision préfectorale à leur arrivée en outre-mer, des personnes placées en septaine à leur retour d'un déplacement dans un pays hors Union européenne ou en outre-mer. Ont aussi bénéficié de mesures dérogatoires d'arrêt et d'indemnisation les parents contraints de garder leur enfant de moins de 16 ans ou handicapé à domicile et dans l'impossibilité de télétravailler, ainsi que les personnes diagnostiquées malades de la Covid-19.

Ces mesures ont nécessité l'adaptation des modalités d'indemnisation pour compenser la perte de revenus liée à l'arrêt de travail. Le périmètre et les modalités de l'indemnisation par l'assurance maladie et par l'employeur ont évolué au cours de l'année 2020, en application notamment des décrets pris sur la base de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 et décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021) et sur la base de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 :

- **Les conditions d'indemnisation par l'assurance maladie** de ces arrêts de travail ont été assouplies : indemnisation au premier jour de l'arrêt de travail (suppression du délai de carence), suppression de la condition de durée minimale d'affiliation à la sécurité sociale et de la condition de durée minimale de cotisation, non-prise en compte des indemnités journalières dérogatoires dans les durées maximales de versement des indemnités journalières. A noter que les salariés de droit privé se trouvant dans la situation de devoir garder leur enfant à domicile ou qui sont vulnérables à la Covid-19 et ne peuvent pas télétravailler ont vocation à être placés en activité partielle. L'indemnisation de ces situations par la sécurité sociale ne concerne que les professions libérales, artisans-commerçants, professionnels de santé, artistes-auteurs, stagiaires de la formation professionnelle, gérants salariés, contractuels de droit public, fonctionnaires sur des emplois permanents à temps non complet de moins de 28 heures, assistantes maternelles ou gardes d'enfant à domicile.

Ce dispositif a cessé au 31 août 2020 pour les personnes cohabitant avec des personnes vulnérables⁹ et doit cesser au 31 décembre 2021 pour les autres bénéficiaires¹⁰. Ces personnes peuvent bénéficier du complément à l'indemnité versée aux salariés placés en position d'activité partielle, éventuellement mis en place dans leur entreprise, de façon à maintenir une partie ou la totalité de la rémunération habituelle du salarié. En tant que salariés placés en position d'activité partielle, ces personnes bénéficient également du maintien obligatoire des garanties de PSC mentionné *supra*.

- De la même manière, à compter du 12 mars 2020 et jusqu'au 30 septembre 2021¹¹, le bénéfice du **maintien de salaire par l'employeur**¹² est facilité pour les salariés subissant une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile : maintien de la rémunération brute à 90 % dès le premier jour d'arrêt de travail (suppression du délai de carence, à compter du 23 mars 2020), suppression de la limitation de la durée d'indemnisation¹³, suppression de l'exclusion habituelle de certains salariés du bénéfice du maintien de salaire.
- **S'agissant de leur prise en charge par les régimes de protection sociale complémentaire mis en place dans les entreprises**, en fonction des stipulations de l'acte fondateur du régime et du contrat collectif, ces arrêts de travail peuvent faire l'objet d'une indemnisation complémentaire dans le cadre du régime collectif de prévoyance, permettant de maintenir en partie ou en totalité la rémunération des salariés en arrêt (ex. accord du 6 juillet 2020 portant mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 en matière de prévoyance et santé dans la branche professionnelle de la pharmacie d'officine et son avenant du 13 janvier 2021). Par ailleurs, les fédérations d'organismes assureurs (CTIP¹⁴, FFA¹⁵ et FNMF¹⁶) se sont engagées par accord de place à prendre en charge ces arrêts de travail pour les personnes vulnérables (affection de longue durée et femmes enceintes)¹⁷, y compris lorsque les stipulations contractuelles conditionnent l'indemnisation à la constatation médicale de l'arrêt de travail.

⁹ Article 2 du décret n° 2020-521 du 5 mai 2020 définissant les critères permettant d'identifier les salariés vulnérables présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 et pouvant être placés en activité partielle au titre de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020

¹⁰ Article 2 de l'ordonnance n° 2020-1639 du 21 décembre 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle

¹¹ Article 1^{er} de l'ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation ; article 9 de l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 ; décret n° 2020-434 16 avril 2020 relatif à l'adaptation temporaire des délais et modalités de versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail (abrogé) et décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 prévoyant l'application de dérogations relatives au bénéfice des indemnités journalières et de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail ainsi qu'aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19

¹² Article L. 1226-1 du code du travail

¹³ La suppression de la limitation de la durée d'indemnisation permet aux salariés ayant déjà bénéficié d'un ou plusieurs arrêts de travail dans l'année de continuer de bénéficier du maintien de salaire par leur employeur, habituellement limité à une certaine durée établie en jours par an

¹⁴ L'acronyme CTIP désigne le Centre technique des institutions de prévoyance

¹⁵ L'acronyme FFA désigne la Fédération française de l'assurance

¹⁶ L'acronyme FNMF désigne la Fédération nationale de la mutualité française

¹⁷ Les arrêts de travail pour garde d'enfant ne sont donc pas systématiquement pris en charge par les organismes assureurs. Certains organismes assureurs ont cependant annoncé les indemniser également (par exemple Pro BTP ou Malakoff Humanis)

3. Focus sur les accords liés à l'épidémie de Covid-19 examinés en Comarep

En 2020, les partenaires sociaux ont conclu des accords permettant de s'adapter au contexte de l'épidémie de Covid-19¹⁸. 10 accords ont ainsi été soumis à l'examen de la Comarep. Ces accords ont porté sur le maintien des couvertures collectives pour les salariés placés en activité partielle (garanties de prévoyance et de frais de santé principalement), sur l'indemnisation complémentaire par l'employeur ou par le régime de prévoyance des arrêts de travail liés à la Covid-19 ou sur des actions de solidarité et d'accompagnement spécialement mises en œuvre en conséquence de la pandémie dans le cadre des régimes santé et prévoyance de branche.

Une procédure prioritaire d'extension de ces accords a été mise en place par les services de la direction générale du travail et de la direction de la sécurité sociale afin d'examiner et d'étendre ces accords dans les plus brefs délais. Ainsi, les accords « Covid » ont soit été inscrits prioritairement à l'ordre du jour des séances habituelles de la Comarep, soit ont fait l'objet d'une saisine extraordinaire de la Comarep par voie dématérialisée (4 séances extraordinaires en 2020). Grâce à cette procédure, le délai entre la réception des accords par le secrétariat de la Comarep et leur examen en commission a été de 12 jours en moyenne, contre un délai de traitement de 3 mois en moyenne pour les autres types d'accord examinés en 2020.

C. La réforme « 100 % santé » et la mise en conformité des accords de branche

1. L'impact de la réforme « 100 % santé » sur la négociation collective

Le « 100 % santé », instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019¹⁹, garantit la prise en charge intégrale de certaines dépenses de santé des assurés par l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et d'une assurance maladie complémentaire. La réforme a pour objectif que toute personne couverte par une complémentaire santé dite « solidaire et responsable » bénéficie de la prise en charge intégrale des soins prothétiques dentaires et des équipements d'optique médicale et d'audiologie compris dans le panier « 100 % santé ». Le « 100 % santé » a ainsi pour objectif de faciliter l'accès aux soins et aux équipements médicaux sur ces trois postes, qui faisaient jusqu'alors partie des principaux postes de renoncement aux soins. La réforme est entrée en vigueur en deux temps : au 1^{er} janvier 2020 pour l'optique et une première partie du dentaire et au 1^{er} janvier 2021 pour l'audiologie et la seconde partie du dentaire. L'ensemble des contrats d'assurance santé complémentaire solidaires et responsables²⁰ couvrent désormais la totalité du panier « 100 % santé ».

Cette réforme impacte la négociation collective en matière de PSC. En effet, depuis la généralisation de la complémentaire santé en entreprise²¹, les employeurs du secteur privé doivent mettre en place une complémentaire santé collective et obligatoire au bénéfice de l'ensemble de leurs salariés :

- Le contenu des contrats collectifs et obligatoires est encadré par le code de la sécurité sociale. Ces contrats doivent être solidaires et responsables au sens de l'article L. 871-1 de ce code et respecter la prise en charge des garanties minimales définies à l'article D. 911-1 du même code (par exemple, prise en charge de 100 € minimum d'un

¹⁸ Pour plus d'information, voir « protection sociale complémentaire » au « I. les mesure d'adaptation à la crise sanitaire (ordonnances et décret Covid) » du chapitre 1 « contexte normatif en 2020 » de la partie 2 « le contexte de la négociation collective » du présent rapport

¹⁹ Article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019

²⁰ Le cahier des charges des contrats solidaires et responsables est prévu aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale

²¹ Article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

équipement optique)²². Le cahier des charges des contrats solidaires et responsables fixe également des planchers et des plafonds de prise en charge pour certains soins et équipements (par exemple, les aides auditives sont remboursées par période de quatre ans à hauteur de 1 700 € maximum par oreille)²³ ;

- La mise en place des régimes collectifs de frais de santé doit également respecter un formalisme précis. Le régime doit être formalisé par un acte juridique de droit du travail, qui peut prendre la forme d'un accord collectif, d'une décision unilatérale de l'employeur (DUE) ou d'un référendum d'entreprise²⁴. Ces actes fondateurs, lorsqu'ils établissent expressément des garanties minimales, doivent être mis en conformité au « 100 % santé ».

Les partenaires sociaux étaient par conséquent tenus d'assurer la mise en conformité de la convention collective ou de l'accord de branche au nouveau cahier des charges des contrats responsables résultant de la réforme « 100 % santé » avant le 1^{er} janvier 2020²⁵. Pour tenir compte des délais inhérents à la négociation collective, les partenaires sociaux ont bénéficié d'une tolérance pour mettre en conformité les accords collectifs avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables et assurer la concordance entre actes fondateurs des régimes collectifs et contrats collectifs d'assurance. Cette tolérance a permis aux employeurs de continuer à bénéficier, sous conditions, des exonérations d'assiette de cotisations attachées aux contrats solidaires et responsables²⁶. Cette tolérance²⁷ concerne les entreprises dont le contrat collectif d'assurance est, depuis le 1^{er} janvier 2020 (ou depuis le 1^{er} janvier 2021 pour le second volet de la réforme), conforme à la nouvelle réglementation, dans les cas où :

- Le régime collectif frais de santé est directement instauré dans l'entreprise par un accord de branche ou une convention collective, qui n'est pas conforme à la nouvelle réglementation au 1^{er} janvier 2020 (ou au 1^{er} janvier 2021) ;
 - Le régime collectif frais de santé est instauré par un accord d'entreprise ou un accord référendaire qui n'est pas conforme à la nouvelle réglementation au 1^{er} janvier 2020 (ou au 1^{er} janvier 2021) ;
- ⇒ Les régimes mis en place par une décision unilatérale de l'employeur n'ont pas bénéficié de cette tolérance et les employeurs étaient en conséquence tenus de mettre en conformité, au 1^{er} janvier 2020, leur contrat d'assurance ainsi que la décision unilatérale mettant en place les garanties²⁸. Les délais de modification des décisions unilatérales de l'employeur sont en effet plus courts et ne justifiaient pas la mise en place d'une telle tolérance.

2. Focus sur les accords de mise en conformité des régimes de branche à la réforme « 100 % santé »

Dès 2019, les services chargés du secrétariat de la Comarep ont mis en place des outils d'accompagnement des partenaires sociaux pour la mise en conformité des conventions et accords

²² Article D. 911-1 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé

²³ Article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires

²⁴ Article L. 911-1 du code de la sécurité sociale

²⁵ Les partenaires sociaux et les employeurs sont tenus par leur obligation de renégociation prévue par l'article 51 de la LFSS 2019

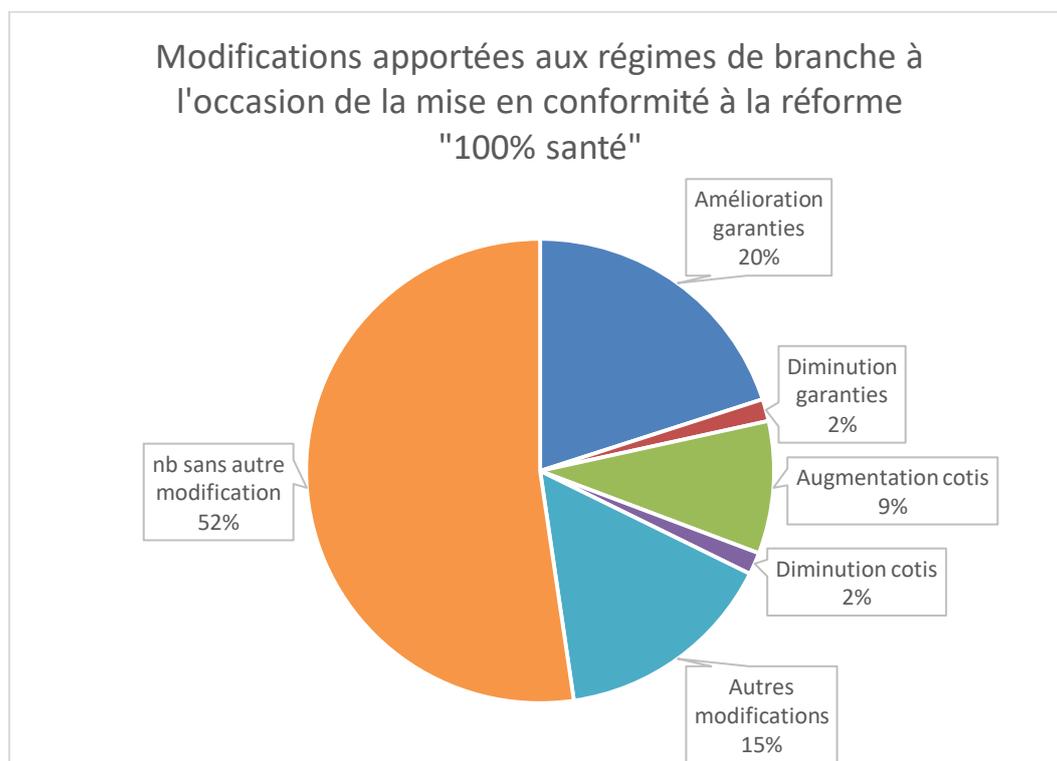
²⁶ L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les contrats responsables ouvrent le bénéfice des exonérations d'assiette de cotisations et de contributions sociales, dans les conditions fixées à l'article L. 242-1 du même code

²⁷ Cf. instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

²⁸ Les conventions et accords collectifs et les DUE qui opèrent par renvoi au cahier des charges du contrat responsable prévu par voie réglementaire ou aux garanties du contrat d'assurance souscrit par l'employeur sont réputés avoir été mis en conformité avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables. Ils n'ont donc pas à être modifiés du fait de la réforme « 100 % santé »

collectifs au « 100 % santé ». Ainsi, une boîte à outils a été mise en ligne sur le portail de la sécurité sociale, composée d'un texte de présentation de la réforme et de ses impacts sur les accords collectifs et les contrats collectifs d'assurance santé, d'un récapitulatif des points d'attention sur la mise en conformité des paniers de soins concernés par la réforme et de renvois aux documents utiles. Une procédure adaptée d'extension des accords de mise en conformité au « 100 % santé » a été mise en place par les services de la direction générale du travail et de la direction de la sécurité sociale afin d'examiner en priorité les accords de mise en conformité à la réforme, identifiés au moyen de l'apposition d'un logo²⁹ sur la première page des accords.

