

Loi EVIN, le décret surprise !

On la pensait enterrée sous la dalle du Ministère, bien profondément... et voilà que resurgit la réforme de la loi Evin. Un joli cadeau pour les assureurs... et beaucoup moins pour les assurés !

En effet, le 21 mars 2017, un décret (n° 2017-372) relatif à la détermination des tarifs des contrats d'assurance complémentaire santé, applicables aux retraités, à compter du 1^{er} juillet 2017, a été publié sans aucun débat, dans le silence le plus total.

Un peu d'histoire : lors du congrès de la Mutualité à Nantes en 2015, dans le sillage de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, sur la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés au 1^{er} janvier 2016, le **Président de la République de l'époque avait annoncé la réforme de la couverture santé complémentaire des retraités.**

Ceci passait par la mise en place de contrats de complémentaire santé pour les plus de 65 ans, au travers de la loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2016, et également par une évolution de la loi Evin.

Jusqu'à présent, l'article 4 de la loi Evin de 1989 obligeait l'assureur d'un contrat de branche ou d'entreprise à proposer la même couverture aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, en tenant compte de la période de portabilité des droits pour ceux indemnisés par l'assurance-chômage.

Son tarif, encadré par le décret du 30 août 1990, ne pouvait être supérieur à 50 % du tarif des actifs. Exemple : dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, pour une complémentaire santé à 100 €, 40 € sont à la charge du salarié actif, et 60 € à celle de l'employeur, le retraité, lui ne pouvait pas avoir à sa charge plus de 50 euros.

Désormais, en lieu et place d'une majoration des tarifs de 50 % valable sans condition de durée, le décret du 21 mars 2017 organise un plafonnement progressif des tarifs échelonné sur trois ans, sans préciser ce qui adviendra après :

- ➔ Maintien du tarif pour la première année de départ,
- ➔ Majoration de 25 % la seconde année,
- ➔ Majoration de 50 % la troisième année,
- ➔ Au-delà de 3 ans, le décret ne prévoit aucun encadrement tarifaire. Le « à compter de » accompagnant la 3^{ème} année du projet de décret a disparu et, avec lui, l'encadrement tarifaire.

Exemple : lorsque, pour le salarié en activité, la part salariale était fixée à 40 euros et la part patronale à 60 euros (soit un tarif global de 100 euros), à compter du 1^{er} juillet 2017, le retraité ne pourra pas avoir à sa charge plus de 100 euros la première année, plus de 125 euros la deuxième année et plus de 150 euros la troisième année. **Mais quid de la quatrième année et des années suivantes ! Quel tarif sera alors appliqué aux retraités ? A coup sûr un tarif supérieur à 150 euros car la loi ne prévoit plus de plafond.**

Ces dispositions entrent en vigueur au titre des contrats souscrits, des renégociations ou des adhésions intervenues à compter du 1^{er} juillet 2017. Le décret revient ainsi sur près de 30 ans d'un dispositif très décrié par le marché de l'assurance car « coûteux » pour les actionnaires, mais très protecteur pour les retraités.

Toutes les couvertures, en particulier celles de branches et de groupes, souvent plus favorables aux dispositions initiales, devront se mettre à jour... d'ici le 1^{er} juillet 2017.

Si ces modifications vont peser, une nouvelle fois, sur les retraités, elles répondent en revanche aux attentes de certains mutualistes et assureurs, qui souhaitent échapper au carcan de la loi Evin, en leur donnant la possibilité de pouvoir augmenter les tarifs, mais pas les prestations.

Ce décret pose, bien entendu, la question du devenir des contrats groupes qui incluent les retraités et qui par effet de masse, font bénéficier de tarifs préférentiels les retraités, mais aussi les actifs.

Il y a fort à parier que les mutuelles et autres assureurs se servent de ce décret pour augmenter les tarifs des retraités, sous prétexte d'appliquer la loi, mais sans augmenter les prestations.

Ce sera aussi un bon prétexte pour les employeurs de sortir les retraités des contrats groupes.

Il est clair que ces dispositions ne répondent absolument pas à notre volonté politique affichée d'améliorer l'accès aux soins pour l'ensemble des actifs et retraités, et d'éviter des situations de renoncement aux soins, en favorisant le maintien des couvertures dont ils bénéficiaient en activité.

Elles sont contraires à toute notion de solidarité intergénérationnelle. Lors des négociations qui vont s'engager, nous devons réaffirmer le maintien des tarifs en vigueur et la prise en compte des retraités dans les contrats groupes.

Victimes d'une « triple peine » (baisse de revenu, problèmes de santé plus fréquents, perte du cofinancement de leurs cotisations par leur employeur), les retraités voient le coût de leur complémentaire multiplié par 3,5, avec une augmentation des cotisations de 18 % ces trois dernières années, d'après la Mutualité Française.

A la lecture de ces chiffres, on comprend **que, pour les seniors, l'accès à une mutuelle devient un luxe.**

Ainsi, faute de revenus suffisants, 1,7 million de retraités ne sont pas couverts par une mutuelle, soit à peu près 12 % d'entre-eux.

Et ce d'autant plus que, ces dernières années, le pouvoir d'achat des retraités a été fortement amputé : gel des pensions en 2014 et 2015, augmentation des impôts sur le revenu et de la CSG...

➔ Conséquence directe : de plus en plus de seniors renoncent à se soigner ou à assurer leur suivi médical, pour des raisons financières. Qu'il s'agisse de l'optique, des soins dentaires, de l'hospitalisation, les seniors fixent des priorités à leurs soins, en se résignant à ne consulter un médecin qu'en cas d'urgence ou de trouble extrême. Au risque de laisser leur état de santé s'aggraver et, au final, coûter plus cher à la collectivité...

Le combat, la lutte pour faire prendre en charge les retraités dans les mutuelles d'entreprises, doivent continuer et s'amplifier dans nos entreprises.

Depuis quelques années, à la demande de syndicats, la FNIC, la FTM ont mis en place, avec la Mutuelle Familiale, un contrat qui permet à chaque syndiqué CGT retraité de pouvoir se soigner et aussi d'avoir accès à une mutuelle à des tarifs plus supportables, avec des prestations correctes.

En 2017, ne pas avoir accès aux soins est syndicalement politiquement INACCEPTABLE ET INSUPPORTABLE.

Etre retraité, ayant laissé sa santé au travail, et être obligé de choisir entre se soigner, se loger ou manger ne peut pas être la solution !

Dans ces conditions, il y a urgence à :

- ➔ la prise en compte de notre revendication,
- ➔ l'intégration à terme de la totalité du risque santé, y compris « complémentaire », dans la Sécurité sociale,
- ➔ un retour à une Sécurité sociale à son origine de 1945, qui couvre l'ensemble des citoyens, de la naissance à la mort.