



CENTRE TECHNIQUE
DES INSTITUTIONS
DE PRÉVOYANCE

**RAPPORT
ANNUEL
2014**

ACCOMPAGNER
LA TRANSFORMATION
DE LA PROTECTION
SOCIALE



02 L'actualité de la protection sociale et du CTIP

04 L'entretien des Présidents

08 Nos valeurs en action

10 Une gouvernance remaniée

18 Des métiers en pleine mutation

28 L'organisation du CTIP

30 Les institutions de prévoyance adhérentes

Couvrant plus de 13 millions de salariés,

soit 2 millions d'entreprises, en prévoyance et en complémentaire santé, les institutions de prévoyance font partie des acteurs incontournables de la protection sociale complémentaire en France.

Le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) est leur porte-parole. Organisation professionnelle reconnue, le CTIP représente les institutions de prévoyance auprès des pouvoirs publics nationaux et européens. Il défend leurs intérêts, ceux des entreprises adhérentes et de leurs salariés dans le domaine de la prévoyance collective.

Attaché à ses valeurs fondatrices – **la solidarité et l'efficacité** – le CTIP défend une vision de terrain de la protection sociale qui prend en compte les besoins des entreprises et des salariés.

Généralisation de la complémentaire santé, Solvabilité 2, DSN... Les dossiers de l'année écoulée ont demandé au CTIP de jouer pleinement son rôle de **représentant des institutions de prévoyance** dans l'évolution de notre système de protection sociale.



▶ 4 JUILLET 2014

**JEAN PAUL LACAM,
NOUVEAU DÉLÉGUÉ
GÉNÉRAL DU CTIP.**

▶ 7 JUILLET 2014

Nomination d'un **représentant du CTIP** au Comité consultatif de la législation et de la réglementation financière (**CCLRF**) et au Comité consultatif du secteur financier (**CCSF**).

▶ 10 JUILLET 2014

Publication du décret relatif au **caractère collectif et obligatoire des garanties** de protection sociale complémentaire.

▶ 24 JUILLET 2014

Communiqué de presse commun CTIP/FFSA/FNMF appelant à la **concertation avec la CNAMTS pour la mise en œuvre de la généralisation du tiers payant.**

▶ 31 JUILLET 2014

Promulgation de la loi relative à **l'économie sociale et solidaire (ESS)** : nouvelles dispositions pour la coassurance entre opérateurs des trois codes des contrats collectifs obligatoires de branches ou d'entreprises.

▶ 8 SEPTEMBRE 2014

Publication du décret qui définit le **socle minimal des garanties pour les contrats collectifs** dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé.

▶ 24 SEPTEMBRE 2014

Publication du **décret rendant obligatoire la Déclaration sociale nominative (DSN)** à partir de la paie d'avril 2015 pour les 13 000 plus grandes entreprises de France.

▶ 3 OCTOBRE 2014

« **Nous refusons d'être des payeurs aveugles et invisibles** », affirme le délégué général du CTIP dans une interview pour l'Argus de l'Assurance.

▶ 8 OCTOBRE 2014

Publication du décret qui détermine la procédure et les modalités de **mise en concurrence des contrats éligibles à l'Aide à la complémentaire santé (ACS)**.

▶ 18 NOVEMBRE 2014

Publication du décret relatif au contenu des **contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiaire d'aides fiscales et sociales**. Le CTIP dénonce, dans des communiqués, « un choc de complexité » et « des choix faits au détriment des assurés ».

▶ 20 NOVEMBRE 2014

Publication du décret sur **l'honorabilité et la compétence** des dirigeants dans les organismes d'assurance.

▶ 11 DÉCEMBRE 2014

Publication du décret qui fixe à 2 % minimum du montant de la cotisation le **financement d'actions de solidarité** et de prévention dans le cadre d'un accord de branche avec recommandation.

▶ 17 DÉCEMBRE 2014

Avis d'appel public à la concurrence relatif à la **sélection des contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS**.

▶ 22 DÉCEMBRE 2014

Promulgation de la loi de financement **de la Sécurité sociale pour 2015** : généralisation du tiers payant et exonération des participations forfaitaires et des franchises pour les bénéficiaires de l'ACS; fusion de la Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) et de la Taxe spéciale additionnelle (TSA) à compter du 1^{er} janvier 2016.

▶ 31 DÉCEMBRE 2014

Promulgation de la loi prévoyant la transposition de la directive **Solvabilité 2**.

8 JANVIER 2015

Publication du décret relatif à la procédure de **mise en concurrence des organismes** dans le cadre de la recommandation.

20 JANVIER 2015

BERNARD DAESCHLER (CGT) EST ÉLU **PRÉSIDENT DU CTIP**. LE VICE-PRÉSIDENT EST PIERRE MIE (MEDEF).



30 JANVIER 2015

Publication de la circulaire qui précise la mise en application du décret du 18 novembre 2014 sur le **contrat responsable**.

8 FÉVRIER 2015

Le **CTIP, la FFSA et la FNMF** «proposent un **dispositif simple à co-construire avec les professionnels de santé**» pour la généralisation du tiers payant.

23 FÉVRIER 2015

Publication du décret relatif aux **certificats mutualistes et paritaires**.

26 MARS 2015

Le CTIP affirme que «**le tiers payant ne peut se faire sans les complémentaires**» au cours de l'examen à l'Assemblée nationale du projet de loi de modernisation du système de santé.

31 MARS 2015

Publication du décret sur le fichier **FICOVIE** des contrats d'assurance-vie et de capitalisation.

3 AVRIL 2015

Publication de l'ordonnance de transposition de la directive **Solvabilité 2**. Le CTIP se dit «satisfait de la reconnaissance de la gouvernance paritaire».

10 AVRIL 2015

Les 10 contrats retenus pour l'**ACS** sont publiés.

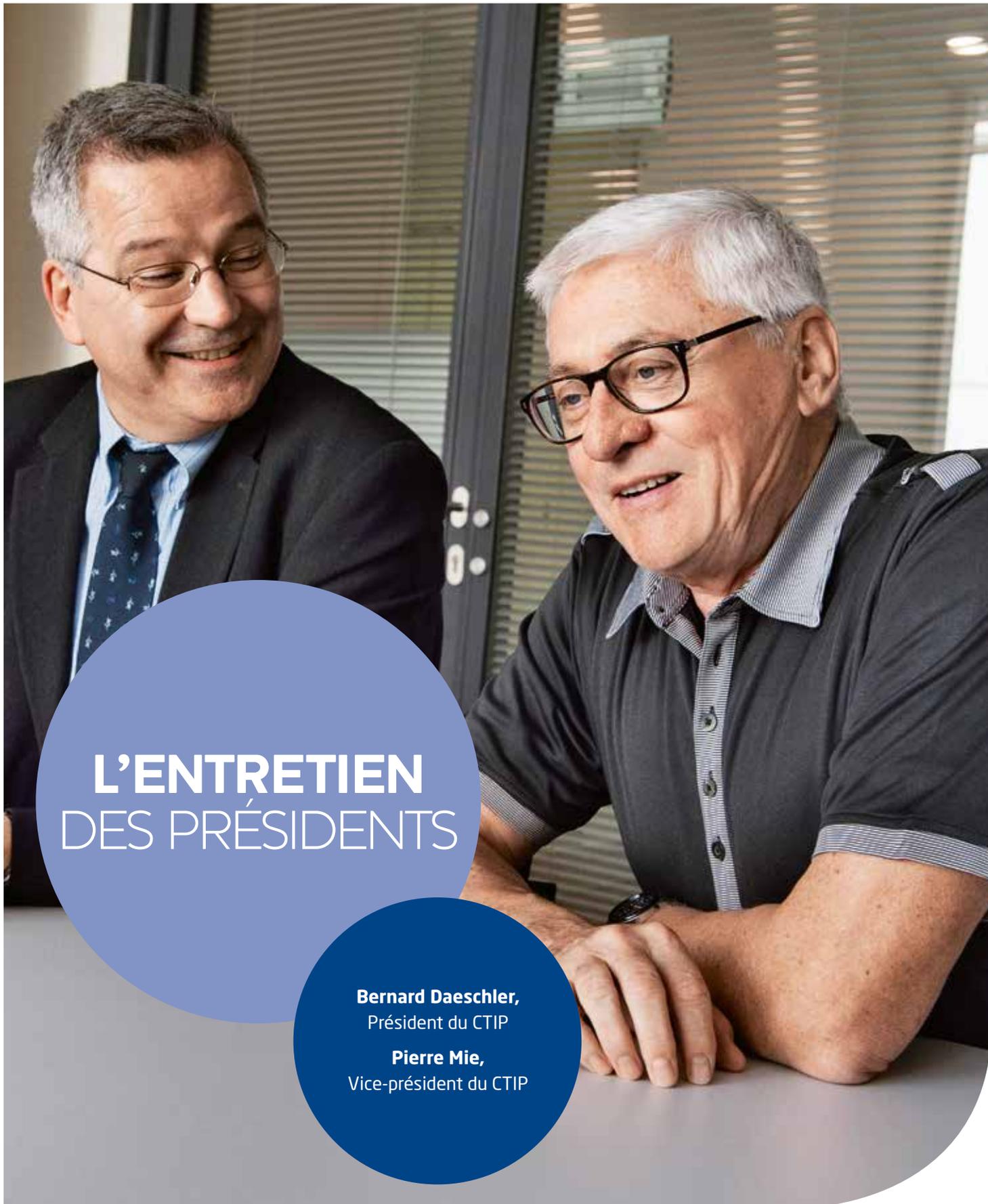
10 MAI 2015

Publication du décret d'application et de l'arrêté complétant l'ordonnance de **transposition de la directive Solvabilité 2**.