L'année 2020 s'est ainsi caractérisée par un nombre élevé d'accords examinés par la Comarep ayant pour objet la mise en conformité au « 100% santé ». L'efficacité de la procédure adaptée d'extension s'est confirmée en 2020, permettant de réduire les délais de traitement des accords de mise en conformité à deux mois entre la réception des accords de mise en conformité par le secrétariat de la Comarep et leur examen en commission, contre 3 mois en moyenne pour les autres types d'accord (hors accords « 100 % santé »). La Comarep a examiné 62 accords de mise en conformité en 2020³⁰ (16 accords examinés en 2019), ce qui représente 43 % des accords examinés par la Comarep en 2020. Parmi ces 62 accords³¹, 34 accords ne comportent aucune modification du régime de branche autre que la modification de la grille de garanties sur les postes de soins concernés par la réforme. L'obligation de négocier un nouvel accord de mise en conformité a été l'occasion, pour 13 accords, d'apporter des améliorations aux garanties mises en place dans la branche et, pour 6 accords, de procéder à l'augmentation des taux de cotisations. 12 accords ont procédé à la diminution des montants des garanties ou des taux de cotisations ou à d'autres types de modification ou précisions liées aux garanties et cotisations, ou des modifications portant sur des éléments du régime autres que les cotisations et garanties. Pour une majorité d'accords, la réforme n'a donc pas conduit à l'augmentation des cotisations.



²⁹ A télécharger sur le portail de la sécurité sociale (<https://www.securite-sociale.fr/home/dossiers/galerie-dossiers/tous-les-dossiers/100-sante--des-soins-pour-tous-1.html>)

³⁰ Ces 62 accords de mise en conformité s'ajoutent aux 16 accords de mise en conformité examinés en 2019

³¹ La somme des accords est supérieure au nombre total des accords examinés, certains accords portant sur plusieurs thèmes

D. Le droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé donne la possibilité aux assurés, personnes physiques pour les contrats individuels et personnes morales (entreprises ou associations souscriptrices) pour les contrats collectifs, de résilier sans frais et à tout moment après la première année de souscription³², des contrats de complémentaire santé. Cette mesure de simplification, entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2020, donne plus de liberté aux assurés et leur permet de bénéficier d'une concurrence accentuée en matière de couverture complémentaire santé.

Concernant les contrats collectifs à adhésion obligatoire, la mesure offre la faculté de résiliation infra-annuelle à la personne morale souscriptrice seule. Le salarié qui bénéficie d'un contrat collectif obligatoire ne peut donc pas le résilier unilatéralement, dans la mesure où l'adhésion est obligatoire et où c'est l'employeur, souscripteur du contrat, qui détient cette faculté. Pour prévenir le risque d'interruption de la couverture des salariés, la loi prévoit que l'organisme assureur du nouveau contrat collectif se charge des formalités de résiliation³³.

Le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé définit les contrats concernés par cette nouvelle faculté : il s'agit des contrats visant à couvrir les risques liés à la santé (remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident). Sont ainsi exclus les contrats visant à couvrir le prévoyance lourde. Les contrats de complémentaire santé comprenant d'autres garanties limitativement énumérées (risques décès, incapacité de travail ou invalidité, garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation) peuvent également être résiliés à tout moment à compter d'un an de souscription. Cette définition permet de faire bénéficier en pratique de la faculté de résiliation tous les contrats de complémentaire santé du marché, qui comprennent généralement ces autres garanties, non strictement liées au remboursement des frais de soins de santé. En revanche, dès lors qu'une autre garantie non listée dans le décret est proposée dans le contrat souscrit (notamment une assurance dommages aux biens ou une assurance dépendance), la faculté de résiliation infra-annuelle n'est pas ouverte.

Cette loi du 14 juillet 2019 rénove également les obligations d'information incombant à l'organisme assureur vis-à-vis des souscripteurs, personnes physiques comme personnes morales. Depuis le 1^{er} septembre 2020, les organismes assureurs doivent ainsi communiquer, y compris avant la souscription, le rapport entre les prestations versées et les cotisations affectées au financement de ces prestations, ainsi que le taux de frais de gestion de l'organisme assureur. Pour les contrats collectifs, l'obligation de communication précontractuelle puis annuelle est réputée satisfaite lorsque les données sont communiquées dans le rapport adressé à l'employeur par l'organisme assureur en application de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin ». Un arrêté précise les modalités d'application de ces dispositions³⁴.

E. Actualités jurisprudentielles

1. Jurisprudence de la Cour de cassation concernant la portabilité des couvertures collectives en cas de liquidation judiciaire

³² La résiliation peut intervenir un an après la souscription du contrat, dans un délai d'un mois à partir de la notification de la demande à l'organisme assureur

³³ Procédure à suivre par l'assuré qui souhaite résilier son contrat et par le nouvel assureur chargé le cas échéant des formalités de résiliation précisées par le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020

³⁴ Arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

Le droit à portabilité de la couverture collective³⁵ permet aux anciens salariés licenciés, sauf pour faute lourde, de conserver gratuitement la couverture complémentaire de leur ancienne entreprise pour une période correspondant à la durée du ou des derniers contrats de travail, limité à douze mois. Ce droit est ouvert à condition, entre autres, de percevoir des allocations chômage.

La portabilité fait habituellement l'objet d'un financement mutualisé sur les cotisations salariales et patronales versées pour la couverture des salariés de l'entreprise. Se pose donc la question du maintien de la portabilité en cas de liquidation judiciaire, lorsque les cotisations ou primes ne sont plus honorées par l'employeur.

La Cour de cassation a précisé, par un arrêt du 5 novembre 2020³⁶, que le droit à portabilité dont bénéficient les anciens salariés licenciés est maintenu tant que le contrat collectif n'est pas résilié au moment du licenciement des salariés. En cas de liquidation judiciaire, les anciens salariés continuent donc de bénéficier du droit à portabilité dès lors que le contrat collectif n'est pas résilié. La Cour de cassation rappelle que le droit à portabilité est d'ordre public, de sorte que les organismes assureurs ne peuvent pas justifier de l'absence de financement spécifique à la portabilité pour suspendre le bénéfice de ce droit aux salariés licenciés.

2. Jurisprudence de la cour d'appel de Paris sur les garanties pouvant entrer dans le périmètre du financement prévu par l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

L'article 1^{er} de l'ANI prévoyance de 2017 reprend les stipulations relatives à la prévoyance des cadres de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (CCN AGIRC de 1947), à laquelle il se substitue. L'article 1^{er} de l'ANI du 17 novembre 2017 prévoit ainsi que « *les employeurs s'engagent à verser, pour tout bénéficiaire visé à l'article 2 du présent accord [les salariés cadres], une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,5 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de sécurité sociale (...)* Elle est affectée par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès ».

La cour d'appel de Paris, dans un arrêt n° 18/20112 du 6 février 2020, a précisé que l'ANI prévoyance de 2017 et la CCN de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 « *n'excluent pas les frais de santé des avantages de prévoyance financés par l'employeur* » au bénéfice de leurs salariés cadres. Ainsi, les partenaires sociaux peuvent prévoir expressément par convention ou accord de branche l'obligation de respecter le 1,5 % prévoyance prévu à l'article 1^{er} de l'ANI prévoyance de 2017 sans que cela ne s'oppose à ce qu'ils prévoient également d'intégrer à cette cotisation minimale le financement d'autres garanties collectives que les garanties communément appelées de « prévoyance lourde », dont des garanties de remboursement des frais de santé.

Pour rappel, en application de l'article L. 2252-1 du code du travail relatif à la hiérarchie des normes entre accord interprofessionnel et accord de branche, l'ANI prévoyance de 2017 relatif à la prévoyance des cadres ne comportant pas de clause interdisant expressément aux accords de branche d'y déroger, les partenaires sociaux sont libres de déterminer, par convention collective ou accord de branche, un taux de cotisation minimal applicable aux salariés cadres pour le financement des garanties de prévoyance inférieur à celui prévu à l'article 1^{er} de l'ANI précité ou l'intégration de garanties de remboursement des frais de santé au financement prévu à l'article 1^{er} de l'ANI précité.

³⁵ Article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

³⁶Cour de cassation, 2^e chambre civile, 5 novembre 2020, n° 19-17.164

III. Activité de l'année 2020

A. Une année marquée par un léger regain d'activité de la Commission

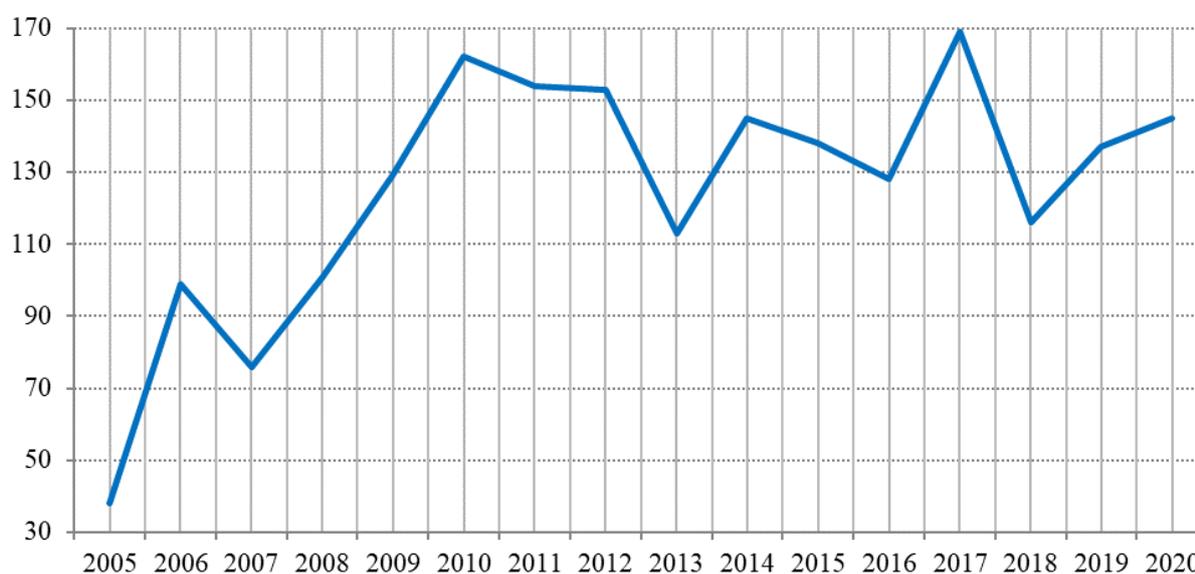
1. Un nombre d'accords examinés en hausse

La Comarep s'est réunie à 9 reprises dans le courant de l'année 2020, dont 4 séances extraordinaires pour l'examen d'accords en lien avec l'épidémie de Covid-19. Elle a examiné **145 accords et avenants** (cf. figure n° 2), dont :

- 6 accords en matière de retraite complémentaire (dont 4 accords AGIRC-ARRCO) et 3 accords relatifs à la fin de carrière ou à la retraite supplémentaire (voir *infra*) ;
- 174 accords en matière de santé et de prévoyance complémentaires³⁷.

Le volume d'accords instruits est en hausse par rapport à 2019 (année au cours de laquelle 137 accords avaient été examinés).

Figure n° 2 – Nombre d'accords examinés annuellement par la Comarep



2. Délais de traitement

L'activité d'extension des accords relatifs à la protection sociale complémentaire fait l'objet d'un suivi par des indicateurs de « court terme », présentés à chaque séance de la commission, qui visent notamment à établir un état des lieux des accords en stock à la date de la commission ou à présenter l'ancienneté des accords examinés.

La méthode d'estimation des indicateurs de « court terme » est présentée en annexe, ainsi que leur évolution au cours de l'année 2020. Il en ressort que le stock d'accords à examiner au 31 décembre 2020 s'élève à 26, nombre en augmentation par rapport à 2019 (17 accords en stock au 31 décembre 2019) mais qui reste soutenable.

B. Caractéristiques des accords examinés

³⁷ La somme des accords est supérieure au nombre total des accords examinés, certains accords portant sur plusieurs thèmes (retraite et prévoyance, retraite et santé, santé et prévoyance)

1. Accords en matière de retraite complémentaire et dispositifs conventionnels de départ en retraite

En 2020, 6 accords de retraite complémentaire ont été examinés par la Comarep (contre 3 en 2019) :

- L'avenant n° 4 du 23 décembre 2019 à l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire modifie les règles de compétence catégorielle du régime ;
- L'avenant n° 5 du 15 octobre 2019 à l'ANI précité encadre les modalités de fixation du taux de cotisation en cas de fusion de branches professionnelles ;
- L'avenant n° 6 du 15 octobre 2019 modifie l'article 44 de l'accord national interprofessionnel instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire relatif au recouvrement des cotisations, l'article 79 relatif aux droits retraite en cas de chômage des salariés des entreprises auto-assurées l'article 115 relatif aux droits de reversion des orphelins et l'article 3 de l'annexe A relatif à la retraite complémentaire des apprentis ;
- L'avenant n° 7 du 17 mars 2020 apporte des modifications rédactionnelles aux articles 71 et 78 de l'ANI précité et à l'article 2 de l'annexe B à cet ANI ;
- La convention collective nationale du personnel des entreprises de manutention ferroviaire et travaux connexes actualisée le 12 juin 2019 et l'accord du 17 janvier 2018 relatif aux classifications dans la branche de la fabrication et du commerce des produits à usages pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire ont porté sur les catégories de bénéficiaires cadres et non-cadres de la retraite complémentaire.

