

PRÉVOYANCE

LE MAGAZINE DU CTIP

N° 76 / Juin 2022

Éditorial

Les résultats 2021 des IP illustrent leur gestion responsable

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



Après une année 2020 marquée par la crise sanitaire, les institutions de prévoyance (IP) ont vu leurs résultats s'améliorer en 2021. Ce redressement témoigne, s'il en était besoin, de la gestion responsable des assureurs à gouvernance paritaire et à but non lucratif que sont les IP.

Tel est l'un des principaux messages qui ressort des chiffres publiés mi-juin par le CTIP sur l'activité des IP en 2021. Premier chiffre dont on peut se réjouir : à la faveur du rebond économique et de la reprise de l'emploi salarié dans le secteur privé, l'activité des IP est répartie à la hausse, avec une progression des cotisations de 8,3 %, à 14,1 milliards d'euros. Soit une hausse de 4,5 % par rapport à 2019, année avant Covid.

Quant aux prestations servies aux entreprises et aux salariés, elles ont progressé de 3,5 %, à 12,8 milliards d'euros. En santé, cette hausse s'explique par un phénomène de rattrapage de la consommation de soins et par le recours accru au 100 % santé. Le coût de cette réforme, supérieur aux prévisions des pouvoirs publics, est d'ailleurs largement financé par les IP. En prévoyance, la croissance des prestations résulte du maintien à un niveau élevé des arrêts de travail, à plus de 4,2 milliards d'euros. Les arrêts Covid se sont poursuivis au premier semestre et les IP observent une augmentation du nombre des arrêts de travail, aussi bien courts que longs.

En dépit du coût du 100 % santé et de la sinistralité toujours élevée en prévoyance, les IP ont réussi à opérer un retour à l'équilibre et enregistrent, au global, un résultat net positif de 166 millions d'euros. Toutefois, ce résultat ne compense pas la perte 2020 de 265 millions d'euros.

Aussi, il convient de rester prudent sur ce retour à l'équilibre. La marge de solvabilité, à 274 % en 2021, ne retrouve pas son niveau d'avant-crise. Et le contexte international conjugué aux tensions inflationnistes font peser des incertitudes fortes sur la poursuite du rebond économique et la reprise de l'emploi, éléments clés pour les IP.

À la rentrée de septembre, les indicateurs économiques seront donc particulièrement à surveiller. Cette rentrée sonnera également l'heure de la préparation du premier Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) du nouveau quinquennat d'Emmanuel Macron. Dans ce contexte, avec l'appui des IP qu'il représente et défend, le CTIP continuera plus que jamais à promouvoir la force du modèle paritaire, qui permet de bâtir ensemble des solutions adaptées, et les vertus du contrat collectif, qui privilégie l'intérêt commun. ●



Interview

Franck Duclos :
« La branche de la métallurgie réaffirme sa culture du dialogue social » **P. 3**



Zoom

Couverture santé :
Les atouts des accords de branche **P. 5**



Reportage

Les institutions de prévoyance valorisent leurs engagements sur les réseaux sociaux **P. 7**



CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

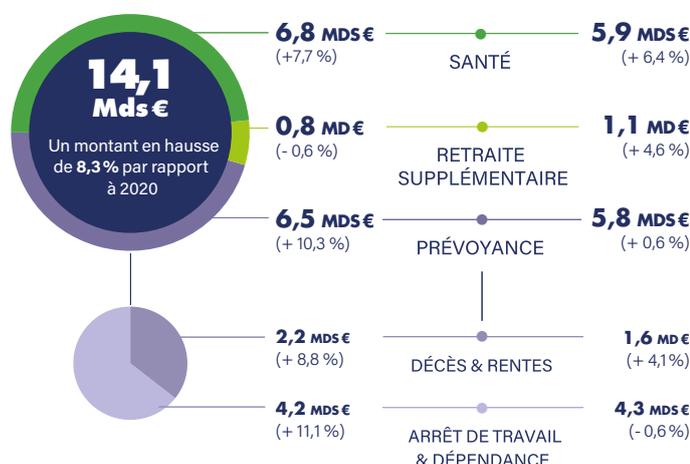
Acteur de la protection sociale
de demain

Les chiffres clés du secteur en 2021

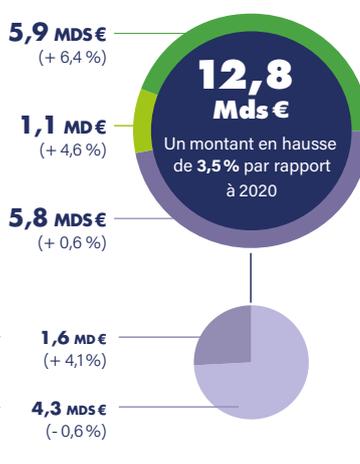
ACTIVITÉ DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Évolution de l'activité des institutions de prévoyance en 2021