1^{er} JUIN 2015

Assemblée constituante de l'association inter AMC sur la **généralisation du tiers payant**.

Retrouvez l'actualité
2014-2015
de la protection sociale
et du CTIP sur :
www.ctip.asso.fr



L'ENTRETIEN
DES PRÉSIDENTS

Bernard Daeschler,
Président du CTIP

Pierre Mie,
Vice-président du CTIP

“ Les institutions de prévoyance ont des idées et des expériences à faire valoir tant concernant le financement de la santé que l’articulation entre la Sécurité sociale et les complémentaires santé. ”

Bernard Daeschler

Le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises devront proposer à leurs salariés une complémentaire santé. Cette réforme d’envergure s’est accompagnée d’une redéfinition des contrats santé responsables. Quel bilan tirez-vous des conditions de la généralisation ?

Bernard Daeschler : Pour les spécialistes de la gestion des contrats collectifs que sont les institutions de prévoyance, il s’agissait *a priori* d’une opportunité pour effectuer un travail de fond afin d’adapter les garanties et les coûts pour les entreprises et les salariés. Or, le cadre extrêmement contraint du panier de soins et du nouveau contrat responsable limite sérieusement nos marges de manœuvre. Ce sont les assurés qui risquent d’en souffrir d’autant que, au moment même où les pouvoirs publics généralisent la complémentaire santé, ils la soumettent aussi à l’impôt sur le revenu. Ce sont des signaux contradictoires que nous regrettons.

Pierre Mie : Les institutions de prévoyance ont toujours su gérer la complémentaire santé et préserver leurs équilibres techniques et leur niveau de solvabilité, au bénéfice des entreprises et des salariés couverts. D’où un taux de redistribution parmi les plus élevés du marché : 88 euros pour 100 cotisés. Les institutions de prévoyance sont donc bien placées pour être des acteurs efficaces de la généralisation de la complémentaire santé malgré les contraintes importantes que nous avons citées.

D’ores et déjà, certaines d’entre elles proposent des garanties innovantes, adaptées aux besoins des salariés intégrant des services et des options spécifiques.

Le projet de loi sur la santé a provoqué de nombreuses polémiques. Quelles sont à vos yeux les principales mesures qui vont impacter les institutions de prévoyance ?

P. M. : La généralisation du tiers payant est la mesure qui impactera le plus directement nos institutions. Là encore, les conditions de mise en œuvre seront clés. En effet, les complémentaires santé ne peuvent accepter un flux unique de remboursement aux patients qui les laisseraient de côté. Pour reprendre une expression qui a un certain succès : nous étions des « payeurs aveugles », nous ne voulons pas devenir des « payeurs invisibles ».

B. D. : La loi sur la santé est plus structurante que ce qui avait été annoncé. Or, la prise en compte de la place et du rôle des complémentaires santé dans cette réforme n’est clairement pas satisfaisante. La situation de la Sécurité sociale exigerait pourtant une plus grande collaboration avec les familles de complémentaires santé et, en premier lieu, les organisations à but non-lucratif. Les institutions de prévoyance ont des idées et des expériences à faire valoir tant concernant le financement de la santé – prévention, réseaux de soins... –, que l’articulation entre la Sécurité sociale et les complémentaires santé.



L'ordonnance de transposition de la directive Solvabilité 2 a été publiée début avril. Répond-elle aux demandes formulées par le CTIP?

B. D. : L'adaptation de la directive au modèle de gestion paritaire est satisfaisante. Elle répond à une demande spécifique du CTIP en créant la Structure de groupe assurantiel de protection sociale (SGAPS) qui instaure dans le code de la Sécurité sociale un outil équivalent à ceux qui existent dans le code des Assurances et de la Mutualité. Cette nouvelle structure donne aux groupes de protection sociale les moyens de se développer de façon solide et pérenne en nouant des partenariats avec les autres acteurs du marché. Nous sommes également satisfaits, du moins en partie, de la reconnaissance du principe de proportionnalité dans l'application des nouvelles règles. L'ordonnance précise en effet que les fonctions clés (audit interne, actuariat, gestion des risques et conformité) ne correspondent pas nécessairement à des postes à part entière. Les plus petits organismes disposeront ainsi d'une marge de manœuvre dans la mise en œuvre. C'est la raison

pour laquelle, le CTIP a aussi souhaité que ce principe de souplesse soit confirmé dans les décrets d'application.

Quel sera le rôle d'accompagnement du CTIP dans la mise en œuvre de Solvabilité 2 ?

P. M. : Le CTIP, qui s'est déjà beaucoup investi sur ce sujet, va poursuivre ses efforts selon trois axes. Nous continuerons à agir auprès des pouvoirs publics afin de nous assurer que les spécificités des institutions de prévoyance soient systématiquement prises en compte dans l'élaboration des textes. L'évolution de la gouvernance constitue le deuxième défi. Nos organismes doivent adapter leur organisation et renforcer les compétences de leurs administrateurs. Nous sommes en train de préparer avec des groupes de protection sociale un programme de formation, en partenariat avec l'IFA et Sciences Po. Disponible dès septembre 2015, il proposera un parcours unique d'acquisition de l'ensemble des compétences nécessaires à une bonne gestion de nos institutions de prévoyance. Enfin,

“ Depuis près de 70 ans, notre modèle a fait ses preuves. Son succès est intimement lié à nos valeurs. Il nous faut donc les défendre sans relâche. ”

Bernard Daeschler

“ L'évolution de la gouvernance constitue le deuxième défi. Nos organismes doivent adapter leur organisation et renforcer les compétences de leurs administrateurs. ”

Pierre Mie

nous allons revoir l'ensemble de nos recommandations afin de les rendre compatibles avec le nouvel environnement créé par Solvabilité 2.

En quoi les valeurs des institutions de prévoyance et du CTIP – solidarité et efficacité – sont-elles des points d'appui pour préserver un modèle de protection sociale original ?

P. M. : Nous sommes des organismes de droit privé, à but non lucratif. Les institutions de prévoyance sont gérées comme des entreprises privées. En même temps, nos institutions travaillent pour l'intérêt collectif plutôt que pour rémunérer des actionnaires. Notre bonne gestion permet ainsi de proposer de meilleures ou de nouvelles garanties aux adhérents. Elle permet de mettre en œuvre une action sociale. Elle nous donne les moyens de développer des actions de prévention, ou des services à la personne. Nos valeurs sont la solidarité pour que chacun soit partie prenante et l'efficacité pour que le résultat soit économiquement tenable.

B. D. : Depuis près de 70 ans, notre modèle a fait ses preuves. Son succès est intimement lié à nos valeurs. Il nous faut donc les défendre sans relâche face aux facteurs externes qui tendent à les diluer. C'est une bataille à mener dans le cadre d'un CTIP paritaire. Notre voix est originale dans le paysage social car elle est issue d'un consensus entre des partenaires et des positions *a priori* antagonistes. Mais le partage de ces valeurs et la confiance permettent de converger sur les grands principes. On le voit, le succès du modèle nécessite une forte implication des partenaires sociaux. Leur engagement constitue un levier essentiel dans le dialogue social, la négociation et la défense des intérêts des salariés et, partant de là, des entreprises. Tout cela devrait conduire les pouvoirs publics à mieux nous écouter. Après tout, notre voix est celle des 2 millions d'entreprises et des 13 millions de salariés que nous couvrons. Elle est donc légitime.



EN CHIFFRES

88 €

sont reversés aux bénéficiaires des institutions de prévoyance pour 100 euros de cotisations versées.

NOS VALEURS EN ACTION

La solidarité et l'efficacité sont les valeurs fortes portées par les institutions de prévoyance et le CTIP. Elles s'illustrent au quotidien, dans le travail mené, par les hommes et les femmes au sein des groupes de protection sociale. Pour en témoigner, nous avons souhaité donner la parole à Paul Grasset, directeur général de PRO BTP, et à Guillaume Sarkozy, délégué général de Malakoff Médéric.



“ **L'EFFICACITÉ**
AU SERVICE DU
FINANCEMENT DE
LA **SOLIDARITÉ.** ”

PAUL GRASSET,
DIRECTEUR GÉNÉRAL,
PRO BTP

SOLIDARITÉ ET EFFICACITÉ : QUE REPRÉSENTENT, POUR VOTRE GROUPE, CES DEUX VALEURS ?

Paul Grasset : Ces valeurs correspondent exactement au modèle économique particulier du groupe PRO BTP. C'est pour cela que la profession a choisi d'avoir son propre outil de protection sociale, qu'il soit le plus efficace possible sans laisser personne au bord de la route.

La construction du groupe repose sur une recherche d'efficacité pour dégager une valeur ajoutée économique qui permettra de créer une valeur ajoutée sociale. Concrètement, c'est très fort dans la vie du groupe, car cela donne du sens au travail des collaborateurs. Les économies que nous faisons en gestion sont réinvesties dans des fonds sociaux et c'est comme cela qu'une action sociale forte a pu être créée.

Ces valeurs sont étroitement liées et font parties de notre ADN. Nous sommes comme Monsieur Jourdain : nous faisons de la RSE depuis le début sans le savoir.

En plus de ces deux valeurs, il me semble qu'il y en a une autre qui est très importante et tout aussi indispensable : c'est l'innovation.

