

N° 89
Juin 2019

2^{ème} trimestre 2019

FO Actualité Retraites

NE TOUCHEZ PAS À NOS RETRAITES

DANS CE NUMÉRO

RETRAITE DE BASE

- INDICATEURS DU RAPPORT ANNUEL
- ÂGES ET COMPORTEMENTS DE DÉPART À LA RETRAITE : SANTÉ ET CONDITIONS DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI



PRÉVOYANCE

- RÉSILIATION INFRA ANNUELLE DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ
- 100% SANTÉ

BONNES FEUILLES

- LU POUR VOUS

AGENDA

- AGENDA DU 3^{ème} TRIMESTRE 2019



ÉDITORIAL

Philippe Pihet
Secrétaire Confédéral

Retraite : du bricolage à l'hypocrisie

A l'occasion d'un colloque sur la « réforme des retraites » à l'Assemblée Nationale le 11 Mars dernier, Madame la Ministre des solidarités et de la santé avait brocardé les 25 ans de réforme sur les droits des salariés, privé comme public et spéciaux, en qualifiant ces réformes de « bricolage ».

Il semblerait que la Ministre finalement ait pris goût à cette passion pour de nombreux concitoyens... Selon différentes sources d'information, il se préparerait dans le PLFSS 2020 rien moins que l'accélération de la « réforme TOURAINE » qui bricolait un nouvel allongement de la durée d'activité pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

On bricole et on accélère, l'exemple vient d'en haut : le Président de la République lui-même, dans sa conférence de presse du 25 Avril dernier, a utilisé le terme « accéléré » pour ce que la presse nomme « l'acte 2 du quinquennat ».

A cette conférence de presse, le Président a évoqué la retraite et l'âge de 62 ans, qu'il serait hypocrite de déplacer compte tenu du chômage dans notre pays.

Le constat est donc partagé au plus haut niveau, dans les faits cela signifie qu'un salarié sur deux lorsqu'il demande sa pension de retraite n'est plus au travail.

Nous l'avons écrit plusieurs fois et cela a été confirmé par le Haut-Commissaire lui-même, à l'époque où nous allions le rencontrer.

Que dire alors, en termes d'hypocrisie, lorsque le Président de la République ajoute que l'âge d'équilibre est entre 63 et 64 ans, et que celles et ceux qui veulent « partir » à 62 auront à subir une décote ?

La seule réponse, au-delà des termes techniques, est simple : il faudrait travailler (pour celles et ceux qui le peuvent) deux ans de plus pour avoir une retraite complète.

FO le dit simplement : STOP aux réformes, qui, sous le fallacieux prétexte de justice, ne font que diminuer les droits.

La Confédération donne rendez-vous aux militants, adhérents et sympathisants le 21 Septembre à Paris pour le lancement de la grande campagne nationale de sensibilisation et de refus de ces régressions sociales.

La retraite est un droit, pas une variable d'ajustement des déficits publics.

FO
la force syndicale

Retraite de base - Retraite Complémentaire - Prévoyance sociale - U.C.R.

FORCE OUVRIÈRE - 141 avenue du Maine - 75680 PARIS CEDEX 14 - Tél. 01 40 52 84 32 - Fax : 01 40 52 84 33 - email : ppihet@force-ouvriere.fr

Conception © et impression : 01 45 35 11 00 . Photos et illustrations © : Phovoir - FO actualité retraites



RETRAITE DE BASE

■ INDICATEURS DU RAPPORT ANNUEL

La séance du COR du 17 avril dernier était consacrée aux indicateurs du rapport annuel.

FO ACTU RETRAITE vous propose un résumé de cette séance, auquel ont été ajoutés les commentaires de notre organisation.

En application de la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite, l'une des missions du Conseil d'orientation des retraites est « de produire, au plus tard le 15 juin, un document annuel et public sur le système de retraite, fondé sur des indicateurs de suivi définis par décret au regard des objectifs énoncés ». Dans le cadre de la préparation du rapport annuel de juin 2019, le présent dossier est consacré à l'enrichissement des indicateurs présentés dans ce rapport.

La première partie de ce document a pour objet la poursuite des travaux relatifs aux cas types du COR, entrepris en 2017 et 2018.

La deuxième partie est quant à elle consacrée à la proposition de nouveaux indicateurs, permettant de comparer le niveau de vie atteint par un ménage durant la période de retraite, à celui atteint durant la vie active.

Enfin, la troisième partie présente quelques éléments qui figureront dans le rapport annuel : un point sur le ralentissement récent de l'allongement de l'espérance de vie, une décomposition des effets contribuant à l'évolution du niveau de vie des retraités, et une présentation de la pauvreté en conditions de vie des retraités.

Avant d'aborder les différents cas retenus par le COR, il est particulièrement important de signaler que les « cas types » définis NE SONT PAS REPRESENTATIFS au sens statistique du terme.

Ils n'existent que pour imager, mais en aucun cas il ne peut en être tiré de conclusions sur un plan macro-économique.

1. Les cas types de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers du COR :

Les trois cas types proposés sont les suivants, un pour la fonction publique hospitalière (FPH) et deux pour la fonction publique territoriale (FPT) :

Cas type n° 9 : aide-soignant (FPH) Ce cas type, de catégorie C, est supposé monopensionné et peut prétendre à un départ anticipé au titre de la catégorie active.

Cas type n° 10 : adjoint technique territorial (FPT) Ce cas-type, de catégorie C sédentaire, est supposé polypensionné.

Cas type n° 11 : attaché territorial (FPT) Ce cas-type, de catégorie A, est supposé monopensionné.

Ces trois cas types représentent la diversité des carrières à la CNRACL, avec une majorité d'agents en catégorie C, et près de la moitié des agents hospitaliers partant actuellement en catégorie active.

Le rapport annuel de juin 2019 présentera pour chaque cas type le taux de remplacement en fonction de l'âge de liquidation, pour la génération 1957 (1962 pour le cas type d'aide-soignant en catégorie active)

2. Cas types « familialisés »

La seconde partie est consacrée à la proposition de nouveaux indicateurs permettant de comparer le niveau de vie atteint par un ménage durant la période de retraite, à celui atteint durant la vie active, sur la base d'un cas type familialisé :

Il s'agit d'un couple où les deux conjoints effectuent la même carrière de non-cadre du secteur privé (cas-type n° 2 du COR, cité dans le décret du 20 juin 2014), avec zéro à trois enfants.

Lorsqu'une personne prend sa retraite après avoir été en emploi, son revenu personnel – et par conséquent celui de son ménage - baisse en général puisque les taux de remplacement nets du salaire par la retraite sont d'ordinaire inférieurs à 100 %.

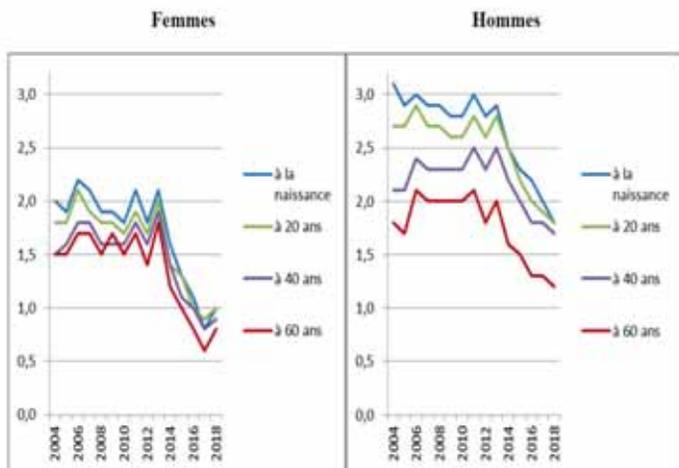
Cependant son niveau de vie – c'est-à-dire le revenu disponible par unité de consommation du ménage auquel elle appartient – évolue de façon plus complexe autour de cette période car le départ à la retraite coïncide souvent, à quelques années près, avec le moment où les enfants deviennent autonomes et cessent de représenter une charge financière pour leurs parents – ce qui se traduit par une diminution du nombre d'unités de consommation du ménage.

