

PRÉVOYANCE

LA LETTRE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

AVRIL 2015 / NUMÉRO 62



ÉDITORIAL
JEAN PAUL LACAM, DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL



PAGE 2
ACTUALITÉS

Une nouvelle gouvernance pour le CTIP

L'assurance maladie complémentaire : vers plus de complexité

Les nouvelles infographies du CTIP

PAGE 8
REPORTAGE

La Silver économie, nouvelle frontière des institutions de prévoyance

PAGE 10
REGARD SUR L'EUROPE

Solvabilité 2 dans les starting blocks

PAGE 12
INTERVIEW

Les institutions de prévoyance confrontées au défi de la DSN

PAGE 14
ECLAIRAGE

Les dispositifs médicaux individuels : une prise en charge croissante par les complémentaires santé

PAGE 15
GROUPES & INSTITUTIONS

2015 : une année décisive pour la protection sociale

L'année 2015 s'annonce forte d'enjeux majeurs pour la protection sociale complémentaire. D'importantes dispositions actuellement en discussion ou en cours de mise en œuvre, laissent en effet entrevoir une restructuration en profondeur de notre secteur. Nous devons, par conséquent, être vigilants et faire entendre la voix des institutions de prévoyance sur les évolutions en cours. Et, lorsque cela est possible et nécessaire, nous associons cette voix à celles des sociétés d'assurance et des mutuelles.

L'un des sujets phares de l'année est évidemment le projet de loi santé qui a été voté mi-avril à l'Assemblée nationale. D'une manière générale, la prise en compte de la place et du rôle des complémentaires santé dans la future gouvernance du système, n'est pas satisfaisante. Je rappelle que les institutions de prévoyance sont des acteurs à part entière de la protection sociale complémentaire. En particulier, le manque de concertation sur des sujets clefs relatifs aux conditions de généralisation du tiers payant à l'horizon 2017 et à l'accès aux données de santé, pourrait nuire gravement à l'exercice de notre métier. Comme je l'ai affirmé à plusieurs reprises, nous sommes déjà des payeurs aveugles, nous ne voulons pas devenir des payeurs invisibles. Et nous sommes capables de nous organiser pour répondre aux besoins de simplicité et de sécurité des professionnels de santé en matière de tiers payant, c'est tout le sens des travaux concrets que nous menons depuis plusieurs mois avec la FFSA et la FNMF, en étroite collaboration avec nos adhérents.

2015 est également une année décisive pour finaliser trois chantiers majeurs pour notre profession : la généralisation de la complémentaire santé, Solvabilité 2 et la DSN.

La généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises du secteur privé sera effective le 1^{er} janvier prochain. Il est encore trop tôt pour savoir comment va évoluer ce marché, car les petites entreprises sont peu nom-

breuses à avoir souscrit un contrat à ce jour. Le CTIP et les institutions de prévoyance mettront tout en œuvre pour accompagner les entreprises et les salariés dans cette généralisation, en s'appuyant sur leur savoir faire, et en s'attachant à poursuivre la mise en œuvre d'une solidarité d'efficacité collective.

Concernant Solvabilité 2, l'ordonnance transposant les textes européens dans le droit français a été publiée début avril. Elle permet de donner la visibilité nécessaire aux acteurs pour être prêts au 1^{er} janvier 2016. Outre un renforcement des exigences de fonds propres, Solvabilité 2 va modifier significativement la gouvernance des institutions de prévoyance et exiger des Conseils d'administration une implication plus

Pour accompagner ces évolutions le CTIP va adapter son programme de formation auprès des administrateurs afin de leur permettre d'exercer pleinement leurs nouvelles responsabilités.

importante, notamment en matière de gestion des risques. Le CTIP a obtenu la création d'une structure de groupe prudentiel équivalente aux autres familles, la structure de groupe assurantiel de protection sociale, SGAPS. Cette structure constitue une réponse pour les groupes paritaires dans le nouvel environnement Solvabilité 2. Pour accompagner ces évolutions le CTIP va adapter son programme de formation auprès des administrateurs afin de leur permettre d'exercer pleinement leurs nouvelles responsabilités.

Enfin, le déploiement généralisé de la DSN, la déclaration sociale nominative, est programmé pour le 1^{er} janvier 2016. Le CTIP est un acteur majeur, depuis ses débuts, de la modernisation des déclarations sociales. La déclaration mensuelle des informations sociales, rendue possible par la DSN, va offrir aux organismes de protection sociale une meilleure visibilité des arrivées et départs des salariés au sein de l'entreprise et, partant de là, des droits de chacun.

Plus que jamais, le CTIP continuera en 2015 à défendre l'identité et les intérêts des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale. Le CTIP est attentif et actif pour maintenir une protection sociale complémentaire efficace et solidaire !



UNE NOUVELLE GOUVERNANCE POUR LE CTIP

Depuis le 20 janvier 2015, le CTIP a une nouvelle gouvernance. Bernard Daeschler (CGT) a succédé à Pierre Mie (MEDEF) en tant que Président du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), dans le respect de l'alternance entre collège salariés et collège employeurs. Le Bureau et le Conseil d'administration ont également été partiellement renouvelés à cette occasion. ■



Bernard Daeschler, nouveau président du CTIP

Bernard Daeschler était administrateur du CTIP depuis quinze ans, il occupait depuis janvier 2013 le poste de Vice-président, poste qui revient désormais à Pierre Mie.

Bernard Daeschler a effectué l'essentiel de sa carrière dans le secteur de la sidérurgie, notamment au sein de l'Institut de recherches de la sidérurgie. Très jeune, il s'engage activement dans le syndicalisme et devient membre de la Confédération Générale du Travail (CGT) en 1968.

Investi dans le domaine de la protection sociale complémentaire, il a occupé plusieurs postes en tant que Délégué ou Administrateur auprès de divers organismes. En particulier, il sera, dès 1989, administrateur du Groupe Malakoff. Ayant participé à la création du groupe Malakoff

Médéric en 2008, il occupe actuellement le poste de Président de la Commission audit et risques de ce groupe paritaire.

Il est également Vice-président du Fonds Paritaire de Garantie et Président de l'Instance de coordination ARRCO-AGIRC CTIP. De plus, il est membre du Conseil d'orientation de l'Institut de la protection sociale européenne (IPSE) et de l'Institut national de la prévoyance collective (INPC).

« Ces divers mandats témoignent de mon engagement en faveur d'une protection sociale de qualité pour tous » déclare le nouveau Président. « C'est aussi la mission que je me suis fixée au CTIP et que j'espère pouvoir mener à bien avec un Conseil en partie renouvelé, prêt à avancer sur l'avenir et le rôle des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale dans le nouveau paysage qui se dessine, de la protection sociale française ».



