

20
11

Rapport annuel



CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

CTIP



sommaire

08



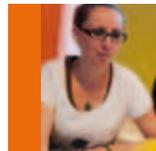
La gestion paritaire
et la négociation
collective

11



L'activité
des institutions de
prévoyance en 2011

15



L'actualité de
la protection sociale
complémentaire

23



L'action sociale

25



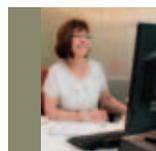
Les équilibres
financiers des institutions
en 2011

27



Le CTIP
en 2011

33



Les institutions
adhérentes au CTIP

Le CTIP remercie les collaborateurs des groupes de protection sociale pour leur participation au reportage photo utilisé pour ce rapport annuel.



Alain Tisserant, Président

Bernard Lemée, Vice-président

ENTRETIEN AVEC LES PRÉSIDENTS

Qualité et responsabilité au cœur de la gestion paritaire

L'Etat a doublé en 2011 la taxe s'appliquant aux complémentaires santé. Quel en a été l'impact pour les institutions de prévoyance et leurs clients ?

Alain Tisserant :

Il faut se rappeler qu'à l'origine la taxation était fonction du caractère lucratif ou non des organismes complémentaires. Depuis la loi de 2004, qui institue le contrat responsable, c'est désormais le produit qui est taxé et non plus le statut juridique de l'organisme complémentaire. Les avantages dont bénéficie le contrat responsable sont la contrepartie d'un parcours de soins lui-même bénéfique pour la sécurité sociale. Or, la taxation intervenue il y a trois ans a constitué une première mise en cause de cette logique. Son doublement à l'automne 2011, qui porte la taxe à 7 %, constitue un message très regrettable. Cette taxation est deux fois supérieure à celle des biens de première nécessité. Est-ce à dire que la complémentaire santé n'appartient pas à cette catégorie ?

Nous sommes évidemment conscients de la crise et des contraintes budgétaires. Mais le contrat collectif géré par les institutions de prévoyance est financé par les cotisations des salariés et des employeurs. Nous ne rémunérons pas d'actionnaires. Or, ces taxations à répétition pourraient remettre en cause cet équilibre.

Bernard Lemée :

Nous pouvons ajouter que ces taxations coïncident avec l'entrée en fiscalité des institutions de prévoyance et la perspective de Solvabilité 2 qui va obliger les institutions à mobiliser deux fois plus de fonds propres pour couvrir les mêmes risques. Or, les institutions de prévoyance sont des structures à but non lucratif. Elles n'ont que leurs résultats pour couvrir les risques. Tout prélèvement se répercute directement sur le niveau de leurs fonds propres et contribue à les fragiliser.

Dans le même temps, certains voudraient revoir les exonérations de cotisations dont bénéficient les contrats collectifs. Y a-t-il matière à s'inquiéter pour l'avenir des contrats collectifs ?

Bernard Lemée :

Pour commencer, rappelons que le principe des exonérations est de favoriser les contrats collectifs afin d'offrir une complémentaire santé à des millions de salariés. Le contrat collectif correspond à un modèle social auquel nous tenons et qui a démontré son efficacité sociale et économique

« En 2011 ce sont plus de 6 millions de salariés et leurs familles qui sont désormais assurés en santé au travers d'accords de branche »

puisqu'il est 30 % moins onéreux en moyenne qu'un contrat individuel. Vouloir réaliser des économies sur ce type de contrats, c'est tout simplement oublier leur raison d'être. Cette tentation revient, en outre, à considérer que les entreprises apporteront la même contribution quel que

soit le coût des complémentaires santé. Or, si l'on réduit l'exonération sur ces contrats, il est tout à fait possible que les entreprises procèdent à des arbitrages au sein de la masse salariale qui soient défavorables aux complémentaires santé comme le montre notre dernier baromètre de la prévoyance. Ce ne sont pas les alternatives qui manquent. Donc, dire que la suppression de l'exonération sur les contrats collectifs va rapporter plusieurs milliards équivaut à préjuger des choix des entreprises. Si les entreprises décident de moins financer la complémentaire santé en raison de son coût, ce sont les salariés qui seront pénalisés. Et ceci alors même que ces contrats sont en plein développement dans des entreprises de petite taille via les conventions collectives telles que la branche Hôtel Café Restaurant, la Coiffure ou encore la Charcuterie de détail. Ainsi, en 2011, ce sont plus de 6 millions de salariés et leur famille qui sont désormais assurés en santé au travers d'accords de branche.

Les frais de gestion des complémentaires sont également pointés du doigt. Qu'en pensez-vous ?

Alain Tisserant :

Méfions-nous des comparaisons trop rapides entre les frais de gestion des institutions de prévoyance et ceux de l'assurance maladie obligatoire (AMO). En effet, ni les périmètres, ni les missions ne sont les mêmes. On parle de deux marchés distincts et non comparables en taille, en nature et en montant de prestations. Par ailleurs, le calcul des frais de gestion pour l'AMO n'intègre pas les frais du recouvrement des cotisations dans les charges. De plus, ce calcul est réalisé sur un périmètre de prestations élargi à l'hôpital public alors même que celui-ci n'est pas géré par l'AMO. Il ne faut pas s'étonner, dès lors, d'arriver à un chiffre de frais de gestion pour le régime général de 4,2 %. À l'inverse, la taxe CMU de 5,9 % est étonnamment intégrée au calcul des frais de gestion des institutions de prévoyance. Donc, si l'on faisait des calculs avec des périmètres de gestion équivalents, nous obtiendrions des montants quasi simi-



lares pour l'AMO et les institutions de prévoyance. Précisons toutefois que ce qui différencie l'AMO des institutions de prévoyance ce sont aussi, dans un marché concurrentiel, les coûts d'acquisition des contrats alors que l'AMO est en situation de monopole. Ces coûts d'acquisition sont le prix à payer pour développer des services innovants qui échappent à la stricte équation cotisations/remboursements, notamment des systèmes de prévention. Enfin, les complémentaires santé interviennent fortement dans l'optique et le dentaire afin de limiter autant que possible la charge financière supportée par les assurés tout en apportant un service spécifique très apprécié par les bénéficiaires. Lorsqu'on met tout bout à bout, les institutions de prévoyance supportent très bien la comparaison avec l'assurance maladie obligatoire.

Concernant l'articulation entre le régime d'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, quelles pourraient être les pistes d'amélioration ?

Bernard Lemée :

L'assurance maladie obligatoire comme les complémentaires santé sont confrontées à un accroissement durable des dépenses de santé qui nous amène à nous interroger sur la meilleure façon

de maintenir le système. Sans doute devons-nous faire évoluer un modèle centré sur le couple dépenses/remboursements et réfléchir aux actions à mener entre l'assurance maladie obligatoire et les institutions de prévoyance afin de mieux maîtriser les dépenses. L'optimisation du parcours de soins constitue une première piste dès lors qu'on ne dégrade pas la qualité des prestations. Nous devons également développer la prévention. Les conclusions du rapport parlementaire sur la prévention sanitaire vont dans ce sens. D'ailleurs, l'expérimentation Vigisanté, mise en œuvre par des institutions de prévoyance, nous montre qu'il est possible de travailler en coordination avec le régime de base et les professionnels de santé. Pour continuer dans ce sens, il serait utile que les organismes complémentaires aient accès aux données statistiques. C'est en connaissant mieux les composantes de la dépense que nous pourrions agir avec le plus d'efficacité.

On parle beaucoup de réseaux de soins. Quelle est l'approche du CTIP sur cette question ?

Alain Tisserant :

Les réseaux de soins constituent l'un des outils les plus efficaces dont disposent les organismes complémen-

« C'est en connaissant mieux les composantes de la dépense que nous pourrions agir avec le plus d'efficacité. »



Comment les IP ont-elles traversé la crise et ont-elle toujours la solidité financière pour faire face à leurs engagements ?

Bernard Lemée :

D'abord, rappelons que les institutions de prévoyance ont traversé les crises grâce à la qualité de leur gestion paritaire et qu'elles ont toujours fait face à leurs engagements.

Depuis 2008, les institutions de prévoyance ont été confrontées, comme tous les organismes d'assurance, à une crise violente. Et, fin 2011, elles n'avaient eu à subir aucun sinistre majeur. Nous devons leur rendre hommage pour cela. Elles ont d'autant plus de mérite qu'il s'agit d'organismes à but non lucratif qui ne peuvent pas se tourner vers des actionnaires ou le marché pour se refinancer. En même temps, nous devons répéter que ce

résultat n'a pu être obtenu que parce que les institutions de prévoyance avaient les fonds propres nécessaires. Si leur situation avait été trop tendue ou si leur gestion avait été moins prudente, il y aurait très certainement eu des dégâts.

En conclusion, saluons le rôle du CTIP qui les

aide à surmonter ces défis en identifiant les enjeux de demain grâce à une veille permanente et en leur apportant un conseil à forte valeur ajoutée.

taires pour assurer une bonne adéquation entre les prestations de soins ou de biens médicaux et leur prix, notamment dans l'optique. L'objectif pour les institutions de prévoyance est non seulement de réduire le coût des soins de santé afin d'aboutir à un reste à charge minimal pour les assurés, mais également de proposer à ces derniers des prestations de grande qualité. Pour le professionnel, l'adhésion à un réseau équivaut à une sorte de charte par laquelle il s'engage à offrir des tarifs compétitifs pour une même qualité de service. Au final, grâce à ces réseaux qui se sont constitués, les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale approfondissent leur démarche de conseil et d'accompagnement de leurs assurés. Ainsi, ces dispositifs participent aujourd'hui à la bonne régulation et contribueront demain à la coordination des parcours de soins.

L'entrée en application de Solvabilité 2 approche : les institutions de prévoyance sont-elles prêtes ? Et quelles devraient être les conséquences de cette nouvelle réglementation, notamment en matière de gouvernance ?

Alain Tisserant :

Rappelons que les institutions de prévoyance n'ont pas attendu Solvabilité 2 pour anticiper ses effets. L'étude d'impact la plus récente, réalisée en 2010, montre qu'elles présentent

un taux moyen de couverture de marge équivalant à 2,5 fois celui de Solvabilité 2. Donc, oui, les institutions de prévoyance sont prêtes. Cela étant, le passage à Solvabilité 2 constitue une vraie révolution par rapport à la précédente réglementation dans la mesure où elle établit un lien plus direct entre le niveau de capital requis et la nature des risques supportés par les institutions de prévoyance. Ce n'est en effet pas la même chose de provisionner un risque santé sur une durée de douze mois et un risque d'invalidité qui court sur plus d'une dizaine d'années.

Solvabilité 2 attribue également d'importantes responsabilités à l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle. Mais cet organe n'est pas défini dans la directive afin de laisser à chaque État la liberté de l'adapter aux spécificités de son droit. Le CTIP considère que son organisation est lourde d'enjeux. Nous resterons donc vigilants pour que, dans ce cadre, soit prise en compte la gouvernance spécifique des institutions de prévoyance, à savoir la gestion paritaire qui a su prouver depuis de longues années son efficacité économique.