Pour éclairer cette question, il est proposé aux membres du Conseil de mener une analyse sur cas types familialisés, construits à partir des cas types individuels du COR.

3. Autres indicateurs pour le rapport annuel

3.1. Les évolutions récentes de l'espérance de vie en France

Depuis les dernières projections démographiques 2013-2070 publiées par l'INSEE, on observe un ralentissement de l'allongement de l'espérance de vie en France, notamment pour les femmes.



Lecture : en 2018, l'espérance de vie instantanée des femmes à 60 ans est supérieure de 0,8 ans à ce qu'elle était une décennie plus tôt (en 2008) : l'espérance de vie des femmes a donc progressé au rythme de 0,8 an par décennie.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013, y compris Mayotte à partir de 2014.
Source : INSEE, bilan démographique 2018.

3.2. Décomposition de l'évolution du niveau de vie moyen des retraités

Le rapport annuel du COR suit chaque année le niveau de vie moyen des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population, qui figure parmi les indicateurs définis par le décret du 20 juin 2014.

Il est proposé dans le prochain rapport annuel de compléter cet indicateur par une analyse permettant de mieux comprendre ses évolutions.

L'apport des revenus du patrimoine a contribué à accroître le niveau de vie moyen des retraités plus rapidement que la pension moyenne entre 2002 et 2008, mais depuis 2008 la baisse des revenus du patrimoine, liée à la baisse des taux de rendement freine au contraire la progression du niveau de vie des retraités.

En outre, les prélèvements sociaux et fiscaux pèsent de plus en plus sur le niveau de vie des retraités, d'où une légère baisse du niveau de vie des retraités entre 2010 et 2015.

La baisse de niveau de vie des retraités sera encore plus perceptible sur les années postérieures à 2015.



Lecture : en 2015, le niveau de vie moyen de l'ensemble des retraités s'élève à 2 055 euros par mois et par unité de consommation. Voir le graphique précédent pour la définition du niveau de vie et les ruptures de série.
Champ : personnes vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.
Sources : INSEE-DGI, enquêtes Revenus fiscaux métropolitains de 1996 à 2004 ; INSEE-DGFIP-CNAF-CNAF-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de 2005 à 2015.

3.3. La pauvreté en conditions de vie des retraités

Depuis une vingtaine d'années, l'INSEE a développé des indicateurs de pauvreté en termes de conditions de vie, en complément des indicateurs de pauvreté monétaire.

Des indicateurs analogues ont également été développés au niveau européen par Eurostat.

Un ménage est pauvre au sens monétaire si son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (60 % du niveau de vie médian). Un ménage est pauvre en conditions de vie s'il déclare éprouver plusieurs difficultés, regroupées en quatre dimensions : contraintes budgétaires (ou insuffisance des ressources), retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés liées au logement.

Les indicateurs de pauvreté monétaire et les indicateurs de pauvreté en condition de vie cherchent à appréhender la pauvreté selon deux conceptions différentes mais complémentaires.

Ces deux notions de pauvreté permettent donc d'apporter des éclairages complémentaires. On propose donc d'ajouter dans le

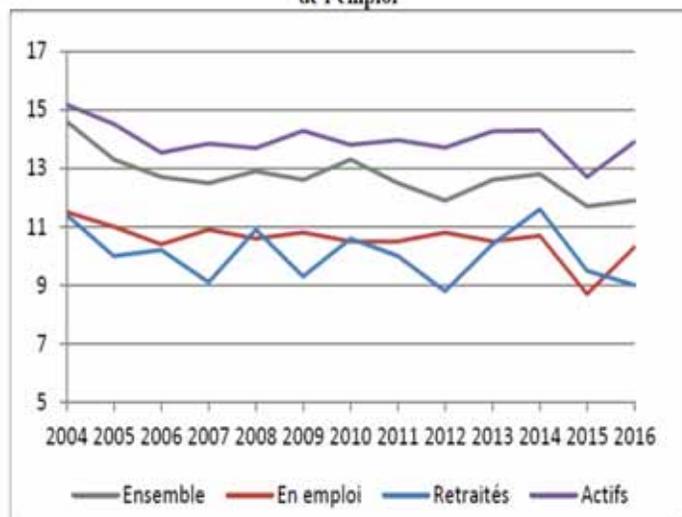
RETRAITE DE BASE *suite*

rapport annuel un suivi du taux de pauvreté en conditions de vie des retraités, en complément du suivi de leur taux de pauvreté monétaire.

Ceci semble cohérent avec les comportements de consommation et d'épargne des retraités, qui réduisent leurs dépenses de consommation, ce qui leur permet de couvrir la hausse de leurs dépenses liées au logement et de parvenir somme toute à boucler leur budget, plus facilement que les actifs et les plus jeunes.

Les retraités tentent effectivement de faire face à leurs charges avec le budget dont ils disposent, quitte à faire des impasses sur certains postes, notamment les loisirs, faute de moyens.

Figure 1. Taux de pauvreté en conditions de vie selon la situation vis-à-vis de l'emploi



Lecture : En 2016, 11,9 % des ménages sont en situation de pauvreté en conditions de vie.

Champ : Ensemble des ménages en France métropolitaine.

Source : Insee, SRCV-Silc 2004 à 2016.



■ AGES ET COMPORTEMENTS DE DÉPART À LA RETRAITE : SANTÉ ET CONDITIONS DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

La séance du Conseil d'orientation des retraites du 22 mai dernier était consacrée à la santé et aux conditions de maintien dans l'emploi.

Il s'agit du dernier volet des trois séances consacrées en 2019 par le COR aux âges et comportements de départ à la retraite.

L'état de santé de l'assuré ainsi que ses conditions de maintien dans l'emploi sont des éléments importants, dans la mesure où ils jouent à la fois en tant que déterminants dans les décisions individuelles d'anticipation de l'âge de départ à la retraite, et en tant que déterminants des conditions réglementaires permettant ces départs anticipés.



Le dossier porte ainsi sur les effets de la santé et des conditions de travail sur le maintien dans l'emploi, mais n'aborde pas directement les effets de la retraite sur la santé.

La première partie du dossier porte sur le lien entre l'état de santé des seniors et leur départ à la retraite.

La deuxième partie du dossier revient quant à elle sur l'importance des conditions de travail pour le maintien dans l'emploi.

Enfin, la troisième partie interroge de manière théorique, la problématique globale de la santé et des conditions de maintien dans l'emploi, dans un système universel en rendement défini.

1. État de santé des seniors sur le marché du travail et retraite

1.1. La réglementation

Plusieurs dispositifs permettent de partir à la retraite avant l'âge légal d'ouverture des droits, ou de lever la condition de durée d'assurance, pour bénéficier du taux plein avant l'âge d'annulation de la décote, pour raisons de santé. Il ne s'agit pas ici de prévenir les conséquences potentielles des conditions de travail, telles que l'exposition à certains critères de pénibilité mais de corriger les conséquences observées de l'état de santé des assurés concernés, que celui-ci soit dégradé pour raison professionnelle ou non professionnelle.

Retraites pour inaptitude ou invalidité au régime général
et part dans les attributions de pensions

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 *
Nombre de nouvelles pensions attribuées au titre de l'inaptitude	56 509	40 412	47 869	41 943	41 995	42 947	45 979
en % de l'ensemble des nouvelles pensions	9,5%	7,1%	7,0%	6,6%	6,4%	7,0%	7,3%
Nombre de nouvelles pensions substituées à une pension d'invalidité	33 919	29 480	41 147	41 540	38 767	36 235	52 456
en % de l'ensemble des nouvelles pensions	5,7%	5,2%	6,0%	6,5%	5,9%	5,9%	8,3%

*En 2017, les séries sont sujettes à une rupture de série en raison de l'entrée en vigueur de la liquidation unique des régimes alignés (Lura) le 1^{er} juillet 2017: parmi les 45 979 attributions de pensions au titre de l'inaptitude, 5 248 ont été attribuées dans le cadre de la LURA (liquidation unique régimes alignés) par le Régime général, soit 11,4 %; pour les attributions de pensions d'invalidité, 8 403 ont été attribuées dans le cadre de la LURA par le Régime général, soit 16 %.

