

PRÉVOYANCE

LE MAGAZINE DU CTIP

N° 75 / Février 2022

Éditorial

Réussir le virage du curatif au préventif

Par **Marie-Laure Dreyfuss**,
Déléguée générale du CTIP

Et si l'on abordait le vrai sujet, à savoir : comment rendre soutenable notre système de santé et de protection sociale dans la durée ? Au lieu de cela, l'emballement médiatique autour des travaux du HCAAM passe sous silence les véritables défis que nous devons relever collectivement pour y parvenir.

Partons des réalités : la France reste très en retard dans le domaine de la prévention, et cela lui coûte cher, sur le plan humain et financier. En Europe, notre pays affiche l'une des plus longues espérances de vie à 65 ans, mais aussi la plus basse espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire sans être limité dans ses activités quotidiennes. La santé est un bien trop précieux pour la laisser se dégrader et n'agir qu'en réparation. Selon une étude récente du cabinet Mc Kinsey⁽¹⁾, 70 % des améliorations de la santé des populations pourraient être réalisées par la prévention.

Pour les années à venir, l'enjeu est donc de passer d'un système de santé principalement curatif à un système fondé sur la prévention. Olivier Babeau, président de l'Institut Sapiens et professeur à l'université de Bordeaux, le souligne dans l'entretien accordé à Prévoyance : développer la prévention, c'est à la fois augmenter l'espérance de vie en bonne santé de la population et réaliser des économies. *In fine*, les investissements dans la prévention rapportent bien davantage qu'ils ne coûtent.

Pour réussir le virage de la prévention, il faut la mettre en œuvre au plus près du terrain. Pionnières de la prévention et de l'entreprise comme « territoire de santé », les institutions de prévoyance (IP) ont, depuis près de 20 ans, développé des initiatives visant à éviter les risques en santé pour les salariés. La négociation au niveau de la branche permet également d'imaginer un programme d'actions de prévention, concrètes et adaptées aux risques spécifiques à chaque métier sur tout le territoire.

La contractualisation avec les professionnels de santé est également une voie prometteuse, comme le montre l'accord-cadre signé en 2018 par le CTIP avec la CSMF (confédération des syndicats médicaux), qui permet aux IP de passer directement des accords avec les médecins pour mettre en place des programmes de prévention sur mesure et développer de nouveaux services répondant aux besoins des entreprises et des salariés.

Pour avancer, ces pistes sont facilement transposables et pourraient servir de base à une réflexion entre toutes les parties prenantes sur la façon de faire pivoter notre système de santé vers le préventif, et ce, en utilisant le cadre du contrat collectif, gage d'une large mutualisation des coûts. ●

(1) « *Prioritizing health : a prescription for prosperity* », McKinsey Global Institute, 2020.



Interview

Olivier Babeau :
« Les scénarios du HCAAM passent à côté des vrais enjeux » **P. 4**



Zoom

Le premier baromètre 100 % santé
Le rôle majeur des OCAM dans la réforme **P. 6**



Éclairage

Mobilisation de l'AEIP
pour défendre la gestion paritaire et le contrat collectif en Europe **P. 8**



CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Acteur de la protection sociale
de demain

ARTICULATION AMO/AMC :

Rapport HCAAM : état des lieux

Le HCAAM a publié, le 14 janvier, son rapport final sur l'articulation entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire. Cette publication qui, exceptionnellement, ne fait état d'aucune recommandation, a fait réagir de nombreux acteurs du secteur, dont le CTIP. Rappel des points principaux de chaque scénario.

Scénario 1

Améliorations du système actuel

Objectif : améliorer le système actuel sans modifier son architecture, simplifier et améliorer la couverture des plus démunis dont les salariés les plus précaires et les retraités.

Principales propositions

- Simplifier les règles de remboursement de la Sécurité sociale
- Modifier l'article 4 de la loi Evin pour proposer un contrat « sortie de groupe » aux retraités
- Limiter les exclusions du contrat collectif pour intégrer plus de salariés
- Étendre l'incitation fiscale d'adhésion aux micro-entrepreneurs et aux exploitants agricoles
- Renforcer le rôle de l'UNOCAM

Scénario 2

Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée

Objectif : généraliser la complémentaire santé à l'intégralité de la population en s'appuyant sur la notion juridique de SIEG (service d'intérêt économique général).

Principales propositions

- Les complémentaires santé agiraient dans un cadre fixé par l'État, avec un système de péréquation des risques entre organismes
- Les garanties au-delà du panier réglementaire pourraient être modulées par accords de branche étendus
- La souscription d'une sur-complémentaire serait possible
- Mise en place d'une instance de concertation (État, AMO, représentants des complémentaires et partenaires sociaux)

Scénario 3

Augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale

Objectif : un seul financeur par extension du champ d'intervention de la Sécurité sociale

Principales propositions

- Prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale de l'ensemble des frais de santé à hauteur du tarif de responsabilité
- Bascule vers un modèle d'assurances supplémentaires
- Suppression des exonérations socio-fiscales sur les contrats collectifs et de l'obligation de l'employeur de fournir une couverture à ses salariés
- Remise à plat des rémunérations des professionnels de santé* (futurs travaux du HCAAM)

* Les prochains travaux du HCAAM porteront sur la rémunération des professionnels de santé et, notamment, sur les dépassements d'honoraires.