La Comarep a également examiné 3 accords relatifs aux régimes de retraite supplémentaire mis en place dans les branches concernées ou à l'octroi d'un capital fin de carrière longue.

2. Accords en matière de protection sociale complémentaire (santé et prévoyance)

• *Accords en matière de prévoyance*

En 2020, 55 accords analysés par la Comarep ont porté sur la prévoyance (contre 80 en 2019). La somme des accords présentés *infra* est supérieure au nombre total des accords examinés, certains accords portant sur plusieurs thèmes :

- **2 accords ont mis en place un régime collectif de prévoyance (voir *infra*) ;**
- **53 accords ont eu pour objet la modification de régimes préexistants, dont :**
 - 10 accords portant adaptations des régimes de prévoyance en conséquence de l'épidémie de Covid-19 (*cf supra*) ;
 - 5 accords ont procédé à la refonte globale du régime de prévoyance ;
 - 13 accords ont modifié les garanties mises en place (dont 6 améliorations et 1 diminution). Pour 6 accords, les partenaires sociaux ont procédé à des ajustements ou précisions des garanties et de leurs conditions d'octroi ;
 - 18 accords ont modifié le niveau des cotisations (dont 6 à la hausse, 1 à la baisse et 11 ont prévu d'autres types de modifications ou précisions liées aux cotisations) ;
 - 3 accords ont procédé à l'instauration ou au renouvellement d'une clause de recommandation d'organismes assureurs ;
 - 6 accords ont concerné la mise en œuvre du degré élevé de solidarité (modification des prestations de solidarité ; modification du fonctionnement du fonds de solidarité ; désignation d'un gestionnaire du fonds, organisme assureur ou association de branche) ;

- 3 accords ont concerné les fonds d'action sociale mis en œuvre dans les branches concernées, sans relever du degré élevé de solidarité (modification des prestations versées au titre du fonds d'action sociale ; fonctionnement et gouvernance du fonds d'action sociale ; modalités d'attribution des prestations sociales ; augmentation du taux de la cotisation au titre du fonds d'action sociale) ;
- 1 accord a créé une association paritaire de branche compétente en matière de prévention.

- *Accords en matière de frais de santé*

Au total, **93 accords modifiant les régimes de remboursements complémentaires des frais de santé** des salariés ont été examinés par la Comarep en 2020 (contre 66 en 2019) :

- **1 accord a mis en place un régime collectif de remboursement des frais de santé (voir infra) ;**
- **92 accords ont eu pour objet la modification de régimes préexistants, dont :**
 - 5 accords portent adaptations des régimes de remboursement des frais de santé en conséquence de l'épidémie de Covid-19 (*cf supra*) ;
 - 5 accords ont procédé à la refonte globale du régime de remboursements de frais de santé ;
 - 62 accords ont été conclus afin de mettre en conformité les régimes frais de santé mis en place dans les branches à la réforme « 100 % santé » (*cf supra*) ;
 - 23 accords ont modifié les garanties du régime mis en place (amélioration, ajustement ou mise en conformité avec le panier de soins minimal dont doivent bénéficier les salariés³⁸ et de leurs conditions d'octroi) ;
 - 21 accords ont procédé à la modification à la hausse ou à la baisse des cotisations au titre du régime frais de santé mis en place dans la branche. Sur ces 20 accords, 5 prévoient une participation de l'employeur au financement de la couverture collective à hauteur de 50 % et 1 accord prévoit une participation de l'employeur à 55 % ;
 - 5 accords ont procédé au renouvellement ou à la suppression d'une clause de recommandation d'organismes assureurs ;
 - 5 accords ont concerné la mise en œuvre du degré élevé de solidarité (modification des prestations de solidarité ; modification du fonctionnement du fonds de solidarité ; désignation d'un gestionnaire du fonds, organisme assureur ou association de branche) ;
 - 1 accord a concerné les modalités d'attribution des prestations sociales du fonds d'action sociale mis en œuvre dans la branche concernée, sans que ce fonds ne relève du degré élevé de solidarité;
 - 1 accord a créé une association paritaire de branche compétente en matière de prévention.

³⁸ Conformément aux articles R. 871-1 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale

Pour aller plus loin

Pour plus d'information sur les couvertures collectives de protection sociale, vous pouvez consulter les publications suivantes :

- « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 », rapport de l'IRDES n° 572, novembre 2019 (<https://www.irdes.fr/recherche/2019/rapport-572-l-enquete-protection-sociale-complementaire-d-entreprise-2017.html>) ;
- 13^e baromètre de la prévoyance CTIP-CREDOC, 17 janvier 2020 (<https://ctip.asso.fr/etudes>);

C. Principales observations formulées par la Comarep, préconisations et perspectives d'amélioration des accords

Les problématiques exposées ci-après concentrent les principales observations formulées par la commission, dont une grande partie avait déjà été formulée les années précédentes. La Comarep a toutefois été amenée à formuler de nouvelles observations notamment sur les accords relatifs aux mesures d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19.

Il est à noter que, sur les 145 accords examinés, 85 ont fait l'objet d'au moins une observation de la Comarep (soit 59 %). Ce taux est en stable par rapport à l'année 2019 (58 %). Ces 85 accords ont fait l'objet d'un total de 155 observations (soit 1,82 observation par accord), dont :

- 32 appels à l'attention des partenaires sociaux ;
- 101 réserves ;
- 18 exclusions ;
- 4 refus d'extension (dont un accord qui prévoyait une date d'échéance arrivée à terme au cours de la procédure d'extension).

1. Le maintien de la protection sociale complémentaire pour les salariés placés en activité partielle pendant l'état d'urgence sanitaire

L'article 12 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne, mentionnée *supra*, prévoit que les garanties collectives des salariés sont maintenues, indépendamment des stipulations des conventions et accords collectifs et des clauses des contrats d'assurance pendant la période d'état d'urgence sanitaire.

Dans le contexte particulier de 2020, **la Comarep a formulé 6 réserves, lorsque les accords avaient pour objet les conséquences de la crise sanitaire, et 8 appels à l'attention, pour les accords classiques**, sur le maintien des couvertures de protection sociale complémentaire des salariés placés en activité partielle.

2. La généralisation de la complémentaire santé

L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016, prévoit que les entreprises sont tenues de faire bénéficier tous leurs salariés d'une couverture collective obligatoire en matière de remboursement de frais de santé, dont le contenu minimal est décrit à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale. Elles doivent par ailleurs assurer au minimum la moitié de la couverture mise en place à titre obligatoire.

La couverture minimale dont doivent bénéficier les salariés est la suivante :

- prise en charge de l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour tous les actes ou prestations remboursés

par la sécurité sociale (cette prise en charge n'étant pas obligatoire pour les cures thermales, les médicaments à service médical faible dont le taux de remboursement est de 15 % et l'homéopathie) ;

- prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier ;
- prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale (soit l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire plus 25 % de dépassement par rapport à ces tarifs) ;
- forfait de prise en charge des dispositifs d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Le montant de ce forfait minimum est fonction du niveau de correction de l'assuré (100 €, 150 € ou 200 €). Il couvre les frais engagés pour un équipement (deux verres et une monture) par période de prise en charge de 2 ans. Cette période est portée à un an pour les mineurs de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue ou 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas d'inadaptation de la monture au visage de l'enfant.

En 2020, **8 observations** ont été formulées sur la généralisation de la couverture complémentaire santé. Ce nombre est en légère hausse par rapport à 2019 (5 observations). Parmi ces observations :

- 1 réserve a été formulée sur le contenu du **panier de soins** prévu par l'accord. Cette observation a eu pour objet de rappeler que les montants minimum devant être pris en charge par la couverture collective au titre du panier de soins dit « ANI » de l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- le **financement par l'employeur de la couverture** en matière de frais de santé a fait l'objet de 2 réserves, afin de rappeler l'obligation pour l'employeur d'assurer au minimum la moitié du financement de la couverture mise en place à titre obligatoire dans l'entreprise, y compris dans les cas où l'accord de branche prévoit de laisser le choix à l'employeur entre deux niveaux de garantie ;
- 1 réserve a été formulée sur le **régime de frais de santé instauré dans une branche au seul bénéfice des salariés non cadres**. L'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale impose en effet aux employeurs de faire bénéficier l'ensemble de leurs salariés d'une couverture complémentaire en matière de frais de santé ;
- 4 observations ont porté sur les **modalités de mise en œuvre des garanties collectives** dans la branche. En effet, l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale impose un formalisme strict pour la mise en œuvre des garanties collectives dans l'entreprise. 3 réserves ont rappelé l'impossibilité de prévoir la mise en conformité automatique d'un accord collectif à l'évolution de la législation ou de la réglementation relative aux complémentaires santé. Les partenaires sociaux ne peuvent pas prévoir, dans un accord collectif, de déroger à ce formalisme. Par ailleurs, les termes mentionnant un fonds d'action sociale, qui n'a pas préalablement été mis en œuvre dans la branche concernée via la conclusion d'un accord collectif, ont fait l'objet d'une exclusion. Un accord collectif ne peut pas créer des droits pour les salariés sans respecter le formalisme prévu par le code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la Comarep n'a pas formulé cette année d'observation sur la nécessité de prévoir dans les accords relatifs aux frais de santé un taux de cotisation et des garanties spécifiques pour les salariés qui relèvent du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (RLAM). Cela témoigne d'une bonne application par les partenaires sociaux des dispositions de l'article D. 911-1-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoient que la couverture collective obligatoire doit prendre en compte les adaptations nécessaires pour les salariés relevant du RLAM.

3. Les clauses de recommandation

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a modifié les dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale en matière de recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs par les branches. La possibilité de recourir à la recommandation est soumise à deux conditions cumulatives :

- les branches doivent avoir mis en place un régime à « degré élevé de solidarité ». L'ensemble des entreprises de la branche doit pouvoir adhérer à ou aux organisme(s) recommandé(s), avec les mêmes garanties et à un tarif unique. L'organisme assureur recommandé ne peut pas refuser l'adhésion d'une entreprise de la branche qui souhaiterait rejoindre la recommandation. Le régime doit comprendre des prestations présentant un degré élevé de solidarité (dispositifs collectifs ou individuels d'action sociale, prise en charge à titre gratuit de la cotisation de certains salariés ou anciens salariés, actions de prévention, conformément aux articles R. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale). L'accord collectif doit également prévoir d'affecter au moins 2 % de la prime ou de la cotisation au financement des prestations présentant un degré élevé de solidarité ;
- une mise en concurrence préalable des organismes assureurs dans des conditions d'impartialité, de transparence et d'égalité de traitement entre les candidats précisées par voie réglementaire.

Les entreprises appartenant à une branche ayant recommandé un ou plusieurs organismes assureurs demeurent libres de retenir l'organisme de leur choix. Lorsque la branche instaure un régime à degré élevé de solidarité, l'ensemble des entreprises de la branche doit permettre à leurs salariés de bénéficier des prestations non directement contributives prévues par l'accord de branche, quel que soit l'organisme assureur auquel leur entreprise a choisi de recourir.

La Comarep a été amenée à formuler **17 observations** sur ce sujet (contre 23 en 2019), dont :

- 14 observations ont porté sur la **procédure mise en œuvre pour la recommandation d'organismes assureurs** :
 - o la Comarep a formulé 4 observations relatives aux clauses de recommandations mises en œuvre dans les branches. Ont été exclues de l'extension les stipulations d'un accord conduisant à conditionner l'adhésion à l'organisme recommandé des entreprises ayant une forte sinistralité au versement d'une surcotisation pour provision (entreprises ayant des salariés en incapacité ou en invalidité de travail lors de l'entrée de l'entreprise dans la recommandation), ce qui est contraire à l'obligation de pratiquer un tarif unique prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et rappelé par la Cour de cassation et par le Conseil d'Etat³⁹. Une réserve et un appel à l'attention ont porté sur la nécessité de procéder au renouvellement de la procédure préalable de mise en concurrence dans un délai maximal de 5 ans. Enfin, la Comarep a formulé une réserve relative à une stipulation maladroite mentionnant la désignation d'organismes assureurs, la branche ayant par ailleurs procédé à la recommandation régulière d'organismes assureurs ;
 - o 9 accords comprenaient dans la dénomination des garanties le nom de l'organisme recommandé ou ayant fait l'objet d'une désignation anciennement en vigueur dans la branche ou du réseau de soins de ce ou ces organismes ou du cabinet chargé de la gestion du régime au titre de ce ou ces organismes.

³⁹ La Cour de cassation (9 octobre 2019, n° 18-13217) et le Conseil d'Etat (16 décembre 2019 n° 396001) ont jugé que l'application aux entreprises d'une même branche d'un tarif différencié en fonction de la date d'adhésion aux organismes recommandés est contraire à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et entache l'accord d'illégalité, rendant impossible son extension par arrêté

Dans ces cas, le nom de l'organisme ainsi mentionné a été exclu de l'extension. Dans la majorité des accords, cette mention était liée à une clause de désignation devenue obsolète ;

- la Comarep a souhaité formuler une réserve sur les stipulations d'un accord dont les stipulations portaient atteinte au libre choix des entreprises en matière d'organisme assureurs en incitant les entreprises de la branche à souscrire un contrat auprès de l'organisme assureur anciennement désigné dans la branche ;
- 3 observations ont porté sur la **mise en œuvre du degré élevé de solidarité** : la Comarep a formulé une réserve et un appel à l'attention sur les modalités de mise en place d'un fonds de solidarité conformément à l'article L. 912-1 et R. 912-3 du code de la sécurité sociale, qui disposent que l'accord instaurant le fonds de solidarité au titre du degré élevé de solidarité de la branche doit en préciser le fonctionnement, les modalités de gestion et le type d'actions de solidarité financées par ce fonds, et une exclusion des stipulations d'un accord prévoyant la possibilité de résilier les garanties du degré élevé de solidarité, ces garanties devant obligatoirement être mises en œuvre dès lors que la branche procède à la recommandation d'un organisme assureur.

