

N° 86
Septembre 2018

3^{ème} trimestre 2018

FO Actualité Retraites

NE TOUCHEZ PAS À NOS RETRAITES

DANS CE NUMÉRO

RETRAITE DE BASE

↳
MINIMA DE PENSION
ET PLAFONNEMENT



PRÉVOYANCE

↳
CLAUSES DE DÉSIGNATION

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

↳
DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES :
LES DÉRIVES DU CONTRAT
RESPONSABLE

BONNES FEUILLES

↳
LU POUR VOUS

AGENDA

↳
AGENDA DU 3^{ème} TRIMESTRE 2018



ÉDITORIAL

Philippe Pihet
Secrétaire Confédéral

Résister, revendiquer, reconquérir.

Ce dernier trimestre 2018 va être particulièrement chargé pour le département retraite et prévoyance.

La concertation sur un cinquième risque dépendance vient d'être lancée, le pilote de cette concertation est M. Dominique LIBAULT, président du Haut Conseil au financement de la Protection Sociale.

Nous venons de recevoir une invitation à cette concertation, bien sûr nous répondrons favorablement en portant nos revendications. Il n'est pas évident que le gouvernement mette la même chose que FO sous le vocable « cinquième risque ».

Autre concertation, celle sur la réforme des retraites, qui va entrer dans la deuxième phase dans les jours qui viennent. Ce sera pour nous l'occasion de demander au Haut-Commissaire de « rentrer dans le concret ».

Jusqu'à présent, il y a eu un relevé de l'existant, très critique, ce que nous avons contesté, et une cible, un système universel public.

Nous avons dit dès le début notre opposition à ce projet, opposition qui n'a rien de dogmatique, elle se base sur notre conception du salaire différé, propriété des salariés, et sur l'histoire sociale de notre Pays.

Lors de ce deuxième round de concertation, nous allons poser une question (parmi d'autres) « Monsieur X, madame Y viennent de faire liquider leur pension, il a 1857 €, elle a 1365 €, combien auraient-ils eu dans le système universel ? »

Enfin, troisième sujet qui nous tient particulièrement à cœur, l'organisation de la solidarité en matière de complémentaire dans les branches.

À la suite d'une décision du Conseil constitutionnel, il n'est plus possible d'avoir un outil pour que toutes les entreprises d'une même branche soient solidaires les unes des autres.

Le Comité Européen des Droits Sociaux vient de rendre un rapport dans lequel il indique que privilégier la liberté de l'entreprise par rapport à la liberté de négociation est contraire à la Charte européenne.

Nous entamons donc des discussions avec l'exécutif et les parlementaires pour faire reconnaître et reconquérir les droits des salariés.

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



■ MINIMA DE PENSION ET PLAFONNEMENT

Lors de sa séance du 16 mai 2018, le Conseil d'Orientation des retraites a continué l'étude du système de retraite français en étudiant :

- les dispositifs de minima de pension et de vieillesse et les bénéficiaires
- les évolutions possibles des minima de pension
- la transposition des minima de pension dans un système en points ou en comptes notionnels

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

Un des objectifs assignés par la loi au système de retraite et formulés dans l'article L.111-2-1 du code de la sécurité sociale est un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités.

La protection des assurés aux revenus d'activité les plus faibles et la lutte contre la pauvreté des personnes âgées s'appuie sur des dispositifs propres au système de retraite visant à assurer un minimum de pension aux affiliés d'une part, et sur des dispositifs non contributifs garantissant un niveau de vie minimal aux seniors qui en bénéficient d'autre part.

Les minima de pension et de vieillesse ont des logiques différentes.

Dans le premier cas, il s'agit de « récompenser l'effort contributif » des affiliés ayant eu une carrière complète, mais rémunérée à des niveaux de salaire faibles. Le complément de pension qui permet de la porter au niveau du minimum contributif est un droit qui s'apprécie au niveau de l'individu (et non de la famille).

Le minimum vieillesse a pour objectif quant à lui, d'assurer aux personnes âgées de 65 ans et plus un revenu minimal dès lors qu'elles ont peu - ou pas - cotisé pour leur retraite. Il est attribué sous condition de ressources en fonction de la situation conjugale, après prise en compte des droits à la retraite. Il est récupérable sur succession. Il relève de l'aide sociale et non de la sécurité sociale.

La première partie du dossier décrit les dispositifs en vigueur en France et analyse les profils comparés des bénéficiaires.

La deuxième partie s'interroge sur les évolutions possibles des filets de sécurité pour les assurés d'un système de retraite réformé.

La troisième partie complète l'analyse des mécanismes redistributifs en faveur des assurés aux revenus les plus modestes, en s'intéressant aux mécanismes de plafonnement des assiettes de cotisations et de prestations, en France et à l'étranger.

1 - Minima de pension et minimum vieillesse

1.1 Les dispositifs de minima de pension et de minimum vieillesse : cadre juridique

- Les dispositifs de minima de pension

Année de liquidation	CNAV		MSA salariés ¹		RSI commerçants	RSI artisans	
	2015	2016	2015	2016	2016	2016	
Période d'observation de l'information ²	T3 2016	T3 2017	T3 2017	T3 2016	T3 2017	T3 2017	T3 2017
Pensions non éligibles au Mico ³	64	60	65	43	30	17	50
Pensions éligibles au Mico ³	36	40	35	57	70	83	50
Pensions pour lesquelles le Mico est traité	19	29	17	51	67	73	nd
Pensions pour lesquelles le Mico est traité mais non servi	5	8	5	36	40	58	nd
Pensions pour lesquelles le Mico est traité et servi (a)	14	21	12	15	27	15	nd
Pensions pour lesquelles le Mico n'est pas encore traité	17	11	18	6	3	10	nd
Mico non traité mais servi au titre d'avance (b)	5	3	4	nd	nd	nd	nd
Mico non traité et non servi	12	8	14	6	3	10	nd
Pensions dont le Mico est servi (=a+b)	18	24	16	15	27	15	nd
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100

nd : non déterminé ; Mico : minimum contributif.

1. À la MSA salariés, la part de personnes éligibles au Mico fin 2015 a fortement évolué entre les périodes d'observation du T3 2016 et du T3 2017. Dans les données du T3 2016, les demandes d'attribution avec retard n'avaient pas été prises en compte.

2. La période d'observation de l'information correspond à la période de collecte de l'enquête annuelle auprès des caisses de retraite. Selon le régime, elle peut ne pas correspondre à la réelle période d'observation de l'information dans le cas, par exemple, où les caisses de retraite ont extrait cette information d'une base de données faisant référence à une situation antérieure (T1 ou T2 par exemple).

3. Éligibles : Personnes qui auraient bénéficié du Mico sans la réforme (i.e. avant écartement ou suspension le cas échéant).

Note > Ces données relatives aux pensions liquidées en 2015 et 2016 sont provisoires et seront révisées dans les prochaines éditions de cet ouvrage.

Lecture > En 2016, 16 % des nouveaux liquidants de la CNAV ont bénéficié d'un versement au titre du Mico. Cette part est de 24 % pour l'année 2015 dans les données collectées au T3 2017. Celle-ci a été révisée de 6 points par rapport aux données collectées au T3 2016 (18 %).

