

Actualités

Négociations conventionnelles : les complémentaires santé, des acteurs incontournables **P. 2**
Assemblée générale du CTIP : les datas à l'honneur **P. 3**

Zoom

LES RÉSEAUX DE SOINS

En diminuant le reste à charge, ils facilitent l'accès aux soins **P. 4**

Interview

Philippe Dabat
«Tiers payant : l'association Inter-AMC a bâti un outil de place unique » **P. 6**

Éclairages

Les institutions de prévoyance participent activement aux travaux engagés par Agnès Buzyn **P. 8**
La formation CTIP IFA-Sciences Po a trouvé son public **P. 9**

Reportage

Les groupes de protection sociale viennent en aide aux aidants **P. 10**

+ LES DERNIÈRES INFOS DES GROUPES ET DES INSTITUTIONS P. 12

N° 66 — Novembre 2017

PRÉVOYANCE

La lettre du Centre technique des institutions de prévoyance

Éditorial

Le dialogue social au service des salariés aidants



Par **Pierre Mie**,
président du CTIP

Alors que tous les acteurs de la santé ont les yeux rivés sur les projets de réforme de la protection sociale, les institutions de prévoyance (IP) et groupes de protection sociale (GPS) s'apprennent à prendre part aux débats en restant fidèles à ce qui fait leur spécificité, à savoir leur ADN paritaire.

Préserver le dialogue social dans une société en constante évolution est en effet primordial. Je me réjouis à cet égard que le Premier ministre ait rappelé l'importance de ce dialogue, sous toutes ses formes, dans le cadre de la réforme de la protection sociale. Les partenaires sociaux des IP et des GPS sont évidemment disposés à s'engager dans cette démarche : après tout, elle est à l'origine même des IP et des groupes, et a permis leur développement et leur adaptation aux changements. De ce fait, nous sommes toujours volontaires pour rechercher et mettre en œuvre des solutions innovantes en matière de protection sociale.

À ce propos, il y a un champ que nous avons à cœur de développer plus avant : c'est celui de l'aide aux aidants. Aidants auprès de personnes handicapées, en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques... Il s'agit déjà d'un axe majeur de notre politique de prévention en entreprise. Les aidants sont de plus en plus nombreux, notamment en raison du vieillissement de la population. Et la tendance va encore s'accroître puisqu'en

2060, la France comptera 2,3 millions de personnes dépendantes. Aujourd'hui, la moitié des aidants est salarié, et il s'agit majoritairement de femmes. Ces salariés rencontrent souvent des difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle, et peuvent être exposés à de véritables situations de précarité. Sans surprise, l'aménagement des horaires

apparaît comme une priorité pour 84,3% d'entre eux⁽¹⁾. Toutefois, on note que les employeurs sont peu informés sur cette problématique. Des progrès sont donc nécessaires. Les partenaires sociaux ont pour cela un rôle important à jouer pour sensibiliser les entreprises en leur apportant davantage d'information sur les dispositifs existants. Des solutions ont été mises en place depuis plusieurs années par les IP et les GPS. Parmi ces dispositifs, je citerai l'association Vacances Répit Familiales, à l'initiative de PRO BTP, la « Box aidants » d'Humanis ou encore la plateforme d'information pour les aidants « MonAgevillage AGRICA ».

La loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 a apporté des avancées dans ce domaine, mais elles ne sont pas encore suffisantes. Nous devons renforcer notre capacité à répondre aux enjeux de la perte d'autonomie. Pour cela, il est essentiel que les partenaires sociaux se mobilisent au sein des IP mais aussi au niveau national, pour prendre toute leur part au développement d'un ensemble de services permettant au salarié, qu'il soit aidant ou pas, de concilier de manière plus sereine vie personnelle et vie professionnelle. ■

(1) Baromètre Ocirp autonomie 2017.

NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Les complémentaires santé, des acteurs incontournables

— Face à des contraintes économiques pesant de plus en plus fortement sur les dépenses publiques de santé, les complémentaires santé s'engagent davantage dans les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé libéraux. Dernières en date, les négociations avec les pharmaciens d'officine et les chirurgiens-dentistes.



Les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé libéraux sont un instrument central de la régulation des dépenses et de l'offre de soins en France.

Les conventions nationales qui en découlent définissent ainsi, pour cinq ans, outre les modalités de rémunération des professionnels de santé, des dispositifs de gestion du risque et de régulation de l'offre de soins.

Si, depuis la loi du 13 août 2004, l'Uncam⁽¹⁾ est tenue d'associer l'Unocam⁽²⁾ aux négociations conventionnelles, cette association ne s'est construite dans les faits que très progressivement.

Sur la période récente, la collaboration entre Uncam et Unocam s'est traduite par une participation active et des engagements de l'Unocam dans les négociations avec les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens d'officine sur les points suivants.

Signature de l'avenant n° 11 à la convention des pharmaciens, qui valorise le rôle de professionnel de santé du pharmacien.

La rémunération des pharmaciens poursuit son évolution vers une rémunération non plus au volume de médicaments vendus mais à la mission du professionnel dans son rôle de conseil et d'accompagnement; l'Unocam obtient par ailleurs une voix délibérative à la commission paritaire nationale des pharmaciens⁽³⁾.

Participation à un second round de négociations avec les chirurgiens-dentistes.

Après une année 2016 marquée par une empreinte politique forte sur les négociations avec les chirurgiens-dentistes, ces négociations doivent permettre un vrai rééquilibrage de l'activité dentaire vers plus de prévention et de soins conservateurs, ainsi qu'une amélioration de l'accès aux soins. La ministre des Solidarités et de la Santé a par ailleurs demandé aux partenaires convention-

nels d'approfondir les solutions permettant d'offrir, selon l'engagement du président de la République, « à tous les Français d'ici à 2022 un accès à des offres sans reste à charge sur les prothèses dentaires ».