LA COMPOSITION DU BUREAU ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CTIP

COLLÈGE DES EMPLOYEURS

Delphine BENDA	MEDEF	Membre du Bureau
Michel BODOY	MEDEF, APICIL PREVOYANCE	
Frédérique BRIANT	MEDEF	*
Thierry DEBENEIX	MEDEF	
Agnès HAUTIN	UPA, CAPSSA	Membre du Bureau
Jean-Louis JAMET	CGPME, KLESIA PREVOYANCE	Membre du Bureau
Patrick LEFORESTIER	MEDEF	*
Pascal LE GUYADER	MEDEF, KLESIA PREVOYANCE	
Marcel LERICOLAIS	CGPME	*
Pierre MIE	MEDEF, HUMANIS-PREVOYANCE	Vice-président
Daniel THEBAULT	MEDEF, AG2R-PREVOYANCE	Trésorier
Xavier THOMAS	MEDEF	*
Bernard VERCOUTRE	MEDEF, AG2R-PREVOYANCE	
Sandrine WEIL	FNSEA, ANIPS	
Poste vacant		

COLLÈGE DES SALARIÉS

Dominique BERTRAND	CFTC, CAPSSA	Membre du Bureau
Frédéric CHINY	CFDT	
Bruno CORNET	CGT, BTP PREVOYANCE	
Bernard DAESCHLER	CGT, MALAKOFF-MEDERIC-PREVOYANCE	Président
Michel DIEU	CGT-FO, IPSEC	Membre du Bureau
Béatrice ETEVE	CFTC	
Serge LAVAGNA	CFE-CGC	Secrétaire
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	*
Alain TISSERANT	CFDT, UNIPREVOYANCE	Membre du Bureau

* nouveau membre du Conseil d'administration

LE CTIP À L'UNOCAM - CONSEIL DE L'UNOCAM

REPRESENTANTS DES EMPLOYEURS

Delphine BENDA	MEDEF	Titulaire
Pierre MIE	MEDEF, HUMANIS-PREVOYANCE	Titulaire
Daniel THEBAULT	MEDEF, AG2R-PREVOYANCE	Titulaire
Frédérique BRIANT	MEDEF	Suppléant
Thierry DEBENEIX	MEDEF	Suppléant
Jean-Louis JAMET	CGPME, KLESIA PREVOYANCE	Suppléant

REPRESENTANTS DES SALARIÉS

Bernard DAESCHLER	CGT, MALAKOFF-MEDERIC-PREVOYANCE	Titulaire
Serge LAVAGNA	CFE-CGC	Titulaire
Alain POULET	CGT-FO, CAPSSA	Titulaire
Marie-Annick NICOLAS	CGT	Suppléant
Isabelle SANCERNI	CFTC, UNIPREVOYANCE	Suppléant
Alain TISSERANT	CFDT, UNIPREVOYANCE	Suppléant

AUTRES MEMBRES DE LA DELEGATION DU CTIP A L'UNOCAM

Jean Paul LACAM, Délégué général du CTIP

Evelyne GUILLET, Directeur Santé du CTIP

BUREAU DE L'UNOCAM

Bernard DAESCHLER, Président du CTIP,
ayant pour suppléant Evelyne GUILLET, Directeur Santé du CTIP
Jean Paul LACAM, Délégué général du CTIP,
ayant pour suppléant Pierre MIE, Vice-président du CTIP

L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE : VERS PLUS DE COMPLEXITÉ

En juin 2013, la loi relative à la sécurisation de l'emploi instaurait la généralisation de la complémentaire santé pour l'ensemble des salariés du secteur privé à compter du 1^{er} janvier 2016¹. Cette généralisation programmée va s'accompagner de mesures additionnelles, dont les premières ont été précisées en 2014 :

- La réforme des contrats dits responsables² ;
- Un dispositif pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Prévoyance vous propose de vous intéresser en détail aux changements induits par ces deux mesures. ■

La transformation des contrats responsables

Créé par la loi relative à la réforme de l'Assurance Maladie de 2004, le contrat responsable a pour objectif d'encourager le respect du parcours de soins. En contrepartie d'un régime fiscal plus favorable³, ce contrat doit, d'une part, offrir un ensemble de garanties minimales et d'autre part, ne pas rembourser certaines dépenses, notamment celles résultant d'un non-respect du parcours de soins par l'assuré. En 2014, la quasi-totalité des contrats de complémentaire santé souscrits étaient responsables.



Le contrat responsable a connu en 2014 d'importants changements. Les exigences en matière de garanties minimales ont été renforcées. Des plafonds de prise en charge pour certaines prestations dont le tarif est fixé librement ont été définis.

Ces nouvelles règles s'imposent à l'ensemble des contrats de complémentaire santé, individuels et collectifs, facultatifs ou obligatoires pour l'application de dispositifs fiscaux et sociaux spécifiques. Elles s'appliqueront aux contrats individuels à compter du 1^{er} avril 2015. Les contrats collectifs obligatoires bénéficient, quant à eux, d'un moratoire jusqu'au 31 décembre 2017⁴.

Un cadre renforcé

En pratique, les nouveaux contrats responsables se composent d'un socle obligatoire de garanties minimales. Ce socle peut être

complété par des garanties couvrant les dépenses de santé pouvant être facturées au-delà du ticket modérateur pour l'optique et les dépassements d'honoraires médicaux notamment, dans la limite de plafonds et de planchers.

Ainsi, les contrats responsables doivent désormais obligatoirement prévoir :

- la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur (TM) sur les actes et prestations du panier de soins de l'assurance maladie obligatoire y compris les prestations de prévention. Les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire à 15% et 30% et les dépenses d'homéopathie ne sont pas concernés par cette prise en charge obligatoire ;
- la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier en établissement de santé, sans limitation de durée, hors établissements médico-sociaux.

En outre :

- lorsque les contrats prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux, ils doivent obligatoirement le faire pour les dépassements des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins⁵ ; et dans la limite d'un plafond,

LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

Le contrat d'accès aux soins est un contrat proposé aux **médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1** par l'assurance maladie obligatoire par lequel le médecin s'engage notamment à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires. Il bénéficie en contrepartie d'une participation de l'assurance maladie obligatoire au financement d'une partie de ses cotisations sociales. Le contrat est souscrit, sur la base du volontariat, pour une durée de trois ans.

pour les médecins n'ayant pas adhéré à ce contrat ;

- lorsque les contrats proposent la prise en charge de l'optique médicale remboursée par l'assurance maladie obligatoire, au-delà du ticket modérateur, les garanties correspondantes doivent alors respecter des planchers et des plafonds en fonction du type de verre et du niveau de correction.

Les contrats collectifs et... responsables

Avec la généralisation de la complémentaire santé au 1^{er} janvier 2016, les contrats collectifs deviennent obligatoires pour l'ensemble des salariés du privé.

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.

Un socle spécifique de garanties minimales est prévu pour ces contrats collectifs⁶. Outre l'encadrement des garanties définies par le décret relatif aux contrats responsables, ils doivent prévoir des niveaux de garanties supérieures pour certaines catégories de lunettes et offrir une couverture minimale des dépenses de prothèses dentaires au-delà du ticket modérateur.

Aide à la complémentaire santé (ACS) : un nouveau dispositif

À compter du 1^{er} juillet 2015, le dispositif de l'ACS subit trois changements majeurs.