Champ > Retraités, résidant en France ou à l'étranger, ayant acquis un droit direct au cours de l'année, vivants au 31 décembre.

Sources > DREES, Enquêtes annuelles auprès des caisses de retraite.

Les dispositifs de pension minimale consistent soit à relever les pensions « contributives » à un montant minimal, en fonction d'une durée d'assurance validée dans le régime concerné, soit à fixer une assiette minimale de cotisations qui permet d'atteindre un montant minimal de pension via un surcroît de cotisations.



Au régime général et dans les régimes alignés, sont éligibles au **minimum contributif (MICO)** les assurés qui partent à la retraite au taux plein en raison de leur durée d'assurance validée, de leur âge ou de leur situation d'ex-invalide ou d'inapte.

Le minimum est versé entier si la durée d'assurance est égale à la durée requise, proratisé sinon.

Le plafond de pension totale (de base et complémentaire, tous régimes confondus, français et étrangers) est de 1 160,04 € par mois au 1^{er} octobre 2017, le montant versé est réduit jusqu'à ce que plafond ne soit pas dépassé.

Au 1^{er} octobre 2017, le montant servi entier s'élève à 634,66 € par mois hors majoration (soit 42 % de la pension maximale versée par le régime général), la majoration intégrale étant de 58,85 €.

Les règles d'attribution du **minimum garanti (MIGA)** dans la fonction publique et à la CNRACL ont été rapprochées de celles du MICO.

Les minima contributifs, MICO MIGA et PMR obéissent à la même logique, celle qui est basée sur un effort contributif trop faible.

La solidarité embarquée dans le régime opère alors en faveur des plus faibles, ce qui est une bonne chose.

Dans l'éventualité d'un régime universel, s'il n'est retenu qu'un « MICO », alors qu'il est annoncé que des taux de cotisations selon les catégories des travailleurs pourront être mis en place, le problème est tout autre.

L'ensemble de la collectivité « universelle » va donc embarquer une solidarité à travers le régime unique en points.

Ainsi, celles et ceux qui auront des taux de cotisation plus faibles, bénéficieront du même MICO.

Quid alors de l'adage présidentiel : un euro cotisé donne les mêmes droits ?

- **L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**

En dehors du système de retraite, la solidarité nationale envers les personnes âgées s'articule autour d'un minimum social, l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) qui se substitue au « minimum vieillesse » depuis 2007.

L'ASPA est versée sous forme d'allocation différentielle pour garantir un niveau de vie proche du seuil de pauvreté à toute personne âgée de 65 ans et plus (ou dès l'âge légal de départ à la retraite en cas d'invalidité ou d'inaptitude), résidant en France², et ayant fait valoir l'ensemble de ses droits à pension.

Au 1^{er} avril 2018, son montant s'élevait à 833,20 € par mois pour une personne seule.

L'ASPA est quérable et recouvrable sur succession, ce qui peut limiter le recours des personnes potentiellement éligibles.

1.2 Les bénéficiaires de minima de pension et les allocataires du minimum vieillesse : éléments statistiques

Tableau 1 Part des titulaires de l'ASV ou de l'Aspa dans la population totale de 61 ans ou plus, par âge

	Part dans la population (en %)			Effectifs des allocataires
	Femmes	Hommes	Ensemble	
61 à 64 ans ¹	1,7	1,8	1,7	56 300
65 à 69 ans	3,5	3,9	3,7	145 600
70 à 74 ans	3,6	4,1	3,9	107 600
75 à 79 ans	3,7	4,1	3,9	82 700
80 à 84 ans	3,7	3,6	3,7	68 600
85 à 89 ans	3,9	3,5	3,8	49 100
90 ans ou plus	5,8	4,2	5,3	42 100
Ensemble (61 ans ou plus)	3,4	3,5	3,4	552 000
dont 65 ans ou plus	3,8	3,9	3,9	495 700

ASV : allocation supplémentaire du minimum vieillesse ; Aspa : allocation de solidarité aux personnes âgées.

1. En 2016, les allocataires sont au moins âgés de 61 ans à la fin de l'année.

Lecture > En 2016, 145 600 allocataires sont âgés de 65 à 69 ans. Cela représente 3,7 % de l'ensemble de la population âgée de 65 à 69 ans.

Champ > Allocataires du minimum vieillesse dans le champ de l'enquête (voir fiche 23).

Sources > DREES, enquête sur les allocations du minimum vieillesse ; Insee, estimations de population France entière au 1^{er} janvier 2017.

RETRAITE DE BASE *suite*

En 2015, 18 % des pensions liquidées au régime général ont été portées au MICO.

Le MIGA a été versé à 6 % des « liquidants » de la fonction publique d'Etat civile et à 19 % des « liquidants » de la CNRACL.

S'agissant du minimum vieillesse, après avoir fortement diminué entre 1960 et le milieu des années 2000, l'effectif des bénéficiaires de l'ASPA ou de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV) se stabilise : fin 2015, 554 400 personnes percevaient un minimum vieillesse (document n°4).

De manière générale, les personnes seules et les personnes âgées de plus de 90 ans sont surreprésentées parmi les bénéficiaires.

1.3 Quel est l'écart entre la pension perçue à l'issue d'une carrière faiblement rémunérée et le minimum vieillesse ?

Une carrière au Smic, pour une personne seule, aboutit donc à des niveaux de retraite proches de l'ASPA.

Pour les générations nées avant 1945, l'augmentation prévue de l'ASPA est telle que, même en cas de carrière complète, ces personnes seront amenées à bénéficier de cette prestation.

Pour les générations plus récentes, dès que la carrière ne sera pas complète (moins de 40,75 ans), une carrière au SMIC conduira à bénéficier de l'ASPA.

Dès lors que l'on considère un couple de retraités, le plafond de l'ASPA étant modulé en fonction de la composition familiale sans être multiplié par deux, une seule carrière au SMIC aboutit à une retraite inférieure au plafond de l'ASPA quand deux carrières au SMIC aboutissent à des montants de pension là supérieurs au plafond de l'ASPA.

Le tableau est un bulletin de base de simulation de retraite. Il est divisé en plusieurs sections : 'Cotisations', 'Prestations', 'Total', 'Montants', 'Cotisations', 'Prestations', 'Total'. Les données sont présentées en euros et en pourcentage. Les cotisations sont calculées sur la base d'un salaire de référence. Les prestations comprennent le minimum vieillesse, le minimum de pension, et d'autres prestations sociales. Le total des cotisations est comparé au total des prestations. Le tableau est coloré en jaune et noir.

2 - Évolutions possibles des minima de pension : comparaisons internationales et éléments de cadrage

2.1 Comment les systèmes de protection sociale à l'étranger assurent-ils un minimum de pension aux assurés ou un minimum vieillesse aux personnes âgées ?

Au sein des pays de l'OCDE, seuls les États-Unis, l'Allemagne, l'Autriche, la République Slovaque et la Corée ne sont dotés d'aucun dispositif de pension minimum pour les retraités.

Dans tous les autres pays, il existe un ou plusieurs dispositifs de pension minimale, éventuellement complétés par des prestations d'aide sociale, universelles ou ciblées sur la population âgée.

