

# PRÉVOYANCE

LA LETTRE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

MARS 2013 / NUMÉRO 60



CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

**ÉDITORIAL**  
JEAN-LOUIS FAURE,  
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DU CTIP



**PAGE 2**  
**ACTUALITÉS**

Dépassements d'honoraires, que prévoit l'accord ?

PLFSS 2013 : le point sur deux mesures qui concernent les institutions de prévoyance

**PAGE 4**  
**INTERVIEWS**

Jean-Marc Aubert, associé de Jalma, cabinet de conseil spécialisé dans la protection sociale

Patrick Leroy, Directeur Général délégué d'AGRICIA ÉPARGNE

**PAGE 9**  
**REGARD SUR L'EUROPE**

Un calendrier incertain pour Solvabilité 2

**PAGE 10**  
**ÉTUDE**

Trois TPE/PME sur quatre ont mis en place une complémentaire santé au bénéfice de leurs salariés

**PAGE 12**  
**AILLEURS**

La protection sociale se développe dans les grands pays émergents

**PAGE 13**  
**GROUPES & INSTITUTIONS**

## Le contrat collectif : reconnu comme socialement utile et économiquement efficace

La généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés, prévue par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier dernier, constitue une reconnaissance des nombreux avantages du dispositif collectif tant pour les salariés que pour les entreprises.

Tout démontre, en effet, que le contrat collectif est socialement et économiquement efficace pour les entreprises et les salariés. En témoignent la multiplication des accords d'entreprises portant sur la santé et le développement des accords de branches, notamment dans les secteurs professionnels où se trouvent les salariés aux revenus les plus modestes ou à temps partiels (HCR, boulangerie, coiffure...). Ce n'est pas illogique : grâce à la mutualisation, la complémentaire santé collective est 30 % moins chère en moyenne qu'un contrat individuel de marché à garanties équivalentes. De fait, les institutions de prévoyance qui gèrent ces contrats ne ménagent pas leurs efforts pour contenir les coûts de gestion.

Aujourd'hui, 12 millions de salariés sont couverts en santé par un contrat collectif dont plus de 3,5 millions par l'un des 64 régimes obligatoires de branche négociés par les partenaires

sociaux. Ainsi, progressivement, les accords et les contrats collectifs se sont imposés dans le paysage social français.

Et ce mouvement s'amplifie, porté par le volontarisme des partenaires sociaux. Ces derniers s'appuient sur leur connaissance du terrain pour trouver les solutions les plus adaptées aux besoins et aux risques des salariés, tant en termes de garanties santé que de services, sans oublier l'objectif de solidarité qui s'exprime à travers l'action sociale et les politiques de prévention. Tous ces services aux sa-

lariés constituent un vecteur essentiel de l'équilibre des régimes dans le temps. Ils offrent aux salariés l'opportunité de mieux prendre soin de leur santé.

L'ensemble de ces actions mises en œuvre par les institutions de prévoyance s'in-

tègre donc pleinement dans la stratégie nationale de santé annoncée par le Premier ministre, le 8 février dernier. Le gouvernement souhaite notamment « organiser une véritable continuité entre la prévention, les soins et l'accompagnement autour de la personne et de ses besoins ». C'est fortes de leur expérience et « à partir du parcours de soins de la personne » que les institutions de prévoyance souhaitent participer activement à l'amélioration de l'efficacité du système de santé.

**“Les institutions de prévoyance qui gèrent ces contrats collectifs ne ménagent pas leurs efforts pour contenir les coûts de gestion.”**

### Page 6

## Personnes handicapées : un engagement des institutions de prévoyance à multiples facettes



## DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES, QUE PRÉVOIT L'ACCORD ?

Un accord sur les dépassements d'honoraires a été signé le 25 octobre dernier entre trois syndicats de médecins, l'assurance maladie obligatoire et l'UNOCAM<sup>1</sup>. L'objectif ? Limiter la pratique des dépassements d'honoraires, afin de réduire le reste à charge pour les assurés. Décryptage des principales dispositions de cet avenant n°8 à la convention médicale. ■

La part des dépassements d'honoraires dans les honoraires médicaux a tendance à augmenter sur une période longue. En 2011, les dépassements d'honoraires représentaient environ 2,4 milliards d'euros, soit un taux moyen de dépassement de 54%<sup>2</sup>. Cette moyenne cache de fortes disparités selon les zones géographiques, les spécialités et à l'intérieur même d'une spécialité. On estime que les organismes complémentaires remboursent 30% de ces dépassements, les 70% restants étant à la charge des ménages.

L'accord du 25 octobre, ratifié par trois syndicats de médecins, l'UNCAM<sup>3</sup> et l'UNOCAM, prévoit un ensemble de dispositions visant à promouvoir les pratiques à

tarif opposable afin de limiter le reste à charge des assurés.

### Comment apprécie-t-on le caractère abusif des dépassements d'honoraires ?

Un ensemble de « critères de sélection », qui sont autant de points de repère devant permettre d'apprécier le caractère abusif des dépassements pratiqués, sont proposés dans l'accord.

Premier repère : au-delà de 2,5 fois le tarif de la sécurité sociale (soit 150% du tarif opposable<sup>4</sup>), les dépassements d'honoraires sont susceptibles d'être qualifiés d'abusifs. Ce repère pourra faire l'objet d'adaptations

dans certaines zones géographiques, comme l'Île-de-France. Les autres critères à prendre en compte sont notamment : le taux de dépassement et son évolution, la fréquence des actes avec dépassement, le caractère variable des honoraires pratiqués, le dépassement annuel moyen par patient.

Les sanctions prévues par les partenaires conventionnels devraient aller de la suspension de la prise en charge des avantages sociaux jusqu'au déconventionnement du médecin, en passant par la suspension du droit à dépassement. La procédure conventionnelle prévoit plusieurs étapes et s'étalera donc sur plusieurs mois avant de procéder à une éventuelle sanction.

<sup>1</sup> UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. <sup>2</sup> Rapport entre le poids des dépassements et le montant des honoraires sans dépassements. <sup>3</sup> UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie. <sup>4</sup> Tarif opposable : tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Il s'agit le plus souvent d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants d'une profession médicale. On parle alors de « tarif de convention ».

L'UNOCAM a demandé qu'une information systématique sur les médecins sanctionnés pour « pratiques tarifaires abusives » soit communiquée aux organismes complémentaires d'assurance maladie afin que ces derniers puissent en tenir compte dans leurs remboursements.

### Création d'un contrat d'accès aux soins

L'accord crée un contrat d'accès aux soins, « dans l'objectif de mieux rembourser les patients et de développer l'activité à tarif opposable ». Les médecins de secteur 2 qui y adhèrent s'engagent à « geler » leurs dépassements et à réduire leur taux de dépassement au fur et à mesure de la revalorisation des tarifs du secteur 1 dont ils bénéficieront.

En contrepartie de cet engagement, le praticien bénéficie de la prise en charge de ses cotisations sociales par l'assurance maladie obligatoire pour la part de son activité réalisée en secteur 1 (comme pour les médecins de secteur 1) et de la revalorisation de ses tarifs opposables, qui s'aligne-

ront sur ceux des médecins en secteur 1. L'UNOCAM s'engage quant à elle à « inciter les organismes complémentaires à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge de dépassements ». Le contrat d'accès aux soins devrait entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013, à condition qu'un tiers au moins des médecins éligibles ait adhéré d'ici cette date.

### Revalorisation des tarifs opposables de certains actes

L'accord prévoit une revalorisation progressive des tarifs opposables de certains actes techniques pour les soins effectués par les médecins spécialistes, afin de « permettre un rééquilibrage au profit des médecins exerçant en secteur à honoraires opposables ». Ces évolutions bénéficieront aux médecins de secteur 1 mais également aux médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins. Afin d'améliorer la prise en charge des

patients nécessitant un suivi particulier dans le cadre du parcours de soins (sortie d'hospitalisation, personnes âgées), les consultations correspondantes seront également mieux valorisées.