Définition des modalités techniques et financières de participation des organismes complémentaires au financement du forfait patientèle.

Pour les organismes complémentaires, les enjeux sont multiples : maîtrise de leur capacité d'action dans un environnement concurrentiel, maîtrise de leurs engagements financiers, reconnaissance de leur rôle dans le financement des soins. ■

(1) Union des caisses d'Assurance maladie.

(2) Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie.

(3) Instance de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements de chacun.



SOLVABILITÉ 2 DERNIÈRE LIGNE DROITE POUR LES FONDS DE RETRAITE PROFESSIONNELLE SUPPLÉMENTAIRE

— Au terme d'un long processus de gestation, la retraite supplémentaire, qui représente 10 % environ de l'activité des institutions de prévoyance, disposera, à la fin de l'année 2017, d'un cadre prudentiel adapté au modèle français. Le nouveau cadre évitera ainsi l'application des dispositions issues de la directive Solvabilité 2, et notamment l'exigence de fonds propres inappropriée aux engagements de long terme portés par les régimes de retraite professionnels.

Le CTIP a largement participé à la phase de mise en œuvre réglementaire de la création des fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS) avec la publication d'une ordonnance au mois d'avril, suivie des décrets d'application et arrêtés aux mois de juillet et août. Il reste à modifier le code de la sécurité sociale pour l'aligner sur les mêmes dispositions que celles qui figurent dans le code des assurances. Cela est attendu avant la fin de l'automne.

La retraite supplémentaire pourra donc désormais être pratiquée au sein des structures juridiques adaptées que sont les fonds de retraite professionnelle supplémentaire. La déclinaison paritaire se présente sous forme d'institutions de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS). Ces nouveaux véhicules seront soumis à un montant de fonds propres prudentiels identique à celui fixé dans la directive sur les institutions de retraite professionnelle dite « IORP » alignée sur les exigences de la directive Solvabilité 1, et soumis au contrôle de l'ACPR.



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CTIP Les datas à l'honneur

— L'assemblée générale annuelle, le 4 juillet dernier, a été l'occasion d'échanger sur le thème « Big data et protection sociale : et l'humain dans tout ça ? ». Invités par le CTIP, François Ewald, philosophe, Florence Picard, présidente de la commission scientifique de l'Institut des actuaires, et Pascal Picq, paléanthropologue, ont partagé leur point de vue sur les enjeux de la gestion des données pour les organismes complémentaires. Se fondant sur

leur expertise, les trois intervenants ont appelé les institutions de prévoyance à s'appuyer sur leurs valeurs pour ne pas céder à la tentation de « la rupture pour la rupture » et être capables de proposer une utilisation éthique des données aux entreprises et aux salariés. ■



Pour en savoir plus

Retrouvez le **résumé vidéo** sur le compte Youtube du CTIP : <https://www.youtube.com/watch?v=zLw-nBjdmGw>

TRANSPARENCE Le CTIP inscrit au nouveau répertoire des représentants d'intérêts

— La loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique du 9 décembre 2016 (dite « Loi Sapin 2 »), encadre désormais l'activité des représentants d'intérêts.

Un décret d'application du 9 mai 2017 a précisé les nouvelles obligations énoncées dans la loi et en particulier l'inscription au répertoire.

Dans ce nouveau cadre, le CTIP, qui est la voix des institutions de prévoyance auprès des pouvoirs publics, est considéré comme un représentant d'intérêts. Son inscription sur ce registre confirme ainsi son rôle d'interlocuteur privilégié et légitime des décideurs.

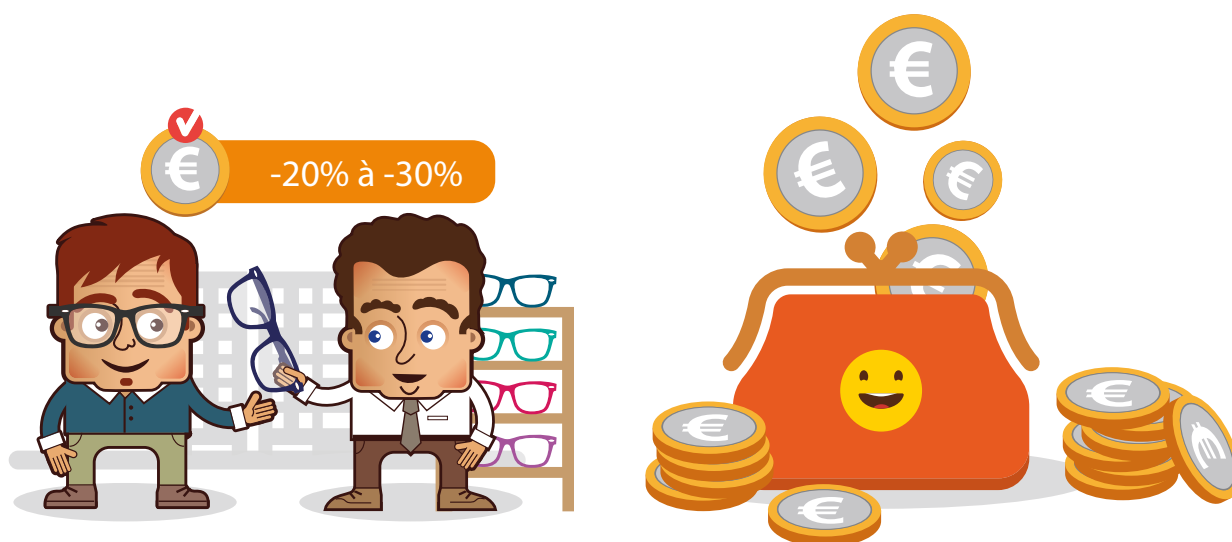
Concrètement, les organismes ont la possibilité de s'inscrire jusqu'au 31 décembre 2017. Parmi les règles que le CTIP doit désormais respecter est prévue la parution, avant le 30 avril 2018, d'un



rapport annuel d'activité présentant les actions de représentation d'intérêts engagées, ainsi que leur montant. ■

