



Université Jean Moulin Lyon 3 – Faculté de Droit
Institut des Assurances de Lyon

« **Les difficultés d’application de l’article 4 de la loi Evin** »

Mémoire présenté par Lorelei HADIBI

Sous la direction de **Gilbert BRAT**, dirigeant de la société BGB solutions et chargé d’enseignements au sein de l’Institut des Assurances de Lyon

Sous la codirection de :

- **Monsieur Quentin DESGRIPPES**, directeur de clientèle chez Bessé conseil en assurances
- **Madame Vanessa MENDEL**, associée du cabinet Opus Line
- **Madame Corine BOIS**, chargée de développement RH au sein du groupe La poste
- **Monsieur Pierre-Alain BOSCHER**, Managing director chez Optimind

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à Monsieur Gilbert Brat en tant que directeur de mémoire ainsi qu'à l'ensemble de mes codirecteurs Quentin Desgrippes, Vanessa Mendel, Corine Bois et Pierre-Alain Boscher qui ont su m'accompagner et rester disponible tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier Mélanie Delorme collaboratrice de Monsieur Desgrippes pour son implication.

Tout particulièrement Laurent Philibert, professeur à l'Institut des Assurances de Lyon pour sa disponibilité, ses conseils et le temps qu'il m'a accordé au cours de mes recherches.

Je remercie Jean-François Ramay, au côté duquel j'ai effectué mon année d'alternance, d'avoir partagé avec moi son expérience et de m'avoir formé au métier de courtier en assurance.

Mes remerciements s'adressent également à tous les intervenants de l'Institut des Assurances de Lyon du Master 2 de Droit des assurances.

Je remercie enfin ma famille et mes proches pour le soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de mes études de Droit.

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Liste des principales abréviations	5
Introduction.....	7
Partie 1 – L’application de l’article 4 de la loi Evin : un processus de sécurisation de l’assuré.....	13
Titre 1 – Un système de protection des assurés par la garantie de leurs frais de santé	14
Chapitre 1 – Délimitation du champ d’application de l’article 4.....	15
Chapitre 2 – Délimitation de la nature des garanties à couvrir.....	19
Titre 2 – Processus contractuel et offres alternatives	25
Chapitre 1 – Mise en œuvre contractuelle au regard de l’article 4	26
Chapitre 2 – Mise en œuvre contractuelle au regard de la pratique assurantielle.....	29
Partie 2 – La difficile articulation des principes consacrés avec la pratique assurantielle	34
Titre 1 – Les difficultés relatives au contrat d’assurance	35
Chapitre 1 – L’application de la loi Evin lors de la résiliation du contrat à l’initiative du souscripteur.....	36
Chapitre 2 – L’articulation de la loi Evin avec l’ANI	39
Titre 2 – Une réglementation remettant en cause la pérennité de l’article 4	42

Chapitre 1 – L'évolution tarifaire contrainte par le plafonnement	43
Chapitre 2 – Conséquences économiques et sociales de l'encadrement de la prime d'assurance.....	47
Chapitre 3 – Les améliorations nécessaires	51
Conclusion	56
Bibliographie.....	58
Table des matières.....	63
Annexes.....	66

Liste des principales abréviations

anc. : ancien.

ANI : Accord National Interprofessionnel.

art. : article.

Bull. civ. : Bulletin civil de la Cour de Cassation.

C. assu. : Code des assurances.

C. civ. : Code civil.

C. mut. : Code de la mutualité.

C. trav. : Code du travail.

CA : Cour d'Appel.

TGI : Tribunal de grande instance.

Cass. 1^e civ : Cour de cassation, 1^e Chambre civile.

Cass. 2^e civ : Cour de Cassation, 2^e Chambre civile.

Cass. com. : Cour de Cassation, Chambre commerciale.

Cass. soc. : Cour de Cassation, Chambre sociale.

CSS : Code de la sécurité sociale.

D. : Dalloz Recueil.

Dr. soc. : Droit social.

éd : édition.

FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance.

Gaz. Pal. : Gazette du Palais.

JO : Journal Officiel

JORF : Journal officiel de la république française

obs. : observation.

p. : page.

pp. : pages.

PSC : Protection Sociale Complémentaire.

Réf. : référé.

s. : suivants.

ss. : sous.

TGI : Tribunal de Grande Instance.

TPE : Très petites entreprises

PME : Petites et moyennes entreprises

V. : Voir.

V. infra : Voir ci-dessus

V. supra : Voir ci-dessous

Introduction

1. Définition. - « La « protection sociale » constitue en effet un phénomène caractérisé par l'apparition puis le développement, dans divers pays et à une époque déterminée, d'institutions visant à assurer à des individus et des groupes familiaux une sécurité matérielle grâce à l'accès à des biens et services considérés comme vitaux. Cette émergence est inscrite sous le signe d'une certaine universalité : elle concerne un ensemble de sociétés qui, bien que différentes, vivent un certain nombre de transformations communes. »¹

La loi utilise l'expression générique de « garanties complémentaires de salarié » à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale. Sont visés l'ensemble des mécanismes permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des « risques sociaux ». Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses : vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille, etc.

Tout au long de cette étude, nous nous limiterons aux seules garanties « frais de santé », et plus particulièrement à leur maintien dans le cadre de la loi Evin. L'article 4 de la loi Evin s'inscrit dans un processus de réglementation long et varié (I). Aujourd'hui il convient de s'interroger sur les difficultés auxquelles il se heurte (II).

¹ Dupeyroux Jean-Jacques, BERGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 18^e édition, 2015, p. 2

I - Contextualisation historique

2. Contexte. - L'émergence du système de protection sociale français est intervenu dans un contexte historique, économique, social et politique qu'il convient de définir pour en comprendre les enjeux.

a) Les ouvriers au XIXe Siècle

3. Révolution industrielle. - Le processus de la révolution industrielle au XIXe siècle entraîne une recrudescence de la population rurale au profit du développement de la classe ouvrière. Les ouvriers tirent, à cette époque, leur unique revenu de leur force de travail. D'autant plus que ce dernier s'exerce dans des conditions précaires (nombre d'heures élevées, insécurité, travail des enfants...). Dans ce contexte politique libéral de nombreux ouvriers se voient priver de leur revenu à la suite d'accidents de travail et l'ensemble de la classe sociale se retrouve soumise à une insécurité économique croissante.

4. Indemnisation des accidents du travail. - Il faudra attendre la loi du 9 avril 1898 pour que l'Etat intervienne et instaure un régime d'indemnisation favorable aux ouvriers victimes d'accidents du travail. A l'issue de cette loi, les employeurs assurent ce risque de réparation du préjudice de leurs salariés par l'intermédiaire d'organismes d'assurance. Le travail devient alors un « risque » qu'il est nécessaire de couvrir par le biais des mécanismes assurantiels.

5. Substitution de responsabilité. - Dès 1905, la loi du 31 mars va plus loin puisqu'elle prévoit désormais la substitution de l'assureur à l'employeur en cas d'action de la victime. Nous entrons dans un système de mutualisation du risque d'accident de travail.

b) Création de la Sécurité sociale

6. Création du régime. - Après les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930, créant pour les salariés du secteur de l'industrie et du commerce le tout premier système complet et obligatoire d'assurance sociale couvrant les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, l'Etat prend un tournant beaucoup plus interventionniste en créant une structure à part entière.

Les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 vont plus loin en mettant en place un régime de sécurité sociale inspiré des modèles « Bismarckien² » et « Beveridgien³ » basés sur le principe de solidarité nationale et financés par les cotisations des employeurs et des salariés. Ce système permet à l'ensemble des actifs, quel que soit leur situation, d'être couverts contre : les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent.

7. Contexte économique. - Si le projet est ambitieux, le contexte économique ne lui a pas été favorable. Suite au premier choc pétrolier des années 1970, une crise économique et un chômage de masse touchent la population française et plus particulièrement les salariés du secteur industriel. Cette situation entraîne le déficit de la Sécurité sociale, des remboursements moindres du régime de base et, par conséquent, l'expansion du marché des complémentaires santé.⁴

Se développe alors un régime dualiste, entre la protection sociale obligatoire largement insuffisante et la protection sociale complémentaire. La protection sociale complémentaire va devenir, du fait de législations, un acteur essentiel, indissociable et parfois obligatoire du système de protection sociale français⁵. Le but étant de pouvoir bénéficier d'une prise en charge suffisante de ses frais de santé, en complément du régime général.

8. Les intervenants à la protection sociale complémentaire. - Trois types d'organismes, dont chacun est encadré par un corps de règles différent, interviennent en complément du régime général ;

- Les compagnies d'assurance régies par le Code des assurances
- Les mutuelles régies par le Code de la mutualité
- Les institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale

² Le chancelier Bismarck est à l'origine du système d'assurance sociale mis en place en Allemagne par plusieurs lois votées entre 1883 et 1889. Les salariés dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil peuvent bénéficier d'une couverture. Le système met en place une obligation pour l'employeur de cotiser aux côtés du salarié auprès de caisses d'assurances sociales, avec le soutien de l'État.

³ Lord William Beveridge fut chargé de mettre en place un régime de sécurité sociale en Angleterre en 1942, il mit en place un système basé sur l'universalité, l'uniformité et l'unification du régime.

⁴ Di Méo Guy, « *La crise du système industriel en France au début des années 1980* », Annales de Géographies, t. 93, n°517, 1984, pp. 326-349.

⁵ Gibaud Bernard, « *Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire* », Sciences sociales et santé, Volume 8, n°1, 1990, pp. 15-20.

Pour éviter l'insolvabilité des assureurs pouvant mettre à mal la couverture des assurés, ces trois organismes sont désormais les seuls à pouvoir intervenir sur le marché de l'assurance. Le régime complémentaire étant par nature facultatif, si certains en bénéficient, d'autres se retrouvent parfois inassurables en raison de leur âge ou de leur état de santé.

c) L'intervention du groupe de travail Gisserot

9. Groupe de travail. - En 1985, le groupe de travail interministériel sur la protection sociale complémentaire présidé par Monsieur Pierre Gisserot, inspecteur des finances, met en exergue certaines situations abusives tendant à limiter les garanties des assurés. Tel est le cas de l'absence de règles de sécurité financière de certains organismes et les disparités entre les législations applicables aux différents intervenants.

10. Projet de loi. - En s'appuyant sur les propositions du rapport Gisserot, un projet de loi⁶ renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques vît le jour en 1989. Le projet prévoit l'instauration de règles communes pour tous les intervenants à la protection sociale complémentaire et la mise en place d'une réglementation commune à tous les contrats de groupe.

Les contrats de groupe devront prévoir la prise en charge des maladies contractées avant la souscription. Ils devront également préciser les conditions tarifaires offertes aux anciens salariés ou aux ayants droit d'un assuré décédé, afin de continuer de bénéficier d'une couverture complémentaire. Enfin, ils seront tenus de constituer des provisions afin de garantir le maintien des prestations en cours en cas de rupture du contrat.

d) Adoption de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin

11. Adoption de la loi. - L'Etat prend un tournant politique plus interventionniste en adoptant la loi Evin le 31 décembre 1989 ayant pour objectif la protection de l'assuré en limitant la sélection des risques. Ainsi l'assureur est contraint de couvrir l'ensemble des salariés quel que soit leur situation et même postérieurement à la cessation de leur relation de travail avec

⁶ Rapport du Sénat au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, Par M. Claude HURIET Sénateur. Session ordinaire. 1989-1990.

l'entreprise. Pour ce faire, l'article 4 de la loi impose aux organismes gestionnaires de contrats collectifs de conserver les retraités, chômeurs, invalides qui sortent de l'entreprise, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux.

La loi intervient donc dans un but de protection des assurés faisant écho à l'insuffisance du système de sécurité sociale de base.

II – Les interrogations actuelles sur l'application de la loi Evin

12. Si l'objectif de la loi Evin n'est pas remis en cause dans cette étude, son application et ses évolutions peuvent l'être.

a) L'évolution de la loi Evin

13. **Décret d'application.** - Pour parfaire la mise en place de l'article 4, un décret n°90-769 du 30 août 1990 est venu préciser les tarifs applicables en les limitant à 50% du tarif global applicable au salarié actif. Par la suite, la jurisprudence est venue préciser la notion de « maintien de couverture » (V. supra n°36 « Conséquence »).

14. **ANI.** - En parallèle un accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 est venu compléter le dispositif Evin en prévoyant un mécanisme de portabilité des droits de santé. Celui-ci permet le maintien des garanties existantes dans l'entreprise, pour les salariés quittant leur entreprise (sauf démission) et bénéficiant de l'assurance chômage. Un nouvel ANI du 11 janvier 2013 vient améliorer l'ensemble des dispositions en portant à 12 mois la durée de la portabilité et en la rendant gratuite pour les demandeurs d'emploi. En 2014, le texte apporte de nouvelles précisions sur l'articulation entre les délais de la loi Evin et de l'ANI.

15. **Décret d'application.** - Un décret supplémentaire du 21 mars 2017⁷ modifie la loi Evin en encadrant la cotisation complémentaire, désormais étalée sur trois années et prévoyant le respect d'un « panier de soins minimum ».

⁷ Décret n° 2017-372, 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques

b) Multiplicité des normes et interprétation confuse

16. Complexité du système. - En tout état de cause, il est clair que les évolutions législatives sont nombreuses et que la multiplication des normes rend la loi difficilement compréhensible d'autant plus qu'elle utilise la méthode du renvoi. Se pose également de nombreuses interrogations sur l'interprétation de la lettre du texte, ce qui nécessite l'intervention de la jurisprudence.

Enfin, l'articulation Evin et ANI rend le système encore moins compréhensible pour les assurés. De plus ils sont péniblement dissociables puisque leurs objectifs sont identiques. La métaphore du « millefeuille normatif » prend ici tout son sens et rend l'application de la loi Evin de plus en plus difficile, peut être même au détriment de son efficacité.

c) Intérêt du sujet

17. Limites. - Dans un objectif de protection sociale, la loi Evin porte atteinte à l'ensemble des acteurs du marché en limitant : la liberté contractuelle de l'employeur, la liberté contractuelle et économique des organismes et en faisant parfois supporter le risque aux actifs. Autant d'éléments qui rendent la question de la pérennité de la loi Evin légitime.

Pour ce faire, nous nous interrogerons sur l'ensemble des points que soulève l'application de la loi Evin de nos jours (PARTIE 1), pour enfin constater les difficultés auxquelles elle se heurte (PARTIE 2).

Partie 1 – L’application de l’article 4 de la loi Evin : un processus de sécurisation de l’assuré

18. *« En assurance, la théorie économique montre que, si les agents sont rationnels et si l’assurance n’est pas obligatoire, les « mauvais risques » ont ceteris paribus un intérêt supérieur à la moyenne à souscrire un contrat d’assurance : c’est le phénomène de l’antisélection »⁸.*

La loi Evin énonce des principes protecteurs en faveur des adhérents aux contrats collectifs. L’objectif est d’accroître le nombre de personnes couvertes par un contrat d’assurance santé complémentaire. Les dispositions de l’article 4 sont définies comme étant d’ordre public par l’article 10. Pour éviter que certaines personnes bénéficient d’une couverture discontinue, la loi va permettre le maintien d’une couverture santé de manière viagère (Titre 1) nécessitant quelques ajustements contractuels et même parfois le recours à d’autres alternatives (Titre 2).

⁸ Fromenteau Michel, Ruol Vincent, Eslous Laurence, « Sélection des risques : où en est-on ? », Les Tribunes de la santé, 2011/2 (n°31), pp. 63-71.

Titre 1 – Un système de protection des assurés par la garantie de leurs frais de santé

19. Pour contrer les abus mentionnés par le rapport Gisserot (V. infra n°9 « *Groupe de travail* ») l'article 4 de la loi Evin permet la continuité de la protection sociale du salarié en ce qui concerne ses frais de santé. L'objectif étant d'éviter de rendre encore plus précaire une situation qui l'est déjà. Si le salarié perd son revenu principal à la suite de la cessation de ses relations de travail, le priver d'une couverture sociale complémentaire en sus serait contribuer à le rendre particulièrement vulnérable. Rappelons que le principe de protection de la santé a été reconnu comme ayant une valeur constitutionnelle⁹.

⁹ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 « *Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».

Chapitre 1 – Délimitation du champ d'application de l'article 4

20. Il convient tout d'abord de délimiter à quelles personnes la loi a vocation à s'appliquer dans le cadre du maintien de garanties des frais de santé. Puisque les contrats complémentaire santé couvrent fréquemment l'ensemble du foyer, il est nécessaire de définir quels sont les salariés pouvant bénéficier de ce maintien (Section 1) puis l'exclusion des ayants droit à ce dispositif (Section 2).

Section 1 – La couverture des anciens salariés

21. **Garanties.** - La loi Evin prévoit que tout salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, peut bénéficier du dispositif de maintien de garanties des frais de santé de l'article 4.

Sont concernés, l'ensemble des garanties « frais de santé » couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident en complément du remboursement du régime général de sécurité sociale. Ces prestations sont à distinguer des garanties prévoyances qui prennent en charge les risques décès, incapacité ou invalidité.

22. **Délais.** - Ainsi, le salarié qui bénéficie d'un régime complémentaire de santé par le biais de son entreprise peut demander, dans les six mois suivants la rupture de son contrat de travail, à conserver l'ensemble de ses garanties santé. L'employeur est tenu d'une obligation d'information envers l'assureur du départ de son salarié. L'organisme assureur aura alors l'obligation de remettre au salarié, dans un délai de deux mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien temporaire des garanties, une proposition de maintien de garanties.

