

NE TOUCHEZ PAS À NOS RETRAITES

DANS CE NUMÉRO

HOMMAGE

À ANTOINE FAESCH SYNDICALISTE

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

AGIRC-ARRCO :
DONNER LES CLÉS DU BIEN
VIEILLIR ET ACCOMPAGNER
LE GRAND ÂGE

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

LE TIERS-PAYANT GÉNÉRALISÉ
LIMITÉ À LA PORTION CONGRUE ?

UNION CONFÉDÉRALE DES RETRAITES FO

L'UCR FO
DÉFEND LE POUVOIR D'ACHAT
DES RETRAITÉS

BONNES FEUILLES

LU POUR VOUS

AGENDA

AGENDA
DU 2^{ÈME} TRIMESTRE 2016



ÉDITORIAL

Philippe Pihet
Secrétaire Confédéral

Loi travail : vers des générations de retraités au minimum contributif ?

Ce numéro de FO Actualité Retraites arrive en plein conflit autour du projet de loi sur le travail. S'il n'est à aucun moment question de droit à la retraite dans ce projet, il serait coupable de ne pas penser que des effets dévastateurs sont pourtant contenus dans le texte.

Comme chacune et chacun le sait, la retraite par répartition se construit tout au long de sa vie professionnelle. Les discriminations faites aux femmes pendant leur carrière se « traduisent » au moment de la liquidation de leurs droits, moins conséquents que ceux des hommes. Ces constats sont irréfutables et, pour tout dire, très peu mis en avant pour améliorer les droits.

Deux exemples dans le projet de loi combattu, entre autres, par notre Confédération :

- L'instauration du forfait jour, fait dans la réalité pour ne plus payer d'heures supplémentaires, se traduira par des droits à retraite diminués d'autant. Une ou un salarié qui percevait des heures supplémentaires (je ne parle même pas de leur taux !) voyait son salaire brut augmenté et donc, également ses cotisations. Elle ou il contribuait ainsi au financement de la protection sociale et se constituait des droits (des points) supplémentaires pour sa retraite complémentaire. Ce ne sera plus le cas.
- La possibilité de déroger au plancher de 24 heures de travail par semaine. À 80%, les femmes dont le temps partiel n'est pas choisi, verront leurs droits à retraite encore diminués, ce qui se traduira par une plus grande pauvreté.

Si vous mettez cela en perspective avec le recul de l'âge de liquidation dans les complémentaires, vous avez les « ingrédients » pour « fabriquer » des générations de retraités au minimum contributif !

Sur un tout autre sujet - quoique - ce numéro tient à rendre hommage à notre camarade Antoine FAESCH. Vous avez été très nombreux à manifester votre émotion à l'annonce de sa disparition. Nous vous en remercions.

Antoine, par le travail militant accompli, a été un des fondateurs de la retraite complémentaire. Pour illustrer sa contribution à cette avancée sociale essentielle, je donnerai un chiffre : depuis 40 ans, le taux de pauvreté chez les retraités est passé de 35 % à 10 %. C'est incontestablement l'effet de la généralisation de la retraite complémentaire qui date de la même époque.

Antoine appelait à « poursuivre le combat pour que demain une meilleure législation vienne conforter le rôle et la place des institutions paritaires de la prévoyance collective dans le cadre de l'organisation générale de la protection sociale des salariés en France ». Encore faudrait-il que le Législateur ne la détruise pas !

Le combat continue !

NÉCROLOGIE

■ HOMMAGE À ANTOINE FAESCH

Infatigable militant syndical, notre camarade Antoine FAESCH est décédé le 20 janvier 2016.

Électricien spécialisé dans l'automobile, il entre chez EDF en 1948 et gravit les échelons de l'engagement syndical.

Syndicaliste dans l'âme, il a joué un rôle essentiel dans l'histoire des régimes contractuels de protection sociale collective.

Né en 1927 dans le Haut-Rhin, il s'engage à 17 ans dans une unité des Forces françaises de l'intérieur en Alsace.

Adhérent dès 1949 au syndicat FO d'EDF, il est élu secrétaire de l'UD FO du Haut-Rhin en 1953.

Membre de la commission exécutive en 1961, il entre au bureau confédéral en 1963 avec la nouvelle équipe d'André Bergeron. Responsable des jeunes syndicalistes, il devient rapidement incontournable sur les questions relatives aux régimes contractuels de la protection sociale collective.

Administrateur de l'Arrco dès 1964, il en assurera la présidence entre 1975 et 1997. Président fondateur du centre technique des institutions de prévoyance en 1986 (CTIP), il préside également l'OCIRP (organisme commun des institutions de rente et de prévoyance) entre 1988 et 2003 et sera administrateur de l'AG2R et de l'Unédic.

Spécialiste du travail frontalier, il fut en outre administrateur à l'Organisation Internationale du Travail et membre du Conseil économique et social.

D'un caractère affirmé, Antoine FAESCH a conduit de nombreuses délégations Force Ouvrière.

Négociateur tonitruant, certains militants se souviennent qu'il était capable, littéralement, de monter sur la table des négociations lors de discussions tendues au siège du CNPF.

Fort de la conviction que les institutions paritaires de prévoyance en France constituent un véritable système, complet et cohérent, de prévoyance mis en place par les partenaires sociaux, il appelait constamment à "poursuivre le combat pour que demain une meilleure législation vienne conforter le rôle et la place des institutions paritaires de la prévoyance collective dans le cadre de l'organisation générale de la protection sociale des salariés en France".

Nous publions ci-contre, l'hommage paru le 26 janvier 2016 dans le journal *Le Monde*, sous la plume de Michel Noblecourt. Nous le remercions vivement pour nous avoir autorisé à le diffuser.



En 1994.
JAMES LEYNSÉ/REA

P rincipal négociateur de Force ouvrière pendant trente ans, figure haute en couleur du syndicalisme, Antoine Faesch est mort, mercredi 20 janvier, à l'âge de 88 ans. Fils d'un menuisier ébéniste, Antoine Faesch naît à Rixheim (Haut-Rhin) le 21 février 1927. Il obtient son certificat d'études primaires en 1939. En 1941, sous l'occupation allemande, il est envoyé dans une école primaire supérieure à la suite du refus de son père d'adhérer au Parti nazi. Il y apprend le métier d'électricien. Incorporé de force, comme Alsacien, dans la Wehrmacht, en juillet 1944, il apprend à réparer des véhicules destinés au front. En novembre, il réussit à s'échapper. Il se cache dans un cimetière et, avec l'aide d'officiers américains, rejoint les Forces françaises de l'intérieur d'Alsace avant de prendre l'uniforme militaire.

Début 1949, Antoine Faesch est embauché par EDF dans la région hydraulique du Nord. Fin 1949, il adhère au syndicat FO où il prend ses premières responsabilités après une longue grève. En janvier 1953, il quitte EDF et devient permanent à l'union départementale (UD) FO du Haut-Rhin. L'année suivante, il est élu secrétaire général de l'UD. En 1956, il se met en congé pendant un an pour être un responsable de la propagande de la SFIO. Hostile à l'union avec les communistes, Antoine Faesch rompt avec le Parti socialiste dans les années 1970. Anticlérical, il lance une campagne, en avril 1964, alors qu'il est le patron des métallurgistes FO du Haut-Rhin, visant à « démasquer » une CFTC « aux ordres » de l'Église catholique, sur le point de se transformer en CFDT.

« Réformateur »

En 1961, Antoine Faesch accède à la commission exécutive de FO. En 1966, André Bergeron, le secrétaire général de la confédération, le fait venir à ses côtés pour s'occuper des jeunes syndicalistes.

Il entre au bureau confédéral en 1969 et y restera jusqu'en 1996. Il va s'imposer comme le principal négociateur de FO et acquérir ses lettres de noblesse dans la protection sociale et les retraites complémentaires.

En 1964, il est nommé administrateur de l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO), qu'il présidera, en alternance avec le patronat, de 1975 à 1997. Administrateur de l'Association générale de retraite par répartition (AGRR) et de l'Organisation commune des institutions

21 FÉVRIER 1927 Naissance à Rixheim (Haut-Rhin)
1949 Adhère à Force ouvrière
1954 Est élu secrétaire général de l'union départementale FO du Haut-Rhin
1969 Entre au bureau fédéral de FO
1978 Devenu membre du Conseil économique et social
20 JANVIER 2016 Mort à Ballainvilliers (Essonne)

de rentes et de prévoyance (OCIRP), membre du Conseil économique et social de 1978 à 1983, il se rend vite incontournable dans toutes les négociations sur les retraites complémentaires.