Enfin, la prise en charge par le médecin traitant des patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur, au titre de l'amélioration de la prévention et du suivi de ces patients, sera désormais rémunérée à hauteur d'un forfait de cinq euros par an et par patient. Les organismes complémentaires contribueront à son financement à hauteur de 150 millions d'euros.

### Tarifs opposables pour les assurés aux revenus modestes

L'accord étend les tarifs opposables à tous les assurés dont les revenus sont modestes : outre les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les médecins de secteur 2 devront désormais appliquer les tarifs opposables aux personnes disposant d'une attestation de droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS).

## PLFSS 2013 : LE POINT SUR DEUX MESURES QUI CONCERNENT LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale a été adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 3 décembre 2012. Certaines mesures concernent directement les institutions de prévoyance, notamment l'arrêt du processus de convergence tarifaire entre établissements de soins privés et publics, et la modification des modalités de remboursement des organismes gestionnaires de la CMU-C. ■

L'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 interrompt le processus en cours de convergence tarifaire des séjours entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Son article 63 prolonge jusqu'au 31 décembre 2015 le mode de calcul actuel de la participation de l'assuré aux frais de séjours dans les hôpitaux publics. Ce calcul du ticket modérateur repose aujourd'hui sur les « tarifs journaliers de prestations » (TJP) qui varient d'un hôpital à l'autre. Or il n'existe à ce jour aucune base de données nationale qui donnerait l'accès à l'ensemble des TJP. Une telle base commune permettrait aux organismes complémentaires d'assurance maladie de contrôler les facturations, et

donc de garantir la justesse de leurs remboursements aux assurés. L'UNOCAM a sollicité les pouvoirs publics pour mettre en place une base de données nationale des TJP et a demandé de la visibilité sur les travaux à conduire en vue d'un mode de calcul harmonisé des tickets modérateurs des séjours en établissements publics et privés.

### Évolution du mode de calcul du « forfait de gestion » CMU-C

Jusqu'à présent, les organismes complémentaires gestionnaires des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) percevaient un « for-

fait de gestion » par personne gérée de 370 euros par an. Désormais, le remboursement par le Fonds CMU se fera à hauteur des dépenses réellement engagées par les organismes complémentaires, dans la limite de ce « forfait de gestion » (art.22 de la LFSS 2013). Ce plafond annuel, qui doit être fixé par décret, devrait être de 400 euros par an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Il sera ensuite revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction de l'inflation prévisionnelle.

Les dépenses réelles engagées par les organismes gestionnaires de la CMU-C devront donc être communiquées chaque année au Fonds CMU, qui remettra un rapport annuel au gouvernement.

# « LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ONT UN RÔLE À JOUER POUR FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS »

**JEAN-MARC AUBERT** EST ASSOCIÉ DE JALMA,  
CABINET DE CONSEIL SPÉCIALISÉ DANS LA PROTECTION SOCIALE



**« Nous devons engager une évolution structurelle de l'offre de soins. Face à la hausse des besoins chroniques, liés à la démographie, nous devons transformer le système lui-même. »**

**Jalma a créé en 2011 un Observatoire de l'accès aux soins. Quel est son rôle ?**

L'accès aux soins a toujours été plutôt aisé en France. Or, avec l'accroissement de la population de patients chroniques, cela devient un sujet d'actualité, et tout laisse à penser que ce sera un enjeu critique dans les dix prochaines années. En effet, le vieillissement de la population va sensiblement renforcer la demande de soins, tandis que la baisse du nombre de médecins, surtout en médecine de ville, va peser sur l'offre.

L'Observatoire de l'accès aux soins va d'abord nous permettre de suivre le temps d'accès aux professionnels de santé, sachant qu'un délai exagéré constitue le premier motif de renoncement aux soins. La deuxième partie de l'étude vise à mesurer l'appétence de la population vis-à-vis des solutions proposées. Ainsi, en 2012, nous avons sondé les Français sur leur acceptation de la télémédecine.

**D'après votre étude, quels sont les principaux obstacles à l'accès aux soins ?**

Notre enquête montre que le premier obstacle est, pour 59% des Français, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous. Le coût des soins, et en particulier le reste à charge, est mis en avant par 42% des sondés. Enfin, l'éloignement géographique est mentionné par 27% des sondés.

**Est-ce un problème réellement critique ?**

Beaucoup de Français disent renoncer à des soins. Toutefois, il est difficile d'évaluer leur degré d'urgence. S'il s'agit de soins de confort, c'est moins grave. On a tout de même le sentiment que l'accès aux soins reste encore relativement aisé en France par rapport à d'autres pays, sauf pour certaines spécialités.

**Quelles sont les solutions ?**

Il y a essentiellement deux sujets à régler. Le premier porte sur l'inégalité de la démographie médicale sur le territoire et, notamment, le risque de déserts médicaux. Pour cela, nous devons tester la télémédecine - téléconsultations, télé-expertises... - tout en organisant une meilleure régulation des installations.

Mais nous devons également engager une évolution structurelle de l'offre de soins. Face à la hausse des besoins chroniques, liés à la démographie, nous devons transformer le système lui-même. Cela implique un recours plus large aux solutions technologiques à notre disposition.

Les Français doivent également faire évoluer leurs habitudes. Faut-il aller voir le médecin aussi souvent ? Certains soins qui relèvent aujourd'hui de l'hôpital ne pourraient-ils être dispensés à domicile ?

Nos enquêtes montrent que les médecins et les patients sont ouverts à ces évolutions.

Ainsi, 80% des personnes sondées acceptent l'idée de dépistages organisés et 50% sont d'accord avec la télésurveillance médicale. Les véritables freins aujourd'hui sont du côté des corps intermédiaires et des financements. En effet, ces évolutions impliquent une nouvelle nomenclature de soins et des dépenses supplémentaires même si, à terme, on estime qu'elles seraient source d'économies.

**« L'innovation va devenir un facteur différenciant parmi les institutions de prévoyance. Une partie de leur valeur ajoutée sera, justement, de faciliter l'accès aux soins de leurs assurés. »**

**Quel peut être le rôle des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale dans cette transition ?**

L'action des institutions de prévoyance est importante, notamment à travers les expérimentations qu'elles peuvent mener sur le terrain. Le projet Vigisanté de suivi de la tension artérielle par télémédecine, développé par Malakoff Médéric, KLESIA et Humanis, est extrêmement précurseur. On imagine qu'à terme les contrats des complémentaires santé pourront intégrer ce type de prise en charge. L'innovation va devenir un facteur différenciant parmi les institutions de prévoyance. Une partie de leur valeur ajoutée sera, justement, de faciliter l'accès aux soins de leurs assurés.

L'édition 2012 de l'Observatoire Jalma de l'accès aux soins est disponible sur le site [jalma.fr](http://jalma.fr)

# « L'ÉPARGNE RETRAITE RESTE UN DISPOSITIF EXTRÊMEMENT INTÉRESSANT »

**PATRICK LEROY** EST DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ D'AGRICA ÉPARGNE

**L'épargne salariale est désormais soumise à un forfait social de 20%. Reste-elle néanmoins attractive ?**

Depuis quelques années, la réglementation de l'épargne salariale subissait des aménagements pour rendre les dispositifs attractifs. Avec l'adoption du forfait social à 20% la tendance viendrait-elle à s'inverser ? En effet, le forfait social a progressivement augmenté au cours de ces dernières années. Il est ainsi passé de 2% en 2009 à 20% au 1<sup>er</sup> août 2012. Cette hausse est forcément anxiogène et nous appelons à une préservation du régime fiscal et social de l'épargne salariale.