LES RÉSEAUX DE SOINS

En diminuant le reste à charge, ils facilitent l'accès aux soins



— Apparus au début des années 1990, les réseaux de soins ont pris leur essor depuis une quinzaine d'années, sous l'impulsion des organismes complémentaires à l'Assurance maladie. Quel est l'impact des réseaux de soins tels que Carte Blanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Sévéane sur l'accès aux soins par les assurés ? L'IGAS vient de publier un rapport établissant un bilan globalement positif de leur fonctionnement, soulignant notamment leurs effets sur la limitation du reste à charge.

Environ 45 millions d'assurés ont aujourd'hui accès à un réseau de soins, soit trois quarts des personnes disposant d'une complémentaire santé. Ces plateformes se sont essentiellement développées dans les soins peu remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et pour lesquels le rôle des complémentaires est particulièrement important dans la limitation du reste à charge des assurés, à savoir l'optique, l'audioprothèse et le dentaire. Leur impact est cependant variable d'un secteur à l'autre.

UN DÉVELOPPEMENT IMPORTANT EN OPTIQUE, CROISSANT DANS L'AUDITION, MAIS LIMITÉ EN DENTAIRE

Le rapport de l'IGAS, rendu public le 20 septembre dernier dans le cadre de l'évaluation de la loi Le Roux, est une première. Près de trente ans après la création des premiers réseaux, il dresse

un panorama exhaustif de leur fonctionnement et de leurs apports. Ayant entendu tous les acteurs concernés, les rédacteurs du rapport constatent tout d'abord un développement rapide de certains réseaux, favorisé notamment par la vive concurrence entre les professionnels de santé.

C'est dans l'optique que l'évolution est la plus marquée. Selon la DREES, plus de 70 % des assurés ont accès à un réseau en optique. Pour l'IGAS, cela équivaut à un taux de recours aux réseaux d'environ 60 % (contre 50 % en audio).

La très forte concurrence incite les opticiens à adhérer à des réseaux, afin de s'assurer une clientèle. La grande majorité d'entre eux a franchi le pas de telle sorte, qu'en moyenne, un point de vente adhère à trois plateformes différentes. Dans ce secteur, l'IGAS constate que l'organisation des réseaux est bien huilée. L'encadrement des pratiques et des produits est très avancé, avec des contrôles fréquents et des grilles tarifaires très élaborées.

Bon à savoir

Les réseaux de soins accessibles avec les institutions de prévoyance

- Itelis
- Kalivia
- Séviane
- ACTIL
- Carte Blanche
- Santéclair
- Optikali
- Carrés Bleus



À l'autre bout du spectre, les réseaux dentaires sont peu développés et rassemblent une minorité de professionnels du secteur. Les réseaux représentent une proportion marginale des soins, de l'ordre de quelques dizaines de milliers de prises en charge par an. Les réseaux d'audioprothésistes sont, quant à eux, dans une situation intermédiaire. Leur poids sur le marché de l'audioprothèse atteignait 20 % en 2015, avec un taux de recours approchant 50 % en 2016. Ils se développent rapidement dans un cadre qui, d'après l'IGAS, reste souple. Toutefois, le rapport fait état d'initiatives récentes des plateformes pour renforcer les contrôles et accentuer la pression tarifaire aujourd'hui réduite.

DES SOINS DE QUALITÉ AU MEILLEUR PRIX

Le reste à charge des patients est significativement réduit par les réseaux. Ainsi, l'IGAS constate « un écart de prix notable – à la baisse – pour les soins ou les produits consommés via un réseau ». La différence est particulièrement sensible en optique, avec une moyenne de - 20 %. Le rapport souligne également qu'en fixant des prix plafonds, les réseaux de soins permettent d'éviter au patient/client des prix excessifs, voire abusifs. L'existence des réseaux conduirait ainsi à favoriser une régulation tarifaire. Cette limitation des prix s'ajoute à l'amélioration du remboursement complémentaire pour les assurés qui utilisent le réseau. De plus, l'IGAS estime que les réseaux sont un moyen

très efficace de lutte contre la fraude grâce aux contrôles sur la conformité des produits, la réalité de la vente et le respect du cahier des charges. De la même manière, l'IGAS estime que « les réseaux proposent des produits et des actes de santé à moindre prix en garantissant un niveau de qualité au moins égal, voir optimal ». Le rapport émet toutefois une réserve sur ce point, estimant qu'il est extrêmement compliqué de réaliser une réelle évaluation.

UNE ÉVOLUTION MARQUÉE PAR L'OUVERTURE ET L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

Potentiellement utiles dans tous les secteurs où les tarifs sont élevés et la concurrence forte, les réseaux affichent des perspectives d'évolution favorables. D'ores et déjà, les organismes complémentaires commencent à développer des réseaux paramédicaux (diététique, ostéopathie, masseurs-kinésithérapeutes) et chirurgicaux, afin de poursuivre leur action en faveur de la limitation des restes à charge.

Plébiscités par les assurés, les réseaux sont néanmoins soumis aux critiques de

certaines professionnels de santé. De son côté, l'IGAS juge nécessaire d'évaluer plus finement les impacts sur le reste à charge, notamment des populations éloignées des soins ainsi que sur les dépenses globales de santé. Toutefois, le rapport reconnaît que, sans être le seul outil de maîtrise du reste à charge à la disposition des organismes complémentaires, le réseau est désormais incontournable. Elle préconise donc de l'intégrer dans la réflexion de la stratégie nationale de santé.

