

Après la complémentaire santé généralisée aux salariés du secteur privé, après le relèvement des plafonds des contrats aidés (CMU-C et ACS) au 1^{er} juillet 2014, il semblait logique que le gouvernement s'intéresse à l'accès à la santé des populations n'étant plus en activité. Une complémentaire santé pour les retraités en 2017 a été annoncée par François Hollande lors du congrès de la Mutualité à Nantes le 12 juin 2015.

SANTÉ

Faciliter l'accès des retraités à la complémentaire santé



SYLVAIN ROUSSEAU,
AOPS conseil,
président, actuaire I. A.

Si vous souhaitez contribuer à la rubrique "Droit & technique", vous pouvez contacter Selma Fahlgren (chef de rubrique) : sfahlgren@profideo.com

D'un point de vue technique, les retraités consomment beaucoup plus que les actifs, l'âge étant le principal facteur de consommation pour un état de santé donné (plus important que la localisation géographique, le genre, le niveau de revenu, la CSP) : une augmentation de 2 % par année est souvent constatée. Même si la Sécurité sociale tend à mieux rembourser les personnes âgées – le taux d'affection longue durée (ALD) augmente avec l'âge (prise en charge à 100 % à hauteur du tarif de remboursement de la Sécurité sociale), et malgré des dépassements qui sont moins fréquents – les besoins de couverture augmentent de façon très significative, ce qui explique l'augmentation des coûts de la mutuelle. Certains postes sont en diminution après un certain âge, ne serait-ce que par la difficulté en termes de mobilité et d'accès aux soins. Les seniors consomment plus alors qu'ils ont des mutuelles de moins bon niveau, sans financement extérieur et sans avantage fiscal sur leurs contributions (contrairement aux salariés du secteur privé). Certes, beaucoup compareront le niveau de revenu des retraités avec celui des jeunes actifs, et préciseront le niveau de patrimoine en moyenne plus élevé pour les premiers, mais c'est oublier que beaucoup de retraités sont en situation difficile, et que contrairement à un salarié actif, les leviers de création de revenus pour les retraités diminuent après quelques années de retraite.

DEUX MESURES EN FAVEUR DES RETRAITÉS

Le gouvernement a donc pris deux mesures en faveur des retraités :

- à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016, une labellisation des contrats santé pour les retraités de plus de 65 ans permettant de bénéficier d'un avantage pour les organismes assureurs, correspondant à une réduction de 1 % de la TSA (qui passe de 13,27 % à 12,27 % pour les contrats labellisés). Cet avantage est faible mais il est légitime de penser que la réduction de prix obtenue pour les retraités sera significative. C'est un outil qui permettra un contrôle, par exemple via une augmentation des taxes, qui ne s'appliquerait pas aux contrats labellisés. Contrairement à la labellisation ACS, qui a retenu un nombre réduit d'acteurs (et exclu certains acteurs majeurs du marché), la présente action aurait pour but d'accepter tous les contrats qui seraient en dessous d'un certain seuil de prix pour des niveaux de garantie classiques. L'objectif ne serait pas de réduire le nombre de distributeurs de contrats, mais d'assurer un rapport qualité-prix pour les bénéficiaires ;
- la réécriture de l'article 4 de la loi Évin (qui est en projet). L'objet est de clarifier des points d'interprétation (cf. ci-dessous) et de permettre une montée progressive sur trois années après le départ en retraite. Naturellement, le projet de décret a proposé une stabilité la première année, un passage maximum à 125 % la deuxième année puis à 150 % la troisième année. L'écart de 50 % avec les actifs serait à maintenir dans le temps.

LA LABELLISATION : UN OUTIL EFFICACE POUR CONTRÔLER LES COÛTS

Comme l'article 4 de la loi Évin ne concerne pas tous les individus, la labellisation, après la mise en place des contrats responsables, est une des possibilités de contrôle pour l'État. Au-delà des personnes du secteur privé qui n'ont pas de contrat, cela permettra des avantages pour les sorties de contrats loi Madelin. La fonction publique a déjà des systèmes de solidarité mis en place, à travers les procédures de référencement et de labellisation créées pour leurs régimes complémentaires. Si l'article 4 de la loi Évin est prévu pour faciliter l'accès à la complémentaire santé des salariés qui ont quitté l'entreprise sauf par démission (soit postérieurement à la

portabilité, soit lors du départ à la retraite, la portabilité ne s'exerçant pas dans ce cas), force est de constater que tous les retraités ne bénéficient pas d'une complémentaire santé. Tout d'abord, les retraités ne peuvent pas tous bénéficier de l'article 4 : en effet, sont concernés ceux du secteur privé et la généralisation de la complémentaire santé n'est effective que depuis le 1^{er} janvier 2016. Pour les retraités, l'article 4 concerne les droits directs, le maintien de la couverture des ayants droit n'étant pas prévu, bien que le deuxième paragraphe de l'article 4 évoque le cas des ayants droit du salarié décédé, sous-entendant ainsi que ceux-ci étaient couverts par le contrat collectif du salarié.

