

Protection sociale Informations

LIAISONS
SOCIALES
PRESSE

L'HEBDO DE LA PRÉVOYANCE, DE LA SANTÉ ET DE LA RETRAITE

SANTÉ

Médecins : les jeunes et les retraités choqués par le plan p. 2
En 2017, le salariat a dépassé l'exercice libéral p. 2

COMPLÉMENTAIRES

Big data : Almerys accélère avec be-ys p. 4
Un contrat santé collectif pour les fonctionnaires d'Orange p. 5

VIE DES INSTITUTIONS

Cnamts : la hausse des saisines s'accélère p. 7
PAS : le dispositif conforté par les rapports d'évaluation p. 8

COMPLÉMENTAIRES

La suppression de la Sécu étudiante se confirme p. 3
Les bouquets de services s'attaquent au défi de l'usage p. 4

SÉCURITÉ SOCIALE

MSA : les actifs perdants de la réforme des cotisations p. 6
Vers une nouvelle ère pour le dispositif Cesu p. 6

INDISCRÉTIIONS

La réforme du régime de retraite des députés se précise p. 8
20 stagiaires de l'École 42 vont travailler pour la Cnav p. 8

L'INTERVIEW

Daniel Paguessorhaye
Président de l'Union nationale des professions de santé

Ce plan favorise les professionnels exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) alors qu'ils ne représentent que 10 % des praticiens. Même en doublant le nombre de MSP, cela ne concernera au final que 20 000 professionnels sur 400 000 libéraux.

Que faut-il faire ?

Tout le monde s'accorde à dire qu'il faut plus de coordination pour améliorer la prise en charge du patient et éviter notamment les réhospitalisations ou les passages aux urgences. Or, depuis la dernière négociation de l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) qui a échoué il y a trois ans, rien n'a été fait. Nous avons donc décidé en juillet de dénoncer la tacite reconduction de l'Acip qui arrive à échéance en mars. Depuis, nous sommes dans l'attente d'une date pour l'ouverture de nouvelles discussions. Pour l'instant, les professionnels se débrouillent seuls. Pour que leur action soit plus efficace, le temps de coordination doit être acté et tracé. Il est donc urgent d'encourager la coordination entre les professionnels via une rémunération au forfait, comme c'est déjà le cas pour les médecins, ou à l'acte. Mais aussi par des investissements numériques importants pour développer notamment les dossiers médicaux et les messageries sécurisées entre la médecine de ville et l'hôpital.

SANTÉ

Déserts médicaux : des solutions à la carte

Très attendu, le « Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires » a été présenté par le Premier ministre et la ministre de la Santé à Châlus (Vienne), le 13 octobre.

Sur un sujet aussi difficile, il serait malvenu de prétendre que nous détenons la solution idéale », a d'emblée prévenu **Édouard Philippe**. Ce énième plan intégrera donc des mesures déjà en place et d'autres permettant à des initiatives de terrain de se déployer. Il y aura « plus de coopération, d'innovation et d'incitation », promet-il. C'est surtout par la méthode utilisée que le gouvernement espère réussir là où ses prédécesseurs ont échoué. Ce plan doit s'adapter « aux spécificités de chaque région, de chaque localité ». Pas question de décliner des mesures identiques partout en France. La volonté est d'encourager des « solutions sur mesure ». À charge pour les agences régionales de santé, qui disposeront de 10 M€ de crédits supplémentaires dès 2018, de relayer ces impulsions ministérielles. Et pour les professionnels, de lancer les expérimentations via notamment le fonds pour l'innovation créé dans le PLFSS (PSI n° 1091/1092).

1/Pour les aider, 400 M€ sont prévus pour construire 1 000 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé d'ici cinq ans. « C'est une bonne nouvelle mais il ne faut pas oublier qu'il doit y avoir derrière un vrai projet de santé », explique **Pascal Gendry**, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé. Actuellement, il en existe 1 000 mais à peine la moitié perçoit une rémunération d'environ 45 000 € par an (PSI n° 1059). « À terme, la totalité des MSP devront en bénéficier », souhaite **Édouard Philippe**, soit un investissement de 90 M€ par an d'ici 2022. En plus de cette rémunération qui indemnise les frais de structure, les professionnels plébiscitent l'ouverture de négociations pour financer les temps de coordination (lire ci-contre). Les paramédicaux, et en particulier les infirmiers, qui négocient actuellement avec la Cnamts, seront aussi encouragés à exercer au-delà de leur champ initial. 2/En plus de la création de nouveaux actes de télémédecine, les crédits du fonds d'intervention régional destinés à cette activité seront doublés dès 2018 pour atteindre 18 M€. D'ici 2020, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et, « plus largement, tous les territoires en difficulté », seront équipés en télémédecine. 3/Les aides conventionnelles à l'installation seront dotées de 200 M€ sur cinq ans (lire page 2). En parallèle, le nombre de zones éligibles sera élargi, pour concerner de 7 % à 18 % du territoire (PSI n° 1071). L'arrêté sera publié en novembre.

→ **SÉNAT (1)**. Contrairement aux députés en juillet, les sénateurs ont voté, le 11 octobre, la suppression de l'exercice partiel craint par les professions de santé (PSI n°1084). Un décret en Conseil d'État doit préciser les modalités pour garantir la qualité et la sécurité des soins, assure le gouvernement.

→ **SÉNAT (2)**. La chambre haute a en revanche conforté la possibilité d'exercer une activité libérale à l'hôpital, par dérogation à l'interdiction de dépassements d'honoraires dans le cadre du service public hospitalier. Un recours en Conseil d'État a été déposé par la Fédération de l'hospitalisation privée.