À l'avenir, les réseaux, qui ont fait la preuve de leur pertinence en matière de tarifs, de régulation et de restes à charge, devront démontrer leur efficacité dans l'amélioration de l'accès aux soins et l'organisation de l'offre de soins. Ils devront également rassurer quant à leur éventuelle interférence dans la relation entre professionnels de santé et patients. ■

Les institutions de prévoyance estiment que les réseaux de soins permettent entre 20 et 30 % d'économie en optique, entre 15 et 25 % pour les audioprothèses, et entre 10 à 20 % en dentaire.

DÉFINITION

Qu'est-ce qu'un réseau de soins ?

Développé par les complémentaires santé, le réseau de soins est un groupement de professionnels de santé offrant de meilleurs tarifs pour des prestations mal ou peu remboursées par la Sécurité sociale comme, par exemple, l'optique.

Né d'un partenariat entre un organisme complémentaire et des professionnels ou établissements de santé, **le réseau de soins offre aux assurés de l'organisme complémentaire participant :**

- des tarifs négociés ;
- des services préférentiels ;
- le tiers payant sur la part Sécurité sociale et sur la part complémentaire.

En échange, les assurés sont orientés de façon préférentielle vers les professionnels du réseau.

On distingue plusieurs types de réseaux :

- les réseaux « directs » gérés par un ou plusieurs organismes complémentaires sans intermédiaire ;
- les réseaux « indirects » gérés par une plateforme pour le compte d'un ou de plusieurs organismes complémentaires ;
- les réseaux « fermés » soumis à un numerus clausus et dans lesquels les professionnels sont sélectionnés ;
- les réseaux « ouverts » dans lesquels les professionnels sont admis dès lors qu'ils remplissent une liste de critères.

Dans tous les cas, les critères de sélection ou d'admission sont variés, mêlant garanties de compétences (diplôme, expérience, etc.) et de technicités (plateau technique, espace disponible, etc.) avec des éléments portant sur les conditions d'accueil (espace enfant, wifi, etc.)

TIERS PAYANT

« L'association Inter-AMC a bâti un outil de place unique »



Bio express

1990 >

Après une expérience de chef de projet chez McKinsey, **Philippe Dabat rejoint La Mondiale** où il devient directeur régional puis directeur du réseau commercial.

2002 >

Il est **nommé directeur général adjoint**, responsable du pôle La Mondiale Expert et rejoint le comité exécutif.

Depuis 2009 >

Il est **directeur général délégué d'AG2R LA MONDIALE**, en charge du développement des activités d'assurances individuelles et collectives et responsable des métiers prévoyance, santé, retraite et épargne collective.

— **Philippe Dabat** est directeur général délégué d'AG2R

La Mondiale et président de l'association Inter-AMC. Fondée par les trois familles d'assureurs complémentaires santé, l'association a créé le portail www.tpcomplementaire.fr, une solution novatrice pour faciliter le tiers payant pour la complémentaire santé.

Un peu plus de six mois après son lancement, quel bilan faites-vous du portail www.tpcomplementaire.fr ?

Philippe Dabat : Le bilan est positif ! Il s'est concrétisé par l'ouverture du portail en janvier 2017, conformément aux engagements pris. C'est le fruit d'un travail intense, commencé il y a plus de deux ans, avec la constitution de l'association Inter-AMC. Cette dernière réunit aujourd'hui plus de 200 membres issus des trois familles d'assureurs complémentaires – les institutions de prévoyance, les mutuelles et les sociétés d'assurance –, ainsi que des opérateurs de tiers payant et des délégataires de gestion. Nous estimons que 95 % des Français disposant d'une complémentaire santé éligible au tiers payant généralisé sont couverts par le dispositif. Je voudrais insister sur la grande nouveauté de l'initiative : il s'agit en effet de la première structure commune créée par le CTIP, la FFA et la FNMF. Ensemble, ces organisations ont bâti un outil de place qui a réussi à fédérer tous les acteurs de la complémentaire santé.

Le portail permet au professionnel de santé de signer un seul contrat de tiers payant pour le compte de toutes les complémentaires santé ; dès qu'il est inscrit, il fournit une seule fois ses coordonnées et son RIB pour bénéficier du tiers payant complémentaire. C'est un progrès majeur car, au sein de chaque patientèle, chaque professionnel de santé est potentiellement en contact avec un grand nombre d'assureurs ou de gestionnaires de complémentaires de santé. Pour ce nouveau service, nous avons

« 95 % des Français disposant d'une complémentaire santé éligible au tiers payant généralisé sont couverts par le dispositif. »

L'ASSOCIATION INTER-AMC : C'EST QUOI ?

Créée en juin 2015, l'association des complémentaires santé pour le tiers payant regroupe l'ensemble des complémentaires santé (institutions de prévoyance, mutuelles et sociétés d'assurance) et leurs partenaires

(opérateurs de tiers payant, délégataires), ainsi que leurs principales fédérations professionnelles (CTIP, FFA et Mutualité Française). Son objectif est de proposer une solution simplifiée de tiers payant répondant aux besoins des professionnels de santé. —



Pour en savoir plus
Rendez-vous sur
www.tpcomplementaire.fr

d'abord ciblé les auxiliaires médicaux et les médecins. Ces derniers, contrairement aux pharmaciens, ne pratiquent le tiers payant que de manière très limitée. À ce jour, environ 45 000 professionnels ont contractualisé, soit plus de 40 000 auxiliaires médicaux et 3 000 médecins. Ces derniers résistent par crainte d'un travail administratif supplémentaire, mais aussi par principe : les syndicats de médecins sont opposés au tiers payant généralisé et estiment que le médecin doit faire payer son patient à chaque consultation.