En premier lieu, les bénéficiaires de l'ACS devront utiliser leur chèque santé uniquement pour la souscription d'un contrat de complémentaire santé à choisir parmi une liste de contrats sélectionnés à l'issue d'une procédure d'appel public à la concurrence⁷. Trois niveaux de contrat ont été définis par décret⁸. Les garanties minimales ainsi déterminées sont au moins aussi favorables que celles définies pour les contrats responsables. La sélection est effectuée quant à elle, principalement sur un critère de prix.

Par ailleurs, les personnes éligibles à l'ACS bénéficieront de l'exonération des participations et franchises⁹. Le projet de loi de Santé prévoit, par ailleurs, la définition de tarifs maxima appliqués aux personnes éligibles à l'ACS pour les prothèses dentaires, l'optique médicale et l'audioprothèse¹⁰. Ces tarifs pourraient être plus élevés que ceux applicables aux bénéficiaires de la CMU-C.

Enfin les bénéficiaires de l'ACS pourront bénéficier du tiers-payant pour l'ensemble des actes qui leur seront dispensés par les professionnels de santé, y compris pour la part des dépenses remboursée par la complémentaire santé¹¹.

Ces réformes des contrats responsables et de l'ACS posent un cadre nouveau pour l'assurance maladie complémentaire, non sans conséquences sur le métier des opérateurs. Le projet de loi de modernisation du système de santé, qui a été adopté mi-avril par l'Assemblée nationale, devrait constituer une étape supplémentaire dans ce processus de structuration. En effet, deux sujets qui sont discutés dans ce cadre font d'ores et déjà l'objet d'une grande attention : la généralisation du tiers payant à l'ensemble des assurés à l'horizon 2017 et la construction d'une base de données de santé qui devrait comporter des données collectées par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

¹ Loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, article 1

² Décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et Circulaire du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaires bénéficiant d'aides fiscales et sociales

³ A l'origine, exonération de la taxe sur les conventions d'assurance, puis application d'un taux minoré

⁴ Cf. selon des modalités précisées dans la circulaire visée supra

⁵ Cf. encadré

⁶ Décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en œuvre en place en application de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale

⁷ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, article 56

⁸ Décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014

⁹ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, article 42

¹⁰ Projet de Loi relatif à la santé, article 20

¹¹ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, article 41

Garanties		Contrat collectif obligatoire	Contrat responsable	Contrat ACS ¹		
				Min Contrat A	Min Contrat B	Min Contrat C
Consultations et actes médicaux		TM ²	TM	TM	TM	TM
Auxiliaires médicaux		TM	TM	TM	TM	TM
Analyses médicales		TM	TM	TM	TM	TM
Pharmacie (médicaments)	Remboursés à 65% AMO	TM	TM	TM	TM	TM
	Remboursés à 30% AMO	Pas d'obligation minimale	Pas d'obligation minimale	TM	TM	TM
Forfait journalier en établissement de santé (quel que soit le type de séjour), hors établissements médico-sociaux		Intégralité sans limitation de durée				
Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux à tarif opposable		TM	TM	TM	TM	TM
Prothèses dentaires et orthodontie		TM +25%BR ³	TM	TM +25%BR	TM+125%BR	TM+200%BR
Lunettes remboursées par l'AMO (verres + monture) : pour un équipement par période de 24 mois (sauf mineurs et évolution de la vue=>1an) ⁴	Selon le type de verres et le degré de correction	100€ ⁵	50€	TM	100€	150€
		150€	125€	TM	150€	250€
		200€	200€	TM	200€	350€
Lentilles de contact		TM	TM	TM	100€	100€
Prothèses auditives		TM	TM	TM	TM	450€ / prothèse

¹ Les patients éligibles à l'ACS bénéficient de tarifs médicaux sans dépassements dans le cadre du parcours de soins, quel que soit le secteur d'exercice du médecin (S1 ou S2, adhérent ou non au contrat d'accès aux soins)- Avenant n°8 à la convention médicale

² Ticket modérateur

³ Base de remboursement de la sécurité sociale

⁴ Les forfaits « lunettes » incluent la prise en charge de la monture à hauteur de 150€, maximum

⁵ Les forfaits en euros incluent le remboursement du TM

Les nouvelles infographies du CTIP

Les infographies expliquant le nouveau cadre de la complémentaire santé sont disponibles sur www.ctip.asso.fr

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 minoration, 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 FACIALE



FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (2)

Dans son intégralité et de durée



GÉNÉRALISTE
LA CO
SANTÉ



le 1^{er} janvier 20...
é devront avoir mis
ctive et obligatoire

ET LES ENTREPRENEURS

prises qui n'ont pas
ntaire santé collec



Les entre
une complém

SI

ERTURE
MALE

ÉVALUATION DE COMPLÉMENTAIRE D'ENTREPRISE



À partir de 2016, toutes les entreprises du secteur privé sont en place **une complémentaire santé collective** pour l'ensemble de leurs salariés.*

ENTREPRISES CONCERNÉES ?

Les entreprises qui ont une complémentaire santé facultative



Les entreprises qui ont déjà une complémentaire santé collective



SI le financement inférieur à 50%



LE SALARIÉ

Jusqu'à 50%



Le dispositif de maintien des garanties santé et prévoyance d'entreprise permet aux anciens salariés ayant droit à une indemnisation chômage de continuer à bénéficier de la couverture de leur ancienne entreprise.



CONSULTATIONS & ACTES MÉDICAUX (SOINS DE VILLE ET HÔPITAL)

> Ticket modérateur



FRAIS DE PHARMACIE (2)

> Ticket modérateur



FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (2)

> Dans son intégralité et sans limitation de durée



OPTIQUE

Tous les deux ans (sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue) Monture incluse (maximum 150€)



PROTHÈSES DENTAIRES & ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

> Ticket modérateur + 25% de la base de remboursement (BR)

Correction faible

Correction moyenne

Correction moyenne +

Correction forte

Correction forte +

Correction très forte

> Entre 100 et 470€

> Entre 150 et 610€

> Entre 150 et 660€

> Entre 200 et 750€

> Entre 200 et 800€

> Entre 200 et 850€

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 JUN 2014

POUR LA SANTÉ

01 JUN 2015

POUR LA PRÉVOYANCE

* Loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi
 ** Décret du 8 septembre 2014 relatif à la complémentaire santé collective



La Silver économie.

nouvelle frontière des institutions de prévoyance

Le 24 avril 2013 restera une date clé dans l'émergence de la « Silver économie » en France. C'est ce jour-là qu'Arnaud Montebourg, ministre du Redressement productif, et Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'autonomie, ont officiellement lancé ce nouveau secteur d'activité devant un parterre de grands acteurs économiques, parmi lesquels les institutions de prévoyance. Depuis lors, les deux ministres ont quitté le gouvernement mais la feuille de route qu'ils avaient tracée se met progressivement en place. ■

Les moteurs de cette nouvelle économie, à la fois démographiques et sociologiques, sont connus. En raison de l'allongement de la durée de la vie et le vieillissement des générations du baby-boom, la place des seniors dans la société va considérablement s'accroître. Or, une grande majorité des personnes âgées souhaite rester à domicile, une solution qui a aussi l'avantage d'être moins coûteuse que la vie en Ehpad. « *La Silver économie repose sur une réalité, à*

savoir la modification des comportements à partir de 50 ans, notamment en termes de consommation et de besoins », observe Jean-Manuel Kupiec, Directeur général adjoint de l'Ocirp.