Doté d'un physique massif, d'une voix tonitruante, Antoine Faesch était un passionné qui ne faisait pas dans la demi-mesure. « Il ne pouvait pas dire quelque chose sans hurler, raconte son amie Paulette Hofman, qui a siégé avec lui au bureau confédéral. Il était excessif, mais chaleureux et très fidèle en amitié. Quand il racontait des histoires drôles, il était le premier à en rire. » Les murs du CNPF, le patronat de l'époque, résonnent encore de ses éclats. En 1982, lors d'une négociation sur l'assurance-chômage, le SNPMI, un syndicat patronal dissident, tente de s'introduire. Ni une ni deux, Antoine Faesch saute sur la table et, debout, les apostrophe : « Fachos, salauds, sortez ! Vous n'avez rien à faire ici. Sinon, je vous sors. » « Quand il y avait des négociations de nuit, rappelle Jean-Claude Mailly, l'actuel secrétaire général de FO, Antoine mangeait de l'ail pour indisposer les patrons et écourter les séances. »

En 1984, il défend, avec Jean Kaspar, alsacien comme lui et futur secrétaire général de la CFDT, la signature d'un accord sur la flexibilité de l'emploi mais il n'est pas suivi. « Il nous arrivait d'échanger en alsacien, se souvient M. Kaspar. C'était un syndicaliste réformateur, très ouvert, très humain, qui aspirait à rechercher des compromis. »

Très proche d'André Bergeron, il soutient Claude Pitous, en 1989, contre Marc Blondel, qui est élu à la tête de FO. Il avait pourtant pressé Marc Blondel, en 1980, durant les huit heures d'un trajet ferroviaire pour aller dans l'Ain, à entrer au bureau confédéral. Légitimiste d'abord, Antoine Faesch reste à son poste sous la houlette de celui qu'il a combattu jusqu'en 1996, menant des négociations de plus en plus défensives. ■

MICHEL NOBLECOURT



RETRAITE COMPLEMENTAIRE

■ AGIRC-ARRCO : DONNER LES CLÉS DU BIEN VIEILLIR ET ACCOMPAGNER LE GRAND ÂGE

Au-delà du service de la retraite, les principes de solidarité mis en œuvre par les régimes Agirc et Arrco s'expriment au travers de l'action sociale des caisses de retraite complémentaire. Tous les cinq ans, les conseils d'administration des fédérations Agirc et Arrco valident les orientations prioritaires en matière d'action sociale. Pour la période 2014-2018, quatre orientations ont été retenues :

- ✓ **SOUTENIR** le retour à l'emploi des actifs les plus fragiles,
- ✓ **DONNER** les clés du bien vieillir,
- ✓ **AIDER** les aidants familiaux,
- ✓ **ACCOMPAGNER** le grand âge en perte d'autonomie.

A titre d'illustration, nous vous présentons trois prestations proposées par l'Agirc-Arrco à ses ressortissants : les centres de prévention qui sensibilisent au bien vieillir, le service « Sortir Plus » qui favorise le lien social et l'aide à domicile momentanée qui permet de surmonter des passages difficiles.

➔ **Pour plus d'informations sur l'action sociale de l'Agirc et de l'Arrco**

<http://www.agircarrco-actionsociale.fr/accueil/>

■ LES CENTRES DE PRÉVENTION BIEN VIEILLIR AGIRC-ARRCO



Les centres de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco, au nombre de 17, sont répartis dans toute la France. Ils offrent aux ressortissants de l'Agirc et de l'Arrco et à leurs conjoints, la possibilité de faire un bilan préventif personnalisé. Ce bilan est réalisé par une

équipe pluridisciplinaire et aborde à la fois les aspects médicaux, psychologiques et sociaux.

Les centres sont ouverts à toute personne âgée de 50 ans et plus, active ou retraitée, et à son conjoint, relevant des régimes de retraite Agirc et Arrco. Les centres de prévention Bien Vieillir sont des associations loi 1901. Chaque centre est géré par une caisse de retraite complémentaire, la coordination est assurée par les fédérations Agirc et Arrco.

En pratique, la personne reçoit chez elle une invitation à réaliser un bilan ou bien, intéressée par la démarche, elle contacte le centre. Pour ce bilan, une participation de 15 € lui sera demandée (avec possibilité de prise en charge pour les personnes non imposables).

Un bilan personnalisé est réalisé par des spécialistes de l'avancée en âge. Il comporte :

- Un bilan médical avec le médecin gériatre : il recueille les données sur les traitements suivis, l'état des vaccinations, analyse les facteurs de risques, l'hygiène de vie et réalise un examen clinique.
- Un bilan social est réalisé au travers des habitudes de vie, l'environnement, l'intégration sociale.
- Un bilan avec un psychologue : au cours d'un entretien, sont évoqués le vécu affectif et relationnel de la personne, son adaptation à la retraite s'il y a lieu, l'existence de projets. Le psychologue peut, si nécessaire, faire réaliser un bilan mémoire.

Une fois le bilan global établi, une ordonnance de prévention est délivrée comportant des conseils et des incitations à suivre certains ateliers ou activités :

- Les ateliers : Équilibre, Mémoire, Nutrition, Sommeil... En fonction de l'ordonnance, la personne s'engage dans un cycle d'ateliers.
- Les activités pour le mieux-être : gymnastique douce, yoga, Tai chi chuan...
- Des conférences thématiques sont organisées. Elles abordent des sujets liés à l'avancée en âge et aux préoccupations des personnes suivies : les troubles de la mémoire ou du sommeil, l'équilibre nutritionnel, la motricité, les troubles de la vue ou de l'audition, l'ostéoporose, les problèmes d'incontinence, la dépression...

A la fin du parcours qui peut durer 6 mois, compte tenu de la participation aux ateliers, une liste d'activités proche du domicile est proposée afin de continuer la démarche entreprise.

➔ **Découvrir le parcours de prévention**

http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Donner/Videos/Anim_470x280_prevention_v2.swf

➔ **Voir la carte des centres de prévention**

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=z0BAchZftNO0.k1sTqxiKKhTc>

➔ **Télécharger la brochure : des clefs pour bien vieillir**

http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Donner/Notices_information/Centres%20prevencion/Bien_vieillir_juillet_2014.pdf

➔ **Consulter le référentiel commun aux centres de prévention « Bien Vieillir » Agirc-Arrco**

http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Aider/Etudes/Referentiel_commun_aux_CPBVA_2015.pdf



RETRAITE COMPLEMENTAIRE *suite*

■ LE SERVICE « SORTIR PLUS »



Avec l'avancée en âge, faire des courses, aller chez le coiffeur ou le médecin, rendre visite à des amis ou à des parents devient souvent difficile. La prestation « Sortir Plus », en facilitant la sortie des personnes âgées de leur domicile permet de maintenir le

lien social le plus longtemps possible, y compris après 80 ans. Pour bénéficier de ce service, les personnes doivent avoir plus de 80 ans et être confrontées à l'isolement ou à la solitude.

Pour bénéficier du service, il suffit :

- d'appeler un conseiller au 0 810 360 560,
- le conseiller organise la sortie pour aller à la gare, chez le coiffeur, retrouver des amis, faire des courses, voir des spectacles...

L'accompagnateur est un salarié d'un organisme d'aide à domicile ou de transport accompagné agréé par la Caisse de retraite. Il va chercher la personne à l'heure convenue et l'accompagne à pied ou en voiture. Selon le cas, il peut attendre ou rester à ses côtés. Il la raccompagne ensuite à son domicile.

Le financement est effectué sous la forme de chèques emploi service universels (Cesu), préfinancés et nominatifs, attribués par les caisses de retraite complémentaire. Le chéquier est envoyé à l'adresse de la personne ou celle d'un de ses proches.

Chaque chéquier a une valeur de 150 € et comprend 10 chèques de 15 € chacun. Par chéquier, sans condition de ressources, une participation financière est demandée de 15 € pour le premier chéquier, de 20 € pour le deuxième chéquier et de 30 € pour le troisième chéquier. Chaque personne peut bénéficier de trois chèquiers par an maximum. Les chèquiers sont valables une année civile et peuvent être utilisés jusqu'à la fin janvier de l'année suivante.