LES COTISATIONS*



LES PRESTATIONS*



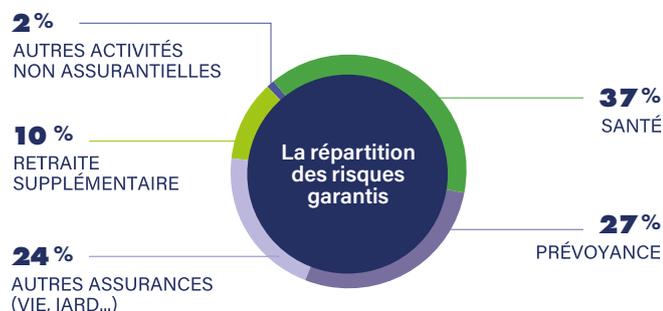
TAUX DE REDISTRIBUTION



Couverture de la marge de solvabilité
274%

*Affaires directes hors acceptations et brutes de réassurance. (Source : états ACPR - ENS)

DONNÉES COMBINÉES DES GROUPES DE PROTECTION SOCIALE



Chiffre d'affaires
31,3 MDS€

Les données consolidées incluent les opérations affaires directes et les acceptations corrigées des retraitements de consolidations.

ACTION SOCIALE

En 2021, les institutions de prévoyance ont consacré 100 M€ à l'action sociale



(1) dont 69% consacrés à la prise en charge de cotisations santé ou de frais médicaux et de prévention

NOUVELLE CONVENTION COLLECTIVE

La branche de la métallurgie réaffirme sa culture du dialogue social

En février dernier, la CFDT, la CFE-CGC, FO et l'UIMM ont signé une nouvelle convention collective de la métallurgie.

Elle entrera en vigueur, pour l'essentiel, le 1^{er} janvier 2024.

Entretien avec Franck Duclos, Directeur de la protection sociale à l'UIMM.

Le 7 février 2022, la CFDT, la CFE-CGC, FO et l'UIMM ont signé la nouvelle convention collective de la métallurgie et ses accords autonomes. L'UIMM et les trois organisations syndicales ont salué « l'aboutissement d'une démarche historique » qui a pour ambition de « créer le modèle social de l'industrie de demain pour répondre aux nouvelles attentes des entreprises et des salariés ». L'accord ouvre notamment le bénéfice de la prévoyance à tous les personnels non-cadres et engage les 42 000 entreprises de la branche dans un degré élevé de solidarité pour leur protection sociale. L'application des règles relatives à la protection sociale se fera à partir du 1^{er} janvier 2023. Puis, à partir du 1^{er} janvier 2024, il y aura l'intégration des dispositions conventionnelles de la branche.

Vous avez participé à la négociation sur la convention collective nationale de la métallurgie signée en février 2022. Elle va se substituer à 78 conventions existantes d'ici 2024. Comment interprétez-vous ce résultat ?

Franck Duclos : C'est une vraie satisfaction, après six années de négociation, de parvenir à un texte qui soit à la hauteur de nos ambitions initiales. Avec cette modernisation, la branche de la métallurgie réaffirme sa culture du dialogue social, raisonné et gagnant-gagnant, et se dote d'outils efficaces pour relever les défis de l'attractivité et de la compétitivité.

L'accord, qui couvre 1,6 million de salariés, fera date sur de nombreux points. Pour ma part, je retiens particulièrement deux avancées. La première, c'est un tout nouveau système de classification des emplois avec un dispositif transparent, objectif et équitable. Le second pilier, c'est la naissance d'un régime de protection sociale propre à la branche qui, tant sur les frais de santé que sur la prévoyance lourde, instaure un socle de garanties de bon niveau pour les salariés et apporte une solution opérationnelle de mise en œuvre pour les entreprises.

Quelles sont les améliorations en matière de frais de santé ?

F. D. : Nous avons prévu un socle minimum de branche qui est significativement au-dessus du 100 % Santé. Les salariés les mieux couverts bénéficient déjà de ce type de prestations, mais cela permettra une généralisation à toutes les entreprises. Pour le régime de frais de santé de la branche, nous sommes en train de finaliser le contrat-cadre avec les options (paniers de soins, composition familiale).

Et en matière de prévoyance ?

F. D. : Là aussi, cette convention apporte forcément un plus. Aujourd'hui, 100 % des cadres et plus de 90 % des salariés de la branche bénéficient d'une couverture, mais pour certains a minima. Avec la convention, 100 % des salariés seront couverts et un grand nombre le sera beaucoup mieux qu'aujourd'hui. Ce sont les salariés des PME, des TPE et des ETI qui vont bénéficier des plus grandes améliorations.