« Les institutions de prévoyance ont d'autant plus de mérite qu'il s'agit d'organismes à but non lucratif qui ne peuvent pas se tourner vers des actionnaires ou le marché pour se refinancer. »

Alain Tisserant
Président

Bernard Lemée
Vice-président



La gestion paritaire et la négociation collective

L'engagement des partenaires sociaux est au cœur de la prévoyance collective. Au niveau national, ils participent à l'élaboration de son cadre réglementaire. Dans les entreprises et dans les branches professionnelles, ils négocient la mise en place des garanties. Ils peuvent prolonger ce dialogue social en confiant la gestion des couvertures mises en œuvre à une institution de prévoyance.

La gestion paritaire des institutions de prévoyance

Grâce à leur expertise en matière de contrats collectifs, les institutions de prévoyance participent activement au renforcement du rôle de la protection sociale complémentaire. Pilotées par des représentants des employeurs et des salariés, elles gèrent les garanties de prévoyance complémentaire mises en place dans les branches professionnelles et les entreprises.

La proximité avec les entreprises

L'entreprise demeure un point central de l'organisation de la société. Les dispositifs collectifs de prévoyance matérialisent la continuité entre le travail et la protection sociale autour de la personne du salarié tout au long de sa vie.

Gérées paritairement, les institutions de prévoyance sont donc naturellement au contact des employeurs et des salariés. Cette proximité facilite l'adaptation permanente aux besoins de protection sociale et favorise une innovation au plus près des attentes en matière de services.

Servir l'intérêt des employeurs et des salariés

Les institutions de prévoyance, comme tout organisme d'assurance, sont soumises à des règles prudentielles très strictes.

N'ayant pas d'actionnaires à rémunérer, leurs résultats servent à renforcer la sécurité des engagements, à améliorer le niveau des garanties et l'offre de nouveaux services, et à développer une action sociale au bénéfice des salariés et de leurs familles.

La gestion paritaire des institutions de prévoyance garantit la prise en compte des intérêts de chacune des parties, employeurs et salariés, quels que soient le contexte ou l'environnement et au delà des réalités économiques et sociales propres à chaque secteur d'activité.

La négociation collective en prévoyance et complémentaire santé en 2011

En 2011, environ 150 accords ou avenants portant sur la prévoyance ou la santé ont été signés par les partenaires sociaux. Ce chiffre particulièrement élevé fait de la protection sociale complémentaire le 4^{ème} thème de négociation collective¹. Ce dynamisme s'explique essentiellement par la création de nouveaux régimes de branche et la poursuite de la transposition du dispositif de « portabilité » des garanties.

Les nouveaux régimes de prévoyance et de complémentaire santé

En 2011, trois branches professionnelles ont mis en place un nouveau

régime de prévoyance : industries des produits du sol, papiers/cartons et optique/lunetterie. Les deux premiers régimes couvrent l'ensemble des salariés en incapacité, invalidité, décès, rente éducation, obsèques ; celui de la branche « optique/lunetterie » concerne uniquement les salariés non cadres.

Cinq branches ont instauré un nouveau régime de complémentaire santé, dont les transports routiers et les fleuristes. Ces deux régimes couvrent l'ensemble des salariés de la branche, sans distinction de garantie entre les cadres et les non cadres. La convention collective des fleuristes laisse la possibilité à chaque entreprise d'opter pour un régime santé de « base » ou un régime santé « amélioré ».

Enfin, trois branches professionnelles ont instauré un nouveau régime complémentaire santé ainsi qu'un nouveau régime prévoyance : institutions de l'assurance chômage, promotion immobilière et aide/accompagnement/soins et services à domicile.

Au 1^{er} janvier 2012, 252 branches professionnelles sont équipées d'un régime de prévoyance. Parmi celles-ci, 60 ont mis en place un régime obligatoire de remboursement de frais de soins de santé qui couvrent plusieurs millions de salariés (cf. encadré p.10).

Concernant la dépendance, le rythme de la négociation collective a tendance à stagner. En 2010, huit branches professionnelles prévoyaient ce type de garantie. Ce chiffre n'a pas évolué en 2011.

La « portabilité » dans les branches professionnelles entre 2009 et 2011

Depuis le 1^{er} juillet 2009, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés licenciés qui le souhaitent de continuer à bénéficier de leurs garanties santé et prévoyance pendant leur période de chômage. La durée de ce maintien est limitée à neuf mois.

Plus de deux ans après son entrée en vigueur, le nombre de branches professionnelles ayant transposé ce dispositif a doublé entre fin 2009 et

« Au 1^{er} janvier 2012, 252 branches professionnelles sont équipées d'un régime de prévoyance. »

fin 2011 : 53 conventions collectives nationales (CCN) en 2009, 84 en 2010 et 100 en 2011 (soit 40 % de l'ensemble des CCN en prévoyance et santé). Dans plus de

80 % des cas, les cotisations des salariés en activité financent le maintien à titre gratuit des garanties prévoyance et santé des salariés licenciés (financement par mutualisation).

Plus de 13 millions de salariés couverts en prévoyance grâce à la négociation collective

Plus de 13 millions de salariés, représentant 70 % des salariés du secteur privé, bénéficient actuellement de garanties de prévoyance négociées dans 252 conventions collectives de branches professionnelles.

¹ Source : Rapport d'activité 2011 de la Commission des accords de retraite et de prévoyance (COMAREP).

Parmi celles-ci, 60 prévoient également une couverture en complémentaire santé, ce qui concerne plus de 3 millions de salariés.

En 2012, plus de 70 % des conventions collectives qui disposent d'un régime « prévoyance » couvrent à la fois les non cadres et les cadres. Ce constat est encore plus significatif pour les conventions collectives qui mettent en place un régime obligatoire complémentaire santé, puisque 95 % d'entre elles garantissent l'ensemble des salariés de la branche sans opérer de distinction de garanties.

Par ailleurs, la négociation collective va au delà des seuls accords de

branche puisque neuf accords « interbranches » couvrent en prévoyance près de 650 000 salariés relevant de branches distinctes mais qui appartiennent à un même secteur d'activité (ex : trois accords de l'enseignement public/privé ; intermittents du spectacle ; marine marchande ; production agricole ; remorquage maritime ; scieries et exploitations forestières ; transport).

Enfin, les garanties de prévoyance et santé peuvent également se négocier à un échelon territorial au sein d'un secteur professionnel :

36 accords régionaux ou départementaux du secteur de la métallurgie ont ainsi mis en place des régimes de prévoyance, majoritairement au profit des salariés non

cadres. Ces régimes couvrent environ 1,8 million de salariés au sein de 45 000 entreprises. Et, pour la première fois en 2011, les départements de l'Isère et

des Hautes-Alpes ont instauré des garanties frais de santé au profit des salariés de la métallurgie, sans distinction de garanties entre salariés cadres et non cadres (accord du 19 octobre 2011).

« En 2012, 95 % des conventions collectives prévoyant un régime santé garantissent sans distinction l'ensemble des salariés. »

Avantages des régimes prévoyance de branches professionnelles

Les régimes de prévoyance instaurés au sein d'une branche professionnelle présentent de nombreux avantages.

- Ils mettent en place un degré de solidarité élevé qui se caractérise notamment par le service de prestations égales pour toute une catégorie de salariés et dont les montants ne sont pas proportionnels aux cotisations. Une solidarité est ainsi créée entre les salariés les mieux rémunérés et ceux à plus faibles revenus qui, sans cette mutualisation, ne pourraient disposer d'une couverture sociale aussi étendue.
- L'affiliation des salariés d'une branche se fait sans considération d'âge, d'état de santé, ni d'examen médical préalable.
- Ces régimes offrent des garanties plus favorables à un meilleur coût en raison des économies d'échelle engendrées par la taille de la population couverte (principe de la mutualisation).
- Les entreprises d'une branche professionnelle, qui sont en concurrence les unes avec les autres, sont placées au regard du marché de l'emploi dans une situation d'égale attractivité. En effet, les TPE et PME disposent ainsi de garanties sociales aussi attractives que celles de grandes entreprises d'un même secteur d'activité.



L'activité des institutions de prévoyance en 2011

L'année 2011 a été marquée par une crise financière et monétaire majeure au sein de la zone euro, qui a enrayé la fragile reprise économique observée en 2010. À cela sont venus s'ajouter les effets des réformes réglementaires comme la mise en place de la taxe sur les garanties frais de soins de santé. Dans ce contexte difficile, les institutions de prévoyance sont parvenues à maintenir leur activité à un niveau semblable à l'an dernier. Les cotisations santé, affectées par la nouvelle taxe, affichent un léger recul tandis que la prévoyance décès et l'arrêt de travail sont en progression. Au prix d'un recul de leur marge de solvabilité, les institutions de prévoyance jouent encore leur rôle d'amortisseur social auprès des entreprises et des salariés.

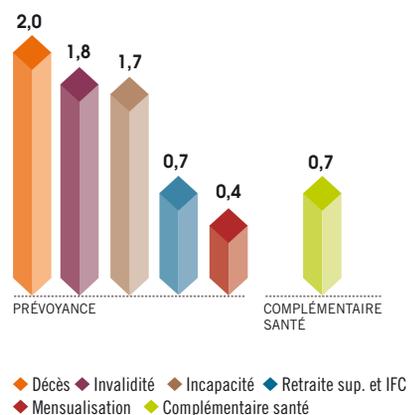
Les réformes réglementaires ont pesé sur l'évolution des cotisations en 2011

La diffusion des garanties

En 2011, plus de 2 millions d'entreprises ont confié la gestion de couvertures de prévoyance complémentaire à une institution au profit de 13 millions de participants en prévoyance et de 6,5 millions de participants pour la complémentaire santé. Les deux tiers des entreprises, majoritairement des entreprises comptant moins de 50 salariés, sont adhérentes auprès d'une institution professionnelle.

ENTREPRISES ADHÉRENTES

[en millions d'entreprises]



En effet, l'absence très fréquente de représentation syndicale dans les petites entreprises explique la volonté des partenaires sociaux de mettre en place, par voie d'accord collectif, une couverture complémentaire minimale dans toutes les entreprises de la branche. Ce sont souvent des institutions professionnelles qui se voient confier la gestion de ces couvertures.

L'évolution des cotisations

L'activité des institutions de prévoyance affiche une croissance de 1 % de l'ensemble des cotisations pour atteindre 11,8 milliards d'euros. Dans un contexte économique difficile, les institutions sont parvenues à maintenir leur activité grâce notamment aux accords collectifs négociés en 2010 dans des branches professionnelles.

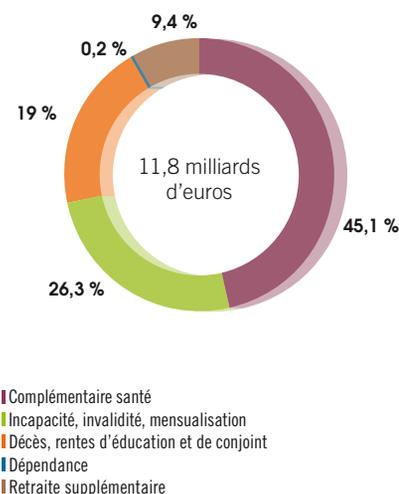
La complémentaire santé d'entreprise affiche un niveau de cotisations en baisse de 1,4 %. Toutefois, les

cotisations santé 2011 se sont trouvées réduites de 5,9 % par le changement du mode d'imputation de la taxe CMU-C. Après neutralisation de cette taxe pour rendre les cotisations comparables avec celles de l'exercice 2011, le taux de croissance atteint 4,4 % sous l'effet de huit nouvelles garanties obligatoires de branches professionnelles telles que les Hôtels Cafés Restaurants, le cartonnage et la charcuterie de détail.