Guillaume Sarkozy : La solidarité est une des valeurs qui animent Malakoff Médéric. Elle fait partie de notre ADN, comme le non lucratif, de ce qui fait de nous un organisme avec une utilité sociale forte, capable de faciliter l'accès aux soins tout en diminuant le reste à charge pour l'assuré. Elle trouve également des traductions très concrètes dans nos actions à caractère social et sociétal.

L'efficacité ou l'efficience est une valeur tout aussi importante. Au sein de Malakoff Médéric, nous nous appuyons aussi sur des valeurs d'exigence et de responsabilité. L'exigence guide notre gestion des risques, qui se veut exemplaire afin d'assurer la pérennité de l'activité. La responsabilité, quant à elle, se manifeste dans notre engagement à mettre notre performance au service de nos clients mais aussi de l'intérêt général.

Enfin, ces valeurs permettent notamment de concevoir des solutions innovantes pour les entreprises et leurs salariés et de donner à chacun la possibilité de devenir acteur de sa propre santé et de son bien-être.

COMMENT SE TRADUISENT-ELLES DANS LE QUOTIDIEN DE VOTRE GROUPE ?

G. S. : La solidarité trouve une expression commune dans tous les groupes : c'est l'action sociale. Nous venons en aide, par différents moyens, aux personnes qui doivent faire face aux ruptures et aux aléas de la vie, que ce soit du fait de la maladie, de la perte d'emploi ou du simple départ en retraite. Mais nous estimons que notre responsabilité est aussi de participer à l'évolution de la société. C'est pourquoi nous avons développé une action d'envergure en direction des personnes en situation de handicap. Afin de favoriser leur accès aux soins et à l'emploi, nous avons créé une fondation spécifique. Mais nous sommes allés plus loin, en intégrant au sein du groupe Malakoff Médéric, des personnes handicapées et en développant en interne une équipe Handisport qui s'est particulièrement distinguée et dont les performances nous réjouissent.

Quant à la recherche d'efficacité, elle nous a poussé à investir fortement dans l'innovation. Nous soutenons la recherche, nous développons les réseaux de soins et nous expérimentons des dispositifs de télésanté. Notre objectif est de faire que chacun puisse apprendre à gérer son capital santé, accéder à des dispositifs de prévention, être orienté dans l'offre de soins et être accompagné en cas de maladie. C'est le moyen de préserver, pour tous, une couverture médicale efficace à un coût acceptable.

P. G. : L'efficacité se matérialise à travers l'accès à des garanties complémentaires à caractère solidaire et nous permet de développer l'action sociale. Cela prend la forme de garanties complémentaires gratuites pour les actifs en longue maladie, pour les retraités ou en cas de veuvage. La profession a également organisé un système de prêt pour facili-

ter l'accession à la propriété des salariés et en priorité des jeunes. C'est également grâce à notre efficacité, qu'on peut, dans notre centre du Belloy, épauler des accidentés et les réinsérer dans le monde du travail.

Pour maintenir cet équilibre efficacité-solidarité, nous avons besoin de l'innovation, c'est-à-dire de traiter les questions qui se posent à nous de façon nouvelle comme nous l'avons fait sur notre système de prévention des fraudes ou pour réduire le reste à charge des familles de personnes dépendantes.

“ CES VALEURS PERMETTENT DE **CONCEVOIR DES SOLUTIONS INNOVANTES POUR LES ENTREPRISES** ET DE DONNER À CHACUN LA POSSIBILITÉ DE DEVENIR ACTEUR DE SA PROPRE SANTÉ ET DE SON BIEN-ÊTRE. ”

**GUILLAUME SARKOZY,
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL, MALAKOFF MÉDÉRIC**







UNE GOUVERNANCE REMANIÉE

Dirigeant effectif, rôle du conseil d'administration affirmé, fonctions clés, formations spécifiques, médiation...
La gouvernance des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale ne peut être statique et s'adapte à son environnement en permanence.

SOLVABILITÉ 2 : LE DÉFI DE LA GOUVERNANCE

La mise en œuvre de Solvabilité 2 à compter du 1^{er} janvier 2016 va amener des changements pour les entreprises d'assurance en matière d'exigence de fonds propres et de provisionnement (pilier 1), de gouvernance et de contrôle interne (pilier 2) et, enfin, d'information et de communication (pilier 3).

S

olvabilité 2 constitue un défi à relever, notamment pour l'organisation des institutions de prévoyance et dans la définition de la politique de gestion des risques. Le CTIP a cherché tout au long des discussions à faire respecter le fonctionnement qui est celui de ses membres, un fonctionnement paritaire.

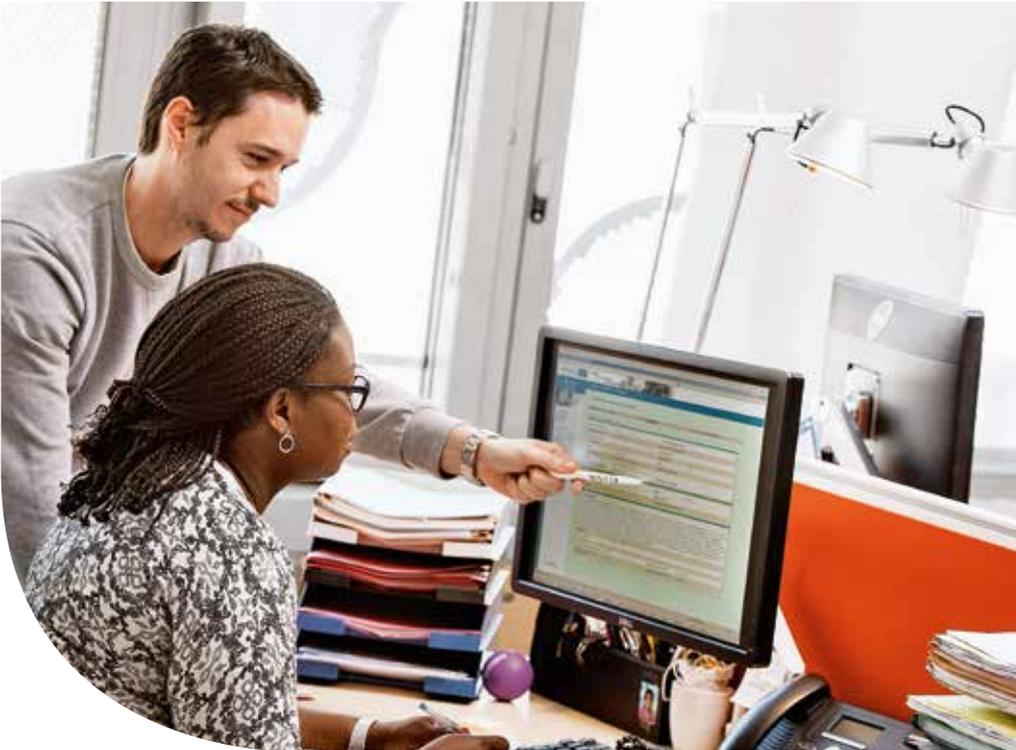
Ainsi le travail de concertation du CTIP avec les pouvoirs publics et l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), sur la transposition de la directive Solvabilité 2, a permis d'aboutir à un texte prenant en compte les spécificités des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale.

LES STRUCTURES DE GROUPE

Le CTIP a obtenu la création de structures de groupe relevant du code de la Sécurité sociale pour permettre aux institutions de prévoyance paritaires de constituer des groupes prudentiels au sens de Solvabilité 2. Ces structures de groupe sont similaires à celles existantes pour les organismes relevant du code des Assurances et du code de la Mutualité. Ces structures pourront prendre deux formes :

- La SGAPS (Société de groupe assurantiel de protection sociale), structure « prudentielle » porteuse de liens de solidarité financière entre les entités affiliées et exerçant une influence dominante sur celles-ci, notamment au travers d'une coordination centralisée. Cette structure de groupe devra répondre aux exigences de Solvabilité 2.
- Le GAPS (Groupement assurantiel de protection sociale), structure servant à nouer des partenariats sans lien de solidarité financière et sans exercice d'influence dominante.

La forme actuelle de structure de groupe, le Groupement paritaire de prévoyance (GPP), est



destinée à se transformer en l'une des deux nouvelles formes juridiques, au plus tard le 31 décembre 2017.

LA GOUVERNANCE SOUS SOLVABILITÉ 2

La direction effective des institutions de prévoyance doit être assurée par deux personnes au moins, notifiées à l'ACPR. Il s'agira du directeur général et d'un ou de plusieurs directeurs généraux délégués, nommés sur proposition du directeur général par le conseil d'administration. Conformément au souhait des partenaires sociaux, le CTIP a obtenu que le conseil d'administration d'une institution de prévoyance poursuive une mission d'orientation et de contrôle de l'activité, en s'appuyant sur la direction effective qu'il aura nommée.

La direction effective d'une institution de prévoyance devra également nommer quatre fonctions clés (gestion des risques, actuariat, vérifica-

tion de la conformité et audit interne) pour piloter l'activité d'assurance. Le cas échéant, le principe de proportionnalité, qui permet le cumul de deux ou de plusieurs fonctions sur une même personne, pourra être appliqué. Ainsi, il peut exister une distinction entre la fonction elle-même, toujours sous l'autorité du directeur général de la personne physique qui l'exerce. Le CTIP a également demandé l'application du principe de proportionnalité pour la désignation du second dirigeant effectif, en souhaitant qu'un directeur général adjoint puisse être nommé en lieu et place d'un directeur général délégué au sein des petites structures.