Franck Duclos,
Directeur de la protection sociale à l'UIMM.

— « La prévoyance est étendue à tous les non-cadres. »

— « Avec la convention, 100 % des salariés seront couverts, et un grand nombre le sera beaucoup mieux qu'aujourd'hui. »

Quel impact sur les cotisations de prévoyance ?

F. D. : Cet accord est très suivi, car il se saisit de la nouvelle faculté de définir une nouvelle norme de minimum de cotisations patronales pour les cadres, qui se substitue au 1,5 % sur une assiette plafonnée à 41 136 euros jusqu'à présent. Elle sera de 1,12 % pour la métallurgie, soit une baisse de 0,38 point, mais pour une assiette étendue à 329 088 euros. Cela représente une économie potentielle de cotisations sur les rémunérations jusqu'à 55 000 euros brut. Parallèlement, la prévoyance est étendue à tous les non-cadres, avec une cotisation minimale de l'employeur de 0,6 % tandis que l'employeur assume seul, en plus, une amélioration du complément employeur dont le surcoût est évalué à 0,35 %.

Quels sont les autres bénéfices du texte sur la protection sociale ?

F. D. : Nous offrons désormais pour toute la branche six nouvelles garanties adaptées à des situations spécifiques. Les contrats collectifs de certaines entreprises contiennent parfois certaines de ces spécificités, mais jamais plus de deux. En cas d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée, l'assiette de cotisation est reconstituée en garanties

invalidité et décès et les droits seront ainsi maintenus à 100 %. Lors d'une suspension non indemnisée du contrat de travail (congé sans solde, par exemple) ces droits seront aussi maintenus pour le mois en cours et le mois suivant. En cas d'invalidité partielle, la rente ne baissera plus si le salaire augmente. L'indemnisation complémentaire des périodes d'incapacité fait aussi l'objet d'améliorations. Enfin, les réservistes seront obligatoirement assurés en plus de la prestation-décès prévue par le ministère de la Défense.

Les prestations seront-elles homogènes sur tout le territoire, et qui les assurera ?

F. D. : En santé comme en prévoyance, un socle commun a été défini. Mais trois niveaux de tarifications ont été établis dans le cadre de la création du régime de branche en santé pour

tenir compte des différences régionales de coûts. Ce choix nécessaire du point de vue assurantiel nous empêche de recourir à la recommandation mais nous a conduits à procéder à une labellisation des organismes d'assurance retenus. Et nous avons choisi deux des trois familles d'assureurs : les institutions de prévoyance et les mutuelles, avec Malakoff Humanis, Groupe VYV, Aesio associé à Apicil, ainsi que l'OCIRP pour la rente éducation. ●



ÉTUDES CCN

Couverture santé : les atouts des accords de branche

Le CTIP a réalisé une étude portant sur les garanties en frais de santé des accords de branche de plus de 100 000 salariés. Alors que le nombre de branches s'est réduit, la dynamique de négociation s'est maintenue. Tour d'horizon des principaux enseignements de cette étude.

Plus d'un salarié sur deux du secteur privé (53 %) est aujourd'hui couvert par un accord de branche en frais de santé, alors que ce sujet est devenu matière à négociation, dans les branches professionnelles, seulement au début des années 2000. Auparavant, cet avantage était le plus souvent réservé aux grandes entreprises. Le dynamisme de la négociation collective ne s'est pas démenti, surtout à la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013, transposé dans la loi de 2016

instaurant la généralisation de la couverture santé complémentaire. Au quatrième trimestre 2021, 121 branches sur 250 recensées par le ministère du Travail avaient signé un accord en frais de santé permettant d'améliorer l'accès aux soins de leurs 10,6 millions de salariés.

En effet, les accords de branche permettent d'offrir des niveaux de garanties obligatoires identiques pour tous les salariés d'un même secteur, y compris ceux des plus petites entreprises. D'ailleurs, selon le Baromètre de la prévoyance CTIP-CREDOC paru en novembre 2021, 90 % des employeurs plébiscitent les accords de branche en santé, notamment dans les PME, car ils simplifient la mise en œuvre des garanties et organisent la solidarité au sein d'un même métier, tandis que 75 % des salariés jugent que la négociation collective permet d'obtenir de meilleures garanties.

23 % des accords vont au-delà du taux de participation patronale de 50 %

Pour cerner les atouts des accords de branche, l'étude du CTIP s'est concentrée sur les « grandes branches », c'est-à-dire les 22 (sur 38) comptant plus de 100 000 salariés ayant signé un accord sur les frais de santé. Ces 22 branches couvrent, à elles seules, 7,6 millions de salariés, soit 38 % des salariés du secteur privé.