Deux domaines sont plus spécifiquement appelés à prendre de l'importance : les objets connectés et la télémédecine. Les premiers contribuent à adapter le domicile aux contraintes des personnes âgées tandis que la seconde devrait permettre d'importants progrès en terme de prévention. « *La techno-*

logie sera clé pour favoriser le vieillissement à domicile », souligne Jean-Manuel Kupiec. Reste deux problèmes de taille : assurer l'émergence d'une offre de qualité, car elle est encore balbutiante et la solvabilisation de la clientèle. Pour ces deux enjeux, les institutions de prévoyance ont un rôle à jouer.

Le premier est un rôle d'investisseur pour participer à l'émergence de nouveaux produits et services. Par là, on entend aussi bien les produits de domotique (alarmes, robots, pilotage des appareils de la maison...) que de

« Chez les seniors, la première discrimination vient de la santé. Le suivi à distance des maladies chroniques contribue à leur maintien à domicile en bonne santé »



télé-médecine (transmission des données de santé, information, suivi des maladies chroniques...). Un certain nombre de fonds d'investissement, souvent soutenus, voire initiés, par le secteur public, ont vu le jour ces dernières années et bénéficient de l'apport des institutions de prévoyance : le fonds SISA¹, CDC Innovation ou encore Robolution, un fonds dédié au secteur de la robotique. Ces fonds communs de placement à risque financent, eux-mêmes, les start-ups et les PME les plus prometteuses.

Le fonds SISA est emblématique de cette tendance. Soutenu dès sa conception par Bpifrance qui en est le principal souscripteur, le fonds réunit également des acteurs majeurs de la protection sociale comme Klesia, son plus important contributeur privé, Malakoff Médéric, IRCEM, OCIRP, Harmonie Mutuelle, Humanis et AG2R La Mondiale. Doté en avril 2014 de 45 millions d'euros, avec une taille cible de 100 millions, sa gestion a été confiée à son concepteur, Innovation Capital, une filiale de la Caisse des Dépôts bénéficiant d'une large expérience dans les secteurs des technologies de l'information et des sciences de la vie, ainsi que d'une bonne connaissance de l'environnement médico-social.

« Nous investissons dans des PME qui développent des outils technologiques ou qui présentent des innovations organisationnelles utiles notamment pour la montée en puissance de la télé-médecine », explique Chantal Parpex, Président et Managing Partner d'Innovation Capital. Le fonds qui a pour objectif de procéder à trois ou quatre prises de participation par an, a commencé par investir dans Voluntis, une société qui développe un logiciel de suivi thérapeutique pour les maladies chroniques. Le patient diabétique, par exemple, peut entrer ses données glycémiques sur une plateforme d'expertise médicale et reçoit des conseils en retour, y compris thérapeutiques. « Chez les seniors, la première discrimination vient de la santé. Le suivi à distance des maladies chroniques contribue à leur maintien à domicile en bonne santé », confirme Chantal

Parpex. Le deuxième investissement du fonds SISA porte sur une technologie d'essayage virtuel à distance de lunettes : scannées en 3D, les lunettes peuvent être essayées sans se rendre en magasin. D'autres dossiers sont très avancés et concernent notamment la prévention et la détection des chutes, les soins à distance, la domotique...

L'investissement dans les fonds communs de placement à risque n'est souvent qu'une facette de l'intervention des institutions de prévoyance dans ce domaine. « Nous sommes également présents dans la phase amont qui vise les entreprises en création », indique Emilie Delpit, Directrice Prévention et innovation sociale de Klesia. L'institution finance par exemple Ashoka, un réseau d'entrepreneurs sociaux qui offre des bourses et un accompagnement aux porteurs de projet.

« Les IP ont un deuxième rôle à jouer dans l'émergence d'une Silver économie dans la mesure où elles peuvent aider à solvabiliser la clientèle », observe Jean-Manuel Kupiec. Ce rôle est encore à un stade très en amont, reconnaît Klesia. « L'idée par exemple est de donner accès à des services à la personne ou à des produits innovants dans les contrats dé-



LA SILVER ÉCONOMIE EN CHIFFRES

- La France compte 15 millions d'habitants de plus de 60 ans. En 2030, ils seront 20 millions.
- Le nombre de personnes dépassant 85 ans devrait être multiplié par 4 d'ici 2050, date à laquelle elles seront près de 5 millions.
- Les seniors représentaient 54 % des dépenses globales de consommation en 2010, selon le Credoc : 64 % des dépenses de santé, 58 % des dépenses d'équipement et 56 % des dépenses d'assurance.
- La Silver économie devrait permettre la création de 300 000 emplois nets d'ici 2020, selon la Direction des études et des statistiques du ministère de l'Emploi.

pendance », explique Emilie Delpit. Mais « il manque encore un cadre clair pour voir se développer les contrats dépendance, estime Jean-Manuel Kupiec. L'Etat est réticent à laisser les acteurs privés investir ce marché. Après tout, de tels contrats à très long terme doivent être strictement encadrés. » Ainsi, les contrats de demain pourraient intégrer un droit de tirage sur un certain nombre de produits labellisés. Déjà, CNR-Santé et l'Afnor réfléchissent à une labellisation dans ce domaine.

Pour le monde de l'assurance, le changement n'est pas négligeable. De la vente de contrats simples, on s'orienterait vers la vente de services ou de couples produits-services. Bien sûr, l'évolution sera progressive. La difficulté à établir un cadre législatif et réglementaire clair en matière de dépendance vient rappeler la complexité des enjeux. En même temps, les projections démographiques rendent inéluctable la montée en puissance des institutions de prévoyance dans la Silver économie.

¹ Services Innovants aux acteurs de la Santé et de l'Autonomie



SOLVABILITÉ 2 DANS LES STARTING BLOCKS

2 avril 2015 : la transposition de la directive Solvabilité 2 dans le droit français est finalisée¹. A 7 mois de l'échéance, le point sur les changements attendus au sein des institutions de prévoyance avec la mise en œuvre de Solvabilité 2. ■

La gouvernance sous Solvabilité 2

La directive Solvabilité 2 exige la mise en place « d'un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de leur activité et faisant l'objet d'un réexamen interne régulier. »² Dirigeant effectif, quatre yeux, fonctions clés, *fit and proper*... Comment cela va-t-il se traduire concrètement pour les institutions de prévoyance ?

La structure opérationnelle version Solvabilité 2 comprend :

- Un conseil d'administration, dont les responsabilités sont renforcées autour de la mission d'orientation et de contrôle de l'activité de l'institution de prévoyance ;
- Un directeur général, qui exerce la direction effective sous le contrôle du conseil, avec au moins un directeur général adjoint ou délégué – les dirigeants effectifs symbolisant la règle des « quatre yeux » ;
- La mise en place de quatre fonctions dites clés : la gestion des risques, l'audit interne, la fonction actuarielle et la fonction conformité.