→ **DÉPISTAGE**. Le nouveau vaccin contre les papillomavirus, Gardasil 9, jugé efficace, n'aura qu'un impact supplémentaire faible en vie réelle, selon un avis de la Haute Autorité de santé (HAS) publié le 11 octobre. Si la HAS le propose au remboursement, elle préconise aussi que la dépense publique soit prioritairement consacrée à renforcer la couverture vaccinale et le dépistage. Le plan Cancer 2014-2019 fixe l'objectif d'une couverture de 60 % de la population cible, contre 20 % actuellement.

→ **PRISONS**. 330 M€ par an sont consacrés aux dépenses pour la santé des personnes détenues, selon un rapport présenté par le sénateur Antoine Lefèvre (LR, Aisne) à la commission des Finances, le 12 octobre. Si l'accès aux soins a été amélioré, le sénateur observe que certains besoins ne sont pas couverts, principalement pour les détenus en fin de vie ou ceux qui développent des polyopathologies ou des maladies chroniques.

→ **DENTISTES**. Les syndicats de chirurgiens-dentistes se sont retrouvés, le 13 octobre, au siège de l'assurance maladie pour une deuxième séance de négociations. La FDSL a proposé la création d'un statut de chirurgien-dentiste traitant avec une rémunération forfaitaire. L'UD demande un investissement de 1,5 Md€, presque le double du montant fixé dans le cadre du règlement arbitral.

Médecins : les jeunes et les retraités choyés par le plan

Pour accroître la présence médicale et soignante sur le territoire, le gouvernement a choisi de cibler les aides sur ces deux populations.

Pour les médecins retraités, l'exécutif prévoit de faciliter le cumul emploi retraite. Dans de nombreux territoires, ces praticiens permettent de maintenir l'offre médicale. De 18 267 actuellement, ils passeraient à 35 000 en 2025, d'après les chiffres de l'Ordre des médecins. Le plafond de revenu annuel en deçà duquel ils peuvent demander à être dispensés de cotiser au régime prestation complémentaire vieillesse des cotisations sera relevé de 11 500 € à 40 000 € dans les zones en tension.

Pour coller aux aspirations des jeunes et futurs médecins, plusieurs mesures encourageront l'exercice mixte (salié et libéral). **1/**Le contrat de solidarité territoriale médecin autorise un praticien en activité à pratiquer à temps partiel dans une zone sous-dense. En échange, il reçoit une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires touchés dans la zone sous-dotée dans la limite de 20 000 € par an. Les interventions de l'Ordre des médecins visant à autoriser les activités multisites seront facilitées. **2/**Dès 2018, 300 postes d'assistants partagés seront créés pour autoriser tous les jeunes médecins diplômés à exercer dans un hôpital et une structure libérale ambulatoire. **3/**Les remplaçants et les praticiens à exercice mixte pourront désormais ouvrir une option d'affiliation au régime général. Ils bénéficient actuellement d'un régime d'assurance obligatoire spécifique pour la maladie, la maternité et le décès moins

avantageux que celui des salariés. **4/**Le contrat de médecin adjoint, qui permet à des internes d'exercer dans des zones à fort afflux touristique ou en cas d'épidémie, sera étendu aux zones sous-denses. Le gouvernement a par ailleurs prévu l'ouverture d'un guichet unique d'information et d'orientation pour aider les professionnels à se repérer.

LES LIBÉRAUX ET LES URGENCES

Une mission sera lancée avant la fin de l'année sur les soins non programmés. Les agences régionales de santé discuteront avec les professionnels des organisations à mettre en place entre 8 heures et 20 heures en semaine et le samedi matin pour éviter le recours aux urgences hospitalières.

En 2017, le salariat a dépassé l'exercice libéral

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a présenté, le 12 octobre, les résultats de son Atlas sur la démographie médicale, la veille de l'annonce du « Plan pour l'égal accès aux soins ».

N'en déplaise au Premier ministre et à la ministre de la Santé, les mesures incitatives financières pour combler les déserts médicaux sont inefficaces du point de vue de l'Ordre des médecins. Dans les territoires qui font partie des zones éligibles, le nombre de généralistes a diminué de 7,1 %, contre 8 % sur l'ensemble de la France métropolitaine. Une différence « non significative », selon **Jean-Marcel Mourgues**, président de la section santé publique et démographie médicale du Cnom. Publié chaque année depuis 2007, l'Atlas recense, à la date du 1^{er} janvier 2017, 290 974 médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Mais parmi eux, seulement 68 % exercent une activité régulière, soit 197 859 praticiens, ce qui correspond à une baisse de 10 % en dix ans. Sur la même période, la féminisation de la profession s'est fortement accélérée. Les femmes représentent 47 % des médecins en activité régulière contre 38 % dix ans plus tôt.

Le salariat connaît également une progression inexorable et dépasse désormais l'exercice libéral pur. En 2017, 46,5 % des praticiens sont salariés (+10,7 points depuis 2007), 42,8 % libéraux (-10,5 points) et 10,7 % ont un exercice mixte. Les disparités géographiques sont toujours aussi criantes, en particulier en médecine générale. Dans la région Paca, la densité médicale est supérieure de 10 % à la moyenne nationale. À l'exception du Finistère, de la Savoie, de la Loire-Atlantique et des DOM, tous les autres départements ont perdu des généralistes. Dans une étude annexe, le Cnom s'est également intéressé aux parcours des médecins à diplômes étrangers. En 2017, ces praticiens, dont 45 % sont originaires de l'Union européenne, représentent un effectif total de 22 619 médecins en activité régulière, soit plus d'un médecin sur dix. Les lieux d'exercice de ces praticiens sont similaires à ceux des médecins à diplôme français.