23. La loi Evin a fait face à plusieurs obstacles, notamment au fait que la couverture santé au sein des entreprises ne soit pas généralisée. En 2010, 2,3% des salariés ne bénéficient pas d'une couverture santé soit 400 000 salariés et 4 millions étaient couverts à titre personnel et non par le biais de leur entreprise. En 2011 on comptabilise seulement 44% d'entreprises proposant une couverture santé à l'ensemble de leurs salariés.¹⁰

¹⁰ Morvan Patrick, *Manuel de Droit de la protection sociale*, Lexis Nexis, 7^e édition, 2016, p. 845

Si auparavant cette mesure n'était favorable qu'aux salariés bénéficiant d'une complémentaire santé d'entreprise, depuis le 1^{er} janvier 2016¹¹ ce mécanisme à vocation à s'appliquer à l'ensemble des salariés. A compter de cette date, tous les employeurs sont dans l'obligation de proposer une complémentaire santé qu'ils doivent financer à hauteur de 50% minimum des cotisations.

24. Continuité. - L'article 2 de la loi Evin impose aux organismes assureurs, lors de la souscription d'un contrat collectif, de « *prend[re] en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat [d'assurance]* » donc la prise en charge de la totalité du groupe. Si cette question pourrait être débattue plus longuement, nous retiendrons seulement que le salarié perd le bénéfice de la non-sélection des risques lorsqu'il souscrit un contrat d'assurance complémentaire santé à titre individuel. En cohérence avec l'article 2, l'article 4 précise que le maintien de garanties est « *sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux* » lorsque le salarié souscrit individuellement au titre de la loi Evin.

25. Objectifs. - La loi Evin poursuit alors trois objectifs principaux¹² :

- Eviter un arrêt brutal de la prise en charge des frais de santé pour les salariés bénéficiant d'une couverture collective par le biais de leur entreprise,
- Eviter aux anciens salariés bénéficiant de l'assurance chômage, un « trou » de couverture pour l'assuré en raison de la perte de son emploi et durant sa période de recherche,
- Permettre aux anciens salariés bénéficiaires d'une pension d'incapacité, d'invalidité ou aux retraités de conserver leur couverture compte tenu de leur position de faiblesse sur le marché de l'assurance due à leur exposition plus élevée aux risques.

⁸ La loi ANI de juin 2013, aussi appelée loi sur la sécurisation de l'emploi oblige depuis le 1er janvier 2016 les employeurs à proposer une mutuelle d'entreprise obligatoire afin que tous les salariés bénéficient d'une couverture de leurs frais de santé minimum pour les dépenses de santé qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

¹² Roulet Vincent, « *Protection sociale d'entreprise état des lieux et perspectives* », Recherche effectuée dans le cadre d'une convention conclue entre l'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) et la CFE-CGC, septembre 2013, p. 68

Section 2 – L'exclusion des ayants droit

26. La couverture des ayants droit. - L'ANI de 2013 prévoit une obligation de couverture des salariés mais pas des ayants droit, sauf s'il existe des obligations conventionnelles dans l'entreprise. Cependant, la plupart du temps la couverture est étendue aux ayants droit, c'est pourquoi il convient de s'interroger sur leur sort.

L'article en son 2° dispose que les ayants droit peuvent bénéficier du maintien de couverture, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès du chef de l'assuré, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivants le décès.

En l'espèce, la loi Evin prévoit que les ayants droit peuvent relever de ce dispositif mais seulement dans un cas particulier qui est celui du décès de l'assuré. Excepté ce cas, la loi reste silencieuse.

27. Jurisprudence. - La décision de la première chambre civile de la Cour de cassation du 13 janvier 2009¹³ est très claire et indique dans son attendu que « *le maintien de la couverture ne peut profiter aux ayants droit (...), puisque l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 ne vise que les anciens salariés et que le maintien au profit des ayants droit n'est prévu qu'en cas de décès de l'assuré pendant une durée minimale de douze mois, à condition que les intéressés en fassent la demande* ».

28. Si l'objectif de la loi Evin est de couvrir le plus grand nombre de salariés quittant leur entreprise, le fait de ne prévoir aucune solution au profit des ayants droit est une des plus grandes limites du dispositif. En effet, après avoir perdu son emploi et sa source de revenu première, l'assuré voit ses revenus baisser, sa prime augmenter et se retrouve parfois contraint de couvrir ses ayants droit (V. supra n°91 « *Bénéficiaires* »).

29. CCSF. - Malgré cette limite, le comité consultatif du secteur financier dans son avis relatif à l'assurance complémentaire santé de groupe du 8 avril 2009 reconnaît que l'objectif de la loi Evin est atteint en énonçant que « *selon des études, un salarié sur deux, et, partant, plus d'un*

¹³ CA., Lyon, 1^e civ B, 13 janvier 2009, n. 08/02875 Mutuelle Micils c/ Monsieur Mikaël Azoulay

retraité sur deux seraient désormais couverts par un contrat collectif d'assurance complémentaire santé »¹⁴.

¹⁴ Rapport annuel du CCSF (comité consultant du secteur financier) relatif à l'assurance complémentaire santé de groupe, 2008-2009

Chapitre 2 – Délimitation de la nature des garanties à couvrir

30. La loi étant peu claire, il faudra attendre 19 ans après sa publication pour que l'objet précis du maintien de garanties soit défini¹⁵ (Section 1) par une décision qui a été vivement critiquée par les organismes assureurs (Section 2).

Section 1 – L'intervention jurisprudentielle pour pallier au silence de la loi

31. La Cour de cassation a dû se prononcer sur l'application de l'article 4 de la loi Evin. C'est une première tant sur le plan jurisprudentiel que sur le plan doctrinal puisqu'il s'agit d'une matière où peu d'universitaires, avocats ou professionnels ont souhaité se spécialiser et qui de ce fait est rarement commentée par la doctrine. C'est à la suite de cette décision, et des nombreuses réformes en droit de la protection sociale, que de plus en plus d'acteurs vont s'interroger sur son application¹⁶.

§1. Procédure

32. **Saga judiciaire.** - En l'espèce M.Azoulay, à la suite de son licenciement a demandé à bénéficier du maintien intégral à titre individuel de sa couverture santé d'entreprise au titre de l'article 4 de la loi Evin. L'organisme assureur lui a opposé la mention suivante figurant dans l'avenant au contrat collectif : « *la couverture des frais médicaux est maintenue sur la base du régime le plus proche de celui prévu par le contrat collectif et obligatoire* ». La mutuelle a alors proposé à l'assuré un contrat similaire avec des garanties « *très proches de celles du contrat* » à l'exception des frais d'optique.

33. **Cour d'appel.** - L'assuré, souhaitant conserver les mêmes garanties, saisit la Cour d'appel de Lyon qui se prononce en faveur de l'organisme assureur le 9 mars 2006¹⁷. La Cour soutient que l'article 4 n'impose pas aux organismes assureurs de proposer aux anciens salariés le maintien intégral et identique des garanties dont ils bénéficiaient. Mais statue en faveur du

¹⁵ Roulet Vincent, « *Protection sociale d'entreprise état des lieux et perspectives* », Recherche effectuée dans le cadre d'une convention conclue entre l'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) et la CFE-CGC, septembre 2013, p. 68

¹⁶ Rigaud David, Dechorgnat Elisa, « *Le renouveau des contentieux du droit de la protection sociale complémentaire* », La semaine juridique – Edition sociale, n°21-22, §1

¹⁷ CA., Lyon, 1^e civ, 9 mars 2006, n. 005/00395

maintien d'une couverture de nature similaire sur la base du régime le plus proche de celui prévu par le contrat collectif d'entreprise.

34. Cour de cassation. - L'affaire est portée devant la deuxième chambre civile de la Cour de cassation le 7 février 2008¹⁸ qui casse et annule la précédente décision considérant « *qu'il ne peut être dérogé par voie de convention aux dispositions d'ordre public de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 qui prévoient le maintien à l'ancien salarié privé d'emploi de la couverture résultant de l'assurance de groupe souscrite par l'employeur pour la garantie des frais de santé* » et renvoie les parties devant la Cour d'appel de Lyon.

35. Renvoi. - C'est finalement par la décision du 13 janvier 2009¹⁹ que la Cour d'appel de Lyon tranche dans le sens de la Cour de cassation en retenant que la mutuelle Micils doit « *maintenir à Monsieur Azoulay la garantie des frais médicaux dont il bénéficiait en vertu du contrat collectif (...), sans qu'il n'y ai lieu d'appliquer les modifications et plafonnements de garantie intervenus depuis 2002 ou celles à intervenir par décision des instances de la mutuelle* ».

La Cour sanctionne alors l'assureur en ce qu'il n'a pas proposé un maintien identique des garanties santé à son assuré en se fondant sur le caractère d'ordre public de la loi Evin²⁰.

§2. Portée

36. Conséquence. - Si la portée de cette décision a fait l'objet de controverses (V. supra n°43) elle fera néanmoins jurisprudence. Désormais l'ensemble des compagnies devront proposer des garanties « strictement identiques » aux assurés bénéficiant du maintien de garantie de leurs frais de santé. Les assureurs qui mettent en place des garanties « similaires » dans le cadre de la loi Evin se verront sanctionner.

De plus, l'article 4 de la loi Evin étant d'ordre public, il n'est pas possible d'y déroger par convention, comme c'était le cas en l'espèce, en invoquant la liberté contractuelle.

¹⁸ Cass., 2^e civ., 7 février 2008, n. 06-15.006, Arrêt n°166 FS+P+B+R

¹⁹ CA., Lyon, 1^e civ B, 13 janvier 2009, n. 08/02875 Mutuelle Micils c/ Monsieur Mikaël Azoulay

²⁰ L'article 10 de la loi Evin confère le caractère d'ordre public à ses articles 2, 4 et 9.

37. Rapport annuel. - Dans son rapport annuel de 2008 la Cour de cassation vient préciser la portée de sa décision en énonçant que « *l'article 4 ne s'interprète donc pas comme posant uniquement le principe du maintien d'une couverture des frais de santé, tout en laissant à l'employeur ou aux partenaires sociaux la liberté de fixer les conditions de ce maintien. Mais comme posant une obligation de maintien à l'identique, dans le contrat individuel souscrit par l'ancien salarié, de la couverture santé telle que prévue au contrat collectif. L'assureur a donc l'obligation de proposer aux catégories d'adhérent énumérés à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à titre de contrat individuel, la même couverture santé que celle prévue au contrat collectif, pour un tarif ne pouvant dépasser 50% du tarif collectif. Le transfert du droit à la couverture complémentaire, qui de collectif devient individuel, doit se faire avec des conditions identiques de garantie. Peu important que, comme en l'espèce, le contrat collectif ne soit pas proposé à une souscription individuelle, qu'il ne soit plus commercialisé par l'assureur à la date où l'ancien salarié souhaite y adhérer ou qu'il ne bénéficie plus aux salariés en activité par suite d'un changement de contrat.* »²¹.

38. Délégation limitée. – Bien que la loi Evin dispose que le contrat collectif ou la convention doit prévoir les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture. Il faut interpréter cette « délégation » de façon limitative puisque seules des conditions de mise en place plus favorables que celles de la loi Evin seront possibles. L'assureur a donc l'obligation de proposer au sortant de groupe des garanties identiques à son contrat collectif avec une prime ne pouvant dépasser 50% du tarif collectif.

²¹ Rapport annuel de la Cour de cassation 2008, 4^e partie : jurisprudence de la Cour, P 326-327

Section 2 – Une décision stricte critiquable

39. « *C'est une acception contraire à la volonté du législateur qui était de proposer "une" garantie aux retraités et non pas "la" garantie dont ils bénéficiaient en tant que salariés dans l'entreprise* », analyse David Rigaud, du cabinet Fromont Briens & associés²².

§1. Interprétation littérale

40. Dualisme. - Si la loi Evin est plutôt claire dans sa rédaction quand elle énonce que les salariés peuvent bénéficier du maintien (lorsqu'ils sont garantis collectivement) « *de cette couverture* »²³, deux interprétations ont pourtant dû être départagées par l'arrêt Azoulay c/ Micils²⁴. En effet, la décision de la Cour de cassation ne précise pas le caractère « à l'identique » du maintien laissant planer le doute auprès des organismes assureurs. Certains ont pu considérer que « *comme le tribunal de grande instance, puis la Cour de cassation, la cour d'appel de renvoi fait le constat que la couverture proposée est trop éloignée de la couverture d'origine – notamment sur l'optique – et faute d'alternative n'a pas eu d'autre solution que de condamner l'organisme assureur à l'octroi de sa couverture d'origine* »²⁵.

41. Interprétation téléologique. - Les organismes assureurs ont invoqué une lecture plutôt téléologique en se fondant sur la finalité ou le but social recherché par le législateur. Ils soutiennent que le législateur a souhaité permettre aux anciens salariés le bénéfice d'une couverture plus que d'une couverture « identique ». Le but principal étant alors de pouvoir proposer des garanties au sens large, l'esprit de la loi prévaut la lettre du texte.

42. Interprétation littérale. - La Cour d'appel de Lyon a elle retenu une vision plus stricte et littérale du texte en considérant que le terme « *cette couverture* » signifiait que la couverture devait être « identique » aux prestations dont bénéficiait le salarié au sein de l'entreprise. En effet, l'objectif de la loi est de permettre aux personnes en situation de vulnérabilité de conserver une couverture santé comprenant des garanties correctes. Autoriser les organismes à

²² « *Loi Évin : quel sens au maintien de garantie ?* », Protection sociale informations, n°632, 12 mars 2008

²³ Termes utilisés par la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. - Article 4

²⁴ CA., Lyon, 1^{er} civ B, 13 janvier 2009, n. 08/02875 Mutuelle Micils c/ Monsieur Mikael Azoulay

²⁵ Vincens, Franck, Laffont Guy-Bernard, « *Maintien de la couverture « frais de santé » aux anciens salariés : les contraintes de l'article 4 de la loi Evin* », Jurisprudence Sociale Lamy, n°249, 10 février 2009

proposer des garanties inférieures à celles qu'ils avaient acquises contreviendrait fortement à l'esprit de la loi Evin. En effet cela pourrait rapidement être source d'abus de la part des assureurs en position de force sur le marché puisqu'ils disposent du droit de sélectionner les risques qu'ils souhaitent couvrir ou non.

§2. Une décision remise en cause par la profession

43. Cette décision a fait l'objet de vives critiques de la part des organismes assureurs. Les usages voulaient que la majorité d'entre eux proposent des contrats spécifiques dits « sortie de groupe » aux inactifs quittant l'entreprise avec des garanties similaires mais non identiques, en raison de la particularité de la population inactive et du coût de cette couverture. Ils se sont vus contraints de revoir leur pratique alors même que les juges du fond avaient pu la tolérer auparavant²⁶.

44. Utopie jurisprudentielle. - La première critique est relative à la vision idéaliste de la Cour de cassation. Les assureurs soutiennent que les garanties ne sont plus adaptées puisqu'un inactif consomme beaucoup plus qu'un actif. Par ailleurs un retraité n'est pas soumis aux mêmes risques qu'un salarié.

Couplé avec la limitation de l'augmentation tarifaire, le maintien de garantie à l'identique remettrait en cause l'équilibre économique. Pour Laurence Lautrette dans son article publié à la revue de droit social en 2007, si le maintien de garantie doit être à l'identique alors « *tout contrôle de la majoration de 50% des cotisations des actifs devient en pratique impossible, voire dénué de toute signification* »²⁷.

45. Contraintes. - Cet article 4 pèse lourdement sur la responsabilité des organismes assureurs qui doivent tout d'abord accepter de ne pas sélectionner les risques au sein d'un groupe lors de la conclusion. Mais en plus être potentiellement obligés de couvrir certains risques sortis du groupe pendant une durée indéterminée.

²⁶ TGI., Lyon, 4^e civ, 19 octobre 2004 puis CA., Lyon, 9 mars 2006, n. 05/00395

²⁷ Lautrette Laurence, Piau Dominique, « *Le maintien des obligations d'assurance en prévoyance collective* », Droit social, 2007, p. 853

A cela, s'ajoute des garanties non modulables puisque celles-ci sont gelées dès lors que le bénéficiaire de la loi Evin a été réclamer.

Pour finir, la réglementation tarifaire remet en cause le principe même de la mutualisation des risques qui se définit comme le droit pour l'assureur de sélectionner le risque qu'il souhaite porter et de fixer lui-même le montant de la prime.

46. Réaction du Sénat. - Il doit être fait mention de la réaction du Sénat qui avait rejeté l'amendement proposant le maintien de garantie « intégral » au motif que cela pourrait avoir des conséquences néfastes sur les assureurs et leur équilibre économique²⁸.

47. Réactions doctrinales. - Une partie de la doctrine a évoqué le fait que cette décision soit plus une décision d'opportunité que de principe. Elle relève également que la Cour n'utilisa pas le terme « identique » tout au long de la procédure²⁹. La décision a alors été interprétée comme censurant l'avenant au contrat qui proposait des garanties en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, bien moins avantageux que le contrat collectif qui proposait des remboursements à hauteur de 100% frais réels. Dans ce sens, la décision ne remettrait pas en cause le principe même de l'article 4 selon lequel l'organisme doit proposer à l'ancien salarié une couverture similaire et non identique. Mais uniquement la validité de l'avenant en ce que ses garanties sont bien trop éloignées du contrat groupe³⁰. Ce qui ne sera finalement pas la vision retenue par les juges suprêmes qui répondront par une interprétation plus stricte dans leur rapport de 2008 (V. infra n°37 « *Rapport annuel* »).

²⁸ M, C, H, « Conditions de maintien des garanties frais médicaux au bénéfice des anciens salariés et ayants droit en application de l'article 4 de la loi Evin », Jurisprudence Sociale Lamy, n°230, 27 mars 2008, §3

²⁹ Vincens, Franck, Laffont Guy-Bernard, « Maintien de la couverture « frais de santé » aux anciens salariés : les contraintes de l'article 4 de la loi Evin », Jurisprudence Sociale Lamy, n°249, 10 février 2009

³⁰ « Les vingt ans de la loi Evin sur la prévoyance collective des salariés » L'argus de l'Assurance, Cahiers Pratiques, 24 octobre 2008, n°7093, p. 28

Titre 2 – Processus contractuel et offres alternatives

48. L'article 4 dispose que « *le contrat ou la convention doit prévoir (...) les modalités et conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture* ».