Avec Solvabilité 2, le conseil d'administration va voir son rôle s'accroître autour de l'adoption de politiques écrites. Des compétences plus importantes et de plus grandes responsabilités en matière de gestion des risques vont être attendues des administrateurs. Par ailleurs, la directive européenne requiert un conseil d'administration *fit and proper*, c'est à dire « compétent et honorable ». Cette compétence sera appréciée collectivement, et non individuellement, par l'ACPR³. Dans ce contexte, la formation des administrateurs à

Aujourd'hui les trois familles (assureurs, paritaires et mutualistes) ont des structures de têtes différentes. La mise en œuvre de Solvabilité 2 est l'occasion d'homogénéiser cette situation en définissant, dans chaque code (sécurité sociale, mutualité et assurance), des structures juridiques communes à tous.

leurs nouvelles attributions devient une priorité. Pour y répondre, le CTIP va adapter et renforcer son cycle de formations.

Les structures juridiques sous Solvabilité 2

Qui dit gouvernance, dit structure juridique. Aujourd'hui les trois familles (assureurs, paritaires et mutualistes) ont des structures de têtes différentes. La mise en œuvre de Solvabilité 2 est l'occasion d'homogénéiser cette situation en définissant, dans chaque code (sécurité sociale, mutualité et assurance), des structures juridiques communes à tous. Les structures de groupe prendront deux formes :

- Une structure « consolidante » avec des liens de solidarité financière et une influence dominante, répondant aux exigences de solvabilité. Cette structure s'appellera SGAPS (société de groupe assurantiel de protection sociale) dans le code de la sécurité sociale.
- Une structure servant à des partenariats sans lien de solidarité financière ou d'influence dominante. Il s'agira d'une version évolutive du GPP (groupement paritaire de prévoyance) nommée GAPS (groupement assurantiel de protection sociale).

La SGAPS (Structure de Groupe Assurantiel de Protection sociale) et le GAPS (Groupement Assurantiel de Protection sociale) ont été créés avec la publication des textes de transposition de Solvabilité 2. En parallèle la disparition du GPP est prévue au 31 décembre 2017. Les GPP existants auront jusqu'à fin 2017 pour choisir de se transformer en SGAPS ou en GAPS.

L'ORSA : nouvel outil de pilotage pour les institutions de prévoyance

L'ORSA (*Own Risk and Solvency Assessment*)
■ Evaluation interne des risques de la solvabilité n'est pas un simple rapport mais un processus qui s'intègre dans le pilotage de la gestion des risques au sein des organismes d'assurance. L'ORSA devra être réalisé annuellement ou lors de changement majeur au sein de l'organisme modifiant son profil des risques. Il sera validé par le conseil d'administration et transmis à l'ACPR sous forme d'un rapport.

L'ORSA sera le résultat de trois évaluations :

- Une évaluation du besoin global de solvabilité couvrant l'ensemble des risques, au-delà des risques standards définis par Solvabilité 2 ;
- Une évaluation du niveau de couverture du SCR (*Solvency Capital Requirement* – capital de solvabilité requis) et du MCR (*Minimum Capital Requirement* – niveau minimum de fonds propres) et des exigences concernant les provisions techniques ;
- Une évaluation des écarts entre le profil de risque de l'institution et les hypothèses standards qui sous-tendent le calcul du SCR. Il n'existe pas de plan ou de taille prédéfinis pour le rapport ORSA. C'est à chaque organisme de décrire librement sa politique du risque en fonction de ses spécificités et de son exposition au risque. Ce rapport devra cependant être concis, afin d'être exploitable par les acteurs clés de la gouvernance de l'organisme (conseil d'administration, dirigeants effectifs et fonctions clés) qui devront se l'approprier comme un véritable outil de pilotage et de contrôle.

Un traitement de l'épargne retraite toujours insatisfaisant

Parmi les sujets non satisfaisants, le traitement de l'épargne retraite sous Solvabilité 2 reste problématique pour les institutions de prévoyance. Même avec le paquet branches longues, le SCR reste trop volatile et surévalué pour un assureur gestionnaire de ces garanties. Par ailleurs, le manque d'égalité de traitement avec les fonds de pensions européens pose une question de principe. Pour ces régimes gérés sur le long terme et non rachetables, il faut chercher une solution harmonisée, en lien avec les fonds de pension européen, à mi-chemin entre S1 et S2. Le CTIP y travaille de concert avec l'AEIP, notre association au niveau européen.

L'avenir de la réserve de capitalisation

La réserve de capitalisation est un sujet ayant fait couler beaucoup d'encre mais qui arrive à son terme. Depuis sa fiscalisation en 2010, une réflexion a été menée sur son avenir. Dès 2016, la réserve de capitalisation sera sup-

primée pour les acteurs non vie et maintenue pour les acteurs vie. Pour les acteurs mixtes intervenant aussi bien sur la vie que sur la non vie, comme les institutions de prévoyance, la réserve de capitalisation sera également maintenue, dès lors que l'activité s'exercera à plus de 10% en vie. Cette solution, défendue par le CTIP, permettra de simplifier la gestion pour ces acteurs.

Quelle est la prochaine étape ?

Le défi à relever maintenant par les institutions de prévoyance est de trois ordres : tout d'abord, la mise en œuvre de cette nouvelle gouvernance exigeante. Ensuite, la question de la nécessité de créer une structure de groupe. Enfin, et surtout, la mise en œuvre opérationnelle de l'ensemble du dispositif : politique de gestion des risques, ORSA, calcul du SCR, rédactions des politiques écrites, etc. De multiples questions qui traversent les processus habituels de fonctionnement et les systèmes d'information, sur lesquelles se penchent concrètement les institutions de prévoyance d'ici au 1^{er} janvier 2016.

¹ Ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015 transposant la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (Solvabilité III)

² Article L. 354-1 de l'ordonnance citée supra

³ Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

LES DATES CLÉS DE 2015

- 2 avril : Publication de l'ordonnance transposant les textes européens dans le droit français
- Avril / Mai : Ouverture des autorisations pour les modèles internes à délivrer par l'ACPR et pour l'agrément des dirigeants effectifs
- Juin : Exercice préparatoire européen SCR
- Été : Publication des textes du 2nd lot du niveau 3
- Septembre : Remise de l'ORSA préparatoire
- Novembre : Remise des premiers états trimestriels S2

DÉCLARATION
DSN
 SOCIALE
 NOMINATIVE

LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE CONFRONTÉES AU DÉFI DE LA DSN

La Déclaration Sociale Nominative (DSN) sera généralisée à l'ensemble des entreprises le 1^{er} janvier 2016. **Gérard Chauvineau** et **Gilles Guino**, en charge du projet au CTIP, présentent la genèse et les objectifs du projet. ■

Quelle est l'origine du projet DSN ?