Lecture : 7,3 % des pensions attribuées en 2017 ont été attribuées au titre de l'inaptitude, 8,3 % ont été substituées à des pensions d'invalidité

Sources : PQE « Retraite », CNAF.

Champ : régime général.

1.2. État des lieux

Dans leur ouvrage Travail et Santé, Thomas Barnay et Florence Jusot montrent que le lien entre le travail et la santé peut être appréhendé à partir de l'insertion professionnelle. « [...] Il convient alors de différencier la marge extensive (le fait de participer ou non au marché du travail) de la marge intensive (le nombre d'heures de travail et, plus généralement, les conditions de travail effectives). Globalement, être en emploi paraît bénéfique à la santé. La relation vertueuse entre emploi et état de santé peut transiter par différents canaux, tels que l'absence de comportements à risque, l'accès aux soins ou encore des conditions matérielles de vie favorables [...] ».

Dans le deuxième chapitre, les auteurs se penchent sur l'impact des problèmes de santé sur les trajectoires professionnelles. En

effet, « [...] plusieurs études se sont attachées à explorer l'effet de la santé sur le fait d'être en emploi. L'exploitation des données transversales de l'enquête décennale Santé soins médicaux et des enquêtes Emploi de l'Insee confirme tout d'abord l'association existant entre un état de santé dégradé – en particulier les problèmes de santé induisant des limitations dans les activités quotidiennes – et le non-emploi ou la cessation précoce d'activité chez les personnes de plus de 50 ans.

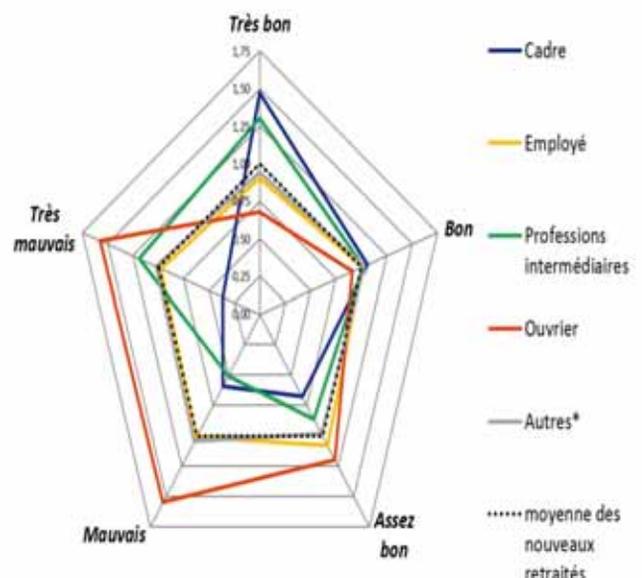
Les résultats de l'enquête longitudinale ESTEV, menée auprès de quelques générations de salariés de sept régions françaises, montrent que l'altération de l'état de santé contribue à une sortie définitive de l'emploi chez les salariés âgés de plus de 40 ans]».

L'exploitation de l'enquête européenne SHARE. La première vague de cette enquête, réalisée en 2004-2005, montre une association entre le souhait de départ à la retraite précoce d'une part, et des problèmes de santé, des conditions de travail pénibles et de l'insatisfaction au travail d'autre part. De manière cohérente, les données du panel européen des ménages montrent que l'état de santé, le degré de satisfaction dans l'emploi et, chez les femmes, les contraintes de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle expliquent les absences au travail».

Pour autant, si le maintien en emploi garantit une meilleure santé, la problématique est moins claire à l'approche de l'âge de départ à la retraite.

En effet, comme le montre le reste du dossier, la dégradation de l'état de santé et/ou les conditions de travail difficiles peuvent constituer un frein à l'emploi et justifient alors des dispositifs de départ à la retraite anticipés adaptés à ces situations.

Graphique 1 : Ecart de perception de l'état de santé selon la catégorie socioprofessionnelle relative au dernier emploi occupé



*La catégorie « autres » regroupe artisans, commerçants, chefs d'entreprise, agriculteurs et professions libérales.

RETRAITE DE BASE *suite*

Champ : nouveaux retraités du régime général entre juillet 2015 et juin 2016. Source : enquête Motivations de départ à la retraite 2017, Agirc-Arrco, CDC, Cnav, COR, Drees, DSS, SRE.

Lecture : La courbe en pointillé représente la proportion de l'ensemble des retraités qui se déclare respectivement en très bonne, bonne, assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé.

Si la répartition des assurés de chaque PCS était conforme à cette référence, les courbes de couleur se superposeraient à la courbe en pointillés noirs. Plus la courbe s'éloigne de la moyenne, plus il y a de surreprésentation ou sous-représentation de cette modalité de réponse au sein de la sous-population.

Par exemple, 23 % de l'ensemble des retraités se déclarent en très bonne santé, les cadres sont 33 % dans cette situation soit 1,5 fois plus. Autre exemple, 9 % de l'ensemble des retraités se déclarent en mauvaise santé, les professions intermédiaires sont 4,5 % dans cette situation soit 2 fois moins.

2. Les conditions de maintien dans l'emploi des seniors

2.1. La réglementation relative aux départs anticipés du fait des conditions d'emploi

Concernant tout d'abord la retraite anticipée pour carrière longue, ce dispositif créé en 2003 s'inscrivait dans le chapitre de la loi dédié à l'objectif de « préserver l'équité et l'esprit de justice sociale de nos régimes de retraite ».

Sous le terme d'équité ainsi utilisé, il s'agissait à la fois de répondre aux effets liés aux risques de santé (mortalité, limitations d'activité), auxquels pouvaient renvoyer les conséquences de début précoce d'activité et de poursuite de cette activité sur une longue période, et de récompenser les assurés ayant contribué longtemps au système de retraite, en lien notamment avec la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein.

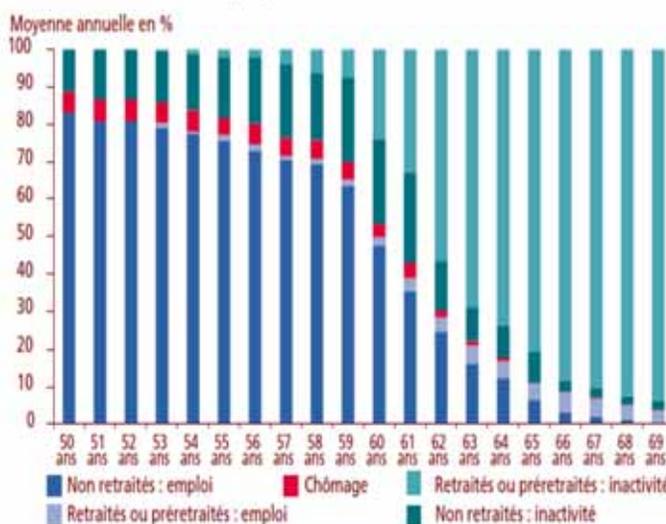


2.2. État des lieux

Il est intéressant d'étudier la spécificité de l'emploi des seniors dans la double dimension des entrées et sorties de l'emploi. Pour cela, la DARES bénéficie des données sur le secteur privé hors agriculture et hors intérim en France métropolitaine.

Graphique A

Situation d'activité et retraite par âge détaillé en 2018



Concepts : activité, emploi, chômage au sens du BIT.

Lecture : en moyenne en 2018, 29 % des personnes âgées de 62 ans sont en emploi (dont 4 % de retraités ou de préretraités), 2 % au chômage et 70 % inactifs (dont 13 % ne sont pas encore retraités).

Champ : population des ménages, France hors Mayotte.