La suppression de la Sécu étudiante se confirme

La question du rattachement des étudiants au régime général est en cours de discussion, a confirmé, le 12 octobre, le ministère des Solidarités, qui promet « des propositions dans les prochaines semaines ».

La rencontre organisée le 10 octobre avec les cabinets des ministres de l'Enseignement supérieur et des Solidarités a douché les derniers espoirs des mutuelles gestionnaires du régime obligatoire des étudiants de faire valoir leur expertise (PSI n° 1084). « Au motif qu'il s'agit d'un engagement d'Emmanuel Macron, ils nous ont confirmé s'orienter vers la suppression pure et simple de la délégation de gestion. Et le dépôt d'un amendement au PLFSS 2018 est envisagé », indique Annie Coutarel, directrice générale de la Smrep. « Le basculement total de la gestion des affiliations pourrait intervenir dès la rentrée scolaire 2018. Cela nous laisserait à peine sept mois pour organiser les modalités pratiques du transfert avec la Cnamts. C'est irréaliste », ajoute Ahmed Hegazy, président du réseau des mutuelles régionales Emevia, redoutant « un accident industriel ». À l'heure où le ministère des Solidarités insiste sur « les 36 % d'étudiants qui ont renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois, dont 25 % pour des raisons financières », « la suppression de l'affiliation signifie-t-elle aussi la fin de la cotisation obligatoire de 217 € ? » s'interroge-t-il au passage.

Les mutuelles sont d'autant plus déçues que l'expertise dont elles se prévalent en matière d'éducation à la santé et à la prévention ne serait assortie d'aucune reconnaissance particulière. « 87 % des étudiants n'utilisent pas le service de santé de leur université et la vigilance dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles se relâche », observe d'ailleurs le ministère. « Nous pourrions devenir de simples prestataires des agences régionales de santé, en lien avec d'autres acteurs et sur la base d'appels à projets lancés d'en haut », se désole Ahmed Hegazy. Enfin, en dehors de la LMDE qui, « grâce à son partenariat avec Intérieure, estime disposer de la taille critique pour se maintenir indépendamment de la délégation de gestion, avec 120 000 étudiants », les autres organismes voués à perdre plus de 80 % de leur activité vont devoir s'interroger sur leur stratégie, voire leur pérennité.

Adéis doute de l'avenir des recommandations de branches

Le groupement Adéis, filiale d'Humanis et d'Apicil, organisait, le 10 octobre, sa conférence annuelle dédiée à la protection sociale de branche.

Comme en 2016, le marché de la santé prévoyance a été très calme cette année, avec six négociations, dont une seule mise en place (les ports de plaisance). « Il y a eu beaucoup moins d'appels d'offres que d'accords arrivés à échéance », observe Jérôme Bonizec, directeur général d'Adéis. À l'avenir, la labellisation devrait se développer au détriment de la recommandation, car « l'appel à concurrence coûte cher, entre 30 et 60 000 €, et oblige à donner toutes les informations statistiques sur le régime ». Selon ce responsable, le marché s'oriente donc vers une consultation plus sélective limitée à « quelques opérateurs de confiance ».

Dans le cadre des rapprochements de branches à venir (PSI n° 1087), les opérateurs en place vont « engager des discussions de gré à gré, et procéder plutôt à des labellisations », prédit aussi Jérôme Bonizec. « Adéis couvre 70 branches sur 330. À terme, nous pensons en détenir une cinquantaine en portefeuille, sur un nombre de branches plus restreint et en coassurance avec d'autres sur un accord », prévoit-il. Dans cette perspective, Adéis a financé une étude sur une soixantaine de branches – la moitié pour laquelle il est

assureur recommandé – afin d'évaluer la disparité des régimes existants. Les premières conclusions de cette étude, qui sera finalisée en fin d'année, vont à rebours des *a priori* : les prestations apparaissent assez homogènes en santé, avec des cotisations variant d'un rapport de 1 à 2,3. Les contrats sont plus disparates en prévoyance, avec des cotisations qui varient d'un rapport de 1 à 7. L'harmonisation de la protection sociale dans le cadre des fusions s'annonce donc ardue.

ET EN ÉPARGNE SALARIALE ?

Alors que la loi Macron incitait les branches à ouvrir une négociation en matière d'épargne salariale avant le 31 décembre 2017, « six d'entre elles ont effectivement engagé des discussions », regrette Jérôme Bonizec. Seules celles relatives au machinisme agricole et à la plasturgie sont allées jusqu'à lancer un appel d'offres à ce jour.

→ **ONDAM (1)**. La prévision de 2,2 % pour 2017 est « réaliste » mais il serait « prudent de maintenir en réserve un montant suffisant de crédits hospitaliers pour faire face à un éventuel dérapage en fin d'année », estime le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie dans son troisième avis publié le 10 octobre 2017.

→ **ONDAM (2)**. Pour respecter l'Ondam 2018 fixé à 2,3 %, le Comité invite également « à mettre en réserve, en début d'année, un volume de crédits suffisant, le cas échéant au-delà du plancher fixé à 0,3 % par la loi de programmation des finances publiques ».

→ **AUTONOMIE**. Le 11 octobre, la Cour des comptes a présenté son rapport sur les finances publiques locales. Devant la perspective de la poursuite d'une dégradation financière des départements, elle appelle à renforcer les efforts de maîtrise des dépenses à destination des personnes âgées et handicapées.

→ **ALLOCS**. À l'Assemblée nationale, le groupe LREM a renoncé à présenter un amendement mettant fin à l'universalité des allocations familiales dans le cadre du PLFSS 2018. En revanche, la commission des Affaires sociales a décidé de créer une mission d'information relative à la politique familiale.