4. Les dispenses d'affiliation d'ordre public

L'article 34 de la LFSS 2016 a modifié l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et instauré un cas de dispense d'ordre public en matière de couverture des frais de santé (salariés ne bénéficiant pas d'une couverture collective obligatoire d'au moins trois mois, pouvant demander à bénéficier du versement santé). Le décret d'application pris sur ce fondement a également prévu d'autres cas de dispense d'ordre public (article D. 911-2 du code de la sécurité sociale). L'article L. 911-7-1 du même code, instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, prévoit également la possibilité pour certains salariés en contrat court ou à temps partiel de se dispenser d'adhésion au contrat collectif et de bénéficier du « versement santé » pour financer une complémentaire individuelle. Les salariés concernés par ces cas de dispense peuvent les utiliser de plein droit pour s'exonérer de l'obligation d'affiliation à la couverture santé de branche ou d'entreprise, même s'ils ne sont pas mentionnés dans l'acte juridique instaurant les garanties. Pour mémoire, ces dispenses d'ordre public ne concernent pas la prévoyance lourde (incapacité, invalidité, décès).

Ainsi, dès lors, que les accords reprennent ou non la liste des cas de dispense d'ordre public, les salariés pourront les utiliser de plein droit. En revanche, les accords ne peuvent pas restreindre l'application des articles L. 911-7, L. 911-7-1 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale.

Aux dispenses d'ordre public peuvent s'ajouter, dans les accords, une ou plusieurs des autres possibilités de dispense prévues par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, applicables aux régimes de couverture santé et de prévoyance lourde. Le maintien des exonérations d'assiette de cotisations sociales nécessite en ce cas, conformément aux dispositions du même article, que ces cas de dispense soient expressément mentionnés dans l'acte juridique instaurant les garanties. En ce cas, les exonérations d'assiette de cotisations sociales résultant de cet article R. 242-1-6 ne sont pas remises en cause.

En 2020, la Comarep a formulé **5 réserves** relatives aux dispenses d'ordre public (contre 3 en 2019), sur des accords prévoyant des stipulations conduisant à en restreindre l'application.

L'attention des partenaires sociaux a également été appelée 2 fois s'agissant de la dispense prévue pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS). Les articles L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale relatifs à la CMU-c ont été modifiés par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui prévoit l'extension de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS (aide à la complémentaire santé). Ainsi, depuis le 1^{er} novembre 2019, l'ACS est et la CMU-C ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS), avec ou sans

participation financière de l'assuré. Les bénéficiaires de contrats de CMU-c ou de droits ACS en cours au 1^{er} novembre 2019 peuvent continuer à courir jusqu'à leur terme.

5. Le mécanisme de portabilité des droits

L'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a introduit l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, qui généralise et améliore le dispositif de portabilité des droits instauré par l'ANI de 2008 permettant aux anciens salariés involontairement privés d'emploi (non consécutivement à une faute lourde) de bénéficier du maintien des garanties postérieurement à leur départ de l'entreprise.

Il élargit tout d'abord le champ d'application à l'ensemble des entreprises et des salariés : l'ANI de 2008 ne couvrait en effet que les salariés des entreprises adhérentes à l'une des organisations patronales signataires ou appartenant à une branche au sein de laquelle le MEDEF, l'U2P ou la CPME, signataires de l'ANI, étaient reconnues représentatives. Par ailleurs, il porte la durée maximale de la portabilité de 9 à 12 mois. Enfin, il rend obligatoire le financement mutualisé du mécanisme, ce qui signifie que les demandeurs d'emploi en bénéficieront « à titre gratuit » (le financement du dispositif étant ainsi assuré par les salariés en activité et les employeurs).

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale est entré en vigueur le 1^{er} juin 2014 pour la portabilité du risque santé et le 1^{er} juin 2015 pour la portabilité du risque prévoyance.

En 2020, la Comarep a été amenée à formuler **4 observations** (3 réserves et 1 exclusion) à ce sujet (contre 7 observations en 2019), portant plus particulièrement sur les points suivants :

- un accord prévoyait la cessation de la portabilité lorsque le bénéficiaire reprend un emploi. Or, l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale précise que « *le maintien des garanties est applicable [...] pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage* », ce qui n'exclut pas le bénéfice de la portabilité en cas de reprise d'une activité si celle-ci n'emporte pas la fin de l'indemnisation chômage ;
- un accord ne peut pas exclure les ayants droits du salarié de la portabilité, ceux-ci bénéficiant de la portabilité de droit au même titre que le salarié ;
- un accord ne peut pas prévoir que la portabilité des garanties reste due aux anciens salariés, y compris en cas de résiliation du contrat collectif dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire, en application de la jurisprudence de la Cour de cassation (avis n° 17013 à 17017 du 6 novembre 2017, arrêt 2^e ch. civ., n° 17-10.636 du 18 janvier 2018), qui conditionne le maintien du bénéfice de la portabilité en cas de procédure de liquidation judiciaire au fait que le contrat collectif ne soit pas résilié.

6. Le maintien des garanties santé en application de l'article 4 de la « loi Évin »

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », précise les conditions de sortie des contrats de complémentaire santé collective à caractère obligatoire. Il impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités du maintien de la complémentaire santé, afin de permettre aux anciens salariés et aux ayants droit d'un assuré décédé de conserver une couverture complémentaire santé à un tarif encadré. Les garanties sont maintenues sans limitation de durée au profit des anciens salariés et pour une durée de 12 mois minimum pour les personnes garanties du chef de l'assuré décédé. Le financement du maintien des garanties est exclusivement à la charge des bénéficiaires. Les tarifs de ces contrats sont encadrés par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la « loi Évin. » Il met en œuvre une hausse progressive des plafonds applicables aux tarifs des contrats de complémentaire santé après la fin du contrat de travail (pas d'augmentation la première année, prix égal au plus à 125 % du prix des contrats applicables aux actifs la deuxième année ; prix égal au plus à 150 % la troisième année).

3 observations ont porté sur l'application de ces dispositions en 2019 :

- 2 réserves ont porté sur le plafonnement des cotisations. Dans les accords concernés, les tarifs des contrats des anciens salariés ne respectaient pas le plafonnement progressif prévu par le décret du 21 mars 2017 précité (applicable aux contrats souscrits ou aux adhésions intervenues à compter du 1^{er} juillet 2017). Dans un cas, le mode d'expression des tarifs applicables aux bénéficiaires du maintien (en % du plafond annuel de la sécurité sociale) ne permettait pas de s'assurer du respect de ces dispositions ;
- Une réserve a porté sur l'articulation entre le dispositif de maintien des garanties prévue à l'article 4 de la « loi Evin » et le dispositif de portabilité des droits dont bénéficient les salariés licenciés (voir point 4 ci-avant). Ainsi, le fait pour les salariés licenciés de bénéficier de la portabilité prévue à l'article L. 911-8 du code de la sécurité ne doit pas s'opposer à leur droit de demander le maintien de leurs garanties au titre de l'article 4 de la « loi Evin », à l'issue de la période de portabilité.

7. Le maintien de salaire ou complément employeur

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 a modifié l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977, dont les dispositions ont été reprises dans la loi du 19 janvier 1978 dite « de mensualisation » et codifiées aux articles D. 1226-1 et suivants du code du travail. Tous les salariés ayant un an d'ancienneté dans une entreprise doivent ainsi bénéficier, en cas d'incapacité de travail, d'un maintien de leur salaire pendant 60 jours (30 jours à hauteur de 90 % puis 30 jours à 66 %) à l'issue d'un délai de carence de 7 jours. Ce maintien de salaire est financé exclusivement par l'employeur.

Il n'y a pas de délai de carence lorsque l'arrêt de travail a une origine professionnelle (accident du travail ou maladie professionnelle). Par ailleurs, les durées d'indemnisation augmentent de 10 jours par période entière de cinq ans d'ancienneté, en plus de la durée d'une année requise pour bénéficier du dispositif, sans que chacune d'elle puisse excéder 90 jours.

Les indemnités complémentaires légales versées en cas d'absence pour maladie ou accident constituent le niveau « plancher » d'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail. Les stipulations des régimes de prévoyance mis en place dans l'entreprise ou dans la branche professionnelle doivent donc respecter *a minima* ce niveau plancher.

En outre, les clauses d'un accord de branche ou d'entreprise ne peuvent pas prévoir que la mise en œuvre d'une garantie incapacité temporaire de travail se substitue à l'obligation qui incombe à l'employeur de maintenir le salaire pendant la durée et pour le montant prévus par la loi. L'employeur peut décider de confier au régime de prévoyance le soin de prendre en charge l'indemnisation du maintien de salaire dû légalement, mais il devra alors financer en totalité la cotisation au titre de cette prestation. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une garantie de protection sociale complémentaire au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

En 2020, 5 réserves ont porté sur la durée ou le montant de l'indemnisation financée par l'employeur au titre du maintien de salaire (contre 5 en 2019).

Par ailleurs, la Comarep a formulé à 9 reprises un appel à l'attention (contre 17 en 2019) lorsque les stipulations d'un accord collectif relatives au maintien de salaire ne comportaient pas de clauses spécifiques sur l'indemnisation des absences pour maladie ou accident des salariés qui relèvent du droit local d'Alsace-Moselle. En effet, l'article 616 du code civil local et l'article 63 du code de commerce local, devenus depuis 2008 les articles L. 1226-23 et L. 1226-24 du code du travail, prévoient des dispositions particulières pour ces salariés, notamment l'absence de délai de carence. La Cour de cassation a confirmé régulièrement, depuis un arrêt du 26 avril 1972, que ces dispositions prévalent sur les dispositions conventionnelles moins favorables.

Au total, en 2020, **14 observations** ont donc été formulées sur le maintien de salaire en cas de maladie ou accident des salariés (contre 22 en 2019).

8. Les contrats responsables

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a défini le nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables » en application des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Le décret précité a modifié l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale de façon à introduire dans le panier minimum des garanties le panier « 100 % santé », qui prévoit le remboursement sans reste à charge de certains soins dentaires et équipements d'optique et d'audiologie, ainsi que les plafonds de remboursement applicables au panier dit « hors 100 % santé » de ces mêmes garanties. Ainsi, le contrat doit prévoir le remboursement sans reste à charge de certains soins dentaires et équipements d'optiques et d'audiologie qui composent le « panier 100 % santé »⁴⁰. Par ailleurs, les soins et équipements qui ne font pas l'objet d'une prise en charge renforcée font l'objet d'un remboursement encadré (paniers de soins dits « hors 100 % santé »). Ainsi, des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction sont établis pour la prise en charge des équipements d'optique. Le montant maximum de remboursement des montures est par ailleurs fixé à 100 €. Le plafond est de 1 700 € par oreille pour la prise en charge des équipements d'audiologie. La périodicité de prise en charge des équipements, du panier à prise en charge renforcée et du panier libre, est limitée à un appareil par oreille tous les quatre ans pour l'audiologie et à un équipement tous les deux ans pour l'optique (sauf pour les mineurs de moins de seize ans ou en cas d'évolution du besoin de correction, auquel cas le remboursement d'un équipement peut être anticipé)⁴¹. Le contrat doit également respecter les modalités de remboursement propres à chaque catégorie de soins dentaires (sans reste à charge, tarifs maîtrisés et tarifs libres), déterminées en fonction des honoraires limites de facturation applicables aux soins dentaires⁴².

Par ailleurs, ces contrats doivent couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré (taux de remboursement de 15 %), ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

Enfin, l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale fixe des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des dépassements d'honoraires. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO) est limitée à 100 % du tarif de la sécurité sociale et doit nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif (la différence entre les deux taux de prise en charge devant être d'au moins 20 points).

En 2020, **34 accords ont fait l'objet de 49 observations sur la mise en conformité des accords au « 100 % santé »**⁴³ (contre 33 accords ayant fait l'objet d'observation sur ce point en 2019) :

⁴⁰ Pour plus d'information sur le « 100 % santé », voir le paragraphe « la réforme du 100 % santé » en partie II du présent rapport

⁴¹ Les modalités de prise en charge des équipements d'optique et d'audiologie sont précisés par, respectivement, l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale et l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

⁴² Les honoraires limites de facturation sont établis par la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018

⁴³ La somme des observations est supérieure au nombre indiqué en intitulé car une même observation a pu porter sur différents points problématiques de la mise en conformité des accords au « 100 % santé »

- Des réserves ont été formulées à 5 reprises sur les accords portant modification du régime frais de santé de la branche sans procéder à la mise en conformité au « 100 % santé », de ce régime afin d'avertir les branches de l'entrée en vigueur de la réforme du « 100 % santé » au 1^{er} janvier 2020 et de la nécessité de prévoir la révision du régime de frais de santé de la branche avant cette date ;
- 15 réserves ont porté sur le renvoi, dans des accords de mise en conformité au « 100% santé », aux conditions générales du contrat pour connaître des cas de remboursement anticipés de la prise en charge en optique prévus par la réglementation citée *supra*. Les observations ont consisté à rappeler que le contenu du cahier des charges des contrats responsables est prévu règlementairement. 4 réserves ont été formulées également lorsque les accords ne mentionnaient pas l'arrêté fixant les cas de renouvellement anticipé des équipements d'optiques (voir *supra*) ou faisaient une mention incomplète des différents cas listés dans l'arrêté précité ;
- pour 14 accords, la Comarep a formulé des réserves sur la nécessité de mentionner les honoraires limites de facturation dans le tableau des garanties d'un accord de mise en conformité au « 100 % santé », qui permettent de s'assurer du respect des modalités de remboursement différenciées entre soins sans reste à charge, soins à tarifs maîtrisés et soins à tarifs libres en dentaire. Pour 8 de ces accords, la réserve portait également sur le renvoi opéré par ces accords aux conditions générales du contrat pour connaître les HLF, au lieu de renvoyer à la réglementation en vigueur ;
- pour 8 accords, la Comarep a formulé des réserves sur la nécessité de renvoyer à la réglementation en vigueur, et non aux conditions générales du contrat, pour connaître les prix limites de vente applicable à la garantie audiologie. 2 réserves ont porté sur la périodicité applicable au renouvellement des équipements d'audiologie, soit tous les 4 ans pour chaque oreille. L'attention des partenaires sociaux a également été appelée une fois pour une confusion entre HLF et PLV pour la garantie audiologie ;
- 1 réserve a porté sur le montant des remboursements des équipements d'optique, qui excédaient les plafonds prévus par la réglementation et une réserve a porté sur l'absence de grille optique dans le tableau de garanties de l'accord ;
- 1 réserve a porté sur l'absence de mention du plafond de la garantie audiologie ;
- 1 appel à l'attention a porté sur la mention dans le tableau de garanties d'un accord du « contrat d'accès aux soins ». Or, la convention médicale régissant les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'assurance maladie mentionne depuis le 25 août 2016 un avenant, applicable depuis le 1^{er} janvier 2017, qui remplace le contrat d'accès aux soins (CAS), par l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM), ouverte aux médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires (secteur 2), et l'option tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), adressée aux médecins du secteur 2 spécialisés en chirurgie ou en gynécologie obstétrique, dans le respect de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;
- L'attention des partenaires sociaux a été appelée 1 fois sur le fait que, depuis fin 2019, les spécialités homéopathiques ne sont plus remboursées par la sécurité sociale.