L'existence et les caractéristiques de dispositifs de pension minimale ne sont pas directement liés aux modes de calcul de la pension, en annuités, en points ou en comptes notionnels.

2.2 Comment transposer les dispositifs de minima de pension dans un système en points ou en comptes notionnels ?

La logique d'un système unique en points ou en comptes notionnels qui garantirait le même rendement des cotisations à tous les assurés (un euro cotisé donne les mêmes droits) invite à repenser les dispositifs de solidarité du système de retraite.

- les droits (entendons par là le nombre de points acquis dans un régime en points, ou bien le capital virtuel exprimé en euros dans un système en comptes notionnels) sont a priori fondés sur les cotisations versées (faisant masse des salaires et de la durée de cotisation), remettant en question le rôle central de la durée d'assurance dans le système actuel ;
- tout droit supplémentaire acquis au titre de l'activité ou de la solidarité apporte nécessairement un supplément de pension – contrairement au système actuel – en contrepartie de cotisations dont le montant est identifiable ;
- enfin, les dispositifs de solidarité (dont les minima de pension) ont un financement explicite, qui peut être interne au régime ou au système (sous la forme d'une cotisation de solidarité assise sur les revenus d'activité, versée par les assurés et/ou leurs employeurs), ou qui peut être externe (contribution versée par un organisme tiers).

Minimum de pension et minimum vieillesse se complètent en poursuivant des objectifs différents malgré leur ressemblance apparente.

Alors que le minimum vieillesse a pour objectif principal de protéger les retraités du risque de pauvreté, le minimum de pension a pour vocation d'opérer une redistribution en faveur des assurés ayant cotisé sur la base de faibles niveaux de rémunération, afin notamment d'encourager la participation au marché du travail durant la vie active. Le premier réduit les inégalités de niveau de vie entre retraités, le second les inégalités de pension individuelle.



Dès lors, dans le cadre de l'évolution du système de retraite vers un système unifié, faut-il conserver deux dispositifs distincts, au motif qu'il faut utiliser un instrument pour chaque objectif de politique économique, ou bien est-il possible/souhaitable d'aller vers une fusion des dispositifs pour une plus grande simplification du système ?

Sur l'ASPA, FO refuse que cette prestation soit assimilée au système de retraite. Et refuse bien évidemment la fusion des deux prestations !

Cette fusion illustre, sur le volet âge, la dérive, le déricotage des droits collectifs au bénéfice d'un système universel, mécaniquement moins favorable et ne remplissant que la fonction de filet minimum.

FO refuse cette dérive libérale, inspirée des modèles anglo-saxons.

Le maintien d'un minimum de pension peut conduire à conserver une notion de durée d'assurance, à laquelle le cœur d'un système en points ou en comptes notionnels ne fait plus référence a priori.

Par ailleurs, il se pose la question de savoir dans quelle mesure le minimum contributif a vocation à bénéficier aux assurés travaillant à temps partiel, afin de compenser le sous-emploi et l'activité réduite des mères de famille.

3 - Taux, assiette et plafond de cotisations

3.1 Taux, assiette et plafonnement des cotisations dans les régimes de retraite en France

Les taux et assiettes de cotisation diffèrent en particulier selon le statut de l'assuré (salarié du secteur privé ou de la fonction publique, agent relevant d'un régime spécial ou non-salarié). L'assiette de cotisation exclut en règle générale l'ensemble des primes pour les agents des régimes spéciaux ; elle est constituée d'un revenu net (majoré de la CSG non déductible) pour les non-salariés alors qu'elle repose sur un revenu brut pour les salariés. Pour un certain nombre de régimes, les cotisations et/ou les prestations sont en outre plafonnées.

Par ailleurs, il est possible de dissocier plafond de cotisation et plafond de calcul des droits. La CNAV limite ainsi le calcul des droits au plafond de la Sécurité sociale alors qu'il existe une cotisation déplafonnée de 2,30 % à la charge des salariés et des employeurs en supplément de la cotisation plafonnée. Un autre moyen, moins directement lié au plafond, est de majorer les taux de cotisation par rapport aux taux d'acquisition des droits par le biais d'un taux d'appel, comme cela est fait dans les régimes en points où les droits dépendent directement des cotisations (AGIRC-ARRCO et IRCANTEC par exemple).

La mise en place d'un système universel conduira nécessairement à s'interroger sur le niveau auquel doit être fixé le ou les nouveaux plafonds.

Si l'on analyse séparément recettes et prestations :

- plus le niveau du plafond est faible et plus le système de prélèvements pour la retraite pourra apparaître antiredistributif (le taux de cotisation retraite étant d'autant plus faible pour les rémunérations les plus élevées) ;
- à l'inverse, le système de prestations retraite pourra apparaître quant à lui redistributif car le taux de remplacement diminuera pour les rémunérations les plus élevées.

Dans la fonction publique, il n'existe pas de plafond, mais seul le traitement indiciaire hors primes est pris en compte dans l'assiette des pensions. Cette part est très variable selon la catégorie et augmente en général en fonction du niveau de rémunération

3.2 Taux, assiette et plafonnement des cotisations dans les systèmes de retraite étrangers

La plupart des pays de l'OCDE fixent des seuils plafonds de rémunération pour calculer les cotisations et les prestations dans leur système de retraite.

Une des critiques (beaucoup trop nombreuses) des systèmes existant aujourd'hui est que les efforts de solidarité existent mais ne sont pas transparents.

Nous avons indiqué au Haut-Commissaire à la Réforme des Retraites alors, que le principal pour nous était l'existence de ces dispositifs, pas leur transparence.

Demain, si la réforme passe, ce sera encore moins transparent, et cela se fera au détriment du plus grand nombre : les salariés du privé comme du public.

► La note de présentation générale, les différents documents du dossier ainsi que les diaporamas présentés à la séance du COR le 24 mai 2018

<http://www.cor-retraites.fr/article516.html>



PRÉVOYANCE

■ CLAUSES DE DÉSIGNATION

À la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013 – non signé par Force Ouvrière – le Conseil constitutionnel avait écarté les clauses de désignation au nom de la liberté d'entreprendre et de la liberté contractuelle.

Alléguant une atteinte à ces libertés, le Conseil constitutionnel avait déclaré inconstitutionnel l'ancien article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui autorisait les clauses de désignation relatives à la gestion de garanties collectives de prévoyance ou de complémentaire santé, dans les conventions collectives de branche.

À la suite de cette décision, l'article L. 912-1 était modifié pour remplacer la « clause de désignation » par une simple « clause de recommandation ».

La Confédération CGT-FO avait saisi le Comité européen des droits sociaux en invoquant l'atteinte portée par le droit français, du fait de cette jurisprudence constitutionnelle, aux traités et textes de l'Europe. Ledit Comité a fait droit à cette demande, considérant qu'il y a une violation de l'article 6 alinéa 2 de la Charte sociale européenne, considérant que « *l'interdiction générale des clauses de désignation n'est pas proportionnée au but légitime poursuivi* ».

Cette décision est d'une importance capitale car la position de la France inspirée du Conseil constitutionnel a pour effet, concrètement, d'écartier la possible poursuite d'un objectif de solidarité dans les accords de protection sociale, n'en limitant de fait le recours que dans les régimes de sécurité sociale, légaux ou conventionnels s'y substituant.