Ensuite, les personnes qui peuvent bénéficier de l'article 4 n'utilisent souvent pas cette possibilité (qui doit être exercée dans les six mois suivant la fin du contrat de travail), car le prix global est augmenté. Il n'y a plus la participation de l'employeur, et il n'y a plus l'avantage fiscal sur la part payée par le salarié : si la couverture coûtait 50 € par mois financée à 50 % par l'employeur, le salarié va payer 75 € sans avantage fiscal alors qu'il payait en moyenne 25 € avant avantage fiscal. Par ailleurs, certaines garanties deviennent inutiles dans la majorité des cas (garantie maternité par exemple). Les retraités préfèrent des garanties plus faibles que celles de l'entreprise, sélectionnées au début à un moindre coût sans s'apercevoir que les prix vont monter avec leur âge. La version de l'article 4 en cours d'analyse est sujette à interprétation. **Si le principe de garanties à proposer avec un plafond de 150 % est connu depuis le décret du 30 août 1990, il reste à expliciter :**

- les garanties à proposer : s'agit-il de garanties figées ou bien de garanties liées à l'évolution des garanties des actifs (ne serait-ce que par facilité de communication, pour éviter de gérer des garanties par générations de départ) ? Les garanties doivent-elles être identiques ou bien similaires, laissant à l'organisme assureur et à l'employeur l'interprétation de « similaire » ?
- le périmètre : ne concerne que les salariés, pas les ayants droit (sauf cas du décès du salarié) ;
- l'assiette du 150 %, qui reste à clarifier lorsque le contrat est avec une cotisation familiale unique – faire payer à un individu isolé 150 % de prix de la famille peut être compliqué à légitimer dans le temps ;
- l'évolution du prix : s'agit-il de 150 % du prix lors du départ, de 150 % du prix selon l'évolution du prix des actifs, ou de 150 % du prix l'année du départ avec des indexations ensuite fixées par l'organisme d'assurance ?

Il est à noter sur ce dernier point que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a confirmé une interprétation selon laquelle les tarifs peuvent être augmentés de façon homogène entre catégories de salariés. Cette position – techniquement et actuariellement légitime – ne correspond pas à l'esprit de la loi Évin, ni aux interprétations successives du législateur (e.g. jurisprudence Azoulay Cass. 2^e civ, 7 février 2008, n° 06-15 006, décision du TGI de Paris du 13 septembre 2012 [n°RG 10/07060]).

LE SUJET DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le risque de la santé – et de la prévoyance – est le fait de perdre la possibilité de pouvoir s'assurer. **Il a été envisagé par les pouvoirs publics à de multiples reprises, bien au-delà des contrats collectifs obligatoires :**

- le principe de la poursuite de prestations au niveau atteint avec la constitution de provisions (article 7 de la loi Évin) ;
- le provisionnement du maintien des garanties décès en cas d'arrêt de travail (article 7-1 de la loi Évin) ;

- la suppression de la sélection médicale pour les contrats solidaires, puis solidaires et responsables en complémentaire santé ;
- la convention Belorgey, permettant à des risques aggravés de pouvoir s'assurer contre le décès et l'arrêt de travail, en assurance emprunteur ;
- les dispositifs de portabilité (initialement en 2008, augmentés depuis le 1^{er} juin 2014 pour la santé sur une base du nombre de mois travaillés limitée à douze, puis également à douze mois pour la prévoyance au 1^{er} juin 2015, les accords pouvant prévoir des durées plus longues) ;
- les dispositifs de continuité (ACS, CMU-C, article 4 de la loi Évin pour la santé, dispositifs de prévoyance postportabilité depuis le 1^{er} juin 2015).

Cet accès a été traité dans le rapport Libault, qui a mis en avant les avantages des régimes de branche en ce qui concerne les risques de prévoyance. En effet, un certain nombre de petites ou moyennes entreprises se retrouvent chaque année dans l'impossibilité de s'assurer, après avoir été résiliées du fait de risques aggravés sur leurs salariés. Cette réécriture crée une avancée sociale avec un lien financier avec les salariés actifs qui peut se révéler délicat à gérer dans le temps. En effet, si le lien est possible à proposer ces prochaines années tant qu'il y a peu de retraités et beaucoup d'actifs avec un contrat actif bénéficiaire (ce qui est moins fréquent ces dernières années, les contrats étant souvent à l'équilibre), force est de constater que l'augmentation des retraités dans le temps amène un vieillissement de cette population et que si le nombre d'actifs n'augmente pas de façon drastique, il y aura des augmentations de tarif à prévoir.