L'ambition de ce projet est de transmettre les informations sociales concernant les salariés en une seule fois à tous les organismes de protection sociale à partir de la paie mensuelle. Jusqu'à présent, les entreprises devaient transmettre ces données séparément à un grand nombre d'organismes selon des rythmes qui pouvaient être mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels. La DSN vise donc à rationaliser et à optimiser le recueil des données nécessaires au fonctionnement de la protec-

tion sociale collective dans toutes ses composantes : régimes de base, retraite complémentaire, prévoyance et santé complémentaire, retraite supplémentaire... Les institutions de prévoyance sont particulièrement concernées car les données collectées relèvent aussi bien du champ des prestations que de celui des cotisations (mouvements de personnel, gestion des droits, recouvrement des cotisations et gestion du compte entreprise).

Cela explique que le CTIP participe au projet depuis son origine, il y a une dizaine d'années. Cependant, les choses se sont véritablement accélérées avec son inscription dans la loi en 2012 dans le cadre plus global de la simplification de la vie des entreprises. Le législateur a prévu une montée en charge progressive de la DSN, suivie d'une généralisation à compter du 1^{er} janvier 2016. La maîtrise d'ouvrage stratégique du projet est placée sous la responsabilité d'une délégation interministérielle, et la maîtrise d'ouvrage opérationnelle est confiée au GIP-MDS (Groupement d'intérêt public - Modernisation des déclarations sociales), dont le CTIP est membre comme la plupart des organismes concernés.

Concrètement, comment va fonctionner la DSN et qu'est-ce qu'on en attend ?

Il s'agit autant d'une rationalisation que d'une simplification. Nous sommes partis du constat que l'essentiel des données intéressantes les organismes sociaux sont issues de la paie et de la gestion RH des entreprises. Par conséquent, il est possible de substi-

tuer les nombreuses déclarations étalées au long de l'année par une transmission mensuelle unique des données de paie via le site Net-Entreprises qui est chargé de les répercuter à l'ensemble des acteurs concernés. En recevant chaque mois les données sociales de l'entreprise, les organismes sociaux auront une vision beaucoup plus précise de la réalité, en particulier de l'arrivée et du départ des salariés. Ainsi, pourront-ils mettre à jour en temps réel leurs systèmes d'information, émettre sans délai les cartes de tiers-payant santé, optimiser la gestion des droits des salariés, réduire les demandes d'information adressées aux entreprises et aux salariés, etc. Les organismes sociaux gagneront ainsi en rigueur, en efficacité et en qualité de service. Cette déclaration mensuelle sera également bénéfique pour les entreprises qui n'auront plus qu'une formalité administrative relativement simple à effectuer. Enfin, et surtout, les salariés bénéficieront d'un service plus rapide dans la mesure où leur situation sera déclarée par l'entreprise au fil de l'eau.

Quel rôle joue le CTIP dans le projet DSN ?

Le CTIP a joué un rôle essentiel pour la défense des intérêts des institutions de prévoyance au sein des instances de décision et de normalisation. En amont, nous avons mis en place plusieurs comités décisionnels et groupes de travail dans le cadre du CTIP auxquels sont invités à participer toutes les IP.

Cela nous permet de préparer les expressions de besoin et argumentaires que nous serons ensuite amenés à relayer. Le CTIP est en quelque sorte le point de rencontre entre l'amont et l'aval. Son implication, ainsi que celle des IP, nous a permis de jouer un rôle



déterminant dans le travail collectif qui a été entrepris avec les autres familles d'organismes assureurs, représentés par la FFSA et la FNM². Le CTIP représente actuellement les trois familles au sein du Comité de normalisation des données sociales, notamment en charge de la norme NEODES servant à la définition des messages DSN.

Quels sont les principaux défis qu'il reste à relever aux IP en vue de la généralisation l'an prochain ?

Pour commencer, les IP, comme tous les organismes, doivent adapter à cette nouvelle

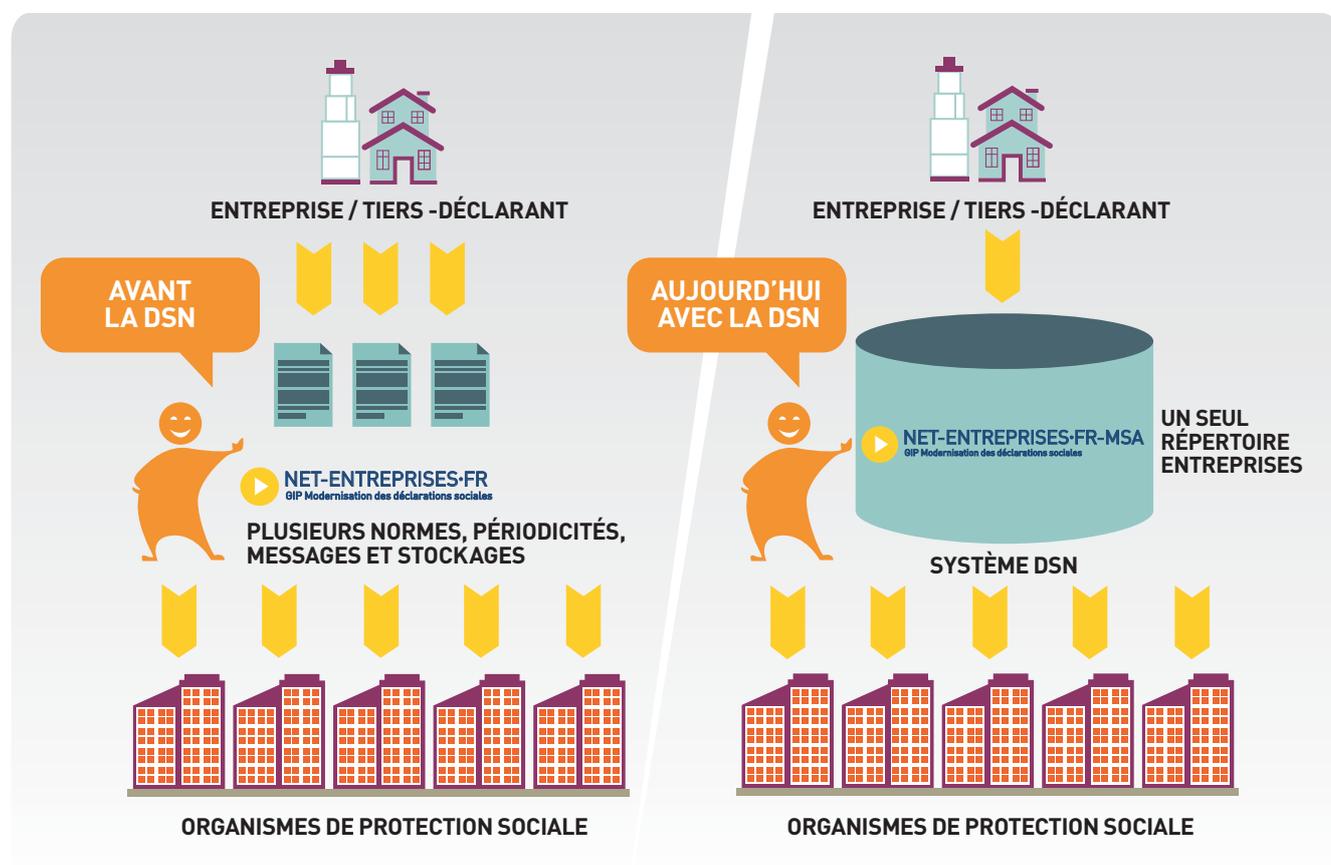
forme de déclaration tant leurs processus organisationnels que leurs procédures et systèmes informatiques. Elles doivent également être en mesure de guider les entreprises, ce qui implique d'émettre des fiches de paramétrage pour leur rappeler les identifiants, notamment contrats, à faire figurer dans la DSN, mais aussi de former leurs collaborateurs ; ceux qui travaillent sur les systèmes d'information, bien sûr, mais aussi tous les interlocuteurs des entreprises, commerciaux, gestionnaires, etc. Au total, cela peut représenter plusieurs milliers de personnes pour l'ensemble des institutions de prévoyance.