Cela étant, les dispositifs d'épargne salariale restent des dispositifs extrêmement intéressants. En effet l'abondement de l'entreprise, l'intéressement et la participation sont exonérés des cotisations patronales, hormis le forfait social. De la même façon, les salariés sont exonérés des charges sociales salariales sur les sommes perçues à part la CSG/CRDS pour un total de 8%. Ces sommes ne sont pas, non plus, soumises à l'impôt sur le revenu en cas d'affectation à un plan d'épargne salariale.

Nous sommes donc très en-deçà des charges et de la fiscalité qui pèsent sur la rémunération classique. En contrepartie, les sommes placées dans un plan d'épargne salariale sont bloquées, cinq ans pour le PEE et jusqu'à la retraite pour le PERCO.



**« La logique de l'épargne salariale est vertueuse puisque au sein des entreprises ces plans sont instaurés dans un cadre négocié et favorisent donc le dialogue social. En même temps, ils permettent d'associer les salariés à la performance de l'entreprise, ce qui crée du lien social et fidélise les collaborateurs. »**

J'ajouterai que la logique de l'épargne salariale est vertueuse puisque au sein des entreprises ces plans sont instaurés dans un cadre négocié et favorisent donc le dialogue social. En même temps, ils permettent d'associer les salariés à la performance de l'entreprise, ce qui crée du lien social et fidélise les collaborateurs.

**En matière d'épargne salariale, quels sont aujourd'hui les grands enjeux ?**

Nous devons rendre le PERCO encore plus attractif afin de favoriser l'épargne longue et aider les Français à sécuriser leur retraite. Cela passe, à mon sens, par une diminution du forfait social qui doit tenir compte de l'horizon de placement. Et nous devons également le rendre plus attractif pour les jeunes qui sont souvent moins sensibles aux enjeux de la retraite. Là encore, l'outil fiscal est sans doute le plus adapté.

**Au-delà de l'épargne salariale, pouvez-vous nous présenter les autres dispositifs mis en place dans la branche agricole ?**

Il existe deux régimes de retraite supplémentaire. Le premier concerne l'ensemble des salariés, cadres et non-cadres, du secteur des Organismes Professionnels Agricoles. Il fait suite à un accord paritaire au niveau national et s'étend donc à toutes les entreprises de ce secteur. Le taux de cotisation a été fixé à 1,24%, partagé entre les entreprises et les salariés. Aujourd'hui, cela représente 1,5 milliard d'euros sous gestion.

Le deuxième régime est celui du secteur de la Production Agricole et ne concerne, cette fois, que les salariés cadres de ce secteur. Là encore, il fait suite à un accord collectif national qui a prévu un taux de cotisation de 2%. Cela représente près de 800 millions d'euros sous gestion.

Ces deux régimes sont un atout pour les salariés agricoles qui bénéficient ainsi d'un troisième niveau de retraite.

## AGRICA ÉPARGNE

**AGRICA ÉPARGNE est la société de gestion du Groupe AGRICA. Agréée par l'Autorité des marchés financiers, elle gère le portefeuille des institutions du Groupe AGRICA, soit deux caisses de retraite complémentaire et trois institutions de prévoyance, ce qui représente 2 milliards d'euros sous mandat de gestion et 5 milliards sous mandat de conseil. Parallèlement, elle gère l'épargne salariale de près de 500 entreprises clientes. L'encours d'épargne salariale est de l'ordre de 28 millions d'euros. AGRICA ÉPARGNE propose une gamme de six fonds qui vont du plus dynamique au plus défensif.**

# PERSONNES HANDICAPÉES : UN ENGAGEMENT DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE À MULTIPLES FACETTES

L'engagement en faveur des personnes handicapées est au cœur de l'action sociale des institutions de prévoyance. Les institutions ont développé quantités d'actions en fonction de leur histoire et de leur culture propres. Cette grande diversité des approches permet de couvrir les multiples facettes du handicap, qu'il soit mental ou physique. Sélection de quelques actions emblématiques. ■



À Rennes, des lycéens de SAPAT (baccalauréat professionnel spécialisé dans les services à la personne) testent le parcours de mobilité « Comme dans un fauteuil » du Village KLESIA « Handicap & Dépendance ».

## KLESIA, un Village Handicap et une fondation

C'est place du Palais-Royal, en face du Louvre, que s'est installé fin novembre le chapiteau du Village KLESIA « Handicap et Dépendance », une exposition itinérante de sensibilisation du grand public et des entreprises, qui a également fait étape à Lyon et à Rennes. Depuis 2007, 22 villes ont ainsi accueilli cette exposition dont les thématiques changent régulièrement. « Cette année, nous avons choisi de sensibiliser les entreprises à la problématique de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques », explique Emilie Delpit, Directeur prospective et inno-

vation sociale de KLESIA. Ce module intitulé « Troubles psychiques : stop aux idées reçues ! » a trouvé un prolongement dans le colloque destiné aux entreprises adhérentes et organisé au sein du Village dans chaque

**« Nous avons choisi de sensibiliser les entreprises à la problématique de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques. »**

EMILIE DELPIT, KLESIA

ville-étape. Le Village a en outre accueilli en 2012 un nouveau panneau dédié à l'autisme, à l'occasion de l'Année de l'autisme.

« L'exposition reçoit beaucoup d'écoles qui y trouvent des contenus pédagogiques et ludiques tels que des mises en situation, des parcours de mobilité, ou encore des jeux », souligne Emilie Delpit. Le Village peut également se rendre dans les entreprises adhérentes afin de sensibiliser leurs collaborateurs.

Parallèlement, KLESIA crée actuellement une fondation destinée à développer une politique de prévention des risques de santé, d'inaptitude au travail et d'accompagnement des personnes en situation de handicap dans les entreprises. Baptisée Carcept Prev, cette fondation est portée par les institutions du transport, un secteur qui emploie plus de 600 000 personnes.

## RÉUNICA, la culture et l'art au service de la santé

Créée en 2002, la Fondation RÉUNICA Prévoyance mise sur l'art et la culture pour apporter du mieux-être aux personnes fragilisées par la maladie ou le handicap. « Nous sommes partis du principe que faire du bien à l'esprit, c'est également faire du bien à la personne », explique Eliane Hervé-Bazin, Déléguée générale de la Fondation RÉUNICA Prévoyance. Chaque année, la Fondation organise deux appels à projets. « Pour être sélectionnés, les projets doivent s'inscrire dans la durée, impliquer les personnes handicapées ainsi que les soignants, et prévoir un lieu de restitution, par exemple une exposition ou un théâtre », précise Eliane Hervé-Bazin. La Fondation, qui soutient près de quinze projets par an, a notamment financé un atelier de

danse dont l'objet était d'aider des personnes handicapées à regagner la maîtrise de leur corps. Elle s'intéresse aussi à des projets autour du conte qui aident des personnes autistes à comprendre leurs émotions à travers le récit d'histoires imaginaires. Les actions les plus exemplaires sont récompensées tous les deux ans par le Prix Étoile de la Culture.

Cette expertise vaut à la Fondation RÉUNICA Prévoyance d'être consultée par les acteurs de la culture, en particulier le Musée du Louvre qui s'est adressé à elle pour tester une piste de visite pour les accompagnants des autistes. Celle-ci comprend les modalités pratiques de la visite mais aussi des explications sur la façon d'aborder les œuvres.