S'agissant de la transposition de Solvabilité 2, le CTIP est satisfait de la démarche de dialogue qui a été celle des différents acteurs publics. Celle-ci a permis d'aboutir à une transposition consensuelle d'une réglementation qui bouleverse profondément le fonctionnement de nos institutions et de nos groupes.

“ CONFORMÉMENT AU SOUHAIT DES PARTENAIRES SOCIAUX, **LE CTIP A OBTENU QUE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UNE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE POURSUIVE UNE MISSION D'ORIENTATION ET DE CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ, EN S'APPUYANT SUR LA DIRECTION EFFECTIVE QU'IL AURA NOMMÉE.** ”

INTERVIEW

Jean-Pierre Menanteau, Directeur général du groupe HUMANIS



“ CONSTRUIRE UNE STRUCTURE DE GROUPE PRUDENTIELLE EST UNE **VÉRITABLE OPPORTUNITÉ POUR RENFORCER LA GOUVERNANCE** PARTAGÉE DU DÉVELOPPEMENT D’HUMANIS, GROUPE PARITAIRE ET MUTUALISTE CONSTRUIT EN ARCHITECTURE FÉDÉRALE. ”

1

Quel est l’impact de la transposition de Solvabilité 2 sur le groupe Humanis ?

Solvabilité 2 est une « révolution copernicienne » qui fait entrer partout la mesure instantanée de la valeur future des décisions. Il faut en faire une opportunité en termes de qualité des décisions tant pour les opérationnels que pour les administrateurs. En termes de gouvernance, la structure de groupe prudentielle est l’occasion pour le jeune groupe Humanis d’accélérer le parachèvement de l’architecture paritaire et mutualiste de gouvernance très partagée. Le CTIP nous apporte dans ce cadre une précieuse aide technique.

2

Qu’attendez-vous de cette structure de groupe ?

Cette structure nous permet de construire de manière partagée un « code de la route », un partage des « plans de transport » et un « contrôle technique » (fonctions clés) et d’atteindre les toutes meilleures pratiques de prévention, de surveillance et de solidarité. Riche de son histoire et de ses savoir-faire, Humanis a beaucoup progressé ces dernières années et notre gouvernance est déjà très équipée en comités spécialisés : comité des orientations politiques

et stratégiques, réunion conjointe des comités d’audits et des risques, comité d’échange et d’information Assurance de personnes, comité des nominations et des rémunérations, etc. Un comité des orientations politiques et stratégiques élargi à toutes les présidences mutualistes et paritaires est en train de cristalliser toutes les meilleures pratiques et règles du jeu et de les porter au niveau requis par Solvabilité 2 quand c’est nécessaire.

3

En quoi la structure de groupe peut-elle être un atout pour le développement d’Humanis ?

Elle a vocation à favoriser les synergies croisées de développement sur le multi-équipement des entreprises clientes et des personnes protégées tout en combinant excellence industrielle, prise en compte des besoins des clientèles affinitaires et ancrages territoriaux. Notre ambition est de garantir à nos membres actuels et de proposer à de nouveaux membres des offres en conformité avec leur histoire et leurs besoins de moyens partagés, tout en bénéficiant de leurs capacités à prendre en main des services pour l’ensemble du groupe. Nous sommes par exemple en train de monter des délégations de gestion de proximité d’Humanis Prévoyance à Radiance Grand Est Mutuelle. Par ailleurs, avec le groupe Apicil, l’Ipsec et la Ciprev, nous avons défini les règles du jeu d’association (assurance, distribution, gestion) des Mutuelles membres des groupes Apicil et Humanis à notre structure partagée Adéis spécialisée dans les branches professionnelles.

4

Quelle est selon vous la différence entre une SGAPS* et une SGAM ?

Pour ma part, j’apprécie autant le *Coca-Cola* que le *Pepsi Cola*... tant que c’est du cola ! Il ne vous aura pas échappé au passage que le « PS » de SGAPS signifie protection sociale.

* Société de groupe assurantiel de protection sociale.

LA FORMATION AU COEUR DE LA GOUVERNANCE

D'année en année, le CTIP renforce ses cycles de formation et propose des journées d'information destinées aux administrateurs de ses institutions de prévoyance.

En 2014, plus de 700 inscriptions ont été enregistrées. Par ailleurs, afin de répondre aux besoins de formation accrue, suite à la mise en œuvre de Solvabilité 2, le CTIP réfléchit à des formations en partenariat avec des universités. L'objectif recherché est de proposer aux administrateurs des cycles adaptés et de qualité, à même de leur donner les moyens d'accomplir leur mission.

Ainsi à compter de la rentrée 2015, les administrateurs pourront suivre la certification des adminis-

trateurs de groupe de protection sociale proposée par l'IFA (Institut français des administrateurs) et Sciences Po. Cette formation a été initiée par les groupes Klésia et Humanis. Des formations spécifiques dans un cadre universitaire sont aussi à l'étude. Conscient de la richesse de son modèle de gouvernance paritaire, le CTIP contribue à donner les moyens aux administrateurs des groupes de protection sociale d'orienter et de contrôler la stratégie de l'organisme *via* une formation professionnelle et variée.

SIX CYCLES DE FORMATION CTIP

- Panorama de la prévoyance et outils de pilotage d'une institution de prévoyance
- Principes de gouvernance sous Solvabilité 2
- Spécificités de la gestion paritaire
- Les garanties (prévoyance, santé)
- Fiscalité et gestion
- Modernisation des échanges avec les entreprises

INTERVIEW

Christian Schmidt de La Brélie, Directeur général, Klésia



“ CETTE FORMATION CERTIFIANTE ET RECONNUE VA PERMETTRE DE **VALORISER NOTRE MODÈLE DE GOUVERNANCE PARITAIRE.** ”

1

Quel est l'objectif de cette nouvelle formation ?

La création d'une formation certifiante répond à trois enjeux principaux.

D'abord, un enjeu réglementaire. Ces dernières années, différents textes (directive Solvabilité 2, loi de régulation bancaire, recommandations du CTIP) instaurent de nouvelles exigences de compétences des administrateurs, précisées par le décret du 13 novembre 2014.

Créer une formation de haut niveau va permettre, dans un contexte concurrentiel, de valoriser notre modèle de gouvernance si particulier.

La légitimité des administrateurs paritaires à piloter un organisme assureur s'en trouvera confortée.

Cette formation diplômante constitue enfin une réponse forte à l'ACPR qui sera vigilante sur l'application de ces nouvelles exigences.

Nous avons ainsi choisi de répondre à ces différents enjeux en proposant à nos administrateurs une formation certifiante qui vient s'ajouter aux nombreuses formations de qualité déjà dispensées par le CTIP et les institutions de prévoyance. C'est pourquoi, avec le CTIP, nous avons choisi de travailler avec l'IFA et Sciences Po, qui ont l'expérience de formations à destination d'administrateurs d'entreprises cotées ou mutualistes.

2

Comment s'articule-t-elle avec les dispositifs existants ?

Cette formation est tout à fait complémentaire. Elle va fonctionner comme une VAE* puisque nos administrateurs bénéficient déjà de beaucoup de dispositifs de formations ! La formation large et théorique sur les techniques de gestion d'un organisme assureur sera toujours réalisée par le CTIP pour tous les administrateurs, indépendamment de leurs institutions d'origine. Au sein de chaque institution, les formations sont généralement plus spécifiques et permettent d'aborder les spécificités du groupe. La formation certifiante, constituée d'une dizaine de modules, traitera de l'ensemble des champs de compétences prévus par le décret, avec de nombreuses mises en situation. Elle portera fortement sur la gouvernance appliquée à l'assurance de personnes ainsi que sur le rôle et les responsabilités de l'administrateur.

Le monde des groupes de protection sociale bénéficiera ainsi d'un dispositif de formation performant pour ses administrateurs.

* Validation des acquis de l'expérience.

EN CHIFFRES

99 %

des institutions de prévoyance offrent un accès à un dispositif de médiation.

LA MÉDIATION DU CTIP

Depuis sa création en septembre 2010, le dispositif de médiation du CTIP s'inscrit dans un contexte d'amélioration du service rendu par les institutions et constitue un gage de sécurité juridique pour ses participants ainsi qu'un gage d'impartialité et d'efficacité. En 2014, le taux d'adhésion des institutions de prévoyance est très satisfaisant : 36 institutions ont recours au service du Professeur Xavier Lagarde, médiateur du CTIP, 4 autres institutions disposent de leur propre médiateur. Ainsi 99 % des institutions de prévoyance offrent un accès à un dispositif de médiation. En 2014, l'activité du médiateur s'est intensifiée : 166 demandes de médiation ont été traitées contre 110 en 2013. Le CTIP mettra tout en œuvre pour que son dispositif de médiation soit conforme à la réforme de la médiation de la consommation qui entrera en vigueur à compter de l'été 2015.