ARTICLE 4 LOI ÉVIN : CRÉATION D'UN PASSIF IAS19 POUR LES ENTREPRISES

Les sociétés proposaient fréquemment une complémentaire santé pour les retraités avec une participation de l'employeur. Ces régimes ont été progressivement supprimés, car ils amenaient à constituer un passif comptable, un régime frais de santé étant un régime à prestations définies. La question est alors de savoir s'il y a un lien technique entre le contrat des actifs et le compte de résultat des retraités. S'il n'y a pas de lien technique, le contrat est externalisé et n'a plus de lien avec l'employeur et dans ce cas l'organisme assureur ne peut pas proposer une interprétation dans l'esprit de la loi Évin : les tarifs augmentent avec l'âge. Mais s'il y a un lien, l'employeur a un passif social IAS19 (du nom de la norme comptable internationale qui régit la comptabilisation des « avantages du personnel »). Ce passif est à analyser en groupe fermé, donc sans tenir compte des futurs recrutements dont le bénéfice pourrait financer les retraités. Cela nécessite d'organiser une évaluation actuarielle du régime. Ce passif engendrait des montants importants notamment pour les entreprises cotées qui doivent publier leurs comptes consolidés et inscrire au compte de résultats la charge comptable en vertu de la norme IAS19. Les régimes de santé pour retraités cofinancés par l'employeur sont classés en avantages à long terme postérieurs à l'emploi. Pour les comptes sociaux des sociétés, on prévoit une mention en annexe du bilan et la possibilité d'appliquer la comptabilisation du régime santé article 4 au bilan, qui est une méthode préférentielle mais facultative. Il en ressort des montants importants qui fluctuent en fonction de paramètres financiers. C'est du fait de ce risque que les entreprises ont progressivement fermé ces régimes, encore fréquents au début des années 2000. La détection d'un passif lié aux contrats retraités est même parfois une mauvaise surprise, celui-ci pouvant arriver du fait d'un financement indirect de l'employeur au régime >>

» frais de santé des retraités. Par exemple, un régime pour retraités qui serait avec une cotisation identique à celle des actifs amènerait un équilibre des comptes de résultats actifs et retraités. Ainsi, les salariés actifs auraient par exemple un ratio S/P de 90 % avec des retraités à 130 %, mais l'organisme assureur n'accepte le déficit du contrat des retraités que du fait d'un bénéfice sur le contrat des actifs. Il y a donc un financement indirect. Ainsi, le déficit de 30 % est financé par l'employeur et les actifs. Si l'employeur paye 60 % de la contribution santé, il en ressort que l'employeur finance le déficit des retraités à hauteur de 60 %. Par conséquent, bien que le retraité finance 100 % de sa cotisation appelée, il y a un financement indirect qui amène à reconnaître un passif pour tous les retraités et pour les salariés qui deviendront des retraités. C'est pour cette raison que beaucoup d'employeurs ont accepté que l'organisme assureur propose des contrats d'accueil ne respectant pas l'article 4 de la loi Évin.

« L'allongement de la durée de vie a été considérable depuis 1950. Il ressort des capitaux constitutifs très importants. »

COÛT DE LA COUVERTURE VIAGÈRE : ESPÉRANCE DE VIE ET INFLATION MÉDICALE

L'allongement de la durée de vie a été considérable depuis 1950. Il ressort des capitaux constitutifs très importants. Ainsi, pour une femme de la génération 1954, un euro de rente viagère annuelle coûte actuellement 28,82 € à 62 ans (paramètres de mars 2016). La baisse des taux obligataires – très en dessous des niveaux atteints par le passé – a amené à retenir des taux d'actualisation proches de 0 % (en fait 0,50 % en mars 2016). Donc, un euro de rente coûte approximativement l'espérance de vie (30,7 ans à 62 ans). Mais pour la santé, il convient de prendre en compte une inflation médicale. Avec une inflation de la complémentaire santé de 4 %, il ressort un montant de 60,21 € pour une cotisation viagère commençant à un euro à l'âge de 62 ans. Pour une couverture de 60 € par mois (prix fréquent pour une couverture responsable à 62 ans), il ressort un capital constitutif de 43 351 € ($60 \times 12 \times 60,21$), hors impact de désengagement massif de la Sécurité sociale : dans un tel cas, la somme de 70 000 € par salarié pourrait être rapidement atteinte (soit environ 100 fois le prix de la couverture annuelle qui est de 720 € à 62 ans dans notre exemple).