Autre action développée par la Fondation : les Sorties Culturelles. Des binômes constitués de collaborateurs de RÉUNICA et de personnes handicapées se réunissent une fois par mois à l'occasion d'une visite culturelle. Dernière sortie : un concert à l'opéra comique suivi d'une rencontre avec les concertistes. « *Les collaborateurs de RÉUNICA sont accompagnés sur le plan artistique et psychologique. Les liens noués à l'occasion de ces visites sont extrêmement forts pour les deux membres du binôme* », souligne Eliane Hervé-Bazin.

### Humanis, une équipe dédiée au projet de vie de la personne handicapée

« *Notre objectif est de contribuer à la mise en œuvre du projet de vie de la personne handicapée dans toutes ses dimensions* », résume Véronique Tavet, Responsable de l'accompagnement social chez Humanis. Une équipe de cinq personnes dédiée aux problématiques du handicap et du deuil dispose de 33 implantations régionales.

Première mission : améliorer la qualité de vie et l'accès à tous les actes de la vie ci-



Le Grand Prix "Étoile de la Culture" 2012 de la Fondation RÉUNICA Prévoyance a été remis à l'association ZigZag Color pour son action « Paris vu à travers le regard des autistes ».

### « Nous sommes partis du principe que faire du bien à l'esprit, c'est faire du bien à la personne. »

ELIANE HERVÉ-BAZIN,  
FONDATION RÉUNICA PRÉVOYANCE

toyenne pour les personnes en situation de handicap. « *Il est important que le soutien soit personnalisé et que les personnes handicapées et leur entourage puissent s'appuyer sur des tiers de confiance dans ce qui est parfois un parcours du combattant* », explique Véronique Tavet. L'accompagnement peut inclure des aides financières nécessaires à l'adaptation du logement ou du véhicule, l'achat de matériel, la scolarisation, les séjours de vacances adaptés ou du temps de répit pour les aidants, les transports, etc.

L'équipe conseille et soutient également les personnes dans la recherche d'une structure adaptée. Le Groupe finance la création et la réhabilitation d'établissements spé-

cialisés et a contribué à la création de centaines de places ces dernières années.

L'accès au travail est évidemment l'un des enjeux clés. Adossé à la campagne Handivalides, le Groupe s'attache à sensibiliser et permettre l'inclusion des jeunes handicapés, de la scolarisation au premier emploi. Humanis est également à l'origine du premier baromètre « Osez l'ESAT », destiné à mesurer les modalités de collaboration avec le secteur protégé et adapté. La deuxième édition est prévue pour 2013.

### « Notre objectif est de contribuer à la mise en œuvre du projet de vie de la personne handicapée dans toutes ses dimensions. »

VÉRONIQUE TAVET, GROUPE HUMANIS

Chaque année, Humanis cible un type de handicap, qui fera l'objet d'une forte mobilisation, d'actions de prévention et d'information en direction du grand public et au sein des entreprises. En 2013, l'accent sera mis sur un handicap invisible mais véritable « onde de choc » pour la personne et sa famille : la cérébro lésion.

Le Groupe s'investit par ailleurs dans des actions emblématiques, notamment auprès de Special Olympics, une association qui développe des activités sportives pour personnes handicapées mentales, auxquelles sont adossés des programmes de prévention santé. Humanis y prend en charge les dépistages bucco dentaires et des troubles de l'audition.

## Les institutions de prévoyance, des employeurs exemplaires

L'engagement des institutions de prévoyance en faveur des personnes handicapées ne s'arrête pas à l'action sociale. En raison de leur culture paritaire et non lucrative, elles ont développé des pratiques qui vont bien au-delà des obligations légales et, notamment, du seuil de 6% de travailleurs handicapés. Des efforts considérables ont été déployés afin de sensibiliser les collaborateurs aux enjeux du handicap et pour modifier le regard porté sur la différence. De plus, un travail important a été mené pour diagnostiquer le handicap dans l'entreprise car, le plus souvent, on devient handicapé au cours de sa vie professionnelle, par exemple en perdant progressivement la vue ou l'ouïe. Or cette perte d'autonomie n'est pas toujours facile à accepter pour la personne concernée, ni pour son entourage. Il convient donc de dédramatiser les situations personnelles afin de favoriser le diagnostic, première étape d'une politique efficace de maintien dans l'emploi.

## APICIL, une autre image du handicap grâce au sport

Depuis 1999, APICIL a développé le mécénat handisport en tant que vecteur privilégié de soutien aux personnes handicapées. Une stratégie globale qui part du sommet de la pyramide, avec la création d'une *Dream Team* constituée de huit athlètes de haut niveau, et s'étend à l'ensemble du sport amateur à travers le soutien des comités handisport de la région Rhône-Alpes.



Maxime Thomas, athlète handisport soutenu par le groupe APICIL, médaillé de bronze aux Jeux Paralympiques de Londres 2012.

« Le parrainage de champions handisport permet de diffuser un message d'espoir à l'ensemble des personnes en situation de handicap et de les aider à améliorer leurs conditions de vie par la pratique du sport », explique Véronique Roux, chargée de développement social dans le groupe APICIL.

L'année 2012 a évidemment été marquée par la participation de plusieurs champions de la *Dream Team* aux Jeux Paralympiques de Londres avec à la clé, deux podiums en tennis de table : la médaille d'argent de Vincent Boury et la médaille de bronze de Maxime Thomas. Cette stratégie a donné à Apicil une bonne visibilité dans ce domaine qui lui vaut d'être très sollicité pour la création de sections et de clubs handisport ainsi que le soutien à de grandes manifestations.

**« Le parrainage de champions handisport permet de diffuser un message d'espoir à l'ensemble des personnes en situation de handicap. »**

VÉRONIQUE ROUX, GROUPE APICIL

Dans un autre registre, APICIL est partenaire de l'enseigne Handéo, qui développe une offre de service à la personne adaptée au handicap. « *Il n'existe pas de services dédiés aux personnes handicapées, d'où la nécessité de professionnaliser les intervenants spécialisés tout en leur donnant plus de visibilité* », souligne Véronique Roux.

Handéo a notamment créé Cap'Handéo, un label élaboré en partenariat avec les acteurs du monde du handicap et les professionnels du secteur des services à la personne. Son objectif est d'accroître la visibilité des prestataires ayant fait l'effort d'adapter leurs services et de former leur personnel.

## Le centre du Belloy de PRO BTP accueille les personnes handicapées

Le groupe PRO BTP a créé en 1971 le Centre Le Belloy à St-Omer-en-Chaussée dans l'Oise. Ce site de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle accueille des personnes handicapées, généralement à la suite d'un accident du travail, avec comme objectif le retour à domicile et la réinsertion sociale et professionnelle.

« *Ces personnes sont deux fois victimes : elles se retrouvent handicapées et elles ne sont plus en mesure d'exercer leur profession. Notre rôle est de les aider à surmonter l'épreuve physique mais aussi de les réinsérer professionnellement par l'apprentissage qualifiant d'un nouveau métier* », explique Franck Apelian, Directeur des Activités sociales de PRO BTP. Selon les filières, le taux de réinsertion oscille entre 75 et 90 %.

Le Centre accueille également un centre de formation des apprentis, de sorte que les accidentés et les jeunes étudiants se côtoient

**« Notre rôle est d'aider ces personnes handicapées à surmonter l'épreuve physique, mais aussi de les réinsérer professionnellement par l'apprentissage qualifiant d'un nouveau métier. »**

FRANCK APELIAN, GROUPE PRO BTP

au quotidien. « *Cette mixité est importante, c'est une expérience de vie socialement intéressante qui rassemble handicapés et non handicapés sur un même lieu de vie* », observe Franck Apelian.

