

La protection sociale des retraités

Mise à jour le 1/01/2016

1/ LA MUTUELLE

Les contrats de sortie de groupe

L'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 prévoit, sous certaines conditions, qu'un salarié partant à la retraite peut continuer à bénéficier de sa complémentaire santé d'entreprise et ainsi être remboursé de ses dépenses de frais de santé : consultations et actes médicaux, frais de pharmacie, forfait journalier hospitalier, optique, dentaire.

Un délai de 6 mois

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les organismes assureurs ont pour obligation d'adresser une proposition de maintien de la complémentaire santé à un ancien salarié, dans les deux mois suivant la cessation du contrat de travail ou de la fin de période de portabilité.

De son côté, le salarié parti à la retraite dispose de 6 mois pour demander le maintien de sa complémentaire santé à l'organisme assureur de son ancienne entreprise.

Trois conditions de mise en œuvre

- Le retraité paie la totalité de la cotisation.

En tant qu'actif, le salarié participait au maximum à 50 % de la cotisation de sa complémentaire santé, l'employeur prenant en charge les autres 50 %. Dans le cadre du maintien de la garantie, la cotisation peut augmenter dans la limite de 50 % du tarif pratiqué dans l'entreprise, au moment du départ à la retraite.

Par exemple, si le montant de la complémentaire santé s'élevait à 100 € (50 € part salarié + 50 € part employeur) au départ du salarié, la cotisation due par le retraité ne pourra pas être supérieure à 150 €.

- Les ayants droit ne sont pas pris en charge.

Le conjoint et les enfants du retraité ne peuvent plus bénéficier de cette couverture santé.

- Les garanties sont figées.

Le retraité ne pourra pas faire évoluer dans le temps les garanties en fonction de son état de santé. Celles-ci ne changeront pas et pourront à terme ne plus correspondre à ses besoins.

Les contrats labellisés pour les plus de 65 ans

A compter du 1^{er} janvier 2017, des contrats de complémentaire santé labellisés seront proposés aux personnes âgées de 65 ans et plus. Ces contrats proposeront des garanties adaptées aux besoins de cette population à des prix accessibles.

Il y aura trois niveaux de garanties et des seuils de prix correspondants, qui vont être définis par décret. Les contrats conformes à ces exigences se verront délivrer un label les identifiant comme tels.

2/ LA DEPENDANCE :

Les institutions de prévoyance ont développé des contrats collectifs d'entreprise qui couvrent les salariés en cas de perte d'autonomie, l'assuré peut ainsi percevoir une rente viagère et la participation forfaitaire à l'équipement ou l'adaptation de son domicile.

Depuis le 1^{er} juin 2015, les anciens salariés qui viennent de quitter l'entreprise conservent, pendant un an maximum le bénéfice de leur couverture en dépendance, excepté pour les contrats annuels. Ce maintien des prestations s'applique également aux ayants droits de l'ancien salarié dans les mêmes conditions.

Qu'appelle-t-on dépendance ?

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale. Ces restrictions peuvent être causées par des troubles du comportement et / ou des atteintes physiques. La notion de dépendance est utilisée pour qualifier la perte d'autonomie liée au grand âge. Elle se distingue en cela du handicap.

Pour plus d'informations sur la définition de la dépendance, vous pouvez consulter le [glossaire sur l'Assurance dépendance du comité consultatif financier](#)

La prise en charge de la dépendance par le régime général

Les prestations et services destinés aux personnes en situation de dépendance sont aujourd'hui essentiellement financés par des dispositifs publics :

- l'assurance maladie, pour les prestations de santé,
- l'[allocation personnalisée d'autonomie \(APA\)](#), destinée aux personnes de plus de 60 ans et modulée en fonction du degré de dépendance,
- des aides au logement (aide personnalisée au logement, allocation de logement à caractère social) et à l'hébergement (aide sociale à l'hébergement),
- des avantages fiscaux (réduction d'impôt sur le revenu, exonération d'impôt sur l'APA, crédits d'impôt et TVA réduite sur les dépenses d'équipement, réduction d'impôt sur les services à la personne),
- les prestations de retraite et d'invalidité.

Les dépenses de prise en charge des 1,2 million des personnes âgées dépendantes s'élèvent en 2011 à 28,3 milliards d'euros, dont 25 % ne sont pas financées par des aides publiques.

Le coût de la dépendance est évalué à 1 938 € par mois en établissement, avec un reste à charge moyen des résidents de 1 468 €, net de l'aide publique totale moyenne de 470 €. Par ailleurs le « reste à vivre » des résidents apparaît en moyenne globalement négatif, à - 261 € par mois. C'est pourquoi les institutions de prévoyance ont développé des contrats collectifs d'entreprise qui couvrent les salariés en cas de dépendance.

Pour aller plus loin, vous pouvez consulter les [Chiffres clés de l'aide à l'autonomie](#) publiés annuellement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Les couvertures collectives en dépendance

Un employeur peut mettre en place dans une entreprise une garantie dépendance au bénéfice des salariés. Dans ce cas, en cas de perte d'autonomie due à l'âge, le salarié percevra une rente viagère. À la rente viagère peuvent s'ajouter des prestations complémentaires : capital pour l'aménagement du logement, accès à une plate-forme de services...

Le montant de la rente dépend du niveau de dépendance de l'assuré, déterminé en fonction de la [grille AGGIR](#) (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Les organismes assureurs peuvent cependant utiliser d'autres grilles d'évaluation, en complément ou à la place de cette grille, qui s'appuient sur les actes de la vie quotidienne (AVQ).

Il existe trois grands types de garanties collectives en matière de dépendance :

- Les premiers contrats sont des couvertures annuelles : le salarié perçoit une rente viagère si sa dépendance est constatée alors qu'il est encore salarié de l'entreprise. Il n'est plus couvert lorsqu'il quitte l'entreprise.
- Les couvertures viagères en rente autorisent l'assuré à percevoir une rente viagère en cas de dépendance, qu'il soit ou non encore salarié de l'entreprise lorsque la perte d'autonomie est constatée.
- Les couvertures viagères en points permettent au salarié d'obtenir des « points dépendance » en fonction de ses cotisations (tout comme il acquiert des points de retraite). Ces points seront transformés en rente viagère mensuelle si l'assuré se trouve en situation de dépendance.

Les deux dernières formes de contrats sont désormais privilégiées par les institutions de prévoyance depuis le milieu des années 2000, offrant un véritable engagement de prise en charge en cas de perte d'autonomie des salariés. Ainsi, en cas de départ de l'entreprise ou de départ à la retraite, il continue à bénéficier de la garantie qui lui est acquise. S'il quitte l'entreprise, il peut même continuer d'alimenter son compte à titre individuel ou dans le cadre de sa nouvelle entreprise. Depuis plusieurs années, les institutions de prévoyance ont également développé des garanties d'assistance pour les salariés "aidants" d'un proche (conjoint, parent, enfant), dans le cas d'une perte d'autonomie liée soit à un handicap soit à l'âge.

Source : CTIP