L'évolution des cotisations des garanties arrêt de travail (mensualisation, incapacité de travail et invalidité), a poursuivi sa progression sous l'effet de la répercussion progressive du coût de l'allongement de la durée d'indemnisation résultant de la réforme des retraites. Elles enregistrent ainsi une progression de 5,1 %. Les garanties décès et de rentes de conjoint affichent, quant à elles, une croissance de 4,1 % chacune. De leur côté les garanties dépendance restent à un niveau semblable à celui de l'année 2010.

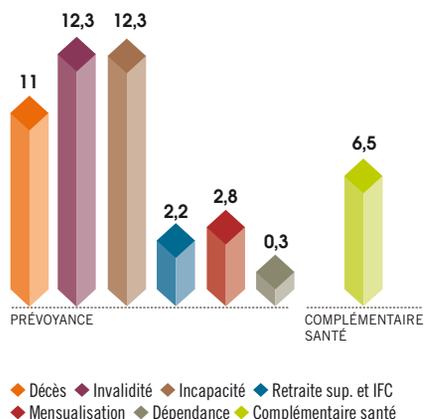
La collecte en matière de retraite supplémentaire est en repli de 3,8 % par rapport à 2010, année qui a été marquée par le contexte économique et la hausse du forfait social.

RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ EN 2011



SALARIÉS ET ANCIENS SALARIÉS PARTICIPANTS

[en millions de personnes]



ÉVOLUTION DES COTISATIONS PAR GARANTIE EN 2011

[en millions d'euros]

	Cotisations*		
	2010	2011	▲ 10/11
Total complémentaire santé	5 387	5 309	-1,4 %
Décès, rentes d'éducation et de conjoint	2 146	2 234	4,1 %
Incapacité, invalidité, mensualisation	2 944	3 094	5,1 %
Dépendance	25	25	-
Total prévoyance	5 115	5 353	4,6 %
Total retraite supplémentaire	1 155	1 111	-3,8 %
TOTAL	11 657	11 773	1,0 %

* affaires directes, hors réassurance et acceptations.

Les prestations affichent une forte augmentation en 2011

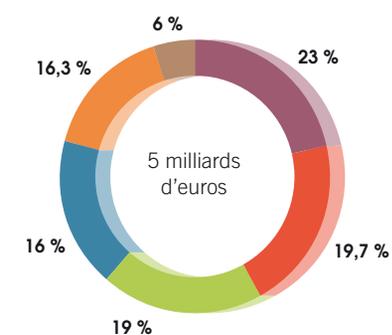
La charge de prestations, qui comporte les prestations réglées sous forme de rentes, de capitaux ou de remboursements de frais médicaux ainsi que la variation des provisions techniques, enregistre, toutes garanties confondues, une augmentation de 5 % sous l'effet conjugué de facteurs économiques et réglementaires.

En matière de complémentaire santé, l'année 2011 a été marquée par des hausses importantes sur les frais d'hospitalisation et les frais d'optique, mais la progression reste, en revanche, modérée sur la consommation de médicaments. Il en résulte que pour 100 euros de cotisations perçues, les institutions ont remboursé en moyenne 90,7 euros sous forme de prestations complémentaires.

Les prestations d'incapacité et d'invalidité enregistrent une hausse de 10,2 %. Cette évolution trouve une double explication dans la prise en compte de l'allongement de la durée d'indemnisation en invalidité induit par la réforme des retraites et, dans une moindre mesure, du fait de la baisse des taux techniques réglementaires.

Enfin, la charge de prestations pour la retraite supplémentaire connaît une hausse modérée de 1,3 %.

LES PRESTATIONS SANTÉ DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE PAR TYPE DE DÉPENSES EN 2011



- Lunetterie et orthopédie
- Honoraires médecins et auxiliaires médicaux
- Soins dentaires
- Prescriptions pharmaceutiques
- Frais d'hospitalisation
- Autres postes (laboratoires d'analyses, établissements thermaux, transports de malades)

Les opérations de réassurance

Les cotisations, nettes de réassurance, progressent de 0,8 % pour atteindre 9,7 milliards d'euros. Les taux de conservation sont légèrement en baisse par rapport à l'année précédente, avec un taux moyen de 73,7 % contre 74,7 % en 2010 sur l'ensemble des garanties (après acceptations).

Hormis les dépenses liées à la dépendance, fortement réassurées, les frais de soins santé, le décès et l'incapacité de travail affichent les plus forts taux de conservation.

Avec une progression de 11,3 %, les acceptations en réassurance affichent une croissance supérieure à celle de l'année dernière. Les garanties décès et arrêt de travail contribuent pour l'essentiel à cette progression.

ÉVOLUTION DES PRESTATIONS PAR GARANTIE EN 2011

[en millions d'euros]

	Prestations*		
	2010	2011	▲ 10/11
Total complémentaire santé	4 746	4 954	4,4 %
Décès, rentes d'éducation et de conjoint	1 551	1 568	1,1 %
Incapacité, invalidité, mensualisation	2 892	3 186	10,2 %
Dépendance	11	11	-
Total prévoyance	4 455	4 765	7,0 %
Total retraite supplémentaire	1 455	1 474	1,3 %
TOTAL	10 656	11 193	5,0 %

* prestations versées au cours de l'exercice + variation des provisions mathématiques et des prestations à payer, hors frais de gestion.

55 % de la prévoyance et de la complémentaire santé d'entreprise en France réalisés par les groupes

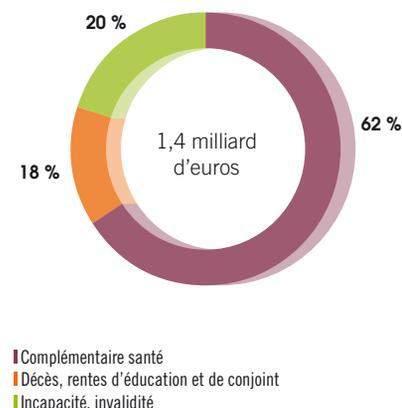
Les comptes combinés des groupes

En 2011, 16 groupes paritaires ont établi des comptes combinés affichant sur l'ensemble de ce périmètre, des cotisations acquises de 22,5 milliards d'euros, dans lesquels les autres organismes du groupe, hors institutions de prévoyance, ont contribué à hauteur de 10 milliards d'euros. La forte augmentation constatée depuis 2010 résulte d'un changement de périmètre de combinaison au sein des groupes.

L'assurance complémentaire santé et les garanties de prévoyance, y compris la dépendance, représentent la majorité de l'activité avec respectivement 8,5 milliards d'euros et 6,8 milliards d'euros. La contribution de la retraite supplémentaire représente 2,5 milliards d'euros.

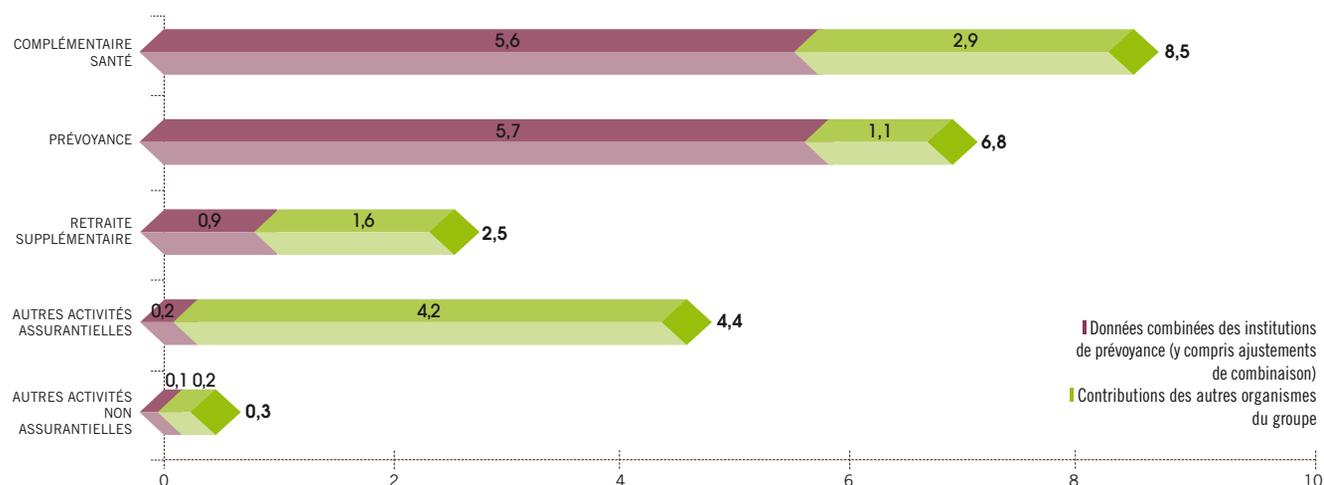
Les placements gérés par l'ensemble des institutions et leurs groupes combinés s'élèvent à 118,3 milliards d'euros.

RÉPARTITION DES ACCEPTATIONS EN 2011



LES COMPTES COMBINÉS PRÉVOYANCE EN 2011

[cotisations nettes de 22,5 milliards d'euros]





L'actualité de la protection sociale complémentaire

Acteurs de la protection sociale complémentaire, les institutions de prévoyance sont associées à toutes les réflexions susceptibles d'influer sur leur métier et leurs activités. Elles sont particulièrement concernées par celles qui portent sur l'évolution de l'assurance maladie, questions traitées notamment dans le cadre de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM). Partenaires de projets nationaux, comme SESAM-Vitale ou le portail net-entreprises, elles y consacrent beaucoup de compétences et de moyens. Leur objectif : offrir la meilleure qualité de service à un coût maîtrisé.

L'assurance maladie complémentaire

Un déficit de réflexion globale sur la pérennité du système de santé

En 2011, la priorité donnée au redressement des comptes publics, notamment ceux des organismes de sécurité sociale, a conduit le gouvernement à prendre des mesures d'économies à rendement financier de court terme. Le secteur de la complémentaire santé aura, cette année encore, été mis à contribution. Et ceci sans que la réflexion sur des solutions globales et structurelles susceptibles de garantir la pérennité du système de santé, dont le CTIP rappelle le caractère incontournable depuis de nombreuses années, n'ait eu lieu.

Le CTIP a en particulier souligné le manque de cohérence entre le renchérissement du coût de la complémentaire santé induit par le doublement de la taxe sur les contrats responsables et un contexte où chacun s'accorde à reconnaître le caractère indispensable de la complémentaire santé pour l'accès aux soins.

Parallèlement, la tendance amorcée ces dernières années au renforcement de l'encadrement des complémentaires santé s'est confirmée : annonce de la création d'un « label ACS », publication des frais de gestion et d'acquisition, obligation de prise en charge de certains dépassements d'honoraires par les contrats responsables. Autant de mesures qui interpellent sur la place accordée aux complémentaires santé.