Scénario 4

Décroisement entre les domaines d'intervention AMO/AMC

Objectif : faire intervenir AMO et AMC sur des paniers de soins distincts pour clarifier les rôles

Principales propositions

- Deux paniers distincts : un panier pris en charge à 100 % par l'AMO et correspondant aux soins majoritairement remboursés par elle actuellement et un panier « privé » réservé à l'AMC constitué des soins dont celle-ci assure principalement le financement aujourd'hui
- La contractualisation OCAM/professionnels de santé dans le cadre de réseaux de soins serait favorisée et encadrée par les pouvoirs publics
- Création d'une autorité de contrôle et de régulation publique
- Suppression de l'obligation pour l'employeur de fournir une couverture complémentaire santé

UN PROJET À PART

LE BOUCLIER SANITAIRE

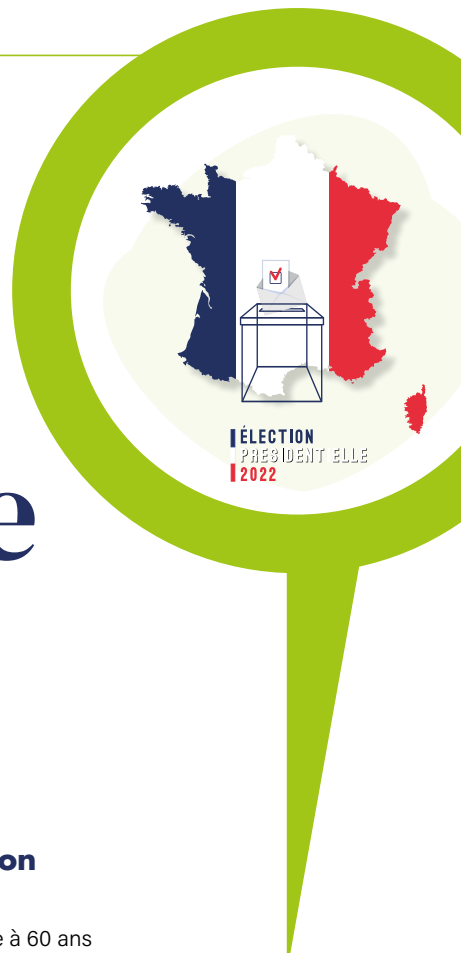
Le bouclier sanitaire vise à plafonner le cumul de reste à charge (RAC) de l'assuré. Au-delà du plafond, les frais seraient pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Ce mécanisme peut prendre de nombreuses formes en fonction des RAC qu'il prend en compte (hôpital, ville) et du plafond fixé. Il demanderait une modification des règles de participation des assurés à la dépense.

LA POSITION DU CTIP

— Dans son communiqué publié le 19 janvier, et consultable sur son site internet, le CTIP dénonce l'absence de prise en compte de ses positions dans le rapport final du HCAAM, tout en réaffirmant son attachement à cette instance qui permet une réflexion collective en matière de protection sociale. Au nom de ses adhérents, le CTIP rappelle son opposition à tous les scénarios qui conduisent à affaiblir la gouvernance et le rôle des partenaires sociaux dans la définition des couvertures de protection sociale complémentaire des salariés. Enfin, il réitère son appel à l'instauration d'une démarche collaborative et partenariale entre tous les acteurs de notre système de santé pour répondre aux enjeux actuels et à venir.

PROTECTION SOCIALE

Les propositions des candidats à la présidentielle



À quelques mois de l'élection, voici un tour d'horizon, à date, des idées de réforme portées par les principaux candidats à l'élection présidentielle.



Anne Hidalgo

Parti socialiste

- Lancer un plan massif de recrutement, de formation et de revalorisation des métiers de l'hôpital
- Supprimer les ARS et la T2A
- Créer un droit à mourir dans la dignité
- Sanctuariser à 62 ans l'âge de départ à la retraite
- Réviser le financement de la protection sociale, revoir l'ONDAM et développer des protections pour les nouvelles formes d'activité.



Yannick Jadot

Europe Écologie Les Verts

- Revaloriser le salaire des aidants et renforcer leur statut
- Planifier, avec l'aide des régions, la juste répartition des cabinets libéraux et des centres de santé
- Créer un droit à mourir dans la dignité
- Fixer le montant minimum de la retraite au niveau du SMIC
- Faciliter l'accès aux soins des 16-25 ans (remboursement des consultations de psychologues, création d'un chèque santé de 200 €).



Marine Le Pen

Rassemblement National

- Revaloriser les salaires des soignants (10 % de plus que le Ségur)
- Augmenter à 1 000 € le niveau minimum de la retraite
- Geler les cotisations patronales si les entreprises augmentent les salaires
- Renforcer le soutien aux aidants avec le passage à 12 mois du congé proche aidants et créer une « aide d'urgence vitale » pour remplacer l'AME.



Jean-Luc Mélenchon

La France Insoumise

- Fixer l'âge de départ à la retraite à 60 ans
- Mettre en place le « 100 % sécu »
- Faire élire les administrateurs de la Sécurité sociale par les assurés
- Créer un service public de la dépendance pour aider les séniors à rester au domicile.