Source : Insee, enquête Emploi 2018 ; calculs Dares

L'étude de la DARES, montre la spécificité des personnes âgées de 55 ans sur le marché du travail (dans le secteur concurrentiel entre 2001 et 2014) par rapport aux autres actifs du point de vue des motifs de mobilité d'emploi.

Ces mobilités sont les plus faibles entre 50 et 59 ans, relativement aux autres classes d'âge. La progression du taux d'emploi des 56-64 ans à partir de 2007 est due à la diminution des flux de sorties, en particulier des cessations définitives d'activité (préretraites et retraites). Les réformes des retraites successives ont, semble-t-il, entraîné une modification du calendrier des cessations définitives d'activité rendant les départs plus tardifs qu'auparavant.

Par ailleurs, l'ampleur des mouvements d'embauches de seniors a peu évolué relativement à celle des autres classes d'âge. Le recours aux CDD a continué de s'accroître, et est même supérieur à celui d'autres classes d'âge.

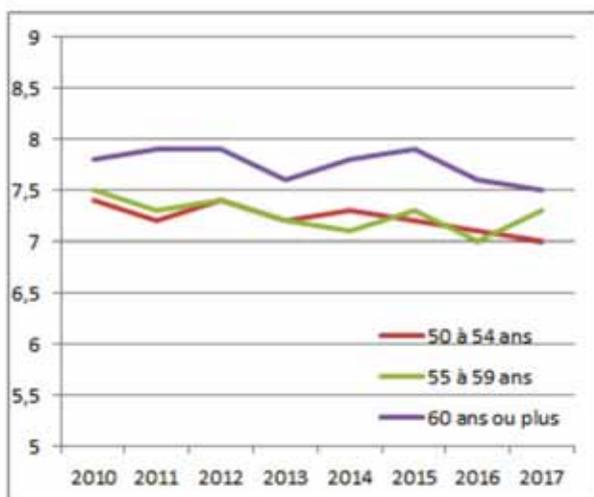
Concernant l'accès des seniors à la formation professionnelle, les travaux récents de France Stratégie montrent que malgré l'enjeu que constitue la formation pour les seniors qui souhaitent ou doivent changer d'emploi, on observe un moindre accès à la formation des salariés de plus de 50 ans, ceci à tous les niveaux de qualifications, la baisse étant plus précoce pour les employés et ouvriers.

De même, le maintien en emplois des seniors dépend fortement de la « soutenabilité » du travail, c'est-à-dire :

- de parcours professionnels exempts de contraintes ou nuisances susceptibles de provoquer, à terme, des pathologies durables ;
- de situations et itinéraires de travail qui respectent la large diversité des caractéristiques entre les individus – notamment en matière d'usage des temps dans le travail ;
- d'organisations qui favorisent le libre jeu de l'activité humaine, la construction et la mobilisation de l'expérience, les échanges de savoirs professionnels.

Figure 1 – Satisfaction liée au travail par genre, de 2010 à 2017, parmi les actifs de 50 ans et plus répartis en 3 classes d'âge

Femmes



Hommes



Note de lecture : la satisfaction liée au travail des femmes de 50 à 54 ans en 2017 est de 7 sur une échelle de 0 à 10.
 Champ : ensemble des personnes âgées de 16 ans ou plus résidant en France métropolitaine.
 Source : calculs SG-COR à partir des données françaises de l'enquête SILC-SRCY transmises par l'INSEE.

3. La santé et le maintien dans l'emploi des seniors dans un système universel

Le système actuel de retraite comporte de nombreux dispositifs visant à compenser les difficultés de maintien dans l'emploi liées aux aléas de santé, que ce soit pour permettre aux assurés de valider des droits supplémentaires (un état de santé dégradé engendre des difficultés à travailler aussi longtemps que la moyenne des assurés) ou pour autoriser des départs à la retraite plus précoces, notamment si l'on anticipe que la carrière professionnelle a pu avoir un impact négatif sur l'espérance de vie de l'assuré, et par voie de conséquence sur le temps passé à la retraite.

La mise en place d'un système universel à rendement défini implique en théorie une double évolution pour compenser les difficultés de maintien dans l'emploi ou liées à un état de santé dégradé.

La première évolution nécessite que les dispositifs soient généralisés à l'ensemble des assurés au nom du principe d'égalité, sauf dérogations reposant sur des critères objectifs. Si la même profession est exercée dans le secteur public ou privé, ou si l'exposition à des facteurs de risque est similaire, les règles devraient être identiques pour garantir l'ambition d'universalité du système de retraite.

La seconde évolution requiert de rendre compatibles ces dispositifs avec le principe de neutralité actuarielle sous-tendant le principe de rendement défini.



Il est indispensable que le nouveau système de retraite intègre des dispositifs permettant aux salariés dont la santé est atteinte de partir plus tôt, ceci d'autant plus que l'on partira de plus en plus tard à la retraite, et que l'état de santé des salariés va s'en ressentir.

D'une part, évidemment, FO n'emploie jamais le futur, mais le conditionnel.

D'autre part, derrière l'aspect technique, il y a clairement la remise en cause de dispositifs existants dans le mauvais sens : pour faire simple ce serait sur la pénibilité comme sur le service actif un nivellement par le bas.



PRÉVOYANCE

■ RESILIATION INFRA ANNUELLE DES COMPLEMENTAIRES SANTE : LA RESILIATION INFRA-ANNUELLE DES CONTRATS D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE DEVRAIT ENTRER EN VIGUEUR AU PLUS TARD AU 1^{ER} DÉCEMBRE 2020

A partir du 01/12/2020 les contrats collectifs et individuels conclus depuis plus d'un an pourront être résiliés sans frais ni pénalités avec un préavis d'un mois.

La proposition de loi permet de demander la résiliation après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

La demande prendra effet un mois après que l'organisme en ait reçu notification par l'adhérent. Ce dernier restera redevable des cotisations correspondant à la période durant laquelle le risque est couvert.

La commission mixte paritaire mise en place pour définir un texte commun entre députés et sénateurs sur la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé est parvenue à un accord le 15 mai 2019.

Elle a finalement supprimé l'article adopté par le Sénat qui interdisait le remboursement différencié dont bénéficient les assurés lorsqu'ils ont recours à un réseau de soins. Les réseaux de soins sont préservés par le texte.

Le texte de la proposition de loi rétablit dans une nouvelle rédaction l'article qui avait été supprimé par le Sénat, sur les services numériques que les complémentaires devront mettre en œuvre pour permettre à leurs adhérents d'avoir connaissance de leurs droits et garanties en temps réel.

Dans l'exposé de cette proposition de loi présentée dans le FO actu n° 88 nous rappelons que les protagonistes de cette mesure espèrent accroître la concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire santé en assouplissant les conditions de résiliation, pour forcer les organismes assureur à proposer des formules attractives, sous peine de voir leurs clients partir ailleurs.

Ils dénoncent les tarifs des assurances de complémentaire santé et les frais de gestion qui représentent une part conséquente des cotisations payées par les assurés. Ils invoquent le taux de redistribution anormalement différent entre les secteurs individuels et collectifs.



De plus, le rapporteur de la proposition de loi à l'Assemblée nationale exprimait sa conviction que le secteur individuel servait en réalité à compenser les pertes du secteur collectif - compensation qui, d'un point de vue social, lui semblait "injuste", puisqu'elle reviendrait en quelque sorte à financer une partie de la consommation de soins des salariés par les excédents réalisés sur les cotisations des fonctionnaires ou des retraités. Qu'en est-il ?

Le rapport 2018 de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) sur la situation financière des organismes complémentaires confirme que le taux de redistribution (la part de cotisations reversées sous forme de prestations) est significativement meilleur pour les personnes assurées par le biais d'un contrat collectif plutôt que d'un contrat individuel.