Dans un autre registre, PRO BTP a ouvert le 5 novembre dernier, avec d'autres institutions de prévoyance professionnelles\*, un foyer d'accueil médicalisé situé à Sauveterre-de-Béarn, dédié à l'accueil de personnes handicapées mentales vieillissantes. L'établissement, qui dispose de trente places, se veut un véritable lieu de vie grâce à une mixité d'âges et de situations. Cette première initiative devrait être suivie d'autres projets similaires.

Enfin, PRO BTP a combiné deux de ses savoir-faire, l'activité de résidence médicalisée et la gestion des centres de vacances, pour développer le concept Vacances Répit-Famille, qui permet à une personne fragilisée et à son accompagnant de partir en vacances dans les meilleures conditions. La première est accueillie dans une résidence médicalisée, la seconde dans un centre de vacances voisin. Un prototype devrait ouvrir ses portes l'été prochain près de Tours.

\*Institutions membres des groupes AGRICA, IRP AUTO, LOURMEL et PRO BTP, partenaires de la SCI REVICAP.



Le foyer d'accueil médicalisé de la SCI REVICAP à Sauveterre-de-Béarn, destiné aux personnes handicapées mentales vieillissantes.

# UN CALENDRIER INCERTAIN POUR SOLVABILITÉ 2

Ce 1<sup>er</sup> janvier 2013 devait à l'origine marquer l'entrée en vigueur de la directive Solvabilité 2. Mais plus de trois ans après son adoption par le Parlement européen, nul ne saurait dire avec certitude quand le texte sera appliqué. Une ultime étude d'impact est d'ores et déjà engagée. ■



**« À force d'enrichir l'approche du risque jusque dans ses moindres détails, la formule standard en devient quasiment illisible. Si l'objectif est de faire du SCR un outil pertinent de gestion du risque, il faut avoir le courage de revenir en arrière et simplifier son approche. »**

**BERTRAND BOIVIN-CHAMPEAUX,**

DIRECTEUR PRÉVOYANCE ET RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE AU CTIP

Lorsqu'à l'approche de l'été dernier, les regards se tournaient vers le trilogue entre le Conseil, la Commission et le Parlement européens, les espoirs d'obtenir un consensus et un texte définitif sur Omnibus 2 étaient minces. À juste titre.

Principale source de blocage : les modalités de calcul de la formule standard pour les « branches longues », telles que l'assurance vie, les rentes de prévoyance, la retraite supplémentaire ou encore la prise en charge de la dépendance, sont des enjeux particulièrement importants pour les institutions de prévoyance.

Au cours de l'année 2012, le CTIP a alerté à de nombreuses reprises sur les dangers entraînés par les modalités de calculs retenues.

La formule, sans réel rapport avec la réalité des risques à long terme, risquait ainsi d'entraîner une forte volatilité des exigences de fonds propres d'une année sur l'autre. « *Cela n'a pas été vu dans les précédentes études d'impact car la dynamique du SCR [le capital de solvabilité requis] n'a jamais été testée sur plusieurs années* », rappelle Bertrand Boivin-Champeaux, Directeur Prévoyance et Retraite supplémentaire au CTIP.

## Étudier l'impact sur les branches longues

Cette critique, portée par de nombreux acteurs, a conduit les autorités européennes à étudier dès juillet dernier, de possibles aménagements sur la formule standard, afin d'atténuer cette volatilité. Le report de l'examen d'Omnibus 2 à l'automne

2013 permettra de tester, au cours d'une dernière étude d'impact réservée aux branches longues, les divers projets de modifications retenus par le trilogue.

Le CTIP redoute cependant que ces mesures ne soient pas suffisantes. « *Cette étude d'impact était certes nécessaire* », observe Bertrand Boivin-Champeaux. « *Mais à force d'enrichir l'approche du risque jusque dans ses moindres détails, la formule standard en devient quasiment illisible. Si l'objectif est de faire du SCR un outil pertinent de gestion du risque, il faut avoir le courage de revenir en arrière et simplifier son approche* ».

Ces prochains mois se révéleront donc essentiels pour l'avenir de Solvabilité 2, tant dans son calendrier que dans ses modalités d'application. « *Malgré ces incertitudes* », précise Jean-Louis Faure, Délégué Général du CTIP, « *les institutions de prévoyance restent mobilisées sur les chantiers de la transposition, en particulier l'intégration des règles de gouvernance. Car au-delà des questions financières, notre enjeu est aussi de préserver les caractéristiques de notre modèle paritaire* ».

## Une étude d'impact consacrée aux branches longues

L'enjeu de l'impact de la formule standard de Solvabilité 2 sur les « branches longues » est de taille, puisqu'il s'agit de ne pas pénaliser l'existence de ces garanties par une exigence de solvabilité trop élevée ou volatile. L'industrie a donc obtenu des autorités européennes la réalisation d'une étude d'impact spécifique, lancée le 28 janvier 2013.

Les retours des organismes assureurs européens sélectionnés par les superviseurs nationaux sont attendus par l'EIOPA fin mars 2013. Outre le fait de tester de nouveaux calibrages pour ces activités, l'étude va permettre pour la première fois d'évaluer la dynamique de la formule standard sur plusieurs années successives. La publication des résultats est prévue en juin 2013.

# TROIS TPE/PME SUR QUATRE ONT MIS EN PLACE UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AU BÉNÉFICE DE LEURS SALARIÉS

Contrairement à une idée largement répandue, la complémentaire santé collective n'est pas un avantage réservé aux cadres des grandes entreprises. 74% des entreprises de moins de 250 salariés ont ainsi mis en place une couverture santé. Et dans 8 cas sur 10, cette complémentaire collective bénéficie à tous les salariés, qu'ils soient cadres ou non cadres. Ces chiffres sont issus d'une étude sur l'équipement des TPE/PME en complémentaire santé, réalisée par le Crédoc pour le CTIP. ■

« **O**n croit trop souvent que les contrats collectifs complémentaires santé ne concernent que les salariés des grandes entreprises » soulignait Jean-Louis Faure, Délégué général du CTIP, lors de la publication en octobre dernier des résultats de la dernière étude Crédoc / CTIP. Or ces résultats vont à l'encontre de nombreuses idées reçues sur la complémentaire santé d'entreprise. Ainsi, les trois quarts des TPE/PME disposent d'une complémentaire santé. Et les écarts en fonction de la taille ne sont pas aussi importants qu'on pourrait le croire : 73% des entreprises de 1 à 9 salariés ont mis en place une couverture santé, 76% des entreprises de 10 à 49 salariés et 88% des entreprises de 50 à 249 salariés.

**La complémentaire santé dans les TPE/PME est également loin de concerner une minorité de salariés.** Dans 8 cas sur 10, elle est obligatoire pour les salariés concernés. Et dans 80% des TPE/PME interrogées ayant mis en place une couverture santé, cette dernière concerne tous les salariés de l'entreprise, qu'ils soient cadres ou non cadres. En moyenne, 68% des salariés

## Méthodologie

Enquête réalisée par téléphone en juillet 2012 auprès d'un échantillon de 900 responsables d'entreprises. Les entreprises ont été réparties selon trois tranches de taille (300 répondants par strate) : 1 à 9 salariés, 10 à 49 salariés et 50 à 249 salariés. L'échantillon a été construit afin que chacun des trois sous-échantillons soit représentatif de l'ensemble des entreprises de la tranche d'effectifs concernée (taille, secteur d'activité, situation géographique).



« Cette étude souligne clairement l'engagement des entreprises, qui prennent l'initiative de mettre en place des couvertures santé collectives en finançant en moyenne plus de la moitié de leur coût. »

**JEAN-LOUIS FAURE,**  
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DU CTIP

de l'ensemble des TPE/PME interrogées sont ainsi couverts par une complémentaire santé.