→ **HÔPITAUX (1)**. La Cour des comptes a publié, le 12 octobre, un rapport sur les achats hospitaliers. Il soulève la problématique récurrente de la hausse des achats des établissements de santé. Ceux liés aux fonctionnements sont passés de 12,3 Mds€ en 2005 à 18,7 Mds€ en 2015.

→ **HÔPITAUX (2)**. Parmi leurs recommandations, les sages de la rue Cambon encouragent la mise en œuvre d'un nouveau programme national de performance hospitalière pour des achats responsables, appelé Phare, pour la période 2018-2020, dont l'objectif principal est d'assurer la mise en place « effective et efficiente » de la fonction achat au sein des groupements hospitaliers de territoire.

→ **PÉNIBILITÉ.** Un décret paru le 12 octobre au *Journal officiel* a reporté l'échéance pour la rectification de la déclaration des facteurs de risques professionnels au titre de l'année 2016. Les employeurs ont la possibilité de la faire jusqu'au 5 ou 15 janvier 2018, selon l'échéance de paiement de leurs cotisations.

→ **PARENTALITÉ.** Nouveau mal du XXI^e siècle, le burn-out parental touche 5 % des parents de tous milieux sociaux. Les centres communaux d'action sociale (CCAS) s'emparent des questions d'accompagnement à la parentalité en mettant en place différents dispositifs, que l'Union nationale des CCAS a rassemblés dans un ouvrage à télécharger gratuitement.

→ **ESS.** L'Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire (Udes) vient d'ouvrir avec l'ensemble des organisations syndicales de salariés, une négociation sur l'emploi des personnes en situation de handicap dans l'économie sociale et solidaire (ESS). La discussion est censée aboutir à un accord multiprofessionnel au printemps 2018.

→ **ÉVALUATION.** Le Groupement national des directeurs généraux d'association (GNDA), prend acte de la décision unilatérale du gouvernement de fusionner l'Anesm dans la HAS, tout en regrettant la forme et le fond d'une telle décision. Le collègue assurant la gouvernance de la Haute Autorité doit être modifié, selon lui, pour accueillir au moins deux représentants des acteurs du social et du médico-social. La HAS pourrait ainsi évoluer vers une Haute Autorité des solidarités et de la santé.

→ **SERVICES.** Près de 1150 Maisons de services au public (Msap) sont présentes sur tout le territoire (*PSI n°1042*). Ce réseau a vocation à devenir l'un des points d'accès unique aux services en France, a déclaré Jacques Mézard, ministre de la Cohésion des territoires, le 10 octobre, aux premières rencontres nationales dédiées. Objectif : permette à tous les usagers de ne pas être à plus d'un quart d'heure d'un point de contact mutualisé d'ici 2020.

Les bouquets de services s'attaquent au défi de l'usage

Les nouveaux services en santé étaient au cœur des discussions entre assureurs de personnes et courtiers réunis, les 12 et 13 octobre à Cannes pour la 28^e édition de Réavie.

Après avoir multiplié, à grands renforts de marketing, les plates-formes de services inclus dans les contrats d'assurance santé et prévoyance (*PSI n°994*), les assureurs misent sur le digital pour en doper l'usage. « *Les nouveaux outils de data mining permettent de cibler des profils de population afin de les informer en temps réel de l'existence d'aides, déjà incluses dans leur contrat d'assurance et correspondant à un besoin identifié* », explique **Véronique Lacam-Noël** du cabinet Proxicare. Exemple, en matière d'hospitalisations programmées : lancé en début d'année, le service d'accompagnement Hospizen de Mondial Assistance « *se déclenche automatiquement dès l'envoi par l'hôpital de la demande de prise en charge d'un bénéficiaire couvert par l'un de nos contrats d'assurance* », explique **Anne-Claire Hay**, responsable du marché santé à la direction marketing de l'assistant, filiale d'Allianz. Résultat, son taux d'usage (8 %) est quatre fois supérieur à la moyenne de ce type d'applications. AXA s'appête à lui emboîter le pas avec le lancement d'Hospiway, d'ici la fin de l'année, qui sera assorti d'une base de données présentant le palmarès des meilleurs hôpitaux géolocalisés pour quelque 200 actes médicaux.

L'intérêt des assurés et des employeurs se concentrera sur « *les offres associant digital, hotline et recours à des professionnels de santé* », estime

Laurent Carreda, fondateur d'Almerys et désormais de be-ys (*lire ci-dessous*). Dans cette veine, l'assistant IMA vient de s'associer avec Santéclair, pour coupler son portail de coaching « bien être » et « nutrition » aux réseaux de diététiciens, d'ostéopathes et de télé-médecins de ce prestataire (*PSI n°1089*). De son côté, be-optilys se prépare au décollage du marché de la prévention des arrêts de travail et des mises en invalidité qui, sous la pression des reports d'âge de départ en retraite, devrait atteindre « *50 Mds€*

TIERS PAYANT EN LIGNE À LA MGEN

La MGEN a annoncé, le 16 octobre, son partenariat avec visionDirect.fr, site de vente de lentilles sur Internet, pour proposer à ses adhérents un tiers payant automatique en ligne. La part remboursée par la mutuelle est déduite du prix affiché sur Internet et la commande est envoyée en 24 heures, sans frais de port.

dans les dix ans qui viennent », selon **Laurent Carreda**.

Reste à conforter le modèle économique de ces nouveaux services : initialement inclus gratuitement dans les offres, ils commencent à être facturés sur la base de quelques centimes à quelques euros par an et par bénéficiaire. À terme, reprend le PDG de be-ys, « *la rupture viendra de la mise en place de structures industrielles permettant aux assurés de percevoir les bénéfices immédiats de leurs comportements vertueux, par le biais de blockchains indépendants de l'employeur, de l'assureur et du prestataire* ».