Cette décision est une victoire pour la mutualisation, dans un domaine où elle prend tout son sens. La mutualisation permet en effet de préserver la logique de solidarité en matière de protection sociale complémentaire en même temps que l'égalité de traitement entre les salariés d'une même branche professionnelle. La mutualisation des cotisations des entreprises de la branche permet de concrétiser l'objectif de solidarité poursuivi par les interlocuteurs sociaux.

La clause de désignation garantit par ailleurs un niveau de prestation et de cotisation, là où les clauses de recommandation ouvrent le marché de la prévoyance à la concurrence lucrative.

D'où le débat passionné sur cette question eût égard aux intérêts des « marchands d'assurance » quelle que soit la nature juridique de l'opérateur et intermédiaires vivant de commissions d'apport qui

n'ont pas lieu d'être s'il y a une clause de désignation puisqu'il n'y a rien à vendre.

Toutefois, l'État français peut ignorer cette décision, dans la mesure où le Comité européen des droits sociaux n'est pas un tribunal mais un groupe d'experts.

Le rapport du Comité européen des droits sociaux vient d'être transmis au Comité des ministres.

Mais sans attendre, Force Ouvrière en appelle au Législateur et à l'Exécutif afin que soit intégré au Code de la Sécurité sociale un dispositif de mutualisation au niveau de la branche dans le domaine des complémentaires.



NOTRE EXPERTISE ACCOMPAGNE VOS NÉGOCIATIONS



* En 1956, la CFI (Institution à l'origine du groupe Humanis) permet la mise en place des premiers accords de protection sociale dans l'entreprise.



Humanis

Retraite | Prévoyance | Santé | Épargne | Dépendance

60*

C'EST LE NOMBRE D'ANNÉES
D'EXPERTISE D'HUMANIS
DANS L'ACCOMPAGNEMENT
DES NÉGOCIATEURS

Qui a dit que vous étiez seul à vous engager pour la protection sociale des salariés ?

Les experts **Humanis** sont à vos côtés et vous conseillent dans la négociation et la mise en place d'accords d'entreprise et de branche en santé, prévoyance et épargne salariale. Acteur majeur de la négociation paritaire collective depuis 60 ans, le Groupe **Humanis** partage les mêmes valeurs et objectifs que vous : l'humain au cœur de la négociation pour le bien-être des salariés.

Contactez votre interlocuteur : **Jean-Paul Lefebvre**
06 08 74 84 75 • jeanpaul.lefebvre@humanis.com

humanis.com



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

■ DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : LES DÉRIVES DU CONTRAT RESPONSABLE

La réforme du contrat responsable visait à encadrer les garanties des complémentaires santé et à améliorer l'accès aux soins. Avec cette réforme, le gouvernement voulait inciter les médecins du secteur 2 à limiter leurs dépassements d'honoraires mais la réalité est, aujourd'hui, toute autre.

En effet, de nombreux médecins n'ont pas baissé leurs tarifs ; un chirurgien libéral sur quatre et moins d'un tiers des médecins ont signé le CAS. De nombreux assurés se retrouvent donc moins bien couverts, en particulier dans les grandes agglomérations où les tarifs des médecins sont les plus élevés.

Les sommes sont plus importantes encore en ce qui concerne la chirurgie libérale.

» Le contrat responsable

Pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux, le contrat « complémentaire frais de santé » doit respecter le cahier des charges des « contrats responsables », c'est à dire un panier minimum de garanties. Le contrat doit notamment couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé qu'elle rembourse (consultations, équipements optiques, soins dentaires etc.).

Le contrat qui offre des garanties supérieures au ticket modérateur en matière de dépassement d'honoraires ou d'optique médicale, doit avoir une prise en charge des dépenses très encadrée pour bénéficier du régime des « contrats responsables ».

Depuis le 1^{er} avril 2015, le « contrat responsable » doit respecter de nouvelles obligations. Ainsi, sous certaines conditions, les garanties de certains postes de soins sont plafonnées. C'est le cas, par exemple, en matière d'optique. La prise en charge de la monture de lunettes est limitée à 150 euros. Les garanties sur les verres connaissent des plafonds et des planchers différents suivant le niveau de correction (Code de la Sécurité sociale, art. R. 871-2).

Un intérêt du contrat responsable est de permettre des exemptions fiscales et sociales. Si le contrat est qualifié de « responsable » la taxe est de 13,27% au lieu de 20,27%. Pour les contrats collectifs et obligatoires, les cotisations de l'employeur ne sont pas soumises à charges sociales dans la limite d'un plafond, et les cotisations salariales sont déductibles du salaire net imposable.

Les contrats responsables représentent environ 95 % des contrats proposés par les organismes assureurs (mutuelles, assurance privées et institutions de prévoyance). Leur objectif est d'encadrer les dépenses de santé. Pour être considéré responsable, un contrat frais de santé doit donc se conformer à des règles bien précises : planchers et plafonds de prise en charge, selon les postes de dépense (soins de ville, hospitalisation, optique notamment).

Avec l'entrée en vigueur des contrats responsables version 2016, les contrats de complémentaire santé ont dû être adaptés, le plus souvent en baissant les garanties au niveau des dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2 non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (Optam, Optam-co). L'objectif est de limiter les dépassements d'honoraires de ces praticiens.

Article R871-2
Modifié par Décret n°2017-736 du 3 mai 2017 - art. 12

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

- a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

NOTA : Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 article 4 : Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100 % est portée à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et en 2016.

Ainsi, le contrat de complémentaire santé qui respecte les critères de « contrat responsable » permet aux entreprises de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux :

- l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale et des autres prélèvements qui y renvoient des contributions des employeurs destinées au financement des prestations de prévoyance complémentaire pour les contrats collectifs et obligatoires sous certaines conditions ;
- l'exclusion de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) des cotisations, primes et acceptations provenant des contrats d'assurance maladie ;
- le crédit de taxe de solidarité additionnelle (TSA) dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé ;
- l'application du taux de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) ;
- la déductibilité, dans la limite d'un plafond fiscal déterminé en fonction du revenu, des cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectif.

Le nouveau cahier des charges du « contrat responsable » s'applique aux contrats (bulletins d'adhésion ou règlements) conclus, souscrits ou renouvelés depuis le 1^{er} avril 2015.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats doivent être en conformité avec le nouveau cahier des charges. A défaut, le régime de santé complémentaire de l'entreprise perdra les avantages sociaux et fiscaux du « contrat responsable ».

» **L'étude HENNER**

Henner, société de gestion et de courtage d'assurances de personnes (santé, prévoyance) a mené une étude sur les dépassements d'honoraires.

Cette étude a porté sur plus de 100 000 actes de chirurgie et d'obstétrique avec dépassement d'honoraires sur toute la France, sur l'année 2017. Dans cette étude, les données du Groupe Henner sont croisées avec celles de l'Assurance Maladie.

Le Groupe Henner a choisi d'analyser les impacts du contrat responsable sur les actes de chirurgie et d'obstétrique car le reste à charge pour les assurés peut se compter en centaines d'euros.

