



# ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

## affiliation

Question orale n° 1281

## Texte de la question

M. François Rochebloine souhaiterait attirer l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la cohésion sociale sur la couverture sociale des salariés qui, dans le cadre d'un plan social, ont fait l'objet d'une mesure dite de « préretraite ». Il lui cite le cas d'anciens salariés de l'ex-Groupe Giat industries, touchés par une mesure de licenciement économique, et qui ont pu bénéficier en compensation d'une mesure prise dans le cadre du plan de sauvegarde de l'emploi du « projet Giat 2006 », visant à dispenser d'activité les personnes âgées de plus de 55 ans et à leur verser une rente jusqu'à 60 ans, par l'intermédiaire du groupe d'assurances GEREPI. Ce dispositif particulier de fin de carrière (DPFC) prévoyait notamment un maintien des droits au titre de la couverture maladie de la sécurité sociale pour une durée de 48 à 72 mois (article 8 de l'accord relatif au DPFC, dans le cadre du « projet Giat 2006 pour le personnel relevant des conventions collectives de Giat Industries SA). Or, du fait de l'évolution de certains textes applicables en ce domaine, les salariés concernés ont vu leurs droits au maintien de prestations forclos et ont ainsi été radiés des listes des ressortissants de la sécurité sociale, au 1er janvier 2009, et ceci sans aucune information préalable. La seule solution envisagée pour les salariés qui ne disposaient pas d'une possibilité de rattachement à leur conjoint ou à un tiers, fut alors d'adhérer à la couverture maladie universelle (CMU). Il convient de préciser que, dans cette hypothèse, les salariés doivent cotiser pour un couple 250 euros chaque trimestre, correspondant à la part non couverte par l'ex-employeur (groupe Nexter, ex-Giat Industries). Face à cette situation, qui met en évidence un manquement aux engagements pris par l'État, il s'étonne qu'un dispositif spécifique relatif au volet assurance personnelle maladie-maternité n'ait pu être mis en oeuvre pour les quelques salariés concernés. Aussi, il lui demande de bien vouloir lui préciser ce qu'il compte faire pour corriger cette situation particulièrement mal ressentie par les intéressés.

## Texte de la réponse

### COUVERTURE SOCIALE DE SALARIÉS DE L'EX-GROUPE GIAT INDUSTRIES

M. le président. La parole est à M. François Rochebloine, pour exposer sa question, n° 1281, relative à la couverture sociale de salariés de l'ex-groupe GIAT Industries.

M. François Rochebloine. Ma question s'adresse à M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Permettez-moi de revenir sur le plan social mis en place dans le cadre des restructurations intervenues entre 2004 et 2006 au sein du groupe d'armement NEXTER, ex-GIAT Industries. Ce plan, beaucoup s'en souviennent, a fait disparaître plusieurs établissements industriels et des milliers d'emplois. Je l'ai personnellement dénoncé à maintes reprises, notamment eu égard au sort réservé au bassin d'emploi de Loire sud qui a vu le démantèlement, dans des conditions inacceptables, du site de Saint-Chamond.

Ce plan dit de " sauvegarde de l'emploi ", prévoyait notamment des préretraites, ce qui, dans les faits, se traduisait par un licenciement économique assorti d'une dispense d'activité pour les salariés âgés de plus de cinquante-cinq ans et le versement d'une rente jusqu'à la date anniversaire de leurs soixante ans, par l'intermédiaire du groupe d'assurances GEREPI. Il s'agissait, comme le précisait l'article 8 de l'accord relatif au dispositif particulier de fin de carrière - DPFC -, d'une mesure de maintien des droits au titre de la couverture

maladie de la sécurité sociale pour une durée de quarante-huit à soixante-douze mois, pour les personnels sous conventions collectives de GIAT Industries SA.

Or il semblerait que, du fait de l'évolution de certains textes applicables en ce domaine, les salariés concernés aient vu leurs droits au maintien de prestations forclos et aient ainsi été radiés des listes des ressortissants de la sécurité sociale au 1er janvier 2009, et cela sans aucune information préalable.

La seule solution envisagée pour ceux qui ne disposaient pas d'une possibilité de rattachement à leur conjoint ou à un tiers consista alors à les faire adhérer à la couverture maladie universelle.

Il convient d'ajouter, dans ce cas de figure et pour être complet, que les salariés ont dû et doivent encore cotiser. Je vous cite le cas d'un couple du département de la Loire qui doit s'acquitter, depuis 2009, d'une somme de 250 euros par trimestre, soit 1 000 euros par an, cette somme correspondant à la part non couverte par l'ex-employeur - le groupe NEXTER ex-GIAT Industries. À noter que, face à cet imbroglio, une personne a même renoncé à cotiser, de sorte qu'elle n'était plus couverte !