L'étude constate d'abord que la négociation de branche permet d'adapter les garanties au plus près des besoins des entreprises et des salariés : 82 % des accords de branche de plus de 100 000 salariés prévoient un seul niveau de garanties obligatoires, les 18 %

restants laissent aux entreprises le choix entre trois à quatre niveaux, leur permettant ainsi de disposer d'un choix de couvertures à mettre en place, selon leur capacité, mais cofinancées dans tous les cas par l'employeur.

Ensuite, ajoute l'étude, « *les garanties obligatoires de branche favorisent la mutualisation du coût de la complémentaire santé (co-financement employeur/salarié)* ». Si 77 % des accords de branche de plus de 100 000 salariés se conforment à l'obligation légale du taux de participation patronale de 50 %, 23 % fixent un taux de participation supérieur, qui va de 55 % à 95 %.

Une architecture commune et une variété de niveaux et de garanties

Par ailleurs, l'étude fait ressortir que les garanties de remboursement de frais de santé sont relativement uniformisées, dans leur architecture, sous l'effet de la réglementation : à la base, se trouve un socle minimal de soins et de prestations où les remboursements sont intégralement pris en charge selon les préconisations du « contrat responsable ».

Cependant, le niveau des remboursements est ensuite renforcé à des degrés divers par ces accords de branche issus de la négociation. De plus, des garanties supplémentaires peuvent être prévues par certains accords.

Lors d'un séjour à l'hôpital, par exemple, tous les grands accords de branche en frais de santé prennent en charge les frais de chambre particulière non remboursés par la Sécurité sociale (avec une moyenne de 49 euros). Mais la majorité des accords de branche prennent également en charge les frais d'un lit

Cluses de recommandation : état des lieux

Depuis 2014, le Code de la Sécurité sociale prévoit des « clauses de recommandation » d'organismes assurant la couverture des garanties complémentaires en prévoyance et frais de santé, au lieu de clauses de désignation. Dix accords de branche de plus de 100 000 salariés sur 22 ont signé une clause de recommandation en santé (3 millions de salariés). Les mutuelles sont majoritairement recommandées (62 %), devant les institutions de prévoyance (35 %) et les sociétés d'assurance (3 %). Dans les faits, néanmoins, les recommandations sont suivies par les entreprises dans un cas sur deux.



1 salarié sur 2 est couvert par un accord de branche en frais de santé

accompagnant, pour un remboursement moyen de 33 euros. Et, concernant les honoraires des médecins hospitaliers, seize accords font mieux que la loi avec une prise en charge de dépassements d'honoraires, qu'ils adhèrent ou non au Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM). En optique, les montants des forfaits de remboursement varient d'un à quatre selon les accords (226 euros en moyenne pour un équipement simple et 404 euros pour le plus complexe). Mais quinze grands accords de branche proposent, en plus, une prise en charge des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, avec un forfait moyen de

138 euros. En dentaire aussi, certains accords vont plus loin : par exemple, huit grands accords de branche en frais de santé prévoient une prise en charge de la part des frais d'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale.

En avance sur la prise en charge des consultations de psychologues

Les institutions de prévoyance avaient aussi anticipé la prise en charge des séances de psychologues décidée par l'Assurance Maladie à la suite de la crise sanitaire. Ainsi, quinze accords prévoient un forfait annuel de

séances (103 euros en moyenne) de psychologues, mais aussi de professionnels d'autres « médecines douces » : chiropracteur, étio-pathe, ostéopathe, acuponcteur, diététicien, pédicure, podologue ou tabacologue. De nombreuses garanties santé ont ainsi pu être inscrites dans les accords de branche au gré des négociations. Les options facultatives sont de plus en plus fréquentes dans ces accords puisqu'un accord sur deux prévoit des possibilités de garanties facultatives restant intégralement à la charge des salariés. ●



Connectez-vous et téléchargez

L'étude du CTIP, intitulée « **Les accords de branche en frais de santé**. État des lieux dans les conventions collectives nationales de plus de 100 000 salariés », est téléchargeable sur le site ctip.asso.fr, dans la rubrique « Publications », puis « Études ».

DIGITAL

Les institutions de prévoyance valorisent leurs engagements sur les réseaux sociaux

Le digital est devenu incontournable dans la stratégie de communication des institutions de prévoyance. Fidèles à leur raison d'être, celles-ci associent les salariés et mettent l'accent sur leur engagement social. Focus sur l'expérience des réseaux sociaux d'Apicil et de Klesia.

Les institutions de prévoyance (IP) sont présentes de longue date sur LinkedIn, Facebook et Twitter afin de faire connaître leurs actions et leurs engagements d'intérêt général, développer leur notoriété et leur marque employeur. Mais aussi pour partager des conseils pratiques ou de prévention avec leurs adhérents.