Apporter un meilleur service aux assurés : les actions conduites par les institutions de prévoyance

Ce contexte de forte pression, générateur d'instabilité sur l'évolution de l'assurance complémentaire santé, n'a pas empêché les institutions de prévoyance d'affirmer davantage leur rôle dans la prise en charge des risques sociaux. En faisant valoir leur capacité à contribuer à la réalisation de gains d'efficience, à la limitation du reste à charge de leurs assurés tout en continuant à rechercher de nouvelles formes de coopérations tant avec l'assurance maladie obligatoire qu'avec les autres acteurs du système de santé, les institutions de prévoyance ont continué d'agir en faveur d'un meilleur accès aux soins. Le CTIP s'est systématiquement mobilisé pour promouvoir et défendre ces initiatives.

Les réseaux de soins

Le débat sur les réseaux de soins lors de l'examen au Parlement de la proposition de loi dite « Fourcade » est emblématique de cette action. S'appuyant sur les réflexions et l'expérience de ses membres, le CTIP a ainsi défendu le bien-fondé et la valeur ajoutée de ces réseaux, largement plébiscités par les organisations représentatives d'usagers et de consommateurs, et considérés par l'Autorité de la concurrence comme étant de nature à favoriser une saine concurrence. L'absence de clarification fin 2011 de la portée du développement de ce type de dispositif par les mutuelles laisse entrevoir la réouverture du débat en 2012 et donc une nouvelle mobilisation du CTIP.

La prévention

Les réflexions conduites en 2010 pour favoriser de nouvelles coopé-

rations avec les acteurs du système de santé dans la perspective d'une complémentarité d'actions au service de l'assuré ont également été poursuivies.

C'est dans ce cadre que le CTIP a continué de promouvoir le dépistage et le suivi des pathologies à partir de l'entreprise, ainsi que les multiples actions menées par les groupes de protection sociale en matière de prévention (voir encadré).

La gestion du risque en région

Le CTIP s'est également investi au sein de l'UNOCAM afin de favoriser les partenariats entre les institutions de prévoyance et les agences régionales de santé (ARS) autour de la mise en œuvre d'actions spécifiques de gestion du risque. Fin 2011, plusieurs projets initiés par les ARS et associant les complémentaires santé ont été envisagés. Le CTIP s'est attaché à suivre l'évolution de ce chantier, tant auprès de ses propres représentants au sein des commissions régionales de gestion du risque des ARS qu'au niveau de l'UNOCAM, de telle sorte que l'ensemble des institutions de prévoyance soit en capacité de se mobiliser le plus efficacement possible dans ce type de démarche.

La mise en commun des données de santé

Éclairer les acteurs grâce à un meilleur partage des données de santé, tel est le sens des travaux auxquels le CTIP et ses membres participent au sein de l'Institut des données de santé. Les institutions de prévoyance se sont d'abord portées volontaires pour une expérimentation sur la

Prévention sanitaire : le CTIP auditionné par les députés

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a rendu le 8 février dernier son rapport intitulé « Santé : pour une véritable politique de prévention ». Celui-ci préconise d'instituer un délégué interministériel à la prévention sanitaire, rattaché au Premier ministre, et chargé d'assurer le pilotage politique. Il plaide également pour un renforcement de la mission transversale des agences régionales de santé.

Dans le cadre de cette mission, les députés ont notamment auditionné le CTIP, accompagné de plusieurs représentants d'institutions de prévoyance. Cette audition a permis de présenter les actions menées par les groupes en matière de prévention et de santé des salariés. Le rapporteur n'a pas manqué de souligner que le rôle des complémentaires santé, « déjà très important dans notre protection sociale, est sans doute appelé à se renforcer ».

faisabilité d'un rapprochement des données de remboursement AMO et AMC sur un échantillon anonymisé d'individus. Elles ont ensuite collaboré activement à la mise en place d'un référentiel de données dont le but ultime est de mieux apprécier les prises en charge respectives AMO/AMC/individus, par grands postes de dépenses, par sexe et tranches d'âges.

Enrichir les bases de données de ses membres, en vue notamment d'améliorer les services apportés aux populations qu'ils protègent, tel est aussi l'esprit dans lequel le CTIP souhaite une collaboration plus étroite avec la CNAMTS à travers la mise à disposition des données d'Ameli direct.

Multiplier les négociations conventionnelles avec l'AMO et les professionnels de santé

Les sollicitations émanant de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour participer à de nouvelles négociations conventionnelles avec les professions de santé et à la conclusion de différents textes conventionnels ont augmenté de façon significative en 2011.

L'UNOCAM s'est tout particulièrement investie dans la question de la maîtrise des dépassements d'honoraires des spécialités de plateaux techniques lourds (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, gynécologues-obstétriciens)

reversée au débat à l'occasion de la renégociation de la convention nationale des médecins libéraux.

La nouvelle convention médicale du 21 juillet 2011 y consacre une partie prospective reprenant pour l'essentiel le contenu du protocole d'accord relatif au « secteur optionnel » signé par l'UNOCAM en 2009. Les discussions ultérieures avec

l'UNOCAM ont permis de dégager quelques pistes d'engagements complémentaires qui, sous réserve d'une instruction plus approfondie, auraient pu constituer des éléments

de réponse à la question de la régulation des dépassements d'honoraires. Le CTIP a toujours favorisé dans ce débat la recherche d'un dialogue constructif avec l'ensemble des parties prenantes.

Faute d'accord des parties conventionnelles sur la création de ce secteur optionnel, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 a instauré un renforcement de l'« option de coordination », un dispositif déjà présent dans la convention mé-

dicale et ouvert à l'adhésion des médecins de secteur 2. En complément, le texte a introduit une obligation de prise en charge de ces dépassements dans le cahier des charges des contrats responsables. Ajoutons qu'un dernier texte réglementaire a voulu élargir les obligations des contrats responsables à la prise en charge de tout dépassement réalisé dans le cadre de l'option de coordination.

Complexe, la question des dépassements d'honoraires médicaux est à l'ordre du jour des débats en 2012. D'autres discussions structurantes pour les organismes complémentaires devraient également être prolongées en 2012 comme l'annoncent les textes conventionnels signés en début d'année par l'UNOCAM (convention pharmacies d'officine, avenant conventionnel chirurgiens-dentistes).

Des promesses tenues en termes d'amélioration de la lisibilité des garanties

Le CTIP a participé de façon soutenue à l'évaluation de la montée en charge

« Le CTIP a toujours favorisé dans ce débat la recherche d'un dialogue constructif avec l'ensemble des parties prenantes. »



des recommandations UNOCAM en matière de lisibilité des garanties de complémentaires santé. Le CTIP a ainsi collaboré à l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation, procédé à cette évaluation a près des institutions de prévoyance et contribué à la réalisation du bilan UNOCAM rendu public au premier trimestre 2012. Les institutions de prévoyance se sont particulièrement mobilisées pour cette enquête. Les résultats témoignent de leur volonté de s'inscrire dans une démarche pérenne d'amélioration de l'information de leurs assurés (voir encadré).

Des interrogations sur les orientations en matière de système d'information santé

Sous l'impulsion de l'État, les représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire se sont engagés depuis plus de dix ans dans la modernisation des échanges avec les prestataires de soins, en concertation et coordination permanente avec les représentants de l'assurance maladie obligatoire. Au sein du programme SESAM-Vitale, des solutions partagées, visant la cohérence d'ensemble du système, ont ainsi progressivement été développées.

2011 aura marqué un tournant et peut être une rupture de ce mode de fonctionnement partenarial. En internalisant dans son propre système d'information les échanges de données avec l'ensemble des prestataires de soins, la CNAMTS a de facto remis en cause les investissements mutualisés SESAM-Vitale. Face à ce constat, une remise à plat du dossier s'impose. Le CTIP poursuivra ses réflexions avec ses membres.

La modernisation des déclarations sociales

Le Groupement d'intérêt public « Modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS) propose aux entreprises d'effectuer leurs déclarations sociales en ligne de manière gratuite et sécurisée sur le site net-entreprises.fr.

Depuis son lancement en septembre 2000, plus de 2,4 millions d'entreprises se sont inscrites sur net-entreprises.fr. Sur l'ensemble de l'année 2011, le portail a reçu près de 20 millions de déclarations.

Membre du GIP-MDS depuis sa création, le CTIP participe aux travaux menés par l'ensemble des organismes de protection sociale partenaires.

La refonte de la norme pour les déclarations nominatives

Depuis le 1^{er} janvier 2012, la norme dite « 4DS » (Déclaration dématérialisée de données sociales) a remplacé l'ancienne norme exploitée depuis 2006. Plus souple d'utilisation et plus cohérente dans l'articulation des données, la norme 4DS permet d'élargir le périmètre des déclarations de données sociales (déclaration annuelle DADSU, déclaration DSN mensuelle et événementielle en construction). La mise en place de cette nouvelle norme représente une évolution im-

« La norme 4DS améliore la fiabilité des informations transmises notamment par une rationalisation des contrôles. »

Lisibilité : les organismes complémentaires tiennent leurs engagements

L'UNOCAM a dressé en mars 2012 un premier bilan à un an de la mise en œuvre des recommandations en matière de lisibilité des garanties santé par les organismes complémentaires d'assurance maladie. 97,4 % des organismes complémentaires tiennent compte des bonnes pratiques préconisées dans la charte d'engagement dans leurs nouvelles offres. La majorité d'entre eux les ont également intégrées dans leurs offres en cours.

En matière d'information, deux tiers des organismes ont diffusé le *glossaire*, et plus de la moitié ont diffusé le guide *Bien comprendre et bien choisir sa complémentaire santé*. La grande majorité des organismes mettent à disposition de leurs adhérents et assurés des outils permettant de faciliter la lecture des garanties et de mieux évaluer leur éventuel reste à charge : exemples de remboursements en euros pour les principaux postes (91,5 %), simulateurs de remboursement et de reste à charge (87,1 %).

portante en matière de déclarations sociales. Elle améliore la fiabilité des informations transmises et permet de répondre aux besoins de nouveaux usages et de nouveaux partenaires (Pôle Emploi, Services des retraites de l'État...).

Le CTIP s'est fortement impliqué dans le chantier de construction de cette nouvelle norme, en apportant une contribution active aux différents groupes de travail. La phase pilote de mise en place de la norme et d'ajustement des règles de contrôle a été grandement facilitée par l'utilisation de l'outil de contrôle « CTL » mis à disposition par le CTIP, enrichi à cette occasion de nouvelles fonctionnalités. En phase de production, durant la campagne 2012, cet outil a permis de contrôler plus de 4,6 millions de fichiers.

La DADSU Prévoyance progresse toujours

À l'issue de la campagne DADSU de 2012 (déclarations 2011), le service a confirmé la dynamique observée depuis 2006, en progression de 15 % par rapport à 2011.

Avec près de 1,2 million d'entreprises déclarantes, la DADSU concerne désormais la quasi-totalité des entreprises employant au moins un salarié.