Les partenariats CNAV/Agirc-Arrco et MSA/Agirc-Arrco ont été engagés respectivement depuis 2012 et 2013. L'un des objectifs est de développer l'accès au service « Sortir Plus » pour les personnes dont le besoin a été identifié dans le cadre des plans d'aide personnalisée.

La CNAV et la MSA identifient les bénéficiaires potentiels et leur remettent une information sur les conditions d'accès aux services.

↳ Télécharger la brochure Sortir Plus

http://www.agircarro-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Donner/Notices_information/Sortir%20plus/Notice_je_sors_si_je_veux.pdf

■ L'AIDE À DOMICILE MOMENTANÉE



L'Aide à domicile momentanée permet de réduire le risque de basculement vers la perte d'autonomie dans les situations de rupture. Elle permet d'intervenir auprès

de personnes de 75 ans et plus qui ne bénéficient pas d'une aide régulière mais qui rencontrent ponctuellement, voire brutalement, une situation qui fragilise : un handicap temporaire, une maladie, l'absence de l'aidant habituel...

La finalité est de soutenir la personne sur une courte durée et l'aider à surmonter un passage difficile qui augmente le risque de fragilisation de son état général.

L'Aide à domicile momentanée est accordée à tous les retraités Agirc ou Arrco âgés de plus de 75 ans, sans condition de ressources.

Les retraités concernés ne doivent pas être bénéficiaires d'un plan d'aide humaine récemment financé par les CARSAT, la MSA ou les Conseils généraux.

Une plateforme de services en relation avec la personne âgée ou son entourage met à la disposition du bénéficiaire un personnel qualifié dans un délai de 48 heures, effectue le traitement administratif de la demande, sélectionne les intervenants à domicile.

Chaque plateforme fonctionne selon un cahier des charges commun aux caisses de retraite complémentaire Agirc et Arrco, qui définit le mode d'analyse des dossiers et le processus de la mise en place de la prestation.

La caisse de retraite référente est prévenue systématiquement de l'attribution de la prestation. Pour les personnes « GIR 5 et 6 », le dispositif est organisé en partenariat avec la CNAV. Le financement de cette action est réparti entre les régimes Agirc et Arrco.

Mise en place à titre expérimental en 2010 et 2011 sur deux "régions", Nord-Pas de Calais-Picardie et PACA, cette prestation est désormais accessible sur l'ensemble du territoire métropolitain. La prestation est accessible à partir d'un numéro de téléphone unique 0810 360 560 (prix d'un appel local depuis un poste fixe).

↳ Voir l'animation Aide à domicile momentanée

<http://www.agircarro-actionsociale.fr/documentation/videos/accompagner-le-grand-age-en-perte-dautonomie/#c22527>

↳ Consulter la brochure Aide à domicile momentanée

http://www.agircarro-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Accompagner/Notices%20informations/aide_domicile_momentanee_mars_2015.pdf



COMPLEMENTAIRE SANTÉ

■ LE TIERS-PAYANT GÉNÉRALISÉ LIMITÉ À LA PORTION CONGRUE ?

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016, instaure notamment la généralisation obligatoire du tiers payant sur la part des dépenses à la charge de l'assurance maladie de base pour l'ensemble des assurés à compter du 30 novembre 2017

Promesse du candidat à la dernière élection présidentielle et annoncée en septembre 2013 par la ministre en charge du dossier, la généralisation du tiers payant d'ici 2017 devait à l'origine permettre à tous les français de ne plus avoir à avancer les frais chez le médecin. L'objectif affiché était noble : « contribuer à un meilleur accès aux soins, en particulier pour les trop nombreux ménages pour lesquels l'avance des frais (avant remboursement) constitue un frein ».

Cette mesure de la loi, que la Confédération a soutenu, bien que n'étant pas une revendication, a suscité beaucoup d'oppositions notamment de la part des praticiens. Selon le Quotidien du Médecin, ils étaient 69% à considérer en janvier 2014 qu'il s'agissait plutôt « d'une mauvaise chose ». La complexité du dispositif, les risques d'impayés, les retards et la perte de temps ont été évoqués parmi leurs inquiétudes légitimes.

Certains acteurs de la santé ont vu derrière ces réticences des motivations autres que les problèmes techniques : la crainte d'une perte d'autonomie par rapport à l'assurance maladie et le fait que le tiers payant est un révélateur des dépassements d'honoraires. Pour d'autres, c'est la mort annoncée de la « médecine libérale » ou la déresponsabilisation des assurés sociaux.

Pour notre part, et devant les contraintes techniques que nous avons détectées, nous avons suggéré que ce tiers payant généralisé soit l'occasion de supprimer les franchises de tous ordres. La question de la récupération par la CPAM, ou la MSA de l'euro sur la consultation, n'a pas à ce jour fait l'objet de beaucoup de communication...

» Le tiers payant aujourd'hui

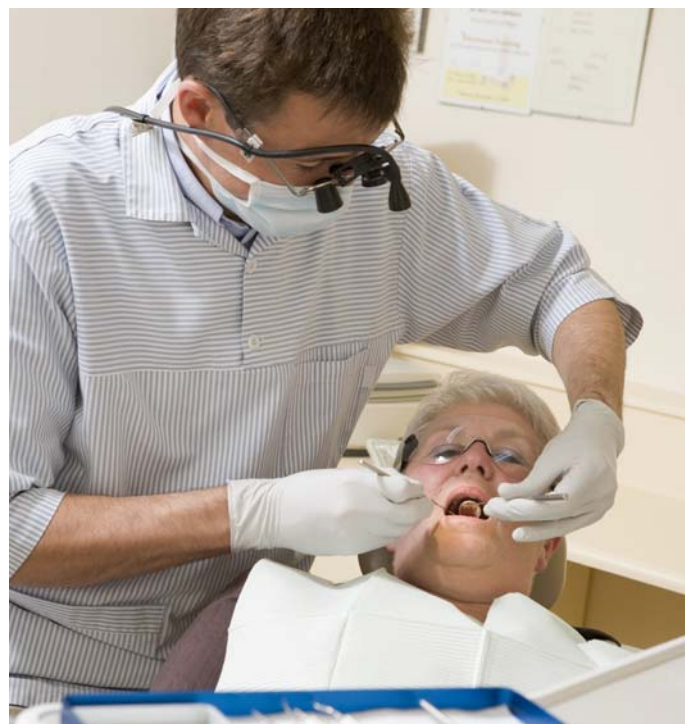
Selon l'assurance-maladie, le tiers payant est pratiqué aujourd'hui pour 35 % des consultations des généralistes. En effet, les praticiens sont déjà invités à pratiquer la procédure de tiers payant dans les cas suivants :

- Soins en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle.
- Honoraires perçus pendant une hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie, pour la part obligatoire et, le cas échéant, pour la part complémentaire.

- Soins dispensés à un patient bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).
- Soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).
- Consultations avec prescription d'un contraceptif ou d'examen de biologie médicale à une mineure d'au moins 15 ans.
- Acte de prévention réalisé dans le cadre d'un dépistage organisé (par exemple, la mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein).
- Acte de lecture différé d'une rétinographie en couleur (sans la présence du patient, par le médecin lecteur dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique).
- Examen de prévention bucco-dentaire dispensé aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans et aux femmes enceintes à compter du 4^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement, ainsi que les soins consécutifs à cet examen pour les enfants de 6 et 12 ans.

» La censure partielle du Conseil Constitutionnel :

Afin de couvrir intégralement tous les bénéficiaires de l'assurance maladie en les dispensant d'avance des frais de soins de ville, l'article 83 de la loi prévoyait la généralisation progressive du tiers payant à l'ensemble de la population à compter de janvier 2017, y compris pour les dépenses relevant des assurances maladie complémentaires.





COMPLEMENTAIRE SANTÉ *suite*

Dans une décision, rendue publique le 21 janvier 2016, le Conseil Constitutionnel a estimé le dispositif conforme à la Constitution mais il a censuré les dispositions qui rendent obligatoire le dispositif pour les organismes maladie complémentaires (la part AMC, appelée à tort en langage courant la « part mutuelle »). L'article 83 ne portera donc que sur la part obligatoire.

Pour le remboursement de la part des complémentaires santé, le Conseil écrit *" en se bornant à édicter une obligation sans assortir cette obligation des garanties assurant la protection des droits et obligations respectifs du professionnel de santé et de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence "*.