Valérie Pécresse

Les Républicains

- Fixer l'âge de départ à la retraite à 65 ans
- Créer une dotation de « lutte contre la désertification sanitaire » régionale qui permettrait d'aider de jeunes médecins à s'installer dans des territoires sous tension
- Recruter 25 000 soignants en cinq ans pour l'hôpital
- Créer un statut pour les aidants familiaux avec une indemnisation et un aménagement de leur vie professionnelle
- Augmenter la part de protection sociale financée par l'impôt.



Éric Zemmour

Reconquête

- Fixer l'âge de départ à la retraite à 64 ans
- Embaucher 1 000 médecins à déployer dans les déserts médicaux
- Baisser la CSG sur les bas salaires
- Supprimer l'AME et les ARS.

« Les scénarios du HCAAM passent à côté des vrais enjeux »

L'étatisation de notre système de santé ne permettrait pas de répondre à ses besoins de financement. C'est l'avis d'Olivier Babeau, professeur à l'université de Bordeaux et président fondateur de l'Institut Sapiens. Il préconise de mettre l'accent sur la prévention, les nouvelles technologies et la revalorisation des carrières des professionnels du soin.



Olivier Babeau
professeur à l'université
de Bordeaux et président
fondateur de l'Institut Sapiens

Les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur « l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire » ont mis en avant plusieurs scénarios de refonte. Les trouvez-vous pertinents ?

Olivier Babeau : Les quatre pistes avancées par le HCAAM vont toutes dans le même sens : celui de la nationalisation totale du financement de notre système de santé. La seule différence est le rythme à laquelle elle se ferait. Ces pistes passent, à notre sens, à côté des vrais enjeux. Au-delà du COVID, nous sommes confrontés à d'immenses défis qui nécessitent de nouvelles réflexions sur le financement, mais qui ne trouvent aucune solution dans ces propositions.

Le scénario dit de « Grande Sécurité sociale » est supposé produire des économies pour les assurés. Qu'en pensez-vous ?

O. B. : Il s'agit d'un raisonnement purement comptable promu par les opposants au système hybride de financement. La nationalisation du financement du système de santé produirait de nombreuses externalités négatives, que ce soit dans le renoncement aux soins, dans la diminution de la couverture des patients ou encore dans l'efficacité des remboursements. En fin de compte, cette étatisation serait plus coûteuse qu'elle n'y paraît.

Dans quelle mesure la santé va-t-elle devenir une dépense prioritaire dans les prochaines années ?

O. B. : La dépense de santé par habitant pourrait progresser de 20 % dans les 20 années à venir. L'hôpital a montré ses

limites et ses faiblesses structurelles : les experts de notre observatoire santé et innovation ont évalué à 30 milliards d'euros ses besoins en modernisation, ne serait-ce que pour y améliorer la qualité de vie au travail et la fonctionnalité des soins. Le vieillissement est également un facteur explicatif de cette augmentation. En 2070, la France comptera deux fois plus de personnes de plus de 75 ans qu'aujourd'hui. Or un patient dépense actuellement la moitié de sa facture totale de frais médicaux dans les deux dernières années de sa vie. Les déserts médicaux, en revanche, ne représentent pas une dépense supplémentaire à venir. Nos experts estiment que l'on pourra aisément résoudre cette problématique grâce au déploiement d'infirmières en pratiques avancées, équipées d'outils de téléconsultation et de télécommunication.

Quelles pistes préconisez-vous pour que les soins restent accessibles à tous ?

O. B. : La France dispose du reste à charge (RAC) le plus faible de l'OCDE. Donc, pour le moment, ne touchons pas au modèle de financement de la santé, mais investissons massivement dans les outils en e-santé pour les rendre accessibles au plus grand nombre et favoriser la télésurveillance et le télésoin sur tout le territoire.

Quel est le rapport coût-bénéfice de la prévention ?

O. B. : Les maladies chroniques représentent 70 % des dépenses de santé. En cinq ans, ce montant a augmenté de 10 %. Or on sait que la prévention, notamment en ce qui concerne l'alimentation, l'hygiène de vie et la pratique d'une activité physique et sportive, permet d'en éviter un grand nombre. Certaines études font état d'un rapport de 1 à 4 des bénéfices attendus par rapport aux coûts.

La prévention et les nouvelles technologies peuvent-elles suffire à résoudre l'équation financière au cours des premières années ?

O. B. : Elles vont y participer mais ne feront pas tout. À l'avenir, un effort substantiel devra être fait pour revaloriser les carrières des professionnels du soin. Les infirmières françaises sont parmi les plus mal rémunérées en Europe en proportion du salaire moyen national. Cette revalorisation salariale

des effectifs devra être financée. C'est pour cette raison qu'il faut inclure plus de rationalité dans la gestion du système de santé, en réduisant les coûts de structure et d'administration du système et en faisant la chasse aux gaspillages.

Qu'attendez-vous de la prévention : une réduction des coûts ou un allongement de la durée de vie en bonne santé et de l'espérance de vie ?

O. B. : Les deux ! Parce que la prévention permettra un allongement de la durée de vie en bonne santé, elle réduira considérablement les coûts. En réduisant les comportements à risque, on favorise cet effet vertueux pour notre société.

Quels types d'actions de prévention manquent encore selon vous en France ?

