

Protection sociale

1611 Maintien de la couverture frais de santé en faveur des anciens salariés

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.

Cass. 2^e civ., 7 févr. 2008, n° 06-15.006, FS P+B+R, Azoulay c/ Mutuelle Micils, venant aux droits du groupe Apicil Arcil : JurisData n° 2008-042659

LA COUR – (...) Sur le moyen unique, pris en ses deux premières branches :
Vu l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

- Attendu, selon l'arrêt attaqué, que la société CST France a souscrit auprès de la Mutuelle Micils (l'assureur) un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, dénommé « Santé 1 000 », pour son personnel cadre et assimilé ; qu'un avenant au contrat collectif prévoyant les modalités du maintien de la couverture et ses conditions tarifaires pour les anciens salariés et les ayants droit d'un assuré décédé a été signé le 7 janvier 1999 ; que licencié le 31 janvier 2002, M. Azoulay a demandé le maintien intégral à titre individuel de la couverture santé et décès dont il bénéficiait en sa qualité de salarié de la société CST France ; que l'assureur ayant proposé pour la couverture des frais de santé un contrat dénommé « Santé 500 », M. Azoulay l'a assigné afin qu'il soit notamment condamné à maintenir les garanties prévues au contrat « Santé 1 000 » ;
- Attendu que pour débouter M. Azoulay de ses demandes, l'arrêt énonce que l'avenant du 7 janvier 1999 au contrat collectif stipule que « la couverture des frais médicaux est maintenue sur la base du régime le plus proche de celui prévu par le contrat collectif et obligatoire » et que l'assureur démontre, par la production d'un tableau comparatif, que les garanties offertes par le contrat Santé 500, à l'exception des frais d'optiques, sont très proches de celles du contrat Santé 1 000 ;
- Qu'en statuant ainsi alors 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, la cour d'appel a violé le texte susvisé ;

Par ces motifs (...): Casse et annule, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 9 mars 2006, entre les parties, par la cour d'appel de Lyon ; (...) les renvoie devant la cour d'appel de Lyon, autrement composée (...).
M. Gillet, prés., M^{me} Nicolétis, rapp., M. Lautru, av. gén. ; SCP Waquet, Farge et Hazan, SCP Gatineau, av.

NOTE

La loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi *Évin* a essentiellement réglementé et organisé des pratiques anciennes et disparates en matière de protection sociale complémentaire des régimes légaux de sécurité sociale (*H. Groutel, Les assureurs et le titre 1^{er} de la loi du 31 décembre 1989 sur la prévoyance complémentaire : Resp. civ. et assur. 1990, chron. 4 ; Ph. Laigre et J. Barthélémy, La loi prévoyance : JCP G 1990, I, 15725 ; Ph. Laigre, La loi prévoyance : Dr. soc. 1990, p. 370 ; F. Berdot, L'assurance de groupe après les réformes législatives du 31 décembre 1989 : RGAT 1990, p. 774*), avec pour finalité majeure le souci d'organiser un régime très protecteur au bénéfice des assurés (*P.*

Sargos, Le droit au maintien des prestations et des garanties dans l'assurance prévoyance collective : JCP G 2001, I, 363 ; L. Lautrette, D. Piau, Le maintien des obligations d'assurance en prévoyance collective : Dr. soc. 2007, p. 853).

La Cour de cassation procède ces dernières années à l'élaboration d'une construction jurisprudentielle destinée à donner toute sa force à la volonté du législateur en la matière.

Parmi les dispositifs mis en place par la loi, l'un d'entre eux avait jusqu'alors donné lieu à peu de contentieux, et commence à faire sentir ses pleins effets. Il s'agit du **maintien des couvertures en cas de rupture du contrat de travail** prévu par l'article 4 de la loi *Évin*.

Cet article met à la charge de l'organisme assureur (cf. arrêts définitifs de la cour d'appel de Douai en date du 31 mai 2007 dans quatre affaires *Arcelor c/ Martin et autres*, qui a mis l'employeur hors de cause au motif que la demande de l'ex-salarié portait sur une relation contractuelle bilatérale entre l'assureur et le retraité : *JCP E 2007, 2530, chron. M. Delumeau*) à l'égard des anciens salariés, qu'ils soient bénéficiaires d'une couverture collective obligatoire ou facultative (*TI Martigues, 19 juin 2000, Marion c/ SA Tailleur Industrie, n° 16-99-000509, non publié*) l'obligation :

- de maintenir aux anciens salariés les garanties prévues au contrat des actifs dans les limites tarifaires fixées par le décret ;
- de faire figurer – au moins dans le contrat d'assurance (et dans la notice) – la faculté et les conditions du maintien de garantie.