L'analyse montre aussi que ce ratio a eu tendance à se dégrader du point de vue des assurés, avec une augmentation des cotisations légèrement plus rapide que la hausse parallèle des prestations. Plusieurs éléments cités par la DRESS expliquent ce ralentissement des prestations versées, notamment la réforme des contrats responsables de 2015 qui a plafonné les remboursements sur un certain nombre de postes de soins (dépassements d'honoraires, optique, etc.).

Par ailleurs, effectivement le résultat technique global des organismes d'assurance complémentaire est positif grâce aux excédents réalisés sur le secteur individuel. Mais la conclusion mise en avant par le rapporteur de cette proposition de loi sous-tendrait d'une part que tous les opérateurs sont à la fois sur le champ individuel et collectif, et d'autre part qu'une forme d'équilibrage est réalisée par chaque opérateur entre ses portefeuilles collectifs et individuels. Ce n'est pas exact.

Dans un contexte de taux bas sur les marchés financiers, les produits financiers se réduisent. Ils ne suffisent plus à compenser les résultats techniques négatifs des institutions paritaires.

Cependant le résultat technique déficitaire des institutions de prévoyance n'est pas compensé par l'activité minoritaire sur le segment individuel.



Au-delà de ces considérations, en prétendant agir sur le tarif des complémentaires santé par cette nouvelle disposition législative les pouvoirs publics affichent opportunément une volonté politique de défendre le pouvoir d'achat, en faisant mine d'oublier que c'est en grande partie les dispositions réglementaires et la hausse de la fiscalité des contrats qui entraînent la hausse des tarifs.

La possibilité de résiliation infra-annuelle est un paradoxe dans le domaine du contrat collectif car la mise en œuvre d'actions de prévention nécessite une visibilité de la stabilité du contrat pour un investissement dans la durée.

De plus, la possibilité de résiliation infra-annuelle d'un contrat collectif est réservée au souscripteur du contrat, l'employeur.

Encore un coup porté au dialogue social et à la négociation.

Pour FO, cette résiliation infra annuelle sera une régression, particulièrement pour les plus fragiles.

Il n'est pas question ici de dogmatisme, mais de vie de tous les jours : à force de changements en cours d'années, combien de temps les professionnels de santé vont accepter le tiers payant ?

A force de changements dans l'année, combien de pharmacies vont accepter le tiers payant ?

Certes, la feuille de soin électronique réduit les délais de remboursement, de fait celles et ceux qui paient en carte bleue ne verront pas la différence, mais les plus fragiles ?

Qui a la certitude que toutes et tous ont une carte bleue ?

S'abriter, pour le gouvernement et son parti qui marche dans tous les reculs, derrière des arguties consuméristes, va montrer ses limites très vite, au détriment des plus fragiles.

Pour en savoir plus : Note de Jacques BARTHELEMY dans la Revue Fiduciaire du 5 juin 2019 : proposition de loi relative à la rupture anticipée des contrats d'assurance « couverture santé »

► **Rapport de la DREES :**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/la-situation-financiere-des-organismes-complementaires-assurant-une-couverture-11062>



► **Proposition de loi sur la résiliation :**

https://www.senat.fr/les_actus_en_detail/article/contrats-de-complementaire-sante.html



PRÉVOYANCE *suite*

■ 100 % SANTÉ : QU'ILS SOIENT INDIVIDUELS OU COLLECTIFS, TOUS LES CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRES ET RESPONSABLES CONCLUS À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2020 DEVRONT COUVRIR L'OFFRE « 100 % SANTÉ ».

L'objectif de la réforme du « reste à charge 0 » rebaptisée par les pouvoirs publics « 100% Santé » est d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les secteurs connaissant les restes à charge les plus élevés que sont l'optique, l'audiologie ou les soins prothétiques dentaires.

Avec cette réforme les adhérents à un contrat de complémentaire santé responsable auront accès à un panier de soins pris en charge à 100 % sur une sélection de lunettes de vue, de prothèses dentaires et d'aides auditives dont les prix seront plafonnés. L'assurance maladie et les complémentaires santé couvriront intégralement les frais engagés.

Ceux qui le souhaitent auront la possibilité de choisir des équipements en dehors de l'offre 100% Santé.

- **Calendrier de déploiement : le 100% Santé se déploie progressivement de 2019 à 2021.**

Pour l'offre de prestations de soins et d'équipement visées par le dispositif de prise en charge à 100% par l'assurance maladie et les complémentaires santé

2019	2020	2021
moins 200 euros en moyenne par aide auditive	moins 250 euros supplémentaires en moyenne par aide auditive. Couronnes et bridges 100% pris en charge Lunettes de vue 100% prises en charge	Toute l'offre 100% Santé 100% prise en charge

Les paniers de l'offre 100% Santé ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs.

En collectif, la phase de déploiement inclut la rédaction des avenants aux contrats et leur diffusion aux entreprises adhérentes, la rédaction des notices d'information à destination des assurés et le paramétrage dans les systèmes de gestion des nouvelles garanties.

- **Avec le 100% Santé seule la communication est simplifiée**

Le contenu de la réforme est technique et complexe.

Il ne sera pas simple pour l'assuré ou le salarié de savoir précisément en fonction de son besoin et de ses choix de prestations le montant du remboursement à attendre.

L'interlocuteur de l'assuré sera principalement le professionnel de santé. Aura-t-il intérêt à favoriser le recours aux prestations du panier de soins 100% Santé ? Sera-t-il le soutien de la réforme ?

- Les 3 domaines du 100% Santé

👉 Audiologie :

Les aides auditives sont répertoriées en deux catégories permettant aux assurés de choisir librement leurs équipements, qu'ils soient totalement ou partiellement remboursés :

- La catégorie I correspond à l'offre 100% Santé. Les prix sont plafonnés dès 2019 et baisseront jusqu'en 2021. Les aides auditives sont intégralement prises en charge par les contrats de complémentaire santé responsables à compter de 2021.

Le panier inclut :

- ⇒ Tous les types d'aides auditives : contour d'oreille classique, contours d'oreille à écouteur déporté ou intra-auriculaires ;
- ⇒ 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) ;
- ⇒ Au moins 3 des options suivantes qui permettent à l'assuré de pouvoir choisir parmi un panel de fonctionnalités selon ses besoins : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération.

Ces aides auditives bénéficient de garanties associées (30 jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat et 4 ans de garantie) et des prestations de suivi (au moins deux fois par an) pour adapter en continu le réglage de l'appareil.

Les consommables, piles ou accessoires pris en charge par la sécurité sociale sont aussi inclus dans l'obligation de prise en charge du ticket modérateur.

- La catégorie II est composée des aides auditives n'appartenant pas au panier 100% Santé et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste :

- ⇒ La prise en charge par la Sécurité sociale est identique à celle du panier de l'offre 100% Santé.
- ⇒ Ces aides auditives ne sont pas obligatoirement prises en charge intégralement par les contrats responsables, en fonction des garanties choisies par les assurés. Ces contrats prennent en charge au maximum 1 700 € par oreille à appareiller (incluant la prise en charge de l'Assurance Maladie obligatoire).

👉 Optique :

Au sein du panier « 100% Santé », l'accès à des montures sans reste à charge sera possible pour des montures dont le prix sera inférieur ou égal à 30 €. L'opticien devra dorénavant mettre en

avant ces montures et proposer un minimum de 35 montures pour adultes et 20 montures pour enfants, avec 17 modèles différents de monture « adulte » correspondant à cette gamme et 10 modèles différents pour les enfants.

Il existe pour les verres deux classes : la classe A, qui est sans reste à charge, et la classe B, pour laquelle les prix sont libres.

- ⇒ Classe A : Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.
- ⇒ Classe B : Autres verres à tarifs libres, remboursement de la Sécurité sociale diminués.

Toutefois, l'assuré aura également la possibilité de « panacher » l'offre, c'est-à-dire de choisir des verres sans reste à charge et une monture correspondant à ses goûts et choix esthétiques.

☞ Dentaire :

100% Santé : Choix de couronnes dentaires et de bridges de qualité. Une gamme étendue de prothèses avec des matériaux dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction des dents « visibles » et celles « non visibles »).