En résumé : ce n'est pas assez encadré et le législateur a méconnu l'étendue de sa propre compétence. Le Conseil ajoute qu'il est possible, pour le législateur statuant dans le domaine de sa compétence, de modifier les textes antérieurs en leur substituant le cas échéant d'autres dispositions.

Par ailleurs, répondant à l'argument des défenseurs du paiement direct des honoraires par le malade, le Conseil observe que les dispositions visées¹ ne sont imposées par aucune exigence constitutionnelle. Les obligations nouvelles de dispense d'avance des frais pourront être précisées par les conventions nationales entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Le gouvernement aurait pu reprendre le dossier pour mettre en place une dispense d'avance de frais intégrale et « encadrée ». La ministre des affaires sociales et de la santé en a décidé autrement, saluant cette décision, puisque le tiers payant peut se mettre en place selon le rythme et le calendrier qui avaient été définis. Les syndicats de médecins libéraux ont fait état de leur satisfaction : « même pas mal » !

Le communiqué ministériel énonce : *« ainsi, à partir du 1^{er} juillet prochain, les personnes qui consultent le plus, celles qui sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, notamment les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladies chroniques, pourront bénéficier du tiers payant intégral, comme cela a été prévu. Pour les autres, à partir de 2017, le tiers payant s'appliquera de manière obligatoire progressivement sur la partie remboursée par l'Assurance Maladie, et les médecins décideront de le proposer, ou non, pour la partie remboursée par les complémentaires santé. »*. A titre d'exemple, actuellement pour une consultation à 23 euros l'assurance maladie prend en charge 15,10 euros et la mutuelle 6,90 euros. A défaut de dispense d'avance des frais sur la part complémentaire, le patient devra payer ces 6,90 euros.

¹ Article L162-2 du code de la Sécurité sociale

Tiers payant généralisé : les principales étapes

Fin février 2016	Remise du rapport à la ministre de la santé.
Premier semestre 2016	Démarrage des tests du dispositif de tiers payant des complémentaires santé avec les professionnels de santé volontaires.
1er juillet 2016	Les professionnels de santé pourront proposer le tiers payant à leurs patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.
31 décembre 2016	Le tiers payant devient un droit pour tous les patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.
1er janvier 2017	Les complémentaires santé proposeront à leurs assurés le tiers payant, dans le cadre des « contrats responsables et solidaires ». Les professionnels de santé peuvent proposer le tiers payant intégral à leurs patients.
Novembre 2017	Les patients ont le droit de bénéficier du tiers payant pour la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Les professionnels de santé pourront leur proposer le bénéfice du tiers payant sur la part remboursée par la complémentaire.

» Bientôt des solutions techniques pour tendre au tiers payant intégral avec les complémentaires santé ?

Un rapport présenté au ministre chargé de la Sécurité sociale par les organismes payeurs fin février 2016, présente les solutions techniques retenues pour la mise en place du tiers payant généralisé sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Ce rapport pourrait proposer une façon de mettre en place un flux unique de remboursement des médecins qui vont avancer les frais de la consultation à leurs patients. De son côté, l'assurance maladie garantirait le remboursement de la part obligatoire, les assureurs complémentaires financeraient et développeraient leur propre système technique. Les assureurs complémentaires garantiraient eux aussi le remboursement des médecins dans des délais raisonnables - 7 jours comme les régimes obligatoires - en mutualisant le risque d'impayés.



VERS LE TIERS PAYANT

pour tous

1^{re} ÉTAPE

Le tiers payant est étendu à tous les patients couverts à 100% par l'Assurance maladie, soit 15 millions de Français. Sont concernés, en plus des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, les patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) et les femmes enceintes.

- 1^{er} JUILLET 2015
Application aux bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS).
- 1^{er} JUILLET 2016
Les médecins pourront pratiquer le tiers payant avec tous les patients couverts à 100% par l'Assurance maladie (femmes enceintes, personnes diabétiques, atteintes d'un cancer, etc.).
- 31 DÉCEMBRE 2016
Le tiers payant sera un droit pour chaque patient couvert à 100% par l'Assurance maladie.

2^e ÉTAPE

Le tiers payant est étendu à tous les patients, à partir du :

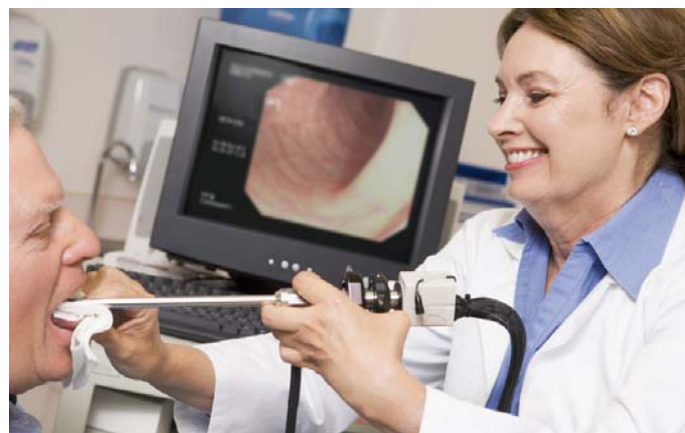
- 1^{er} JANVIER 2017
Les médecins pourront proposer le tiers payant à tous leurs patients.
- 30 NOVEMBRE 2017
Le tiers payant sera un droit pour tous les Français, pour la partie remboursée par la sécurité sociale. Les professionnels de santé pourront en plus proposer le tiers payant pour la partie remboursée par les complémentaires santé.

UN DISPOSITIF SIMPLE ET SÉCURISÉ POUR LES MÉDECINS ET LES PATIENTS

Pour les médecins, la loi prévoit un délai maximum de paiement sous 7 jours, une information rapide et claire sur les remboursements et un accompagnement spécifique en gestion.

Les patients continueront à choisir librement leur médecin et les médecins continueront à prescrire librement.

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé
DCCOM n° 514-845



Son objectif est de simplifier la mise en œuvre du tiers payant pour les professionnels de santé, dans l'intérêt des assurés et de l'ensemble des acteurs concernés par la dispense d'avance de frais.

Dans le prolongement des travaux déjà engagés, l'association travaille à la cohérence des outils de tous les acteurs impliqués dans le tiers payant.

Afin d'améliorer et de moderniser les échanges entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires, elle mettra en place, avec ses partenaires, un socle de règles communes : cahiers des charges, normes techniques et de gestion...

Les professionnels de santé seront étroitement associés aux travaux, afin de construire des solutions faciles à utiliser et adaptées aux spécificités de chacun.

Ce dispositif sera testé pour s'assurer qu'il répond à leurs exigences en termes de simplicité, de rapidité, de garantie de paiement et de qualité de service.

Des ajustements pourront être faits pour prendre en compte leurs attentes et pour développer un dispositif permanent et opérationnel en 2017.

➤ **Loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :**

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=4B8218CDD3128E37177C3F8F30F2D5D1.tpdila20v_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

➤ **Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016 relative à la Loi de modernisation de notre système de santé :**

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2015-727-dc/decision-n-2015-727-dc-du-21-janvier-2016.146887.html>

➤ **Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé**

http://admin.ctip.asso.fr/bib/res/ressources/0/0/160217124422_rapport-tpg-2016-16-02-vf.pdf

Les trois Fédérations d'organismes assureurs en complémentaire santé ont pris l'engagement de proposer une solution de tiers payant répondant aux besoins des professions de santé.

Dans la perspective de l'entrée en vigueur du tiers payant intégral annoncée par le gouvernement depuis 2013, les complémentaires santé et leurs fédérations (le CTIP, la FFSA et la FNMF) ont créé une association commune chargée de piloter leur dispositif technique de tiers payant².

L'association organise la coopération entre les différents acteurs : assurance maladie obligatoire, éditeurs de logiciels des professionnels de santé, opérateurs de tiers payant, GIE SESAM-Vitale...

² Association des complémentaires santé pour le tiers-payant



RETRAITÉ(E)S :

L'ÉTAT D'URGENCE SOCIALE

LE 10 MARS 2016

Exigeons d'être respectés :
défendons notre pouvoir d'achat !