1. Les principes posés par l'article 4 de la loi *Évin*

Le texte de l'article 4 précise que le contrat ou la convention doit prévoir : « les modalités et les conditions tarifaires des **nouveaux** contrats par lequel l'organisme **maintient** sa couverture... ».

Le rapport de droit qui lie l'assureur à l'ancien salarié n'est donc pas le prolongement du contrat collectif des actifs mais bien un nouveau contrat d'assurance individuel à adhésion facultative, distinct du contrat groupe des actifs.

Il ne peut s'agir d'un nouveau contrat collectif (faute d'instrument juridique approprié) même s'il est géré au sein des organismes comme un « contrat groupe ouvert » spécifique aux retraités. Il s'ensuit que les mécanismes juridiques de modification des garanties et tarifs des anciens salariés (opposabilités, informations, accords des parties, etc.) sont ceux applicables aux modifications des couvertures individuelles.

Dès lors que le contrat des actifs est juridiquement déconnecté de celui des retraités, on peut se demander quelle définition donner au contenu des garanties dont doivent bénéficier les anciens salariés ou leurs ayants droit : identité de garantie, similitude ou différence ?

En effet, le texte de l'article 4 précise seulement que le contrat ou la convention doit prévoir les modalités et les conditions tarifaires par lesquelles l'organisme maintient cette couverture.

L'affaire ayant donné lieu à l'arrêt commenté est d'autant plus intéressante que l'entreprise avait modifié la couverture collective santé de ses salariés postérieurement au départ de son salarié.

Les nouvelles garanties santé prévues au sein de l'entreprise s'avéraient être moins favorables que les anciennes garanties... mais également que la couverture individuelle dont bénéficiait l'ancien salarié.

Dans cette affaire, un salarié bénéficiait d'une couverture collective santé et décès dénommée "santé 1 000", souscrite par son employeur auprès d'un assureur.

En 1999, l'entreprise et cet assureur concluent un avenant au contrat collectif pour prévoir les modalités du maintien de la couverture et ses conditions tarifaires pour les anciens salariés et les ayants droit. Cette convention prévoit le maintien de la couverture sur la base du régime le plus proche de celui prévu par le contrat collectif.

Licencié en janvier 2002, le salarié demande le maintien intégral de la couverture. L'assureur lui propose une couverture dénommée "Santé 500", qui serait la couverture la plus proche de celle dont il bénéficiait parmi celles proposées à la souscription par l'assureur au moment de sa demande.

Après avoir accepté cette couverture, l'ancien salarié saisit la justice pour bénéficier strictement de la même couverture que celle dont il bénéficiait avant son licenciement.

L'article 4 de la loi *Évin* impose que la convention entre l'entreprise et l'assureur d'une telle couverture santé prévienne les conditions dans lesquelles "l'organisme maintient cette couverture". La question posée à la Cour de cassation était de donc de savoir si la notion de "maintien" doit s'interpréter de façon stricte ou non.

Pour faire valoir la notion d'équivalence des prestations, l'assureur mettait en avant, d'une part, que le contrat "Santé 1 000" n'a jamais été proposé aux particuliers, et le fait qu'il n'est plus proposé à de nouveaux souscripteurs depuis janvier 2000, d'autre part, qu'il a été remplacé par un contrat "Santé 400", pour l'ancien employeur du salarié, depuis son départ, et enfin que ce dernier contrat prévoit des garanties moindres que celles du contrat "Santé 500" qui a été proposé au salarié.

Le tribunal de grande instance de Lyon puis la cour d'appel de Lyon avaient considéré que la loi laisse au contrat le soin de préciser les modalités de ce maintien, autorisant ainsi une certaine latitude à l'organisme assureur, à la condition que cette couverture soit de nature **sensiblement similaire** à celle du contrat collectif.

La Cour de cassation sanctionne sévèrement cette analyse au motif que :

« (...) 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 groupe souscrite par l'employeur pour la garantie frais de santé (...) » (V. aussi *JCP S 2008, 1227, note F. Kessler et Y.-É. Logeais*).

L'attendu ne laisse place à aucun doute : la couverture doit être **identique** à celle dont bénéficiait le salarié au moment de son départ de l'entreprise.

Par cet attendu, la Cour entend clairement, par un arrêt rendu en formation solennelle et destiné à être publié au rapport annuel, imposer une identité des garanties proposées dans la couverture de l'ancien salarié à celle dont il bénéficiait dans le cadre de sa couverture collective au moment de son départ de l'entreprise.

2. La difficile articulation des principes posés avec la pratique assurantielle

Cet arrêt qui s'inscrit dans un mouvement général de renforcement de la protection des assurés par la jurisprudence (V. not. *Cass. soc.*, 16 janv. 2007, *Mozet c/ AXA - UAP* ; *Dr. soc.* 2007, p. 500, note J. Barthélémy. - J. Duplat, *La prévoyance collective et la notion de prestation différée* : *Semaine sociale Lamy* 5 févr. 2007, n° 1293, p. 8), ne va pas sans poser d'épineux problèmes dans la pratique.