Big data : Almerys accélère avec be-ys

→ Experte depuis sa création en 2002 du traitement, de la sécurisation et du stockage des données sensibles, la société Almerys a annoncé, le 11 octobre, sa transformation en be-ys pour s'adapter à l'ère du *big data*. « *Chaque maillon de la chaîne de compétences historiquement développée par Almerys pour traiter les données de santé se retrouve aujourd'hui sur un marché ayant, chacun, une dynamique propre à l'échelle mondiale. Cette nouvelle organisation vise à leur donner à chacun l'occasion de se développer* », justifie son fondateur, Laurent Carreda. Sous la marque ombrelle be-ys, le groupe chapeautera désormais des filiales structurées par offres et par savoir-faire. À commencer par be-almerys qui restera spécialisée sur la gestion du tiers payant, en attendant ses extensions en matière de gestion des prestations prévoyance notamment, mais aussi de supports d'épargne.

→ Inaugurée d'ici la fin de l'année, la filiale be-optilys se consacrera à la gestion des réseaux de soins. L'un de ses premiers chantiers concernera le déploiement sur tout le territoire de Cardiauvergne, le programme de suivi des insuffisants cardiaques graves grâce à la télé-médecine (*PSI n°906*). Un autre concerne l'équipement des professionnels de santé de façon à leur permettre de téléconsulter, quel que soit leur lieu d'exercice.

→ De son côté, be-studys, dédiée à la recherche et à l'innovation, participera aux grands projets européens, tels que celui d'anonymisation des données de santé « *Human Bread* » ou encore le projet de *blockchain* en santé « *MyhealthMyData* ».

Un contrat santé collectif pour les fonctionnaires d'Orange

Les 42 000 fonctionnaires du groupe Orange bénéficieront d'un régime collectif et obligatoire de remboursement des frais de santé à partir du 1^{er} janvier 2018.

Après deux ans de travaux et négociations, un accord a été signé le 9 octobre, à l'unanimité des organisations syndicales (CFDT-F3C, CFE-CGC, CGT-FAPT, FO-COM, SUD-PTT). Ce dispositif est rendu possible par un article de la loi du 20 avril 2016 portant sur le statut des fonctionnaires, fruit d'un intense lobbying de la part des syndicats et de la direction de l'entreprise. À l'issue d'un appel d'offres ouvert, la Mutuelle générale, opérateur historique, a remporté le marché. L'assureur couvrait déjà 95 % des fonctionnaires d'Orange à titre individuel. « *Le contrat prévoit un panier de soins très avantageux, équivalent à celui des salariés de droit privé, et une prise en charge de la cotisation à 60 % par l'employeur* », se félicite **Martine Gillot** (FO-COM). Malgré leurs similitudes, la fusion des contrats régissant les personnels de droits privé et public de l'opérateur n'est pas envisagée, précise **Alain Gueguen**, en charge du dossier au sein de la DRH du groupe : « *Les régimes ont vocation à être gérés séparément. Il conviendra de suivre et d'apprécier les évolutions et les équilibres sur la durée.* » Pour les fonctionnaires dispensés d'adhésion immédiate, la date butoir d'entrée dans le contrat collectif a été fixée au 1^{er} janvier 2019. D'ici là, « *ils pourront continuer à percevoir la participation existante de 37,50 € de l'employeur* », souligne **Marie-Hélène Juillard** (CFDT-F3C). À leur départ, les agents reprendront leur contrat individuel en récupérant leur ancienneté.

Après la santé, la prévoyance ? Si les syndicats réclament une négociation sur ce risque potentiellement coûteux, vu la pyramide des âges des fonctionnaires, son ouverture n'est pas à l'ordre du jour de la direction. « *Cela nécessite encore beaucoup de travail et d'études* », justifie **Alain Gueguen**.

Santé : les collectivités locales se convertissent au pilotage

À un an de l'échéance des premières conventions de participation, au 31 décembre 2018, le cabinet de conseil Adicéo a organisé, le 19 septembre, une conférence sur leur pilotage.

Le pilotage des couvertures santé/prévoyance signées par les collectivités territoriales (CT) pour leurs agents se professionnalise. « *Après une phase d'immaturation, des exigences en la matière apparaissent dans les cahiers des charges des CT et des assureurs, à l'instar de la MNT, systématisent le suivi annuel des contrats* », confirme **Bruno de La Porte** du cabinet Adicéo. Plusieurs facteurs les y poussent : les redressements tarifaires douloureux ayant atteint 20, 30 voire 60 %, notamment en prévoyance; les failles du décret de 2012. « *Des CT ont été piégées par la notion, non précisée, d'aggravation significative de la sinistralité permettant à un assureur de résilier le contrat à tout moment* », souligne le consultant. Pour les assureurs spécialisés, ce pilotage est indispensable pour plusieurs raisons. 1/Répondre à la méconnaissance des employeurs qui « *ne distinguent pas encore les ressorts de la protection statutaire de ceux de la prévoyance* », selon **Nicolas Piotrowski**, directeur général de Territoria Mutuelle. « *La restauration annoncée du jour de carence n'aura aucun impact sur la protection sociale complémentaire* », rappelle **Jean-Baptiste Mamcarz**, directeur support d'Intériale.