Le gouvernement impose l'austérité budgétaire aux retraités !
• Il n'a pas revalorisé les pensions de retraite depuis 2013 (si ce n'est l'aumône de 0,1% accordée en octobre 2015).
• Il a approuvé l'accord AGIRC-ARRCO initié par le MEDEF et la CFDT qui entraîne le recul de 62 à 63 ans de l'âge ouvrant droit à une retraite à taux plein et inflige un tour de vis supplémentaire au

■ L'UCR-FO DÉFEND LE POUVOIR D'ACHAT DES RETRAITÉS

Suite à leur réunion du 29 janvier 2016, les organisations syndicales de retraités (UCR-FO, UCR-CGT, UNAR-CFTC, UNIR-CFE/CGC, SFR-FSU, UNIR Solidaires, Ensemble et Solidaires-UNRPA, FGR-FP et LSR étant excusées) ont adressé dès le 1^{er} février une lettre de demande de rendez-vous à Michel Sapin, Ministre des finances et des comptes publics.

Elles demandent l'annulation de deux mesures fiscales touchant particulièrement les retraités, à savoir :

- la suppression de la demi-part fiscale pour les veufs et les veuves
- et l'imposition des majorations familiales.

S'agissant de la première mesure, elle consiste notamment à demander des éclaircissements sur la mise en œuvre de la mesure de « remboursement » annoncée par le chef de l'Etat comme par le ministre des finances.

Le 10 mars, elles ont organisé une journée d'information pour faire connaître cette initiative et mettre en avant les éléments de la plate-forme discutée entre les organisations. Il a été indiqué qu'au-delà de la revendication commune de la revalorisation des retraites et pensions, de base comme complémentaires, il fallait insister sur la défense des pensions de réversion.

Celles-ci sont menacées par les projets de dispositions réglementaires à harmoniser dans le cadre de la mise en place du futur régime unifié des retraites complémentaires au 1^{er} janvier 2019, et par les projets de fusion des régimes obligatoire de retraite, comme illustré par les derniers travaux du Conseil d'Analyse Economique.

Cette revendication a été fermement défendue par FO avec notamment le soutien avéré de l'UNAR-CFTC et de l'UNIR-CFE/CGC,

UNION CONFEDERALE DES RETRAITES FO



Paris, le 1^{er} février 2016

Monsieur Michel Sapin
Ministre des finances et des comptes publics
139 rue de Bercy 75572 Paris Cedex 12

Monsieur le Ministre

Les organisations soussignées se sont réunies pour faire le bilan de la situation des retraités qu'elles ont eu l'occasion d'évoquer avec Monsieur YAHIEL, conseiller social du président de la République, le 1^{er} octobre de l'an passé.

Parmi toutes les mesures qui ont particulièrement affecté le pouvoir d'achat des retraités, la suppression de la demi-part fiscale pour les veuves et les veufs est celle qui est la plus mal ressentie.

Décidée par la majorité précédente, sa mise en oeuvre progressive a retardé son impact mais elle joue maintenant à plein. De plus, s'est ajoutée à cette mesure, la fiscalisation de la majoration de 10 % des pensions des retraités ayant eu au moins trois enfants, décidée dans le projet de loi de finances pour 2016.

De ce fait, les deux mesures cumulées ont entraîné un impact démesuré du fait de l'existence de paliers en fonction des revenus : quelques euros de revenus supplémentaires déclenchent une surimposition démesurée qui, elle-même, peut entraîner la fin d'autres exonérations sur la taxe d'habitation, la taxe foncière, etc.

Certains retraités ont vu leur imposition doublée, triplée, voire plus.

Pour nos organisations, une double mesure est seule susceptible de rétablir la situation des retraités concernés : **le rétablissement de la demi-part fiscale supplémentaire dans la loi de finances et l'exonération fiscale des majorations familiales.**

Le gouvernement au travers des media, a promis de réagir et de procéder à l'exonération du montant de l'imposition liée à la suppression de la demi-part, mais nos adhérents et sympathisants nous sollicitent pour demander des explications sur les modalités de cette mesure.

- Combien de personnes seront exonérées (on parle de 250 000 sur 900 000 personnes bénéficiaires) ?
- Comment seront-elles exonérées ? Par remboursement direct ? Doivent-elles faire la demande ou cela se fera-t-il automatiquement ?
- Cette exonération sera-t-elle pérenne ou ne concerne-t-elle que les impositions 2015 et 2016 ?

Les déclarations publiques sur cette question ont été pour le moins confuses. Nous souhaiterions donc pouvoir être reçus afin de recueillir vos explications et éclaircissements.

Nous réaffirmons que seuls le rétablissement de la demi-part fiscale supplémentaire pour les veuves et veufs et l'exonération fiscale des majorations familiales sont susceptibles de rétablir un peu de justice dans une situation ou les retraités ont vu, selon des sources parlementaires, leur taxe foncière multipliée par six.

En l'attente d'une réponse que nous espérons favorable, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre considération.

Les organisations syndicales de retraités

- UCR-CGT - FSU-Retraité
- UCR-FO - UNR-Solidaires
- UNAR-CFTC - UNRPA
- UNIR-CFE/CGC - FGR-FP
- LSR

en réponse aux doutes de la FGR-FP qui avait fait savoir qu'elle ne considérait pas cette revendication comme prioritaire.

➔ Téléchargez la note du Conseil d'Analyse Economique
« Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité »
<http://cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note028.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.

GOUVERNER LA PROTECTION SOCIALE : TRANSPARENCE ET EFFICACITÉ

Les dépenses de protection sociale représentent aujourd'hui près de 672 milliards d'euros en France, soit 31,8 % du PIB. Le lent processus de construction de ce système a abouti à une architecture complexe avec de multiples acteurs aux décisions non coordonnées, les choix d'ensemble étant finalement peu transparents.

Les auteurs de cette nouvelle note du CAE, Antoine Bozio et Brigitte Dormont, font le point sur cette architecture et proposent des pistes pour une restructuration permettant à la fois l'expression des choix démocratiques et l'indispensable recherche d'efficacité, en mettant l'accent sur les retraites et l'assurance maladie, qui représentent près de 80 % des dépenses de protection sociale.

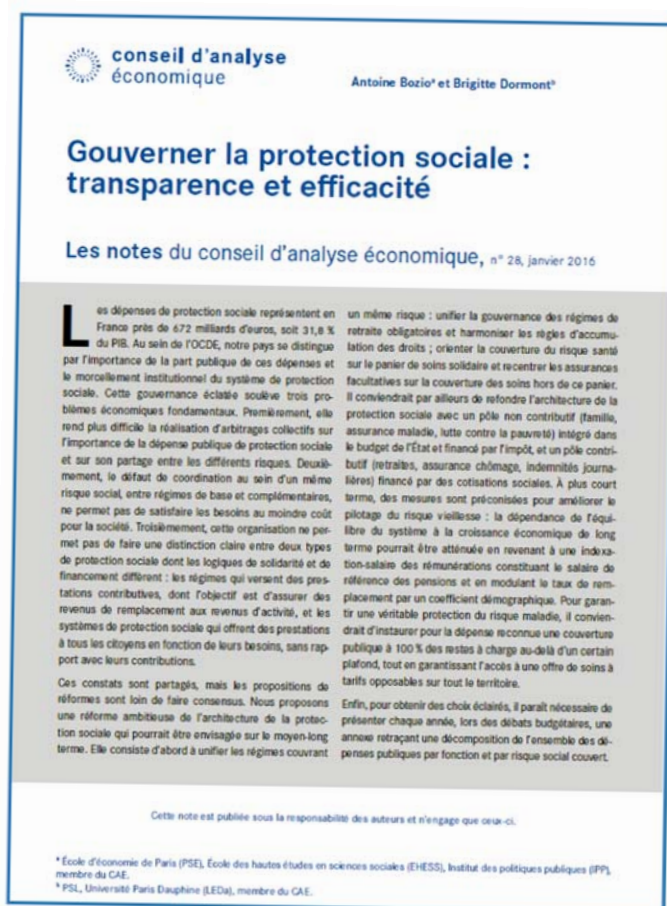
Ils formulent six recommandations :