En effet, l'on sait également que le texte de l'article 4 précise 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 ».

La notion de « **tarif global** » en référence duquel est fixé le seuil maximal d'augmentation des tarifs ne fait l'objet d'aucune définition.

En l'absence de définition légale il est communément admis que la notion de tarif global vise le tarif moyen, c'est-à-dire le montant global des primes versées pour les actifs couverts par le contrat collectif, divisé par le nombre d'actif.

Une telle méthode de calcul a pour conséquence de neutraliser les différences de cotisations qui varient selon les situations de famille ou le régime de base de rattachement.

Elle a pour conséquence de majorer la limite de 150 % (*D. n° 90-769, 30 août 1990, art. 1^{er}*) pour les salariés dont les cotisations en période d'activité étaient inférieures au tarif moyen. À l'inverse elle profite aux salariés qui payaient une cotisation plus élevée, lesquels vont ainsi bénéficier d'une diminution de leurs cotisations.

Toutefois, on suppose - par analyse de bon sens plutôt que par exégèse du texte - que le tarif de chaque année appliqué aux inactifs ou ayants droit d'un salarié décédé doit être comparé au tarif de la même année appliqué aux actifs.

Il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du respect des règles tarifaires (*Cass. 2^e civ.*, 10 juin 2004, *Marcoux c/ APACIF et AGIPI* : *Resp. civ. et assur.* 2004, comm. 309).

Cette double obligation, de maintien de l'identité des couvertures, d'une part, et de limitation de la tarification, d'autre part, constitue un véritable dilemme pour les organismes assureurs.

En effet, la grande majorité des organismes assureurs, en raison des incidences notamment financières des obligations de l'article 4, a élaboré des contrats standards destinés aux inactifs quittant l'entreprise avec des garanties remodelées pour tenir compte de la particularité des besoins de cette population.

Or, les branches et les entreprises disposent de garanties santé qui sont rarement identiques (où une couverture collective obligatoire de branche peut être complétée par une couverture complémentaire facultative d'entreprise).

En outre, les garanties santé au sein d'une branche ou d'une entreprise sont destinées à évoluer au cours du temps.

Ce double constat rend difficile l'élaboration par l'organisme assureur de contrats standards pour les anciens salariés dès lors qu'ils doivent garantir aux anciens salariés une couverture identique à celle dont ils bénéficiaient au moment de leur départ de l'entreprise.

Par ailleurs, si une convention collective modifiée peut imposer collectivement aux salariés une baisse de leurs garanties, il n'est pas possible à l'assureur d'imposer unilatéralement une telle modification à l'assuré d'un contrat individuel.

L'ancien salarié qui a le droit à une couverture identique à celle dont il bénéficiait au moment de son départ de l'entreprise ne verra pas, sur la durée, sa couverture évoluer de la même façon et au même rythme que celle des salariés actifs.

Il en sera de même en ce qui concerne la modification de la tarification de la couverture : l'organisme assureur ne peut augmenter

ultérieurement le tarif d'un assuré en se fondant sur son état de santé. Si l'organisme souhaite augmenter les tarifs d'un type de contrat ou de garantie, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que l'organisme assureur pratique des tarifs différents en fonction de l'âge de l'assuré dès lors que les mêmes tarifs sont appliqués à l'ensemble des assurés ayant le même âge pour la même garantie.

Or, dès lors que l'organisme assureur doit mettre en place des garanties identiques à celles dont le salarié bénéficiait au moment de son départ de l'entreprise, comment pourra-t-il gérer dans le temps une telle évolution tant des prestations que des cotisations sur des garanties qui seront par définition différentes en fonction de l'origine des anciens salariés et de la période à laquelle ils auront quitté leur dernier employeur ?

Enfin, le maintien à l'identique de la garantie des prestations en nature, fût-ce en contrepartie d'une augmentation maximale de 50 %, pose des problèmes aux assureurs qui ne manquent pas de faire observer que ce plafonnement ne leur permet pas de faire supporter à ces personnes, devenues des adhérents à titre individuel, le coût réel de leurs risques.

En effet, la consommation médicale augmente avec l'âge ou avec l'état d'invalidité de l'assuré. En outre, la nature des risques à prendre en charge connaît de profondes modifications avec le vieillissement. La surcharge en résultant risque d'être reportée sur les actifs, ce qui, selon la composition du groupe, peut conduire à une forte augmentation de leurs cotisations.

S'il n'est pas possible d'augmenter la tarification des retraités, il est à prévoir que l'assureur jouera sur le tarif des actifs pour parvenir à équilibrer le poids des retraités.