LE SUIVI
DES RECOMMANDATIONS

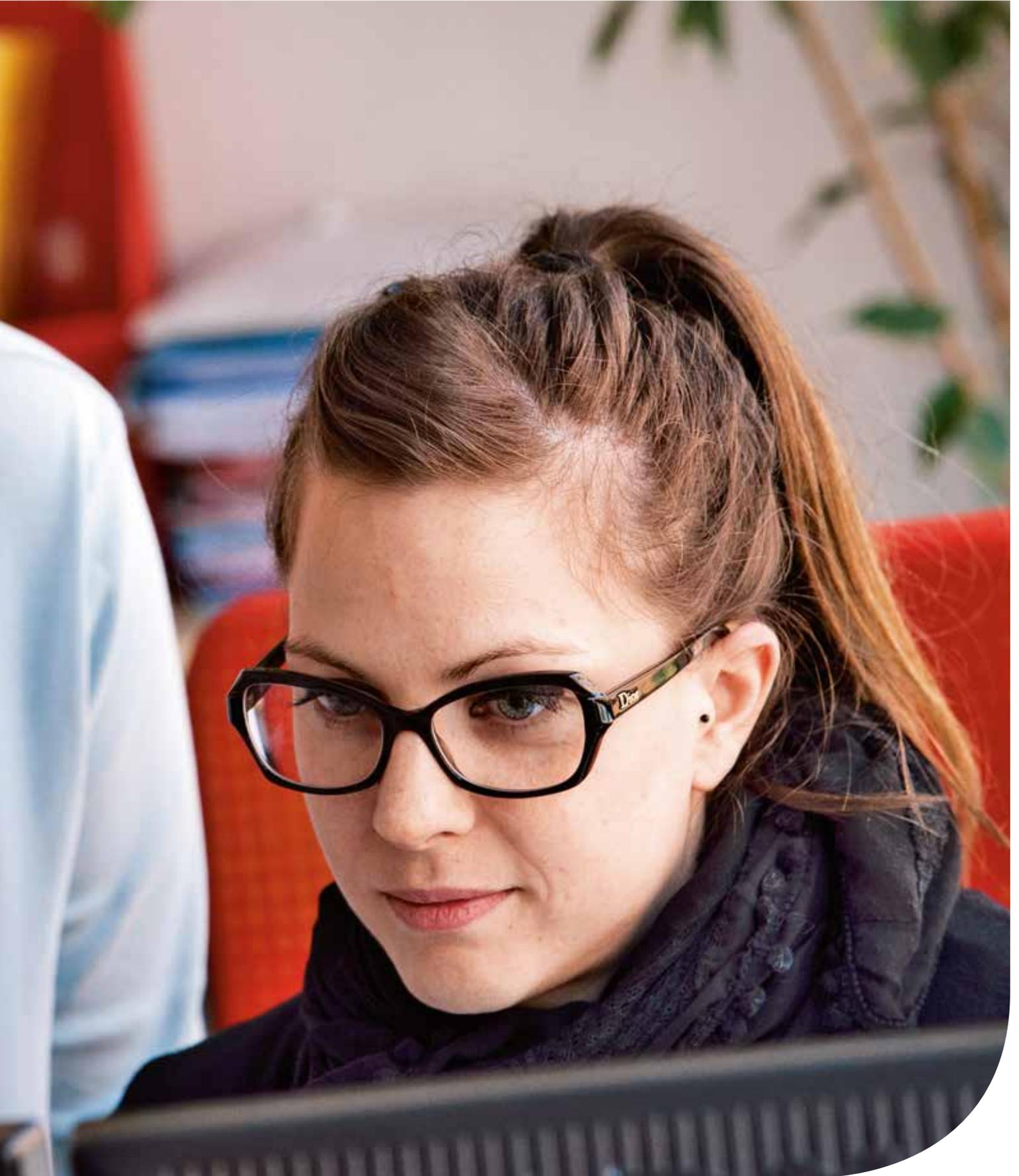
L'article 15 de l'Accord du 8 juillet 2009 sur la gouvernance des groupes de protection sociale a confié au CTIP la mission de s'assurer de la mise en œuvre de ses recommandations. En 2015, le CTIP a réalisé sa sixième enquête annuelle sur le suivi de ses recommandations de gouvernance. Les résultats montrent une bonne application de celles-ci ainsi qu'une amélioration de la mise en œuvre de l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 17 février 2012.



Généralisation de la complémentaire santé, généralisation du tiers payant, projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, négociations sur les retraites complémentaires...

Autant de réformes en cours ou à venir qui amènent les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale à repenser leurs métiers.

DES MÉTIERS EN PLEINE MUTATION



VERS QUELLE SANTÉ ?

La généralisation de la complémentaire santé et le projet de loi de modernisation du système de santé redessinent l'environnement. Les institutions de prévoyance et le CTIP sont mobilisés pour proposer les meilleures solutions aux entreprises et aux salariés dans ce nouveau contexte.

GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET CONTRAT RESPONSABLE

L'Accord national interprofessionnel de janvier 2013, transposé dans la loi de sécurisation de l'emploi de juin 2013, pose le principe d'une obligation de couverture minimale en complémentaire santé, pour tous les salariés du secteur privé, à effet du 1^{er} janvier 2016. L'objet premier des contrats collectifs en complémentaire santé est d'accompagner les salariés et leurs familles à travers une prise en charge maîtrisée de leurs dépenses de santé et des services adaptés aux besoins des populations couvertes. Le CTIP a rappelé à plusieurs reprises aux pouvoirs publics l'expérience et le savoir-faire des institutions de prévoyance dans ce domaine.

Au cours de l'année 2014, la multiplication des textes d'application venus encadrer la complémentaire santé d'entreprise est cependant de nature à freiner les initiatives des acteurs de terrain. Un panier de soins pour les contrats collectifs a été défini, ceci afin de garantir une couverture minimale aux salariés. Mais à celui-ci est venu s'ajouter le nouveau cadre des contrats responsables et ses plafonds et planchers de remboursements, dont le CTIP a dénoncé la complexité. Cet encadrement diminue, à la fois, la marge de manœuvre des institutions de prévoyance pour proposer des couvertures répondant aux spécificités des différents métiers et les marges de négociation collective des partenaires sociaux. Il pourrait également engendrer un reste à charge plus conséquent pour les assurés.

Le CTIP s'est mobilisé, durant l'année 2014, pour sensibiliser les pouvoirs publics sur la difficulté d'application de ce nouveau cadre tant en matière de contenu des garanties, de fiscalité des contrats mais aussi de date de mise en œuvre en raison de la publication tardive des textes. Si le dialogue avec l'administration a permis quelques aménagements à la marge des textes, il n'en demeure pas moins vrai que ces nouvelles dispositions restent complexes dans leur mise en œuvre et sont facteurs d'insécurité juridique.

PROJET DE LOI DE MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET GÉNÉRALISATION DU TIERS PAYANT

Sur le projet de loi de modernisation du système de santé, le CTIP a regretté le manque de concertation en amont avec les pouvoirs publics. Le rôle des complémentaires santé, notamment sur l'une des mesures phares du projet qui est la généralisation du tiers payant prévue pour 2017, n'est pas reconnu. Le CTIP conjointement avec la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ont cherché tout au long de l'année à établir un dialogue constructif.

En particulier, le CTIP et les autres familles ont alerté à de nombreuses reprises sur les limites juridiques et techniques de la solution préconisée par les pouvoirs publics visant une gestion unique du tiers payant qui serait confiée à l'assurance maladie obligatoire.

Les solutions de tiers payant qui seront retenues auront un caractère structurant et impacteront les relations avec les professionnels de santé, ainsi que les services aux assurés. Aussi, les trois familles ont intensifié leurs travaux afin de définir les contours d'une solution commune et ont décidé de mettre en place une association pour piloter le dispositif de tiers payant.



Les travaux préparatoires, auxquels sont associés les opérateurs de tiers payant, marquent la volonté des organismes complémentaires de s'engager ensemble et de façon coordonnée dans un système simple, moderne et sécurisé. La réussite de ce projet vise l'amélioration des échanges entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires par un dialogue et une co-construction du dispositif entre les parties prenantes.

SYSTÈMES D'INFORMATION SANTÉ

Les assurances maladie complémentaires sont engagées depuis plusieurs années dans la conception des systèmes d'information interopérables afin de simplifier et fiabiliser les échanges mais aussi d'améliorer les relations avec les interlocuteurs de l'offre de soins.

C'est dans cette logique que le CTIP, en coordination étroite avec les deux autres familles, a continué d'agir pour promouvoir le développement de solutions plus modernes. Le projet ROC « Remboursement des organismes complémentaires », projet national de dématérialisation des échanges avec les hôpitaux publics, est une illustration de l'action conjointe des trois familles.

LA PRÉVOYANCE : LE DÉFI À VENIR

La prévoyance est un risque lourd majeur pour les familles en cas de survenance d'une maladie, d'un accident ou d'un décès. Les garanties contre ce risque sont essentielles et leur importance devrait continuer à augmenter dans les années à venir, compte tenu de l'évolution démographique et de celle des contextes professionnels.

Les institutions de prévoyance doivent donc poursuivre leurs investissements en matière d'innovation : c'est la condition pour relever en permanence le défi de proposer des garanties incapacité, invalidité et décès adaptées tout en respectant leurs valeurs de solidarité et d'efficacité.

LA PORTABILITÉ DES GARANTIES

Le dispositif de portabilité des garanties santé et prévoyance des salariés licenciés a été amélioré par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. La durée maximale de la portabilité est passée de 9 à 12 mois et son maintien est sans contrepartie de cotisation, validant la mutualisation du dispositif. Cette extension, si elle est positive, ne sera pas sans conséquences sur les politiques tarifaires.

L'

entrée en vigueur le 1^{er} juin 2015 de l'obligation de portabilité des garanties de prévoyance, en renforçant les obligations de couverture pour les entreprises, nécessite, de la part des institutions de prévoyance, davantage d'accompagnement. C'est pourquoi, à l'instar de ce qui se passe en santé, elles s'orientent vers le développement de services au profit des salariés et des entreprises pour favoriser le maintien ou le retour à l'emploi en concertation avec les acteurs publics concernés. Par ailleurs, la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a eu des conséquences sur l'organisation d'une mutualisation des garanties de prévoyance au sein des branches professionnelles.