Elle constate d'importants restes à charge sur les honoraires de chirurgie et d'obstétrique du fait de la baisse des remboursements induite par la mise en œuvre des contrats responsables version 2016, qui distinguent les praticiens de secteur 2 selon qu'ils ont ou non adhéré à un dispositif d'option tarifaire maîtrisée (Optam/Optam-co pour les chirurgiens, gynécologues, obstétriciens).

Les médecins qui ont signé l'Optam pratiquent très rarement un dépassement d'honoraires au-delà de 100% de la base de remboursement de la sécurité Sociale.

Les médecins libéraux qui pratiquent un dépassement d'honoraires sont, dans leur grande majorité, non signataires de l'Optam et ont tendance à pratiquer de forts dépassements.

Avec l'entrée en vigueur des contrats responsables version 2016, les contrats de complémentaire santé ont dû être adaptés, le plus souvent en baissant les garanties au niveau des dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2 non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (Optam, Optam-co). L'objectif est de limiter les dépassements d'honoraires de ces praticiens.

• **Des dépassements d'honoraires plafonnés selon l'engagement du médecin de stabiliser ses dépassements d'honoraires**

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, les remboursements de ces dépassements d'honoraires sont plafonnés à 100% du tarif de la sécurité sociale pour 2017. Cette prise en charge doit être inférieure de 20% au moins à celle perçue par un médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Ex : si le tarif de remboursement de la Sécurité Sociale est de 100 euros, le dépassement d'honoraires ne sera pas remboursé par un contrat de complémentaire santé responsable au-delà de 100 euros (soit au total 200 euros).

Ainsi, alors que pour une consultation de spécialiste le reste à charge peut être de quelques dizaines d'euros, il peut atteindre des centaines d'euros sur les honoraires des chirurgiens et obstétriciens n'ayant pas signé l'Optam ou l'Optam-co.

• **Une forte disparité régionale dans la pratique des dépassements d'honoraires et parfois même au sein d'une même région**

En Ile de France, 75% des chirurgiens orthopédistes, 73% des chirurgiens urologues et 65% des gynécologues pratiquent des honoraires libres. Dans les pays de Loire la proportion est plus faible : 39% des chirurgiens orthopédistes, 63% des chirurgiens urologues et 25% des gynécologues.

Dans les pays de Loire, 81% des dépassements d'honoraires restent dans la limite des 100% de la base de remboursement. En revanche, en Ile de France la proportion n'est que de 29% (seulement 18% à Paris et dans les Hauts de Seine, 37% pour les autres départements)

En PACA, 61% des dépassements d'honoraires sont supérieurs à 100% dans les Alpes Maritimes. Cette proportion est de 39% dans les autres départements de la région. De plus dans les Alpes maritimes 17% des actes à fort dépassement sont réalisés par des médecins ayant signé l'Optam ou l'Optam-co.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 68% des dépassements sont supérieurs à 100% en Isère, Rhône et Haute Savoie. Pour l'Auvergne et la Haute Loire le taux est de 39%.

Cette étude démontre une forte disparité régionale dans la pratique des dépassements d'honoraires, pour conclure sur un constat : tous les français ne sont pas égaux devant les dépassements d'honoraires, c'est une affaire de lieu de vie.



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.

MINIMUM VIEILLESSE : UN ALLOCATAIRE SUR DEUX SE PERÇOIT EN MAUVAISE SANTÉ

En 2012, 47 % des allocataires du minimum vieillesse en France métropolitaine se perçoivent en mauvaise ou très mauvaise santé, alors que ce n'est le cas que de 15 % des personnes de 60 ans ou plus.

Ils sont également plus nombreux à déclarer être atteints d'une maladie chronique (70 % contre 57 %), à faire état de limitations d'activité importantes (44 % contre 16 %) et à être en situation de détresse psychologique (29 % contre 15 %).

Cet état de santé dégradé concerne davantage les allocataires les plus pauvres, ainsi que ceux entrés avant 65 ans dans le dispositif, notamment en raison d'une situation de handicap, d'invalidité ou d'inaptitude au travail.

14 % des allocataires du minimum vieillesse déclarent avoir renoncé,

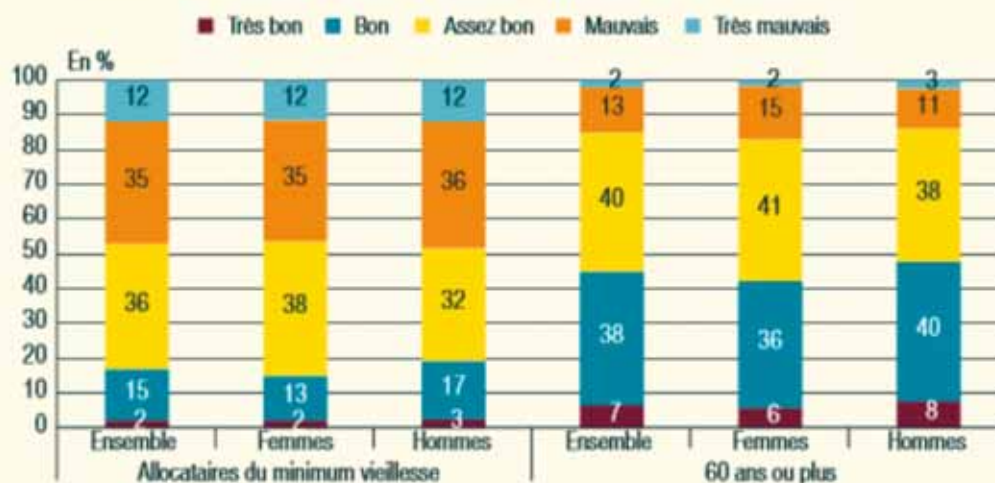
pour raisons financières, à des consultations de médecin au cours de l'année et 31 % à des soins dentaires, contre respectivement 3 % et 16 % pour l'ensemble des personnes de 60 ans ou plus.

Enfin, 16 % des allocataires ne sont ni couverts par une complémentaire santé – couverture maladie universelle complémentaire incluse – ni pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale au titre d'une affection de longue durée. Or, ne pas avoir de couverture maladie conduit souvent au renoncement aux soins pour raisons financières.

Au 31 décembre 2011, près de 510 000 personnes vivant en France métropolitaine sans droits à la retraite ou touchant des pensions faibles perçoivent une allocation de minimum vieillesse¹. En 2012, cette aide garantit un revenu mensuel de 777 euros pour une personne seule, et de 1207 euros pour un couple.

Elle est perçue sous forme d'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) ou d'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), la seconde succédant à la première à partir de 2007 pour les

GRAPHIQUE 1
État de santé perçu par les allocataires du minimum vieillesse et par les 60 ans ou plus



Lecture • 47 % des allocataires du minimum vieillesse se perçoivent en mauvaise ou très mauvaise santé : 35 % en mauvaise santé et 12 % en très mauvaise santé.

Champ • Allocataires du minimum vieillesse au 31 décembre 2011 vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine interrogés fin 2012 dans le cadre de l'enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux. Répondants à l'enquête Santé et protection sociale de 60 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Sources • DREES, enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux 2012. Irdes, enquête Santé et protection sociale 2012. Exploitation : DREES.

nouveaux entrants et les allocataires ayant fait une demande de changement.