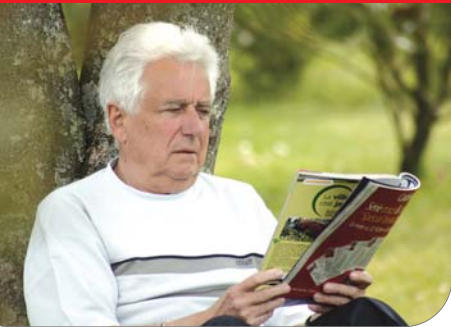
- **Recommandation 1.** Unifier la gouvernance des régimes de retraites obligatoires. Harmoniser progressivement les règles définissant l'accumulation des droits tout en maintenant le cas échéant des paramètres différents selon les régimes.
- **Recommandation 2.** Unifier la couverture du risque santé (actuellement Sécurité sociale et complémentaires) pour ce qui concerne les soins du panier solidaire et recentrer les assurances facultatives sur la couverture des soins hors de ce panier.
- **Recommandation 3.** Refondre l'architecture de la protection sociale avec un pôle non contributif (famille, maladie, lutte contre la pauvreté) intégré dans le budget de l'État et financé par l'impôt, et un pôle contributif (retraites, assurance chômage, indemnités journalières) financé par des cotisations sociales.
- **Recommandation 4.** Réduire la dépendance à la croissance de l'équilibre de long terme du système de retraites en revenant à une indexation-salaire des rémunérations constituant le salaire de référence des pensions et en modulant le taux de remplacement par un coefficient démographique.
- **Recommandation 5.** Instaurer une couverture publique à 100 % des restes à charge au-delà d'un certain plafond, pour la dépense reconnue. Garantir l'accès à une offre de soins à tarifs opposables sur tout le territoire.

- **Recommandation 6.** Présenter chaque année, lors des débats budgétaires, une annexe retraçant une décomposition de l'ensemble des dépenses publiques par fonction et par risque social couvert.

- **Les notes du conseil d'analyse économique N° 28 - janvier 2016**

<http://www.cae-eco.fr/Gouverner-la-protection-sociale-transparence-et-efficacite.html>





LES BONNES FEUILLES *suite*

LA SITUATION FINANCIÈRE DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES ASSURANT UNE COUVERTURE SANTÉ : RAPPORT 2015

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : LES CONTRATS COLLECTIFS GAGNENT DU TERRAIN

En 2014, 33,9 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé en France.

La santé représente une part croissante du marché de l'assurance avec 15 % de l'activité totale d'assurance en 2014, contre 13 % en 2009. Les mutuelles restent prédominantes, même si elles perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurances.

Les contrats collectifs, qui couvrent des salariés d'entreprise ou de branches professionnelles, gagnent du terrain sur les contrats individuels : ils représentent 43 % du marché en 2014 contre 41 % en 2009. En 2014, 80 % des cotisations de complémentaire santé sont reversées sous forme de prestations. Toutefois, le retour sur cotisations diminue depuis quelques années, notamment pour les contrats individuels (75 % des cotisations reversées en 2014, contre 78 % en 2009).

Chaque année depuis 2009, le marché de la complémentaire santé dégage de légers excédents, en général inférieurs à 1 % des cotisations collectées. Ces bénéfices sont moindres que ceux réalisés sur l'ensemble du marché de l'assurance (3 % des cotisations collectées en moyenne).

► **Drees Études et Résultats N°952 – 26 février 2016**
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/assurance-complementaire-sante-les-contrats-collectifs-gagnent-du-terrain>

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 et article L.862-7 du code de la Sécurité sociale) le Gouvernement a été chargé d'établir, chaque année, un rapport présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé. Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2014 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par le fonds CMU.

Ce rapport comprend quatre parties. La première présente la structure et la démographie du marché de l'assurance complémentaire santé. La deuxième partie présente la situation financière des organismes sur leur activité « Santé ». La troisième partie présente leur solvabilité financière globale et le respect des règles prudentielles. Enfin, la quatrième partie apporte des éclairages sur les coûts de gestion.

Les principales informations du rapport :

- la poursuite en 2014 de la concentration des acteurs, le secteur mutualiste restant encore très morcelé avec 453 mutuelles assujetties à la taxe CMU en 2014, contre 94 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance ;
- la prédominance des mutuelles sur le marché de la couverture santé complémentaire (53 % des primes collectées d'après le fonds CMU) même si leurs parts de marché diminuent au profit des sociétés d'assurances ;
- les contrats collectifs, qui couvrent des salariés d'entreprise ou de branches professionnelles, gagnent du terrain sur les contrats individuels : ils représentent 43 % du marché en 2014 contre 41 % en 2009.



A noter également que la masse des primes collectées en santé a augmenté de 2,3 % entre 2013 et 2014, à 33,9 milliards d'euros, alors que les dépenses n'ont progressé que de 0,7 %. Ainsi, le résultat technique en santé (produits de l'activité santé nets des charges) représente 0,8 % des primes collectées en 2014 (3,5 % pour les sociétés d'assurance, 0,6 % pour les mutuelles).

Celui de contrats collectifs est déficitaire alors que celui des contrats individuels est excédentaire. Les charges de gestion (administration, acquisition et gestion des sinistres) sont en moyenne moins élevées pour les IP : elles représentent 14 % des primes en 2014, contre 19 % pour les mutuelles, 22 % pour les sociétés d'assurance mixte et 24 % pour les sociétés d'assurance non vie. La part des charges de gestion dans les primes a au global légèrement augmenté depuis 2011.

► **La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - Rapport 2015 – DREES, 26 février 2016 - 64 pages**

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_2015_situation_financiere_organismes_complementaires.pdf

EMPLOI ET CHÔMAGE DES SENIORS EN 2014. PLUS D'UN ACTIF SUR DEUX PARMIS LES 55-64 ANS

En 2014, 50,7 % des personnes âgées de 55 à 64 ans sont actives en France métropolitaine : 47,0 % ont un emploi et 3,7 % sont au chômage. Ce taux d'activité a augmenté de 2,4 points au cours de l'année 2014 et n'a jamais été aussi élevé depuis 1975. Pour les 60-61 ans, concernés par le report progressif de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite, la hausse a atteint 5,2 points, contre 1,9 point pour les 62-64 ans et 1,3 point pour les 55-59 ans. Fin 2014, le taux de chômage des personnes de 55 ans ou plus s'élève à 7,0 %, en hausse de 0,2 point sur l'année contre +0,4 point pour l'ensemble de la population active.

Depuis début 2008, le taux de chômage a augmenté de 3,3 points pour les seniors comme pour les moins de 55 ans. En 2014, parmi les retraités ou préretraités, 8 % sont en emploi entre 60 et 64 ans et 4 % entre 65 et 69 ans, le plus souvent à temps partiel.

20 % des personnes entre 60 et 64 ans en emploi sont retraités ou préretraités ; cette part passe à 70 % pour les personnes en emploi de 65 à 69 ans. Le taux d'activité des 55-64 ans en France est inférieur de 5 points à celui de l'Union européenne en 2014 (contre 7 points en 2011). Cet écart est dû principalement à la faiblesse du taux d'activité des hommes de 60-64 ans.

► **DARES Résultats N°007- 28 janvier 2016**

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/emploi-et-chomage-des-seniors-en-2014-plus-d-un-actif-sur-deux-parmi-les-55-64>



DROITS FAMILIAUX ET DISPOSITIFS DE SOLIDARITÉ DU SYSTÈME DE RETRAITE

Le système de retraite obligatoire intègre un grand nombre de dispositifs de solidarité visant notamment à réduire les inégalités de carrière des personnes lors du passage à la retraite. Ce nouveau « Dossier Solidarité et Santé » analyse ces dispositifs en étudiant principalement deux thématiques : les masses financières entrant en jeu et l'apport de ces dispositifs à la pension individuelle.

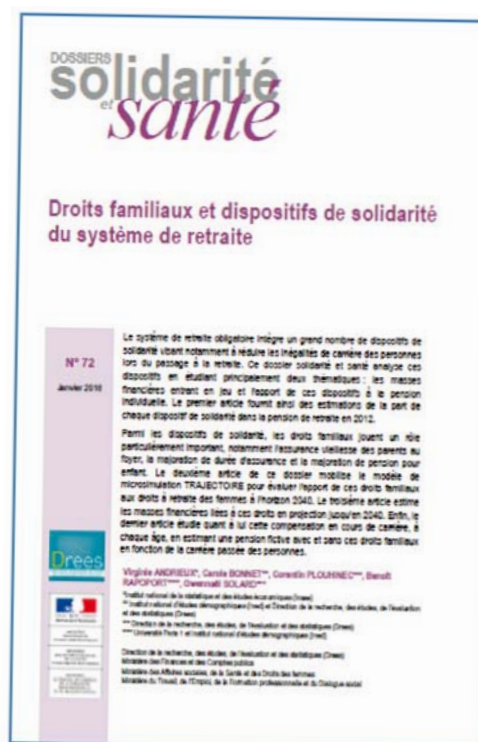
Le premier article fournit ainsi des estimations de la part de chaque dispositif de solidarité dans la pension de retraite en 2012. Parmi les dispositifs de solidarité, les droits familiaux jouent un rôle particulièrement important, notamment l'assurance vieillesse des parents au foyer, la majoration de durée d'assurance et la majoration de pension pour enfant.