DÉPENDANCE

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, dont l'examen en première lecture est achevé, est la première étape de la réforme de la dépendance annoncée par le Gouvernement en octobre 2013. Malheureusement, ce projet de loi ne répond pas aux défis d'aujourd'hui. Si le texte apporte des solutions sur le maintien des personnes âgées à domicile, il laisse la question de l'assurance dépendance non traitée.

Le CTIP est favorable à une meilleure visibilité des garanties pour faciliter la diffusion de cette assurance. Mais cela ne doit pas se faire au détriment du développement du marché qui reste fragile. Le cadre fiscal et social favorable a été un élément déterminant pour la diffusion des garanties collectives auprès de plus de 300 000 salariés. Le CTIP souhaite, qu'à l'occasion des réflexions annoncées des pouvoirs publics sur l'assurance dépendance, un cadre incitatif et durable soit offert aux couvertures collectives d'entreprise.

“ LE DÉVELOPPEMENT DE SERVICES (AIDE AUX AIDANTS, CONTINUITÉ DE SERVICES AUX PERSONNES DÉPENDANTES) CONSTITUE PAR AILLEURS UN ÉLÉMENT DE DÉVELOPPEMENT SUR LEQUEL LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE PROPOSENT D'ORES ET DÉJÀ DES SOLUTIONS. ”

D'ici une quinzaine d'années, plus de 20 millions de personnes seront âgées de plus de 60 ans, c'est-à-dire un tiers de la population. Les secteurs d'activités liés aux personnes âgées, rassemblés au sein de la filière de la Silver économie, seront porteurs de croissance dans les années à venir. C'est pourquoi plusieurs groupes de protection sociale sont des investisseurs importants du fonds Sisa (Services innovants aux acteurs de la santé et de l'autonomie) : Klésia, Malakoff Médéric, Humanis, AG2R LA MONDIALE, l'IRCEM ou l'OCIRP.

Le développement de services (aide aux aidants, continuité de services aux personnes dépendantes) constitue par ailleurs un élément de développement sur lequel les institutions de prévoyance proposent d'ores et déjà des solutions : Malakoff Médéric et AG2R LA MONDIALE ont développé des sites Internet spécifiques pour accompagner les aidants. Apicil propose un diagnostic « Bien chez moi » aux plus de 75 ans, offrant un bilan de l'agencement de leur domicile et son amélioration. PRO BTP a ouvert plusieurs centres de répit garantissant sur un même lieu une prise en charge de la personne en perte d'autonomie et de son aidant.

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

En matière d'épargne retraite, les institutions de prévoyance interviennent en supplément des régimes obligatoires et des régimes complémentaires Agirc-Arrco, apportant la garantie d'un supplément de revenus sous forme de rentes. Ces contrats de retraite supplémentaire d'entreprise couvrent près de 5 millions de salariés. Représentant moins de 3 % des retraites versées en France, ils sont destinés à poursuivre leur développement et à constituer une part croissante des revenus des retraités dans les années qui viennent.

L'épargne retraite représente en ce sens un sujet de réflexion important pour les institutions de prévoyance et le CTIP qui constituent des interlocuteurs privilégiés des entreprises et des salariés sur le champ de la protection sociale complémentaire. Les institutions de prévoyance entendent rappeler que leur savoir-faire en matière de gestion des dispositifs d'épargne retraite collectifs les désignent comme des partenaires crédibles et expérimentés, pour mettre en œuvre les solutions opérationnelles les mieux adaptées aux réformes des régimes obligatoires.



EN CHIFFRES

5 millions
de salariés

sont couverts par les contrats de retraite supplémentaire d'entreprise.

LA MODERNISATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES

Le CTIP s'est engagé, dès le début, dans la modernisation des déclarations sociales dont il est désormais un acteur majeur.

L'OBJECTIF DE LA DSN

La Déclaration sociale nominative va permettre aux entreprises de transmettre chaque mois les informations sociales concernant leurs salariés, en un seul envoi pour tous les organismes de protection sociale, dont les institutions de prévoyance, à partir des données de la paie. Les entreprises disposent également de la possibilité de déclarer au fil de l'eau des signalements de fin de contrat, d'arrêt et de reprise de travail pour les salariés concernés.

LA DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE (DSN)

Impliqué depuis l'origine du projet au sein du Groupement d'intérêt public « Modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS), le CTIP a accompagné les institutions de prévoyance dans le démarrage opérationnel du dispositif (phases 1 et 2, en mai 2014 et mars 2015). Il est aujourd'hui un acteur important de la préparation à la généralisation de la DSN à l'ensemble des entreprises du secteur privé, au 1^{er} janvier 2016.

Si les phases 1 et 2 du projet ont un impact limité en termes de données pour les institutions de prévoyance (gestion des mouvements de personnel), la phase 3 qui remplacera la DUCS (Déclaration

unifiée des cotisations sociales) et la DADSU (Déclaration automatisée des données sociales unifiées) est un enjeu majeur pour elles car elle concernera les processus de recouvrement et de régularisation des cotisations.

Afin de s'y préparer, le CTIP a notamment conduit, avec les institutions de prévoyance, des travaux relatifs :

- à la définition des données DSN nécessaires à l'exercice du métier des institutions de prévoyance en phase 3,
- au contenu et à la diffusion des fiches de paramétrage que doivent produire les institutions de prévoyance pour permettre à leurs entreprises déclarantes de générer des données DSN prévoyance exploitables,
- aux évolutions à apporter, sur le concentrateur DSN prévoyance, pour prendre en compte les délégataires de gestion,
- au format et au contenu des comptes rendus métier que doivent retourner les institutions de prévoyance à leurs déclarants.

Le CTIP prépare aussi des modules de formation DSN destinés aux formateurs relais des institutions de prévoyance.

PREST'IJ, LE SERVICE DE DÉMATÉRIALISATION DES DÉCOMPTES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Prest'IJ est le service d'échanges dématérialisés de données de remboursement des Indemnités journalières de Sécurité sociale (IJSS) entre le régime général de l'Assurance maladie (CNAMTS) et les institutions de prévoyance. Initié fin 2009, ce projet est depuis février 2014 entré dans sa phase pilote avec la participation de quatre institutions de prévoyance : Réunica Prévoyance (AG2R LA MONDIALE), Malakoff Médéric, Humanis et PRO BTP.

INTERVIEW

Bruno Cappe de Baillon, responsable département gestion prévoyance, périmètre Réunica - AG2R LA MONDIALE



“ NOTRE VOLONTÉ : **PROPOSER EN PERMANENCE DE NOUVEAUX SERVICES PERTINENTS À NOS CLIENTS POUR LEUR FACILITER LE QUOTIDIEN.** ”

Réunica Prévoyance, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, est la première institution de prévoyance à utiliser Prest'IJ. Le service est accessible gratuitement à l'ensemble des clients depuis la fin du mois de mai.

1

Pourquoi avoir choisi de faire partie des pilotes sur ce projet ?

Notre choix s'est inscrit dans la volonté que nous avons de proposer en permanence de nouveaux services pertinents à nos clients. Je pense, par exemple, aux intérimaires, dont nous assurons, via un accord de branche, la couverture en prévoyance. Faciliter au quotidien le suivi d'un dossier d'arrêt de travail pour ces salariés est un service qui a du sens.

2

Combien de temps a été nécessaire pour le développement de Prest'IJ ?

Entre l'entrée en phase pilote et la mise en service, une année seulement s'est écoulée. Le rôle de coordination et de facilitation du CTIP n'y est pas étranger. C'est un véritable partenariat qui s'est construit entre le CTIP, la CnamTS et nous. Nous avons profité également des échanges entre institutions de prévoyance pilotes.

3

Concrètement, quels sont les avantages du service pour vous ?

Les avantages sont de plusieurs ordres. Prest'IJ permet une automatisation du traitement des IJSS et une suppression des flux papier. Il représente un gain en termes de charge de gestion, de délai de traitement mais aussi de diminution du risque de fraude.

4

Et pour vos clients, tant entreprises que salariés ?

L'avantage qui me semble le plus évident est la simplification de la démarche pour le salarié ou l'entreprise. La transmission automatique du décompte IJSS de l'Assurance maladie vers Réunica Prévoyance lui fait gagner du temps et lui offre un paiement plus rapide. Grâce à notre offre de services dématérialisés (déclaration de l'arrêt de travail en ligne, Prest'IJ, etc.), notre client peut suivre l'avancement de son dossier directement en ligne. Les premiers retours que nous avons de nos clients sont d'ailleurs positifs et confirment le gain de temps et la simplification des démarches.

L'ACTION SOCIALE

L'action sociale est indissociable de l'identité des institutions de prévoyance. Née en même temps que les institutions de prévoyance, elle permet d'apporter une aide aux salariés et à leur famille, et contribue au bien-être au travail, préoccupation croissante dans les entreprises.



Les entreprises sont les partenaires sociaux au sein des conseils d'administration qui déterminent la politique d'action sociale. Celle-ci peut prendre des formes très variées, qu'elle soit individuelle ou collective. Les initiatives développées dans le cadre de l'action sociale et de la prévention évoluent parfois vers de nouveaux services offerts aux entreprises.