2/Prévenir les hausses tarifaires liées à la montée de l'absentéisme en fin de carrière du fait du recul de l'âge de départ en retraite. « *Ce suivi conduit les employeurs à s'impliquer davantage dans leurs politiques RH* », prévient **Nicolas Piotrowski**. D'autres CT ont instauré « *des règles de plafonnement tarifaire en contrepartie de la mise en place de solutions de lutte contre l'absentéisme et d'aide au retour à l'emploi* », témoigne **Sabine Taler-Léonard**, directrice du pôle santé du centre de gestion du Rhône. « *Les possibilités de maintien dans l'emploi pourraient s'élargir si les dispositions statutaires en matière de reclassement étaient révisées* », relève **Jean-Baptiste Mamcarz**. 3/Pacifier enfin le dialogue social, grâce à l'implication des syndicats dans les commissions de suivi.

440 APPELS D'OFFRES LANCÉS

Entre 2012 et 2016, plus de 440 consultations de marché ont été lancées couvrant potentiellement 720 000 agents territoriaux, soit 40 % de ces fonctionnaires, selon Adicéo. 80 % portent sur la prévoyance, 35 % sur la santé et 21 % sur les deux risques.

→ **HAS.** Le président de la République envisage de nommer Dominique Le Guludec en qualité de présidente de la Haute Autorité de santé (HAS), a annoncé le secrétariat de l'Élysée dans un communiqué le 13 octobre. Cette cardiologue et chef du service de médecine nucléaire et biophysique à l'hôpital Bichat (AP-HP) remplacerait la ministre de la Santé qui était à la tête de cette instance avant sa nomination en mai.

→ **IMAGERIE.** Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous d'imagerie par résonance magnétique en France métropolitaine est de 34,1 jours, selon l'étude dévoilée le 16 octobre par l'institut Cemka-Eval à l'occasion des Journées francophones de radiologie. Ce chiffre est en hausse par rapport à l'année dernière (30,6 jours) et ce malgré l'installation de 67 nouveaux équipements.

→ **FONCTION PUBLIQUE.** « *Un bilan sur la protection sociale complémentaire sera réalisé en vue d'un lancement des travaux début 2018* », a annoncé, le 16 octobre, le ministre de l'Action et des Comptes publics, Gérard Darmanin, lors du rendez-vous salarial organisé avec les syndicats de fonctionnaires.

→ **START-UP.** Malakoff Médérica a annoncé, le 12 octobre à Réauville, la création d'un fonds d'investissement doté de 150 M€ en vue de faire l'acquisition de start-up dédiées aux nouveaux services en santé.

→ **AG2R LA MONDIALE.** L'ACPR a donné son approbation à la constitution de la Sgaps AG2R La Mondiale, ainsi qu'à son affiliation à la société de groupe d'assurance mutuelle, au 1^{er} janvier 2018, a annoncé le groupe le 16 octobre. L'ACPR a aussi approuvé la fusion rétroactive au 1^{er} janvier de Prado Mutuelle dans Viasanté Mutuelle.

→ **DÉPENDANCE.** La Fédération française de l'assurance a annoncé mettre en place un dispositif pour améliorer l'information des ayants droit des souscripteurs de contrats obsèques et dépendance.

Jean-Marc AUBERT, administrateur de l'Insee et directeur « Patient engagement solutions » au cabinet de conseil chez QuintilesIMS, est nommé directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, à compter du 1^{er} novembre.

Directrice du groupe hospitalier du Havre (Seine-Maritime) depuis fin 2015, **Zaynab RIET** a été désignée déléguée générale de la Fédération hospitalière de France par le conseil d'administration le 11 octobre. Elle succède ainsi à **David GRUSON**, contraint de démissionner le 27 septembre.

Le Défenseur des droits, **Jacques TOUBON**, a nommé **Constance RIVIÈRE** en tant que secrétaire générale. Elle succède à **Richard SENGHOR**, qui réintègre le Conseil d'État.

Geneviève GUEYDAN, ancienne directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, est nommée inspectrice générale des affaires sociales pour un an, à compter du 18 septembre.

LES RAPPORTEURS DU PLFSS AU SÉNAT

Jean-Marie VANLERENBERGHE (UC, Pas-de-Calais), rapporteur général au sein de la commission des Affaires sociales du Sénat, se chargera des recettes et équilibres généraux de la Sécurité sociale. Le volet relatif à l'assurance maladie est confié à **Catherine DEROCHÉ**, sénatrice (LR, Maine-et-Loire). Le pan médico-social revient à **Bernard BONNE**, sénateur (LR, Loire). **Gérard DÉRIOT** (LR, Allier) sera, comme l'an passé, le rapporteur du volet AT-MP. **René-Paul SAVARY** (LR, Marne) se penchera cette année sur l'assurance vieillesse. **Élisabeth DOINEAU** (UC, Mayenne) est nommée rapporteure pour le volet relatif à la famille.

MSA : les actifs perdants de la réforme des cotisations

Le conseil d'administration (CA) de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) a rendu, le 4 octobre, un avis mitigé sur les mesures relatives aux cotisations du PLFSS 2018.

Comment la baisse des cotisations famille et maladie prévue par le gouvernement va-t-elle se traduire pour les non-salariés agricoles ? Le CA de la CCMSA demande une clarification sur les modalités de la réforme pour laquelle il n'a pas été consulté. Et pour cause, il s'inquiète de la perte pour les exploitants de l'allègement de sept points décidé en 2016, qui avait fait passer leur cotisation maladie (Amexa) de 10,04 % à 3,04 %. Avec la mise en place d'un taux progressif de 1,5 % à 6,5 %, ceux dont la cotisation Amexa dépassera 3,04 % seront perdants. « Les 40 % d'exploitants qui déclarent plus de 13 000 € de revenus par an seront ainsi les seuls actifs contributeurs nets dans le cadre de la réforme CSG/cotisations », déplore **Michel Brault**, DG de la CCMSA, même si l'opération se traduit par un apport de 121 M€ supplémentaires au régime Amexa. Bien que les administrateurs prennent acte du renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du CICE en 2019, ils craignent dans le même temps la suppression des exonérations de charges ciblées, comme le dispositif TO-DE pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles ou celui dédié aux entreprises en zones de revitalisation rurale.