Alors que le cap des 500 000 déclarations DADSU transmises aux institutions de prévoyance avait été franchi au titre de l'année 2010, il a connu une nouvelle augmentation de 38 % pour atteindre 710 000 déclarations

en 2011. « Malgré les difficultés liées à la mise en place de la norme 4DS, celle-ci aura stimulé la déclaration de données prévoyance », observe Gérard Chauvineau, chargé de mission au sein du CTIP. Avec près de 78 % de données exploitables, la qualité des déclarations se confirme d'année en année. Ces excellents résultats peuvent notamment être mis au crédit de l'outil de contrôle DADSU-CTL, mis à disposition par le CTIP, et « dont l'utilisation semble désormais généralisée auprès d'une grande majorité des éditeurs et des déclarants pour le contrôle à la source de leurs données ».

« 710 000 déclarations DADSU en 2011. »



Le CTIP élargit l'accès à l'offre de service net-DUCS

Depuis le 1^{er} janvier 2010, l'ensemble des institutions de prévoyance adhérentes peut proposer le service net-DUCS à leurs entreprises membres.

En 2011, près de 2,5 millions de déclarations ont été reçues par les institutions de retraite et les institutions de prévoyance, soit une progression de 34 % par rapport à 2010.

Le téléversement associé a permis de collecter environ 17,1 milliards d'euros de cotisations au titre des régimes de retraite et de prévoyance, soit une progression de 11,8 % sur un an.



Interview de Gilles Guino, chargé de mission Simplifications administratives au CTIP

La loi Warsmann instaure la Déclaration Sociale Nominative (DSN).

Où en est aujourd'hui le projet de déclaration sociale nominative ?

La déclaration sociale nominative vient de franchir une étape majeure. Depuis 2006, le CTIP et ses partenaires au sein du GIP-MDS mènent une profonde réflexion afin de proposer aux entreprises un système unique, simple et évolutif de transmission des données pour l'ensemble des organismes de protection sociale.

Avant de l'inscrire dans la loi, les pouvoirs publics ont souhaité évaluer l'ensemble du dossier. C'est à cette fin que le ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État a missionné l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) et l'IGF (Inspection générale des finances) en 2010.

Quelles ont été les conclusions de cette mission ?

Rendues en mai 2011, les conclusions de cette mission ont constitué une étape déterminante pour la prise de décision du lancement de la DSN. Elles sont venues confirmer la pertinence du projet au regard des objectifs poursuivis, mais ont souligné la nécessité d'une démarche progressive compte tenu de l'ampleur de la tâche.

Les réflexions et conclusions de cette mission ont permis d'alimenter les travaux de la mission parlementaire confiée à M. Jean-Luc Warsmann, président de la commission des lois de l'Assemblée nationale. La DSN est désormais inscrite dans la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives, votée le 29 février 2012.

Que prévoit cette loi ?

L'article 35 de cette loi instaure la DSN en fixant plusieurs étapes pour assurer le succès du dispositif. Un démarrage basé sur le volontariat doit intervenir dès le 1^{er} janvier 2013. La phase de généralisation de la DSN débutera en janvier 2016, en passant par des étapes préalables comme l'intégration de la DUCS puis de la DADS-U dans la DSN.

Comment s'organisera la gouvernance de la DSN ?

La maîtrise d'ouvrage stratégique du projet relève du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État.

Ce pilotage interministériel vise notamment à faciliter les évolutions de la réglementation à des fins de simplification administrative.

La maîtrise d'ouvrage opérationnelle sera quant à elle exercée par le GIP-MDS en lien avec les organismes destinataires de la DSN.

Le fonctionnement concret de cette gouvernance devra être précisé dans une convention de projet net-DSN qui doit s'inscrire dans la logique des conventions existant aujourd'hui pour les services actuellement opérationnels sur net-entreprises.fr.

Quelles sont les prochaines étapes pour le CTIP et les institutions de prévoyance ?

La maîtrise d'ouvrage stratégique du projet a limité le périmètre de la DSN phase 1 à la déclaration de salaires pour les indemnités journalières, à l'attestation employeur (l'attestation « Assedic » remise en fin de contrat) et à la fourniture d'informations événementielles pour les organismes de prévoyance.

Dans ce contexte le CTIP contribuera, comme il le fait activement depuis 2006, aux études et travaux menés pour le développement de la déclaration sociale nominative (DSN).

Cette simplification administrative devra être mise en perspective des prérogatives des partenaires sociaux dans le domaine de la prévoyance.

Solvabilité 2

Un calendrier européen instable

Le calendrier initial d'entrée en vigueur de Solvabilité 2, prévu au 1^{er} novembre 2012, n'aura pas résisté à la longueur des négociations sur la directive Omnibus 2. Avec un premier report au 1^{er} janvier 2013, puis au 1^{er} janvier 2014, les critiques récurrentes du pilier 1 de Solvabilité 2 sur son caractère procyclique et sur la volatilité « artificielle » du SCR* n'ont pas encore trouvé de compromis, notamment pour les branches longues. Le « Trilogue » qui réunit le Conseil, le Parlement et la Commission européenne, est pourtant chargé depuis le mois d'avril de trouver un accord sur des mécanismes réducteurs de volatilité et

« Le CTIP s'est fortement impliqué pour assurer la cohérence avec le modèle paritaire des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale. »

des mesures de transition progressive entre Solvabilité 1 et Solvabilité 2. Les sujets sont d'importance. Parmi eux, il s'agit de neutraliser la volatilité induite par la valorisation en valeur de marché des actifs et du passif prudentiel pour les activités telles que l'assurance vie, la gestion des rentes en prévoyance, l'épargne retraite et la dépendance. Bien que l'issue d'un accord reste

encore incertaine, un projet de compromis sur Omnibus 2 en juillet reste un impératif pour tenir les délais d'une application

au 1^{er} janvier 2014. Les contraintes du calendrier parlementaire européen et l'adoption de volumineuses mesures techniques réglementaires l'imposent.

Transposition en droit français

Alors même que les derniers arbitrages sont en cours, l'État français et les partenaires sociaux ont entamé dès septembre 2011 les travaux de transposition au sein de cinq groupes de travail, sous l'égide du Trésor et de la direction de la sécurité sociale, afin de passer en revue les trois piliers du futur dispositif prudentiel. Ces groupes de travail auxquels participe le CTIP conduiront à une réécriture substantielle du droit national. De plus, l'ensemble des règles comptables de l'assurance sera regroupé au sein d'un unique Règlement de l'Autorité des Normes Comptables. L'ensemble de cette transposition doit avoir lieu avant le 1^{er} juillet 2013.

L'enjeu de la gouvernance

Parmi les principaux enjeux de la transposition se trouve celui de la gouvernance. Car si Solvabilité 2 introduit l'existence, au sein de l'entreprise d'assurance, d'un organe d'administration, de gestion ou de contrôle chargé notamment du respect des règles prudentielles, la définition de cet organe n'est volontairement pas établie dans la directive. Il revient donc aux pouvoirs publics de le qualifier par rapport aux structures de gouvernance existantes (conseil d'administration, direction générale, conseil de surveillance, directoire...). Un sujet sur lequel le CTIP s'est fortement impliqué pour assurer la cohérence avec le modèle paritaire des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale.

* Capital de solvabilité requis.



Les enseignements de la 5^{ème} étude d'impact (QIS5)

Début 2011, les résultats de la cinquième étude d'impact publiés par l'EIOPA (l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) ont montré que dans l'ensemble le secteur européen résistait bien à la formule standard établie en 2010. Pour les institutions de prévoyance, ce QIS5 a permis de mettre en évidence une architecture du module Santé, telle qu'elle avait été proposée par le CTIP, mieux adaptée à l'ensemble des garanties santé européennes, et en particulier aux opérations de protection sociale complémentaire. En termes de cali-

brage de la nouvelle exigence, il n'en reste pas moins que les paramètres retenus sur les garanties incapacité-invalidité, légèrement alourdis courant 2011, conduisent à surévaluer les fonds propres prudentiels requis. Seul le recours à des données spécifiques du portefeuille permettra un traitement approprié de cette activité pour les institutions de prévoyance. La complexité de la formule standard a été également fortement ressentie par les acteurs, sans que les propositions de simplification apportent totalement satisfaction.

Cette activité est de plus sujette à une volatilité induite par la valeur de marché sans lien avec le risque porté par l'institution de prévoyance.

La nécessité d'une nouvelle étude d'impact

Or, la dernière étude d'impact réalisée en 2010 s'appuie sur des données anciennes. Depuis, de nombreuses modifications à la formule de calcul ont été apportées sur des points majeurs au cours des récentes discussions sur la directive Omnibus 2.

C'est la raison pour laquelle le CTIP demande la réalisation d'une nouvelle étude d'impact.

Le traitement de la retraite supplémentaire

S'agissant de la retraite supplémentaire, une solution provisoire satisfaisante a été trouvée pour garantir l'égalité de traitement avec les fonds de pension européens, qui restent pour l'instant soumis à Solvabilité 1, dans l'attente de l'évolution de la directive IORP portant sur les institutions de retraite professionnelle. Une mesure transitoire, soutenue par le CTIP, a ainsi été introduite dans Omnibus 2 lors de son adoption par la Commission économique et financière du Parlement Européen. Cette disposition permettra de maintenir les opérations françaises relevant de l'agrément Retraite Professionnelle Supplémentaire (RPS) sous Solvabilité 1, au delà de 2014, en attendant la révision du régime prudentiel des institutions de retraite professionnelle, et aux fins de trouver des éléments de convergence. La Commission a par ailleurs lancé les travaux pour cette révision et a annoncé la réalisation d'une étude d'impact propre aux fonds de pension d'ici la fin de l'année 2012.





L'action sociale

Pour les institutions de prévoyance, un contrat de protection sociale s'étend bien au delà des seules garanties. L'action sociale permet d'apporter une aide souvent précieuse aux salariés, mais aussi à leur famille. Son champ d'intervention démontre l'engagement des institutions de prévoyance dans les domaines liés à leurs métiers : accès aux soins médicaux, prévention santé, action en faveur des personnes en perte d'autonomie, retour à l'emploi...

L'esprit d'engagement des partenaires sociaux

Les partenaires sociaux qui composent les conseils d'administration des institutions déterminent, souvent sur proposition de la commission sociale, la politique générale d'action sociale.

Individuelle ou collective, l'action sociale prend des formes très variées. Si elle s'est tout d'abord développée autour des aides financières, les institutions de prévoyance ont su adapter ce dispositif aux évolutions de la société. Le vieillissement de la population, les difficultés liées à la perte d'un emploi ou encore l'allongement de la durée des études, sont autant d'éléments désormais pris en compte dans la démarche d'accompagnement des individus et des entreprises.

Un financement solidaire

N'ayant pas d'actionnaires à rémunérer, les institutions de prévoyance peuvent consacrer une partie de leur résultat au financement de l'action sociale. Le budget de l'action sociale peut aussi provenir d'un prélèvement sur les cotisations ou sur les réserves de l'institution. Certaines institutions utilisent une partie de leurs produits financiers. La plupart combinent au moins deux types de prélèvements.

L'action sociale intervient, après examen du dossier, en complément des dispositifs existants au niveau national ou local. Une aide financière ponctuelle peut aussi être apportée aux personnes qui ne peuvent pas bénéficier de ces dispositifs ou qui sont dans des situations non

prévues par la réglementation et les contrats. Les commissions sociales, dans lesquelles siègent les administrateurs des institutions, peuvent également être saisies pour examiner des situations exceptionnelles.