⇒ Il existera trois paniers de soins prothétiques :

Le panier « 100% Santé », intégralement remboursé, (qui devrait concerner 46% des actes prothétiques effectués aujourd'hui),

Un panier aux tarifs maîtrisés, via des prix plafonnés (25%)

Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (29%).

- La réforme inclut des engagements en matière de lisibilité des contrats

L'accord conclu le 14 février dernier entre les trois fédérations représentatives des organismes complémentaires prévoit la présentation d'un tableau des garanties avec des libellés harmonisés, la présentation d'une base commune d'exemples de remboursement en euros, le développement de simulateurs de remboursement et l'actualisation d'un glossaire.

- Impact de la réforme dans le domaine des contrats collectifs

L'investissement de l'assurance maladie et des complémentaires santé est estimé à 1 milliard d'euros sur trois ans, dont au minimum 250 millions seraient supportés par les acteurs de la complémentaire santé, qui collectent environ 36 milliards.

L'incertitude quant à l'effet global de la réforme est réelle. L'impact du 100% Santé sur le pilotage des régimes relève d'un équilibre complexe et difficile à anticiper. Il ne pourra se mesurer qu'une fois la réforme déployée sur plusieurs exercices, le taux d'usage montant progressivement en charge.



Néanmoins l'impact financier sera plus important pour les contrats offrant des garanties proches du panier ANI et ceux couvrant des salariés âgés.

Pour les partenaires sociaux, l'enjeu est de repenser l'offre de santé et de faire œuvre de pédagogie vis-à-vis des salariés en les accompagnant pour s'adapter à chaque type d'activité et de besoins.

- La circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale du 29 mai 2019 définissant les modalités de la réforme 100% Santé et des nouveaux contrats responsables est parue le 5 juin 2019

Entre la mise en conformité de l'ensemble des régimes et la phase de déploiement opérationnel des dispositifs, le temps alloué à la négociation est très contraint pour respecter une mise en œuvre de la réforme au 1^{er} janvier 2020.

S'agissant des contrats collectifs la circulaire apporte une précision : à partir du moment où le contrat collectif en santé est conclu sur la base d'un acte fondateur en entreprise conforme aux nouveaux cahiers des charges, le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux n'est pas remis en cause.

Ainsi, si l'accord de branche ou l'accord d'entreprise n'a pas pu être modifié au 1^{er} janvier 2020 mais que le contrat collectif a, lui, été mis en conformité avec la réforme du 100% Santé et des contrats responsables, les partenaires sociaux concernés ont jusqu'à 2021 pour conclure un nouvel accord conforme aux nouveaux critères.

Enfin, il est désormais précisé que l'acte instaurant le régime collectif de frais de santé qui ne définit pas expressément les garanties ou qui renvoie au contrat collectif pour la définition des garanties et cotisations n'a pas à être modifié.

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/06/cir_44711.pdf



LES BONNES FEUILLES

FO Actualité Retraites a pour objectif premier de relayer les positions confédérales et les actions qui en découlent. Il nous paraît cependant utile d'apporter des éléments de documentation sur les réflexions qui se font sur des grands thèmes de protection sociale même si, évidemment, nous ne partageons pas forcément les conclusions qu'en tirent leurs auteurs. Mais il semble utile de savoir ce que pensent d'autres personnes, ne serait-ce que pour argumenter pour défendre nos positions.

EMPLOI ET CHÔMAGE DES SENIORS EN 2018 DARES RESULTATS MARS 2019 NUMÉRO 13

Hausse du taux d'emploi et du taux de chômage

En 2018, le taux d'activité des personnes âgées de 55 à 64 ans est de 56,0 % : 52,1 % sont en emploi et 3,8 % au chômage, soit un taux de chômage (par rapport aux actifs) de 6,9 %. Le taux d'activité des seniors est en hausse rapide et continue depuis début 2008. Sur l'année 2018, cette hausse (+0,9 point) s'est traduite à la fois par une augmentation de leur taux d'emploi et de leur taux de chômage.

Le taux de chômage des seniors s'accroît en effet de 0,5 point en 2018, tout en restant inférieur de 0,8 point au point haut de la mi-2015. Il est nettement inférieur au taux de chômage de l'ensemble des actifs, même si l'écart s'est réduit de moitié depuis le milieu des années 2000. Au contraire, la part des chômeurs de longue durée est supérieure chez les seniors (60,2 % en 2018) mais diminue fortement en 2018 (-5,5 points entre 2017 et 2018).

Le taux d'emploi des 55-64 ans augmente également de 0,5 point au cours de l'année 2018. Comparativement à l'ensemble des actifs occupés, les seniors en emploi sont plus souvent à temps partiel et moins fréquemment en situation de sous-emploi, ainsi qu'en contrat temporaire.

En 2017, le taux d'activité des 55-64 ans est en France inférieur de près de 6 points à celui de l'Union européenne, en raison d'une plus faible participation au marché du travail des 60-64 ans.

Le taux d'activité des 55-64 ans continue d'augmenter en 2018 ;

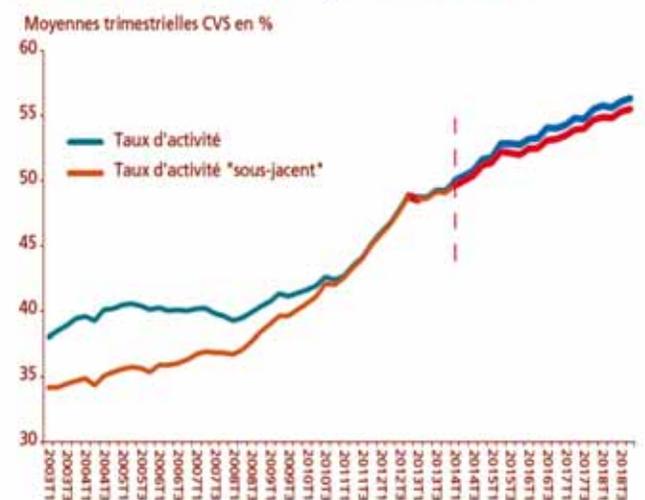
En moyenne en 2018, 56,0 % des personnes âgées de 55 à 64 ans sont actives en France hors Mayotte (encadrés 1 et 2, tableau complémentaire 1 sur le site Internet de laDares). Cette moyenne résulte d'un taux d'activité élevé à 55 ans qui décroît rapidement à partir de 59 ans (focus). Alors que 77,2 % des 55-59 ans sont actifs, ils ne sont plus que 33,5 % parmi les 60-64 ans.

Entre les 4 trimestres 2017 et 2018, le taux d'activité des 55-64 ans augmente de 0,9 point, soit un rythme légèrement inférieur à celui des 3 années précédentes (+1,3 point par an en moyenne) (Graphique 1). Il en est de même pour le taux sous-jacent, qui corrige l'effet de structure démographique (encadré 2) [1]. Pour la 5^{ème} année consécutive, le taux d'activité des 55-64 ans dépasse son plus haut niveau atteint à la fin des années 1970. La forte hausse de l'activité des seniors depuis début 2008 porte celle de l'ensemble des 15-64 ans [2].

En 2018, le taux d'activité des 55-64 ans est de 53,9 % pour les femmes et de 58,3 % pour les hommes. La hausse du taux d'activité au cours de l'année 2018 a été plus rapide pour les femmes (+1,1 point contre +0,6 point pour les hommes), comme c'est le cas entre début 2008 et fin 2018, avec une réduction de l'écart de taux d'activité selon le sexe de 1,3 point en France métropolitaine.