L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNEL

Sur le plan individuel, l'action sociale se traduit principalement par un soutien financier. Ainsi sur près de 47 millions d'euros engagés en 2014, plus de 30 millions ont été consacrés à la prise en charge de cotisation santé ou aux remboursements de frais médicaux pour les ménages en difficulté.

LES ACTIONS COLLECTIVES

Lorsqu'elle est collective, l'action sociale correspond le plus souvent à des investissements dans des structures et des équipements mis à disposition des assurés (cliniques, centres de rééducation fonctionnelle, centre de bilans de santé mais aussi centres de vacances...) ainsi que des actions d'intérêt général (handicap, recherche...). Près de 18 millions d'euros ont été consacrés à ces actions en 2014.

LES SERVICES D'ACTION SOCIALE

En 2014, les institutions de prévoyance ont affecté 25 millions d'euros aux services d'action sociale. Ces services revêtent différentes formes : espaces d'accueil, conseils et soutien. Ils s'adressent à plusieurs catégories de personnes fragilisées : chômeurs, veufs et veuves, personnes atteintes d'un handicap et leurs aidants.

LA PRÉVENTION

L'engagement des institutions de prévoyance dans le monde professionnel permet d'aborder l'évolution des besoins en matière de santé à travers un angle différent. En couvrant les salariés d'une entreprise, voire l'ensemble des salariés d'une branche, elles s'adressent à une population plus large, parfois soumise à des problématiques de santé spécifiques à leur activité professionnelle.



EN CHIFFRES

100 M€
consacrés à l'action sociale
en 2014.

INTERVIEW

Nathalie Gateau, directrice mécénat, action sociale et prévention, Apicil



“ **L’ACTION SOCIALE** CONSTITUE POUR APICIL UN ÉLÉMENT DE SINGULARISATION. C’EST UN LEVIER POUR DÉVELOPPER DES OFFRES INNOVANTES. ”

1

Quelle forme prend l’action sociale prévoyance dans un groupe comme Apicil ?

L’action sociale développée chez Apicil vise avant tout la santé des salariés. Elle est partie prenante de notre offre de services car nous partons du principe que la santé d’une entreprise est corrélée à celle de ses salariés. Je pense, par exemple, à notre diagnostic *Ambition santé*. Il permet par un questionnaire de connaître l’état de santé des salariés d’une entreprise et de conduire ensuite les actions adaptées : accompagnement psycho-social du salarié et du management en cas de risque de burn out, ateliers de sensibilisation en cas de conduite addictive, etc.

Nous travaillons également sur la problématique du retour du salarié en entreprise après une longue maladie et des salariés aidants, en partenariat avec des associations. Enfin, nous croyons aux objets connectés, c’est pour cette raison que nous avons créé, notamment, un observatoire avec la société Bluelinea.

Au-delà de la santé, nous intervenons sur la problématique de surendettement des bas salaires : ce que nous savons faire sur les aides individuelles, nous pouvons le proposer aux entreprises.

2

Constatez-vous un besoin plus important de ce type d’action dans les entreprises ?

Oui. La conjoncture actuelle concourt à alimenter un climat anxigène au sein des entreprises. Nous ressentons un fort besoin d’accompagnement des salariés, notamment sur le maintien d’un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. C’est donc tout naturellement que nous apportons à nos clients notre expertise sociale alliée à notre culture d’innovation.

3

Quelle est la place de l’action sociale dans la stratégie du groupe ?

L’action sociale constitue pour Apicil un élément de singularisation. C’est un levier pour développer des offres innovantes. Cela nous permet d’accompagner nos clients (entreprises, salariés, retraités) dans les situations difficiles. Nous sommes un peu l’outsider de province qui innove ! La taille de notre groupe nous permet d’être agile et d’expérimenter des solutions pour répondre aux besoins de demain de nos clients. Nous testons actuellement dans le département de l’Isère l’utilisation d’objets connectés pour les personnes en perte d’autonomie. Si le test est concluant, la solution sera étendue à l’échelle nationale.



Le Conseil d'administration

Collège des employeurs

Vice-président

Pierre Mie, MEDEF,
HUMANIS PREVOYANCE

Trésorier

Daniel Thébault, MEDEF, AG2R PREVOYANCE

Membres du Bureau

Delphine Benda, MEDEF
Agnès Hautin, UPA, CAPSSA
Jean-Louis Jamet, CGPME, KLESIA PREVOYANCE

Administrateurs

Michel Bodoy, MEDEF, APICIL PREVOYANCE
Frédérique Briant, MEDEF
Thierry Debeneix, MEDEF
Patrick Leforestier, MEDEF
Pascal Le Guyader, MEDEF, KLESIA PREVOYANCE
Marcel Lericolais, CGPME
Xavier Thomas, MEDEF
Bernard Vercoutre, MEDEF, AG2R PREVOYANCE
Sandrine Weil, FNSEA, ANIPS

Collège des salariés

Président

Bernard Daeschler, CGT, MALAKOFF MEDERIC
PREVOYANCE

Secrétaire

Serge Lavagna, CFE-CGC

Membres du Bureau

Dominique Bertrand, CFTC, CAPSSA
Michel Dieu, CGT-FO, IPSEC
Alain Tisserant, CFDT, UNIPREVOYANCE

Administrateurs

Frédéric Chiny, CFDT
Bruno Cornet, CGT, BTP PREVOYANCE
Béatrice Etévé, CFTC
Jocelyne Lavier D'Antonio, CGT-FO
Lorène Lopez, CFE-CGC, AGRI PREVOYANCE
Marie-Annick Nicolas, CGT
Alain Poulet, CGT-FO, CAPSSA
Marie-Pierre Rousset, CFDT
Isabelle Sancerni, CFTC, UNIPREVOYANCE
Djamel Souami, CFE-CGC

Le Comité des directeurs

Évelyne Angélique, BTPR
 Philippe Barret, APICIL*
 Chantal Belliard, IG-CRÉA
 Thierry Benbassat, CRC
 Patrick Bézier, AUDIENS*
 Francis Bloch, OCIRP*
 Patrick Canal, CARCO
 Éric Chancy, CREPA
 Christian Day, INSTITUTION
 DE PRÉVOYANCE VALMY
 Alain Del Puerto, IPECA PRÉVOYANCE
 Pascal Franck, INSTITUTION
 DE PRÉVOYANCE NESTLÉ
 François Gin, AGRICA*
 Paul Grasset, PRO BTP*
 Jean-Charles Grollemund, IRCEM*
 Renée Habozit, UNIPRÉVOYANCE
 Pascale Le Lann, CAPRA PRÉVOYANCE
 Éric Le Lay, CGP CAISSE D'ÉPARGNE
 Pascal Maas, VICTOR HUGO

Jean-Pierre Menanteau, HUMANIS*
 Yann Menez, CRESPI
 Dominique Morelle, AG2R MACIF
 PREVOYANCE
 Jean-Pierre Mottura, CAPSSA
 Olivier Noël, IPRIAC
 Isabelle Pécou, B2V
 Guillaume Pleyne-Jésus, ANIPS
 Corinne Prayez, APGIS
 André Renaudin, AG2R LA MONDIALE*
 Pierre-Alain Rouy, INSTITUTION
 DE PRÉVOYANCE AUSTERLITZ
 Jérôme Sabourin, IPSEC
 Guillaume Sarkozy, MALAKOFF MÉDÉRIC*
 Christian Schmidt de La Brélie, KLÉSIA*
 Jules Sitbon, IRP AUTO
 Denis Turrier, LOURMEL
 Marie-Claude Weck, IPBP

* Fait également partie du Comité exécutif.

Jean Paul Lacam, Délégué général

Secrétariat de direction

Evelyne Hamacker

Communication et relations extérieures

Miriana Clerc, Directeur

Sonia Grenon

Assistante et webmaster : Céline Contrino

Juridique, Instances, Formation et Médiation

Isabelle Pariente-Mercier, Directeur

Estelle Aubert

Mélanie Gindre

Patrick Grosieux

Rémi Lestrade

Assistante : Alexandra Piart

Prévoyance et Retraite supplémentaire

Bertrand Boivin-Champeaux, Directeur

Laurent Elghozi

José Sanchez

Assistante : Estelle Dorès

Santé et Modernisation des déclarations sociales

Evelyne Guillet, Directeur

Florence Atger

Gérard Chauvineau

Gilles Guino

Morgane Langlois-Gautier

Marion Muret

Magali Sierra

Assistante : Laurence Moutoussamy

Service administratif et financier

Céline Grosy

Les services du CTIP



41

**institutions
de prévoyance
et union**

**Par groupe de protection
sociale d'appartenance**

AG2R LA MONDIALE*
AG2R PRÉVOYANCE
ARPEGE PRÉVOYANCE
REUNICA PRÉVOYANCE

AGRICA*
AGRI PRÉVOYANCE
CCPMA PRÉVOYANCE
CPCEA

APICIL*
APICIL PRÉVOYANCE

AUDIENS*
AUDIENS PRÉVOYANCE

B2V
B2V PRÉVOYANCE

BTPR
CRP-BTP

CAISSES RÉUNIONNAISES
COMPLÉMENTAIRES
CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE

CREPA
CREPA

IRCEM*
IRCEM PRÉVOYANCE

LOURMEL
CARPILIG PRÉVOYANCE

HUMANIS*
HUMANIS PRÉVOYANCE
IPBP
IPSEC

IRP AUTO*
IRP AUTO IENA PRÉVOYANCE
IRP AUTO PRÉVOYANCE SANTÉ

KLÉSIA*
CARCEPT PRÉVOYANCE
IPRIAC
KLÉSIA PRÉVOYANCE

MALAKOFF MÉDÉRIC*
CAPREVAL
INPR
MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

PRO BTP*
BTP PRÉVOYANCE

**Hors groupe
de protection sociale**

AG2R MACIF PRÉVOYANCE
ANIPS
APGIS
CAPRA PRÉVOYANCE
CAPSSA
CARCO
CGPCE (ENSEMBLE PROTECTION SOCIALE)*
CIPREV (VICTOR HUGO)*
CRESP
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
AUSTERLITZ
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE NESTLÉ
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE VALMY
IPECA PRÉVOYANCE
UNIPRÉVOYANCE

Union d'IP

OCIRP

26

**institutions de
prévoyance au sein
de 15 groupes
de protection
sociale**

14

**institutions
de prévoyance hors
groupe de protection
sociale**

* Appartient à un groupe paritaire établissant des comptes combinés.