Il revient donc aux organismes d'établir eux-mêmes leur processus contractuel (chapitre 1) pour permettre aux assurés leur maintien de garanties, ce qui va parfois encourager les assureurs à proposer des solutions alternatives plus avantageuses (chapitre 2).

Chapitre 1 – Mise en œuvre contractuelle au regard de l'article 4

49. Si « *l'assurance collective aurait une nature unitaire quand l'adhésion est obligatoire et éclatée quand elle est facultative* » selon Luc Mayaux, ici la nature unitaire de ce contrat à adhésion obligatoire paraît discutable puisque la loi Evin crée, indirectement, un lien contractuel direct entre l'assuré et l'assureur.

Nous verrons que la loi Evin ne permet pas de prolonger le contrat collectif existant dans le cadre du maintien de la couverture santé (Section 1), ce qui aboutit à la mise en place d'un nouveau contrat individuel (Section 2).

Section 1 – L'impossibilité du prolongement contractuel permettant le maintien de la couverture

50. **Modalités contractuelles.** – Puisque la loi Evin permet le maintien des garanties santé d'un contrat collectif, il est pertinent de s'interroger sur un éventuel prolongement du contrat à titre individuel.

L'article 4 précise que le contrat ou la convention doit prévoir : « *les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient sa couverture* », ce qui laisse la liberté aux employeurs et aux partenaires sociaux de fixer les modalités contractuelles de maintien de garanties.

51. **Contrats collectifs.** - Certains organismes assureurs proposent des contrats collectifs de groupe type « contrat de groupe ouvert » spécifiques aux retraités ou aux anciens salariés, au sein desquels chaque contrat individuel offrirait les mêmes garanties, pour une prime identique, à tous les assurés ayant une situation similaire. Ce type de contrat collectif ne rentre pas dans le cadre de la loi Evin, puisqu'il ne prévoit pas le maintien de garanties identiques en proposant des garanties « socles » à l'ensemble des membres du groupe. De plus, il ne s'agit pas d'un maintien par le biais d'un contrat individuel comme l'impose la loi Evin. Par conséquent, les assureurs qui proposent uniquement des contrats collectifs sur le marché de l'assurance ne peuvent se conformer à la loi Evin par la mise en place de contrats collectifs alternatifs.

52. L'organisme devra proposer des garanties identiques au produit dont l'ancien salarié a bénéficié lorsqu'il était encore au sein de l'entreprise. Et peu importe que le contrat collectif originel soit affecté par une résiliation ou non, ne soit plus commercialisé par l'organisme assureur ou proposé à la souscription individuelle, comme cela a pu être le cas dans la décision Azoulay c/Micils.

53. Continuité des garanties. - Concernant la continuité des garanties, la loi Evin prévoit que l'assureur doit « *maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident* ». La loi est claire et ne pose pas de difficultés particulières, « *la garantie prend effet, au plus tard au lendemain de la demande* ».

54. Absence de prolongement contractuel. - Ainsi, le contrat collectif obligatoire couvrant l'assuré ne pourra en aucun cas être prolongé puisque le lien commun entre l'ensemble des assurés, en l'occurrence leur contrat de travail les liants avec la même personne morale, est rompu. L'assuré ne fera automatiquement plus parti du groupe, ce qui ne lui permettra plus de bénéficier de ses avantages. La loi oblige, quel que soit les produits de l'organisme ou ses cibles sur le marché de l'assurance, la mise en place d'un contrat autonome distinct.³¹

Section 2 – Mise en place d'un nouveau contrat individuel

55. Contrat collectif à adhésion facultative. - L'interrogation principale lorsque l'on parle de maintien à titre individuel, alors que le contrat de base est un contrat collectif à adhésion obligatoire, est la suivante : qu'advient-il de l'organisme assureur qui propose uniquement des assurances collectives dans le cadre de son activité ? Doit-il forcément mettre en place des assurances de type individuelle afin de respecter le dispositif de maintien de garantie frais de santé ?

La réponse est non, l'organisme peut tout à fait créer une personne morale souscriptrice spécifiquement pour permettre aux assurés sortant de groupe de bénéficier du dispositif Évin.

Par le biais de ce mécanisme, la personne morale pourra fédérer un groupe de personnes qui seront considérées comme adhérentes. Il s'agit d'une opération triangulaire, souscripteurs et

³¹ Lautrette Laurence, Piau Dominique, « *Le maintien des obligations d'assurance en prévoyance collective* », Droit social, 2007, §2

assureurs vont conclure un contrat auquel les individus peuvent adhérer. L'ancien salarié devra exprimer sa volonté d'être affilié au Contrat d'accueil « Evin », sous réserve du respect des délais mentionnés par la loi, et accepter de prendre la totalité de la cotisation à sa charge personnelle. L'assurance complémentaire santé collective facultative proposée par l'association est régie par les règles des contrats individuels et respecte bien, sous réserve de proposer des garanties santé strictement identiques, les dispositions de l'article 4 de la loi Évin.

56. Deux procédés sont alors envisageables ; soit l'organisme assureur met en place un contrat individuel distinct, soit il met en place un contrat collectif à adhésion facultative. Dans les deux cas le contrat devra impérativement reprendre strictement les mêmes garanties que le contrat collectif de base.

57. Sur la mise en place d'un contrat individuel « classique », il s'agit bien ici d'un prolongement de garanties par le biais d'un nouveau contrat individuel et autonome. Par conséquent, le contrat étant autonome, la modification ou la résiliation du contrat collectif n'aura aucun impact sur le contrat souscrit dans le cadre du maintien de garanties.

Chapitre 2 – Mise en œuvre contractuelle au regard de la pratique assurantielle

58. Si l'objectif de la loi Evin est clair et que le seul maintien des garanties frais de santé peut sembler simple à mettre en place au regard de l'article 4, en pratique les assureurs ont rencontré des contraintes accrues (Section 1) et ont dû mettre en place des alternatives plus probantes pour faire face à ces difficultés d'application (Section 2).

Section 1 – Les conséquences des dispositions de l'article 4 de la loi Evin malgré l'arrêt « Azoulay »

59. **Doctrine.** - Si avant l'arrêt Azoulay, les assureurs considéraient que la mise en place de garanties similaires était suffisante, une partie de la doctrine a pu considérer que cette décision ne faisait pas jurisprudence (V. infra n°47 « Réactions doctrinales ») et qu'il s'agissait d'une décision d'opportunité au regard de la particularité du contrat Micils qui était un contrat 100% frais réels.

60. **Protection des assurés.** - Cette décision statue largement en faveur des assurés mais celle-ci n'a pas permis de couvrir plus d'inactifs. Les salariés demandant le maintien de leurs garanties sont peu nombreux, même si aucun chiffre précis sur le nombre de bénéficiaires n'a été publié.

En effet, le coût du dispositif, même s'il est encadré, reste important et dissuasif. Si lorsque le salarié est encore dans l'entreprise, il n'a à sa charge que 50% au maximum du montant de la prime du contrat collectif dont il est adhérent. Avec le dispositif Evin, le salarié aura à sa charge la totalité de la cotisation à hauteur de 100% la première année et jusqu'à 150% la troisième année. Par exemple, si le montant moyen de la prime versée dans le cadre du contrat collectif était de 100 euros et que l'employeur prenait en charge 60 euros alors le salarié devait supporter un coût de 40 euros. Dans le cadre du nouveau contrat individuel l'organisme assureur pourra demander une prime maximale de 150 euros, soit presque 4 fois ce qu'il payait lorsqu'il faisait encore parti de l'entreprise.

61. Fiscalité. - Il faut également noter que si les contrats collectifs bénéficient, sous conditions, d'une déductibilité du revenu imposable au titre de l'article 83 du Code général des impôts, cet avantage fiscal ne s'applique pas au particulier.³²

62. De plus, le contrat ne couvre pas les ayants droits et c'est, la plupart du temps, ce qui va faire obstacle à la volonté des inactifs de bénéficier du maintien, puisque en plus de perdre leur salaire ils vont devoir supporter des dépenses plus importantes en termes de couverture de frais de santé.³³

63. Limites. - Si le dispositif Evin laisse la possibilité aux salariés de bénéficier d'un maintien de garanties frais de santé lors de leur cessation d'activité, cette continuité en raison de son prix pourrait avoir l'effet inverse sur les assurés en les incitant à ne pas demander le bénéfice de la portabilité en raison de son coût élevé. Notons également que le maintien étant intégral et identique, les garanties ne peuvent être ni augmentées, ni diminuées, ni modifiées même à la demande de l'assuré. Si les besoins en termes de frais de santé changent au fil du temps, les garanties au titre de la loi Evin sont figées.

Section 2 – L'émergence de contrats « sortie de groupe »

§1. Des contrats spécifiques comme palliatif à un dispositif trop contraignant

64. Palliatif. - Le dispositif Evin n'étant parfois pas adapté aux besoins des retraités, ou même à la volonté des assureurs, certains organismes vont proposer des contrats dit « sortie de groupe » ou encore « sortie de contrat collectif ». En effet, ces contrats sont moins onéreux pour les organismes assureurs et très largement utilisés.

65. Exclusion du dispositif Evin. - Si ces contrats peuvent être beaucoup plus avantageux en termes de garanties et de tarifs pour certains bénéficiaires, leur mise en place ne relève pas du dispositif de l'article 4 de la loi Evin en ce que les garanties ne sont pas strictement identiques aux garanties initiales.

³² Lautrette Laurence, Piau Dominique, « *Le maintien des obligations d'assurance en prévoyance collective* », Droit social, 2007

³³ « *Complémentaire santé : le flop des contrats sortie de groupe* », L'agrès de l'Assurance, Charon Séverine, 04 octobre 2018

66. Similitudes. - Par ailleurs, certains assureurs sont peu clairs sur la distinction « dispositif Evin » et « contrat sortie de groupe ». En effet, le maintien Evin et le maintien proposé par un contrat spécifique mis en place par l'assureur ont un objectif similaire : permettre au salarié de continuer de bénéficier de garanties santé par le biais du même organisme assureur. Si le dispositif contractuel est dans la majorité des cas favorable à l'assuré qui bénéficie de garanties adaptées et adaptables avec un tarif avantageux en cohérence avec ses garanties, le bénéficiaire a souvent du mal à faire la distinction entre les deux dispositifs.

67. Limites. – Il est nécessaire de mettre en garde la profession sur la mise en œuvre de ces contrats. Il est clair que ce procédé a été mis en place par les organismes pour contrôler les cotisations des sortants de groupe sans obligations particulières ni limites. Dans ce cas les organismes ne sont soumis à aucune disposition de la loi Evin (limitation triennale de la prime, continuité des garanties, ou encore non-sélection du risque). Bien qu'avantageux pour l'organisme assureur, et parfois pour l'assuré lui-même, ces contrats ne doivent pas avoir pour conséquence de rendre désuet l'application de l'article 4.

§2. Audit sur les pratiques des organismes assureurs

68. Apicil. - L'organisme assureur Apicil propose un contrat destiné aux assurés lors de leur sortie de contrat collectif (V. annexe n°1, Offre Apicil PG PROFIL'R sortie de contrat collectif) qui s'adresse aux ex-salariés, qu'ils soient actifs, licenciés ou retraités. Cette offre permet également de couvrir le conjoint de l'assuré principal et ses ayants droit. Ce produit est proposé directement à l'assuré qui quitte l'entreprise. Si l'appellation du produit et sa description portent lourdement à confusion en sous-entendant qu'il s'agit du dispositif de l'article 4, la fiche produit précise pourtant que le niveau de garanties est indépendant des garanties souscrites par l'entreprise. Le groupe français de protection sociale complémentaire qui avait fait jurisprudence lors du litige sur son contrat « santé 1000 » semble avoir trouvé la parade pour « contourner » le dispositif.

69. Harmonie mutuelle. - La mutuelle Harmonie du groupe VYV propose également des solutions alternatives au dispositif Evin. L'organisme indique : « *En tant qu'anciens adhérents d'un contrat collectif, les salariés ont la possibilité de conserver le bénéfice de leur complémentaire santé Harmonie Mutuelle avec des garanties adaptées à leur nouvelle*

*situation*³⁴». Après avoir pris connaissance de nombreux documents contractuels du groupe, nous sommes interpellés par l'absence totale de documents d'informations concernant le dispositif Evin qui ne fait l'objet que d'un bref paragraphe dans les conditions générales du contrat (V. annexe n°2, Conditions générales contrat collectif Harmonie mutuelle). Tandis que le dispositif ANI est lui largement mis en avant par des flyers destinés aux salariés ainsi que de nombreux articles et documents s'adressant aux employeurs à titre d'information (V. annexe n° 3 Document d'information portabilité des droits, Harmonie mutuelle).

Le dispositif ANI semble s'être largement substitué au dispositif Evin alors qu'il s'agit d'un processus bien distinct qui ne devrait pas permettre de s'exonérer de l'application de l'article 4 (V. supra n°125 « *Unification* »).

70. Contractualisation du dispositif Evin. - Certaines entreprises ont des dispositifs par lesquels elles négocient directement avec les assureurs des maintiens de garanties à des conditions financières fixés en amont. Un grand groupe français a contractualisé avec un organisme de mutuelle la loi Evin, ce qui leur a permis de moduler la progression des cotisations, au-delà de la 1ère année, selon les résultats du groupe des assurés dans sa globalité (et non par génération de sortie). Dès l'année 2 et non au-delà de la 3ème, dans la limite de 20 % la seconde année (et non 25 % selon la loi) et de 50 % la 3ème année.

La contractualisation permet également de couvrir les ayants droit, tandis que l'application stricte de la loi EVIN les exclut, en dehors du cas de l'assuré décédé.

Ce processus contractuel permet la mise en place d'un dispositif Evin plus favorable que la loi elle-même tout en restant, contrairement aux solutions alternatives, de rester dans le cadre de la loi Evin même si la mutuelle propose elle aussi, en plus, d'autres solutions plus adaptées aux contraintes économiques des sortant de groupe.

71. Si ce type de contrat n'exonère pas les assureurs d'appliquer le dispositif Evin, encore faut-il que commercialement les deux alternatives soient clairement proposées aux assurés sortants. L'on peut raisonnablement imaginer que certains assureurs proposent un contrat sorti de groupe avant d'invoquer la possibilité de bénéficier du dispositif Evin pour multiplier leurs chances d'obtenir l'accord de l'assuré pour souscrire au contrat alternatif. D'autant plus que l'assuré ne sachant pas forcément faire la distinction entre les deux contrats.

³⁴ <https://www.harmonie-mutuelle.fr/web/entreprises/lettre-information-2/contrats-collectifs>

Si la quasi-totalité des organismes ne proposaient pas de maintien identique mais plutôt un maintien similaire, à la suite de cette jurisprudence de nombreux organismes assureurs proposent encore, en priorité, des garanties alternatives et non identiques aux assurés sortant de groupe.

§3. Constat

72. L'on constate après étude du marché que l'ensemble des termes utilisés et la multiplicité des possibilités pour l'assuré lorsqu'il quitte l'entreprise (dispositif Evin, ANI, contrat sortie de groupe, contrat individuel ...), peuvent lourdement porter à confusion pour l'assuré qui n'est pas spécialiste de la protection sociale complémentaire.

Les pratiques sont parfois douteuses en ce qui concerne la communication qui est faite du dispositif Evin. Rappelons par ailleurs que l'employeur comme l'assureur sont tenu d'une obligation d'information (V. infra n°22 « Délais »). La mise en place de contrats dits « sortie de groupe », ne respectant pas la condition de maintien de garanties à « l'identique » de l'article 4, sont favorisés et largement utilisés au détriment du dispositif Evin.

73. Cependant, l'émergence de ces contrats limitant l'application de la loi Evin ne doit pas être trop sévèrement critiquée puisqu'elle a pour objectif de pallier aux carences de cette loi. En proposant d'une part des solutions plus avantageuses pour l'organisme porteur du risque. Ainsi que pour l'assuré en s'adaptant au changement de situation du salarié, ce qui n'est pas prévu par la loi qui instaure au contraire un maintien de garanties figées. Elle fait alors preuve d'un manque de souplesse notable.

Partie 2 – La difficile articulation des principes consacrés avec la pratique assurantielle

74. Selon Vincent Roulet, « *l'article 4 de la loi Evin se heurte à de lourdes difficultés. (...) Une réforme s'impose* ³⁵ ».

De nombreuses normes, jurisprudences, sont venues préciser l'application de la loi Evin en tentant de pallier ses carences, ce qui finit par remettre en cause la loi Evin elle-même.

La mise en œuvre de la loi Evin pose en effet plusieurs interrogations de par son manque de clarté et ses difficultés techniques, sociales et économiques.

Autant de raisons qui nous amènent à l'étude de l'ensemble de ces difficultés d'application pour en comprendre les enjeux (Titre 1) et constater les carences de la loi Evin en s'interrogeant sur son devenir (Titre 2).

³⁵ Roulet Vincent, « *Pour une réforme de l'article 4 de la loi Evin* », Droit social, n°11/12, novembre-décembre 2012, Dalloz, p. 1060

Titre 1 – Les difficultés relatives au contrat d’assurance

75. Techniquement la loi Evin pose de nombreuses difficultés d’un point de vue contractuel sur l’application qui doit en être faite (Chapitre 1). La loi porte atteinte à la liberté des parties en ce qu’elle contraint l’organisme assureur à prendre en charge un assuré, alors même qu’il ne fait plus parti du groupe pour lequel elle a accepté de porter le risque.

Par ailleurs d’un point de vue juridique, compte tenu de la multiplication des normes qui sont venues préciser ou compléter l’article 4, la loi Evin se trouve aujourd’hui fortement concurrencé par le dispositif ANI (Chapitre 2). Tandis que les similitudes entre les deux normes portent atteinte à leur lisibilité rendant leur application confuse pour l’assuré qui n’est pas expert en assurance.