Actions individuelles et actions collectives

Sur le plan individuel, l'action sociale se traduit principalement par un soutien financier. Ainsi, sur les 36 millions d'euros investis en 2011 dans les aides individuelles, près de 24 millions d'euros ont été consacrés à la prise en charge de cotisations santé ou aux remboursements de frais médicaux pour les ménages en difficulté. Il s'agit d'une véritable priorité pour les institutions de prévoyance, qui souhaitent éviter que des participants à faible revenu renoncent à leur complémentaire santé ou à des soins en raison d'un reste à charge trop important.

Les institutions de prévoyance ont engagé en parallèle des actions dans le sens de la prévention et de l'accompagnement à destination des actifs (préparation à la retraite, accompagnement pour le retour à l'emploi, intégration des personnes handicapées...), des retraités (prévention santé, aides et conseils pour adapter son logement...), mais aussi de l'entourage (bourses d'études, soutien à domicile, aides au logement étudiant...).

Lorsqu'elle est collective, l'action

Écoute et accompagnement : les services d'action sociale

En 2011, les institutions de prévoyance ont consacré 16 millions d'euros aux services d'action sociale. Ces services correspondent à des espaces d'accueil, de conseil et de soutien. Ils s'adressent aux personnes âgées isolées, à celles qui traversent une période difficile comme le chômage ou le veuvage, ou aux personnes atteintes d'un handicap et à leur entourage.

sociale correspond le plus souvent à des investissements dans les structures et des équipements mis à disposition des assurés (cliniques, centres de rééducation fonction-

nelle, centres de réadaptation professionnelle, centres de bilans de santé...). Près de 16 millions d'euros ont été consacrés à ces actions en 2011.

« 96 millions d'euros consacrés à l'action sociale en 2011. »

RÉPARTITION DES AIDES INDIVIDUELLES, ACTIONS COLLECTIVES, SERVICES EN 2011 [en millions d'euros]

	2011
Aides individuelles	36
Actions collectives	16
Services d'action sociale	16
Bonifications de prêts	28
Total aides et services	96
Prêts accordés	144
TOTAL	240

RÉPARTITION DES AIDES INDIVIDUELLES EN 2011 [en millions d'euros]

	2011
Prises en charge de cotisations santé, remboursements de frais médicaux, prévention et bilans de santé	24
Aides aux vacances	1,3
Bourses d'études	3,2
Autres allocations renouvelables	2,6
Secours et aides d'urgence, dont aides à domicile	2,4
Aides aux demandeurs d'emploi, à la réinsertion professionnelle	0,4
Aides aux personnes en situation de handicap	0,5
Autres	2
TOTAL	36,4



Les équilibres financiers des institutions en 2011

Les institutions de prévoyance affichent un résultat comptable en net recul par rapport à 2010 sous l'effet d'une augmentation des prestations en santé et en prévoyance. Les fonds propres s'élèvent à 13,4 milliards d'euros à fin 2011, ce qui leur permet de couvrir en moyenne 4,5 fois la marge de Solvabilité réglementaire sous Solvabilité 1. Dans ce contexte exigeant marqué par un nouveau cadre fiscal au 1^{er} janvier 2012 et par l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 au 1^{er} janvier 2014, la pérennité des équilibres techniques et financiers se présente plus que jamais comme un enjeu majeur.

Les provisions techniques

Sous l'effet conjugué de l'allongement de la durée d'indemnisation en invalidité induit par la réforme des retraites et dans une moindre mesure de la baisse des taux techniques réglementaires sur la partie non-vie, les provisions techniques progressent de 5,7 % pour atteindre un montant de 37,6 milliards d'euros au 31 décembre 2011. La répartition des provisions techniques des institutions de prévoyance reste stable. Les provisions mathématiques, qui s'élèvent à 28,4 milliards d'euros, représentent près de 75 % du total des provisions techniques inscrites au bilan des institutions, les provisions pour sinistres à payer représentant quant à elles 16 % de ce total. Les engagements liés à la retraite supplémentaire, aux rentes d'invalidité et aux rentes de conjoint constituent la grande majorité de ces provisions.

Les placements

En valeur de marché, les placements des institutions progressent globalement de 7 % et s'élèvent à 46,2 milliards d'euros en 2011. Malgré la mauvaise tenue des marchés financiers, cette hausse est due aux investissements nets réalisés sur les encaissements 2011. Ces actifs financiers ou immobiliers viennent en couverture des engagements techniques et des fonds propres des institutions.

En 2011, l'allocation des portefeuilles de placement a sensiblement évolué. En fin d'année, le poids des actions, détenues directement ou à travers un OPCVM, représente 14 % des placements contre 16 % en 2010. Les produits obligataires

PROVISIONS TECHNIQUES

[en millions d'euros]

	2010	2011	▲ 10/11
Provisions mathématiques	26 974	28 380	5,2 %
Provisions pour sinistres à payer	6 191	6 172	-0,3 %
Provisions pour participation aux excédents	652	872	33,6 %
Autres provisions techniques	1 455	2 140	47,1 %
Total des provisions techniques*	35 272	37 564	6,5 %

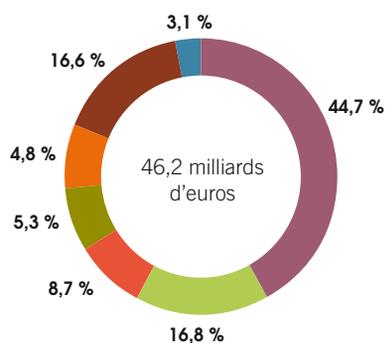
* opérations directes uniquement.

représentent 62 % du total (en baisse de 2 points par rapport à l'année dernière), tandis que les actifs immobiliers, principalement d'exploitation, restent stables à 5 %.

La mauvaise tenue des marchés financiers a influencé défavorablement la valeur des actifs actions et a largement pesé sur les marchés des obligations. Cela a conduit les institutions à utiliser leur réserve de capitalisation pour compenser les pertes obligataires. Par ailleurs, le niveau de sécurité que constituent les plus-values latentes a connu un repli important, à 0,8 milliard d'euros.

STRUCTURE DU PORTEFEUILLE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE EN 2011

[en valeur de réalisation]



■ Obligations et autres titres à revenus fixes
 ■ OPCVM détenant des titres à revenus fixes
 ■ OPCVM détenant des titres à revenus variables
 ■ Actions et autres titres à revenus variables hors OPCVM
 ■ Placements immobiliers ■ Autres OPCVM ■ Autres

Dans ce contexte défavorable, les provisions destinées à faire face aux risques de pertes financières, telles que la provision pour dépréciation à caractère durable (PDD) et la provision pour risque d'exigibilité (PRE) ont connu des mouvements de dotation faisant plus que doubler les niveaux atteints en 2010.

Une gestion responsable de la solvabilité

Les fonds propres des institutions, après affectation des résultats, s'élèvent à 13,4 milliards d'euros au 31 décembre 2011, soit un niveau stable par rapport à l'année précédente. Ce montant représente un tiers des provisions techniques. Les institutions de prévoyance couvrent en moyenne 4,5 fois l'exigence de marge de solvabilité réglementaire actuelle.

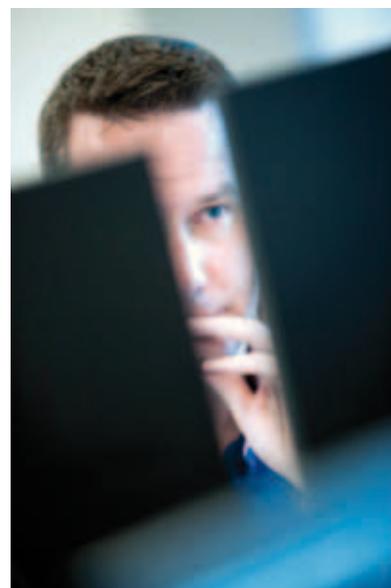
Dans la perspective de l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 en 2014, une évolution profonde du cadre prudentiel est attendue par les organismes d'assurance. Cette réforme en cours d'élaboration privilégie une approche

par les risques beaucoup plus large que celle retenue par Solvabilité 1.

L'objectif de cette réforme est de parvenir à un niveau de fonds propres sécurisant les engagements vis-à-vis des assurés à travers une évaluation appropriée de l'ensemble des risques portés par l'organisme d'assurance. Au-delà de l'aspect financier, Solvabilité 2 vise également à inscrire la culture de gestion des risques au cœur de la gouvernance des organismes et à favoriser la transparence de l'information.

L'intégration de ce nouveau système prudentiel constitue un changement structurel majeur nécessitant des évolutions importantes aussi bien en ce qui concerne les processus que les outils d'aide à la prise de décision.

À l'approche de l'entrée en application de ce dispositif, les institutions de prévoyance travaillent activement à la mise en conformité de leur organisation à ces nouvelles règles en opérant les arbitrages nécessaires.





Le CTIP en 2011

Le CTIP représente les intérêts de ses institutions membres, ainsi que ceux de leurs adhérents et participants. Il procède à toutes actions d'intérêt général favorisant le développement de la prévoyance collective et de sa gestion paritaire. Il élabore des recommandations relatives à la gouvernance des institutions de prévoyance et de leurs unions.

La gouvernance

Poursuite des travaux relatifs à la gouvernance des institutions de prévoyance et de leurs unions

En janvier 2011, le CTIP a publié une mise à jour de ses recommandations sur « *l'organisation des travaux du conseil d'administration et son rôle en matière de contrôle interne et des risques* » ainsi qu'un guide de l'administrateur d'institution de prévoyance relatif aux référentiels et indicateurs de risques. Par la suite, le CTIP a adopté, au mois d'octobre, un document relatif aux « *Principes de fonctionnement à l'usage des administrateurs d'institutions de prévoyance* » qui vise à expliciter et préciser les missions du conseil d'administration des institutions de prévoyance, en énonçant les bons principes de fonctionnement au sein de ces conseils d'administration et en complétant, sur certains points, les recommandations du CTIP de janvier 2011.

Depuis le début de l'année 2012, les travaux du CTIP en matière de gouvernance se sont principalement orientés vers l'analyse des impacts de la transposition de la directive Solvabilité 2 sur la gouvernance des institutions de prévoyance. Dans ce cadre, le CTIP a engagé une concertation avec les pouvoirs publics afin que les travaux de transposition engagés sur ce sujet ne viennent pas affecter les règles de fonctionnement des institutions de prévoyance ni porter atteinte à leur gouvernance paritaire.

Participation aux travaux de l'Instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP

L'Instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP, installée en décembre 2009, a notamment pour objet de suivre l'ensemble de l'activité des groupes de protection sociale (GPS) et d'examiner leurs projets de rapprochement. Le CTIP, qui participe à l'Instance de coordination, a notamment contribué, en 2011, à l'élaboration d'avis de portée générale relatifs, d'une part, à la convention de fonctionnement qui doit être adoptée par toute Association sommitale d'un GPS et soumise à la signature de chaque organisme relevant du périmètre du GPS et, d'autre part, à la procédure de regroupement de GPS.