L'étude confirme également que la solidarité mise en place par la complémentaire santé d'entreprise s'étend au-delà du cercle des salariés : dans 9 cas sur 10, la

couverture santé mise en place s'étend aux ayants droit (conjoint, enfants), sans surcoût dans la moitié des cas. « Le contrat collectif du fait de ses avantages économiques et sociaux permet d'assurer à tous les salariés et à leurs familles un accès aux soins de bon niveau » explique le Délégué général du CTIP. Ajoutons qu'un « contrat collectif revient environ 30 % moins cher qu'un contrat individuel de marché ».

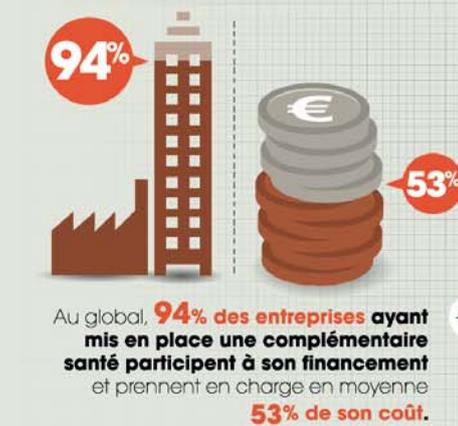
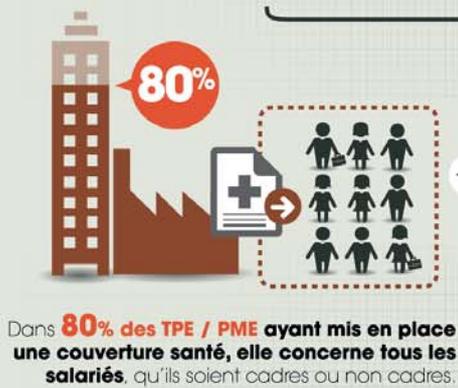
## Les employeurs s'engagent financièrement

**La quasi-totalité (94%) des entreprises ayant mis en place une complémentaire santé participent à son financement.** La participation de l'employeur représente en moyenne 53% du coût de la cotisation. Pour Jean-Louis Faure, « cette étude souligne clairement l'engagement des entreprises, qui prennent l'initiative de mettre en place des couvertures santé collectives en finançant en moyenne plus de la moitié de leur coût ».

## Le rôle des régimes de branches

**Dans 6 cas sur 10, la couverture santé est mise en place par décision au sein de l'entreprise** (accord d'entreprise, référendum, décision unilatérale de l'employeur). La couverture résulte d'une négociation au niveau de la branche professionnelle dans 4 entreprises couvertes sur 10. Rappelons que selon une étude du CTIP, 64 régimes obligatoires santé étaient mis en place dans les branches professionnelles à fin 2012. « 3,5 millions de salariés sont couverts par des accords de branches. Il s'agit de petites entreprises ne pouvant organiser seules la couverture santé, et de salariés dont la rémunération est plus faible que la moyenne », souligne Jean-Louis Faure.

> Les résultats  
complets de l'étude  
sont disponibles  
sur le site du CTIP :  
[www.ctip.asso.fr/bib/img/pages/  
Rapport\\_CREDOC-  
CouvertureSante\\_  
TPE-PME\\_VF.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib/img/pages/Rapport_CREDOC-CouvertureSante_TPE-PME_VF.pdf)





## LA PROTECTION SOCIALE SE DÉVELOPPE DANS LES GRANDS PAYS ÉMERGENTS

La protection sociale progresse au sein des BRICS<sup>1</sup>, selon une récente étude du Centre d'analyse stratégique (CAS), signée Catherine Collombet et Caroline Lensing-Hebben. Ainsi, la Chine a réussi à réaliser des avancées considérables dans l'extension du taux de couverture santé de sa population puisque, entre 2005 et 2010, ce taux est passé de 24% à 94% ! ■

**C**e « boom social » s'inscrit dans une évolution mondiale vers des « socles de protection sociale », promue par l'Organisation internationale du travail (OIT) depuis les années 2000. Le principe de cette approche pose la nécessité d'une extension universelle de garanties de base, et de l'élévation progressive de leur niveau. Et la notion de « socles », au pluriel, signifie que chaque pays est incité à se doter d'un modèle adapté à son niveau de développement et à ses particularités.

Si le développement de la protection sociale au sein des BRICS a été significatif ces dernières années, les résultats restent toutefois contrastés. En matière d'assurance retraite, l'Afrique du Sud, le Brésil et la Russie couvrent désormais l'essentiel de leur population (respectivement 76%, 86% et 94%), alors que la Chine et l'Inde ne comptent respectivement que 33% et 24% de bénéficiaires de pensions. Dans le domaine de la santé, le bon résultat sud-africain - 89% des dépenses de santé prises en charge par les pouvoirs publics - diffère fortement des faibles taux de prise en charge chinois et indiens.

### Une pluralité de modèles

Les modèles développés dans ces pays répondent aux besoins spécifiques de leurs populations. Ainsi, dans les campagnes chinoises, l'extension de l'assurance maladie a été subventionnée à 80% par le gouvernement.

L'Inde, pour sa part, a développé les partenariats public-privé. Dans son programme d'assurance maladie destiné aux plus défavorisés, la couverture est ainsi fournie par des assureurs privés liés par un cahier des charges strict, mais financée à 75% par le gouvernement. Ce programme couvre désormais 50 millions de personnes.

Autre solution, adoptée au Brésil : une catégorie d'assurés spéciaux a été créée pour intégrer les petits exploitants agricoles dont les revenus ne sont pas déclarés. Ces derniers peuvent cotiser au régime général de prévoyance en pourcentage de la quantité de produits agricoles commercialisés, plutôt qu'en fonction d'un salaire.

La diversité des solutions développées par les BRICS répond aux défis rencontrés. L'un

des grands obstacles à l'extension de la protection sociale réside ainsi dans le poids du secteur informel. En Inde, par exemple, le secteur formel ne concerne que 10% de la main d'œuvre. Les BRICS sont donc confrontés à « la nécessité de dépasser le modèle de l'assurance sociale classique », inadapté à cet enjeu, et à privilégier un financement majoritairement public. « L'introduction d'une subvention publique complétant la cotisation d'assurance permet d'obtenir l'adhésion volontaire des populations concernées », expliquent ainsi les auteurs.

Les grands pays émergents n'échapperont en outre pas au défi démographique. Tout comme les pays développés, ils seront confrontés aux enjeux du vieillissement de la population et à son impact sur la pérennité financière des systèmes. La Chine – avec sa politique de l'enfant unique – et la Russie – au taux de natalité faible – sont particulièrement concernés.

L'étude complète est disponible sur le site [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)

<sup>1</sup>BRICS : Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud



## IRP AUTO lance un service de conseil à la personne

Le groupe IRP AUTO a lancé en octobre 2012 IRP AUTO Conseil à la Personne, une plateforme téléphonique gratuite d'écoute, de conseils, d'orientation et de mise en relation afin d'accompagner ses participants dans les démarches de la vie courante. En décembre 2012, ce service réservé aux adhérents du groupe sera étendu aux 420 000 salariés des services de l'automobile ainsi qu'à leurs familles.

## RÉUNICA lance une complémentaire santé collective dédiée aux TPE-PME

Avec RÉUNICA Santé Ambition, RÉUNICA propose une nouvelle couverture santé aux dirigeants de TPE-PME et à leurs salariés. En plus de cinq niveaux de garanties pour les dépenses courantes, la nouvelle offre propose, selon le niveau choisi, trois bonus pour améliorer la couverture santé. Les tarifs varient en fonction de l'implantation régionale de l'entreprise.

## Les remboursements santé accessibles sur le site du groupe AGRICA

Les salariés et retraités couverts par un contrat santé du groupe AGRICA peuvent désormais consulter en ligne, dans leur espace client, l'ensemble des données relatives à leurs remboursements santé : nature de l'acte, noms des bénéficiaires, date du paiement, etc.