Se conformant aux nouveaux usages, elles investissent même des canaux comme Instagram. Apicil y a créé, depuis 2018, un compte dédié à ses actions en faveur de l'handisport, @GroupeApicilSports : « C'est un compte conforme aux codes d'Instagram, très visuel, qui permet de suivre toute l'actualité du skipper handisport Damien Seguin ainsi que l'équipe d'une dizaine de handisportifs que nous soutenons dans différentes disciplines comme le tennis de table, le ski ou le triathlon », explique Anne-Sophie Petit, responsable de la communication externe du Groupe Apicil et chargée de mission RSE.

Des canaux très efficaces

Toujours à l'écoute des nouveaux usages, l'engagement des institutions de prévoyance prend de l'ampleur : « Nous considérons que les réseaux sociaux sont un canal de communication à part entière, qui a ses contenus et ses codes spécifiques, en plus des autres canaux comme les newsletters et les magazines », confirme Laure Feybesse, social media manager de Klesia. « Par exemple, sur la marque employeur, les réseaux sociaux s'avèrent très efficaces pour valoriser la qualité de la vie au travail dans le groupe et notre politique d'inclusion », explique-t-elle.

Chez Apicil, les réseaux sociaux permettent également de relayer les deux magazines digitaux du groupe adossés à des pages LinkedIn dédiées : L'Élan des talents, sur la qualité de vie au travail, et Mon entreprise inclusive, qui promeut les initiatives en faveur de l'inclusion dans le monde de l'entreprise.

Des salariés ambassadeurs

Pour développer leur communauté, ces institutions de prévoyance ont choisi de mettre leurs salariés dans la boucle. L'employee advocacy est particulièrement adapté aux sujets les plus porteurs pour les institutions de prévoyance sur les réseaux sociaux, ceux liés à l'engagement social sous toutes ses formes : « Les messages publiés sur leurs propres comptes par des salariés fiers des actions menées, ou qui y ont participé, ont beaucoup plus d'impact et contribuent à agrandir la communauté. On sait qu'un contenu partagé par un collaborateur engage huit fois plus qu'un contenu de marque », explique Anne-Sophie Petit. Une quarantaine de salariés « ApiAmbassadeurs » reçoivent ainsi des contenus clés en main à repartager s'ils le souhaitent et peuvent accéder à des mini-formations et des guides pratiques sur les réseaux sociaux.

De son côté, Klesia a créé son « Klesia Social Club », une plateforme qui compte 160 inscrits et donne accès à une application avec des contenus partageables concernant l'institution de prévoyance et son secteur. Pour prendre la parole sur LinkedIn, Facebook ou Twitter, la matière est ainsi prête à l'emploi ! « Nous avons beaucoup travaillé à la sensibilisation des salariés par des sessions de formation, la création d'un guide et d'outils de micro-learning dédiés aux réseaux sociaux », explique Laure Feybesse. Ceux qui veulent prendre la parole sur Klesia peuvent ainsi le faire de la manière la plus adaptée possible, ils savent qu'ils en ont le droit et ils connaissent les codes. »

RETROUVEZ KLESIA SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



Twitter
@Klesia



Facebook
@GroupeKLESIA



Youtube
Groupe Klesia



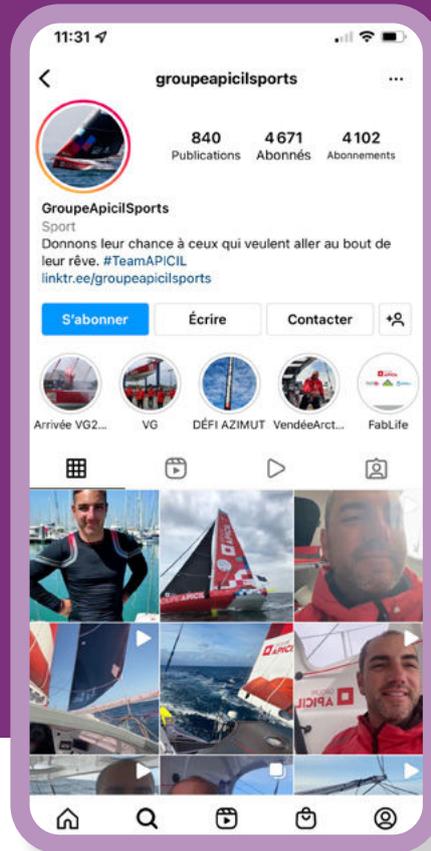
LinkedIn
@KLESIA



Laure Feybesse,
Social media manager de Klesia.



Capture écran d'un tweet sur le compte de @Klesia



Capture écran du compte Instagram @GroupeApicilSports dédié à l'actualité du skipper handisport Damien Seguin

Par exemple, 330 partages ont été effectués par des collaborateurs en mars 2022. Chez Klesia, chaque mois, en moyenne, 100 000 personnes sont touchées par l'ensemble des messages des salariés.