Les droits au minimum vieillesse sont ouverts sans autre condition que de ressources à partir de 65 ans, et à partir de 60 ans dans des cas spécifiques, notamment d'incapacité, de handicap ou d'inaptitude au travail (encadré 1).

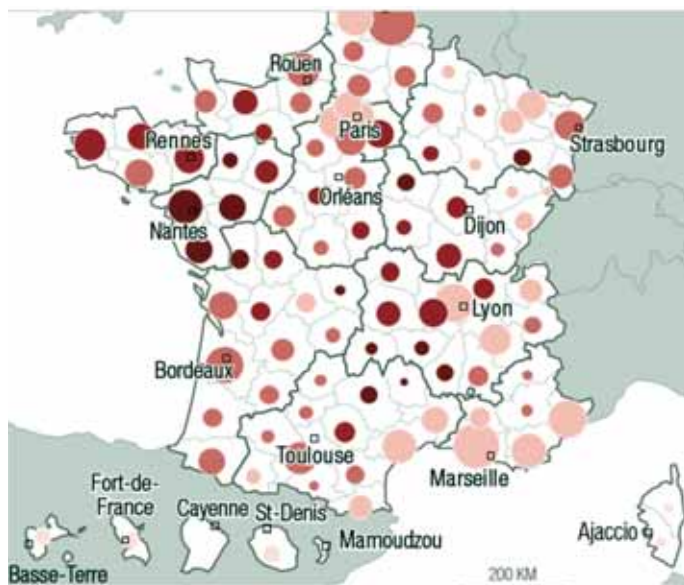
En 2012, une enquête pilotée par la DREES a interrogé, à partir d'une base de tirage administrative, les ménages bénéficiaires de minima sociaux au 31 décembre 2011 (enquête BMS), parmi lesquels des allocataires du minimum vieillesse, hors résidents en institutions (encadré 2).

Cette enquête comporte un ensemble de questions sur l'état de santé, la couverture complémentaire santé et le renoncement aux soins.

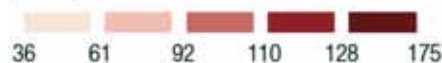
► **Études et Résultats N°1068, Drees, juin 2018 :**
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/minimum-vieillesse-un-allocataire-sur-deux-se-percoit-en-mauvaise-sante>

LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT

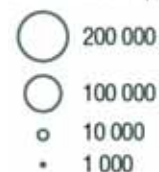
Les enjeux du vieillissement sont différents suivant les territoires mis en exergue par la typologie vue précédemment. Ils se posent avec une acuité particulière dans les zones de vive progression du nombre de personnes âgées.



Taux de couverture des places d'EHPAD par département



Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus



En métropole, les territoires les plus concernés sont ceux situés le long des littoraux océanique et méditerranéen qui présentent une augmentation vive du nombre de personnes âgées alors que leur proportion est déjà importante (territoire en jaune de la typologie). L'enjeu auquel ils doivent dès à présent répondre est celui de la prise en charge de la dépendance d'une population de plus en plus nombreuse. Cette prise en charge s'exerce soit par la solidarité familiale à travers l'aide de proches, soit par une solidarité collective financière (allocation personnalisée d'autonomie) ou par l'accueil dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

La solidarité familiale pourrait baisser du fait du faible nombre d'enfants par ménage et de leur éloignement notamment pour les personnes ayant migré dans ces territoires à l'approche de la retraite. Par ailleurs, ces territoires connaissent, comparativement aux autres, de faibles disponibilités en places dans ces établissements. Le taux de couverture, rapport du nombre de places disponibles dans un Ehpad à la population de 75 ans et plus, âge le plus concerné par ces structures, indique qu'ils font partie des territoires les moins pourvus, avec les frontières nord et est de la France.

À l'opposé, de nombreux espaces du Massif central, notamment les départements de l'Aveyron, de la Lozère, de l'Ardèche, du Cantal et de la Haute-Loire, ont un bon taux de couverture. De plus, s'ils font souvent partie des territoires à forte proportion de personnes âgées, le nombre de ces dernières augmente peu voire diminue (territoires en vert de la typologie).

L'isolement des personnes âgées est l'un des enjeux majeurs de ces espaces. En 2013, la part des personnes de 65 ans et plus vivant seules est de 33,5 % en France. Les régions du Sud-Ouest, l'Alsace et la Corse comptent une proportion significativement faible de ces personnes sauf dans les grands centres urbains. Ainsi cette part s'élève à 35 % dans la métropole de Toulouse contre 31 % pour le département de Haute-Garonne. Elle est, au contraire, plus élevée dans les territoires peu denses comme le Morvan, la Meuse, les Ardennes, le centre de la Bretagne, une partie du Massif central et les Pyrénées. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par des structures spécialisées en nombre suffisant est donc également nécessaire dans ces territoires.

Dans les périphéries des grandes villes, incluses dans les territoires bleus de la typologie, les enjeux du vieillissement rapide outre le nombre de place en Ehpad, seront liés à un urbanisme inadapté à une population âgée. Beaucoup de ces personnes sont propriétaires de leurs maisons, et désirent continuer à y vivre. La densité de ce bâti est faible, les services sont donc souvent loin, il est nécessaire d'être motorisé pour y accéder. Lorsque ces personnes ne seront plus en capacité de conduire, elles risquent d'être confrontées à un certain isolement.

Ces zones construites et aménagées pour des ménages avec enfants verront ainsi leur population diminuer et changer. Les réseaux de transport et les services disponibles devront donc être repensés.

<http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>



LES BONNES FEUILLES

RAPPORT ÉTABLI À LA DEMANDE DU PREMIER MINISTRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

Le Premier ministre a confié le 22 janvier dernier à Mme Charlotte Lecocq, députée, le soin de conduire, avec M. Bruno Dupuis, consultant et M. Henri Forest, ancien secrétaire confédéral CFDT, une mission relative à la santé au travail.

Les objectifs de cette mission portaient en premier lieu sur l'évaluation de la performance du système de prévention des risques professionnels, et en second lieu sur les leviers notamment organisationnels permettant de l'améliorer.

Le rapport rendu au mois d'août formule les recommandations suivantes :

Ces recommandations s'intègrent dans le schéma général de réorganisation du système de santé au travail mais certaines d'entre elles sont applicables de façon indépendante.

• **Recommandation n°1:**

Donner davantage de visibilité nationale à la politique de santé au travail.

Inscrire dans la loi l'obligation d'élaborer le Plan Santé Travail et prévoir un rapport régulier devant la représentation nationale.

Faire du Plan Santé Travail le volet opérationnel de la politique de santé travail de la Stratégie nationale de santé.

Piloter le Plan Santé Travail sous l'égide du comité interministériel pour la santé.

Mieux évaluer la mise en œuvre et l'impact du Plan Santé Travail, notamment en améliorant les indicateurs de réalisation et d'impact par des études évaluatives ciblées de certaines actions réalisées dans le cadre du plan.

Suggérer au plan européen le développement de peer reviews 11 périodiques des politiques de santé au travail avec pour objectif d'évaluer leur mise en œuvre et de disposer d'éléments de comparaison à intervalles réguliers.