Le deuxième article de ce dossier mobilise le modèle de microsimulation TRAJECTOIRE pour évaluer l'apport de ces droits familiaux aux droits à retraite des femmes à l'horizon 2040.

Le troisième article estime les masses financières liées à ces droits en projection jusqu'en 2040. Enfin, le dernier article étudie quant à lui cette compensation en cours de carrière, à chaque âge, en estimant une pension fictive avec et sans ces droits familiaux en fonction de la carrière passée des personnes.

► **Drees Dossiers Solidarité Santé N°72 - Janvier 2016.**

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/dossiers-solidarite-et-sante/article/droits-familiaux-et-dispositifs-de-solidarite-du-systeme-de-retraite>





LES BONNES FEUILLES *suite*

LA PART DE LA RÉVERSION DANS LA RETRAITE DES FEMMES DIMINUE AU FIL DES GÉNÉRATIONS

Fin 2012, un quart des retraités, soit 4,3 millions de personnes vivant en France ou à l'étranger, perçoivent une pension de réversion. Une grande majorité d'entre eux sont des femmes de 60 ans ou plus. Parmi ces retraités de droit dérivé, 1,1 million ne perçoivent pas de pension de droit direct. Parmi l'ensemble des retraités, la réversion représente un quart de la pension des femmes et une part négligeable de celle des hommes.

Elle constitue la moitié de la retraite des bénéficiaires d'une pension de réversion. Sa part dans la retraite totale était plus élevée pour les veuves des anciennes générations qui disposaient de droits directs plus faibles que pour les retraitées actuelles. En moyenne, les femmes perçoivent une pension de réversion de 642 euros, soit un montant plus de deux fois supérieur à celui des hommes (304 euros).

En effet, ces derniers bénéficiaient, avant leur décès, d'une retraite plus élevée que celle des femmes. Le montant de la pension de réversion versé aux femmes est donc mécaniquement plus important. Dans les régimes où existe un plafond de ressources pour la réversion, les hommes veufs dépassent également plus souvent ce plafond.

► **Drees Études et Résultats N°951 - 23 février 2016**
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-part-de-la-reversion-dans-la-retraite-des-femmes-diminue-au-fil-des>



LES RETRAITÉS : UN ÉTAT DES LIEUX DE LEUR SITUATION EN FRANCE

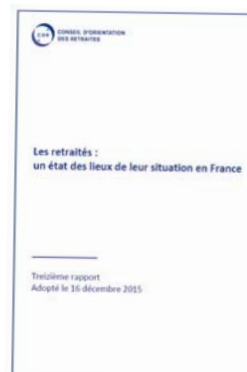
Le 13^{ème} rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) propose des éclairages multiples sur la situation des retraités actuels et apporte des éléments prospectifs sur la situation des retraités futurs, au regard de l'objectif donné par la loi au système de retraite de garantir un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités (II de l'article L.111-2-1 du code de la sécurité sociale). Préparé dans le cadre des séances mensuelles du COR, ce rapport constitue une synthèse large de données et d'analyses. Il dépasse l'aspect purement financier de la question pour explorer les dimensions plus qualitatives et plus subjectives du niveau de bien-être.

Le rapport est organisé en trois parties :

- La première partie actualise et enrichit les résultats régulièrement publiés par le COR sur les revenus et le niveau de vie des retraités. En particulier, elle récapitule les évolutions observées et projetées du niveau de vie relatif des retraités de 1970 à 2060.
- La deuxième partie complète la description des revenus par celle de la consommation, de l'épargne et du patrimoine des retraités, et des transferts entre générations.
- La troisième partie apporte enfin des éléments plus qualitatifs sur les conditions de vie des retraités : état de santé, conditions de logement et lieux de résidence, emploi du temps et vie sociale. Est également abordée la question des difficultés matérielles des retraités les plus défavorisés. Une analyse de l'appréciation subjective des retraités sur leur satisfaction dans la vie clôt cette dernière partie.

► **Le 13^{ème} rapport du COR, sa synthèse et le diaporama présenté lors du point presse :**

<http://www.cor-retraites.fr/article459.html>



L'AUGMENTATION DE L'ÂGE DE DÉPART À LA RETRAITE DES AFFILIÉS À LA CNRACL : MESURES À TRAVERS DIFFÉRENTS INDICATEURS

Le numéro 14 de Questions Retraite & Solidarité – Les études est consacré à l'étude des évolutions des âges de départ à la retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers affiliés de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Depuis 2003, les réformes en matière de retraite se sont succédé, modifiant les règles de calcul des pensions et les conditions de départ à la retraite. Comme l'ensemble des affiliés des régimes de retraite de base, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers ont été concernés par ces changements.

Ces réformes ont notamment eu comme conséquence de faire reculer l'âge de départ à la retraite. Afin de mesurer ces évolutions, cette étude mobilise deux types d'indicateurs : l'âge moyen des nouveaux retraités ainsi que l'âge conjoncturel de départ. Entre 2000 et 2014, l'âge moyen de départ des nouveaux retraités est ainsi passé de 57,3 à 60,7 ans. Cette augmentation s'est accélérée au cours des dernières années ; l'âge moyen s'est décalé d'une année sur la période 2000 à 2010 contre près de trois entre 2010 et 2014. Toutefois, si l'âge moyen de départ des nouveaux retraités est un indicateur disponible rapidement, il est cependant dépendant de la composition des flux de départs en termes de générations concernées et de motifs de départs.

Un âge de départ conjoncturel est donc calculé afin de contrôler ces effets. Dans le temps, cet âge évolue de façon assez identique, pour atteindre 60,3 ans en 2014. Un éclairage par génération complète l'étude afin de mieux percevoir l'impact des réformes. Il met notamment en évidence que la part des fonctionnaires encore en activité à 61 ans augmente de génération en génération pour atteindre près d'une personne sur deux pour la génération 1953.

► **Questions Retraite & Solidarité - Les études N°14, janvier 2016**

<http://retraite-solidarite.caissedesdepots.fr/content/questions-retraite-solidarit-les-tudes-n-14>



L'ACTION SOCIALE DES COLLECTIVITÉS LOCALES ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES

La Drees propose, dans ce dossier, une observation qualitative au-delà de l'aide sociale légale. L'action sociale des collectivités locales à destination des personnes âgées dépendantes ou en risque de dépendance couvre un large domaine qui s'étend de la prévention de la perte d'autonomie à l'accompagnement de la dépendance. Elle s'adresse aux seniors, aux personnes isolées, aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie ou de dépendance ainsi qu'à leurs aidants.

Le champ d'action est vaste ; il concerne aussi bien les traditionnels repas et rencontres des anciens, que l'organisation de l'accueil et de l'information des personnes âgées et de leurs familles, l'offre d'hébergement, l'offre d'animation et de loisirs, les aides au maintien à domicile et le soutien aux aidants. En outre, l'action sociale facultative en faveur des personnes âgées est en partie structurée par l'attribution des aides légales, en premier lieu celle de l'allocation personnalisée d'autonomie, et intervient en complément ou pour répondre à des besoins sociaux non couverts. Elle met en jeu de nombreux acteurs et une organisation complexe des réseaux et partenariats (État, départements, communes et intercommunalités, organismes et centres sociaux, tissu associatif...).

L'aide facultative à l'égard des personnes âgées est à la fois l'expression d'une politique spécifique des collectivités et une tentative de réponse aux besoins, exprimés ou non, des habitants du territoire. La présente étude vise à mieux comprendre les modes d'organisation des départements, communes et intercommunalités pour conduire leurs actions à destination des personnes âgées et de leur entourage, au-delà de la seule aide sociale légale, sans prétendre couvrir l'éventail des actions menées dans leur intégralité, l'échantillon de collectivités rencontrées étant restreint.