Cette situation met en évidence un manquement véritable aux engagements pris par l'État au moment de la signature du plan social. N'y a-t-il pas lieu de s'interroger ? Comment ce dispositif spécifique relatif au volet assurance personnelle maladie et maternité n'a-t-il pu être mis en oeuvre jusqu'au bout, sachant que le nombre de salariés concernés n'est pas très élevé ?

J'avais déjà signalé cette situation en juillet 2010 à Mme Bachelot, alors ministre de la santé. Aussi m'a-t-il paru nécessaire de relancer ce dossier qui relève de la solidarité nationale. C'est pourquoi je souhaiterais savoir ce qu'il est possible de faire pour rattraper une telle situation, particulièrement mal ressentie par les intéressés. Je vous remercie, madame la ministre chargée de l'outre-mer, des précisions qu'il vous sera possible de m'apporter sur ce dossier particulièrement délicat.

M. le président. La parole est à Mme la ministre chargée de l'outre-mer.

Mme Marie-Luce Penchard, *ministre chargée de l'outre-mer*. Monsieur le député, permettez-moi de vous répondre à la place de Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Comme vous le savez, le décret du 14 février 2007 a ramené la durée du maintien de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie de quatre ans à douze mois, tirant en cela les conséquences de la mise en place de la CMU qui a pour vocation de couvrir les personnes qui n'ont droit à aucun autre titre aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Toutefois, la mise en oeuvre de ce décret s'est faite de manière à éviter les ruptures de droit. Il a donc été demandé aux régimes d'informer systématiquement les assurés par courrier de leur fin de maintien de droit et de prendre contact avec leur caisse pour continuer à bénéficier de l'assurance maladie à un autre titre - reprise d'activité, ayant droit, retraite ou, à défaut, CMU.

Je vous précise qu'en cas de non-réponse les assurés n'ont pas été radiés de l'assurance maladie : ils pouvaient tout à fait continuer à être remboursés de leurs frais de santé. En revanche, leurs droits étant identifiés comme " échus " dans les bases de l'assurance maladie, ils ne pouvaient plus bénéficier du tiers payant.

S'agissant des cas des préretraités que vous mentionnez, deux cas de figure ont été envisagés au plan national, sans pouvoir tenir compte d'accords locaux d'entreprise :

Si la personne a cessé son activité et se trouvait en maintien de droits avant l'entrée en vigueur du décret du 14 février 2007, le décret ne s'applique pas et elle bénéficie de quatre ans de maintien de droit ;

Si la personne a cessé son activité avant le 14 février 2007, mais ne se trouvait pas encore en maintien de droit - la CNAMTS octroyait alors deux ans de droits fermes avant le maintien de droit -, la nouvelle durée de maintien de droit s'applique à l'issue des deux ans de droits fermes. Cela correspond *a priori* au cas de figure que vous signalez : plan social de GIAT Industries de 2006, fin des droits fermes fin 2007, et un an de maintien de droit jusqu'au 31 décembre 2008.

Dans tous les cas de figure, au terme de la période de maintien de droit, ces personnes sont affiliées à la CMU de base jusqu'à l'âge de la retraite. Ces personnes ne sont donc pas radiées de l'assurance maladie.

Par ailleurs, ces personnes acquittent des cotisations dès lors que leurs ressources excèdent 9 029 euros par an. En effet, la CMU vise à couvrir des personnes qui ne peuvent être affiliées à un autre titre à l'assurance maladie, mais il ne serait pas équitable que cette affiliation soit dans tous les cas gratuite, d'autant que les cotisations sont calculées de façon très favorable : elles sont appelées au taux de 8 % sur la partie des revenus qui excède 9 000 euros, alors que dans le droit commun le taux est de 13,85 % au premier euro.

M. le président. La parole est à M. François Rochebloine.

M. François Rochebloine. Je vous remercie, madame la ministre, des précisions que vous venez de m'apporter. Je vérifierai cela de très près avec les intéressés, mais il me semble que c'est une question de solidarité nationale et, jusqu'à preuve du contraire, certaines personnes doivent payer jusqu'à 1 000 euros de cotisations supplémentaires, ce qui est important.

## Données clés

**Auteur :** [M. François Rochebloine](#)

**Circonscription :** Loire (3<sup>e</sup> circonscription) - Nouveau Centre

**Type de question :** Question orale

**Numéro de la question :** 1281

**Rubrique :** Assurance maladie maternité : généralités

**Ministère interrogé :** Solidarités et cohésion sociale

**Ministère attributaire :** Travail, emploi et santé

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 25 janvier 2011, page 579

**Réponse publiée le :** 4 février 2011, page 766

La question a été posée au Gouvernement en séance, parue dans le journal officiel le 25 janvier 2011