## 69% des salariés estiment que leur travail est nerveusement fatigant

31% des salariés ont vécu une restructuration ou une réorganisation dans leur entreprise, 32% ont du mal à concilier vie professionnelle et vie personnelle et 69% estiment que leur travail est nerveusement fatigant. Il s'agit des principaux résultats de l'enquête 2012 de Sociovision pour Malakoff Médéric sur la qualité de vie et la santé des salariés français.

> **Tous les résultats** : [www.ctip.asso.fr/institutions/actualite-institutions/information-communication/69-des-salaries-estiment-que-leur-travail-est-nerveusement-fatigant](http://www.ctip.asso.fr/institutions/actualite-institutions/information-communication/69-des-salaries-estiment-que-leur-travail-est-nerveusement-fatigant)

## Campagne de communication de l'OCIRP

Diffusé du 24 septembre à fin novembre 2012, le dernier spot TV de l'OCIRP donnait la parole aux cotisants. Les avantages des garanties dépendance et veuvage étaient présentés au travers d'un dialogue entre deux personnes.

> **Voir le film** : <http://youtu.be/CwaAZtblw30>



Le Foyer d'accueil médicalisé de Coulomme

## Sauveterre-de-Béarn : un foyer pour personnes handicapées mentales vieillissantes

Le Foyer d'accueil médicalisé de Coulomme, situé à Sauveterre-de-Béarn, a accueilli début novembre ses quinze premiers résidents. Destiné aux personnes handicapées mentales vieillissantes de plus de 40 ans, ce foyer est l'aboutissement d'un travail mené par les groupes AGRICA, IRP AUTO, LOURMEL et PRO BTP, partenaires de la SCI REVICAP. D'une capacité d'hébergement de 30 places, l'établissement sera au complet dès la fin de l'année 2012.

## Le réseau Sévéane s'ouvre à l'ensemble des audioprothésistes de France

Le réseau Sévéane, commun au groupe PRO BTP et à Groupama, étend à l'ensemble des audioprothésistes français son offre de partenariat, expérimentée en juin dernier sur la région parisienne et le Val-de-Loire. Objectif : réduire le reste à charge des assurés sur les équipements auditifs.

## Malakoff Médéric crée Ligne Métier

Malakoff Médéric a lancé Ligne Métier, une offre collective santé et prévoyance qui s'adapte aux besoins de secteurs d'activité aussi différents que la publicité, la programmation informatique, la recherche scientifique, la production de films, le design, la restauration rapide, ou encore la robotique.



Le colloque des Rendez-vous de la Solidarité, à Lyon le 20 novembre 2012, avec pour thème "Handicap psychique et emploi".

## Handicap psychique et emploi : un colloque, trois villes

Dépasser les représentations liées aux maladies mentales pour ouvrir l'entreprise au handicap psychique : tel était l'objectif de la 4<sup>e</sup> édition des "Rendez-vous de la Solidarité", organisée par le groupe KLESIA. Le colloque se tenait à Lyon le 20 novembre, à Paris le 27 novembre et à Rennes le 6 décembre 2012, dans le cadre du Village Handicap & Dépendance. Cette exposition itinérante a pour objectif de changer les représentations du grand public par une information et des animations tous publics.

## RÉUNICA parraine le programme TV "Une Idée de ton père"



Du 3 septembre au 16 novembre 2012, le groupe RÉUNICA a parrainé "Une Idée de ton père", un programme court de 30 épisodes, qui met en scène avec humour les préoccupations d'une famille sur des thèmes comme la retraite, la complémentaire santé, l'aménagement de sa maison en fonction de son âge... La série était diffusée sur France 2, France 3 et France 5. Tous les épisodes sont disponibles sur Youtube : <http://youtu.be/k-ZCcYqstvc>.



Christian Musil, Directeur du Développement des Relations Humaines du Groupe APICIL et Fella Imalhayene, Secrétaire générale de la Charte de la diversité.

## APICIL adhère à la Charte de la diversité

Christian Musil, Directeur du Développement des Relations Humaines du Groupe APICIL, a signé le 6 novembre dernier la Charte de la diversité, en présence de Fella Imalhayene, Secrétaire générale de la Charte de la diversité.



Budget mensuel moyen des seniors en santé : entre **100 et 300 euros** (principalement 100 €)

- > **81%** pensent que la Sécurité sociale couvre de moins en moins les dépenses de santé.
- > **25%** reporteraient un soin ou un achat de médicaments pour une raison budgétaire.
- > **15%** envisagent d'augmenter leur couverture mutuelle.

## Face à la crise, les 50-65 ans privilégient la santé et l'épargne

Dans un contexte de crise, les 50-65 ans diminueraient en dernier les dépenses de santé et l'assurance santé, après des postes comme l'équipement, l'habillement, les loisirs, l'alimentation, d'après le Baromètre « Générations 50 ans et + » du groupe Humanis, rendu public le 25 septembre 2012. D'après cette enquête, l'épargne devient également de plus en plus un moyen envisagé pour surmonter les coups durs, notamment en cas de problèmes de santé.

> **Tous les résultats** : [www.ctip.asso.fr/institutions/actualite-institutions/information-communication/face-a-la-crise-les-50-65-ans-privilegient-la-sante-et-lepargne](http://www.ctip.asso.fr/institutions/actualite-institutions/information-communication/face-a-la-crise-les-50-65-ans-privilegient-la-sante-et-lepargne)

## AGRICA partenaire d'un spectacle-débat sur l'aide aux aidants

À l'occasion de la Journée nationale des aidants le 11 octobre 2012, un spectacle-débat consacré à l'aide aux aidants était organisé à Saintes, en partenariat avec le groupe AGRICA. La troupe En compagnie des oliviers interprétait la pièce « Griottes et cocinelles », suivie d'un débat sur l'accompagnement des aidants.



Guillaume Sarkozy remet les Prix Malakoff Médéric du bien-être en entreprise.

## Prix Malakoff Médéric du bien-être en entreprise

Guillaume Sarkozy, Délégué général de Malakoff Médéric, a remis le 5 octobre 2012 les premiers Prix Malakoff Médéric du bien-être en entreprise à Fuchs Lubrifiant France, Viessmann France et l'Institut de Cancérologie Gustave Roussy. Le Groupe souhaite ainsi récompenser des initiatives innovantes en matière de santé et bien-être des salariés.

## Lauréats 2012 du Prix Accompagnement Handicap KLESIA

La 5ème édition du Prix Accompagnement Handicap s'est déroulée le 28 juin, à Paris. Quatre associations ont été distinguées pour leurs projets associatif innovants dans l'accompagnement des personnes handicapées, dépendantes ou atteintes de maladies invalidantes, ainsi que de leurs aidants. L'association française de Crigler-Najjar, le Centre de rééducation des invalides civils, l'association Aide et Répit et l'association François Aupetit ont été primés.

## Colloque OCIRP "L'invisibilité sociale des jeunes orphelins"

La Fondation d'entreprise OCIRP Au cœur de la famille organisait un colloque sur le thème de l'invisibilité sociale des jeunes orphelins, le 14 décembre à Paris. L'événement était également l'occasion pour la Fondation de présenter en détail les projets soutenus pour l'année 2012.