Chapitre 1 – L’application de la loi Evin lors de la résiliation du contrat à l’initiative du souscripteur

76. Si le principe découlant de l’article 1102 du Code civil selon lequel « *chacun est libre de contracter ou de ne pas contracter, de choisir son cocontractant et de déterminer le contenu et la forme du contrat* » régie la loi des contrats, la loi Evin pose certaines limites.

Il convient de s’interroger sur les difficultés d’application en cas de résiliation du contrat d’assurance à l’initiative du souscripteur (Section 1) ou lors d’une procédure de liquidation judiciaire (Section 2).

Section 1 – Résiliation du contrat d’assurance et survie des accords de maintien de garanties

77. **Résiliation annuelle.** - Le Code des assurances prévoit en principe à l’article L113-12 la possibilité pour l’assureur comme pour l’assuré de procéder à la résiliation du contrat à l’échéance annuelle. Cela implique le respect d’une procédure par l’envoi d’un courrier recommandé à l’assuré deux mois au moins avant la date anniversaire. La couverture complémentaire santé étant obligatoire, toute résiliation doit donner lieu à la mise en place d’un nouveau contrat.

78. **Résiliation infra annuelle.** – Le 15 mai 2019, une proposition de loi relative à la résiliation infra annuelle des contrats santé a été adoptée par les parlementaires. Ce dispositif permet aux assurés de résilier, en vertu de la loi Hamon, à tout moment après la première année, moyennant le respect d’un préavis d’un mois. Cette nouvelle faculté, mise en place dans l’intérêt des particuliers, aura à priori vocation à s’appliquer aux contrats collectifs obligatoires.

79. **Accord contractuel.** - Dans le cas où l’entreprise aurait négocié au préalable directement avec un assureur les conditions financières du maintien de garanties, (V. infra n° 70 « *Contractualisation du dispositif Evin* ») se pose la question de sa survie, ou non, lors de la résiliation du contrat.

Si cette négociation résulte d’un processus contractuel alors le contrat qui serait résilié permettrait à l’assureur de considérer qu’il n’est plus tenu par cette clause contractuelle. Ainsi,

l'assureur appliquera la loi Evin comme il le ferait sur n'importe quel contrat en respectant les dispositions légales, soit la limitation tarifaire triennale.

La résiliation aura alors un impact direct sur l'ensemble du groupe, potentiellement amené à bénéficier du dispositif Evin. Tout en sachant que puisque l'article 4 est d'ordre public, s'il peut être mis en place des dispositions plus favorables, l'inverse n'est pas envisageable.

Section 2 - Le cas de la liquidation judiciaire

80. Procédure. - Le redressement judiciaire intervient lorsque l'entreprise est en cessation de paiement. Un administrateur judiciaire contrôle alors la gestion de la société. En cas de cessation des paiements et lorsque l'entreprise est dans l'impossibilité de procéder à son redressement à l'aide de son actif, alors la liquidation judiciaire intervient. Dans ce cas le liquidateur judiciaire procède à la liquidation de l'actif disponible afin de rembourser les créanciers en fonction de leurs privilèges.³⁶

81. Résiliation. - S'il peut résulter de la liquidation judiciaire la résiliation des contrats d'assurance de la société, le simple placement en liquidation judiciaire n'a cependant pas vocation à justifier la résiliation du contrat par l'assureur. Ainsi les garanties doivent être maintenues au profit des salariés jusqu'à la résiliation du contrat.

82. Non-paiement. – La principale difficulté est relative au non-paiement des cotisations par l'employeur. Dès lors que la société est en difficulté financière, il est possible que l'employeur ne puisse plus supporter le coût des primes.

Les conséquences du non-paiement des cotisations sont prévues par l'article L. 113-3 du Code des assurances: « *À défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre une exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à*

³⁶ « *Le sort des contrats d'assurances conclus avec une entreprise en difficultés* », L'argus de l'Assurance, 18 mai 2017

l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionnés au deuxième alinéa du présent article ».

83. La loi du 14 juin 2013³⁷ est venue préciser cet article L. 113-3 et énonce que : « *Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.* ».

En raison de leur particularité³⁸, les contrats collectif santé à adhésion obligatoire font l'objet d'une réglementation spécifique. Les adhérents sont protégés par ces dispositions qui prévoient qu'en cas de non-paiement des cotisations, l'assureur ne pourra pas leur opposer la suspension des garanties.

84. Pour conclure, tout au long de la procédure de liquidation judiciaire les salariés continuent d'être couverts par leur contrat collectif. Si le contrat vient à être résilié au terme de cette procédure du fait de la cessation d'activité de la société, alors les contrats de travail seront rompus et les employés pourront demander le bénéfice du maintien de garanties Evin.

³⁷ Loi n. 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

³⁸ Aumeran Xavier, *Le Lamy protection sociale*, Wolters Kluwer, édition 2019, §3363

Chapitre 2 – L’articulation de la loi Evin avec l’ANI

85. Le dispositif Evin a été complété par plusieurs accords nationaux interprofessionnels. Si les deux dispositifs sont indépendants, il convient tout de même de les confronter dans leur application (Section 1). Nous déterminerons ensuite les difficultés, notamment temporelles, que l’articulation des deux dispositifs a pu poser (Section 2).

Section 1 – Distinction entre le dispositif Evin et ANI

86. Il est nécessaire de distinguer le maintien de garanties frais de santé de l’article 4 de la loi Evin, de la portabilité prévue par l’ANI du 11 janvier 2008. Pour cela, nous nous limiterons à l’étude des frais de santé et excluons les garanties de prévoyance faisant également partie du dispositif ANI.

87. ANI. - L’ANI complète le dispositif Evin sans évoquer ou renvoyer à la loi Evin elle-même. Cela rend d’autant plus difficile la lecture de ces textes qui ont le même objectif : permettre le bénéficiaire des mêmes garanties « frais de santé » lors du départ de l’entreprise. Cependant, ces textes émanent de sources différents et prévoient des modes d’applications différents.

88. Portabilité. - L’article 14 de l’accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 prévoit un mécanisme de portabilité des droits santé et prévoyance. Il permet le maintien des garanties existantes dans l’entreprise, pour les anciens salariés demandeurs d’emploi ou percevant les indemnités d’assurance chômage. Depuis le 1er juin 2014 pour la santé, et le 1er juin 2015 pour la prévoyance, ce maintien de garanties a été réformé par la loi de sécurisation de l’emploi du 14 juin 2013. Depuis le 1er juin 2014, la durée du maintien de garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail, dans la limite de 12 mois. Ce mécanisme, contrairement au maintien Evin, exclu les retraités car ils ne perçoivent pas d’indemnités d’assurance chômage. Sont également exclus les anciens salariés bénéficiaires d’une rente d’incapacité ou d’invalidité.

89. Durée. - Si le dispositif Evin a vocation à être viager, le dispositif ANI est limité pour une durée de 12 mois maximum. C’est pourquoi selon que le salarié soit en cours de carrière ou retraité, le dispositif à prioriser ne sera pas le même.

90. Financement. - D'un point de vue économique, les deux normes disposent d'un fonctionnement différent. Alors que la portabilité prévue par l'ANI est gratuite pour le salarié et financé par un système de mutualisation ; la loi Evin prévoit à l'inverse que le salarié supporte seul le montant des cotisations.

91. Bénéficiaires. - De plus, et il s'agit de la plus importante carence du dispositif Evin, si la portabilité prévoit un maintien de garanties pour les ayants droit de l'assuré, cette possibilité n'est pas envisagée par la loi de 1989. C'est sans doute pour cela que la portabilité est largement plus utilisée que le maintien de garanties frais de santé.

Section 2 – Temporalité

92. Prise d'effet. - Le point de départ de la portabilité diffère en fonction du système envisagé puisqu'il s'agit de deux normes distinctes et de deux dispositifs indépendants. L'ANI retient la date de cessation du contrat de travail comme point de départ. Tandis que la loi Evin prévoit que le maintien de garantie prend effet le lendemain de la demande de l'ancien salarié, qui dispose d'un délai de 6 mois à compter de la rupture de son contrat de travail pour solliciter l'organisme.

93. Articulation. - Avant 2014, la loi n'organisait pas l'articulation entre les deux dispositifs, ce qui avait pour conséquence de contraindre le salarié à faire un choix entre les deux. En effet, le salarié qui souhaitait bénéficier du maintien de garantie ANI, ne disposait que de 6 mois à la date de la cessation de son contrat de travail pour faire sa demande au titre de la loi Evin. Ainsi il était techniquement impossible de bénéficier de ses 12 mois de maintien gratuit puis, de basculer après l'écoulement de ce délai sur le dispositif Evin. Mécanisme totalement controversé car le dispositif ANI est beaucoup plus intéressant financièrement puisqu'il est gratuit pour le salarié. Bien que l'ANI a été mis en place dans un objectif de complément de la loi Evin, ces deux procédés sont totalement indépendants et ne prévoient pas leur articulation.

94. Par l'avenant n°3 du 18 mai 2009 à l'ANI du 11 janvier 2008, il a été demandé aux pouvoirs publics de « *prendre des dispositions nécessaires pour que le terme du délai de 6 mois prévu à l'article 4 de la loi Evin soit reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien de garanties des couvertures complémentaires santé et prévoyance de l'article 14 précité prend fin, dans le cas où la durée de ce maintien est supérieure à 6 mois* ». A cet effet, et depuis le 1^{er}

janvier 2014, les salariés qui ont perdu leur emploi et qui bénéficient de la portabilité ANI peuvent présenter une demande de maintien de garanties au titre de la loi Evin :

- Dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;
- Dans les 6 mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficiaient à titre temporaire du maintien de leurs garanties.

95. Désormais, tout salarié peut bénéficier des deux dispositifs à la suite, ce qui est beaucoup plus avantageux du fait de leur coordination.

Cependant, la mise en place de deux dispositifs distincts mais ayant le même objectif (le maintien de garanties frais de santé), semble difficilement compréhensible en ce qu'il crée une confusion pour les assurés ainsi qu'une réglementation éparse et illisible pour les juristes.

96. Tableau récapitulatif. -

	<i>Loi Evin</i>	<i>ANI</i>
<i>Couverture</i>	Santé	Santé et prévoyance
<i>Assuré(s)</i>	Le salarié	Le salarié et ses ayants droit
<i>Durée</i>	Dispositif viager	Durée temporaire de 12 mois maximum
<i>Point de départ</i>	Le lendemain de la date de la demande du salarié	Date de la cessation du contrat de travail

Titre 2 – Une réglementation remettant en cause la pérennité de l'article 4

97. L'ensemble des contraintes posées par la loi aux organismes assureurs n'ont pas cessé d'évoluer et de se multiplier. Ces obligations ont suscité la colère des assureurs qui ont vu leur liberté contractuelle se restreindre au fil du temps et leur responsabilité s'accroître.

L'évolution tarifaire contrainte par le décret du 21 mars 2017 (Chapitre 1) a largement impacté l'économie du système ainsi que les liens sociaux qui en découlent (Chapitre 2). Il convient donc de s'interroger sur la pérennité de la loi Evin dans un futur proche.

Chapitre 1 – L'évolution tarifaire contrainte par le plafonnement

98. Les assureurs font l'objet de contraintes tarifaires dans le cadre des maintiens de garanties Evin. Tout d'abord une limitation progressive triennale a été mise en place par décret (Section 1) puis la loi Evin est venue limiter la prime au-delà de ces 3 années (Section 2).

Section 1 – Limitation progressive triennale

99. **Renvoi.** - L'article 4 de la loi Evin procède à un renvoi concernant les limites tarifaires à respecter lors de l'application du maintien de garanties en disposant que « *les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret* ».

100. **Décret de 1990.** - Dans un premier temps, le décret du 30 août 1990³⁹ prévoyait que l'organisme assureur ne pouvait, en cas de maintien de la couverture santé au titre de l'article 4, augmenter la prime de plus de 50% du tarif global applicable aux salariés actifs. Ainsi, le salarié sortant pouvait se voir, dès la mise en place de son contrat individuel, soumis à une hausse de 50% du tarif global c'est-à-dire part employeur et part salarié. Cette augmentation constituait donc une hausse du coût du maintien de garanties considérable. L'assuré en plus de se voir soumis à la totalité de la prime, l'employeur n'étant plus tenu de participer à la cotisation, se voit également soumis à une hausse potentielle de 50% maximum de la prime du fait de son changement de statut.

101. **Décret de 2017.** - Cette hausse du coût des garanties a découragé de nombreux assurés. Raison pour laquelle, le décret du 21 mars 2017⁴⁰ est venu réformer les contraintes tarifaires.

³⁹ Article 1er du décret no 90-769 du 30 août 1990, JO 1er sept.

⁴⁰ Décret no 2017-372 du 21 mars 2017 (JO 23 mars)

Désormais la limitation est progressive et triennale ;

- La première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

102. Limitation triennale. - Le décret de 2017 permet au salarié sortant de bénéficier d'une prime d'assurance sans augmentation la première année. Puis d'une augmentation progressive jusqu'à 50% maximum les deux années suivantes dans l'intérêt des assurés. Cependant le décret reste silencieux sur les tarifs applicables au-delà de la 3^{ème} année.

Section 2 – Caractère viager

103. La loi Evin a vocation à permettre un maintien de garanties identique pour une durée illimitée. Il s'agit d'un dispositif à caractère viager et c'est sans doute le point fort de la mesure, contrairement à la portabilité prévue par l'ANI.

104. Réponse du ministère des solidarités et de la santé. - En raison du silence gardé par la loi et les décrets d'application relatifs à la réglementation des tarifs au-delà de la troisième année, le ministère des solidarités et de la santé a apporté une réponse en indiquant que « *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* »⁴¹.

105. Article 6 de la loi Evin. - Le dispositif Evin aboutit à un contrat individuel facultatif. A ce titre l'article 6 de la loi Evin a vocation à s'appliquer et permet de limiter les augmentations abusives de primes ou cotisations par l'organisme assureur⁴². Ce même article précise qu'il ne peut être interdit aux organismes assureurs de procéder à des pratiques tarifaires différenciées

⁴¹ JO Sénat, Question écrite n°07509, M. Alain Milon, 1^{er} nov. 2018, p. 5520 / Réponse du Ministère des solidarités et de la santé, 08/11/2018, p. 5702

⁴² Morvan Patrick, *Manuel de Droit de la protection sociale*, Lexis Nexis, 7^e édition, 2016, p. 899

en fonction de la population d'assurés concernés, lorsque les mêmes tarifs sont appliqués pour une même garantie à l'ensemble des assurés.

Section 3 – La notion « de tarifs globaux »

106. Assiette des cotisations. - Si le législateur encadre le taux de cotisation, il est nécessaire de s'intéresser à l'assiette de ces cotisations.

Dans un premier temps il convient de se demander si la couverture devant être maintenue concerne uniquement les garanties collectives obligatoires, de bases. Ou si elle inclut également, les garanties collectives facultatives auxquelles le salarié aurait souscrit pendant son activité pour couvrir ses ayants droit ou améliorer le niveau de ses garanties. La loi indique que l'assuré doit bénéficier des mêmes garanties. De plus le vocable « *cette couverture* » permet un maintien qui porte non seulement sur le « collectif obligatoire » mais également sur le « collectif facultatif ». L'objectif étant de permettre au sortant de groupe de bénéficier de garanties parfois très élevées, qu'il n'aurait possiblement pas pu obtenir sur un nouveau contrat individuel ou avec des contraintes telles qu'un questionnaire de santé ou un délai de carence.

107. Tarif global. - L'article dispose que « *Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret* », sans préciser ce qu'est le « tarif global » ni renvoyer à une définition précise.

Classiquement, le tarif global correspond au tarif moyen, soit le montant des primes versées pour les actifs divisés par le nombre d'actifs. Dans ce cas, les hauts revenus auraient tout intérêt à bénéficier du maintien de garanties Evin puisque le tarif qui leur serait appliqué serait plus avantageux contrairement aux salariés ayant des faibles revenus. Cependant, cette définition est discriminante puisqu'elle fait abstraction des tarifs variant en fonction de la situation familiale, de la catégorie professionnelle ou encore du choix d'options.⁴³

108. Réponse du ministère des solidarités et de la santé. - M. Alain Milon a sollicité Mme la ministre des solidarités et de la santé concernant l'inquiétude que fait peser la rédaction du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains

⁴³ Lautrette Laurence, Piau Dominique, « *Le maintien des obligations d'assurance en prévoyance collective* », Droit social, 2007, p.853

risques, pour les retraités qui ont fait le choix de conserver la mutuelle à laquelle ils adhéraient en tant qu'actifs et à laquelle l'entreprise participait financièrement. Celui-ci demande à la ministre des précisions notamment sur la notion de « tarifs globaux »⁴⁴.

Le ministère des solidarités et de la santé dans sa réponse publiée au Journal officiel énonce que l'augmentation tarifaire prévue par le décret doit s'appliquer sur la globalité de la cotisation des actifs, qui représente le coût réel du régime⁴⁵ (V. annexe n°4, JO Sénat, Question écrite n°07509, M. Alain Milon, 1^{er} nov. 2018, p. 5520 / Réponse du Ministère des solidarités et de la santé, 08/11/2018, p. 5702).

Si le tarif de référence est donc celui du produit des actifs, dans le cas où le contrat ne serait plus en vigueur alors il semble qu'il n'y ait plus de base de calcul pour fixer la cotisation.

109. Les contrats collectifs pour les actifs ayant une durée de vie moyenne de 8 années, le terme de « tarif global » est encore flou et une définition plus précise semble nécessaire.

⁴⁴ JO Sénat, Question écrite n°07509, M. Alain Milon, 1^{er} nov. 2018, p. 5520 / Réponse du Ministère des solidarités et de la santé, 08/11/2018, p. 5702

⁴⁵ Briens Gilles, *Le Lamy rémunérations complémentaires*, Tome 2, Wolters Kluwer, édition 2019, § 533-17

Chapitre 2 – Conséquences économiques et sociales de l’encadrement de la prime d’assurance

110. Les limitations imposées aux assureurs concernant le montant de la prime sont susceptibles de remettre en cause l’équilibre économique du système (Section 1). Ces réglementations de plus en plus contraignantes pèsent également sur l’employeur (Section 2) et ne sont pas sans conséquences sur les relations entre les actifs et les inactifs du groupe (Section 3).