En dépassant la simple description de ce qui est proposé à chacun des échelons d'intervention, il faut se demander si et comment l'ensemble des dispositifs mis en œuvre s'articulent sur un territoire donné pour y constituer une politique cohérente de prévention ou d'accompagnement et de prise en charge de la perte d'autonomie.

► **Drees Dossiers solidarité et santé N°71 – décembre 2015**

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss71.pdf>



LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LA FRAGILITÉ EN QUESTIONS. APPORTS, LIMITES ET PERSPECTIVES

En mars 2014, le Liraes (Université Paris-Descartes) et l'IRDES organisaient un séminaire sur ce thème. Les actes de ce séminaire rassemblent une vingtaine d'interventions qui présentent les avancées récentes de la recherche pluridisciplinaire et des pratiques dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. La France a connu un engouement récent pour les stratégies prenant en compte la fragilité.

Alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité permettrait d'intervenir suffisamment en amont chez les personnes âgées pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences néfastes. Pourtant, les approches de la fragilité ne sont pas consensuelles. Les travaux récents en sciences humaines et sociales déplacent le débat ayant cours au sein de la géronto-gériatrie vers la prise en compte des situations de vulnérabilité des personnes âgées dans leur ensemble. Ce faisant, la compréhension de la fragilité s'élargit aux aspects économiques et sociaux mobilisant de nouveaux concepts et outils méthodologiques.

Par ailleurs, les actions de prévention dépassent désormais le cadre clinique et s'inscrivent dans le champ des interventions socio-économiques des organismes de protection sociale. Quels sont les accords et désaccords de ces approches ? Où fixer les limites du concept par rapport aux dimensions cognitive, sociale et économique ? De quelles données dispose-t-on ? Qui sont ces « fragiles » ? Quelles actions sont menées et pour quel rapport coût/efficacité ? Quelles stratégies par rapport aux politiques sanitaires et sociales existantes ? Bref, quels constats et quelles perspectives pour la recherche et la décision publique ?

► **Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'irdes.**

<http://www.irdes.fr/recherche/2016/rapport-563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.html>



LES BONNES FEUILLES *suite*

ÉVOLUTION DU REGARD DES FRANÇAIS SUR LA PROTECTION SOCIALE ET SUR LES POLITIQUES DE SOLIDARITÉ AU COURS DES VINGT DERNIÈRES ANNÉES

LES PRESTATIONS SOCIALES DE 1981 À 2014 : TROIS DÉCENNIES DE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE VIEILLESSE

Les dépenses de prestations sociales ont ralenti au cours des trente dernières années. Leur croissance annuelle moyenne à prix constants est de 3,2 % entre 1981 et 1992, de 2,5 % entre 1992 et 2003 et de 2,3 % entre 2003 et 2014. Néanmoins, les prestations sociales représentent une part croissante du PIB : environ 25 à 26 points de PIB durant la décennie 1980, puis de l'ordre de 28 points de PIB au cours des décennies 1990 et 2000, et plus de 30 points de PIB depuis 2009.

Cette tendance globale masque cependant des évolutions différenciées selon le risque social. En effet, sous l'impulsion des réformes du système de santé ou du système de retraites, les dépenses des deux grands risques santé et vieillesse-survie sont désormais maîtrisées.

Au sein du risque famille, une progression modérée des dépenses va de pair avec une réorientation en faveur des prestations liées à la garde d'enfant. En revanche, les dépenses liées au risque pauvreté-exclusion augmentent fortement. En effet, en 1981, ce risque était très limité : la mise en place du RMI puis du RSA a contribué au dynamisme de ces dépenses dans un contexte de chômage de masse, notamment de longue durée.

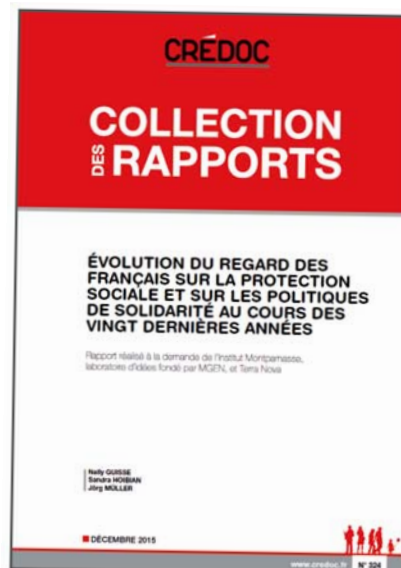
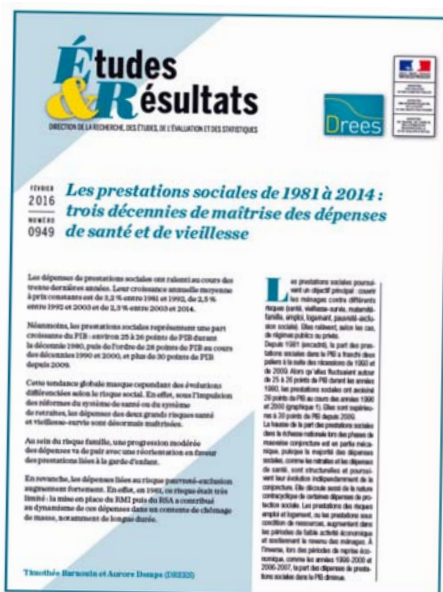
► Drees Études et Résultats N°949 – 10 Février 2016
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-prestations-sociales-de-1981-a-2014-trois-decennies-de-maitrise-des>

A l'occasion du 70^{ème} anniversaire de la Sécurité sociale le CREDOC a mené, à la demande de l'Institut Montparnasse, laboratoire d'idées fondé par MGEN, et du think tank Terra Nova, une enquête sur l'évolution du regard porté par les Français sur leur système de protection sociale. Ces travaux montrent que, dans l'esprit de nos concitoyens, la protection sociale est d'abord associée à un accès aux soins pour tous.

Pour l'opinion, la protection sociale fait face à des défis qui nécessitent la mise en place de réformes, mais pas de changements radicaux. Près d'un Français sur deux se dit préoccupé par la capacité du système de protection sociale à financer les retraites, une proportion qui a doublé en l'espace de vingt ans. Le versement de certaines aides à tous - et notamment des prestations familiales - est parfois remis en cause. La place des acteurs publics est incontestée, 47% estiment même que les pouvoirs publics doivent jouer un rôle plus important à l'avenir au sein du système de protection sociale. Mais l'étude montre également un intérêt de 38% de la population pour l'action d'acteurs privés à but non-lucratif (mutuelles, institutions de prévoyance).

Le rapport détaillé révèle également que les classes moyennes inférieures estiment, plus souvent que leurs concitoyens, être perdantes du système de redistribution socio-fiscale. 77 % ont l'impression qu'entre ce qu'elles versent aux administrations publiques et ce dont elles bénéficient en retour à travers les allocations, l'école, la santé, le chômage ou la retraite, elles sont plutôt perdantes. Corrélativement, la protection sociale est plus souvent associée, dans l'esprit des classes moyennes inférieures, à des représentations négatives telles que la lourdeur bureaucratique ou des dépenses publiques trop importantes.

► Téléchargez le rapport du Crédoc N°R324 : 2015
<http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R324.pdf>



L'AGENDA DU 2^{EME} TRIMESTRE 2016

Date	Organisme	Réunion
6 avril	CNAV	Conseil d'administration
13 avril	COR	Travaux sur les indicateurs en vue du 3 ^{ème} rapport annuel
21 avril	COMAREP	Séance plénière
4 mai	CNAV	Conseil d'administration
12 mai	ARRCO	Bureau
12 mai	AGIRC	Bureau
19 mai	CTIP	Conseil d'administration
20 mai	AGIRC-ARRCO-CTIP	Instance de coordination
25 mai	COR	La retraite des fonctionnaires et dans les autres régimes spéciaux
1 ^{er} juin	CNAV	Conseil d'administration
15 juin	ARRCO	Bureau
15 juin	AGIRC	Bureau
15 juin	COR	Examen et adoption du 3 ^{ème} rapport annuel
16 juin	COMAREP	Séance plénière
23 juin	ARRCO	Conseil d'administration
28 juin	AGIRC	Conseil d'administration



TPE 2016
ARTISANAT, COMMERCE,
PROFESSIONS LIBERALES
SERVICES, INDUSTRIE...



**La grande élection syndicale
pour les salariés des
Très Petites Entreprises**