9. Les conséquences du régime unifié AGIRC-ARRCO

Les partenaires sociaux ont signé le 17 novembre 2017 deux accords nationaux interprofessionnels (ANI) visant, pour l'un, à instituer un régime unique AGIRC-ARRCO, pour l'autre, à maintenir le régime de prévoyance dont bénéficient les cadres depuis la convention collective nationale du 14 mars 1947. Ce régime unifié a été institué à compter du 1^{er} janvier 2019. Depuis cette date, les salariés sont donc affiliés, pour leur retraite complémentaire, à ce régime unique et non plus, selon qu'ils sont cadres ou non cadres, à l'AGIRC ou à l'ARRCO.

La Comarep a formulé **13 réserves** sur la nécessité de prendre en compte les modifications suivantes, dans l'attente de la modification du cadre réglementaire applicable conformément à l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale :

- les accords doivent remplacer les définitions des bénéficiaires prises par référence à la convention collective nationale du 14 mars 1947 par celles des deux ANI du 17 novembre 2017 ;
- les accords doivent remplacer les tranches de cotisations prises par référence aux anciens régimes AGIRC et ARRCO par les deux tranches de cotisations, dites « *tranche 1* » et « *tranche 2* », créées par l'article 32 de l'ANI instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire. La tranche 1 est constituée de l'ensemble des éléments de l'assiette dont le montant n'excède pas le plafond fixé en application de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. La tranche 2 est constituée de l'ensemble des éléments de l'assiette dont le montant est compris entre le plafond fixé en application de l'article L. 241-3 du même code et le montant égal à huit fois ce même plafond.

Pour rappel, dans l'attente de la modification du code de la sécurité sociale, la lettre du 25 février 2019 de la directrice de la sécurité sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) sécurise le bénéfice des exemptions de cotisations et contributions sociales attaché au caractère collectif pour les régimes complémentaires et supplémentaires de retraite, de santé et de prévoyance qui continuent d'utiliser les critères 1 et 2 tels que définis par le code de la sécurité sociale pour déterminer des catégories objectives de salariés⁴⁴.

L'attention des partenaires sociaux a également été appelée 2 fois concernant la méthode de revalorisation des prestations du régime mis en place, l'accord prévoyant que la revalorisation se fait en fonction du point ARRCO, devenu depuis le 1^{er} janvier 2019 le point AGIRC-ARRCO.

10. La définition des ayants droit

L'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a instauré la protection universelle maladie (PUMa), qui supprime la notion d'ayant droit majeur au sens d'un régime obligatoire d'assurance maladie. A titre transitoire, les personnes majeures ayants droit d'un assuré peuvent continuer à bénéficier de la prise en charge de leur frais de santé en tant qu'ayants droit jusqu'au 31 décembre 2019.

En application de ces dispositions, la Comarep a formulé en 2020 **un appel à l'attention** visant à rappeler aux partenaires sociaux qu'à partir du 1^{er} janvier 2020, la référence dans les accords collectifs à la notion d'« *ayant droit au sens de la sécurité sociale* » ne trouve plus à s'appliquer. Pour définir les ayants droit des salariés, les accords de branche doivent désormais lister expressément les bénéficiaires concernés (conjoint, enfants à charge...).

Par ailleurs, l'article 17 de l'ordonnance n° 2005-759 du 4 juillet 2005 portant réforme de la filiation supprime la distinction entre enfants légitimes et naturels dans le code civil. La notion d'enfants légitimes, naturels ou adoptifs a également été supprimée dans le code de la sécurité sociale.

Conformément à ces dispositions, **l'attention des partenaires sociaux a été appelée à 3 reprises** afin d'inciter les branches à supprimer la distinction entre enfants naturels et légitimes lors des futures renégociations des accords concernés.

11. Le respect du principe d'égalité

Selon la jurisprudence constante du Conseil d'État, le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce qu'il soit réglé de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il soit dérogé à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la norme qui l'établit et ne soit pas manifestement disproportionnée au regard des différences de situations susceptibles de la justifier.

⁴⁴ Pour plus d'information, voir le paragraphe sur les conséquences de l'entrée en vigueur des deux ANI de 2017 sur la définition des catégories objectives dans la partie II du présent rapport

Conformément à cette jurisprudence, la Comarep a formulé **6 réserves** relatives à 2 accords qui confiaient le mode de calcul de la revalorisation des garanties de prévoyance à l'organisme assureur de chaque entreprise, sans prévoir de suivi par la commission paritaire de suivi du régime mise en place par le même accord, 3 accords qui réservaient des garanties au seul bénéfice des salariés des entreprises couvertes par l'organisme assureur recommandé par branche et un accord qui réservait le bénéfice d'une garantie au type de contrat dont bénéficie le salarié. La Comarep a estimé que ces stipulations ne permettaient pas d'assurer l'équivalence des garanties entre les salariés de la branche, indépendamment de leur employeur, et ainsi que le choix de l'organisme assureur par l'employeur constitue un critère sans rapport direct avec l'objet de la garantie.

12. Le respect de la hiérarchie des normes

Conformément à l'article L. 2253-1 du code du travail, lorsqu'un accord de branche instaure une couverture complémentaire santé ou prévoyance, ses stipulations prévalent sur les accords d'entreprise conclus postérieurement ou antérieurement, sauf si ces derniers assurent des garanties au moins équivalentes aux garanties prévues par l'accord de branche⁴⁵.

La Comarep a été amenée à formuler **11 réserves** en 2020 (contre 4 en 2019), portant sur les stipulations conduisant à permettre aux entreprises de conserver leur régime uniquement s'il comprend des prestations supérieures à celles prévues par l'accord de branche. Une entreprise ayant déjà mis en place un régime frais de santé ou prévoyance comportant des garanties au moins équivalentes, garantie par garantie, à celles mises en place par l'accord de branche, peut en effet les conserver.

13. Le respect des règles de la négociation collective lors de la mise en œuvre de garanties collectives

En application de l'article L. 2221-1 du code du travail, la négociation collective ne peut porter que sur des sujets relatifs à la détermination des relations collectives entre employeurs et salariés. Ainsi, les actes de droit du travail mentionnés au L. 911-1 du code de la sécurité sociale ne peuvent mettre en œuvre que des garanties collectives.

La Comarep a formulé **une réserve** afin de rappeler qu'un accord collectif ne peut avoir pour objet que de régir les relations entre employeurs et les salariés. En l'espèce, les stipulations d'un accord tendaient à confier à l'organisme assureur seul la responsabilité de la mise en œuvre des garanties dans l'entreprise. Or, l'organisme assureur auprès duquel l'employeur a souscrit un contrat ne peut être chargé que d'assurer le versement des prestations. Il appartient à l'employeur pour sa part d'assurer la mise en œuvre des garanties dans l'entreprise.

La Comarep a également **une fois exclu de l'extension** les stipulations d'un accord mettant en place des garanties souscrites à titre individuel, au surplus en mentionnant le nom de l'organisme proposant la garantie afférente. La Comarep a considéré qu'un accord ne peut concerner que les relations collectives de travail et, par conséquent, ne peut mettre en place que des garanties collectives.

Enfin, la Comarep a proposé des **refus d'extension pour 4 accords**. Deux de ces accords avaient pour unique objet les protocoles techniques et financiers conclus entre les organismes assureurs et les partenaires sociaux de la branche, et, un accord avait pour objet les statuts des associations et de l'institution de prévoyance constituées par la branche, stipulations inéligibles à l'extension en application de l'article L. 2221-1 du code du travail et des articles L. 911-1 et L. 912-1 du code

⁴⁵ Pour plus d'information, voir les « faits marquants de l'année 2018 » du rapport d'activité de la Comarep pour 2018, disponible sur securite-sociale.fr

de la sécurité sociale. Au surplus, un accord comportait une date d'échéance expirée au cours de la procédure d'extension.

14. La forme juridique de l'organisme choisi pour assurer le régime collectif

Conformément à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », l'ensemble des organismes assureurs, à savoir les sociétés d'assurances, les mutuelles ou les institutions de prévoyance, sont habilités à assurer la gestion des régimes collectifs de protection sociale complémentaire. Par ailleurs, le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013, a reconnu la liberté de choix de l'employeur en matière d'organisme assureur. Ainsi, une convention ou un accord collectif ne peut pas restreindre la liberté de choix de l'employeur à une seule catégorie d'organismes assureurs. La Comarep a formulé **4 réserves** en ce sens (contre 8 en 2019).

15. La prise en charge des suites des états pathologiques antérieurs à la souscription du contrat collectif

Conformément à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin », les suites des états pathologiques du salarié survenues antérieurement à la souscription d'un contrat collectif de prévoyance ou de santé doivent être pris en charge par l'organisme assureur choisi par l'employeur.

La Comarep a ainsi formulé **une réserve** pour rappeler cette obligation propre aux contrats collectifs. En l'espèce, l'accord limitait l'ouverture des droits aux seuls risques survenus pendant la période de couverture, correspondant à la date d'entrée en vigueur du régime collectif de branche mis en place.

16. Le régime social des contrats collectifs d'assurance santé

Conformément aux articles L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale, les allocations complémentaires versées au titre de périodes d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie, un accident, une maternité, lorsqu'elles sont destinées à maintenir en tout ou partie le salaire d'activité, ont la nature de revenus d'activité. Elles demeurent donc soumises aux cotisations de sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS, que ces allocations soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un organisme assureur. Dans un tel cas, elles sont assujetties à cotisations sociales au prorata du financement patronal. La Comarep a été amené à formuler **un appel à l'attention** sur ce point.

Par ailleurs, les exemptions de contributions et de cotisations sociales mentionnées au 4^o de l'article L. 242-1 du code de la sociale s'appliquent au financement patronal d'une couverture collective complémentaire à condition que celle-ci revête un caractère collectif et obligatoire. La Comarep a **appelé l'attention des partenaires sociaux une fois** concernant l'application de ces dispositions, seules les contributions des employeurs aux systèmes de garanties auxquels l'adhésion du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit, est obligatoire pouvant bénéficier de des exemptions de cotisations.

17. La résiliation infra-annuelle des contrats de remboursement des frais de santé

Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2020 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé (voir *supra*), les assurés, personnes morales (entreprises ou associations souscriptrices) pour les contrats collectifs, ont la

possibilité de résilier sans frais et à tout moment après la première année de souscription des contrats de complémentaire santé, dans les conditions prévues par le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 relatif au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé. La Comarep a formulé **une réserve** sur un accord qui ne prévoyait la possibilité de résilier le contrat collectif de remboursement des frais de santé qu'à échéance annuelle.

18. La généralisation de la retraite complémentaire

La loi n° 72-1223 du 29 décembre 1972 portant généralisation de la retraite complémentaire au profit des salariés et anciens salariés, codifiée aux articles L. 921-1 et suivants du code de la sécurité sociale, encadre les modalités d'affiliation des salariés au régime de retraite complémentaire légalement obligatoire. Depuis l'entrée en vigueur de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif au régime unique AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire, les salariés cadres et non-cadres sont affiliés au régime AGIRC-ARRCO. La Comarep a formulé **2 réserves** afin d'assurer que les accords étendus respectent ces dispositions.

IV. Nouveaux régimes collectifs examinés par la Comarep en 2020

La Comarep a examiné 3 nouveaux régimes au cours de l'année 2020 :

- 1 branche a instauré des garanties de frais de santé,
- 2 branches ont instauré des garanties de prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès).

A. Le régime de frais de santé mis en place en 2020

La Comarep a examiné un seul texte instaurant des garanties frais de santé. Il s'agit des branches de la production des papiers cartons et celluloses et de la transformation des papiers et cartons et industries connexes, dans le cadre de la fusion des branches. Le régime frais de santé prévoit une cotisation minimale à hauteur de 1,48 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (0,81 % pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle) et fixe la participation de l'employeur à hauteur de 50 % de la cotisation. L'accord comprend un tableau de garanties à titre indicatif, sans force obligatoire pour les entreprises de la branche. Ce tableau de garanties prévoit un régime de base et deux régimes optionnels.

Aucun accord de frais de santé n'a instauré une mutualisation du régime par le biais de la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ou mis en place un degré élevé de solidarité.

B. Les régimes de prévoyance mis en place en 2020

La Comarep a examiné 2 nouveaux régimes de prévoyance, concernant les branches :

- Industries de la transformation de volailles ;
- Employés et personnel de maîtrise des commerces de quincaillerie, fournitures industrielles, fers, métaux et équipement de la maison.