O. B. : La France est l'un des plus mauvais élèves de l'OCDE en ce qui concerne la prévention, que ce soit en termes de dépenses allouées ou de comportements à risque. La prévention publique ces dernières années s'est contentée d'adresser des messages publicitaires simples mais en pratique très peu efficaces. Il faut tout d'abord développer une véritable éducation sur ces sujets. Dès l'école, les enfants devraient apprendre les effets de tel ou tel produit sur leur organisme

tout en apprenant à cuisiner des produits sains. Ensuite, il faut développer de réelles incitations, notamment en se basant sur les travaux en neurosciences liés à la gamification. Les applications de suivi sportif, ou celles de comptage du sevrage du tabac et de l'alcool, sont de bons outils pour suivre une discipline rigoureuse en la matière.

Qui de la Sécurité sociale ou des complémentaires santé est le mieux placé pour financer et mettre en avant la prévention ?

O. B. : La Sécurité sociale est un excellent payeur mais pas un bon animateur de réseaux de soin. Les besoins en prévention sont extrêmement différents selon les bassins de population. Les taux d'obésité, de consommation d'alcool ou de consommation de stupéfiants sont très différents selon les territoires et nécessitent ainsi des approches adaptées. Les organismes complémentaires, par leur présence sur tout le territoire et leur proximité avec leurs assurés, disposent de l'ingénierie, des données et des capacités d'action nécessaires pour réaliser cette prévention différenciée. Le financement, en revanche, devra être le fruit d'une contractualisation avec la puissance publique. Cette dernière, profitant directement des fruits d'une prévention réussie, devra aider au financement des mesures déployées par les opérateurs privés. ●

— « Les organismes complémentaires disposent de l'ingénierie, des données et des capacités d'action nécessaires pour réaliser une prévention différenciée selon les bassins de population. »

Le baromètre 100 % santé met en lumière le rôle majeur des OCAM dans la réforme

Cette enquête, publiée par l'UNOCAM et conduite avec le CTIP, la FNMF et France Assureurs, montre que les organismes complémentaires ont financé 56 % des dépenses totales au 1^{er} semestre 2021 sur les trois postes concernés par la réforme : optique, aides auditives et prothèses dentaires. Ils contribuent également majoritairement au financement des offres sans reste à charge.

Lancée par étapes depuis 2019, la réforme 100 % santé est entrée pleinement en œuvre depuis l'an dernier, avec le lancement du panier 100 % dentaire intégrant toutes les prothèses et le panier 100 % santé sur les aides auditives.

Le bilan publié en ce début 2022 par l'UNOCAM permet de tirer les premiers enseignements de cette réforme qui vise à lutter contre le renoncement aux soins. Il porte sur le premier semestre 2021, en comparaison avec le premier semestre 2019, l'année 2020 étant considérée comme atypique en raison de la crise sanitaire.

Les résultats de l'enquête réalisée auprès des organismes complémentaires témoignent du succès du 100 % santé en termes d'accès aux soins dans le domaine des aides auditives et des prothèses dentaires. Ils montrent aussi l'engagement des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) dans la réforme, et en particulier celui des institutions de prévoyance (voir encadré).

Une baisse significative des RAC en dentaire et en audiologie

Premier enseignement : sur l'ensemble des paniers (100 % santé et hors 100 % santé), le reste à charge moyen des assurés, après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC), est en baisse de 9 points pour les aides auditives, soit une baisse de

282 euros par bénéficiaire. Même tendance pour les prothèses dentaires, avec une baisse de 12 points, soit - 75 euros par bénéficiaire. Cette baisse du RAC moyen s'explique par une augmentation conjointe de la couverture AMO et AMC.

En optique, en revanche, le reste à charge moyen des assurés augmente de 40 euros. Sur ce poste, les OCAM ont compensé la baisse de prise en charge AMO, mais ils n'ont

pas pu compenser la hausse des dépenses tirée par les prix des équipements.

Pour les trois secteurs, le remboursement moyen des organismes complémentaires santé est en hausse. Le taux de recours s'améliore en audiologie, secteur dans lequel le renoncement aux soins était une réalité : le nombre de bénéficiaires augmente de 51 % et le nombre d'audioprothèses remboursées est en hausse de 67 %.

UNE PARTICIPATION PRÉPONDÉRANTE ET CROISSANTE DES IP SUR LES TROIS POSTES

En ce qui concerne les institutions de prévoyance (IP), les résultats du baromètre 100 % santé montrent que leur participation dans le financement des dépenses en optique, audiologie et prothèses dentaires reste prépondérante. Sur les sept premiers mois de 2021, cette participation s'inscrit en nette progression par rapport à la même période en 2019. Elle augmente ainsi de 4 points en optique (79 % en 2021 versus 75 % en 2019) et en dentaire (66 % versus 62 %), et même de 9 points en audiologie (62 % versus 53 %). En comparaison, les chiffres 3 familles ressortent à 45 % pour l'audiologie, 56 % en dentaire, et 61 % en optique.

Si l'on regarde uniquement le panier 100 % santé, les IP solvabilisent 72 % de la dépense en audiologie, 77 % en dentaire et jusqu'à 81 % en optique.

À noter, en optique, les IP enregistrent une baisse du RAC de l'ordre de - 9 % par bénéficiaire alors que les chiffres 3 familles enregistrent une hausse des RAC de + 30 % sur ce poste.