Le taux d'activité des 55-59 ans baisse légèrement au cours de l'année 2018 (-0,4 point) (graphique 2). De fin 2012 à fin 2017, le taux d'activité de cette tranche d'âge a progressé, mais à un rythme nettement ralenti par rapport aux cinq années précédentes (+0,9 point par an en France métropolitaine, contre +3,1 points de fin 2007 à fin 2012). La part des différentes mesures de cessation anticipée d'activité à financement public est maintenant limitée pour cette tranche d'âge (seulement 2,0 % de la population des 55-59 ans dès fin 2012), après s'être nettement repliée entre fin 2007 et fin 2012 (encadré 3)

Graphique 1
Taux d'activité et taux d'activité « sous-jacent » des 55-64 ans



Concepts : activité au sens du BIT ; âge atteint à la date de l'enquête.

Lecture : en moyenne au 1^{er} trimestre 2006, 40,3 % de l'ensemble des 55-64 ans étaient actifs en France métropolitaine, en emploi ou au chômage (taux d'activité) ; si le nombre de seniors avait été identique à chaque âge, cette proportion se serait élevée à 35,9 % (taux d'activité « sous-jacent »).

Champ : population des ménages, France métropolitaine jusqu'à début 2014 puis France hors Mayotte à partir de début 2014.

Source : Insee, enquêtes Emploi 2003-2018 ; calculs Dares.

Le taux d'activité des 60-64 ans augmente de 2,2 points au cours de l'année 2018 (graphique 2), soit plus fortement qu'en 2017 (+1,2 point). Depuis 2003, il est en hausse quasi continue (+20,6 points entre début 2003 et fin 2018), suite à la mise en œuvre de différentes mesures de politique publique (encadré 3). La progression du taux d'activité des 60-61 ans tend toutefois à s'atténuer depuis fin 2012 (+2,1 points par an de fin 2012 à fin 2018, contre +7,0 points par an de mi-2011 à fin 2012), en lien avec l'élargissement des conditions de départ à la retraite anticipée pour carrière longue à 60 ans à la mi-2012, puis parce que l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite a atteint 62 ans au 2^{ème} trimestre 2017.

Le taux d'activité des 65-69 ans atteint 6,7 % en 2018. Il reste stable sur l'année, et a augmenté de plus de 4 points depuis fin 2006, sous l'effet notamment de la libéralisation du cumul emploi retraite et du relèvement de l'âge de la mise à la retraite d'office.

Le taux de chômage des seniors repart à la hausse en 2018. En moyenne en 2018, le taux de chômage (proportion de chômeurs parmi les actifs) des personnes âgées de 55 ans ou plus atteint 6,5 %, et 3,8 % de l'ensemble des 55-64 ans sont au chômage.

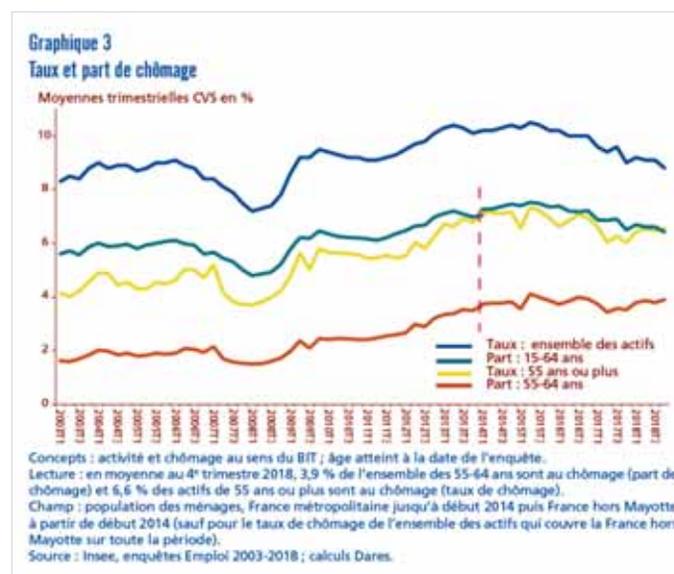
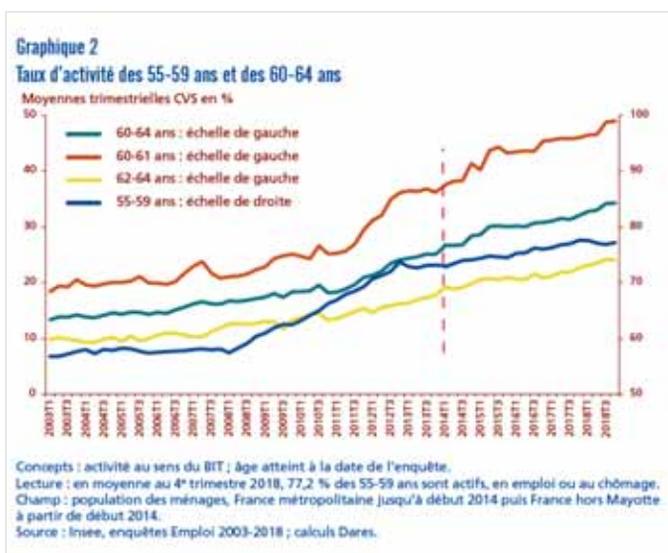
Au cours de l'année 2018, le taux de chômage des seniors augmente de 0,5 point, tandis qu'il est en très légère baisse pour l'ensemble des actifs (-0,2 point) (graphique 3).

Le taux de chômage demeure cependant nettement inférieur pour les seniors : entre la mi-2015 et la fin 2018, le taux de chômage de ces derniers recule (-0,8 point), comme celui de l'ensemble de la population active (-1,7 point).

Entre fin 2005 et fin 2018, le différentiel de taux de chômage entre les seniors et l'ensemble de la population active s'est nettement réduit, passant de -4,2 à -2,1 points en France métropolitaine.

En 2018, le taux de chômage des seniors est sensiblement plus faible pour les femmes que pour les hommes (6,2 % contre 6,8 % pour les 55 ans ou plus) alors que ces taux sont proches pour l'ensemble de la population active. Au cours de l'année 2018, la hausse du taux de chômage des seniors a concerné les femmes (+1,3 point contre -0,2 point pour les hommes) et depuis début 2008, la hausse du chômage est plus élevée pour les femmes que pour les hommes, alors que c'est l'inverse pour l'ensemble des actifs.

Quant au nombre de chômeurs, il a nettement plus augmenté depuis la crise pour les seniors que pour les plus jeunes (+179 % entre début 2008 et fin 2018 en France métropolitaine pour les 55 ans ou plus, contre +21 % pour les 15-54 ans). Cet écart est principalement dû aux évolutions très différentes de la démographie et des comportements d'activité de ces deux tranches d'âge.





LES BONNES FEUILLES

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : LA HAUSSE MODÉRÉE DE LA PART DES CONTRATS COLLECTIFS SE POURSUIT EN 2017

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises doivent proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective en santé. En 2017, les contrats collectifs continuent de gagner peu à peu des parts de marché. En effet, la masse des cotisations collectées à ce titre a augmenté de 819 millions d'euros en 2017, soit une hausse de +5,0 %. Ces contrats avaient progressé d'environ 900 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, puis leur croissance avait été plus faible entre 2013 et 2015. La masse des cotisations a peu augmenté pour les contrats individuels (de 145 millions en 2017, soit +0,7 %), après avoir baissé les deux années précédentes.

Les contrats collectifs représentent désormais 47 % des cotisations collectées en santé en 2017 (hors taxe), après 46 % en 2016 et 44 % en 2015. La généralisation de la complémentaire santé n'a pas transformé massivement le marché, car de nombreuses entreprises proposaient déjà une couverture santé à leurs salariés via des contrats collectifs avant 2016.

Le marché de la complémentaire santé est globalement excédentaire en 2017. Les excédents en santé représentent au total 482 millions d'euros, soit 1,3 % des cotisations collectées hors taxe.

En 2017, d'après le Fonds CMU, 474 organismes (346 mutuelles, y compris mutuelles substituées¹, 103 sociétés d'assurances et 25 institutions de prévoyance) exercent une activité de complémentaire santé (encadré 1).

En 2017, on compte 18 organismes de moins qu'en 2016 d'après le Fonds CMU.