LE RISQUE VIAGER POUR L'ORGANISME ASSUREUR

Un organisme assureur ne peut techniquement pas garantir viagèrement un prix sauf à avoir des contreparties de financement sur les populations actives. C'est la raison pour laquelle la loi Évin a souvent été oubliée, hormis lorsque l'employeur a contrôlé la situation tout en acceptant les contraintes tarifaires.

UN RÔLE DE VIGILANCE POUR L'INTÉRÊT DES SALARIÉS

Quelle que soit la version du nouvel article 4, il est à attendre certains points de vigilance pratique, tous les cas ne pouvant être résolus en quelques lignes. Il y a donc un vrai rôle de conseil pour les salariés dans un contexte délicat : soit l'employeur prend le risque (et le paye), soit l'assureur prend le risque (et le fait payer à l'entreprise ou à une mutualité d'entreprises). **Conseils pour la complémentaire santé des salariés qui quittent l'entreprise :**

- analyser les garanties et le prix offert aux salariés sortants : étude du règlement juridique et du contrat d'assurance ;

- valider la situation des ayants droit assurés du fait du salarié au regard du contrat : la couverture, et le devenir de leur couverture en cas de décès du bénéficiaire principal, car la loi Évin ne prévoit la couverture d'un ayant droit du salarié que dans la limite de douze mois (mais rien pour les ayants droit des salariés ayant quitté l'entreprise) ;

- étudier le cas des options facultatives, qui ne sont pas concernées par l'article 4 de la loi Évin, mais qui vont continuer à être utiles

au salarié qui a quitté l'entreprise s'il n'est pas assuré par ailleurs ;

- négocier l'option d'une réintégration – unique pour éviter le nomadisme – par exemple sur une période de trois ans. Laisser un droit à l'erreur au salarié qui

n'avait pas pris conscience des avantages ;

- valider la situation des bénéficiaires du contrat en cas de changement d'organisme assureur ;

- demander la constitution d'un passif IAS19 et son externalisation financière dans l'objet de sécuriser l'engagement de l'employeur et de le rendre indépendant de l'état financier de l'entreprise ;

- organiser une communication auprès du salarié (notamment quelques mois avant son départ, lors de son départ, et à la fin de la période de portabilité). Cette communication est à diffuser par l'employeur, et peut être utilement affichée ;

- organiser les relais pour que l'information soit connue de tous, notamment le CE qui peut avoir un vrai rôle de communication, mais toute autre instance de dialogue social au sein de l'entreprise.

UNE OPPORTUNITÉ POUR LES RÉGIMES DE BRANCHE

La communication du contrat article 4 de la loi Évin incombe à l'employeur pour permettre au salarié de faire son choix pour un maintien de couverture avant la fin de la période de six mois suivant le départ du salarié. Que se passe-t-il en cas de changement d'organisme assureur ou en cas d'arrêt d'activité de l'entreprise ? Il est alors nécessaire qu'une mutualisation soit organisée, soit par l'organisme assureur (ce qui entend de trouver des financeurs pour organiser une péréquation de résultats), soit par le nouvel organisme assureur, soit par un groupement d'entreprises qui seraient naturellement une branche. L'application de l'article 4 relève de la responsabilité de l'entreprise, cependant une telle approche ne peut être supportée que sur des effectifs importants et pérennes, ce qui légitime une approche de branche. Des mécanismes de mutualisation pourront utilement être mis en place et ainsi réduire les risques pour les organismes assureurs et les entreprises. Les solutions de branche ont ici un avenir probable. Si certaines branches ont pris le sujet des retraités très au sérieux, le haut degré de solidarité reste à rendre effectif et une aide aux retraités est une piste à envisager.

Par ailleurs, force est de constater que cette préoccupation est croissante en période économique délicate car l'article 4 concerne également les salariés qui partent de l'entreprise dans le cas d'un plan social. Une solution pratique est la création d'un fonds commun à une multitude d'entreprises, ce qui crée un régime multi-employeur tout en évitant aux entreprises de créer des passifs sociaux. La comptabilisation de passif sociale n'étant pas effectuée au niveau de l'entreprise lorsque la gestion est en répartition, la branche devient alors une solution naturelle. De belles perspectives de dialogue social sont à venir sur ce sujet. ■