Des remboursements en hausse sur les trois postes

Le baromètre met en évidence le rôle des complémentaires santé en tant que principaux financeurs des équipements optiques, aides auditives et prothèses dentaires – un rôle qu'ils occupaient déjà avant la réforme. Sur le premier semestre 2021, ils interviennent en effet à hauteur de 56 % des dépenses totales sur ces trois postes. Soit une progression de 3 points par rapport au premier semestre 2019. Leurs remboursements augmentent très fortement : ils passent de 3,3 milliards d'euros à 4,2 milliards d'euros, soit une hausse de 29 %. Cette progression est plus forte que celle des dépenses totales sur ces trois postes (+ 21 %, à 7,5 milliards d'euros).

L'évolution des remboursements des complémentaires santé est toutefois à différencier selon les postes : elle est de + 60 % pour les prothèses dentaires, de + 64 % sur les aides auditives, et de + 3 % en optique.

Une prise en charge entre 70 % et 80 % des offres sans RAC

Le baromètre permet également de mettre en évidence la contribution prépondérante des complémentaires santé au financement

des offres 100 % santé. Leurs remboursements, au titre de ces offres, représentent 1,3 milliard d'euros, soit un tiers (31 %) de leurs remboursements.

Sur les aides auditives, l'offre 100 % santé représente près d'un tiers des équipements. Les complémentaires santé prennent en charge 72 % des dépenses au titre du panier 100 % santé. Sur les prothèses dentaires, le panier 100 % santé représente 51 % du volume d'actes, et les OCAM financent 78 % de ce panier. En optique, le taux de recours à l'offre 100 % santé reste faible, en volume d'actes : 7 % pour les verres et 5 % pour les montures. Un résultat qui s'explique notamment par l'existence, avant la réforme, d'offres sans reste à charge avec l'intervention des réseaux de soins.

L'ensemble de ces données montre la forte contribution des OCAM au financement des dépenses sur ces trois postes clés pour les assurés. Une participation qui va bien au-delà de ce qu'avaient prévu les pouvoirs publics dans leurs estimations de départ. Une nouvelle enquête, prévue au printemps 2022, donnera les chiffres sur l'ensemble de l'année 2021. À suivre ! ●

La contribution des OCAM au titre des offres 100 % santé représente un tiers de leurs remboursements.

MOBILISATION DE L'AEIP

Défendre la gestion paritaire et le contrat collectif en Europe

Loin d'être une spécificité française, la gouvernance paritaire a de nombreux adeptes à l'échelle européenne. L'Association Européenne des Institutions Paritaires (AEIP), qui vient de fêter ses 25 ans, met en lumière, à travers une étude, ce mode de gestion peu médiatisé mais bien vivant sur le continent, et même à travers le monde.

Le modèle paritaire puise dans une longue tradition qui existe en France depuis de nombreuses décennies, mais aussi en Allemagne, en Suisse, en Autriche, en Italie, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Europe du Nord et même au Royaume-Uni et en Irlande, deux pays connus pour leur attachement aux marchés financiers et aux sociétés à capitaux.

Lancée en 1996 par cinq membres fondateurs dont le CTIP, l'AEIP, qui compte aujourd'hui une trentaine de membres, a contribué à introduire le modèle paritaire dans des pays où cette tradition n'existait pas, comme la Grèce, la Roumanie et le Liechtenstein. Un équivalent de l'AEIP a été créé aux États-Unis et au Canada. Enfin, on trouve des organismes paritaires un peu partout à travers le monde : en Australie, au Japon, en Inde, en Amérique du Sud...

Dans tous ces pays, on constate des approches similaires : la coopération entre partenaires sociaux, bien sûr, mais aussi le caractère non-lucratif des organisations gérées, ainsi que certains champs privilégiés d'intervention : la santé, la protection sociale et les retraites, notamment.

Dans une étude intitulée *The added value of the paritarian model of social protection*, publiée à l'occasion de ses 25 ans, l'AEIP rappelle le principe de l'autorégulation des partenaires sociaux au cœur de tous les modèles paritaires. Cette étude se conclut par dix propositions afin de soutenir et promouvoir la gestion paritaire. En voici les principales.

- Prendre en compte les nouvelles formes d'emploi.