Le régime de la branche des industries de la transformation des volailles a été créé au bénéfice des salariés non-cadres. Il met en place une garantie invalidité (versement d'un complément à l'indemnisation de l'invalidité par l'assurance maladie) et une garantie décès, comprenant le versement d'un capital, également versé en cas d'invalidité absolue et définitive, d'une rente éducation versée aux éventuels enfants du salariés décédé et la prise en charge forfaitaire des frais d'obsèques.

Le régime de la branche des employés et personnels de maîtrise des commerces de quincaillerie instaure une garantie décès, comprenant le versement d'un capital, une garantie incapacité temporaire de travail, une garantie invalidité et une garantie incapacité permanente professionnelle ou d'invalidité (versement d'un complément à l'indemnisation par l'assurance maladie des arrêts maladie, de l'invalidité et de l'incapacité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle).

S'agissant des cotisations, les 2 accords prévoient une prise en charge minimale de l'employeur à hauteur de 50 % de la cotisation globale.

Aucun accord de prévoyance n'a instauré une mutualisation du régime par le biais de la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ou mis en place un degré élevé de solidarité.

V. Contributions des organisations professionnelles

Les organisations professionnelles représentées au sein de la Comarep ont été invitées à présenter leur vision de la négociation collective et de leur rôle au sein de la Commission au cours de l'année 2020. Les contributions des organisations sont reproduites ci-dessous.

Les organisations de salariés



L'année 2020 marque l'apparition de l'épidémie de covid-19. Dès le début de la crise sanitaire et face à un recours massif à l'activité partielle, s'est posée la question du maintien de la protection sociale pour les salariés concernés. Les textes, qu'il s'agisse des sources légales, réglementaires ou encore conventionnelles, ne permettaient pas d'y répondre de manière certaine. La CFDT a tout de suite revendiqué la nécessité de maintenir la couverture santé et prévoyance pour plus de 12 millions de salariés dont le contrat de travail a été suspendu. D'autant que les besoins d'une couverture étaient nécessairement accrus face au risque de maladie et ses conséquences. Cependant, l'activité partielle était jusqu'alors très peu mise en application. Aussi cette situation n'avait pas été prévue par les accords et contrats collectifs qui n'ont pas permis d'assurer partout la continuité des droits des salariés. La sécurisation d'ordre publique apportée par la loi du 17 juin 2020 était donc indispensable et la CFDT s'en est félicité.

Aujourd'hui, il revient aux actes mettant en place les garanties, et notamment aux accords collectifs de prévoir ce maintien. Plus largement, il est impératif que les accords collectifs puissent assurer la continuité des droits lors de toutes périodes de suspension du contrat de travail, notamment lorsqu'elles sont le résultat de crises, sanitaire et/ou économique.

Autre fait marquant en 2020 : la Cour de cassation a confirmé sa position sur l'application de la portabilité des droits en matière de protection sociale complémentaire pour les salariés dont le contrat est rompu dans un contexte de liquidation judiciaire. Cela est désormais clair : la portabilité des droits est d'ordre public et les organismes assureurs doivent continuer à couvrir les salariés qui perdent leur emploi, que l'entreprise soit en bonis ou pas. La CFDT a salué cette clarification qui garantit une égalité de traitement entre des salariés et va dans le sens d'une meilleure justice sociale.

L'assurance que la portabilité sera appliquée dans les contextes de faillite est primordiale, d'autant plus au regard de la crise sanitaire et économique que nous traversons. Il nous faudra poursuivre cette avancée, améliorer encore la couverture des salariés concernés et trouver de nouveaux mécanismes de mutualisation des coûts de cette portabilité. En tout état de cause, la CFDT sera vigilante au respect de cette décision afin de protéger les salariés quelles que soient leurs activités et leurs entreprises.

Enfin le droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et à tout moment (après la première année de souscription) est entré en vigueur le 1er décembre 2020. Cette mesure est en apparence au bénéfice des assurés et des entreprises qui auraient davantage de libertés et qui

tireraient profit de la concurrence. La CFDT constate qu'en santé, l'intérêt général est à la mutualisation très large des risques. La crise de la Covid 19 l'a montré. Or la segmentation du marché de la santé, les flux incessants d'assurés entre organismes, les campagnes de publicité coûteuses contredisent cet objectif et augmentent artificiellement les frais de gestion des organismes complémentaires. De plus, les régimes de santé des branches professionnelles peuvent être progressivement fragilisés avec une dégradation des équilibres financiers. Or ce sont les partenaires sociaux qui décident de la mise en place des actions de prévention au plus près des spécificités des différents secteurs d'activité. La CFDT continuera donc à revendiquer une plus grande mutualisation dans les branches professionnelles.



L'année 2020 a été marquée par la Covid19 et ses nombreuses répercussions auxquelles nous avons dû faire face.

Au niveau national, et dans une démarche concertée avec l'ensemble des organisations syndicales, la CFE-CGC a tout mis en œuvre pour remédier à la problématique de non-couverture des garanties complémentaires santé et prévoyance des salariés en activité partielle. Après avoir envisagé la signature d'un ANI entre partenaires sociaux, puis sollicité le gouvernement pour une intervention par voie d'ordonnance, elle a accueilli favorablement la loi du 17 juin 2020 et son article 12 qui organise le maintien obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, hors retraite supplémentaire, pour les salariés placés en activité partielle.

Dans les branches, les partenaires sociaux se sont mobilisés et sont parvenus à des accords sur les problématiques ayant surgi. La COMAREP a donc eu un rôle à jouer dans le cadre de la procédure prioritaire d'extension de ces accords mise en place par les services de la direction générale du travail et de la direction de la sécurité sociale.

La CFE-CGC se réjouit que le format de visio-conférence ait pu être adopté pour maintenir les séances de la COMAREP pendant cette période pandémique tout en préservant la qualité des débats.

Enfin, la CFE-CGC a exprimé au cours de l'année 2020 sa forte préoccupation quant à la disparition programmée de la COMAREP annoncée dans la loi de finances pour 2020 actée dans la loi du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique. Elle s'est employée à mettre en avant le caractère indispensable de cette commission dédiée à la protection sociale complémentaire, de par la spécificité et la technicité des sujets à traiter dans le cadre de l'extension des accords. Et ce rapport d'activité de l'année 2020 le démontre.

A la lumière du décret d'application paru en 2021, la CFE-CGC tient aujourd'hui à exprimer son soulagement qu'une commission dédiée de même envergure soit conservée au sein de la CNNCEFP, reconnaissant ainsi l'importance des travaux que nous menons ensemble à la COMAREP.



La pandémie mondiale survenue en 2020 a concentré toutes les raisons pouvant conduire à une paralysie générale de nos institutions. Pourtant, l'activité de la COMAREP n'a pas été freinée pour autant : en effet, le nombre d'accords examinés en 2020 est légèrement supérieur à celui constaté sur 2019 (145 contre 137).

La poursuite des mises en conformité des accords relatifs aux couvertures santé et les adaptations rendues nécessaires par la crise sanitaire - et les mesures gouvernementales arrêtées pour y répondre – ont contribué à maintenir la cadence au niveau de la COMAREP.

Dès lors, et avant tout commentaire sur l'activité de fond menée par la COMAREP en 2020, la CFTC tient à saluer le travail des services de la commission, qui sont restés réactifs et redoutablement efficaces pour organiser les consultations, fournir les recueils, observations, et autres éléments utiles au travail de la commission, dans un contexte où le travail à distance généralisé s'est improvisé sans préavis. Il est clair que les consultations par voie dématérialisée – y compris en visioconférence – ne pourront jamais égaler la qualité, la spontanéité et la richesse des débats en présentiel. Néanmoins, si les réunions physiques doivent rester la règle, le recours au numérique pour maintenir l'activité de la COMAREP a été déterminant pour le dialogue social relatif à la protection sociale complémentaire collective, dans un contexte où les champs qu'elle couvre ont été plus mobilisés que jamais !

En effet, si l'épidémie de covid-19 s'est d'abord brutalement ressentie en milieu hospitalier, les décisions des pouvoirs publics prises pour l'endiguer et la freiner ont directement irradié tous les pans de notre économie, avec des incidences directes sur l'emploi, et donc sur les revenus des salariés, et en bout de chaîne, sur la couverture sociale qui en dépend.

La temporalité très contrainte des décisions précitées a imposé de la souplesse et une adaptation des circuits classiques d'examen des accords de PSC : logiquement, cela s'est traduit par une priorisation du traitement des accords en lien avec l'épidémie de covid-19. Pour autant, cela n'a pas affecté le délai de traitement des accords « classiques », puisque 74% des accords ont été examinés moins de 9 mois après leur signature - ce taux étant de 76% en 2019 - grâce notamment à l'organisation de sessions extraordinaires dédiées à l'examen de ces accords. Sur le fond, la CFTC a favorablement accueilli le maintien des garanties de protection sociale complémentaire collectives pour les salariés placés en activité partielle, y compris lorsque l'acte fondateur instituant ladite couverture n'avait pas prévu le cas du recours massif à l'activité partielle (grande majorité des cas). Si ce maintien temporaire s'est fait au moyen d'une loi publiée en juin 2020, la commission a eu l'occasion d'examiner des accords soumis par des branches ayant pris l'initiative

d'adapter leur régime de prévoyance pour y inclure plus précisément l'hypothèse de l'activité partielle et des incidences attachées à sa mise en place.

De même, la CFTC a également soutenu l'ensemble des mesures tendant à préserver ou élargir certains dispositifs permettant le maintien d'un revenu en cas d'arrêt de travail. A cet égard, la contribution des organismes complémentaires à gouvernance paritaire et celle des autres acteurs de l'assurance collective, doit être soulignée, notamment pour la prise en charge des arrêts de travail dérogatoires.

Par ailleurs, l'année 2020 a également été celle :

- De la montée en puissance des couvertures « 100% santé », actant de l'amélioration du panier de garanties dites « santé » pour les salariés assurés et ayant-droits.
- du vote de la loi actant de la suppression de la Comarep au profit de la création d'une sous-commission à la PSC, qui hérite au sein de la CNNCEFP, de ses missions.
- de l'entrée en vigueur de la résiliation infra-annuelle pour les contrats d'assurance complémentaire santé collectifs et individuels
- de la prise en compte progressive de la définition des bénéficiaires des garanties de PSC par référence aux définitions des deux ANI du 17 novembre 2017

Il s'agit donc d'une année où des changements à enjeux non négligeables sont intervenus, devant d'ores et déjà être pris en compte tant par les négociateurs des accords, que par les membres de la Commission. La technicité et la subtilité augmentant, un travail d'analyse approfondi est nécessaire, suggérant un minimum de temps de préparation.

Sur ce point, la qualité et la finesse des analyses des services de la commission est à encourager, car d'une grande aide aux travaux préparatoires de la commission.

La CFTC prend également note de la diminution de certaines observations émises, entre 2019 et 2020, concernant les clauses de recommandation, le mécanisme de la portabilité des droits, sur les particularités propres au régime local d'Alsace-Moselle... Pour la CFTC, cela démontre une bonne assimilation de l'environnement juridique par les partenaires sociaux en charge des négociations, et une lisibilité accrue de la norme applicable.

La CFTC considère que les enseignements tirés de 2020, les pratiques efficaces qui ont été mises en oeuvre à l'effet de concourir à l'élaboration d'accords PSC juridiquement sécurisés, et vecteurs de couvertures complémentaires fiables et conformes au Droit en vigueur pour les assurés, doivent se poursuivre.



La sécurité sociale a plus de 75 ans, ses principes de solidarité, d'universalité des droits, de répartition, de globalisation ont démontré son efficacité. Elle a prouvé qu'elle constitue un socle solide pour faire face aux enjeux du 21^{ème} siècle pour construire le monde d'après.

Plus que jamais il y a besoin d'engager une véritable stratégie de rupture à la hauteur des fondamentaux à l'origine de notre système de protection sociale pour répondre aux problématiques de moyen et aux besoins de prise en charge de la santé.

Il ne faut pas évacuer la question du renoncement ou le report aux soins qui est toujours aussi important. Un report de soins finit toujours par engendrer des dépenses plus importantes.

Dès 2013, lors de la mise en place de la complémentaire santé obligatoire dans les entreprises, la CGT a lancé le débat de l'assurance maladie de sécurité sociale collecteur unique des cotisations prenant en charge

100 % de l'ensemble des consommations de services et de biens médicaux qui est l'agrégat de la totalité des dépenses de santé.

L'objectif est de répondre aux besoins des personnes quelle que soit leur Age ou leur situation professionnelle et bien entendu en intégrant de nouveaux besoins non encore couverts aujourd'hui. Ça s'inscrit par des fondements d'un système simple, clair et accessible par l'ensemble de la population.

La crise sanitaire et économique que nous vivons depuis plus de deux ans, nous illustre la manière la plus concrète sur l'urgence de mettre en route une sécurité sociale solidaire où chacun et chacune puisse faire face à tous les aléas de la vie où chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

La sécurité sociale par son universalité doit couvrir l'ensemble de la population contre l'intégralité des risques sociaux. Bien entendu pour parvenir à une sécurité sociale professionnelle.

Cet objectif est-il réaliste ? Notre réponse est oui. Nous pouvons le prouver par l'expérience du régime local complémentaire de sécurité sociale d'Alsace Moselle qui peut nous donner un certain nombre de clés pour y parvenir.

L'accès à une complémentaire santé dont le coût est de plus en plus élevé devient impossible pour bon nombre de personnes. Ceux malgré les différents dispositifs d'aide. Le retraité paye la prise en charge de ses besoins de santé par une cotisation trois fois plus élevée, qu'un actif salarié, pour un reste à charge finale quatre fois plus important.

L'autre paradoxe est la mise en place des complémentaires santé dans les entreprises. L'employeur y participe à hauteur de 50 % de la cotisation. 10 % des salariés ont une complémentaire santé à moins de 300 euros par an et 10 % des salariés à plus de 1500 euros par

an. De plus, la teneur des couvertures diffère fortement selon la taille de l'entreprise, de l'activité de celle-ci et les catégories de salariés couverts.

Le résultat en est bien une inégalité de prise en charge de la santé.

En 2013, 5 % de la population n'avait pas de complémentaire santé. Aujourd'hui nous en sommes à 4,5 % : soit 3.5 millions de français. Ce demi-point de gagner coûte 10 Milliards d'euros d'avantages fiscaux par an entre la participation employeurs et la déductibilité fiscale.

