



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Mutuelle des anciens salariés retraités

Question écrite n° 1476

Texte de la question

M. Éric Alauzet attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur la situation des retraités et plus particulièrement au sujet des cotisations de mutuelles pour les retraités, anciens salariés, qui ont choisi de conserver la mutuelle à laquelle ils adhéraient en tant qu'actifs. La loi Evin du 31 décembre 1989 a pour but de maintenir les garanties collectives (prévoyance et santé) pour les anciens salariés en cas de passage à la retraite, « sans condition de durée ». Le maintien des garanties entraîne toutefois une augmentation du coût des garanties. En effet, le salarié supporte seul l'intégralité de la cotisation du contrat de complémentaire de santé, qui peut, de plus, être augmentée par l'organisme assureur, ce qui renchérit encore le coût. La loi Evin vient contenir cette augmentation. En effet, un décret du 30 août 1990, précisant la loi Evin, prévoit que la majoration de cotisation pour les bénéficiaires de cette loi ne peut excéder 50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La notion de « tarifs globaux » donne lieu à des divergences d'interprétations compte tenu des différentes structures tarifaires existantes sur le marché. Certaines mutuelles interprètent cette notion comme une moyenne des tarifs des actifs toutes situations confondues. En outre, le décret du 21 mars 2017 quant à lui, entend aller plus loin sur l'encadrement tarifaire imposé aux assureurs puisqu'il impose un système de plafonnement progressif sur 3 ans : la première année, même cotisation que le tarif global des salariés en activité ; la deuxième année, la cotisation ne peut être supérieure de plus de 25 % à ce tarif global ; la troisième année, la cotisation ne peut être supérieure de plus de 50 %. La rédaction du décret interpelle dans ce qu'il ne dit pas. En effet, aucune règle n'est prévue au-delà de la troisième année. Faut-il en déduire que le tarif ne serait plus encadré à partir de la quatrième année de maintien de la couverture, ce qui redonnerait une marge de manœuvre aux organismes assureurs ? Et dans ce cas, qu'en est-il de l'articulation avec l'article 6 de la loi Evin, qui prévoit au sujet des contrats santé individuels notamment que « L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci. Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat » ? Aussi, il lui demande quelle sont les évolutions possibles de ces textes afin de préciser la notion de « tarifs globaux » mais également, de pallier le vide juridique concernant la quatrième année de maintien de couverture.

Texte de la réponse

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « Loi Évin », prévoit que les contrats collectifs et obligatoires doivent fixer les modalités selon lesquelles l'organisme assureur s'engage à maintenir la couverture santé au profit des anciens salariés. Peuvent bénéficier du maintien de la couverture : - Les anciens salariés garantis collectivement pour le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident qui sont bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement lorsqu'ils sont privés d'emploi ; - Les personnes garanties du chef d'un assuré décédé. Le financement de la couverture est intégralement assuré par les 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 du 31 décembre 1989 précitée, afin de

limiter la hausse des tarifs pour ces anciens salariés. Ce décret met ainsi en place une hausse progressive, sur trois ans, des plafonds applicables aux tarifs des contrats de remboursements de frais de soins de santé après la fin du contrat de travail : la première année, aucune augmentation des tarifs globaux applicables aux salariés actifs ne peut être appliquée ; la deuxième année, le tarif du contrat ne peut être supérieur à 125 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs ; la troisième année, le tarif du contrat ne peut dépasser 150 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Au-delà de ces trois années, les plafonds précités ne sont pas applicables, l'évolution des tarifs devant toutefois respecter les dispositions de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989 précitée, qui visent à protéger les assurés contre des hausses de tarifs sur le seul fondement de leur état de santé. Cet article interdit en effet aux organismes assureurs d'augmenter les tarifs d'un assuré ou d'un adhérent, notamment au titre d'un contrat individuel, en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier. Néanmoins, de manière globale, afin de garantir l'équilibre économique des contrats, il ne peut être interdit aux organismes assureurs de procéder à des pratiques tarifaires différenciées en fonction de la population d'assurés concernée, dès lors que les mêmes tarifs sont appliqués pour une même garantie à l'ensemble des assurés précités (3ème alinéa de l'article 6 de la « loi Evin »).

Données clés

Auteur : [M. Éric Alauzet](#)

Circonscription : Doubs (2^e circonscription) - La République en Marche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 1476

Rubrique : Assurance complémentaire

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [3 octobre 2017](#), page 4679

Réponse publiée au JO le : [6 novembre 2018](#), page 10005