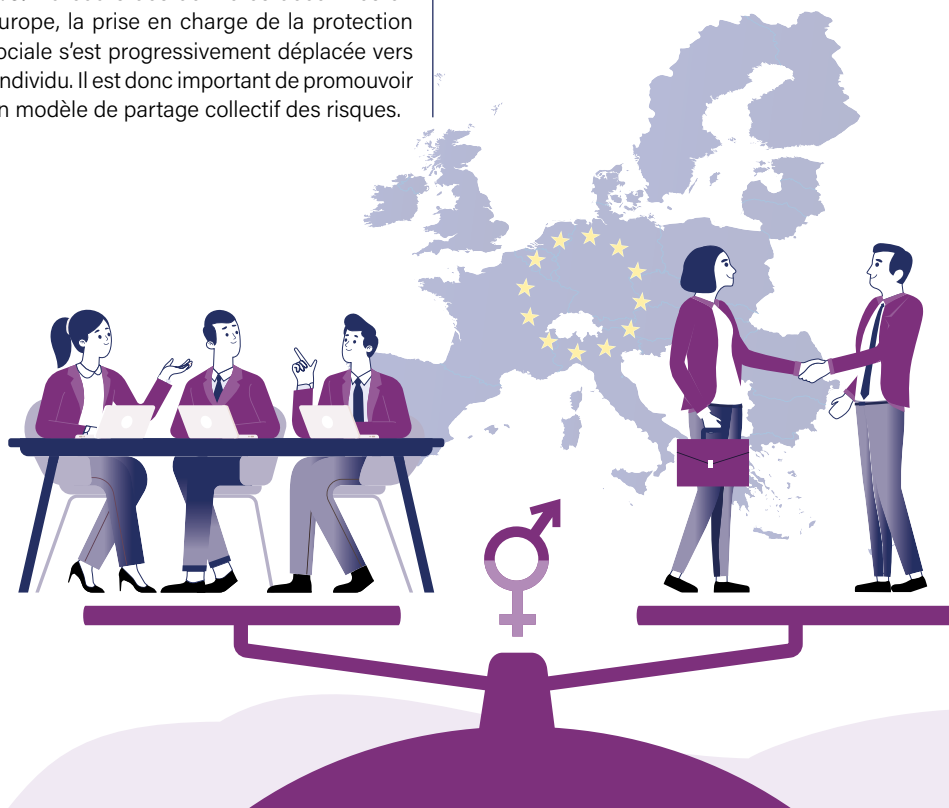
La protection sociale a été traditionnellement conçue en fonction d'un profil spécifique de travailleurs qui, dans la plupart des cas, exclut les travailleurs indépendants et les travailleurs atypiques. L'AEIP appelle les États membres à inclure les institutions paritaires dans la mise en place de nouveaux mécanismes de couverture.

- Créer et maintenir des incitations fiscales et financières pour que les employeurs et employés développent des prestations complémentaires de protection sociale.

- Favoriser les régimes de couverture collective. Au cours des dernières décennies en Europe, la prise en charge de la protection sociale s'est progressivement déplacée vers l'individu. Il est donc important de promouvoir un modèle de partage collectif des risques.

- Promouvoir des programmes d'éducation financière visant à renforcer la confiance du grand public dans les régimes de protection sociale collective.

- Un soutien fort au dialogue social. L'avenir du paritarisme est fortement lié à celui du dialogue social. Aujourd'hui, le modèle paritaire est remis en question par la baisse des effectifs syndicaux et un nombre croissant de travailleurs dans des formes d'emploi atypiques. Les gouvernements doivent promouvoir des conditions qui favorisent le dialogue social entre les partenaires sociaux. ●





Bertrand Boivin-Champeaux
Directeur Prévoyance
et Retraite Supplémentaire
du CTIP

Bertrand Boivin-Champeaux représente le CTIP au conseil d'administration de l'AEIP.

— « Nos positions suscitent des convoitises »

Quels sont les principaux sujets sur lesquels est intervenu l'AEIP ces dernières années ?

Bertrand Boivin-Champeaux : Les partenaires sociaux qui composent l'AEIP interviennent sur l'ensemble des sujets de la protection sociale, à savoir principalement la gestion des retraites, la complémentaire santé et la prévoyance. Dans ces domaines, nous sommes confrontés à des enjeux extrêmement importants tels que la solvabilité des organismes gestionnaires ou encore les sujets de taxonomie et de finance durable. Il ne faut pas oublier que les membres de l'AEIP représentent des investisseurs institutionnels de poids, par exemple les groupes de protection sociale en France ou les fonds de pension dans d'autres pays. Aux Pays-Bas, les partenaires sociaux gèrent ainsi 1 500 milliards d'euros de cotisations de retraite au travers de leurs fonds de pension. L'une des priorités de la gouvernance paritaire de ces organismes est de s'assurer de la pérennité des engagements pris sur le long terme. Cela passe par une sécurisation des rendements sur la durée d'une carrière, avec une transparence absolue des coûts de gestion. Tout cela milite donc pour un engagement résolu des membres de l'AEIP en faveur de l'investissement socialement responsable (ISR).

Est-ce que la gestion paritaire se heurte à des oppositions ?

B. B.-C. : Oui, le modèle collectif est régulièrement attaqué au niveau européen où

l'approche d'une protection sociale individuelle bénéficie d'un large soutien, à l'instar du Plan individuel de retraite (PEPP) lancé en 2019 par la Commission européenne. Pour notre part, nous défendons un modèle de gestion non-lucrative sous la forme du contrat collectif négocié au niveau des entreprises ou des branches, qui permet une large mutualisation et certaines solidarités, le tout au bénéfice d'une protection sociale plus efficiente. Or nos positions suscitent des convoitises. Beaucoup voudraient s'emparer de nos parts de marchés pour faire des bénéfices. Il faut donc faire en permanence de la pédagogie sur les vertus et la légitimité de la gestion paritaire et du contrat collectif. Ce n'est pas toujours simple, car elle reste globalement assez méconnue. En outre, chaque pays ayant ses spécificités en matière de protection sociale, l'Europe du paritarisme reste morcelée.

Est-ce que le paritarisme est une spécificité européenne ?