Le coût de la gestion de notre protection sociale complémentaire devient prohibitif. En premier lieu par 13 à 20 % de taxe prélevé sur les cotisations payées par le contributeur, suivent 9 Milliards de frais de gestion : soit 15 à 20 % de la cotisation.

Il est à noter que les cotisations ont augmenté de 73 % en quinze ans.

La SECU INTEGRALE est la seule solution permettant une prise en charge égalitaire et efficace de la santé. Le but final est la mise en place d'un système qui couvre l'ensemble de la population du pays contre tous les facteurs d'insécurité.

La condition unique pour préserver le système solidaire passe par une cotisation financée par le travail et les richesses créent. Il nous faut passer par une réforme de fonds du financement de la sécurité sociale pour prendre en charge tous les besoins sociaux présents et futurs de la population.

Nombre de salariés des complémentaires santé pourraient intégrer les effectifs de la sécurité sociale pour renforcer la dimension de service public au service de l'utilisateur. D'autant que la sécurité sociale a été impactée depuis une décennie à des suppressions drastiques d'emplois.

C'est dans ce paysage que les pouvoirs publics ont mis dans le débat public « la grande sécurité sociale ». Ce scénario est-il un pas vers la sécurité sociale intégrale ?

A y regarder de près, ce projet est sur des points essentiels différents de ce que veut la CGT :

La CGT porte l'unité de la sécurité sociale par un financement qui repose sur la cotisation sociale. Elle ne se limite pas au 100 % Santé. Elle est inséparable de notre proposition de nouveau statut du travail salarié et de sécurité sociale professionnelle. Il implique une transformation profonde de l'organisation du système de santé par la remise en cause de la médecine libérale et du paiement à l'acte. Il implique d'autres relations médecine de ville-hôpital. La priorité doit être donnée à une médecine de proximité dotée de services d'urgence.

Ce projet se distingue sur plusieurs points, en plus de ceux déjà évoqués :

Le remboursement à 100 % se limiterait à un panier de soins défini par la sécurité sociale. Ce qui limiterait de fait le périmètre remboursable. Il précise explicitement qu'il conviendrait d'accroître les exigences de régulation des dépenses de santé dans un double objectif de maîtrise des dépenses de santé et d'accès aux soins en supprimant la possibilité de recourir à une complémentaire pour certaines dépenses essentielles.

La CGT est sur le principe de tout ce qui contribue aux soins doit être remboursée.

Le financement est un point essentiel. Il y a plusieurs options : une hausse des cotisations, un financement par la CSG qui représente déjà plus de la moitié à aujourd'hui ou une hausse de la part TVA affectée à la sécurité sociale.

La CGT n'envisage qu'un mode de financement l'augmentation de la part patronale des cotisations et la remise en cause des exonérations.

La question cruciale est la démocratie sociale, ça implique le retour à l'élection de leurs représentants dans des conseils d'administration reprenant le plein exercice de ses pouvoirs. Ce dernier point sur la gouvernance n'est absolument pas traité dans le rapport du HCAAM.

Le risque est d'aboutir à une étatisation renforcée, via le PLFSS. Ce projet traduit un nouveau recul de la démocratie sociale.

La sécurité sociale INTEGRALE est un investissement humain durable, facteur de bien être sociale, de cohésion sociale, de développement économique, de développement les services sociaux et de santé. La sécurité sociale sert une économie au service de tous et au développement humain durable.

La sécurité sociale c'est l'ambition d'une économie au service du progrès social. Elle a vocation d'être une protection en termes d'égalité des chances sur le cycle de vie et porte un potentiel de croissance économique à long terme. La santé, tout comme la famille, l'éducation et la formation, est plus que jamais la clé de voute du progrès social, mais aussi économique.

Oui la reconquête d'une nouvelle sécurité sociale passe par la construction d'une sécurité sociale intégrale qui permettent à la population d'être protégée contre tous les aléas de la vie qui reste fondée sur le travail gouverné par les représentants des salariés et les usagers qui sont le plus à même de répondre à leurs besoins.

En premier lieu, FO tient à souligner la qualité du travail et des relations avec les différents membres de la COMAREP. L'année 2020 a cependant été marquée par la crise du Covid-19 et la généralisation de la consultation à distance, et cela au détriment des échanges au sein de la Commission. Force Ouvrière espère que la remise en place de séances consultatives permette la reprise d'un réel travail collectif.

Sur le fond, plusieurs sujets ont prédominé lors des consultations mensuelles.

Tout d'abord, La Comarep a évidemment dû s'adapter aux nouvelles mesures d'urgence liées à la crise sanitaire, qui ont notamment permis d'étendre le maintien des garanties de protection sociale complémentaire pour les salariés placés en activité partielle, et d'améliorer l'indemnisation des arrêts maladie liés au Covid. Force Ouvrière salue les procédures qui ont été mises en place au sein de la Comarep afin de pouvoir traiter le plus rapidement possible, et en priorité, les accords dans lesquels ces mesures étaient concernées.

Ensuite, et comme l'année précédente, un grand nombre de réserves concernaient la réforme du 100% santé. La difficulté d'application de cette réforme confirme les inquiétudes de Force Ouvrière quant à la création d'un système santé à plusieurs vitesses et l'augmentation des coûts causés par cette nouvelle législation.

Egalement, de nombreux accords ont fait l'objet d'observations en séance car ils comportaient des clauses de désignation. Force Ouvrière rappelle que le Comité Européen des Droits Sociaux a dénoncé l'impossibilité de recourir à de telles clause suite à la décision du Conseil Constitutionnel du 13 juin 2013, s'inquiétant de la limitation des pouvoirs de négociation des partenaires sociaux qui en découle. Notre organisation souhaite qu'apparaisse la référence à la décision du Comité européen des droits sociaux (Décision sur le Bien-fondé, Confédération Générale du Travail Force ouvrière (FO) c. France, Réclamation n° 118/2015 ; décision adoptée le 3 juillet 2018 et publiée le 26 novembre 2018) lorsque la Comarep émet ces réserves.

Enfin, l'année 2020 a été marquée par la confirmation de la suppression de la COMAREP sous forme de son intégration au sein de la CNNCEFP, et sous couvert de clarification du paysage administratif et de réduction des coûts. FO avait rappelé son opposition formelle à une telle suppression et à une diminution du nombre des mandat



La COMAREP en 2020 ou comment le dialogue social en matière de protection sociale complémentaire a survécu à une crise sanitaire majeure : la covid-19. Malgré les confinements, le déploiement massif du télétravail et une activité législative et réglementaire dense, la commission n'a cessé de remplir son rôle d'examineur de la légalité des accords de retraite et de prévoyance.

La COMAREP a en effet continué de fonctionner, différemment, à distance, par consultation dématérialisée diminuant de fait sa durée de réponse spécialement en ce qui concerne les accords liés à l'épidémie de covid-19 (représentant une dizaine d'accords examinés). Délai de réponse fixé à 12 jours en moyenne contre 3 mois auparavant.

Cette année 2020 a par ailleurs de nouveau été marquée par une hausse de l'activité conventionnelle par rapport à l'année précédente. En effet, le nombre d'accords examinés par la commission est passé de 145 en 2020 contre 137 en 2019. A noter toutefois une prédominance des accords relatifs à la mise en place du 100% santé qui représentent à eux seuls 43 % des accords examinés (représentant 62 accords). Contrairement à l'année 2019, le nombre d'accords portant sur les frais de santé dépassent ceux portant sur la prévoyance lourde (93 contre 55). Les accords portant sur la retraite complémentaire ou sur des dispositifs conventionnels de fin de carrière sont en légère baisse après avoir subi une hausse en 2019, ils se stabilisent désormais autour de 6.

L'activité de la COMAREP a notamment été caractérisée par 3 thèmes marquants outre les accords liés à l'épidémie. la mise en place du 100 % santé, le maintien des garanties de protection sociale complémentaire des salariés placés en activité partielle, et le déploiement du régime unifié de retraite complémentaire Agirc-Arcco.

Concernant le maintien des garanties de protection sociale complémentaire pour les salariés placés en activité partielle, la CPME comprend le sens de la mesure, notamment pour les salariés privés temporairement d'emploi, déjà touchés de plein fouet par la crise. Elle réitère toutefois la nécessité du caractère temporaire de cette mesure qui fragilise de fait les régimes mis en place dans les TPE/PME notamment au regard du précompte de la cotisation salariale, difficile à mettre en œuvre sur une assiette réduite de cotisation.

Concernant l'entrée en vigueur du régime unifié de retraite complémentaire Agirc-Arcco et plus spécifiquement quant à la définition des catégories objectives, la CPME réitère son inquiétude quant aux modifications législatives ou réglementaires à venir. Elle rappelle que les critères 1 et 2 sont les plus « facile d'utilisation », notamment pour les TPE/PME. La CPME reste d'ailleurs en alerte sur les évolutions à venir, et maintient sa position quant à la nécessité d'affirmer le caractère collectif et obligatoire des régimes utilisant ces critères, permettant ainsi de maintenir les exonérations de cotisations afférentes, conformément à la position tenue par la Direction de la Sécurité Sociale jusqu'alors. La CPME rappelle que l'ANI du 17 novembre 2017 relatif au régime unifié impactant de fait les régimes de prévoyance, a fait apparaître une certaine instabilité juridique et de nombreuses interrogations de la part des TPE/PME ayant déjà été soumises à un travail long et complexe lors de la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en 2016.

Concernant la mise en place du 100 % santé, la CPME réitère son regret concernant l'absence d'extension aux régimes mis en place par décision unilatérale, de la tolérance accordée aux entreprises ne respectant pas au 1^{er} janvier 2020 le nouveau cahier des charges contrats responsables. La confédération rappelle que ce vecteur de mise en place est largement plébiscité dans les TPE/PME. Elle souligne également la nécessité d'une stabilité législative nécessaire à une application efficace des dernières mesures et le besoin de laisser un délai suffisant aux parties intéressées pour mettre en conformité les actes juridiques et les contrats d'assurance. Elle précise d'ailleurs que le dialogue social en 2020 marqué par la crise sanitaire a été pour beaucoup de TPE/PME rythmé par les mesures d'urgence et non par la mise en conformité au 100 % santé.

Enfin, la CPME souhaite toujours sans équivoque que soient conservées les actuelles exonérations sociales et fiscales liées aux garanties collectives de protection sociale complémentaire. Ce dernier point est, pour notre Confédération, un élément majeur sans lequel une grande part des TPE/PME françaises ne pourraient assumer la lourde architecture de la protection sociale française, y compris dans sa dimension « complémentaire ».

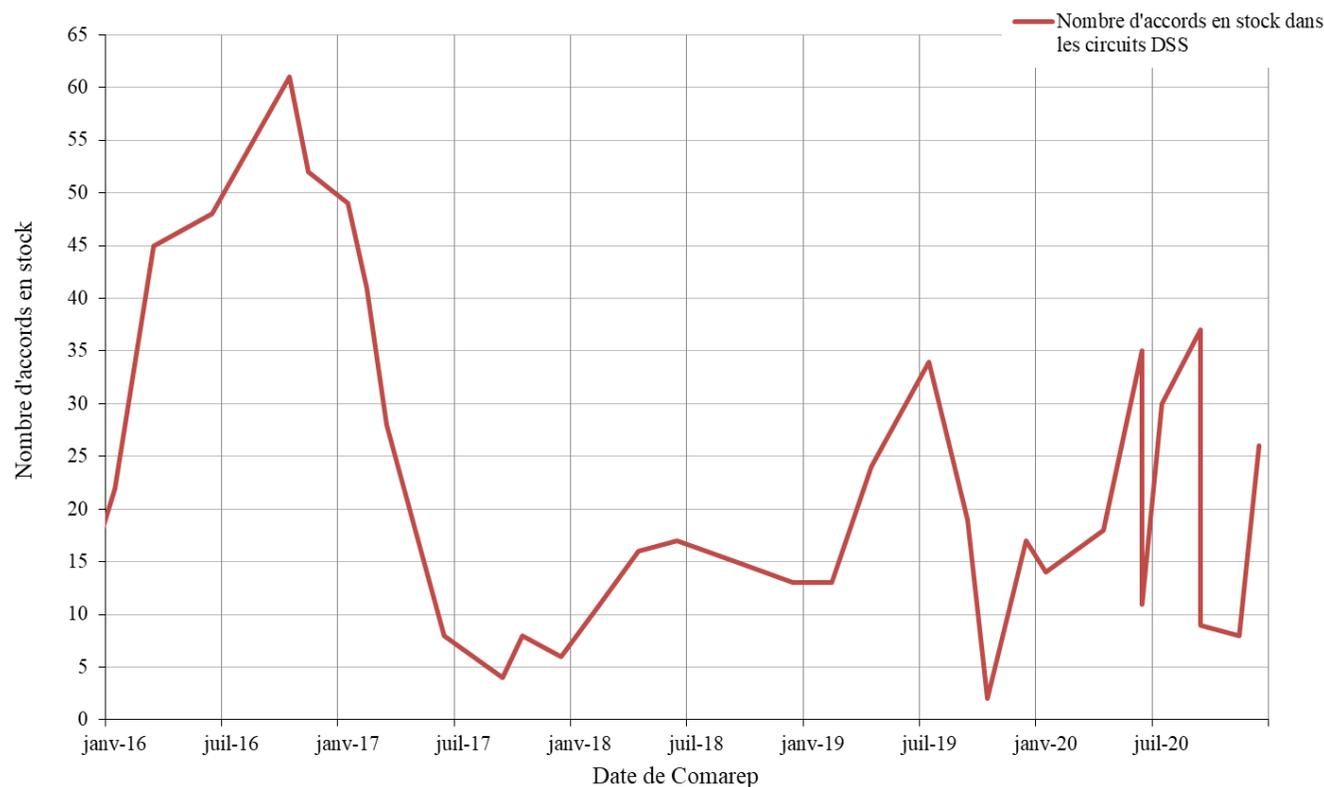
Pour conclure, la CPME reste très attentive à l'intégration de la COMAREP au sein de la CNNCEFP. Elle rappelle qu'une expertise sur des sujets aussi techniques que la protection sociale complémentaire nécessite la désignation de personnes qualifiées dans le domaine. Dès lors, la Confédération insiste sur la possibilité d'être désigné membre d'une sous-commission sans nécessairement être titulaire ou suppléant de la plénière. Par ailleurs, et pour l'ensemble des sous-commissions, il doit être laissé la possibilité pour les suppléants d'assister aux réunions, même en présence du titulaire. Cette modalité semble incontournable pour garantir une efficacité tant dans la préparation des réunions que dans le suivi des dossiers.