Le nombre de mutuelles a été divisé par quatre depuis 2001 et celui des institutions de prévoyance par deux. En revanche, le nombre de sociétés d'assurances a peu baissé durant cette période.

Un marché historiquement émietté qui se concentre progressivement. Cette diminution du nombre des organismes assurant une activité de complémentaire santé rejoint plus généralement la baisse du nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance. Depuis au moins 2011, d'après les données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), le nombre d'organismes présent sur le marché de l'assurance santé diminue de 30 à 50 chaque année. La baisse la plus marquée concerne les mutuelles.

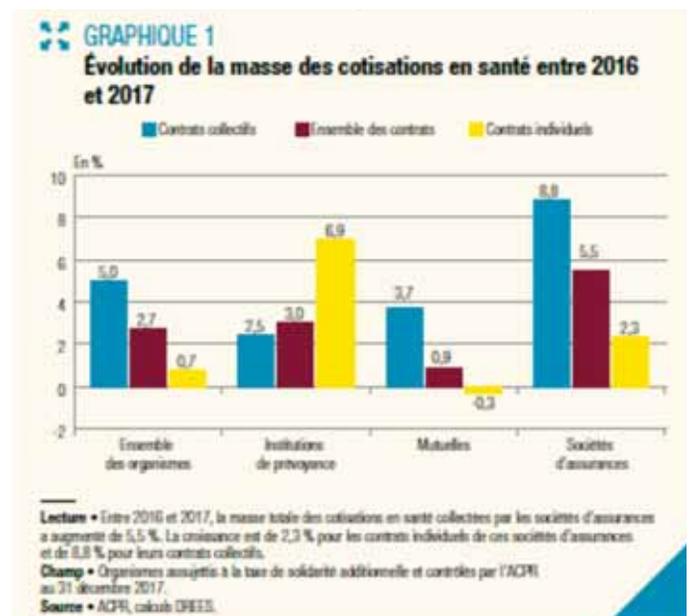
En 2017, le recul du nombre de ces organismes complémentaires est plus faible que celui des années précédentes. En effet, le

nombre d'institutions de prévoyance et de sociétés d'assurances est resté relativement stable et celui des mutuelles a moins baissé que les années précédentes. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, intervenue au 1^{er} janvier.

2016, ne semble pas avoir particulièrement accentué la concentration du secteur en 2017.

En 2017, les 20 plus grands organismes concentrent, à eux seuls, la moitié du marché en matière de cotisations collectées et les 100 plus grands (soit un cinquième des organismes) en détiennent 89 %. De nombreuses mutuelles de petite taille subsistent néanmoins. La santé représente 85 % de l'activité des mutuelles, 50 % de celle des institutions de prévoyance, et seulement 5 % de celle des sociétés d'assurances.

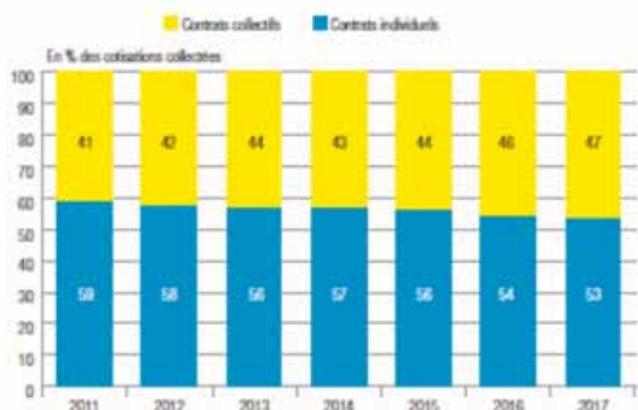
Entre 2016 et 2017, la masse totale des cotisations collectées en santé a augmenté de 964,2 millions d'euros, soit une hausse de 2,7 % (graphique 1), d'après les données de l'ACPR (cotisations hors taxe). Les cotisations collectées ont davantage augmenté pour les contrats collectifs (819,2 millions d'euros, soit une hausse de 5,0 %) que pour les contrats individuels (145,0 millions d'euros, soit une hausse de 0,7 %). À titre de comparaison, les contrats collectifs avaient déjà progressé de l'ordre de 900 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, avant de croître plus faiblement entre 2013 et 2015. La masse des cotisations a peu augmenté en individuel, après avoir baissé pendant deux ans.



En 2017, les contrats collectifs représentent 47 % des cotisations collectées en santé, contre 46 % en 2016 et 44 % en 2015. La hausse de la part de ces contrats collectifs est moins forte que celle de l'année précédente. Depuis plusieurs années, les contrats collectifs gagnent du terrain sur les contrats individuels : les premiers représentaient 41 % des cotisations collectées en 2011.

GRAPHIQUE 2

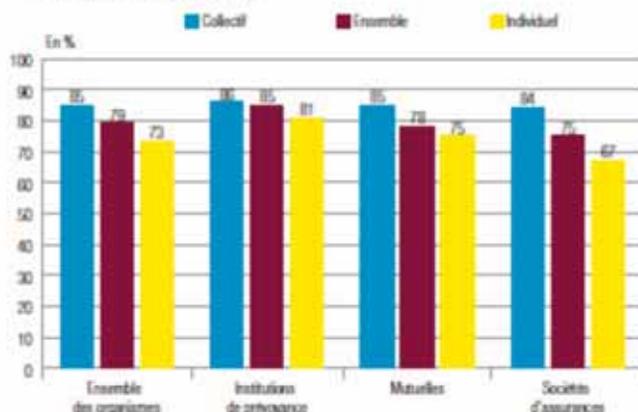
Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations en santé entre 2011 et 2017



Lecture • Les cotisations collectées pour les contrats collectifs représentent 47 % des cotisations collectées en santé en 2017 et 46 % en 2016.
Champ • Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2017.
Source • ACPR, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat en 2017



Lecture • En 2017, les sociétés d'assurances reversent 75 % des cotisations hors taxe sous forme de prestations aux assurés sur l'ensemble des contrats, elles en reversent 84 % pour les contrats collectifs et 67 % pour les contrats individuels. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.
Champ • Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2017.
Source • ACPR, calculs DREES.



Les mutuelles sont davantage positionnées sur les contrats de complémentaire santé individuels, alors que les institutions de prévoyance le sont davantage sur les contrats santé collectifs. Les sociétés d'assurances occupent une position intermédiaire.

En 2017, les sociétés d'assurances et institutions de prévoyance ont accru leur activité à la fois en collectif et en individuel. Pour les mutuelles, ce surcroît d'activité n'a concerné que les contrats collectifs, et leur activité en individuel s'est légèrement réduite.

D'après les données du Fonds CMU, les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (51 % des cotisations collectées) même si leurs parts de marché diminuent depuis au moins 2014 au profit des sociétés d'assurances. 79 % des cotisations sont reversées en prestations et 20 % couvrent les charges de gestion des organismes.

En 2017, les organismes reversent aux assurés 79 % de leurs cotisations (hors taxe) sous forme de prestations.

► Études et Résultats, n°1112, Drees, avril.2019 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/complementaire-sante-la-hausse-moderée-de-la-part-des-contrats-collectifs-se>



L'AGENDA DU 3^{ÈME} TRIMESTRE 2019

Date	Organisme	Réunion
13 juin	COR	Rapport annuel
19 juin	AGIRC ARRCO	Bureau
26 juin	AGIRC ARRCO	Conseil d'administration
2 juillet	CTIP	Conseil d'administration
3 juillet	CNAV	Conseil d'administration
11 juillet	COR	Evolution des inégalités intra-générationnelles
4 septembre	CNAV	Conseil d'administration
26 septembre	COR	Audition de Yannick MOREAU CSR
1 ^{er} octobre	AGIRC ARRCO	Bureau
2 octobre	CNAV	Conseil d'administration
10 octobre	AGIRC ARRCO	Conseil d'administration
17 octobre	CTIP	Conseil d'administration
17 octobre	COR	Financement des retraites et bouclage macroéconomique