B. B.-C. : Non. Par exemple, sur le sujet des retraites, l'AEIP a construit, avec les États-Unis, le Canada et l'Australie, la World Pension Alliance pour soutenir la gestion paritaire et le contrat collectif en matière de retraite professionnelle supplémentaire. On peut également rappeler qu'au moment de l'instauration de « l'Obamacare » aux États-Unis, il y a eu de nombreux échanges de part et d'autre de l'Atlantique organisés par l'AEIP, entre défenseurs du modèle collectif à gestion paritaire. ●

EMPLOI

Klesia soutient Force Femmes



Lors de la signature entre Klesia et Force Femmes.



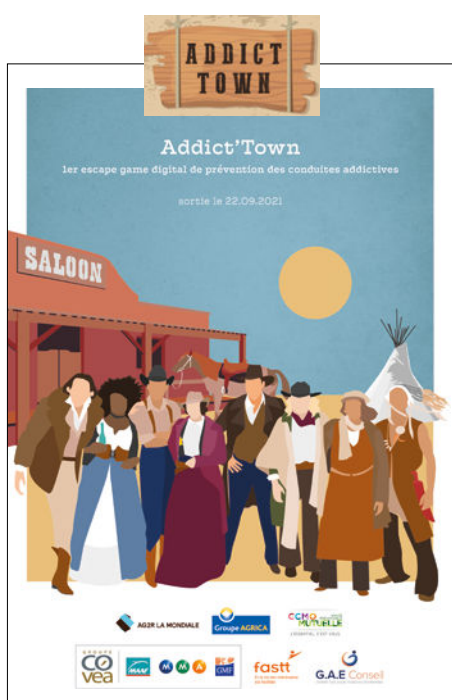
Extrait de la vidéo de la présentation du partenariat Klesia et Force Femmes en région lyonnaise.

KLESIA a choisi de soutenir l'action de Force Femmes, association reconnue d'intérêt général qui accompagne des femmes de plus de 45 ans dans une démarche de retour à l'emploi ou de création d'activité.

Avec un réseau de 950 bénévoles, répartis sur une quinzaine de villes françaises, Force Femmes propose un dispositif de mentorat ainsi qu'un accès à des ateliers collectifs de

mise en pratique. 12 000 femmes sont ainsi accompagnées en moyenne chaque année par l'association : 2 000 sont suivies par des bénévoles référents et 10 000 bénéficient de ressources digitales (plateformes en ligne). S'intégrant aujourd'hui à ce dispositif dans le cadre de sa mission d'intérêt général, KLESIA a choisi de le faire dans un premier temps à Lyon. Le partenariat prévoit ainsi de financer l'accompagnement de 100 candidates par

an pendant trois ans et mobilise les collaborateurs lyonnais du Groupe, invités en fonction des compétences recherchées (ressources humaines, marketing, communication) à devenir référents bénévoles ou à soutenir les femmes dans la création de leur entreprise. Cette expérimentation devrait, si elle s'avère concluante, être généralisée à l'échelle nationale. ●



CAMPAGNE DE PRÉVENTION

Addict'Town : une expérience inédite pour prévenir les addictions

Le Groupe AGRICA, AG2R LA MONDIALE et des partenaires mutualistes se sont associés au cabinet GAE conseil pour lancer une campagne de prévention inédite des conduites addictives au moyen d'un jeu en ligne intitulé « Addict'Town ».

Avec la crise sanitaire, la santé psychologique des Français s'est fragilisée. 5,5 millions d'entre eux déclarent avoir augmenté leur consommation d'alcool, plus de 50 % avoir augmenté leur temps d'utilisation des écrans et 27 % disent fumer davantage. Le jeu Addict'Town se déroule au Far West, et ce afin d'éviter toute similitude avec notre environnement contemporain et tout

risque de culpabilisation. Il invite les participants à mener une enquête au cours de laquelle, aux côtés d'une femme shérif, ils deviennent les acteurs principaux de l'intrigue de leur prévention. Au fur et à mesure de leur progression, les joueurs rencontrent un addictologue et un psychologue qui leur rappellent les messages de prévention à retenir pour prendre conscience de leurs comportements. Innovante, tant du point de vue des technologies mobilisées que de la dimension unique du partenariat, cette campagne se donne pour ambition de toucher plus de 35 millions de Français, soit plus de 52 % de la population nationale. ●



SANTÉ

AG2R LA MONDIALE s'engage pour les jeunes

La Fondation AG2R LA MONDIALE a conçu un programme, pour la période 2021-2025, afin d'accompagner les projets de structures d'intérêt général selon quatre axes : éducation, travail, santé et autonomie de la jeunesse. Dans ce cadre, elle a organisé un appel à projets au deuxième semestre 2021 sur la thématique « connaissance du système de santé et prévention des risques de santé chez les adolescents et les jeunes ». En effet, la pandémie, du fait de son ampleur et de sa durée, a accentué de nombreuses fragilités chez les adolescents et les jeunes. En décembre dernier, la Fondation a sélectionné sept organisations déployant des démarches de long terme impliquant des jeunes et intervenant en complément de la stratégie nationale de santé publique. Elle a accordé des financements pluriannuels répondant aux besoins de chacune, entre 14 000 € et 100 000 €, en fonction de l'envergure de l'expérimentation. ●

AIDANTS

L'IRCEM crée le podcast « Objectif Santé Famille »



Depuis quelques mois, la Fondation d'entreprise IRCEM « Objectif Santé Famille » aborde, sous forme de podcasts, des sujets liés à l'amélioration de la qualité de vie des malades et de leurs proches aidants. Grâce aux témoignages et expertises croisées de malades, aidants et professionnels issus du monde de la recherche ou œuvrant sur le terrain au quotidien, ces podcasts offrent des pistes de solutions concrètes et donnent des clés de compréhension sur les différentes thématiques traitées : troubles de l'oralité alimentaire pédiatrique, conseils pratiques aux aidants ou pour les malades Parkinson, intérêt du jeu vidéo en tant qu'outil thérapeutique, inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, etc.