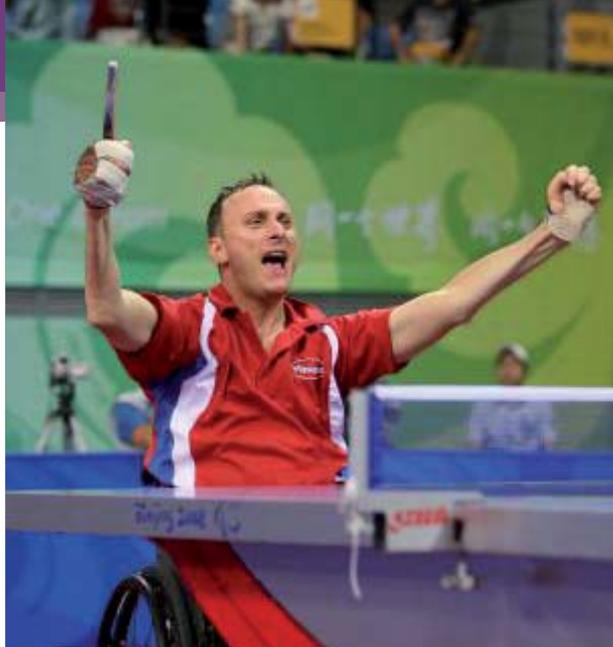
## HUMANIS soutient la publication de l'ouvrage *L'art du soin*

*L'art du soin* sortait en novembre 2012 en librairies. L'ouvrage rassemble de nombreux textes et images d'œuvres plastiques autour du thème du soin. Le groupe Humanis soutient cette publication dans le cadre de son programme "Agir pour le care".



## Handicap : les collaborateurs de KLESIA se mobilisent en faveur d'associations

Du 24 au 30 septembre 2012, KLESIA organisait la « Solidaire » qui permet à ses collaborateurs de récolter des fonds afin de soutenir des associations aidant les personnes handicapées à concrétiser leurs projets. Christian Schmidt de La Brélie, Directeur général du Groupe, a ainsi remis le 12 novembre dernier un chèque de 30 000 euros à l'Association Sportive Handisport du Centre de Rééducation et d'Appareillage de Valenton (ASHCRAV).



Vincent Boury, athlète de tennis de table handisport, médaillé d'argent aux Jeux Paralympiques de Londres 2012.

## APICIL soutient quatre sportifs handisports aux Jeux Paralympiques

Stéphanie Merle (aviron), Anne Barneoud, Vincent Boury et Maxime Thomas (tennis de table), quatre sportifs professionnels soutenus par le groupe APICIL, ont été sélectionnés aux Jeux Paralympiques de Londres qui se déroulaient du 29 août au 9 septembre 2012. Vincent Boury a remporté une médaille d'argent et Maxime Thomas une médaille de bronze, tous deux en tennis de table.



## Humanis court pour l'AFMAP lors du semi-marathon de Lille Métropole

Le 1<sup>er</sup> septembre 2012, 66 collaborateurs du groupe Humanis ont pris le départ du semi-marathon de Lille. Pour chaque kilomètre parcouru par l'un des coureurs du groupe, Humanis s'était engagé à verser deux euros à l'AFMAP, l'Association Française des Malades atteints de Porphyrie, une maladie orpheline rare.

## Humanis apporte son soutien à l'association Handi'Chiens

Le groupe Humanis a soutenu l'association Handi'Chiens en finançant l'éducation de quatre chiens d'assistance destinés aux personnes handicapées. Le 23 juin dernier a eu lieu la cérémonie de remise des chiens par les familles d'accueil qui les ont éduqués avec les conseils de l'association.

## Nouvelle aide à la formation de RÉUNICA pour les demandeurs d'emploi

Le groupe RÉUNICA propose désormais un service d'aide à la formation pour faciliter la réinsertion professionnelle des demandeurs d'emploi. Le Groupe prend en charge une partie des coûts de formation, et propose également un parcours d'accompagnement de retour à l'emploi sur une durée de 6 mois. Plus de 60% des participants retrouvent un emploi dans l'année.



## Lancement du dispositif d'aide Pays'Apprentis

L'Unep (entreprises du paysage) et les organisations syndicales de salariés lancent avec le groupe AGRICA le dispositif d'aide Pays'Apprentis. Il permet aux apprentis du secteur de bénéficier d'une aide financière

pour suivre leur apprentissage dans l'entreprise de leur choix, sans que la distance ne soit un obstacle.

## Des prix pour récompenser les projets des salariés des services de l'automobile

Les Bourses d'Or 2012 de l'APASCA, institution du Groupe IRP AUTO, étaient remises le 25 octobre dernier. Elles récompensent des projets originaux réalisés par les salariés des services de l'automobile ou leurs enfants. Cette année, sept projets ont été sélectionnés pour leurs qualités d'imagination et de créativité, et ont reçu chacun une bourse de 1 000 euros.

## AG2R LA MONDIALE s'engage pour l'emploi des personnes handicapées

Le groupe AG2R LA MONDIALE s'est mobilisé lors de la Semaine de l'emploi des personnes handicapées, du 12 au 18 novembre 2012. Le Groupe participait pour la 5<sup>ème</sup> année à l'opération « Un jour, un métier en action », en accueillant des personnes handicapées afin de leur faire découvrir les métiers du secteur de l'assurance. AG2R LA MONDIALE participait également au Forum Emploi/Handicap de l'ADAPT, association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, le 14 novembre à Paris.



## Une offre Malakoff Médéric pour les salariés aidant un proche dépendant

Malakoff Médéric propose une nouvelle couverture collective destinée aux salariés qui accompagnent un proche dépendant. Avec Pass Indépendance, ils disposent d'un pack de services complet, voire d'un accompagnement psychologique, d'une aide aux démarches, de formations et d'un panier de services à domicile. En outre, en cas de dépendance lourde du salarié assuré, une rente mensuelle lui est versée. Enfin, lorsque le salarié quitte son entreprise, il peut poursuivre son assurance à titre individuel, à un prix réduit.

## Handicap : AG2R LA MONDIALE acteur du projet européen Leonardo Univers' Emploi

Le projet Leonardo Univers' Emploi vise à mettre en place au niveau européen un dispositif d'accompagnement des étudiants handicapés vers l'emploi. Au sein du groupe AG2R LA MONDIALE, des collaborateurs se sont portés volontaires comme pairs référents pour développer la méthode de tutorat avec des universités françaises.



## « Roulons solidaires » : AG2R LA MONDIALE remet 20 000 euros à l'Institut Pasteur

Le 4 octobre 2012, Yvon Breton, Directeur général délégué du groupe AG2R LA MONDIALE, a remis un chèque de 20 792,90 euros au Dr Pierre-Marie Lledo, Responsable de l'unité Perception et mémoire de l'Institut Pasteur, pour financer ses travaux de recherche en neurosciences. Ces fonds ont été réunis grâce au dispositif « Roulons Solidaires » mis en place par le Groupe lors du dernier Tour de France.

## RÉUNICA partenaire de journées d'information sur les addictions

La Fédération pour la Recherche sur le Cerveau et RÉUNICA organisaient le 21 novembre à Paris et le 4 décembre à Marseille des journées d'information sur les addictions. Des chercheurs et cliniciens animaient des tables rondes et répondaient aux questions du grand public sur le rôle du cerveau dans les addictions, ainsi que sur leur prévention et leur prise en charge.

### PRÉVOYANCE

LA LETTRE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ■ DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean-Louis Faure  
■ RÉDACTRICE EN CHEF : Miriana Clerc ■ RÉALISATION : septiemesens ■ IMPRESSION : IMPRIMERIE NOUVELLE ■ ISSN 1264 - 9902 ■ CRÉDIT PHOTO : Fotolia  
■ Cédric Helsly pour AGRICA ■ Humanis ■ Benjamin Loyseau ■ Gilles Ghesquiere ■ OCIRP ■ A. Carlier ■ RÉUNICA ■ Valérie Couteron pour AGRICA ■ Magali Delporte ■ Philippe Couette ■ RÉDACTION D & D Communication : P.4 à 8.