• **Recommandation n°2:**

Consacrer un effort financier dédié et significatif à la prévention A partir des excédents de la branche risques professionnels, consacrer un effort financier significatif aux actions en faveur de la prévention dans les entreprises.

Mettre en perspective lors des discussions parlementaire relatives à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale les parts respectives consacrées à la prévention des risques professionnels.

• **Recommandation n°3:**

Inciter les branches à s'emparer des questions de santé et de qualité de vie au travail.

Fixer une part minimale du 2% des cotisations versée, prévu pour les prestations à caractère non directement contributif de solidarité dans le cadre d'un contrat de protection sociale complémentaire relevant du degré élevé de solidarité obligatoire, à consacrer aux actions de prévention collective.

Reverser cette quote-part au fonds national de la prévention lorsqu'aucune action issue d'une négociation collective n'a été engagée par une branche en matière de santé ou de qualité de vie au travail.

• **Recommandation n°4:**

Inciter les entreprises à s'engager davantage dans la prévention par une approche valorisante.

Ne pas fonder l'incitation à la prévention sur la seule menace de la sanction.

Augmenter significativement le montant des aides destinées aux entreprises et dédiées à la prévention, décidées dans le cadre de la COG de la branche AT-MP.

Garantir un appui à l'instauration d'une démarche de prévention

LES RETRAITES NE SONT PAS DES NANTIS
REVALORISATION DES PENSIONS

GROUPE AESIO, POUR UNE PROTECTION SOCIALE UTILE À TOUS



Nous sommes convaincus que c'est par une approche co-construite et adaptée aux besoins de chacun, que nous ferons une protection sociale utile à tous : entreprises, salariés et système de santé.

Forts de cette conviction, nous protégeons plus de 3 millions de personnes, plus de 40 000 entreprises et développons des offres innovantes à destination des entreprises et de leurs salariés.

www.aesio.fr

 GROUPE
AESIO





LES BONNES FEUILLES *suite*

dans chaque entreprise, en particulier les TPE/PME (par exemple pour la mise en place d'un système de management des risques.

Mener des actions de sensibilisation des dirigeants sur le lien Santé au travail / Performance de l'entreprise (performance globale), compléter les aides incitatives.

Financer les baisses de cotisations des entreprises s'engageant dans des actions de prévention innovantes.

Accompagner les entreprises dans l'élaboration et le suivi d'indicateurs de performance en santé au travail, mis en lien avec les indicateurs de performance globale, pour leur donner à voir le retour sur leur investissement en matière de prévention.

Impliquer les dirigeants d'entreprise en leur ouvrant le bénéfice des prestations de la structure régionale en ce qui concerne leur suivi individuel de santé.

• **Recommandation n°5:**

Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs.

Etudier en lien avec les structures régionales la possibilité de mener des actions ciblées de santé publique sans préjudice de leur mission première.

Mener des campagnes d'information grand public sur certains risques professionnels, à l'image de ce qui a été fait pour l'exposition aux agents cancérigènes et pour les troubles musculo squelettiques.

Etendre la possibilité pour les étudiants des métiers de la santé d'effectuer le nouveau service sanitaire de trois mois dans les structures régionales.



Former aux premiers secours dès le lycée afin d'ancrer la culture de prévention et de rendre chacun capable d'agir dans les situations d'urgence.

Faire évoluer le dossier médical partagé (DMP) document à l'usage du salarié dans son parcours de santé en et hors de l'entreprise.

Permettre dès à présent, dans le respect des principes régissant ce dossier, l'inscription des éléments relatifs aux expositions professionnelles.

Créer à cet effet une nouvelle rubrique dans le DMP parvenir à brève échéance, dans le respect de la vie privée des salariés et afin de faciliter une prise en charge coordonnée de leur santé, le partage, via le DMP, d'informations médicales entre professionnels de santé, qu'ils interviennent dans le parcours de soins et de prévention pour les salariés.

• **Recommandation n°6:**

Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Intégrer systématiquement la structure régionale de santé au travail en tant que ressource proposée par les plateformes territoriales d'appui (PTA) dédiées à la gestion des cas médicaux complexes.

Mettre en œuvre les recommandations des récents rapports traitant du sujet qui impliquent les futures structures régionales de santé au travail.

Engager une réflexion pour une refonte complète du cadre juridique et institutionnel visant à clarifier et simplifier le parcours d'accompagnement du travailleur handicapé et plus généralement de tout travailleur exposé à un risque de désinsertion consécutif à son état de santé, en s'appuyant sur les principes suivants :

Créer au bénéfice du salarié et de l'employeur un porte d'entrée garantissant la prise en charge et le suivi multi-acteurs de tout dossier de maintien en emploi ; organiser les relations entre médecin du travail et médecin conseil ;

Instaurer, en cas de blocage, un mécanisme administratif garantissant la prise de décisions d'orientations dans des délais préfixes ;

Simplifier les démarches administratives relatives aux travailleurs en situation de handicap.

• **Recommandation n°7:**

Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé.

Des mesures pour optimiser l'organisation et faciliter le suivi individuel de santé systématique des salariés par les médecins du travail et les personnels de santé.

Moderniser les outils du quotidien pour la réalisation des examens médicaux.

Généralisation des systèmes d'information avec connexion des dispositifs d'examen complémentaires.

Plateformes internet pour la prise des rendez-vous directe par les salariés ou les entreprises.

Développer l'usage de la télémédecine pour répondre aux disparités territoriales et réduire la durée de certains actes médicaux au profit d'un investissement plus grand envers certains salariés présentant des problèmes de santé susceptibles d'entraîner leur désinsertion professionnelle qu'il s'agisse de motifs d'inaptitude à leur poste dans l'entreprise, de pathologies chroniques nécessitant des mesures pour le maintien dans leur poste, appartenant à des populations à risques telles que les jeunes salariés ou les salariés vieillissant et les aidants, engagés dans des formes d'emploi ou des parcours professionnels précaires comme l'intérim ou les CDD, en situation de handicap.

Créer une contribution, en temps ou financière, des entreprises de santé au travail, au titre de la mutualisation, en raison des travaux qu'elles confient fréquemment à des PME dans le cadre d'une relation de sous traitance ou de recours à des prestations extérieures.

Ouvrir à certaines catégories de salariés précisément identifiées (par exemple salariés du particulier employeur) la possibilité de faire effectuer leur suivi individuel de santé par des généralistes ayant passé une convention avec la structure régionale.

• **Recommandation n°8:**

Former les différents acteurs de la prévention dans un objectif interdisciplinaire.

Mettre en place un référentiel national de compétences en matière de pratiques de prévention, en fonction des métiers, des missions et du niveau de responsabilité exercé.



Formaliser l'ensemble du corpus théorique (doctrine) et méthodologique (démarches, outils, méthodes) en matière de santé travail et le rendre accessible à l'ensemble des acteurs de la prévention sous forme pédagogique.

Prévoir un cursus de formation pour les futurs responsables des structures régionales.

• **Recommandation n°9:**

Mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations de travail et à leurs transformations.

Former aux déterminants organisationnels et humains de la culture de sécurité les intervenants en prévention (Directe, structure régionale), les managers de proximité et les membres de CSE, les conseils extérieurs en entreprise (formations conjointes pour chacun de ces trois catégories d'acteurs);

Poursuivre le développement de la culture de prévention et de la qualité de vie au travail dans la formation initiale des managers et ingénieurs (concevoir et organiser le travail en santé et en sécurité, animer des collectifs de travail, animer des espaces de régulation, etc.).