Plusieurs épisodes sont disponibles sur le site de l'IRCEM et sur les principales plateformes d'écoute. ●



RSE

APICIL lance « Mon entreprise inclusive »

Le Groupe APICIL a lancé www.monentrepriseinclusive.com, une plateforme dédiée à l'inclusion dans les entreprises et les organisations. Elle a pour vocation d'informer de manière positive et de partager les bonnes pratiques concernant les enjeux de l'inclusion en France, en excluant toute polémique. Elle vise à convaincre et aider les managers, DRH et directeurs de la communication de toutes les organisations, quelle que soit leur taille, à devenir plus inclusives et s'insérer dans une démarche de responsabilité sociale. L'objectif global est de sensibiliser

sur l'importance de l'inclusion dans la société française. Du sondage OpinionWay « Les Français et l'inclusion », réalisé en 2021, il ressort en effet que 46 % des Français considèrent que la société d'aujourd'hui n'est pas aussi inclusive qu'elle devrait l'être. Plus précisément, 82 % attendent que les entreprises jouent un rôle plus important et croissant en faveur de l'inclusion. ● www.monentrepriseinclusive.com

RSE : un comité pour aller plus loin !

À l'occasion de la COP 26 en novembre 2021, le CTIP a annoncé la création d'un Comité des pratiques RSE, avec pour objectif de diffuser et d'enrichir les bonnes pratiques. Frédéric Olivennes, Directeur général d'Audiens et président de ce comité, nous en dit plus.



Frédéric Olivennes
Directeur général
d'Audiens
et président du Comité
des pratiques RSE

— « L'enjeu est aussi de réaffirmer la spécificité des institutions de prévoyance. »

Quels sont les objectifs du comité RSE ?

Frédéric Olivennes : Les bonnes pratiques des institutions de prévoyance en matière de Responsabilité sociale et environnementale (RSE) sont très nombreuses : nous voulons en faire l'inventaire pour réaliser un guide et pouvoir les partager entre nous, mais aussi avec nos entreprises clientes et les branches professionnelles qui font confiance aux institutions de prévoyance pour la protection de leurs salariés, et les salariés eux-mêmes. En effet, la prise en compte de l'environnement, aux côtés de nos actions sociales historiques, est essentielle pour les parties prenantes de la gouvernance paritaire : l'enjeu est aussi de réaffirmer la spécificité des institutions de prévoyance.

Comment allez-vous procéder ?

F. O. : La participation est basée sur le volontariat, et ce comité sera constitué à la fin du premier trimestre 2022. La mobilisation des institutions de prévoyance ne fait aucun doute : toutes se préoccupent de RSE.

Nous allons d'abord élaborer un état des lieux, qui permettra ensuite de proposer des démarches de progrès mesurables à l'échelle de toutes les institutions de prévoyance. Cette démarche est directement inscrite dans notre métier : couvrir la santé des salariés. La question environnementale ne se pose pas seulement en raison du contexte dramatique global lié au changement climatique attesté par les travaux des scientifiques du GIEC. La dégradation de l'environnement a des conséquences directes sur la santé des humains.

Quels sont les sujets concrets qui seront abordés ?

F. O. : En moins de sept ans, la part des fonds gérés par les institutions de prévoyance

selon des critères de l'Investissement socialement responsable (ISR) a déjà doublé, passant de 40 % à plus de 80 %. Cette donnée, révélée grâce au travail de la Commission économique et financière présidée par Frédéric Hérault, directeur général du Groupe Agrica, est déjà un résultat majeur qui témoigne de l'adhésion des institutions de prévoyance.

Le travail du comité RSE est complémentaire. Il s'agit de s'aligner sur la Stratégie Nationale Bas Carbone, ce qui implique l'évaluation et la réduction de nos émissions de gaz à effet de serre. En même temps, nous devons maîtriser les impacts numériques liés à nos équipements et à nos usages.

Plus largement, il s'agit d'intégrer les enjeux globaux de la santé, du climat et de la biodiversité à la gestion de nos entreprises. Nous pouvons aussi nous fixer des objectifs pour amplifier notre soutien à la recherche et aux associations dédiées à ces sujets.

D'autre part, nous devons nous mettre en situation d'accompagner davantage encore nos clients, les branches et les entreprises, pour se saisir de ces questions et mieux prévenir les enjeux de dégradation de la santé liée à celle de l'environnement. Cela inclut leurs actions en faveur de la qualité de vie au travail mais aussi la lutte contre le mal logement ou le gaspillage alimentaire, ou les actions qu'elles mènent pour la sensibilisation du grand public. ●