Quel sont les principaux motifs de satisfaction pour l'Inter-AMC ?

P. D. : Le premier réside dans la création de notre outil de contractualisation qui fonctionne et répond à notre engagement vis-à-vis des pouvoirs publics. Proposer un contrat unique pour toutes les complémentaires santé nous a fait réaliser un grand saut en termes de simplicité et de fiabilité. Les professionnels de santé qui optent pour ce contrat bénéficient d'un accompagnement auprès de notre centre d'appel.

Le second réside dans nos travaux de normalisation des services de tiers payant complémentaire pour garantir le paiement au professionnel de santé et simplifier ses tâches administratives : harmonisation des cartes de tiers payant pour faciliter l'identification de la complémentaire santé du patient ; mise en place de normes d'échange entre professionnels de santé et assureurs complémentaires pour garantir le paiement en temps réel ; normalisation des retours d'information, en cohérence avec celles de l'Assurance maladie obligatoire, pour faciliter le rapprochement comptable. Sur tous ces aspects, un processus de vérification de conformité des systèmes d'information des adhérents de l'association a été mis en place ; c'est un gage de qualité et d'engagement collectif.

Quels sont les points à améliorer ?

P. D. : Nous devons continuer à nous mobiliser pour permettre aux web services AMC de se généraliser. C'est l'avenir : progressivement, le tiers payant AMC doit pouvoir s'appuyer sur des mécanismes simples d'acquisition des droits de nos assurés en temps réel. Nous devons être attentifs aux spécificités des professionnels de santé. Il existe en effet des particularités propres à chaque profession qui

« Proposer un contrat unique pour toutes les complémentaires santé nous a fait réaliser un grand saut en termes de simplicité et de fiabilité. »

nécessitent des réponses sur mesure. Nous devons pousser à améliorer les logiciels des médecins. Il existe plus d'une dizaine d'éditeurs, et tous les logiciels ne sont pas compatibles avec nos outils. Cela nécessite de convaincre les éditeurs qui devront investir dans une mise à niveau, mais aussi les médecins qui doivent pouvoir mesurer la valeur ajoutée des solutions de tiers payant complémentaires qui leur sont proposées.

Quelles sont les prochaines étapes ?

P. D. : C'est bien sûr d'augmenter le nombre de professionnels ayant contracté avec nous : 45 000 n'est pas un nombre suffisant, considérant qu'il y a 150 000 auxiliaires de santé et 90 000 médecins. Nous allons par conséquent poursuivre et amplifier nos efforts d'information, voire de communication ciblée, afin d'atteindre une taille critique qui aura ensuite un effet d'entraînement sur tous les autres professionnels de santé.

Le nouveau gouvernement a été prudent concernant le tiers payant. Ne craignez-vous pas que cela nuise à la montée en puissance du dispositif ?

P. D. : Nous sommes passés du tiers payant « généralisé » au tiers payant « généralisable », principalement pour ne pas froisser les médecins. Nous serons toutefois vigilants sur la nécessaire montée en puissance. N'oublions pas que ce sont les pouvoirs publics qui nous ont poussés dans cette voie en intégrant le tiers payant généralisé dans les critères des contrats responsables. Nous allons donc communiquer sur le portail, mais les patients doivent également exercer leurs droits, sachant qu'aujourd'hui, ce sont les professionnels de santé qui décident à qui ils veulent appliquer le tiers payant. ■

Les institutions de prévoyance participent activement aux travaux engagés par Agnès Buzyn

— La feuille de route de la ministre des Solidarités et de la Santé, rendue publique le 26 septembre dernier, engage un certain nombre de chantiers auxquels sont pleinement associées les institutions de prévoyance.

PARVENIR À UN RESTE À CHARGE NUL POUR L'OPTIQUE ET LES PROTHÈSES DENTAIRES ET AUDITIVES EN 2022

Pour parvenir à ce reste à charge (RAC) nul, le gouvernement a lancé une concertation avec l'ensemble des parties prenantes à l'automne 2017. Son objectif est de gagner en efficacité tout au long de la chaîne de valeur. La concertation aura également pour but de définir un panier de soins indispensables, à prix

En savoir plus

Limiter le reste à charge des ménages fait partie des objectifs des institutions de prévoyance depuis l'origine. Plusieurs mécanismes y contribuent. Les réseaux, notamment, permettent aux assurés d'avoir des tarifs en moyenne 20 % moins chers.

réglementés, avec des plafonds de prix et un partage de la prise en charge entre Assurance maladie obligatoire et complémentaire.

AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DES OFFRES DES DIFFÉRENTS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Le gouvernement a exprimé une volonté claire : les contrats des organismes complémentaires doivent être plus lisibles de façon à permettre aux assurés de les comparer plus facilement. Le gouvernement espère ainsi stimuler la concurrence au bénéfice des personnes couvertes.

Rendre les contrats plus compréhensibles pour le consommateur n'est pas un projet récent. Pour mémoire, la loi relative à la consommation du 17 mars 2014 prévoit une obligation

pour les organismes complémentaires de faire figurer dans leurs documents de communication les conditions de prise en charge de façon simple et normalisée, chiffrées en euros, pour les frais de soins parmi les plus courants ou pour ceux pour lesquels le reste à charge est le plus important. L'arrêté censé préciser les modalités de cette information n'a toutefois pas été publié à ce jour. Les institutions de prévoyance n'ont cependant pas attendu la réglementation pour avancer et ont mis en place des calculateurs de prise en charge sur leur site Internet. D'ici à 2019, elles proposeront toutes ce service.