Section 1 – Remise en cause de la viabilité économique du système

111. Calcul de prime. - Par principe, chaque assureur calcule le montant de la prime qu’il va appliquer à son assuré en fonction de la consommation, plus ou moins élevée, que celui-ci va faire de ses garanties. En assurance complémentaire santé, il est impossible de calculer en amont et de manière quantitative l’utilisation des garanties qui sera faite par le bénéficiaire. Le montant de la prime d’assurance doit alors être calculé très prudemment afin d’éviter un risque trop élevé de déséquilibre, entre le montant des cotisations et le coût des remboursements frais de santé qui pourront être demandés.

112. Non-sélection des risques. - Pour éviter une sélection trop restrictive de la part des assureurs, la loi Evin a mis en place le principe de non-sélection. De ce fait, l’assureur dans le cadre d’un contrat d’assurance collectif santé ne peut exclure un ou plusieurs salariés en raison de son état de santé, ni même de certaines pathologies antérieures à la souscription du contrat.

Ces dispositions s’appliquent également dans le cadre d’un maintien de garantie Evin, que l’assureur ne pourra refuser d’appliquer, hormis dans le cas de l’irrespect des délais prévus par la loi. Si dans un premier temps l’on pourrait penser que, contrairement au dispositif ANI, le fait que le maintien soit entièrement à la charge de l’assuré, avec une majoration de cotisation possible dans les limites fixées par décret, ne pose pas de difficultés particulières. En réalité cela peut remettre en cause la viabilité économique du système.

113. Enjeux économiques. - Cette méthode de calcul, avec une augmentation progressive mais limitée et le changement de statut de salarié à retraité, ayant pour conséquence des coûts

de santé supplémentaires, neutralisent les différences de cotisations qui varient selon les situations de famille ou le régime de base de rattachement.

Dans la décision Azoulay c/ Miltis⁴⁶, la mutuelle invoque comme motif de défense : « *Attendu certes que ce maintien, même en contrepartie d'une hausse tarifaire pouvant s'élever jusqu'à 50 %, n'est pas sans générer un risque de déséquilibre du régime en vigueur dans l'entreprise, au vu notamment d'une consommation médicale généralement plus élevée pour les retraités* ».

114. La principale difficulté économique est que l'assureur, lorsqu'il fixe son tarif, se base sur un contrat collectif avec un nombre plus ou moins important d'adhérents. Cela permet de fixer une prime plus basse que si le contrat était individuel en raison de la mutualisation des risques. Lors de l'application du maintien Evin, l'assureur se voit dans l'obligation d'appliquer un tarif fixé sur une base collective à un contrat à titre individuel, sans pouvoir prendre en compte le fait que l'assuré n'est plus salarié et qu'un inactif consomme en moyenne deux fois plus qu'un actif.

Section 2 – Responsabilité croissante de l'employeur

115. L'article 4 de la loi Evin dispose que « *le contrat ou la convention doit prévoir (...) les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture* ».

116. Décision de la Cour de cassation. – Cet alinéa a fait l'objet d'un contentieux à l'occasion d'un arrêt du 16 avril 2008 de la chambre sociale de la Cour de cassation⁴⁷. En l'espèce, une société n'avait pas mis en place dans son contrat d'assurance de groupe une clause organisant les modalités du maintien de la couverture frais de santé. L'employeur a été condamné à verser des dommages et intérêts à sa salariée en réparation de sa perte de chance de bénéficier d'un maintien de couverture au titre de l'article 4 de la loi. En effet, il a été retenu par la Cour que l'employeur avait failli à son devoir « *de faire connaître de façon précise à l'adhérent à ce contrat les droits et obligations qui sont les siens ; que débiteur envers celui-ci d'un devoir d'information et de conseil, il est responsable des conséquences qui s'attachent à une*

⁴⁶ Cass., 2^e civ., 7 février 2008, n. 06-15.006

⁴⁷ Cass., civ, 16 avril 2008, n. 06-44.361

information incomplète ayant induit l'assuré en erreur sur la nature, l'étendue ou le point de départ de ses droits ».

Par conséquent, l'employeur est tenu de vérifier l'existence d'une clause prévoyant les modalités et conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient sa couverture.

117. Décision de la Cour d'appel. - Dans le sens contraire, la Cour d'appel de Douai avait, par plusieurs décisions du 31 mai 2007⁴⁸, énoncé que seul l'organisme assureur pouvait être tenu pour responsable des carences du contrat d'assurance de groupe, au regard des dispositions d'ordre public de l'article 4 de la loi Evin.

118. Charge de la responsabilité. – La loi Evin fait peser une obligation de maintien de garanties qui incombe à l'assureur. En effet, le maintien de garanties est financé par les seules cotisations du salarié et mis en place par un contrat individuel facultatif. Lors de ce maintien l'employeur devient tiers extérieur à l'opération, ce qui remet en cause la responsabilité que la Cour de cassation fait peser sur lui.

L'employeur qui n'est pas expert en assurance pourra tout de même être tenu responsable d'un manquement au titre d'une obligation d'assurance.⁴⁹ Ajoutons à cela son obligation de mettre en place un régime d'assurance collectif, et son obligation de participer à la cotisation de ces employés. Les responsabilités qui pèsent sur les entreprises sont de plus nombreuses. L'employeur devient un acteur à part entière de la protection sociale complémentaire des salariés.

⁴⁸ CA., Douai, 31 mai 2007, n. 1131/07, 1145/07, 1147/07, 1128/08

⁴⁹ Sargos Grégoire, Revue générale du droit des assurances, n°2, 2010

Section 3 – Conflits sociaux

119. « *La surcharge du risque pourra vraisemblablement conduire à une forte augmentation des cotisations. S'il est en effet difficile d'envisager une augmentation du tarif des retraités, il y a fort à parier que l'assureur jouera sur le tarif des actifs afin de parvenir à équilibrer le poids des retraités.* »⁵⁰.

120. Augmentations tarifaires. - Le maintien de garanties de la loi Evin prévoit que la totalité de la prime est à la charge du salarié, contrairement au dispositif ANI. Afin d'éviter que les tarifs deviennent inabordables pour les bénéficiaires de l'article 4 dans les années à venir, ce qui serait pourtant légitime en raison de leur changement de situation et de l'augmentation du risque qui pèse sur eux, un décret est intervenu pour limiter les augmentations tarifaires (V. infra n°101 « *Décret de 2017* »).⁵¹

121. Déséquilibre. - Selon Patrick Morvan, l'assureur pourrait reporter le coût des cotisations des inactifs sur les actifs. Parfois le taux de cotisation, même augmenté à hauteur de 150%, ne compense pas le coût réel des contrats individuels des inactifs, surtout dans le cas des retraités qui consomment bien plus que les actifs. L'assureur, peut alors se retrouver dans une situation économique déséquilibrée et être tenté d'augmenter le taux de cotisation des actifs.⁵²

122. Evolution démographique. - En France, le rapport démographique va augmenter d'environ +3% d'ici à 2040 et d'environ +6% d'ici à 2060. Le rapport « 60 ans et plus sur 20-59 ans » passerait de 0,53 en 2020 à 0,78 en 2070, tandis que le rapport « 65 ans et plus sur 20-64 ans » évoluerait de 0,36 à 0,57 sur la même période⁵³.

A la lecture de ces chiffres, l'on peut tout de suite imaginer le coût qui pourrait se répercuter sur les actifs et les conflits sociaux en découlant. En effet, on peut imaginer le mécontentement des actifs qui devront financer les dépenses de santé de leurs anciens collègues. Vincent Roulet remet en cause la légitimité de la mesure faisant peser sur les actifs le coût de la couverture des anciens salariés

⁵⁰ « *Flexisécurité et protection sociale* », La Revue de l'Ires, n°63, 2009/4, pp. 159-167

⁵¹ Décret n. 2017-372, 21 mars 2017, JO 23 mars

⁵² Morvan Patrick, *Manuel de Droit de la protection sociale*, Lexis Nexis, 7^e édition, 2016, p. 898 « *Similaire n'est pas identique* »

⁵³ « *Vieillesse de la population et impact sur le régime des retraites* », Previsima, 30 janvier 2017

Chapitre 3 – Les améliorations nécessaires

123. « *Après une belle enfance et une adolescence perturbée par quelques erreurs de jeunesse, il est temps maintenant pour la loi Evin d'entrer dans l'âge adulte.* »⁵⁴

Si l'objectif de la loi Evin n'est pas remis en cause, il convient tout de même de proposer des modifications. En l'état, la loi Evin fait l'objet d'une réglementation éparse et complexe qu'il est nécessaire de clarifier (section 1). De plus, il convient de se recentrer sur les populations visées par la loi Evin si l'on veut qu'elle perdure (section 2). Par ailleurs, une homogénéisation des garanties Evin semble nécessaire pour satisfaire au mieux les besoins des assurés et éviter les inégalités (Section 3).

Section 1 - Clarification du système existant

124. Constat. - La loi Evin a été novatrice en la matière, cependant d'autres normes plus adaptées aux évolutions sont venues s'interposer. Le dispositif ANI propose un maintien de garanties au même titre que la loi Evin mais sans jamais renvoyer à l'article 4. Les normes se multiplient au détriment des plus anciennes, en effet la loi Evin est de moins en moins mobilisée alors que les enjeux sont toujours d'actualité.

125. Unification. - Il semble nécessaire, voir indispensable, de fusionner les régimes ANI et Evin dans un souci d'efficacité et de compréhension des normes. Aucun des deux dispositifs ne doit être privilégié au détriment de l'autre. Dans ce sens, nous pourrions imaginer que la loi Evin intègre l'ANI en disposant par exemple que l'assuré bénéficie la première année d'un maintien de garanties à titre gratuit pour ensuite basculer automatiquement vers un maintien Evin classique. Cette automaticité permettrait d'une part de multiplier les cas de recours au dispositif de l'article 4. De plus, la loi serait plus claire et ne mobiliserait plus qu'un seul article au lieu de deux dispositions de natures différentes n'ayant pas la même place dans la hiérarchie des normes.

126. Comme l'énonce David Rigaud sur l'étendue de la mise en œuvre de la portabilité en matière de prévoyance : « *L'ensemble de ces dispositifs doit à présent être remis à plat pour*

⁵⁴ Rigaud David, Baron Pascale, Pignaud Xavier, « *La prévoyance collective des salariés et la loi Evin* », Droit social, n° 465, 2009

construire un droit nouveau, sécurisé et conforme à la volonté du législateur et des partenaires sociaux ».

Le dispositif Evin a fait l'objet de nombreuses précisions, interprétations et modifications. Aujourd'hui il ne peut plus être appliqué en l'état actuel et il semble évident qu'il a atteint ses limites.

Section 2 – Un recentrage nécessaire sur les populations

127. Selon Vincent Roulet « *on peut même légitimement se demander si cette vision est encore d'actualité dans un contexte de restructuration permanente des entreprises et de mobilité des travailleurs* »⁵⁵.

128. Contestation doctrinale. - La doctrine réclame une mise à plat de l'article 4 de la loi Evin. En effet, la légitimité de la mesure est remise en cause⁵⁶ dès lors que les actifs sont amenés à subir une augmentation de leur prime pour pouvoir couvrir les anciens salariés qui ne font plus parti du groupe depuis des années parfois. De plus, il y a quelques années la solidarité dans les entreprises était reconnue aux salariés qui y accomplissait toute leur carrière. Aujourd'hui la durée des CDI est de plus en plus courte et les employés qui effectuent l'ensemble de leur carrière au sein d'une même entreprise sont de plus en plus rare.

129. Exclusions. - La généralisation de la complémentaire santé, et donc l'étendue de l'application de l'article 4 de la loi Evin, doit être nuancée. Si en effet cette mesure a permis à l'ensemble des salariés de bénéficier du dispositif, certaines catégories socioprofessionnelles sont exclues du champ de cette généralisation comme les travailleurs non-salariés⁵⁷.

⁵⁵ Roulet Vincent, « *Pour une réforme de l'article 4 de la loi Evin* », Droit social, n°11/12, novembre-décembre 2012, Dalloz, p. 1060

⁵⁶ Barthélémy J. et Lautrette Laurence, « *La garantie prestations en nature des anciens salariés au regard du système en vigueur pour le personnel en activité* », Droit social, n°1021, 2008

⁵⁷ Morvan Patrick, *Manuel de Droit de la protection sociale*, Lexis Nexis, 7^e édition, 2016, p. 847 « *La « généralisation », un idéal très relatif et le symptôme d'une évolution cahotique* »

130. Dans une ère où l'ubérisation⁵⁸ se développe et où le gouvernement encourage l'entrepreneuriat via des statuts accessibles et avantageux tels que la micro-entreprise⁵⁹, le bénéfice de l'article 4 se trouve de plus en plus limité et aucune modification n'a été envisagée dans ce sens. Si le statut de salarié est privilégié, en 2018 le taux d'emploi non salarié en France s'élève à 11,7%⁶⁰ et celui-ci va être amené à augmenter.

Section 3 – Une harmonisation des garanties Evin

§1. Adaptation des garanties

131. Inégalité des garanties. - Si la couverture santé a été généralisée en 2016 et que tous les salariés bénéficient d'une couverture avec un panier de soins minimum, il persiste encore de nombreuses inégalités. Les garanties proposées dans les TPE et PME restent aujourd'hui encore bien inférieures à celles proposées dans les grands groupes. Le fait que les infrastructures ou les comités d'entreprises proposent des avantages plus intéressants dans les grandes entreprises est cohérent. Néanmoins, le fait que les remboursements des frais de santé soient plus ou moins négligés en raison des moyens financiers et de la taille d'une société paraît difficilement justifiable.

La loi Evin est en contradiction avec elle-même puisqu'elle prévoit le maintien d'une couverture pour tous mais cette seule couverture est très inégalitaire. De plus, et comme évoqué précédemment, la couverture ne tient pas compte des évolutions de la situation de l'assuré ce qui pose un problème notamment pour les retraités.

132. Evolution. - Il serait beaucoup plus pertinent de proposer à l'assuré la modulation de son contrat en fonction de ses besoins. L'assuré pourrait alors par exemple choisir d'augmenter ses garanties hospitalières et de diminuer ses garanties en orthodontie. L'objectif étant de proposer un meilleur rapport cotisation/remboursement.

⁵⁸ Le terme « ubérisation » est un néologisme popularisé en francophonie par Maurice Lévy. L'ubérisation de l'économie entraîne une individualisation de l'activité et donc l'augmentation des travailleurs non-salariés dans la société au détriment du salariat.

⁵⁹ La « micro-entreprise » ou « micro-entrepreneur », à l'origine connu sous l'appellation « auto-entrepreneur » a été créée en 2009 pour simplifier le régime social et fiscal pour les petites entreprises individuelles.

⁶⁰ Source OCDE, Taux d'emploi non salarié recouvrant les employeurs, les personnes établies à leur compte, les membres de coopératives de production et les travailleurs familiaux non rémunérés.

L'assuré pourrait alors conserver les avantages de la loi Evin : l'augmentation limitée de la cotisation et l'absence de délais de carence et de questionnaire de santé, tout en bénéficiant de garanties adaptées.

L'on pourrait également imaginer des tarifs modulables avec différentes formules pour encourager les assurés en situation de difficultés économiques (notamment les chômeurs) à conserver leur couverture, moyennant une prime moins élevée et des garanties légèrement diminuées.

Les personnes les plus vulnérables sont aujourd'hui les moins bien couvertes en terme de santé. C'est pourquoi il est indispensable que, conformément à l'objectif de la loi Evin qui est de généraliser la couverture santé pour tous, chaque assuré puisse trouver la formule économique et commerciale qui lui convient et qui l'encouragera à demander le bénéfice de l'article 4 pour éviter les trous de couverture.

§2. Mutualisation des risques

133. Echec. - L'article 4 de la loi Evin fait l'objet d'un bien triste constat : « *Tous les assureurs imputent cet échec au coût de maintien des garanties, prohibitif et donc dissuasif. « Nous observons que ceux qui demandent le contrat loi Évin sont des retraités aux ressources supérieures à la moyenne », souligne Stephan Reuge, directeur institutionnel de Pro BTP, qui regrette du coup un dispositif qui manque de mutualisation des risques.* »⁶¹.

134. Démographie. - Nous sommes aujourd'hui confrontés à un vieillissement de la population française, les personnes de plus de 60 ans représentent environ 20% de la population française, 45% des dépenses de santé qui s'élèvent en moyenne à 3 210 euros par an. D'après la Mutualité française les retraités payent 3,5 fois plus cher leur couverture santé que les actifs et 12% d'entre eux ne sont pas couverts par une complémentaire santé.⁶²

135. Mutualisation des risques. - Au regard de ces chiffres, qui ne tendent pas à s'améliorer, la mutualisation des risques semble être la seule solution pour pallier ces inégalités de couverture entre les actifs et les inactifs au sein des régimes collectifs.

⁶¹ « Complémentaire santé : le flop des contrats sortie de groupe », L'argus de l'Assurance, Charon Séverine, 04 octobre 2018

⁶² Leroy Jerome « De plus en plus de seniors renoncent à une mutuelle », DispoFi, 24 novembre 2016

La difficulté principale sera de conserver un équilibre entre le nombre d'actifs et le nombre d'inactifs ce qui nécessiterait la mise en place d'un fond collectif distinct afin de maîtriser le financement des inactifs.⁶³

⁶³ « *Maîtriser l'évolution du coût de la complémentaire santé des retraités* », AG2R, Les cahiers du pôle alimentaire, Chantier prioritaire 2014

Conclusion

136. Créée en 1989 la loi Evin, a fait face à de nombreux bouleversements par le biais de plusieurs réformes et jurisprudences. Il résulte de ces évolutions, un empilement de normes successives ayant comme but l'adaptabilité de cette loi aux changements économiques et sociaux.