À terme, le déséquilibre du rapport actifs/inactifs – qui devrait encore s'accroître – risque d'avoir un effet dissuasif sur les partenaires sociaux quant à la création ou l'amélioration des couvertures collectives en santé.

Il n'est en outre pas certain que les assurés y trouvent leur intérêt : la spécificité des besoins en frais de santé qu'ils présentent, ne sera pas forcément couverte par les garanties dont ils bénéficiaient quand ils étaient actifs.

Sauf à ce que, par cet arrêt, la Cour de cassation ait voulu réaliser une pierre deux coups en obligeant les branches, car il est difficile de concevoir la viabilité économique d'un tel mécanisme à un autre niveau de celui de la branche, à négocier en vue de l'élaboration d'instruments juridiques appropriés ?

On notera à cet égard que l'accord du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail a prévu, dans le cadre de la portabilité de certains droits, la possibilité pour les anciens salariés de conserver le bénéfice de garanties de couvertures complémentaire santé et prévoyance appliquée dans leur ancienne entreprise pendant leur période de chômage. Le financement du maintien de ces garanties devant être assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les mêmes proportions qu'antérieurement ou par un système de mutualisation défini par accord collectif (ANI, art. 14 ; V. J. Barthélémy, *La portabilité des garanties collectives de prévoyance* : Dr. soc. 2008, p. 325).

L'on sait que la Cour de cassation – qui avait déjà validé les clauses de désignation (Cass. soc., 8 mars 1994, SA Bayer France c/ IRPVRP –

INPR et AGIRC) – vient d'aller plus loin et de valider les **clauses de migration**, renforçant encore les moyens des branches professionnelles de contraindre ceux de leurs membres qui refusent de s'affilier au régime de branche au motif qu'ils sont déjà couverts par un régime équivalent auprès d'un autre assureur (Cass. soc., 10 oct. 2007, FFSA/CAPRICEL-OCIRP, FS P+B : Dr. soc. 2007, p. 1331, obs. J. Barthélémy ; V. S. Millet, *L'impossible résistance des entreprises aux systèmes de mutualisation des risques* : JCPS 2007, 1906 ; J. Barthélémy, *Quand les entreprises n'ont pas le choix de leur organisme de prévoyance* : Les Cahiers du DRH oct. 2007, p. 39).

La convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique a ainsi conclu le 22 Juin 2007 deux accords collectifs (accords du 22 juin 2007 relatifs au régime frais de soins de santé des anciens salariés et au régime de prévoyance des salariés) prévoyant la mise en place d'un fonds collectif abondé notamment par une cotisation supplémentaire supportée par les actifs (part employeur et part salariale) et destinée à financer une partie des cotisations des retraités qui bénéficient des mêmes garanties frais de santé que les actifs.

Cette solution permet ainsi dans le cadre d'une mutualisation au niveau de la branche d'assurer une véritable solidarité entre les actifs et les retraités s'agissant du régime frais de santé en leur garantissant les mêmes prestations, à une tarification régulée, et en faisant clairement peser le poids financier du dispositif sur les actifs.

Une difficulté notable subsiste toutefois : en cas de modification des garanties santé des actifs par la convention collective, ces modifications ne pourront pas s'imposer aux retraités bénéficiant déjà d'une couverture. Ce point est de nature à fragiliser la pérennité d'un tel système (notamment en cas de modification significative de la population des actifs de la branche), sauf à donner aux partenaires sociaux les moyens d'agir également sur le contenu de la couverture collective des retraités dans le cadre de l'article 4 de la loi Évin (ils ont déjà le pouvoir d'agir sur la retraite complémentaire, Cass. soc., 23 nov. 1999, AGIRC : Dr. soc. 2000, p. 322. – Cass. soc., 31 mai 2001, AGIRC : Dr. soc. 2001, p. 744).

Cela permettrait de donner pleinement son sens à la volonté qui avait animé le législateur en 1989, laquelle aura alors mis près de 20 ans à se concrétiser.

Laurence LAUTRETTE,
avocate associée,
cabinet Laurence Lautrette & Associés,
réseau Jacques Barthélémy & Associés
Dominique PIAU,
avocat,
cabinet Laurence Lautrette & Associés,
réseau Jacques Barthélémy & Associés

MOTS-CLÉS : Institutions de prévoyance - Garanties collectives - Maintien de la couverture frais de santé - Ancien salarié : portée de la loi Évin n° 89-1009, 31 déc. 1989

Institutions de prévoyance - Protection sociale complémentaire - Protection complémentaire santé - Ancien salarié : maintien des garanties d'ordre public

Assurances (en général) - Assurance de groupe - Ancien salarié privé d'emploi - Maintien de la garantie des frais de santé

TEXTES : L. n° 89-1009, 31 déc. 1989, art. 4

JURISCLASSEUR : Protection sociale Traité, Fasc. 819