Formaliser la qualité des prestations des intervenants extérieurs sur ces domaines par la justification du recours à des référentiels éprouvés et reconnus.

Développer la recherche sur les liens entre santé et transformation du travail.

Développer l'ingénierie et le déploiement de démarches participatives impliquant les salariés dès la phase de conception et de mise en place de nouvelles organisations du travail ou mode de production afin de combler le retard important de la France en Europe en la matière.

• **Recommandation n°10:**

Mettre en place au sein de chaque structure régionale une cellule spécifiquement dédiée à la prise en charge des RPS
Cette cellule interviendrait :

A la demande d'une entreprise souhaitant engager une démarche de prévention;

A la demande d'un salarié ou travailleur indépendant souhaitant bénéficier d'un appui à la gestion de ses RPS, indépendamment de l'entreprise et dans le respect de la confidentialité;

En cas de signalement de RPS laissant craindre des facteurs pathogènes dans une entreprise, une organisation, ou un secteur d'activité ;

De façon pluridisciplinaire : médicale pour l'accompagnement individuel, collective pour investiguer les causes organisationnelles, managériales, contextuelles, en lien avec les différents acteurs concernés de l'entreprise.



LES BONNES FEUILLES

- **Recommandation n°11:**

Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique.

La structure régionale doit rendre le service de proximité envers les salariés et les employeurs en mettant en place une structure d'accueil permettant une prise en charge personnalisée.

Cet accueil doit être en capacité de répondre à toute demande du socle d'offre de service relative à la santé et à la qualité de vie au travail en orientant le demandeur vers le bon interlocuteur de la structure ou vers un intervenant extérieur habilité sur son territoire.

- **Recommandation n°12:**

Permettre l'exploitation collective des données à des fins d'évaluation et de recherche et généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information.

Généraliser et harmoniser les systèmes d'information des structures régionales, notamment pour ce qui concerne les anciens services de santé au travail.

Harmoniser les modalités du recueil des données par l'utilisation de thésaurus homogènes définis au plan national par la structure nationale en lien avec l'Anses;

La nouvelle configuration des structures de santé au travail facilitera l'exploitation des données à des fins statistiques et la mise en place d'enquêtes ou d'études coordonnées par l'Anses, Santé Publique France ou la Dares.

- **Recommandation n°13:**

Simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle.

Limiter la formalisation de l'évaluation aux risques majeurs dans les plus petites entreprises.

Rendre obligatoire un seul document pour toutes les entreprises : le plan de prévention des risques, qui intégrera les éléments d'évaluation des risques se substituant ainsi au document unique d'évaluation des risques (DUER).

Faire accompagner les entreprises pour l'élaboration de leur plan de prévention par les structures régionales et supprimer en conséquence la fiche d'entreprise.

- **Recommandation n°14:**

Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés.

A cet effet revisiter, en coopération avec les partenaires sociaux,



la réglementation pour la faire évoluer vers une simplification et une recherche d'efficacité réelle.

Rendre les décrets applicables à titre supplétif lorsque l'entreprise adopte des dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes. Une telle logique, sans rien céder à l'exigence de sécurité, serait de nature à réduire l'écart entre les exigences réglementaires (conformité) et les contraintes du travail réel et à améliorer l'effectivité de la prévention.

- **Recommandation n°15:**

Donner les moyens aux partenaires sociaux de participer à la conception, la mise en œuvre et au suivi des politiques publiques en matière de santé au travail.

Abonder le fonds du paritarisme par les sommes issues actuellement du FNPAT destinés aux partenaires sociaux pour la formation en matière de santé au travail et flécher leur utilisation pour leur participation aux politiques de santé au travail.

- **Recommandation n°16:**

Conduire une réflexion pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail de la fonction publique.

Le champ de la mission ne couvre pas celui de la fonction publique, celui-ci n'a donc pas été abordé. Néanmoins, les nombreux témoignages provenant des fonctions publiques incitent la mission à proposer que les recommandations qui peuvent être transposées prennent part dans la réflexion conduite sur la réforme de la fonction publique nationale et territoriale.

► **Rapport Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée**

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf

On ne sait pas à quoi ressemblera
la famille dans le futur.

Une chose est sûre, on saura toujours
innover pour mieux la protéger.



50 ans d'innovation au service des familles

L'OCIRP, Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, est un assureur à vocation sociale paritaire à but non lucratif. Il protège le salarié et sa famille face aux risques de la vie dans le cadre de contrats collectifs d'entreprise ou de branche professionnelle. Ses garanties s'expriment sous la forme de rentes et d'un accompagnement social spécifique en cas de décès ou de perte d'autonomie. L'OCIRP, c'est près de 6 millions de garanties dans 1,4 million d'entreprises adhérentes.

OCIRP.FR

VEUVAGE - ÉDUCATION - HANDICAP - DÉPENDANCE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

AUJOURD'HUI
COMME



HIER ET DEMAIN



L'UCR-FO

DÉFEND LES DROITS
DES RETRAITÉS



UCR-FO

L'AGENDA DU 3^{ÈME} TRIMESTRE 2018

Date	Organisme	Réunion
5 septembre	CNAV	Conseil d'administration
19 septembre	UCR-FO	Bureau National
26 septembre	COR	Cinquième avis du CSR (présentation et audition)
2 octobre	AGIRC-ARRCO	Bureau commun
3 octobre	CNAV	Conseil d'administration
11 octobre	AGIRC	Conseil d'administration
11 octobre	ARRCO	Conseil d'administration
18 octobre	COR	Pilotage du système de retraite
18 octobre	CTIP	Conseil d'administration
7 novembre	CNAV	Conseil d'administration
8 et 9 novembre	UCR-FO	Comité exécutif
21 novembre	COR	Transitions emploi-retraite et niveau de vie
29 novembre	AGIRC-ARRCO	Bureau commun
4 décembre	COR	Colloque annuel
5 décembre	CNAV	Conseil d'administration
6 décembre	AGIRC	Conseil d'administration
6 décembre	ARRCO	Conseil d'administration
13 décembre	CTIP	Conseil d'administration
20 décembre	COR	La retraite des non- salariés : état des lieux



Les rendez-vous de la **retraite**

Du 12 au 17 novembre 2018

les conseillers Agirc-Arrco répondent à vos questions.

Découvrez nos services personnalisés en ligne

Posez vos questions en ligne à nos Experts

Rencontrez un conseiller retraite



Toutes les informations sur

rdv-retraite.agirc-arrco.fr

et sur l'appli mobile **Smart'Retraite**



● RETRAITE COMPLEMENTAIRE
agirc-arrco

Avec l'Agirc-Arrco, AG2R LA MONDIALE • HUMANIS • MALAKOFF MÉDÉRIC • ALLIANCE PROFESSIONNELLE RETRAITE (AGRICA • AUDIENS • B2V • IRP AUTO • LOURMEL • PRO BTP) • KLESIA • IRCEM • APICIL • CRC • CGRR • IRCOM • BTPR agissent pour votre retraite complémentaire.