137. Nous retiendrons que l'objectif poursuivi par la loi Evin est encore d'actualité et qu'il est nécessaire, voire indispensable, de conserver ce dispositif. En effet, l'objectif social retenu par l'article 4 semble totalement justifié. Cette loi permet aux salariés quittant leur entreprise de pouvoir maintenir les mêmes garanties dont ils ont pu bénéficier jusqu'ici. Ce dispositif est encore plus pertinent lorsqu'il s'agit de salariés en situation de départ à la retraite.

Trouver des garanties similaires à son contrat collectif sur le marché assurantiel peut vite devenir le parcours du combattant lorsque l'on porte l'étiquette de « retraité » bien trop souvent assimilée à « risque trop coûteux ».

Le vieillissement de la population nécessite d'autant plus un encadrement des systèmes de complémentaires santé afin d'assurer leur prise en charge et d'éviter de mettre en marge une catégorie de la population, sûrement l'une des plus vulnérable.

138. Catherine Collombet compare les systèmes de protection sociale dans le monde et constate que *« ces diverses solutions font globalement la part belle au privé, soit qu'elles lui ménagent une place dans la régulation, soit qu'elles lui laissent le champ libre pour se développer en tant qu'offre. Il est donc important de valoriser auprès de ces pays les solutions « publiques » afin de ne pas laisser des systèmes à deux vitesses se bâtir et se consolider. De nouveaux besoins vont d'ailleurs émerger dans ces pays qui, s'ils ne sont pas pris en charge par le public, laisseront la part belle à l'assurance privée »*⁶⁴.

Si l'assurance privé a une place prépondérante dans le système français, la solution à terme serait peut-être d'étendre encore plus le socle de protection sociale de base. Cela permettrait

⁶⁴ Collombet, Catherine. « La Protection sociale dans le monde », *Regards*, vol. 45, no. 1, 2014, pp. 21-30.

d'assurer une protection maximale à l'ensemble de la population, en tirant les bénéfices de la mutualisation.

139. Après 29 ans d'application, l'article 4 de la loi Evin semble être à bout de souffle. Il se heurte à de nombreuses réglementations et n'est plus adapté aux évolutions économiques, sociales et démographiques. Si la loi Evin a été novatrice, elle a fait l'objet de nombreuses carences, bien que celles-ci peuvent s'expliquer par leur caractère novateur. Il ne fait nul doute que l'article 4 doit être plus qu'amélioré, il doit être complètement révisé.

Bibliographie

I. Ouvrages généraux

- Aumeran Xavier, *Le Lamy protection sociale*, Wolters Kluwer, édition 2019
- Briens Gilles, *Le Lamy rémunérations complémentaires*, Tome 2, Wolters Kluwer, édition 2019
- Dupeyroux Jean-Jacques, BERGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 18^e édition, 2015
- Morvan Patrick, *Manuel de Droit de la protection sociale*, Lexis Nexis, 7^e édition, 2016
- Morvan Patrick, *Manuel de Droit de la protection sociale*, Lexis Nexis, 8^e édition, 2017
- Petit Frank, *Droit de la protection sociale*, Gualino, 2^e édition, 2014
- Kessler Francis, *Cours Droit de la protection sociale*, Dalloz, 5^e édition
- Kullmann Jérôme, *Le Lamy Assurances*, Wolters Kluwer, édition 2019

II. Articles

- Barthélémy J. et Lautrette Laurence, « *La garantie prestations en nature des anciens salariés au regard du système en vigueur pour le personnel en activité* », *Droit social*, n°1021, 2008
- Barthelemy Jacques, « *Les fondamentaux du droit de la PSC* », *Droit social*, n°11, novembre 2013, édition Dalloz
- Collombet, Catherine. « *La Protection sociale dans le monde* », *Regards*, vol. 45, no. 1, 2014
- Di Méo Guy, « *La crise du système industriel en France au début des années 1980* », *Annales de Géographies*, t. 93, n°517, 1984

- « *Flexisécurité et protection sociale* », La Revue de l'Ires, n°63, 2009/4
- Fromenteau Michel, Ruol Vincent, Eslous Laurence, « Sélection des risques : où en est-on ? », Les Tribunes de la santé, 2011/2 (n°31), pp. 63-71.
- Gibaud Bernard, « *Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire* », Sciences sociales et santé, Volume 8, n°1, 1990
- Lautrette Laurence, Piau Dominique, « *Le maintien des obligations d'assurance en prévoyance collective* », Droit social, 2007
- « *Loi Evin : quel sens au maintien de garantie ?* », Protection sociale informations, n°632, 12 mars 2008
- M, C, H, « *Conditions de maintien des garanties frais médicaux au bénéfice des anciens salariés et ayants droit en application de l'article 4 de la loi Evin* », Jurisprudence Sociale Lamy, n°230, 27 mars 2008
- Rigaud David, Baron Pascale, Pignaud Xavier, « *La prévoyance collective des salariés et la loi Evin* », Droit social, n° 465, 2009
- Rigaud David, Dechorgnat Elisa, « *Le renouveau des contentieux du droit de la protection sociale complémentaire* », La semaine juridique – Edition sociale, n°21-22
- Roulet Vincent, « *Pour une réforme de l'article 4 de la loi Evin* », Droit social, n°11/12, novembre-décembre 2012, Dalloz
- Sargos Grégoire, Revue générale du droit des assurances, n°2, 2010
- Serizay Bruno, « *La question de la portabilité des droits des droits de prévoyance, une formule d'avenir ? – colloque « La loi Evin, vingt ans déjà... et après ? » du 16 décembre 2009* » La Gazette du palais, n°247, 4 septembre 2010
- Vincens, Franck, Laffont Guy-Bernard, « *Maintien de la couverture « frais de santé » aux anciens salariés : les contraintes de l'article 4 de la loi Evin* », Jurisprudence Sociale Lamy, n°249, 10 février 2009
- Zaidman Catherine, « *Les organismes complémentaires en santé* », Dans Regards, n°49, 2016/1

III. Jurisprudences

- TGI., Lyon, 4^e civ, 19 octobre 2004 puis CA., Lyon, 9 mars 2006, n. 05/00395
- CA., Lyon, 1^e civ, 9 mars 2006, n. 005/00395
- CA., Douai, 31 mai 2007, n. 1131/07, 1145/07, 1147/07, 1128/08
- Cass., 2^e civ, 7 février 2008, n. 06-15.006
- Cass., civ, 16 avril 2008, n. 06-44.361
- CA., Lyon, 1^e civ B, 13 janvier 2009, n. 08/02875 Mutuelle Micils c/ Monsieur Mikael Azoulay
- CA., Versailles, 15^e, 18 janvier 2012, n. 10/04733

IV. Textes législatifs et règlementaires

- Préambule de la Constitution, 27 octobre 1946
- Loi n. 89-1009 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, 31 décembre 1989
- Article 1^{er}, Décret n. 90-769, 30 août 1990, JORF 1er septembre
- Loi n. 2013-504, 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi
- Décret n. 2017-372, 21 mars 2017, JO 23 mars
- Article 83 Code général des impôts
- Article 1102 Code civil

V. Textes conventionnels

- Article 14, Accord national interprofessionnel, 11 janvier 2008

VI. Travaux et débats parlementaires

- *Rapport « Gisserot »*, Groupe de travail interministériel sur la protection sociale complémentaire, janv. 1985
- Rapport Sénat au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, Par M. Claude HURIET Sénateur. Session ordinaire 1989-1990
- Rapport annuel de la Cour de cassation 2008, 4^e partie : jurisprudence de la Cour, P 326-327
- Rapport annuel du CCSF (comité consultant du secteur financier) relatif à l'assurance complémentaire santé de groupe, 2008-2009
- Roulet Vincent, « *Protection sociale d'entreprise état des lieux et perspectives* », Recherche effectuée dans le cadre d'une convention conclue entre l'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) et la CFE-CGC, septembre 2013
- JO Sénat, Question écrite n°07509, M. Alain Milon, 1^{er} nov. 2018, p. 5520 / Réponse du Ministère des solidarités et de la santé, 08/11/2018, p. 5702

VII. Webographie

<https://data.oecd.org/fr/>

- Taux d'emploi non salarié Total, % de l'emploi, 2018 ou dernières données disponibles

<https://www.courdecassation.fr>

- Jurisprudence 2^e chambre sociale, arrêt n°222, communiqué 9802

<https://www.harmonie-mutuelle.fr/web/tout-harmonie>

- <https://www.harmonie-mutuelle.fr/web/entreprises/lettre-information-2/contrats-collectifs>

<https://www.argusdelassurance.com/>

- « *Les vingt ans de la loi evin sur la prévoyance collective des salariés* », L'argus de l'Assurance, Cahiers Pratiques, n°7093, 24 octobre 2008
- « *Complémentaire santé : le flop des contrats sortie de groupe* », L'argus de l'Assurance, Charon Séverine, 04 octobre 2018
- « *Le sort des contrats d'assurances conclus avec une entreprise en difficultés* », L'argus de l'Assurance, 18 mai 2017

<https://www.previssima.fr/>

- « *Vieillessement de la population et impact sur le régime des retraites* », Previssima, 30 janvier 2017

<https://www.dispofi.fr/>

- Leroy Jerome « *De plus en plus de seniors renoncent à une mutuelle* », Dispofi, 24 novembre 2016

<https://www.ag2rlamondiale.fr/>

- « *Maîtriser l'évolution du coût de la complémentaire santé des retraités* », AG2R, Les cahiers du pôle alimentaire, Chantier prioritaire, 2014

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Liste des principales abréviations	5
Introduction	7
Partie 1 – L’application de l’article 4 de la loi Evin : un processus de sécurisation de l’assuré	13
Titre 1 – Un système de protection des assurés par la garantie de leurs frais de santé.....	14
Chapitre 1 – Délimitation du champ d’application de l’article 4.....	15
Section 1 – La couverture des anciens salariés.....	15
Section 2 – L’exclusion des ayants droit	17
Chapitre 2 – Délimitation de la nature des garanties à couvrir.....	19
Section 1 – L’intervention jurisprudentielle pour pallier au silence de la loi.....	19
§1. Procédure	19
§2. Portée	20
Section 2 – Une décision stricte critiquable.....	22
§1. Interprétation littérale.....	22
§2. Une décision remise en cause par la profession.....	23
Titre 2 – Processus contractuel et offres alternatives.....	25
Chapitre 1 – Mise en œuvre contractuelle au regard de l’article 4	26

Section 1 – L'impossibilité du prolongement contractuel permettant le maintien de la couverture	26
Section 2 – Mise en place d'un nouveau contrat individuel	27
Chapitre 2 – Mise en œuvre contractuelle au regard de la pratique assurantielle.....	29
Section 1 – Les conséquences des dispositions de l'article 4 de la loi Evin malgré l'arrêt « Azoulay »	29
Section 2 – L'émergence de contrats « sortie de groupe »	30
§1. Des contrats spécifiques comme palliatif à un dispositif trop contraignant ...	30
§2. Audit sur les pratiques des organismes assureurs	31
§3. Constat	33
Partie 2 – La difficile articulation des principes consacrés avec la pratique assurantielle	34
Titre 1 – Les difficultés relatives au contrat d'assurance	35
Chapitre 1 – L'application de la loi Evin lors de la résiliation du contrat à l'initiative du souscripteur	36
Section 1 – Résiliation du contrat d'assurance et survie des accords de maintien de garanties	36
Section 2 - Le cas de la liquidation judiciaire.....	37
Chapitre 2 – L'articulation de la loi Evin avec l'ANI	39
Section 1 – Distinction entre le dispositif Evin et ANI	39
Section 2 – Temporalité	40
Titre 2 – Une réglementation remettant en cause la pérennité de l'article 4	42
Chapitre 1 – L'évolution tarifaire contrainte par le plafonnement	43

Section 1 – Limitation progressive triennale	43
Section 2 – Caractère viager	44
Section 3 – La notion « de tarifs globaux »	45
Chapitre 2 – Conséquences économiques et sociales de l’encadrement de la prime d’assurance.....	47
Section 1 – Remise en cause de la viabilité économique du système.....	47
Section 2 – Responsabilité croissante de l’employeur.....	48
Section 3 – Conflits sociaux	50
Chapitre 3 – Les améliorations nécessaires	51
Section 1 - Clarification du système existant.....	51
Section 2 – Un recentrage nécessaire sur les populations.....	52
Section 3 – Une harmonisation des garanties Evin.....	53
§1. Adaptation des garanties	53
§2. Mutualisation des risques.....	54
Conclusion.....	56
Bibliographie.....	58
Table des matières	63
Annexes	66

Annexes

- Annexe n. 1 : Offre Apicil PG PROFIL'R sortie de contrat collectif
- Annexe n. 2 : Conditions générales contrat collectif Harmonie mutuelle
- Annexe n. 3 : Document d'information portabilité des droits, Harmonie mutuelle
- Annexe n. 4 : JO Sénat, Question écrite n°07509, M. Alain Milon, 1^{er} nov. 2018, p. 5520 / Réponse du Ministère des solidarités et de la santé, 08/11/2018, p. 5702
- Annexe n. 5 : CA., Lyon, 4^e, 13 janvier 2009, n. 08/02875 Mutuelle Micils c/ Monsieur Mikaël Azoulay
- Annexe n. 6 : Article 1102 Code civil
- Annexe n. 7 : Article 83 Code général des impôts
- Annexe n. 8 : Loi n. 89-1009 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, Article 4, 31 décembre 1989
- Annexe n. 9 : Décret n. 2017-372, 21 mars 2017, JO 23 mars
- Annexe n. 10 : Loi n. 89-1009 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, Article 10, 31 décembre 1989

- **Annexe n. 1 : Offre Apicil PG PROFIL'R sortie de contrat collectif**

APICIL PG PROFIL'R

Offre destinée aux assurés en sortie de contrat collectif

APICIL PG PROFIL'R est une offre réservée aux salariés en sortie de contrat collectif assurés par APICIL PREVOYANCE ou APICIL Mutuelle en santé.

Cette offre s'inscrit dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».



Marché Cible

APICIL PG PROFIL'R est une offre qui s'adresse spécifiquement aux ex-salariés, qu'ils soient **actifs, licenciés ou retraités** :

- Départ de l'entreprise **pour retraite**
- Départ de l'entreprise **pour une autre cause que la retraite** :
 - ⇒ Assuré post-portabilité
 - ⇒ Assuré ne bénéficiant pas de la portabilité

Cette offre permet également de couvrir le conjoint de l'assuré principal et ses enfants.

Il n'y a **pas d'âge limite à l'adhésion**.



Fonctionnement de la garantie

APICIL PG PROFIL'R est une offre dont les garanties sont issues de la matrice de garanties collectives. Pour composer sa garantie, l'assuré évolue dans la matrice de garantie APICIL SANTE PROFIL'R en fonction de ses besoins de couverture, **indépendamment des garanties détenues dans le cadre collectif obligatoire**.

APICIL PG PROFIL'R - DYNAMIQUE

1. **Sélectionner** un niveau de garanties - **indépendamment des garanties souscrites par l'entreprise**
2. **Renforcer** l'optique, le dentaire, l'hospitalisation sur le niveau immédiatement supérieur
3. **Compléter**, en facultatif, avec prestations de confort : Module Jeunes/Familles ou Séniors.

	1	2	3	4	5	6	7	8
SOINS MEDICAUX EQUIPES								
PHARMACIE								
HOSPITALISATION								
OPTIQUE								
DENTAIRE								
APPAREILLAGE								
REHABILITATION								
REPOS								

Renforts possibles :

- Hospitalisation
- Optique
- Dentaire

maxi 2 postes sur 3

Prestation de confort facultatif :

- Avant 50 ans : Jeunes/Familles
- A partir de 50 ans : Séniors

SANTE

APICIL Mutuelle (anciennement MICILS) - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, Inscrite au répertoire SIRENE N° 302 927 553, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

APICIL Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, Inscrite au répertoire SIRENE N° 321 862 500, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel à caractère publicitaire – Document à usage interne



Tarification

APICIL PG PROFIL'R comporte 3 zones de tarification en fonction du lieu de résidence de l'assuré principal :

Zone 1 :

ILE DE FRANCE, CORSE, ALPES MARITIMES, BOUCHES DU RHÔNE et VAR.

Zone 2 :

RHÔNE-ALPES (Rhône), LANGUEDOC ROUSSILLON, ALPES DE HAUTE PROVENCE et VAUCLUSE et DROM : GUADELOUPE, MARTINIQUE, GUYANE, RÉUNION, MAYOTTE.

Zone 3 :

ALSACE, AQUITAINE, LIMOUSIN, LORRAINE, MIDI PYRÉNÉES, POITOU CHARENTE, RHONE ALPE (sauf Rhône), PAYS DE LA LOIRE, AUVERGNE, BASSE NORMANDIE, BOURGOGNE, BRETAGNE, CENTRE, CHAMPAGNE ARDENNE, FRANCHE COMTE, HAUTE NORMANDIE, NORD PAS DE CALAIS, PICARDIE, LOZERE et HAUTES ALPES.

Les TOM sont exclus.

Modes de cotisation

- Aucun droit d'entrée
- Un mode de cotisations à la tête : **assuré (ex-salarié) /conjoint /enfant**
- Gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant

Les cotisations de l'ex-salarié sont exprimées en pourcentage du PMSS (base tarifaire collective), **pas d'évolution en fonction de l'âge :**

- **Pendant les 3 premières années** : des cotisations qui respectent la progressivité attendue dans le cadre du nouveau décret du 23 mars 2017 (100 %, 125 % et 150 % du tarif base collectif). **Evolution à date anniversaire du contrat.**
- **A partir de la 4^e année** : Des cotisations qui évoluent en fonction de l'ancienneté dans le contrat et dont la progression permet de « rejoindre » un niveau des cotisations standard (qui corresponde aux tarifs d'équilibre) à partir de la 6^e année.