Désormais, la DSN sera dans tous les processus, y compris en tant qu'argument de vente lors des propositions commerciales. Il s'agit donc d'un projet stratégique nécessitant de la part des institutions de prévoyance une véritable conduite du changement à mener dans des délais relativement courts.

Plus d'information sur www.dsn-info.fr

¹ Loi du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, article 35

² Fédération Française des Sociétés d'Assurance et Fédération Nationale de la Mutualité Française



LE CALENDRIER DE LA DSN

2004 : Groupes de travail informels.

2006 : Rapport de l'Inspection Générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

2011 : Feu vert de l'Etat pour le démarrage officiel du projet DSN.

2012 : Inscription de la DSN dans la loi.

2013 : Ouverture en production de la DSN phase 1, permettant de substituer la DSIJ (déclaration de salaire pour le paiement des indemnités journalières) destinée à l'Assurance Maladie, de l'AE (attestation

employeur) destinée à Pôle Emploi, de la DMMO et de l'EMMO (déclaration et enquête sur les mouvements de main d'œuvre) destinées au Ministère du travail, et des formulaires de radiation destinés aux organismes complémentaires.

Février 2015 : Démarrage de la DSN phase 2, qui prévoit notamment la substitution de la DUCS Urssaf (bordereau récapitulatif des cotisations et tableau récapitulatif annuel), l'extension

de la DSIJ aux accidents du travail et maladies professionnelles, ou l'ouverture du service aux employeurs de travail temporaire.

Mai 2015 : Premier seuil d'obligation déclarative pour les grandes entreprises concernant près de 13 000 entreprises pour plus de 8 millions de salariés.

Janvier 2016 : Généralisation de la DSN à l'ensemble des entreprises du secteur privé, pour l'ensemble des déclarations sociales.

LES DISPOSITIFS MÉDICAUX INDIVIDUELS : UNE PRISE EN CHARGE CROISSANTE PAR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Depuis quelques années, les dépenses relatives aux dispositifs médicaux individuels connaissent une croissance soutenue. En 2013, leur consommation totale s'est élevée à 13,4 milliards d'euros soit 5,4 % de plus qu'en 2012. ■

Corrélativement, la part de ces dépenses prise en charge par les organismes complémentaires est dynamique : en 2013, ils ont financé 39,3 % de cette dépense contre 33,5 % en 2006.

Cette croissance est d'abord tirée par les dépenses en matière de prothèses, d'orthèses et de véhicules pour handicapés physiques (2,5 milliards d'euros en 2013) et celles des petits matériels et pansements (5,1 milliards d'euros en 2013) qui progressent respectivement de 7,3 % et 6,8 % ; la dépense d'optique (5,7 milliards d'euros en 2013) augmente quant à elle de 3,4 %.

LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Les dispositifs médicaux sont définis par le Code de la Santé Publique comme « tout instrument, appareil, produit [...] destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ». Catégorie disparate, les dispositifs médicaux comprennent ainsi à la fois l'optique, les pansements, l'imagerie médicale mais aussi les implants ou les prothèses (dont les audioprothèses), etc.

Ils sont répertoriés au sein de la Liste dite des Produits et Prestations (LPP), comprenant quatre titres :

- Les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements
- Les orthèses et prothèses externes
- Les dispositifs médicaux implantables et produits d'origine humaine
- Les achats de véhicules pour personnes handicapées

En structure de dépenses prises en charge par les organismes complémentaires, on constate désormais que, dans la rubrique « produits de santé » composée des médicaments et des dispositifs médicaux individuels, ces derniers sont désormais les plus importants : ils atteignent 5,2 milliards d'euros contre 4,8 milliards d'euros pour les médicaments, soit respectivement 20,4 % et 18,6 % des dépenses totales des organismes complémentaires. Ces chiffres sont la résultante de plusieurs phénomènes. Concernant la prise en charge du médicament, ils doivent être reliés aux mesures de déremboursement intervenues depuis 2006, à l'instauration d'une franchise par boîte de médicaments en 2008 et enfin au recul des dépenses de médicaments remboursables constaté ces deux dernières années. Concernant les dispositifs médicaux, ils résultent notamment de la baisse du taux de remboursement par l'Assurance Maladie en 2011 (passage de

65 % à 60 %) et de l'augmentation des tarifs de certains de ces produits au-delà des tarifs opposables.

Quelles tendances pour les années à venir ?

Les technologies nouvelles, l'explosion des objets connectés et sans doute une plus grande appétence des patients pour ces produits « physiques » devraient conduire à un développement de ce marché dans les années à venir.

À l'heure des discussions sur le projet de loi santé, le Conseil économique, social et environnemental (CESE), dans un avis publié en janvier 2015, appelle à une étude plus en détails de « la place des dispositifs médicaux dans la stratégie nationale de santé ».

Sources des données chiffrées : comptes nationaux de la santé 2013



Nos institutions à l'honneur

lors des Argus de l'innovation mutualiste et paritaire 2014

Trois de nos institutions lauréates



Juliett le site pour les intérimaires par Réunica (AG2R La Mondiale)

Prix qualité de service et relations adhérents

Juliett, c'est le site des intérimaires : une plate-forme interactive de gestion et d'information qui leur est dédiée. Les intérimaires peuvent y déclarer leur arrêt de travail et se renseigner sur leurs droits et garanties. Les agences d'emploi y trouvent, elles, toutes les informations utiles pour une gestion efficace et responsable. Réunica (AG2R La Mondiale) a lancé cette plate-forme en mai 2014, elle accompagne depuis plus de 20 ans les entreprises de travail temporaire.

<http://www.reunica-interim.com/>



Les 10 ans de l'association Dialogue et solidarité

Prix initiative de proximité / locale

Fondée il y a 10 ans par l'OCIRP, Dialogue et solidarité est une association apportant une écoute et un soutien psychologique aux conjoints endeuillés. L'action de Dialogue et solidarité prend la forme d'entretien individuel ou de groupe de parole, d'un accompagnement vers la résilience et tout simplement d'une présence dans les moments difficiles à la suite du départ de l'être aimé.