UN AXE PRINCIPAL : LA PRÉVENTION

La prévention est sans nul doute un axe central du programme de la ministre des Solidarités et de la Santé. Déjà, lors de la campagne présidentielle, le candidat Macron insistait sur la nécessité d'évoluer du curatif vers le préventif dans un souci à la fois de santé publique et d'économie. La prévention est donc au cœur de la stratégie nationale de santé, lancée officiellement le 18 septembre dernier.

Les principaux objectifs porteront sur la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, sur la prévention des maladies infectieuses, sur la lutte contre les conduites addictives, sur la promotion de la santé mentale, d'un environnement et de conditions de travail favorables à la santé, sur l'amélioration du dépistage et la prévention de la perte d'autonomie. « Tout est ouvert » concernant le rôle des organismes complémentaires en matière de prévention. Selon Agnès Buzyn, « ce qui compte, c'est que le virage de la prévention soit pris et financé ». ■



La formation CTIP IFA-Sciences Po a trouvé son public

— Mise en place avec l'appui du CTIP en janvier 2016, la formation CTIP IFA-Sciences Po pour les administrateurs des groupes de protection sociale (GPS) rencontre auprès de ces derniers un réel engouement.



Remise des diplômes de la deuxième promotion de la formation CTIP IFA-Sciences Po, 25 avril 2017.

UNE FORMATION AU SERVICE DE LA BONNE GOUVERNANCE DES GPS

Parce que le renforcement des compétences des administrateurs de GPS constitue le moyen le plus sûr de pérenniser la gouvernance paritaire, cette formation a pour ambition de donner à ces derniers les moyens d'accomplir leur mission dans le contexte de Solvabilité 2 en orientant et en contrôlant à la fois la bonne gestion et la stratégie de leur institution de prévoyance. Cette formation est donc une réponse adaptée à l'accroissement des obligations et des responsabilités des administrateurs. Pour mémoire, l'ACPR dispose des moyens juridiques de demander, pour tout administrateur, le suivi d'un programme de formation et peut, à défaut, s'opposer à la poursuite du mandat d'un administrateur qu'elle considérerait incompetent.

DES INTERVENANTS DE QUALITÉ

Ce cycle de formation de soixante-dix heures, réparties sur dix jours est d'une durée de six mois. L'ACPR a accepté

d'ouvrir chacune des sessions. Cette relation constitue un élément important et significatif. Les autres intervenants sont des professionnels reconnus de la protection sociale et des spécialistes des questions de gouvernance. C'est ainsi que cette formation consacre une place importante à « la stratégie, la maîtrise des risques et la création de valeur », ou encore au lien entre « Solvabilité 2 et stratégie d'entreprise ».

DES COURS SUR MESURE

L'accent est mis sur les comportements, outils, connaissances et compétences que tout administrateur doit posséder pour exercer son mandat. Il s'appuie, pour ce faire, sur des études de cas et des mises en situation de conseil d'administration extrêmement concrètes et interactives. Ces exercices contribuent au développement d'une bonne ambiance au sein des promotions. Cette formation, qui est sanctionnée par un examen écrit d'une durée de deux heures (QCM), n'est acquise qu'en fin de session, sous réserve de la

participation des candidats à l'intégralité du programme et de leur réussite à l'examen. Un minimum de 60 % de bonnes réponses est requis.

La remise de ces « diplômes » donne lieu à un cocktail au cours duquel sont réunis à la fois les participants, les formateurs et les organisateurs. ■

3 promotions d'environ 25 administrateurs. Sur les 51 administrateurs inscrits aux deux premières, 45 ont obtenu la qualification en septembre 2016 et avril 2017.