Sujets phares : diversité, inclusion, action sociale

L'audience est donc au rendez-vous. Les sujets qui ont le plus de visibilité sont souvent liés à l'action sociale et à l'intérêt général : par exemple, récemment, la participation des salariés au défi « chaussettes dépareillées » lors de la journée mondiale de la trisomie 21 a eu beaucoup d'échos.

Chez Apicil aussi : au total, plus de 50 000 engagements (likes, partages) ont été enregistrés l'an dernier sur ses réseaux sociaux « avec, en première ligne, le sponsoring de l'équipe de voile Apicil, ainsi que les vidéos

et les photos d'engagements pour la diversité ou l'inclusion impliquant nos collaborateurs, ou encore des contenus liés au soutien à l'association *L'entreprise des possibles*, qui soutient le relogement de personnes sans-abri, notamment des femmes isolées et leurs enfants », détaille Anne-Sophie Petit.

Des stratégies éditoriales alignées avec la raison d'être des IP

Quoique très marginales, les réclamations et les demandes d'informations des clients sont regardées de très près par les deux groupes. Moins de 40 sollicitations parviennent chaque mois chez Klesia. Chez Apicil, on en compte deux ou trois chaque jour. La procédure est bien rôdée : les réponses sont faites au plus vite, une fois que l'adhérent est passé en mode privé pour donner ses informations personnelles. Néanmoins,

— « Un contenu partagé par un collaborateur engage 8 fois plus qu'un contenu de marque. »

les institutions de prévoyance surveillent de près cet enjeu et réfléchissent à la meilleure façon de s'organiser pour relever ce défi qui met en jeu leur e-réputation.

Sur les réseaux sociaux, les institutions de prévoyance veulent rester elles-mêmes. Impliquant le collectif, la stratégie éditoriale reflète son statut d'entreprise à mission de Klesia et la « raison d'être » qu'elle s'est choisie : « Être un assureur d'intérêt général, c'est garantir un avenir serein et contribuer à la qualité de vie pour tous. » De même que l'accent mis sur la RSE dans la communication digitale d'Apicil est le miroir de sa raison d'être : « Pour une relation proche et attentionnée, soutenir toutes les vies, toute la vie. » Des feuilles de route pour le monde digital comme physique. ●



Anne-Sophie Petit,
Responsable de la communication externe du Groupe Apicil et chargée de mission RSE.

RETROUVEZ APICIL SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

-  Twitter
@GroupeAPICIL
-  Facebook
@groupeapicil
-  Youtube
Groupe APICIL
-  LinkedIn
@apicil

EMPLOI DES SENIORS

Klesia et Malakoff Humanis signent un acte d'engagement

Klesia et Malakoff Humanis font partie des 32 entreprises ayant signé le premier acte d'engagement inter-entreprises concernant la place des collaboratrices et collaborateurs de plus de 50 ans en entreprise, à l'initiative du Groupe L'Oréal et du Club Landoy, vendredi 11 mars, au ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. Le document comprend 10 engagements clés autour du recrutement, de la formation, du maintien dans l'emploi, de l'accompagnement des évolutions de carrière, du bien-être au travail, du départ à la retraite et de la sensibilisation aux stéréotypes liés à l'âge. ●



AIDANTS

Plusieurs GPS ouvrent une plateforme de soutien psychologique

Le Groupe AGRICA, en partenariat avec trois autres groupes de protection sociale (Audiens, Lourmel et PRO BTP), a annoncé le 11 mai mettre un service téléphonique de soutien psychologique à la disposition de ses adhérents qui prennent soin au quotidien d'un proche âgé, en perte d'autonomie, handicapé ou souffrant de maladies chroniques.

Gratuit et confidentiel, ce service téléphonique est animé par des psychologues

cliniciens afin d'accompagner les aidants pour les aider à sortir de leur isolement, désamorcer certaines situations compliquées et apporter des conseils adaptés à la situation : proximité ou éloignement de l'aidé, conciliation télétravail et vie de famille...