L'association Dialogue & Solidarité c'est :

- près de 2 200 personnes qui ont pris contact
- près de 800 entretiens réalisés
- une vingtaine de groupes de parole réunissant régulièrement près de 200 personnes

<http://www.dialogueetsolidarite.asso.fr/>



Opération « Les pros de la route ont du cœur » par Carcept Prev (Klésia)
Prix prévention des risques

« Les Pros de la route ont du Cœur » est une opération de sensibilisation des conducteurs de transport de voyageurs ou de marchandises aux gestes qui sauvent, à l'utilisation du défibrillateur et à la prévention des risques cardio-vasculaires. Cette action est organisée en partenariat avec l'association RMC/BFM et les sapeurs-pompiers de France.

Plus de 50 000 personnes meurent chaque année en France d'un arrêt cardiaque extrahospitalier. Le taux de survie est aujourd'hui de 5,5 % grâce aux efforts réalisés ces dernières années (moins de 3 % en 2008) mais reste faible au regard des résultats obtenus dans les autres pays.

Des démonstrations pratiques par les sapeurs-pompiers ont été organisées en novembre 2013 et en juin 2014 sur des aires d'autoroute afin d'apprendre les gestes qui sauvent.

<http://www.lesprosdelarouteontducoeur.org/>



Audiens est Charlie

Audiens assure la protection sociale des métiers de la culture et de la presse. Une protection qui a pris tout son sens suite aux tragiques événements qui se sont déroulés début janvier dont l'attentat au journal Charlie Hebdo. Le groupe a ainsi mis en place une cellule psychologique et quatre médecins pour les professionnels des médias, de la presse et de la culture, en réaction à l'événement. En matière de prévoyance, des rentes de conjoints et d'éducation ont été constituées pour les familles des victimes.



« Pour une solidarité d'avance... mobilisons-nous! » chez Humanis : les salariés reversent leurs centimes d'euros du net à payer à des associations

Dans le cadre du mois de l'économie sociale et solidaire en novembre dernier, le groupe Humanis a lancé l'opération « Centimes Solidaires », un dispositif d'engagement sociétal qui s'inscrit dans sa politique de développement durable. Ce projet original offre l'opportunité aux collaborateurs du Groupe de s'engager collectivement autour d'un mécanisme de financement innovant d'actions d'intérêt général.

Le principe consiste à collecter, sur le bulletin de salaire des volontaires, les centimes d'euros du net à payer (soit moins d'un euro par mois) en faveur d'une des quatre associations/fondations (une dans chacune des thématiques proposées : Environnement, Recherche Santé, Social, Solidarité internationale) plébiscitées par les collaborateurs à l'issue d'une enquête.

Pour cette 1^{re} édition des « Centimes Solidaires », les quatre organismes retenus sont :

- l'Institut Curie pour la thématique « Recherche Santé » ;
- Enfance et Partage pour la thématique « Social » ;
- WWF France pour la thématique « Environnement » ;
- Action contre la Faim pour la thématique « Solidarité Internationale ».

AG2R La Mondiale s'engage en faveur de l'autisme



AG2R-La Mondiale est partenaire de la société LearnEnjoy, qui a lancé, au moment de Noël, l'application « Kirikou et les enfants extraordinaires », à destination plus particulièrement des enfants autistes. Conçu pour faire progresser de façon ludique les jeunes autistes âgés de trois ans ou plus, ce programme permet à ces derniers d'apprendre à s'organiser, à compter, à parler, à se familiariser avec les milieux scolaires... avec un système de mesure des progrès individuels. Michel Ocelot, créateur du célèbre héros Kirikou, a cédé gratuitement les droits pour cette application, téléchargeable sur Apple Store et Google Play. Les autres partenaires sont la FEGAPEI (Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles) ainsi que les fondations Orange et Axelle.

Gaspillage alimentaire, le temps des solutions par Agrica

Acteur clé du monde agricole, le groupe Agrica s'est engagé en 2014 pour lutter contre le gaspillage alimentaire. Selon la FAO, un tiers de la nourriture produite chaque année dans le monde est gaspillée, ce qui représente 1,3 milliards de tonnes. La démarche d'Agrica se veut positive et apporteuse de solutions. La première étape aura été l'organisation d'un colloque en novembre dernier avec un ouvrage édité spécialement pour l'occasion. Ce livre écrit par le journaliste Jean-Louis Caffier est d'ailleurs téléchargeable sur le site internet du groupe. Prochaines actions à suivre ! www.groupagric.com

Osons la santé de demain avec Malakoff Médéric

Lors du rassemblement d'Osons la France en décembre dernier, Malakoff Médéric a organisé un colloque sur le thème : Osons la santé de demain. Ces Rencontres ont permis de réfléchir et d'échanger sur les grands enjeux de la santé et sur les solutions pour pérenniser en France une santé d'excellence, avec des experts de l'économie, du digital et du système de soins, dont Nicolas Bouzou, économiste, Benoît Thieulin, Président du Conseil national du numérique, et Pascal Roché, Directeur général du Groupe Générale de Santé.

agenda

L'ARGUS
de l'assurance.com

Conférence Prévention Santé et Prévoyance - 2 juin 2015

« Comment saisir les opportunités d'un marché en pleine mutation ? »

Le CTIP sera partenaire de la nouvelle édition de la conférence Prévention Santé et Prévoyance, organisée par l'Argus de l'Assurance. Pour plus d'informations :

<http://evenements.infopro-digital.com/argus/conference-prevention-sante-et-prevoyance-2015-1049>

INSTITUT DES ACTUAIRES

14^e Congrès des actuaires - 15 juin 2015
Hôtel Marriott Rive Gauche, Paris

Le CTIP sera de nouveau parrain du 14^e congrès des Actuaires le 15 juin prochain. Moment fort de la vie du mouvement actuariel et de la profession d'actuaire, le Congrès est une occasion privilégiée de faire le point sur les évolutions les plus récentes de la profession.

Le thème de l'édition 2015 sera : « Nouvelles compétences, nouveaux métiers : l'actuaire au cœur des transformations ». Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site de l'événement : <http://www.institutdesactuaires.com/>

Assemblée générale du CTIP - 1^{er} juillet 2015
"Quelle santé à l'heure du tout connecté ?"

Le CTIP tiendra son Assemblée générale statutaire le 1^{er} juillet prochain sur le thème "Quelle santé à l'heure du tout connecté" et en présence notamment de : Gilles Babinet, Digital Champion de la France auprès de la Commission Européenne, Christian Saout, Secrétaire général du CISS, Frédéric Bizard, économiste de la santé.

PRÉVOYANCE

LA LETTRE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ■ DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean Paul Lacam
■ RÉDACTRICE EN CHEF : Miriana Clerc ■ RÉALISATION : septième sens ■ IMPRESSION : IMPRIMERIE NOUVELLE ■ ISSN 1264 - 9902 ■ CRÉDIT PHOTO : Philippe Couette, GIP MDS, Fotolia ■ RÉDACTION D & D Communication : P.8 et 9.