En revanche, les administrateurs saluent l'affectation au régime de retraite complémentaire obligatoire des exploitants du produit de la taxe sur les farines. Ils avaient attiré l'attention du gouvernement fin 2016 sur les difficultés financières du régime (PSI n° 991). « L'État a tenu sa promesse d'une solution financée à parts égales par la profession et les pouvoirs publics », se félicite **Michel Brault**, DG de la CCMSA (PSI n° 1052). Problème, cette recette est prélevée sur le financement de la retraite de base des exploitants agricoles. La CCMSA réitère donc sa demande de voir le déficit cumulé (3 Mds€) du régime repris par la Cades.

VERS UNE EXCEPTION ?

Le CA de la CCMSA souhaite que l'extension de l'utilisation du Cesu de services à la personne, prévue par décret, ne concerne pas les activités de service de nature agricole éligibles au Tesa.

Vers une nouvelle ère pour le dispositif Cesu

L'Agence centrale des organismes de Sécu (Acos) a lancé, le 17 octobre, son nouveau site Internet dédié au chèque emploi service universel (Cesu).

Le Cesu, qui facilite l'accomplissement des démarches sociales pour les particuliers employeurs (PE), doit développer et soutenir l'emploi dans le secteur des services à la personne. Aujourd'hui, l'Acos rénové cette offre de services qui concerne près de deux millions d'employeurs et un million de salariés : le portail dédié au Cesu depuis 2003 et qui reçoit plus de 20 millions de visites par an fait donc peau neuve. « Conçu avec les utilisateurs, le nouveau site – plus intuitif, plus ergonomique et personnalisé – propose aux internautes une nouvelle expérience enrichie », explique **Adrien Gauthier**, responsable de la communication Cesu. Dans la même ligne, une page dédiée ouvrira sur Facebook avant la fin 2017.

Mais d'autres évolutions plus profondes sont déjà à l'œuvre. Dans son article 10, le PLFSS 2018 prévoit l'adaptation du Cesu aux particularités de certains emplois à domicile : coaching, au pair, accueil familial... Ce qui permettra à 50 000 PE aujourd'hui exclus d'en faire usage. L'instauration du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu (PAS) incite aussi à accélérer la dématérialisation du dispositif : 30 % des usagers du Cesu utilisent encore la version papier (10 % du flux entrant). L'Acos a mené en 2017 une expérimentation sur 80 000 PE encore réticents, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Bretagne. « Nous nous mettons en mesure d'offrir dès 2019 un service "tout en un" aux particuliers employeurs, avec prélèvement des cotisations et de l'impôt, avant versement du salaire s'ils le souhaitent, comme le permet la LFSS 2017 », affirme **Yann-Gaël Amghar**, directeur général de l'Acos.

POUR UN « E-COMPTE CESU »

La Fepem appelle à la création d'une troisième génération de Cesu, qui comprendrait une mensualisation du crédit d'impôt perçu par les particuliers employeurs pour l'emploi d'un salarié à domicile. En attendant, elle porte un amendement pour inscrire dans le PLF 2018 le versement d'un acompte de 50 %. Le principe (30 %), acté dans la loi de finances 2017, a été décalé à 2019.

La MSA se cramponne à ses spécificités

Le 10 octobre, la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) a confirmé son positionnement, face à la disparition programmée du Régime social des indépendants (RSI).

La fin du RSI met-elle en péril l'existence de la MSA ? Elle la laisse en tout cas seule face à l'ogre que s'apprête à devenir le régime général (RG). « Si l'intégration du RSI au RG se passe bien, les partisans d'un régime unique risquent de lorgner sur la MSA... mais si elle s'avère chaotique, d'autres risquent de ressortir la carte du grand régime des indépendants, qui pourrait naître d'une fusion de la MSA et du RSI », analyse **Michel Brault**, directeur général de la CCMSA. La stratégie du régime agricole, qui consiste à gagner des parts de marché en dehors de sa sphère d'activité habituelle pour contrebalancer une démographie défavorable (PSI n° 936), semble désormais avoir du plomb dans l'aile. Les passerelles possibles entre RSI et MSA sont définitivement coupées : la MSA proposait d'ouvrir ses guichets de proximité aux indépendants dans les territoires ruraux. Mais la réforme des critères d'affiliation de la Cipav a aussi porté un coup à sa stratégie en matière de gestion pour tiers cette fois (PSI n° 1091/1092). D'après la CCMSA, l'activité réalisée pour cette caisse représente aujourd'hui 450 000 € de prestations de service (indexation, éditique), auxquels s'ajoutent 885 000 € et 16,5 ETP en lien avec les plates-formes téléphoniques.

La CCMSA ne capitule pas pour autant. « Nous entendons faire vivre notre différence, en valorisant notre guichet unique », déclare **Michel Brault**. Contrairement au RSI, la MSA bénéficie du soutien de ses affiliés, notamment

des exploitants attachés à leur régime professionnel. « La gouvernance mutualiste et l'ancrage territorial de la MSA lui permettent de répondre rapidement aux crises agricoles », justifie **Robert Verger**, de la FNSEA. Si ses effectifs décroissent, la population agricole reste stable professionnellement, à la différence des indépendants, hétérogènes et nomades en termes de régimes.

SÉCU : VERS UN SEUL BACK-OFFICE ?

« Pour rationaliser les déploiements en termes de systèmes d'information, peut-être faudrait-il imaginer un back-office intégré tout en maintenant des front-offices distincts », suggère Dominique Libault, directeur de l'EN3S.