Après avoir rempli un formulaire en ligne, l'adhérent est rappelé par un psychologue pour fixer un créneau de consultation téléphonique d'environ 45 minutes et jusqu'à cinq rendez-vous sont possibles. ●

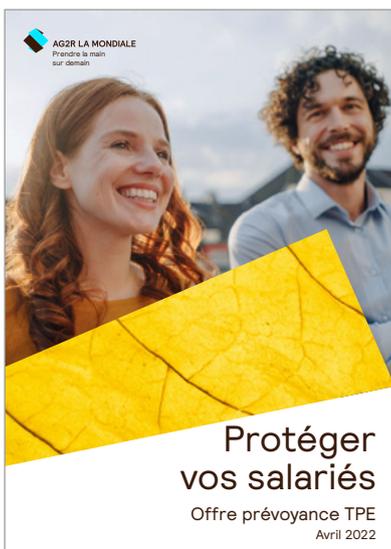


CRISE SANITAIRE ET SANTÉ MENTALE

PRO BTP, Malakoff Humanis et VYV signent un partenariat avec Cegedim

PRO BTP, Malakoff Humanis et VYV ont annoncé le 16 mai la conclusion d'un partenariat stratégique avec le groupe Cegedim. Les trois groupes vont entrer au capital de Cegedim Santé à hauteur de 18 %, un investissement de 65 millions d'euros qui lui permettra d'accélérer sa croissance et ses développements de

solutions et de services destinés aux professionnels de santé et à leurs patients. Dans le même temps, Cegedim Santé va acquérir auprès du Groupe VYV, MesDocteurs, l'un des précurseurs des solutions de télésanté et à l'origine de la télé-médecine 24/7. ●



PRÉVOYANCE

AG2R lance une nouvelle offre dématérialisée pour les TPE

AG2R La Mondiale a présenté le 8 avril sa nouvelle offre de prévoyance entièrement dématérialisée destinée aux très petites entreprises (moins de 20 salariés) et couvrant les risques de décès, d'arrêt de travail et d'invalidité. Le groupe de protection sociale propose une souscription et une signature du contrat en ligne. Sa nouvelle offre se compose de 14 formules, dont 9 pour les salariés cadres et 6 pour les non-cadres. Certaines formules permettent notamment

d'associer capital décès et rente éducation ou allocation obsèques.

De nombreux services digitaux facilitent les démarches des adhérents, en leur permettant, notamment, de suivre le remboursement des prestations d'arrêt de travail, de partager les informations avec leur expert-comptable, de recevoir de façon automatisée et sécurisée des décomptes d'indemnités journalières ou de désigner le bénéficiaire du capital décès. ●

ARGUS D'OR 2022

Récompense pour un service dédié aux parents

Le service « Espace Parentalité » de Malakoff Humanis est lauréat d'un Argus d'Or dans la catégorie santé/prévoyance collective, décerné par L'Argus de l'assurance à l'occasion de l'édition 2022 de la remise de ces trophées récompensant les innovations du secteur, jeudi 2 juin. En partenariat avec la start-up Ma Bonne Fée, ce service est proposé par le groupe à tous ses assurés en santé et prévoyance collective, pour les aider dans les problématiques liées à la parentalité. Ce service leur permet de trouver des réponses à leurs questions (guide pratique, blog dédié, conseils d'experts, témoignages de parents), avec des focus dédiés aux parents solo et aux parents d'enfants malades



ou handicapés. Les assurés peuvent être également accompagnés par une consultante parentale joignable 5 j/7. Enfin, ils peuvent bénéficier d'heures de garde ou de soutien scolaire (dans la version premium du service). ●

AIDES SOCIALES

Audiens mobilisé pour les professionnels de la culture

En 2021, Audiens a simplifié les formalités de demande et de traitement de ses aides financières exceptionnelles, tandis que la mobilisation de ses fonds sociaux et du Fonds d'urgence spécifique de solidarité pour les artistes et les techniciens du spectacle (FUSSAT), reconduit en 2021 par le ministère de la Culture et opéré par Audiens, ont permis de répondre à près de 19 000 demandes d'aides sociales pour un montant de 20,4 millions d'euros. Parallèlement, les actions collectives menées par Audiens auprès des professionnels de la culture et des médias en situation de fragilité (conférences, rencontres, groupes de parole, etc.) ont concerné 8 000 actifs et 3 600 retraités. ●

DIVERSITÉ

Le Groupe IRCEM rend ses services accessibles aux personnes sourdes ou malentendantes

Le groupe IRCEM a noué un partenariat avec Acceo pour offrir un service pionnier et gratuit à ses adhérents concernés par des problèmes d'audition. Via une application téléchargeable sur le site du Groupe IRCEM, celles

ou ceux qui souhaitent contacter un conseiller IRCEM sont mis en relation avec un opérateur assurant la traduction en langue des signes ou la transcription de la parole en temps réel. ●

Fonctionnaires : une protection sociale complémentaire sur le modèle du secteur privé

Les fonctionnaires vont accéder à une protection sociale complémentaire sur le modèle du secteur privé. Cette réforme qui touche 5,5 millions de personnes, confirme le rôle de l'accord collectif pour organiser la protection sociale complémentaire et pourrait créer de nouvelles opportunités pour les institutions de prévoyance.