Le suivi des recommandations

L'article 15 de l'accord du 8 juillet 2009 sur la gouvernance des GPS a confié au CTIP la mission de s'assurer de la mise en œuvre de ses recommandations. En 2012, le CTIP a réalisé sa troisième enquête annuelle sur le suivi de ses recommandations de gouvernance. Les résultats de l'enquête montrent une évolution favorable dans l'intégration des recommandations du CTIP ayant trait à l'information préalable des administrateurs. Par ailleurs, le processus de mise en place d'un comité spécialisé d'audit et des risques s'avère très bien intégré dans la quasi-totalité des institutions de prévoyance.

Les recommandations et le guide de l'administrateur

- **Recommandation sur les critères d'analyse relatifs à l'évolution du champ d'activité d'une institution de prévoyance (octobre 2009)**
- **Recommandation sur le conseil d'administration des institutions de prévoyance et son rôle en matière de contrôle interne et des risques (janvier 2011)**
- **Guide de l'administrateur d'institution de prévoyance : référentiels et indicateurs de risques (janvier 2011)**

Il a également émis un avis consultatif sur les projets de rapprochements entre GPS soumis à l'Instance de coordination.

Au mois de janvier 2012, M. Alain Tisserant, Président du CTIP et M. Gérard Ménéroud, Vice-président de l'ARRCO ont respectivement été nommés Président et Vice-président de l'Instance de coordination.

L'Instance de coordination a également décidé de la mise en place de formations spécifiques pour les administrateurs d'associations sommitales. Les premières formations ont lieu en 2012.

La formation des administrateurs

Le CTIP propose plusieurs cycles de formation aux administrateurs d'institutions de prévoyance. En 2011, les programmes des différents modules de formation proposés, profondément réorganisés, ont été suivis par près de 500 administrateurs.

Les cinq modules thématiques sont consacrés à :

- la gouvernance ;
- les garanties, le calcul du tarif et des engagements ;
- le pilotage technique et financier d'une institution de prévoyance ;
- l'impact de la fiscalité sur le pilotage de l'institution de prévoyance ;
- l'action sociale.

Les publications

- Rapport annuel sur l'activité des institutions de prévoyance
- Rapport annuel du médiateur
- Guides pratiques de la prévoyance collective : La retraite supplémentaire collective, Mettre en place un contrat de prévoyance collective, Les garanties décès dans la prévoyance d'entreprise, La complémentaire santé d'entreprise
- PRÉVOYANCE (Lettre trimestrielle)
- INFOlettre (lettre d'information électronique mensuelle)
- Fiches thématiques de la prévoyance collective
- Recueil sur accord du 08/07/2009 sur la gouvernance des GPS et documents de portée générale adoptés par l'instance de coordination AGIRC-ARRCO-CTIP
- Procédures de fusion des groupes de protection sociale et de leurs institutions de prévoyance
- Guide pratique sur le dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La communication

Les relations presse et la communication d'influence

En 2011, le CTIP a poursuivi et renforcé ses actions en matière de communication d'influence afin de faire connaître les spécificités et valoriser le rôle des institutions de prévoyance auprès des pouvoirs publics, des parlementaires et des responsables de think tanks impliqués dans les sujets de la protection sociale.

Le CTIP s'est attaché à présenter l'efficacité économique et sociale du contrat collectif et le dynamisme des conventions de branche. Ces

échanges furent aussi l'occasion de faire valoir les actions de prévention menées par les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale.

En parallèle, le CTIP a amélioré sa présence auprès des médias. Plusieurs rencontres avec des journalistes de quotidiens nationaux (*Les Echos*, *Le Parisien*, *Le Figaro*, etc.) et de la presse spécialisée ont été organisées. Il s'agissait de mieux faire connaître les spécificités et les actions menées par les institutions de prévoyance. Le CTIP confirme son positionnement expert sur la protection sociale d'entreprise.

Le baromètre de la prévoyance 2011

Pour sa neuvième édition, le baromètre mené par le CRÉDOC pour

le CTIP a permis de mieux saisir les attentes des employeurs et des salariés en matière de prévoyance et de complémentaire santé.

Comme lors des éditions précédentes, les résultats montrent que le contrat collectif reste préféré par les entreprises comme par les salariés pour la couverture du risque santé. Par ailleurs, le baromètre de la prévoyance révèle qu'en cas de suppression des exonérations sociales et fiscales, 1 employeur sur 2 serait amené à remettre en cause le dispositif existant dans son entreprise.

La communication digitale du CTIP

L'année 2011 a vu le lancement du nouveau site Internet du CTIP. Grâce à des contenus diversifiés et adaptés aux différentes cibles de la communication, le site Internet s'intègre pleinement dans une stratégie digitale centrée sur les besoins d'informations et les usages Internet des employeurs et négociateurs de contrats collectifs. L'objectif est d'informer sur la prévoyance collective et de valoriser l'expertise des institutions de prévoyance en la matière.

Au cours de l'année, le CTIP a continuellement enrichi ses contenus pédagogiques : guides et fiches pratiques, infographies, quiz exportables... Ils orientent les acteurs de l'entreprise vers une information de plus en plus détaillée, en fonction de leur niveau d'expertise.

Ces contenus ont été mis à la disposition des institutions membres et diffusés sur les réseaux sociaux et plate-formes de partage de documents. Des partenariats web ont été conclus avec des sites d'informations destinés aux dirigeants d'entreprise et responsables RH.

La médiation du CTIP : un premier bilan très encourageant

Depuis le 20 septembre 2010, le dispositif de médiation du CTIP est pleinement opérationnel. Professeur des universités, Xavier LAGARDE a été désigné médiateur et peut être saisi par les entreprises adhérentes, les participants et leurs ayants droit des 38 institutions de prévoyance adhérentes à ce dispositif.

La médiation a été mise en place pour permettre une résolution rapide et gratuite des différends opposant les participants et membres adhérents à leur institution de prévoyance ou union. Sa création s'inscrit dans un contexte d'amélioration du service rendu par les institutions de prévoyance. Elle constitue également un gage de sécurité juridique.

Publié en juin 2012, le premier rapport annuel du médiateur du CTIP dresse le bilan de son activité sur la période du 20 septembre 2010 au 31 décembre 2011.

Sur 79 dossiers enregistrés par le service de médiation, le médiateur a été amené à rendre 19 avis : 68 % d'entre eux ont été rendus en faveur de l'institution, 21 % en faveur du participant et 11 % entérinent une position médiane. Par ailleurs, 20 dossiers se sont conclus par un règlement spontané de l'institution de prévoyance qui a fait droit à la demande du plaignant et mis un terme au litige avant intervention du médiateur. L'importance quantitative de ces règlements spontanés est significative des bienfaits de la médiation.

À l'avenir, l'activité du médiateur du CTIP s'amplifiera, comme le confirment les 190 dossiers enregistrés sur les six premiers mois de l'année 2012.

L'organisation du CTIP

Le CTIP est administré par un Conseil d'administration paritaire. Toutes les organisations syndicales représentatives de salariés (CFDT, CFTC, CFE-CGC, CGT, CGT-FO) et les organisations patronales (CGPME, FNSEA, MEDEF, UNAPL, UPA) participent ainsi à sa gestion. La présidence est assurée, en alternance, par le collège des employeurs et le collège des salariés.

Le Comité des Directeurs

Le Comité des directeurs est composé de l'ensemble des directeurs des institutions membres. En son sein, le Comité exécutif prépare les décisions du Conseil d'administration et assure la mise en œuvre des orientations retenues.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

COLLÈGE DES EMPLOYEURS

Vice-président
Bernard LEMÉE
MEDEF

Trésorier
Jean-Louis TERDJMAN
MEDEF

Membres du Bureau
Valérie CORMAN
MEDEF

Albert QUENET
UPA

Laurent RABATÉ
MEDEF

Administrateurs
Delphine BENDA
MEDEF
Michel BODOY
MEDEF, APICIL PRÉVOYANCE
Muriel CAILLAT
FNSEA
Jean CANETOS
CGPME
Jean-Claude GOURHEUX
UNAPL
Jean-Louis JAMET
CGPME, IPGM
Michel KELLER
MEDEF, NOVALIS PRÉVOYANCE
Pascal LE GUYADER
MEDEF
Michel-André PHILIPPE
MEDEF, VAUBAN HUMANIS PRÉVOYANCE
Daniel THEBAULT
MEDEF, AG2R PRÉVOYANCE

COLLÈGE DES SALARIÉS

Président
Alain TISSERANT
CFDT

Secrétaire
Bernard DAESCHLER
CGT, MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

Membres du Bureau
Dominique BERTRAND
CFTC

Michel DIEU
CGT-FO, IPSEC

Marc VILBENOIT
CFE-CGC

Administrateurs
Frédéric CHINY
CFDT
Bruno CORNET
CGT, BTP PRÉVOYANCE
Béatrice ETEVE
CFTC
Catherine FITTE
CGT-FO
Mychel HAVE
CFDT, BTP PRÉVOYANCE
Danièle KARNIEWICZ
CFE-CGC, GNP
Marie-Annick NICOLAS
CGT
Alain POULET
CGT-FO, CAPSSA
Isabelle SANCERNI
CFTC, UNIPRÉVOYANCE
Michèle VIGUIER
CFE-CGC, CAPSSA

REPRÉSENTANTS DU CTIP AUX INSTANCES DE L'UNOCAM

CONSEIL DE L'UNOCAM

REPRÉSENTANTS DES EMPLOYEURS

Titulaires
Valérie CORMAN
membre du Bureau du Conseil d'administration du CTIP

Bernard LEMÉE
Vice-président du CTIP

Laurent RABATÉ
membre du Bureau du Conseil d'administration du CTIP

Suppléants
Delphine BENDA
membre du Conseil d'administration du CTIP

Jean-Louis JAMET
membre du Conseil d'administration du CTIP

Jean-Louis TERDJMAN
membre du Bureau du Conseil d'administration du CTIP,
Trésorier du Conseil d'administration du CTIP

REPRÉSENTANTS DES SALARIÉS

Titulaires
Bernard DAESCHLER
membre du Bureau du Conseil d'administration du CTIP,
Secrétaire du Conseil d'administration du CTIP

Alain TISSERANT
Président du CTIP

Marc VILBENOIT
membre du Bureau du Conseil d'administration du CTIP

Suppléants
Michel DIEU
membre du Bureau du Conseil d'administration du CTIP

Mychel HAVE
membre du Conseil d'administration du CTIP

Isabelle SANCERNI
membre du Conseil d'administration du CTIP

Autres membres de la délégation du CTIP à l'UNOCAM

Jean-Louis FAURE
Délégué général du CTIP

Evelyne GUILLET
Directeur Santé du CTIP

BUREAU DE L'UNOCAM

Alain TISSERANT, Président du CTIP, ayant pour suppléant, Evelyne GUILLET, Directeur Santé du CTIP
Jean-Louis FAURE, Délégué général du CTIP, ayant pour suppléant Bernard LEMÉE, Vice-président du CTIP

LE COMITÉ EXÉCUTIF

Philippe BARRET
GROUPE APICIL
Patrick BEZIER
AUDIENS
Francis BLOCH
OCIRP
Jean-Marc ROBINET
RÉUNICA
Paul GRASSET
PRO BTP
Jean-Charles GROLLEMUND
GROUPE IRCEM
François GIN
AGRICA
Jean-Paul LACAM
HUMANIS
Laurie MAILLARD
MORNAY
André RENAUDIN
AG2R LA MONDIALE
Guillaume SARKOZY
GROUPE MALAKOFF MÉDÉRIC
Christian SCHMIDT de LA BRELIE
D&O

Le Comité exécutif est présidé par
Jean-Louis FAURE,
Délégué général du CTIP.