Les cotisations du conjoint /enfant (évolution en fonction de l'âge) sont exprimées en euros (Cotisations standard individuelles - base PROFIL'R Particuliers)

Distribution

▪ **Distribution directe**

Accès à l'ensemble de la gamme

▪ **Distribution courtée**

Accès à l'ensemble de la gamme. Commissionnement courtiers : 5 % en linéaire.

SANTE

APICIL Mutuelle (anciennement MICILS) - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, Inscrite au répertoire SIRENE N° 302 927 553, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

APICIL Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, Inscrite au répertoire SIRENE N° 321 862 500, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel à caractère publicitaire – Document à usage interne





Vie du contrat

CADRE REGLEMENTAIRE	APICIL PG PROFIL'R est une offre responsable.
TYPE DE CONTRAT	Contrat Individuel souscrit auprès de Apicil Mutuelle ou Apicil Prévoyance. Contrat viager : pas d'âge limite de garantie.
CONDITIONS D'ADMISSION	Si départ de l'entreprise pour retraite : - l'assuré doit adhérer dans les 6 mois maximum après la date d'effet de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de sa pré retraite, sous réserve de rupture du contrat de travail . Si départ de l'entreprise pour une autre cause que la retraite - si l'assuré bénéficie de la portabilité des droits : il doit adhérer dans les 6 mois après la fin de cette période . - si l'assuré ne bénéficie pas de la portabilité des droits : il doit adhérer dans les 6 mois maximum après la date de rupture du contrat de travail .
DUREE DU CONTRAT	Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription , puis il se renouvelle par tacite reconduction pour une période d'un an. La résiliation du contrat peut se faire tous les ans, en envoyant à l'assureur un courrier recommandé au moins deux mois avant la date d'échéance du 31 décembre .
PRISE D'EFFET DES GARANTIES	Les garanties s'appliquent au plus tôt, le lendemain suivant la date de réception du bulletin d'adhésion ou à la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur le bulletin .
CONDITIONS DE MODIFICATION DU CONTRAT	Il est possible de changer une fois de niveau de garantie, avant l'âge de 75 ans , en faisant une demande avant le 31 octobre . Cette modification sera effective à partir du 1 ^{er} janvier de l'année suivante.
SUSPENSION DES GARANTIES	En cas de non-paiement des cotisations, les garanties sont suspendues 30 jours après envoi d'une lettre de mise en demeure restée sans effet. Le contrat d'adhésion peut être résilié 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en
CESSATION DES GARANTIES	Les garanties cessent : - à la date d'effet de la suspension des garanties - à la date d'effet de la résiliation du contrat - lorsque cesse, chez l'assuré ou les ayants droit, la condition pour être garanti

LES

- Une offre réservée aux assurés en sortie de contrat collectif
- La possibilité de sélectionner son niveau de garanties, indépendamment des garanties détenues dans le cadre collectif obligatoire
- La possibilité de compléter ses garanties avec des prestations de confort (souscription facultative)
- La possibilité de couvrir son conjoint et ses enfants sur les mêmes garanties

SANTE

APICIL Mutuelle (anciennement MICILS) - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, Inscrite au répertoire SIRENE N° 302 927 553, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

APICIL Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, Inscrite au répertoire SIRENE N° 321 862 500, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

Document non contractuel à caractère publicitaire – Document à usage interne



- Annexe n. 2 : Conditions générales contrat collectif Harmonie mutuelle

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que l'assureur n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU à l'adhérent	Si la demande parvient à l'assureur après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande
Modification du contrat dans les conditions prévues à l'article Modification du contrat	

L'assureur rembourse à l'adhérent la partie de prime relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Radiation à titre exceptionnel d'un bénéficiaire

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français du bénéficiaire	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que l'assureur n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU au bénéficiaire	Si la demande parvient à l'assureur après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Adhésion du bénéficiaire à un contrat collectif obligatoire	
Décès du bénéficiaire	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de la prime correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine prime due par l'adhérent.

12.2 A l'initiative de l'assureur

En cas de non-paiement

L'assureur peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de la prime, selon les modalités prévues à l'article Non paiement de la prime.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par l'assureur sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les primes acquittées demeurent alors acquises à l'assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

12.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de l'assureur. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

A compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses bénéficiaires, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à l'assureur la ou les cartes de tiers payant qui lui ouvriraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de l'assureur dont il bénéficiait de par son adhésion au contrat.

Article 13 • Maintien de couverture

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de l'assureur de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, l'assureur peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Chapitre II

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 14 • Cadre général

14.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses bénéficiaires mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de l'assureur à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci. Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la prime dans les conditions fixées à l'article Paiement de la prime.

14.2 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de l'assureur est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, les montants des remboursements de l'assureur demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

14.3 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

14.4 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Les remboursements de frais d'obsèques, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, sont effectués dans la limite des frais engagés et du montant garanti précisé dans le tableau descriptif des garanties.

14.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au

- **Annexe n. 3 : Document d'information portabilité des droits, Harmonie mutuelle**

Portabilité des droits



L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 a institué un dispositif dit de portabilité des garanties complémentaires mises en place dans les entreprises. Le nouvel article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale⁽¹⁾ a fait évoluer ce dispositif de maintien de garanties santé et prévoyance (durée et financement).

(1) issu de la loi du 14 juin 2013 ayant transposé l'ANI du 11 janvier 2013

Qu'est ce que la portabilité ?

Ce dispositif permet, sous certaines conditions, à tout salarié perdant son emploi de continuer à bénéficier des couvertures complémentaires frais de santé et de prévoyance mises en place dans son entreprise.

Qui est concerné ?

- ✚ les salariés affiliés au régime de prévoyance et/ou de santé de leur entreprise au moment de la rupture de leur contrat de travail,
- ✚ leurs ayants droit garantis par le contrat collectif au moment de la rupture du contrat de travail.

Les salariés garantis par un contrat facultatif à gestion individuelle, sans aucune participation de l'employeur, ne bénéficient pas du dispositif de portabilité.

La rupture de votre contrat de travail doit donner lieu à indemnisation de l'assurance chômage

Ainsi tous les modes de rupture du contrat, à l'exception de la rupture pour faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage sont concernés. Il s'agit principalement des ruptures suivantes :

- ✚ le licenciement pour motif personnel ou économique,
- ✚ la rupture d'un commun accord,
- ✚ la démission pour motif légitime,
- ✚ la fin de contrat à durée déterminée
- ✚ ...

Durée du maintien de la garantie

La durée de la portabilité est égale à la période durant laquelle vous êtes indemnisé du chômage et pour une **durée égale à la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur**, appréciée en mois entiers, sans pouvoir être supérieure à 12 mois.

Le maintien des garanties prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la rupture du contrat de travail.

Cessation du maintien

Le maintien de la garantie cesse de plein droit :

- ✚ à la fin de la période de maintien telle que définie ci-dessus,
- ✚ en cas de reprise d'une activité salariée,
- ✚ en cas de cessation du versement des allocations chômage.

Le financement de la portabilité

Les cotisations des actifs intègrent le financement de la portabilité (système de mutualisation).

Ainsi vous bénéficiez du **maintien des garanties à titre gratuit**, quels que soient le mode de gestion et la structure de cotisation.

Comment bénéficier de la portabilité ?

Démarches de votre entreprise

En cas de départ, au moment de la notification de la cessation de votre contrat, votre **correspondant mutuelle** dans l'entreprise, vous remettra un bulletin réponse à compléter, signer et renvoyer à l'entreprise.

Démarches une fois l'entreprise quittée

Le bénéfice de la portabilité étant subordonné à la prise en charge effective par l'assurance chômage, vous devrez fournir votre **attestation Pôle emploi à la mutuelle dans les 2 mois** suivant la mise en œuvre sur : **www.harmonie-mutuelle.fr**, dans votre **espace réservé "Mon compte"**, rubrique **"Ma mutuelle en ligne"/ "Portabilité de mes droits"**. La mutuelle se réserve le droit de réclamer à tout autre moment une attestation Pôle emploi. L'absence de fourniture des justificatifs et le défaut de déclaration sont susceptibles d'entraîner une interruption des prestations.

C'est dans ce même espace que vous aurez à **déclarer votre situation de demandeur d'emploi la 1^{ère} quinzaine de chaque mois**.

Vous devrez également informer Harmonie Mutuelle en cas de reprise d'une activité professionnelle au cours de la période de maintien des garanties ou en cas de cessation du versement des allocations chômage.

Inscription à votre espace réservé "Mon compte"

Inscrivez-vous depuis le site www.harmonie-mutuelle.fr



PANORAMIE Imagerie - 0215



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI n° 969500JLUSZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



Harmonie mutuelle
En harmonie avec votre santé

- **Annexe n. 4 : JO Sénat, Question écrite n°07509, M. Alain Milon, 1^{er} nov. 2018, p. 5520**
/ Réponse du Ministère des solidarités et de la santé, 08/11/2018, p. 5702

« Question écrite n° 07509 de [M. Alain Milon](#) (Vaucluse - Les Républicains)

Publiée dans le JO Sénat du 01/11/2018 - page 5520

M. Alain Milon attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur l'inquiétude que fait peser la rédaction du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, pour les retraités qui ont fait le choix de conserver la mutuelle à laquelle ils adhéraient en tant qu'actifs et à laquelle l'entreprise participait financièrement.

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques avait pour but de maintenir les garanties collectives (prévoyance et santé) pour les salariés partant en retraite « sans condition de durée ».

Toutefois, le maintien de cette garantie pouvait entraîner une augmentation du coût pour le salarié dans la mesure où, désormais, il supporte seul le montant de la cotisation et que l'assureur peut augmenter le montant des cotisations.

Pour pallier ce risque, un décret n° 90-769 du 30 août 1990 précisant la loi du 31 décembre 1989 prévoyait que la majoration de cotisations pour les bénéficiaires ne pouvait excéder 50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Cette notion de tarifs globaux soulève des questions d'interprétation.

Alors que, sous la législature précédente, le Gouvernement s'était engagé à créer des contrats seniors adaptés à leurs spécificités (tarif, remboursement...), le décret n° 2017-372 se limite à lisser la hausse sur trois ans, puis à supprimer tout plafonnement.

La première année les tarifs resteront équivalents aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

La deuxième année, ils ne pourront pas excéder + 25 %.

La troisième année, ils ne pourront être supérieurs à + 50 %.

Mais à partir de la quatrième année, le décret ne prévoit plus de plafonnement à la hausse. Dès lors, les prix risquent de s'envoler, certes progressivement, mais de s'envoler quand même.

Il lui demande si elle peut, d'une part, lui préciser la notion de tarifs globaux pour éviter toute équivoque, et ensuite lui indiquer ce qu'implique cette absence de référence à un encadrement de l'augmentation à compter de la quatrième année, en précisant notamment s'il s'agit d'une liberté totale jugulée par le simple jeu de la concurrence.

Réponse du Ministère des solidarités et de la santé

Publiée dans le JO Sénat du 08/11/2018 - page 5702

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 »).

- **Annexe n. 5 : CA., Lyon, 4^e, 13 janvier 2009, n. 08/02875 Mutuelle Micils c/ Monsieur Mikaël Azoulay**

COUR D'APPEL DE LYON

PREMIERE CHAMBRE CIVILE B

ARRET DU 13 JANVIER 2009

R.G : 08/02875

décision du Tribunal de
Grande Instance de LYON
au fond du 19 octobre 2004

RG N°2003/4547

ch n° 4

MUTUELLE MICILS

C/

AZOULAY

APPELANTE :

MUTUELLE MICILS
se substituant et venant aux droits et obligations
du Groupe APICIL ARCIL
dont le siège social est 25 Cours Albert Thomas
69407 LYON CEDEX 03
38, rue François Pessel
69300 CALUIRE-ET-CUIRE

représentée par la SCP AGUIRAUD-NOUVELLET
avoués à la Cour

assistée de Me BONAN
avocat au barreau de PARIS

INTIME :

Monsieur Mikaël AZOULAY
1377 chemin des Croisières
83460 LES-ARCS-SUR-ARGENS

représenté par Me Annick de FOURCROY
avoué à la Cour

assisté de Me DEMIDOFF
avocat au barreau de PARIS

L'audience de plaidoiries a eu lieu le 1er Décembre 2008, date à laquelle l'affaire a été clôturée

L'affaire a été mise en délibéré au 13 Janvier 2009

COMPOSITION DE LA COUR, lors des débats et du délibéré :

Président : Monsieur BAIZET,
Conseiller : Madame MARTIN,
Conseiller : Madame MORIN

Greffier : Madame WICKER, pendant les débats uniquement.

A l'audience Monsieur BAIZET a fait son rapport conformément à l'article 785 du Code de procédure civile.

ARRET : contradictoire

prononcé publiquement par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, *les parties ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile*,

signé par Monsieur BAIZET, président et par Madame WICKER greffier auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

FAITS - PROCEDURE - PRETENTIONS DES PARTIES

La société CST a souscrit en mars 1995 auprès de la MICILS, mutuelle du groupe APICIL, un régime de frais de santé à adhésion obligatoire pour son personnel cadre et assimilé dénommé MICILS C. Ce contrat a été modifié en 1998 par la société CST FRANCE représentée par Monsieur Mikaël Azoulay qui a souscrit un contrat Santé 1000 offrant des garanties supérieures.

Monsieur Mikaël Azoulay licencié de la société CST FRANCE le 31 janvier 2002 a demandé le maintien intégral à titre individuel de la couverture de frais de santé dont il bénéficiait à titre de salarié de la société CST.

Le groupe APICIL lui ayant proposé un contrat différent, Monsieur Azoulay a saisi le tribunal de grande instance de DRAGUIGNAN lequel s'est déclaré incompétent au profit du tribunal de grande instance de LYON.

Par jugement du 19 octobre 2004, ce tribunal, statuant après intervention volontaire de la MICILS a débouté Monsieur Azoulay de sa demande de maintien de la garantie décès prévue dans le contrat collectif souscrit par la société CST FRANCE mais a condamné la mutuelle MICILS à maintenir à Monsieur Azoulay la garantie frais médicaux dont celui-ci bénéficiait en vertu du contrat collectif "MICILS SANTE 1000" à compter du 2 janvier 2002, et à lui payer une indemnité de 1.500 euros sur le fondement de l'article 700 du nouveau Code de procédure civile.

Sur appel de la MICILS, la Cour d'Appel de LYON a réformé le jugement, constaté que la mutuelle MICILS a respecté ses obligations en proposant à Monsieur Azoulay de souscrire à titre individuel le contrat "Santé 500" et débouté ce dernier de toutes ses prétentions.

La Cour de Cassation, Deuxième Chambre Civile, a cassé et annulé l'arrêt dans toutes ses dispositions, et renvoyé la cause et les parties devant la Cour d'Appel de LYON autrement composée.

Après saisine de la Cour de renvoi, la mutuelle MICILS conclut à la réformation du jugement et au rejet des demandes de Monsieur Azoulay.

Elle soutient que l'article 4 de la loi numéro 89-1009 du 31 décembre 1989 n'impose pas aux organismes assureurs de proposer aux anciens salariés le maintien intégral et identiques des garanties dont ils bénéficieraient, mais le maintien d'une couverture de nature similaire. Elle se prévaut de l'intention du législateur et des débats parlementaires. Elle fait valoir que le contrat "Santé 500" auquel Monsieur Azoulay a adhéré individuellement lui permet, ainsi que sa famille, de bénéficier, pour des natures de frais strictement identiques, de l'ensemble des garanties dont il bénéficiait antérieurement à la rupture de son contrat de travail, et même d'une couverture supérieure à celle dont il pourrait se prévaloir s'il était resté salarié de la société CST.

A titre subsidiaire, elle considère qu'elle ne peut être condamnée au maintien d'un contrat inexistant, dès lors d'une part que le contrat Santé 1000 est fermé à la commercialisation à la suite des décisions de ses instances prises en conformité avec ses statuts et les dispositions du code de la mutualité, d'autre part qu'une telle condamnation imposerait la création d'un produit individuel pour Monsieur Azoulay dont il serait seul bénéficiaire, ce qui induirait une tarification en fonction des frais exposés par celui-ci et conduirait à imposer à la mutuelle une solution contraire à ses droits et obligations et aux dispositions d'ordre public du code de la mutualité. Elle souligne que cette solution serait contraire au principe de mutualisation et de solidarité. Elle soutient que le maintien des garanties Santé 1000 ne pourrait concerner les ayants droit de Monsieur Azoulay, l'assureur n'étant tenu au maintien des garanties qu'à l'égard des anciens salariés, et non des ayants droit.

Elle sollicite la condamnation de Monsieur Azoulay à lui payer la somme de 5.000 euros en application de l'article 700 du Code de procédure civile.

Monsieur Azoulay, intimé, conclut à la confirmation du jugement en ce qu'il a condamné la mutuelle MICILS à maintenir la garantie frais médicaux dont il bénéficiait en vertu du contrat collectif dénommé "Santé 1000", à compter du 1^{er} janvier 2002. Il soutient que l'interprétation de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 à la lumière des débats parlementaires et de l'intention du législateur conduit à considérer que ce texte implique le maintien pur et simple de la couverture dont bénéficiait l'ancien salarié au titre du contrat collectif, et non l'octroi de garanties similaires. Il conteste l'analyse présentée par la mutuelle MICILS sur la similarité des garanties des deux contrats, puisque celle-ci est fondée sur les frais qu'il a exposés entre le 1^{er} janvier 2003 et le 30 octobre 2005. Il considère que le retrait de la commercialisation du contrat "Santé 1000" ne peut constituer un obstacle au maintien des garanties prévu par la loi, que ce maintien n'est pas contraire au principe de mutualisation des risques qui doit s'apprécier tous contrats confondus et par rapport à l'ensemble des adhérents de la mutuelle. Il estime que cette dernière ne peut prétendre que si le contrat "Santé 1000" devait être maintenu, la tarification serait fonction des frais qu'il exposerait et que le coût du régime serait égal aux dépenses exposées majorées des frais de gestion du contrat, puisqu'une telle solution violerait l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 de sa substance et serait contraire à l'article 1^{er} du décret du 30 août 1990 pris en application de ce texte qui prévoit que les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Il fait valoir que l'argument selon lequel, s'il était resté salarié de la société CTS, il aurait bénéficié d'un contrat offrant des garanties nettement moins avantageuses ne peut être retenu dès lors que l'article 4 prévoit le maintien des garanties dont bénéficiait le salarié au moment où il a quitté l'entreprise. Il soutient que cet article constitue un texte spécial qui ne peut être considéré comme contraire aux principes généraux posés par le code de la mutualité. Il souligne que ce texte a entendu garantir le maintien de la couverture du contrat collectif au salarié partant et à ses ayants droit.