« Une victoire historique du dialogue social dans la fonction publique. »

C'est en ces termes qu'Amélie de Montchalin, alors ministre de la Transformation et de la Fonction publiques, avait qualifié la signature unanime, le 26 janvier 2022, de l'accord relatif à la complémentaire santé des agents de l'État par les sept organisations syndicales représentatives de la fonction publique de l'État (FO, FSU, Unsa, CFDT, CGT, Solidaires et CFE-CGC), représentant près de 2,5 millions d'agents.

Cette signature a, en effet, donné le coup d'envoi à cette réforme emblématique, par laquelle les agents de la fonction publique d'État mais aussi ceux des fonctions publiques territoriale et hospitalière (5,5 millions de bénéficiaires au total, ainsi que leurs familles) vont accéder graduellement à une complémentaire santé dans les mêmes conditions que les salariés du secteur privé, c'est-à-dire avec une prise en charge par l'employeur pour au moins 50 %. Ce seuil de prise en charge sera atteint au plus tard en 2024 pour les agents de l'État et en 2026 pour ceux des collectivités locales et de l'hôpital.

La reconnaissance des vertus du contrat collectif

L'État reconnaît ainsi les atouts du modèle de protection sociale du secteur privé, où les organismes complémentaires assurent un taux de redistribution élevé aux cotisants. Celui-ci est notamment permis par l'adhésion obligatoire des salariés, justifiée par la négociation sociale qui définit les contours de la protection sociale, et dont la contrepartie est la participation au moins égale de l'employeur. Et en retour, le contrat collectif est solidaire, car il garantit une assurance de tous les risques au même tarif.

La future protection sociale complémentaire des agents publics adopte le modèle du secteur privé, en prévoyant, elle aussi, des contrats collectifs, fruits du dialogue social, où l'employeur participe au moins pour moitié.

L'hommage des pouvoirs publics est d'ailleurs explicite : « On ne peut pas demander à des agents qui font tenir la cohésion sociale de s'acquitter de restes à charge santé plus élevés que les autres », a déclaré la ministre Amélie de Montchalin.

Premiers appels d'offres attendus en 2023

Dans la pratique, les premiers appels d'offres sur la couverture santé des agents de l'État sont attendus en 2023. Ce développement de la protection sociale complémentaire dans le secteur public pourrait apporter de nouvelles opportunités aux institutions de prévoyance. Afin de pouvoir pleinement déployer leurs services auprès des agents publics, elles guettent les indications sur le pilotage à venir de ces nouveaux régimes complémentaires.

« Notre offre peut être le prolongement de celle des mutualistes, explique Bertrand Boivin Champeaux, directeur prévoyance et retraite supplémentaire du CTIP. Acteurs à but non lucratif, n'ayant pas d'actionnaires à rémunérer, et étant spécialistes du contrat collectif, les institutions de prévoyance ont une forte légitimité à être présents, en partenariat ou pas. La seule interrogation, ce sont les modalités de pilotage : il faut un vrai accord gagnant-gagnant,

prévoyant de la souplesse, pour proposer des tarifs assez faibles, et piloter les équilibres financiers dans le temps. Aujourd'hui, il n'est pas encore certain que ce mode de fonctionnement sera possible dans le cadre des fonctions publiques. »

Ce progrès de la protection sociale des fonctions publiques va être observé avec intérêt dans le secteur privé qui pourra établir des comparaisons. D'une part, l'accord du 26 janvier sur la complémentaire santé des agents de l'État prévoit d'instaurer un dispositif de solidarité entre actifs et anciens salariés, en particulier les retraités. Les tarifs des anciens salariés seront plafonnés et une contribution de solidarité sera apportée par le régime. Cependant, cette dernière sera limitée par des seuils, au-delà desquels un comité de pilotage pourra réajuster la contribution de solidarité en baisse. D'autre part, des négociations sur l'accès à la prévoyance dans les fonctions publiques doivent permettre de compléter la couverture sociale des agents publics. Un accord de méthode a été signé le 4 avril fixant le cadre de la négociation pour les agents de la fonction publique d'État, notamment sur l'invalidité, l'incapacité, l'inaptitude et le décès. ●

Des garanties-planchers élevés

L'accord sur la future complémentaire santé de la fonction publique d'État prévoit un socle minimal de prestations plus élevé que le minimum garanti dans le secteur privé par le panier de soin minimum de l'ANI de 2013. Les honoraires des praticiens hospitaliers seront, par exemple, remboursés à hauteur de 130 % ou 150 % de la base de la Sécurité sociale, contre 100 % pour le panier minimal privé. En cas d'hospitalisation, des prises en charge de chambre individuelle (de 25 euros à 50 euros par jour selon les services) sont prévues pour la fonction publique d'État, mais pas dans le panier ANI. Les garanties-planchers seront également plus hautes pour les prothèses dentaires : entre 150 % et 375 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, au lieu de 125 %.