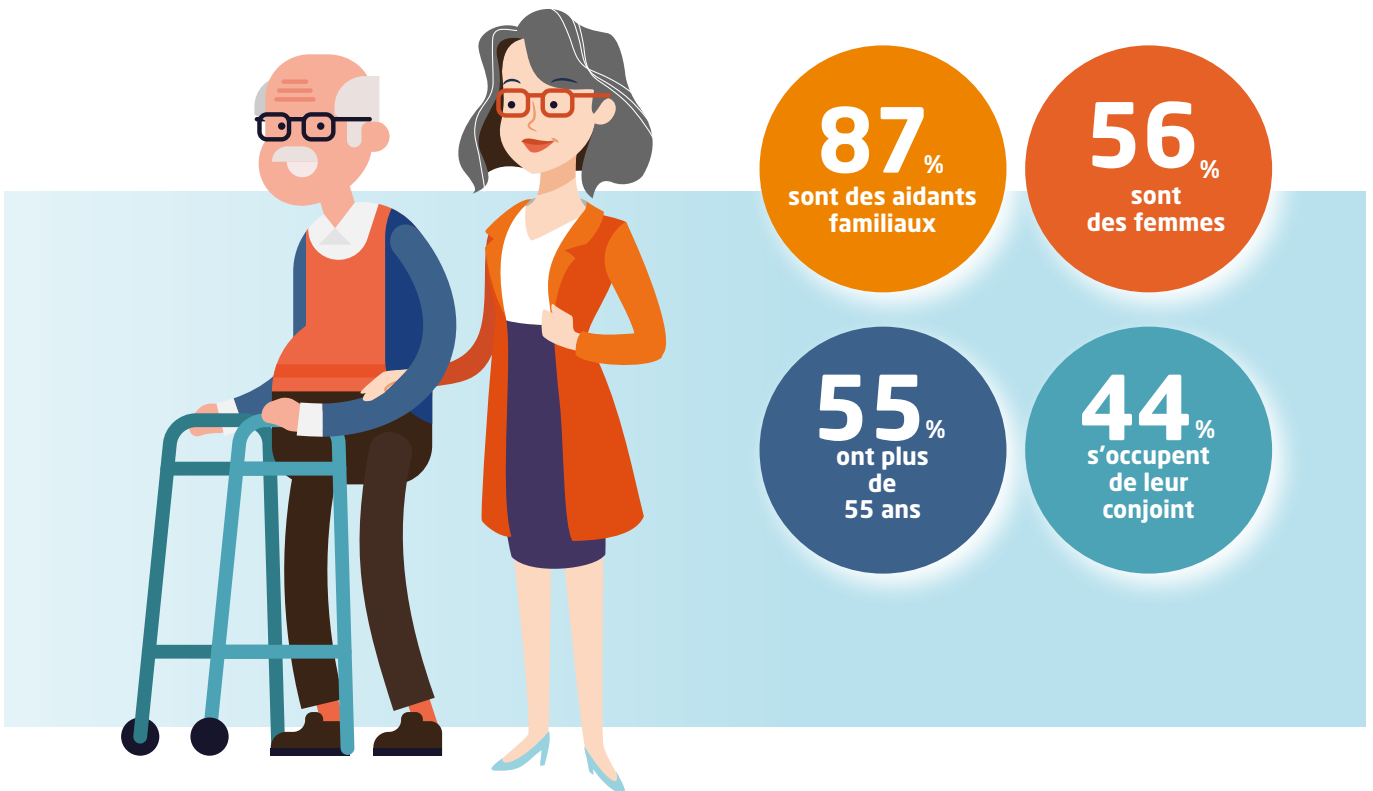


9 Groupes de protection sociale représentés parmi les 26 administrateurs inscrits à la 3^e promotion.



Les groupes de protection sociale viennent en aide

aux AIDANTS



— On estime à 8,5 millions le nombre de personnes qui aident un proche souffrant de handicap ou d'autres formes de dépendance.

L'impact de cet engagement sur leur vie personnelle et professionnelle est souvent important. D'où la nécessité de les aider à leur tour.

Les aidants familiaux ont toujours existé, mais leur émergence comme sujet de société est récente. Après la loi sur le handicap de 2005 qui apportait une première reconnaissance de leur statut, c'est la loi sur le vieillissement en 2015 qui a attiré l'attention sur ces millions de personnes qui aident un proche et qui « souvent, n'avaient pas conscience d'être des aidants », souligne Claudine Sardier, responsable de l'action sociale chez Agrica.

Quelques statistiques permettent d'esquisser le portrait-robot de l'aidant : 87 % sont familiaux (mais il y a aussi des amis, des voisins, voire des réseaux d'aidants), 56 % sont des femmes, 55 % ont plus de 55 ans et 44 % s'occupent de leur conjoint. Le nombre d'aidants devrait

.....
« L'aide apportée à un proche dépendant peut avoir un impact très important sur la vie sociale et professionnelle. »
.....

Thomas Perrin, directeur général adjoint d'Apicil chargé du social

bientôt atteindre 10 millions sous l'effet de l'allongement de la durée de vie, de l'augmentation des maladies chroniques et de la priorité au maintien à domicile.

Or, ce n'est pas sans effets. « L'aide apportée à un proche dépendant peut avoir un impact très important sur la vie sociale et professionnelle », souligne Thomas Perrin, directeur général adjoint d'Apicil chargé du social. « On constate

même une surmortalité chez les aidants, due à l'épuisement et au fait que, trop souvent, les personnes se négligent», confirme Émilie Delpit, directrice Prévention et Innovation sociale chez Klésia. Acteurs majeurs de la santé, les groupes de protection sociale ont été parmi les premiers à se mobiliser en faveur des aidants. Or, le défi le plus immédiat a été d'identifier les personnes concernées. Les aidants peuvent en effet être gênés de se déclarer, considérant leur engagement dans l'ordre normal des choses. Dans le cadre de l'entreprise, l'aidant se fait souvent discret, aussi par crainte d'être perçu comme moins efficace ou moins investi que ses collègues.

ACCOMPAGNER, INFORMER LES AIDANTS

Ces réticences ont incité les groupes à aller à leur rencontre. En 2013, dans le cadre de son Village annuel consacré au handicap et à la dépendance, Klésia a organisé un colloque sur les aidants, une première étape qui a été rapidement suivie par un guide d'information à leur intention, puis d'un second guide destiné aux directions des ressources humaines. « Des dispositifs existent, des financements aussi. Il faut aider les aidants à s'en saisir », explique Émilie Delpit.

C'est par le biais de son magazine qu'Agrica a tendu la main aux aidants en diffusant un questionnaire à grande échelle. « Nous avons été étonnés de recevoir plus de 3 000 réponses, ce qui nous a permis de mieux évaluer les besoins », explique Claudine Sardier. Les aidants expriment en particulier leur besoin de souffler de temps en temps (voir encadré ci-contre) et aussi le souhait d'être mieux informés. Le groupe a ainsi mis sur pied des réunions d'information animées par des professionnels sur des sujets tels que les solutions d'aides, de transmission et de protection juridique, etc. Il est également partenaire des « Bistrotts mémoire », des rencontres entre couples d'aidants et aidés, encadrées par un psychologue et des bénévoles, afin de partager leurs expériences de la maladie d'Alzheimer dans une ambiance amicale.

.....
**« Des dispositifs existent,
des financements aussi.
Il faut aider les aidants
à s'en saisir. »**
.....

Émilie Delpit, directrice Prévention
et Innovation sociale chez Klésia

L'entreprise est, pour les groupes de protection sociale, l'un des lieux privilégiés pour accéder aux aidants. « Les directions sont en demande d'accompagnement. Elles ont conscience qu'il y a un sujet, mais ne savent pas comment l'aborder », observe Thomas Perrin. Ces actions ont deux facettes. Il y a d'abord le conseil direct et la construction de plans d'actions pour agir concrètement sur l'organisation. « Par exemple, une initiative a été de permettre aux salariés de faire don de certaines RTT à leurs collègues aidants pour les soulager », indique Thomas Perrin. Apicil a également mis en place une aide financière

directe de 500 euros destinés aux aidants sur simple déclaration.