Il sollicite la condamnation de la mutuelle MICILS à lui payer la somme de 15.000 euros à titre de dommages intérêts pour résistance abusive et celle de 5.000 euros en application de l'article 7000 du Code de procédure civile.

MOTIFS

Attendu que l'article 4 de la loi numéro 89-1009 du 31 décembre 1989 prévoit :

"lorsquedes salariés sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

1° au profit des 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail..." ;

Que ces dispositions d'ordre public imposent le maintien à l'ancien salarié privé d'emploi, de la couverture résultant de l'assurance de groupe souscrite pas l'employeur pour la garantie des frais de santé, sans qu'il puisse y être dérogé par voies de convention ;

Attendu que contrairement à ce que soutient la MICILS, l'interprétation de ce texte, à la lumière des débats parlementaires, ne conduit pas à considérer que le législateur a simplement entendu prévoir le maintien de garanties similaires, ou de garanties les plus proches de celles figurant dans le contrat collectif ; qu'il a prévu un espace de liberté contractuelle quant aux conditions tarifaires du maintien de la couverture, tout en limitant la hausse des tarifs par la fixation d'un seuil par décret; que Monsieur Azoulay souligne à juste titre que l'objectif de la loi était de protéger le bénéficiaire de la garantie contre toute sélection des risques, cette protection ne pouvant être assurée que dans le cadre du maintien de la couverture ;

Attendu certes que ce maintien, même en contrepartie d'une hausse tarifaire pouvant s'élever jusqu'à 50 %, n'est pas sans générer un risque de déséquilibre du régime en vigueur dans l'entreprise, au vu notamment d'une consommation médicale généralement plus élevée pour les retraités; que cependant, créée par un texte spécial, il ne peut être considéré comme contraire au code de la mutualité ou aux principes de mutualisation et de solidarité ;

Attendu en l'espèce, que les modalités du maintien de la couverture et les conditions tarifaires ont été instituées par un avenant au contrat collectif signé le 7 janvier 1999 par la société CST FRANCE, prévoyant que la couverture frais médicaux est maintenue "sur la base du régime le plus proche de celui prévu par le présent contrat collectif et obligatoire" aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi, et les cotisations de ceux-ci ne seront pas supérieures de plus de 50 % aux cotisations applicables aux salariés actifs ; que lors de son départ de l'entreprise, la MICILS a proposé à Monsieur Azoulay un contrat "Santé 500" ;

Attendu que la comparaison des garanties offertes par les deux contrats, Santé 1000 et Santé 500 fait apparaître que si les risques couverts sont les mêmes (soins médicaux, courants, hospitalisation, dentaire, optique, autres), l'étendue de la couverture est différente puisque le régime Santé 1000 garantit le remboursement des frais réels pour la plupart sans plafond, et que le régime Santé 500 prend en charge les frais de santé dans la limite d'un pourcentage par rapport au tarif conventionnel ou au plafond de la Sécurité Sociale ; qu'en particulier, le remboursement des frais d'optique est très inférieur dans le contrat Santé 500 ; que des lors, à supposer même que l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 ne prévoit que le maintien de garanties "similaires", le contrat Santé 500 ne répond pas à cette exigence ; que la comparaison effectuée par la MICILS des remboursements procurés par les deux contrats au vu des frais de santé exposés par Monsieur Azoulay au cours de la période du 1^{er} janvier 2003 au 30 juin 2008 n'est pas significative, puisque d'une part, bénéficiant de garanties moindres, Monsieur Azoulay a pu réduire ses dépenses de santé, d'autre part certaines garanties comme les frais d'optique sont inférieures ; qu'en outre, la MICILS ne peut, sans contradiction, affirmer à la fois que le maintien de la couverture est financièrement irréalisable et que les remboursements résultant des deux contrats sont sensiblement équivalente ;

Attendu qu'il est indifférent qu'en obtenant gain de cause, Monsieur Azoulay bénéficie d'une garantie supérieure à celle qu'il aurait eue s'il était resté salarié de l'entreprise CST, dès lors que cette situation est générée par une exigence légale prévoyant le maintien de la couverture "sans condition de durée" ;

Attendu que la fermeture à la commercialisation du contrat Santé 1000 à l'initiative de la MICILS n'est pas de nature à la dispenser de l'exécution de son obligation légale ;

Attendu en conséquence, que le jugement doit être confirmé en ce qu'il a condamné la MICILS à maintenir à Monsieur Azoulay la garantie frais médicaux dont il bénéficiait en vertu du contrat collectif dénommé "MICILS Santé 1000", sans qu'il y ait lieu d'appliquer les modifications et plafonnements de garantie intervenus depuis 2002 ou celles à intervenir par décision des instances de la mutuelle ;

Attendu par contre que le maintien de la couverture ne peut profiter aux ayants droit de Monsieur Azoulay, puisque l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 ne vise que les anciens salariés et que le maintien au profit des ayants droit n'est prévu qu'en cas de décès de l'assuré pendant une durée minimale de douze mois, à condition que les intéressés en fassent la demande ;

Attendu que conformément à la demande de la MICILS, Monsieur Azoulay doit se voir imposer les modifications exigées par les dispositions légales et réglementaire, imposées à l'ensemble des assurés sociaux (non prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro, interdiction de prendre en charge certains dépassements d'honoraires et certaines dépenses (franchises médicales), notamment en cas d'absence de respect du parcours de soin du médecin traitant, etc... ;

Attendu que la tarification pourra évoluer dans la limite de 50 % fixée par les dispositions réglementaires ;

Attendu que dès lors que la MICILS a obtenu gain de cause devant la précédente juridiction d'appel, il ne peut être considéré qu'elle a fait dégénérer en abus son droit de résister aux prétentions adverses ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu à application de l'article 700 du Code de procédure civile;

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Confirme le jugement entrepris,

Y ajoutant,

Dit que le maintien de la couverture ne peut profiter aux ayants droit de Monsieur Azoulay,

Dit que ce dernier doit se voir imposer les modifications imposées par les dispositions légales et réglementaires à l'ensemble des assurés sociaux,

Dit que la tarification ne pourra évoluer que dans la limite de 50 % fixée par les dispositions réglementaires,

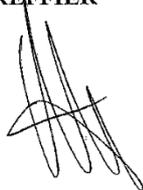
Déboute la mutuelle MICILS du surplus de ses demandes,

Déboute Monsieur Azoulay de sa demande de dommages intérêts,

Dit n'y avoir lieu à application de l'article 700 du Code de procédure civile,

Condamne la mutuelle MICILS aux dépens, y compris ceux afférents à l'arrêt cassé, avec, pour ceux exposés devant la Cour de renvoi, droit de recouvrement direct par Maître de Fourcroy, avoué.

LE GREFFIER



LE PRÉSIDENT



- **Annexe n. 6 : Article 1102 Code civil**

Article 1102

- Modifié par [Ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016 - art. 2](#)

Chacun est libre de contracter ou de ne pas contracter, de choisir son cocontractant et de déterminer le contenu et la forme du contrat dans les limites fixées par la loi.

La liberté contractuelle ne permet pas de déroger aux règles qui intéressent l'ordre public.

- **Annexe n. 7 : Article 83 Code général des impôts**

Article 83

- Modifié par [Décret n°2019-559 du 6 juin 2019 - art. 1](#)

Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés :

1° Les cotisations de sécurité sociale, y compris :

a) Les cotisations d'assurance vieillesse versées en exercice des facultés de rachat prévues aux [articles L. 351-14-1](#) du code de la sécurité sociale, [L. 9 bis](#) du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que celles prévues par des dispositions réglementaires ayant le même objet prises sur le fondement de [l'article L. 711-1](#) du code de la sécurité sociale ;

b) Les cotisations versées aux régimes de retraite complémentaire mentionnés au [chapitre Ier](#) du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale ;

c) Les cotisations au régime public de retraite additionnel obligatoire institué par [l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003](#) portant réforme des retraites ;

1° 0 bis Les cotisations versées conformément aux dispositions du règlement CEE n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ou conformément aux stipulations d'une convention ou d'un accord international relatif à l'application des régimes de sécurité sociale ;

1° bis (Abrogé)

1° ter (Abrogé à compter de l'entrée en vigueur de la [loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002](#)).

1° quater Les cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs, au sens du sixième alinéa de l'article [L. 242-1](#) du code de la sécurité sociale, à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations ou les primes mentionnées au premier alinéa s'entendent, s'agissant des cotisations à la charge de l'employeur, de celles correspondant à des garanties autres que celles portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les cotisations à la charge de l'employeur correspondant à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sont ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination des bases d'imposition.

Les cotisations ou les primes déductibles en application des premier et deuxième alinéas le sont dans la limite d'un montant égal à la somme de 5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article [L. 241-3](#) du code de la sécurité sociale et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du plafond précité. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération.

2° Les cotisations ou primes versées aux régimes de retraite supplémentaire, y compris ceux gérés par une institution mentionnée à [l'article L. 370-1](#) du code des assurances pour les contrats mentionnés à [l'article L. 143-1](#) dudit code lorsqu'ils ont pour objet l'acquisition et la jouissance de droits viagers, auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire, ainsi que les cotisations versées, à compter du 1er janvier 1993, à titre obligatoire au régime de prévoyance des joueurs professionnels de football institué par la charte du football professionnel.

Les cotisations ou les primes mentionnées à l'alinéa précédent sont déductibles dans la limite, y compris les versements de l'employeur, de 8 % de la rémunération annuelle brute retenue à concurrence de huit fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération ;

La limite mentionnée au deuxième alinéa est réduite, le cas échéant, des sommes versées par l'entreprise ou le salarié au plan d'épargne pour la retraite collectif défini aux [articles L. 3334-1 à L. 3334-16](#) du code du travail et exonérées en application du 18° de [l'article 81](#) ;

2°-0 bis Par dérogation aux 1° quater et 2° et jusqu'à l'imposition des revenus de 2008, les dispositions du 2° dans leur rédaction en vigueur jusqu'à l'imposition des revenus de 2003 continuent de s'appliquer, si elles sont plus favorables, aux cotisations ou primes versées aux régimes de retraite et de prévoyance complémentaires auxquels le salarié était affilié à titre obligatoire avant le 25 septembre 2003, pour leur taux en vigueur avant la même date ;

2°-0 ter Dans les limites prévues au quatrième alinéa du 1° quater, les cotisations versées aux régimes de prévoyance complémentaire et, dans les limites prévues aux deuxième et troisième alinéas du 2°, les cotisations versées aux régimes de retraite complémentaire répondant aux conditions fixées à l'article 3 de la directive 98/49/ CE du Conseil du 29 juin 1998 relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire des travailleurs salariés et non salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ou à celles prévues par les conventions ou accords internationaux de sécurité sociale, auxquels les personnes désignées au 1 du I de [l'article 155 B](#) étaient affiliées ès qualités dans un autre Etat avant leur prise de fonctions en France. Les cotisations sont déductibles jusqu'au 31 décembre de la huitième année suivant celle de leur prise de fonctions ;

2°-0 quater La contribution prévue à [l'article L. 137-11-1](#) du code de la sécurité sociale dans la limite de la fraction acquittée au titre des premiers 1 000 € de rente mensuelle ;

2° bis Les contributions versées par les salariés en application des dispositions de [l'article L. 5422-9](#) du code du travail et destinées à financer le régime d'assurance des travailleurs privés d'emploi ;

2° ter (Abrogé).

2° quater (Abrogé).

2° quinquies (Abrogé).

3° Les frais inhérents à la fonction ou à l'emploi lorsqu'ils ne sont pas couverts par des allocations spéciales.

La déduction à effectuer du chef des frais professionnels est calculée forfaitairement en fonction du revenu brut, après défalcation des cotisations, contributions et intérêts mentionnés aux 1° à 2° ter ; elle est fixée à 10 % du montant de ce revenu. Elle est limitée à 12 502 € pour l'imposition des rémunérations perçues en 2018 ; chaque année, le plafond retenu pour l'imposition des revenus de l'année précédente est relevé dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

Le montant de la déduction forfaitaire pour frais professionnels ne peut être inférieur à 437 €, sans pouvoir excéder le montant brut des traitements et salaires. Cette disposition s'applique séparément aux rémunérations perçues par chaque membre du foyer fiscal désigné aux 1 et 3 de l'article 6.

La somme figurant au troisième alinéa est révisée chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

Les bénéficiaires de traitements et salaires sont également admis à justifier du montant de leurs frais réels, soit dans la déclaration visée à [l'article 170](#), soit sous forme de réclamation adressée au service des impôts dans le délai prévu aux [articles R* 196-1 et R* 196-3](#) du livre des procédures fiscales. Le montant des frais réels à prendre en compte au titre de l'acquisition des immeubles, des véhicules et autres biens dont la durée d'utilisation est supérieure à un an s'entend de la dépréciation que ces biens ont subie au cours de l'année d'imposition.

Sont assimilées à des frais professionnels réels les dépenses exposées en vue de l'obtention d'un diplôme ou d'une qualification professionnelle dans la perspective d'une insertion ou d'une conversion professionnelle par les personnes tirant un revenu de la pratique d'un sport.

Les frais de déplacement de moins de quarante kilomètres entre le domicile et le lieu de travail sont admis, sur justificatifs, au titre des frais professionnels réels. Lorsque la distance est supérieure, la déduction admise porte sur les quarante premiers kilomètres, sauf circonstances particulières notamment liées à l'emploi justifiant une prise en compte complète.

Lorsque les bénéficiaires de traitements et salaires optent pour le régime des frais réels, l'évaluation des frais de déplacement, autres que les frais de péage, de garage ou de parking et d'intérêts annuels afférents à l'achat à crédit du véhicule utilisé, peut s'effectuer sur le fondement d'un barème forfaitaire fixé par arrêté du ministre chargé du budget en fonction de la puissance administrative du véhicule, retenue dans la limite maximale de sept chevaux du type de motorisation du véhicule, et de la distance annuelle parcourue.

Lorsque les bénéficiaires mentionnés au huitième alinéa ne font pas application dudit barème, les frais réels déductibles, autres que les frais de péage, de garage ou de parking et d'intérêts annuels afférents à l'achat à crédit du véhicule utilisé, ne peuvent excéder le montant qui serait admis en déduction en application du barème précité, à distance parcourue identique, pour un véhicule de la puissance administrative maximale retenue par le barème.

Les frais, droits et intérêts d'emprunt versés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions d'une société ayant une activité industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale dans laquelle le salarié ou le dirigeant exerce son activité professionnelle principale sont admis, sur justificatifs, au titre des frais professionnels réels dès lors que ces dépenses sont utiles à l'acquisition ou à la conservation de ses revenus. Les intérêts admis en déduction sont ceux qui correspondent à la part de l'emprunt dont le montant est proportionné à la rémunération annuelle perçue ou escomptée au moment où l'emprunt est contracté. La rémunération prise en compte s'entend des revenus mentionnés à l'[article 79](#) et imposés sur le fondement de cet article. La fraction des versements effectués au titre des souscriptions ou acquisitions de titres donnant lieu aux réductions d'impôt prévues aux articles 199 terdecies-0 A ou 199 terdecies-0 B, ainsi que les souscriptions et acquisitions de titres figurant dans un plan d'épargne en actions défini à l'[article 163 quinquies D](#) ou dans un plan d'épargne salariale prévu au [titre III](#) du livre III de la troisième partie du code du travail, ne peuvent donner lieu à aucune déduction d'intérêts d'emprunt.

NOTA :

Modification effectuée en conséquence de l'article 2-I-2° a de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018.

- **Annexe n. 8 : Loi n. 89-1009 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, Article 4, 31 décembre 1989**

Article 4 En savoir plus sur cet article...

- Modifié par [LOI n°2013-504 du 14 juin 2013 - art. 1 \(V\)](#)

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

1° Au profit des 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;

2° Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

NOTA :

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 10 : les dispositions de l'article 4 sont d'ordre public et s'appliquent quelle que soit la loi qui régit le contrat.

Conformément à l'article 1er XI de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, les dispositions de la dernière phrase du 1° ainsi que celles de la dernière phrase du 2° entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2014.

- **Annexe n. 9 : Décret n. 2017-372, 21 mars 2017, JO 23 mars**

Article 1 [En savoir plus sur cet article...](#)

L'article 1er du décret du 30 août 1990 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 1.-Les tarifs applicables aux personnes mentionnées à l'[article 4 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée](#) sont plafonnés, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

« 1° La première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

« 2° La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

« 3° La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. »

Article 2 [En savoir plus sur cet article...](#)

Les dispositions du présent décret s'appliquent aux contrats souscrits ou aux adhésions intervenues à compter du 1er juillet 2017.

Article 3 [En savoir plus sur cet article...](#)

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 21 mars 2017.

Bernard Cazeneuve

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol Touraine

Le ministre de l'économie et des finances,

Michel Sapin

- **Annexe n. 10 : Loi n. 89-1009 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, Article 10, 31 décembre 1989**

Article 10 [En savoir plus sur cet article...](#)

- Modifié par [LOI n°2010-1330 du 9 novembre 2010 - art. 26](#)

Les articles 2,4,7,9 et 31 sont des dispositions d'ordre public et s'appliquent quelle que soit la loi régissant le contrat.