LE COMITÉ DES DIRECTEURS

Évelyne ANGELIQUE
ARP-BTP/AG
Alain BARRE
CAPAVES-PRÉVOYANCE
Philippe BARRET
GROUPE APICIL
Chantal BELLARD
IG-CRÉA
Quentin BERIOT
IPSEC
Patrick BEZIER
AUDIENS
Francis BLOCH
OCIRP
Patrick CANAL
CARCO
Alexandre COLLARD
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE VALMY
Jean-Marc ROBINET
RÉUNICA
Alain DEL PUERTO
IPECA-PRÉVOYANCE
Pascal FRANCK
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE NESTLÉ
Brigitte GEFFARD
CAISSE DE PRÉVOYANCE DU CRÉDIT
LYONNAIS

François GIN
AGRICA
Pierre GIRARDIN
INPR
Paul GRASSET
PRO BTP
Pierre GROLLEAU
ANIPS
Jean-Charles GROLLEMUND
GROUPE IRCEM
Renée HAOZIT
UNIPRÉVOYANCE
Richard KACZOROWSKI
CREPA
Jean-Paul LACAM
HUMANIS
Pascale LE LANN
CAPRA-PRÉVOYANCE
Eric LE LAY
CGP CAISSES D'ÉPARGNE
Pascal MAAS
CIPREV
Laurie MAILLARD
GROUPE MORNAY
Henri MARTINEZ
GNP
Yann MENEZ
CRESP
Jacques MINJOLLET
INPCA
Michel MOTTET
CRC
Jean-Pierre MOTTURA
CAPSSA
Olivier NOEL
IPRIAC
Corinne PRAYEZ
APGIS
André RENAUDIN
AG2R LA MONDIALE
Stephan REUGE
BTP-PRÉVOYANCE
Philippe RICARD
AG2R-MACIF-PRÉVOYANCE
Pierre-Alain ROUY
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE AUSTERLITZ
Guillaume SARKOZY
GROUPE MALAKOFF MÉDÉRIC
Christian SCHMIDT de LA BRELIE
D&O
Jules SITBON
IRP AUTO
Alain STREISSEL
ARPEGE-PRÉVOYANCE
Denis TURRIER
GROUPE LOURMEL
Thierry VACHIER
SNECMA-CRP
Damien VANDORPE
HUMANIS
Marie-Claude WECK
IPBP

LES SERVICES DU CTIP

Jean-Louis FAURE
Délégué général

Secrétariat de direction
Evelyne HAMACKER

Communication et Relations extérieures
Miriana CLERC
Directeur de la communication
et des relations extérieures

(Commission Communication,
Commission Europe)
Jocelyn BODIGUEL
Auréli GINIOUX

**Juridique, Instances, Formation et
Médiation**
Isabelle PARIENTE-MERCIER
Directeur juridique

(Instances, Commission Juridique,
Commission Formation, service Médiation)
Estelle AUBERT
Patrick GROSIEUX
Rémi LESTRADE

**Santé et
Modernisation des déclarations sociales**
Evelyne GUILLET
Directeur santé

(Commission Santé, Comité Stratégie
Santé, Comité de pilotage MDS)
Gérard CHAUVINEAU
Morgane LANGLOIS-GAUTIER
Marion MURET
Magali SIERRA

Prévoyance et retraite supplémentaire
Bertrand BOVIN-CHAMPEAUX
Directeur prévoyance et retraite supplémentaire

(Commission Comptabilité et Commission
Fiscalité, Commission Retraite
supplémentaire, Commission Statistiques,
Commission Technique)
Laurent ELGHOZI
José SANCHEZ

**Service administratif et financier,
assistance et supports**
Céline GROSSY
Céline CONTRINO
Estelle DORES
David MARILLEAU
Alexandra PIART

courriel : nom@ctip.asso.fr

La vie des commissions

L'activité du CTIP s'appuie essentiellement sur les compétences et l'expertise des institutions au travers de huit commissions et de leurs groupes de travail. Ce fonctionnement lui permet d'être proche des réalités des institutions et d'être un lieu de dialogue et d'échanges. Ces commissions réunissent près de 200 collaborateurs d'institutions :

Commission COMMUNICATION

**Commission COMPTABILITÉ
et Commission FISCALITÉ**

Commission SANTÉ

Commission EUROPE

**Commission RETRAITE
SUPPLÉMENTAIRE**

Commission FORMATION

Commission JURIDIQUE

Commission TECHNIQUE

Commission STATISTIQUES

En sus de ces commissions, des comités spécifiques ont été mis en place soit pour mener une réflexion dans des domaines stratégiques ou associer les institutions au suivi des chantiers nationaux.

En matière de modernisation des déclarations sociales :

Comité de pilotage MDS

En matière d'assurance maladie complémentaire :

Comité stratégie Santé





Les institutions adhérentes au CTIP

Le CTIP compte 51 institutions adhérentes dont 20 institutions professionnelles, 21 institutions interprofessionnelles, 8 institutions d'entreprise et 2 unions d'institutions de prévoyance. La plupart des institutions de prévoyance font partie d'un groupe de protection sociale qui gère des couvertures de protection sociale collectives et individuelles.

Les institutions membres

(au 1^{er} juin 2012)

NOM DE L'INSTITUTION - NOM DU GROUPE DE PROTECTION SOCIALE D'APPARTENANCE OU (NOM DU GROUPE)

AG2R PRÉVOYANCE
AG2R LA MONDIALE

AG2R MACIF PREVOYANCE
AG2R LA MONDIALE

AGRI PRÉVOYANCE
AGRICA

ANIPS

APGIS
(PRISME PRÉVOYANCE)

APICIL PRÉVOYANCE
APICIL

APRIONIS PRÉVOYANCE
HUMANIS

ARPÈGE PRÉVOYANCE
RÉUNICA

AUDIENS PRÉVOYANCE
AUDIENS

BTP-PRÉVOYANCE
PRO BTP

CAISSE DE PRÉVOYANCE
COMPLÉMENTAIRE
DU CRÉDIT LYONNAIS

CAISSE RÉUNIONNAISE
DE PRÉVOYANCE
CAISSES RÉUNIONNAISES
COMPLÉMENTAIRES

CAPAVES PRÉVOYANCE
HUMANIS

CAPRA-PRÉVOYANCE

CAPREVAL
MALAKOFF MÉDÉRIC

CAPSSA

CARCEL PRÉVOYANCE
HUMANIS

CARCEPT-PRÉVOYANCE
D&O

CARCO

CARPILIG PRÉVOYANCE
LOURMEL

CCPMA PRÉVOYANCE
AGRICA

CGPCE
(ÉCUREUIL PROTECTION SOCIALE)

CIPREV
(VICTOR HUGO)

CPCEA
AGRICA

CREPA
CREPA

CRESP
MALAKOFF MÉDÉRIC

CRIA PRÉVOYANCE
HUMANIS

CRP-BTP
ARP- BTP/AG

GROUPEMENT NATIONAL
DE PRÉVOYANCE*

IENA PRÉVOYANCE
IRP AUTO

INPCA
AG2R LA MONDIALE

INPR
MALAKOFF MÉDÉRIC

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
AUSTERLITZ

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
NESTLE

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
VALMY

IPBP
HUMANIS

IPECA-PRÉVOYANCE

IPGM
MORNAY

IPRIAC
D&O

IPSA
IRP AUTO

IPSEC
HUMANIS

IRCEM-PRÉVOYANCE
IRCEM

ISICA PRÉVOYANCE
AG2R LA MONDIALE

MALAKOFF MÉDÉRIC
PRÉVOYANCE
MALAKOFF MÉDÉRIC

NOVALIS PRÉVOYANCE
HUMANIS

OCIRP*

ORÉPA-PRÉVOYANCE
D&O

RÉUNICA PRÉVOYANCE
RÉUNICA

SNECMA CRP

UNIPRÉVOYANCE
(PRISME PRÉVOYANCE)

VAUBAN HUMANIS PRÉVOYANCE
HUMANIS

* Union d'institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance par groupe de protection sociale d'appartenance

AG2R LA MONDIALE*
AG2R MACIF PREVOYANCE
AG2R PRÉVOYANCE
INPCA
ISICA PRÉVOYANCE

AGRICA*
AGRI PRÉVOYANCE
CCPMA PRÉVOYANCE
CPCEA

APICIL*
APICIL PRÉVOYANCE

HUMANIS*
APRIONIS PRÉVOYANCE
CAPAVES PRÉVOYANCE
CARCEL PRÉVOYANCE
CRIA PRÉVOYANCE
IPBP
IPSEC
NOVALIS PRÉVOYANCE
VAUBAN HUMANIS PRÉVOYANCE

ARP-BTP/AG
CRP-BTP

AUDIENS*
AUDIENS-PRÉVOYANCE

CAISSES RÉUNIONNAISES COMPLÉMENTAIRES
CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE

CREPA
CREPA

D&O*
CARCEPT-PRÉVOYANCE
IPRIAC
OREPA-PRÉVOYANCE

IRCEM*
IRCEM-PRÉVOYANCE

IRP AUTO*
IENA PRÉVOYANCE
IPSA

LOURMEL
CARPILIG PRÉVOYANCE

MALAKOFF MÉDÉRIC*
CAPREVAL
CRESP
INPR
MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

MORNAY*
IPGM

PRO BTP*
BTP-PRÉVOYANCE

RÉUNICA*
ARPEGE PRÉVOYANCE
RÉUNICA PRÉVOYANCE

Pour information :

GPS sans institution de prévoyance :
B2V et CGRR

* Groupe établissant des comptes combinés

Les institutions de prévoyance hors groupe et les unions d'institutions

ANIPS

APGIS
PRISME PRÉVOYANCE

CAISSE DE PRÉVOYANCE
DU CRÉDIT LYONNAIS

CAISSE GENERALE DE PRÉVOYANCE
DES CAISSES D'ÉPARGNE
(Groupe combiné ÉCUREUIL
PROTECTION SOCIALE)

CAPRA-PRÉVOYANCE

CAPSSA

CARCO

CIPREV
(Groupe combiné VICTOR HUGO)

GNP

Institution de prévoyance
AUSTERLITZ

Institution de prévoyance NESTLÉ

Institution de prévoyance VALMY

IPECA-PRÉVOYANCE

OCIRP

SNECMA CRP

UNIPRÉVOYANCE
PRISME PREVOYANCE



CONCEPTION & RÉALISATION

Eclats Graphiques

01 39 59 27 73

CRÉDITS PHOTO :

Sophie Brandstörn

Magali Delporte

Philippe Couette

Juillet 2012



10, rue Cambacérés
75008 Paris
Tél. : 01 42 66 68 49
Fax : 01 42 66 64 90
www.ctip.asso.fr