LES CLAUSES DE RECOMMANDATION

Depuis le 1^{er} janvier 2014*, les partenaires sociaux peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif de branche.

Ce(s) organisme(s) mettront en œuvre des garanties complémentaires santé de prévoyance pour l'ensemble des salariés des entreprises de la convention ou de l'accord collectif de branche concerné. Un tarif unique et des garanties identiques doivent être appliqués.

Cette recommandation doit répondre à plusieurs conditions présentées ci-dessous.

UNE MISE EN CONCURRENCE PRÉALABLE

La recommandation doit être précédée d'une mise en concurrence des organismes assureurs dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement. Les modalités de cette mise en concurrence sont précisées par décret**.

CONTENU DE L'AVIS D'APPEL À CONCURRENCE



- Diffusé dans une publication nationale habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée du secteur des assurances.
- Conditions de recevabilité des candidatures
- Conditions d'éligibilité des candidatures
- Critères d'évaluation des offres
- Nombre maximum d'organismes susceptibles d'être recommandés

CONTENU DU CAHIER DES CHARGES



- 1 Garanties et services attendus
- 2 Durée maximale de la clause de recommandation
- 3 Conditions : assiette et structure
- 4 Conditions : conditions de révision
- 5 Objectifs de santé et de qualité
- 6 Solidarité : organisation et financement
- 7 Obligations des assureurs : et suivi du régime

LES CONFLITS D'INTÉRÊT



Une fois la liste des candidats éligibles arrêtée, le comité d'intérêt de l'un des membres de la paritaire doit être désigné sous huit jours. Le comité concerné ne peut pas participer aux délibérations éventuellement remplies.

Quand apparaît la situation de conflit d'intérêt des membres de la commission paritaire exerçant une activité salariée ou bien exerçant ou à exercer, ou cours des dernières années, des fonctions dirigeantes au sein des organismes candidats ou du groupe appartenant à ces organismes.

UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ***

Le financement d'actions de solidarité **≥ 2%** de la prime ou de la cotisation.

- Prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation pour les salariés en CDD et les apprentis
- Actions de prévention sur les risques professionnels ou sur les priorités de la politique de santé
- Actions ou cotisations sociales

À SAVOIR



Les conventions ou accords collectifs doivent prévoir une clause fixant les conditions et la périodicité du réexamen de la recommandation. La périodicité ne doit pas excéder 5 ans. La procédure de mise en concurrence est applicable à ce réexamen.

* Article 14 de la loi n°2013-1233 du 23 décembre 2013 de la sécurité sociale pour 2014.
 ** Décret n°2016-13 du 8 janvier 2016 relatif aux modalités de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.
 *** Décret n°2014-1498 du 11 décembre 2014 relatif à la mise en concurrence des organismes candidats au sein des entreprises présentant le degré élevé de solidarité.



Le CTIP peut être consulté à travers 2015

Retrouvez sur le site Internet du CTIP nos outils pour comprendre la prévoyance collective.

GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE



D'ici le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé devront avoir mis en place une complémentaire santé collective et obligatoire pour l'ensemble de leurs salariés.*

QUELLES SONT LES ENTREPRISES CONCERNÉES ?

Les entreprises qui n'ont pas de complémentaire santé collective

Les entreprises qui ont une complémentaire santé facultative

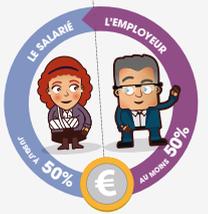


Les entreprises qui ont déjà une complémentaire santé collective



CO-FINANCEMENT ?

L'employeur sera tenu de financer au moins la moitié du coût de cette couverture santé.



QUEL EST LE SOCLE MINIMUM DE GARANTIES ?

Cette complémentaire santé collective devra prévoir un niveau minimum de remboursement de ses dépenses de santé pour certains postes. Ce niveau a été précisé par décret** et s'appliquera par ailleurs dans le respect des garanties définies par le contrat responsable.



Garantie	Remboursement
CONSULTATIONS & ACTES MÉDICAUX (SOINS DE VILLE ET HÔPITAL)	> Ticket modérateur
FRAIS DE PHARMACIE (1)	> Ticket modérateur
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (2)	> Dans son intégralité et sans limitation de durée
OPTIQUE	Correction faible > Entre 100 et 470€ Correction moyenne > Entre 150 et 610€ Correction moyenne + > Entre 150 et 600€ Correction forte > Entre 200 et 750€ Correction forte + > Entre 200 et 800€ Correction très forte > Entre 200 et 850€
PROTHÈSES DENTAIRES & ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	> Ticket modérateur + 25% de la base de remboursement (BR)

(1) Pas d'obligation de prise en charge pour les médicaments de 30 à 15%, l'homéopathie et les cures thermales.
 (2) sauf pour les établissements médico-sociaux

LE CONTRAT RESPONSABLE

Au 1^{er} avril 2015, tous les contrats de complémentaire santé devront proposer des garanties conformes à celles du contrat responsable*.

Pour les contrats collectifs obligatoires, la mise en conformité s'effectuera au plus tard le 31 décembre 2017.*

QU'EST-CE QUE LE CONTRAT RESPONSABLE ?

Le contrat responsable vise à inciter l'assuré à respecter le parcours de soins. Pour être remboursé par son organisme complémentaire sans limitation, le patient doit donc passer par son médecin traitant avant de consulter un spécialiste. Le contrat prévoit ainsi un niveau minimal et maximal de remboursement sur un ensemble de prestations de santé.

Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire "responsable" :

- l'entreprise bénéficie d'une exonération des cotisations sociales pour la part qu'elle finance, dans la limite d'un plafond
- la part de cotisation financée par le salarié est déductible de son revenu imposable dans la limite d'un plafond

QUELS SONT LES NIVEAUX DE REMBOURSEMENT ?

CONSULTATIONS & ACTES MÉDICAUX (SOINS DE VILLE ET HÔPITAL)	> Ticket modérateur
FRAIS DE PHARMACIE (1)	> Ticket modérateur
PROTHÈSES DENTAIRES & ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	> Ticket modérateur
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (2)	> Dans son intégralité et sans limitation de durée

SI LE CONTRAT PROPOSE UNE PRISE EN CHARGE AU-DELÀ DU TICKET MODÉRATEUR

OPTIQUE	Correction faible > Entre 50 et 470€ Correction moyenne > Entre 125 et 610€ Correction moyenne + > Entre 125 et 600€ Correction forte > Entre 200 et 750€ Correction forte + > Entre 200 et 800€ Correction très forte > Entre 200 et 850€
DÉPASSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX (SOINS DE VILLE ET HÔPITAL)	Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) > Pas de limitation de prise en charge Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) Maximum 125% (>100% à partir de 2017) de la base de remboursement (BR) (3)

(1) Pas d'obligation de prise en charge pour les médicaments de 30 à 15%, l'homéopathie et les cures thermales.
 (2) sauf pour les établissements médico-sociaux
 (3) et <= 20% à la garantie CAS

QU'EST-CE QUE LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ?

En souscrivant un contrat d'accès aux soins, un médecin accepte de stabiliser le taux de ses dépassements d'honoraires. Il bénéficie alors d'une participation de l'assurance Maladie cotisations sociales. Le contrat est souscrit, sur la base du volontariat, pour une durée de trois ans.**

- DÉPASSEMENTS
- TARIFS
- COTISATIONS SOCIALES

* Décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'accès sociaux et sociales et complémentaires bénéficiant d'accès sociaux et d'assurance maladie collective, consultable sur le site www.legifrance.gouv.fr

MAINTIEN DES GARANTIES

- Le maintien des garanties santé et prévoyance pour les anciens salariés, qui viennent de quitter l'entreprise, est étendu à l'ensemble des entreprises du secteur privé.
- La durée de maintien des garanties passe de 9 à 12 mois.
- Le maintien des garanties sera financé de manière mutualisée par l'employeur et les salariés actifs.

Ces modifications s'appliquent le : 01 JUIN 2014 et 01 JUIN 2015 POUR LA SANTÉ ET POUR LA PRÉVOYANCE

Conception et réalisation :  EUROKAPI - Crédits photo : Philippe Couette, Frédéric Marigaux, Tristan Paviot, Véronique Vedrenne. Le CTIP remercie les directeurs généraux et les collaborateurs des groupes de protection sociale ainsi que les collaborateurs du CTIP pour leur participation aux interviews et aux reportages photos utilisés pour ce rapport annuel - Juin 2015



Imprimé sur du papier FSC, recyclé à 60 %.



CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

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