L'étape suivante a été d'intégrer des bouquets de services aux aidants dans les contrats de prévoyance et de santé : sites d'information, aide à domicile, téléassistance, aide au déménagement, soutien psychologique, etc. « Certaines populations, telles que les travailleurs non salariés (TNS), sont demandeuses d'une prise en charge très large car leur activité professionnelle peut être menacée en cas de problème », souligne Émilie Delpit. Signe que la prise de conscience autour des aidants prend de l'ampleur : une revue qui leur est consacrée – *Aider* – vient de sortir. Avec le soutien de Klésia. ■

**« Les personnes qui aident
un proche n'ont souvent
pas conscience d'être
des aidants. »**
.....

Claudine Sardier,
responsable de l'action sociale chez Agrica

ZOOM SUR UN PROJET

Vacances Répit Familles veut constituer un réseau

● **L'idée de Vacances Répit Familles est née de la prise de conscience** qu'il est souvent difficile pour les aidants de prendre du temps pour eux. Partir avec la personne aidée revient à reconstituer la charge de travail sur son lieu de vacances. Partir sans elle est tout aussi difficile. « L'association Vacances Répit Familles propose une solution innovante qui associe un village de vacances et une structure médicosociale. **Il est désormais possible de partir en vacances avec la personne que vous aidez dans des conditions adaptées à sa situation** », explique Jacques Cécillon, directeur de l'association VRF. Cette solution inédite a été lancée par PRO BTP et l'AFM-Téléthon en 2010, rejoints par AG2R

La Mondiale, Agrica, Audiens, Lourmel, Apicil, Klésia et de nombreux partenaires.

● **Il a fallu déplacer des montagnes pour faire aboutir, en 2014, un premier village** situé près de Tours et doté de 26 places médicalisées et autant pour leurs aidants. Heureusement, la loi d'adaptation de la société au vieillissement a apporté un coup de pouce à ces établissements d'un type nouveau. Deux nouveaux projets sont en cours dans la Nièvre et en Saône-et-Loire et « notre objectif est de créer une franchise sociale afin de constituer un réseau d'établissements disséminés sur l'ensemble du territoire », indique Jacques Cécillon.



AG2R LA MONDIALE

« L'asthme d'Antoine le boulanger » reçoit le prix international des médias de la prévention

— Le festival international des médias de la prévention a récompensé la vidéo « L'asthme d'Antoine le boulanger », lors du congrès international 2017 sur la sécurité et la santé au travail qui se déroulait à Singapour du 3 au 6 septembre.

« L'asthme d'Antoine le boulanger » utilise l'humour et les codes des youtubeurs à la mode afin de sensibiliser les apprentis et les jeunes boulangers aux

allergies respiratoires à la poussière de farine et de les inciter à adopter les bons gestes professionnels pour prendre soin de leur santé.

Cette vidéo a été conçue et réalisée en 2014 par AG2R La Mondiale pour la commission paritaire régionale de la boulangerie-pâtisserie dans le cadre d'une vaste campagne de prévention destinée aux boulangers professionnels et apprentis.



MALAKOFF MÉDÉRIC

ENGAGÉ POUR L'ACCESSIBILITÉ DES FESTIVALS

— Impliqué depuis de nombreuses années dans de l'intégration des personnes en situation de handicap (accès à la santé et à l'emploi), Malakoff Médéric a élargi, depuis 2015, son action en faveur de l'accès à la culture et aux loisirs.

Cet été, le Groupe a amplifié son dispositif en soutenant quatre festivals de musique souhaitant s'inscrire dans cette dynamique : Solidays (Paris, du 23 au 25 juin), les Eurockéennes de Belfort (du 6 au 9 juillet), Terres du son (Tours, du 7 au 9 juillet) et Rock en Seine (Saint-Cloud, du 25 au 27 août).

Structures adaptées, signalétique renforcée, tarifs réduits, dispositifs auditifs ou espaces communs, les initiatives ont été nombreuses afin de favoriser l'accès des personnes handicapées aux quatre festivals.



12 millions

de personnes sont touchées par un handicap en France.

Source : Insee

AGRICA

Qui verra... vivra bien

— Du 27 juin au 19 octobre, le groupe Agrica a convié les retraités du secteur agricole à sept conférences organisées en région sur le thème de la malvoyance et basse vision. Animées par des professionnels (ophtalmologistes, orthoptistes, ergothérapeutes...), ces conférences ont été l'occasion de faire le point et

de répondre aux interrogations sur les différents types de déficiences, les évolutions liées à l'âge, les aides pour mieux vivre avec ces déficiences, et mieux comprendre, par des mises en situation, ce que vivent au quotidien les personnes concernées.

Agenda

Le CTIP est partenaire des prochains événements organisés par l'Argus de l'Assurance

28
nov.

CONFÉRENCE Allocation d'actifs sous Solvabilité 2

Vers un nouveau pilotage des investissements et des risques.

5
déc.

TROPHÉE Argus de l'innovation mutualiste et paritaire

L'Argus met une nouvelle fois à l'honneur les mutuelles et les institutions de prévoyance qui innovent.

11
déc.

TROPHÉE Argus de la femme et de la diversité dans l'assurance

L'Argus de l'assurance promeut la mixité et la diversité en entreprise.

12
déc.

CONFÉRENCE Big data et innovations de rupture

Données, IA, blockchain : quel impact opérationnel pour les modèles assurantiels ?



Tous les événements à venir sur www.ctip.asso.fr