Annexe 1 - Indicateurs mesurant l'activité de la Comarep

Indicateur n° 1 : Stock en cours, par date de dépôt

Cet indicateur représente le stock d'accords reçus par la DSS et non encore traités par la Comarep.

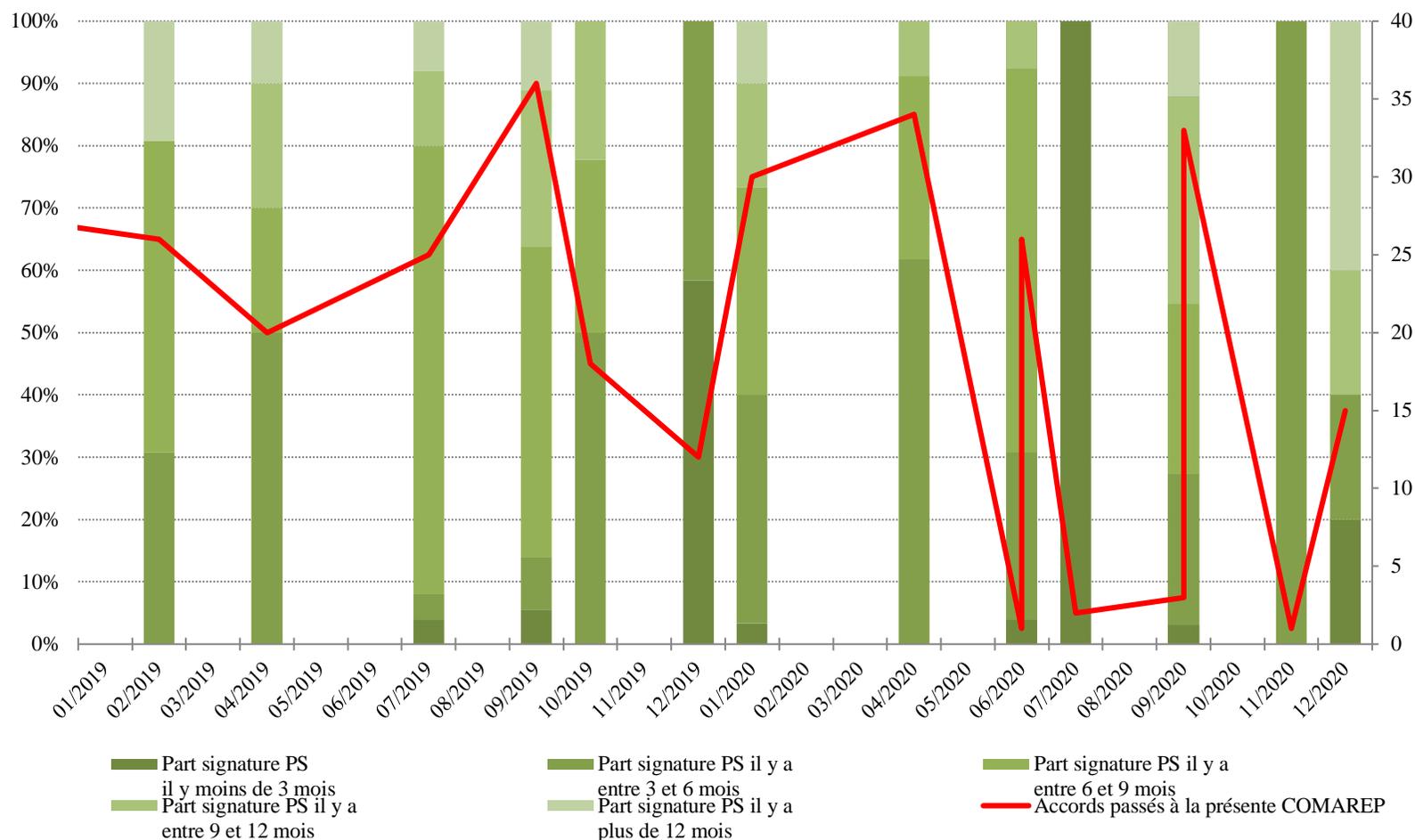
Indicateur de séance 1 : « Stock en cours, par date de COMAREP »



Le nombre d'accords en stock est resté maîtrisé en 2020, ne dépassant pas 40 accords entre deux séances. Les variations du stock visibles sur le graphique ci-dessus correspondent aux quatre séances extraordinaires dont l'ordre du jour comportait exclusivement des accords Covid et dont l'objet n'était pas de traiter les accords classiques en stock (séances du 4 avril, du 22 juillet, du 1^{er} septembre et du 10 novembre 2020). Le nombre d'accords en stock s'élève à 26 à fin 2020, contre 17 en décembre 2019. Ce niveau reste tout à fait soutenable.

Indicateur n° 2 : Ancienneté des accords examinés

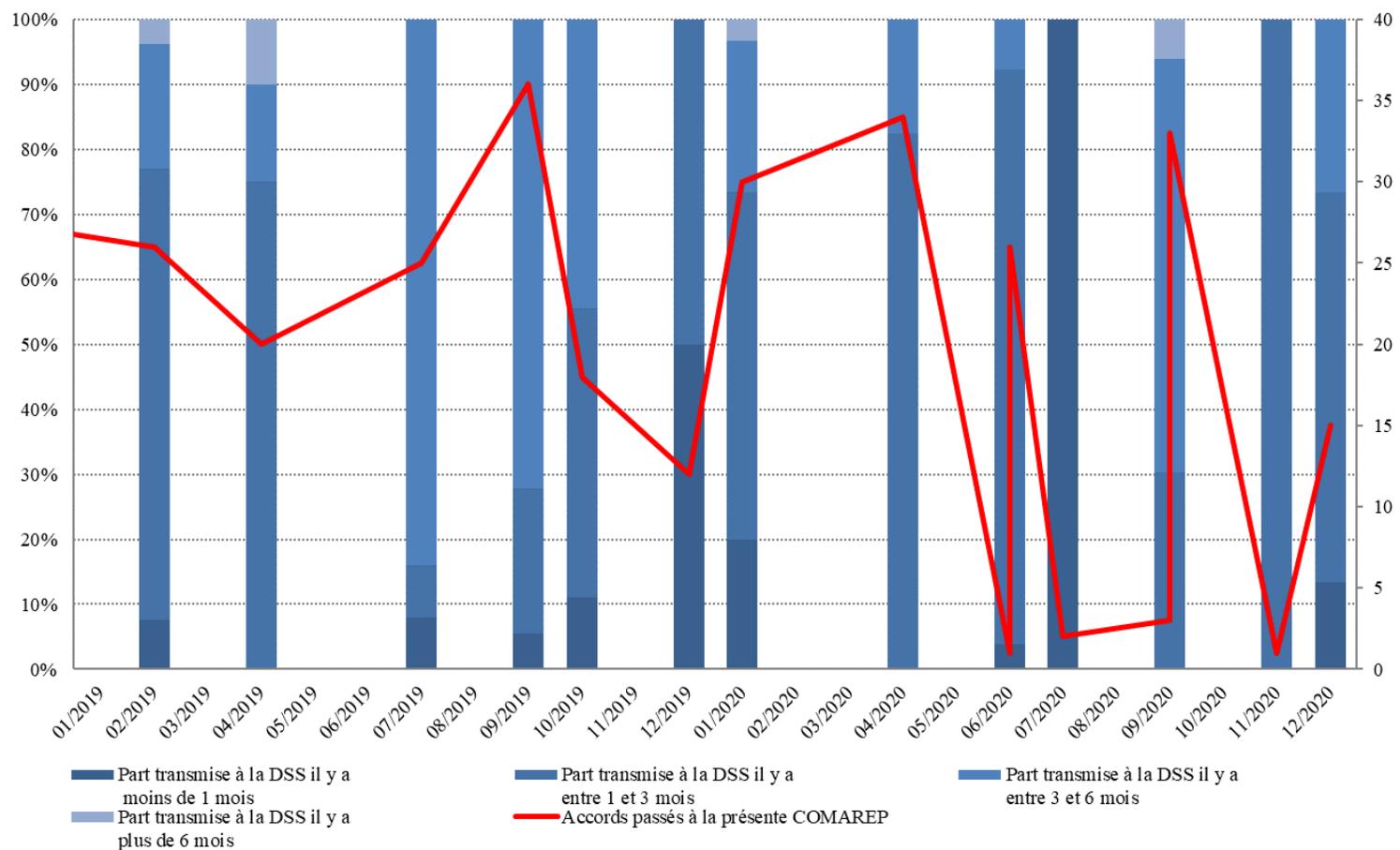
Cet indicateur permet d'évaluer la répartition des accords examinés lors de chaque Comarep en fonction de la date à laquelle ils ont été conclus par les partenaires sociaux.



En 2020, les délais d'examen des accords collectifs restent stables : 74 % des accords sont examinés moins de 9 mois après leur signature par les partenaires sociaux (76 % en 2019).

Indicateur n° 3 : Délai de traitement par la DSS

Cet indicateur permet d'évaluer la répartition des accords examinés lors de chaque Comarep en fonction de la date à laquelle la DSS a été saisie.



Le délai de traitement de la DSS s'est amélioré en 2020. Presque la totalité des accords collectifs (98 %) sont examinés moins de 6 mois après la saisine de la DSS. 70 % des accords sont examinés moins de 3 mois après la saisine de la DSS (contre 52 % en 2019).

Annexe 2 – Composition de la Comarep en 2020

Conformément à l'article D. 911-0 du code de la sécurité sociale, les membres de la Comarep comprennent « des représentants en nombre égal des organisations syndicales d'employeurs et de travailleurs représentatives au niveau national, à raison de trois titulaires et de trois suppléants pour chacune des organisations syndicales de travailleurs précitées ».

Les organisations syndicales d'employeurs ont été représentées par :

- le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) : 8 représentants titulaires et 8 représentants suppléants ;
- la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants ;
- l'Union des entreprises de proximité (U2P) : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants ;
- l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) : 1 représentant titulaire et 1 représentant suppléant.

Les organisations syndicales de salariés ont été représentées par :

- la Confédération générale du travail (CGT) : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants ;
- la Confédération générale du travail – Force ouvrière (CGT-FO) : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants ;
- la Confédération française démocratique du travail (CFDT) : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants ;
- la Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC) : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants ;
- la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) : 3 représentants titulaires et 3 représentants suppléants.

Liste nominative des membres de la Comarep

Organisations de salariés	Statut	NOM Prénom
CFDT	Titulaire	DOUCET Serge
CFDT	Titulaire	ZOUANE Sabrina
CFDT	Titulaire	RETAT Daniel
CFDT	Suppléant	ROUSSET Marie-Pierre
CFDT	Suppléant	LEON Diego
CFDT	Suppléant	
CFE-CGC	Titulaire	
CFE-CGC	Titulaire	CAVILLE-COLL Céline
CFE-CGC	Titulaire	DISPOT Mireille
CFE-CGC	Suppléant	GOMEZ Jean-François
CFE-CGC	Suppléant	LAVAGNA Serge
CFE-CGC	Suppléant	ROBILLARD Leslie
CFTC	Titulaire	BERTRAND Dominique
CFTC	Titulaire	BETHIER Yves
CFTC	Titulaire	CHIBANI Nassim
CFTC	Suppléant	ÉTEVE Béatrice
CFTC	Suppléant	GAUDELET Sandrine
CFTC	Suppléant	SOUARY Tamou

CGT	Titulaire	BAGGIANI Valérie
CGT	Titulaire	HEIDMANN Patrick
CGT	Titulaire	LESSCHAEVE Brigitte
CGT	Suppléant	MAZIN Gaëtan
CGT	Suppléant	NICOLAS Marie-Annick
CGT	Suppléant	ROBERT Jean-François
CGT-FO	Titulaire	AKDOUCHE Heïdi
CGT-FO	Titulaire	BOUCARD Lola
CGT-FO	Titulaire	DIEU Michel
CGT-FO	Suppléant	RIBOH Mathias
CGT-FO	Suppléant	TCHADJIANE Sandra
CGT-FO	Suppléant	URBANIAC Franck
Organisations d'employeurs	Statut	NOM Prénom
CPME	Titulaire	HARABAGIU Guy-Michel
CPME	Titulaire	JAN Karine
CPME	Titulaire	LEDEZ Manon
CPME	Suppléant	DUCLOS Maëlle
CPME	Suppléant	SITZ Vincent
CPME	Suppléant	THOMAS Xavier
MEDEF	Titulaire	MAESTRO Patricia
MEDEF	Titulaire	JUVIN-PIRON Nicolas
MEDEF	Titulaire	MASCLET Michaël
MEDEF	Titulaire	AUZANNEAU Marjolaine
MEDEF	Titulaire	FERRI Alexandra
MEDEF	Titulaire	BUISSON Guy
MEDEF	Titulaire	COSTINESCO Françoise
MEDEF	Titulaire	COUFFIN Michel
MEDEF	Suppléant	CURIE Maud
MEDEF	Suppléant	DELABRIERE Eric
MEDEF	Suppléant	GOUERANT Marie
MEDEF	Suppléant	GUERIN Lionel
MEDEF	Suppléant	MICHELET Véronique
MEDEF	Suppléant	MOUGIN Franck
MEDEF	Suppléant	PLOIX Daniel
MEDEF	Suppléant	SOLESSE Roxane
U2P	Titulaire	BRESSY Michel
U2P	Titulaire	LAFITTE Josette
U2P	Titulaire	MAITRE Jean-Louis
U2P	Suppléant	PARIZOT Michel
U2P	Suppléant	PINEAU Christian
U2P	Suppléant	SAUVEUR Cécile
UNAPL	Titulaire	DECALF Yves
UNAPL	Suppléant	DEVAUD Françoise