Cnamts : la hausse des saisines s'accélère

Le rapport d'activité 2016 de la direction de la conciliation de l'assurance maladie a été présenté, le 12 octobre, devant le conseil de la Cnamts .

Le nombre de saisines a progressé de 13 % en deux ans. La hausse entre 2015 et 2016 est deux fois plus élevée que celle observée entre 2014 et 2015. Pour l'ensemble des Cnamts, la conciliation a fait l'objet de 25 000 saisines en 2016, dont 3 300 (13 % du total) directement reçues par la direction de la conciliation. La part des dossiers adressés par le ministère de la Santé a augmenté de 44 % par rapport à 2015. Elle représente 70 % du total des cas instruits. Cette tendance confirme « la volonté des bénéficiaires d'interpeller directement les pouvoirs publics concernant une situation personnelle ressentie comme injuste », indique le rapport.

Les saisines en lien avec les problèmes d'affiliation ou de prise en charge de dispositifs médicaux ou de dépenses de santé comptent pour 73 % des dossiers. Ceux de « première intention », qui regroupent les refus ou les problèmes d'accès aux soins, ont progressé de 8 % entre 2013 et 2016 pour représenter 16 % des saisines. Celles liées aux difficultés à trouver un médecin traitant ont même triplé entre 2014 et 2016. Sur les 766 « refus de soins », 61 % concernent des assurés bénéficiaires de l'ACS (aide à la complémentaire santé), 35 % ont une CMU-C et 4 % sont affiliés à l'AME. Le motif le plus signalé est celui du « refus de tiers payant », suivi par « dépassements d'honoraires, actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé ». Au total, dans 26 % des cas les conciliateurs ont conclu que le refus n'était pas caractérisé du fait d'un manque de justificatifs. Sur les 60 % de refus véritablement identifiés, le travail en conciliation a abouti à un accord ou une solution amiable dans neuf cas sur dix. Plus du tiers des professionnels de santé ont procédé à l'annulation ou au remboursement du dépassement d'honoraire demandé à tort (jusqu'à 5 000 € pour un acte chirurgical).

AGENDA

8 NOVEMBRE

● COLLOQUE organisé à Paris par la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg), sur le thème : « 2007-2017, la Camieg d'hier à demain ». www.camieg.fr

9 NOVEMBRE

● JOURNÉE technique sur l'aide et le soin à la personne organisée à Paris par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. www.inrs-aide-et-soin2017.fr
● CONGRÈS des 70 ans de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux. www.uniopss.asso.fr

14 NOVEMBRE

● COLLOQUE de la Haute Autorité de santé organisé à Paris sur « la pertinence du concept à l'action ». www.has-colloque2017.fr

20-25 NOVEMBRE

● 2^E ÉDITION nationale des Rendez-vous de la retraite, organisées par l'Agirc et l'Arcco dans une centaine de villes. rdv-retraite.agirc-arcco.fr

22-23 NOVEMBRE

● 42^E CONGRÈS de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, à Clermont-Ferrand, sur le thème : « Sport, inclusion, santé et bien-être ». www.fehap.fr

24 NOVEMBRE

● 4^E CONFÉRENCE annuelle, organisée à Paris par *Liaisons sociales*, dédiée à « l'actualité de la protection sociale d'entreprise : santé, prévoyance et retraite ». www.wk-formation.fr

28 NOVEMBRE

● 7^E CONFÉRENCE nationale de l'accueil temporaire, organisée à Paris par le Grath et intitulée « l'accueil temporaire en soutien des aidants ». www.accueil-temporaire.com

PAS : le dispositif conforté par les rapports d'évaluation

Le gouvernement a transmis au Parlement, le 10 octobre, trois rapports sur le prélèvement à la source (PAS). Il entend en tirer toutes les conséquences dans le projet de loi de finances rectificative présenté en fin d'année.

Dans le premier rapport, l'inspection générale des finances (IGF) dresse, à l'issue de trois mois d'audit (PSI n° 1078), un bilan positif entre bénéfices attendus de la réforme pour les contribuables et charges anticipées dans la mise en œuvre pour l'administration fiscale et les collecteurs à la source. Principale conclusion : « *La faisabilité de la réforme du PAS au 1^{er} janvier 2019 ne fait pas de doute, malgré les difficultés anticipées et les risques à maîtriser.* » L'IGF évalue la charge financière pour les entreprises entre 310 M€ et 420 M€, loin du montant de 1,2 Md€ évoqué cet été dans le rapport réalisé pour la délégation sénatoriale aux entreprises. Qui plus est, les charges seront concentrées sur la période de lancement, autour de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019. Plus de 70 % du coût proviennent de la valorisation des ressources internes qui seraient mobilisées pour le paramétrage des logiciels, la formation des utilisateurs et la communication auprès des salariés. L'année de report devra d'ailleurs être mise à profit pour adopter des mesures susceptibles de simplifier l'entrée en vigueur du dispositif et d'améliorer son acceptabilité. Le rapport propose des solutions pour alléger les modalités de gestion pour les collecteurs : permettre aux employeurs d'appliquer le taux de prélèvement du salarié dès le premier mois d'embauche, évitant le recours au taux par défaut, ou renforcer le dispositif d'accompagnement par l'administration, notamment grâce à un kit de démarrage fourni à tous les collecteurs dès 2018.

Le deuxième rapport présente les résultats de l'expérimentation effectuée par le GIP-MDS entre juillet et septembre. 7 735 déclarations ont été déposées par 573 collecteurs (337 pour la DSN et 236 pour le Pasrau) et 68 éditeurs.

Ce test grandeur nature « a permis de détecter des anomalies techniques et de les corriger pour stabiliser le dispositif de mise en œuvre du PAS », affirme Bercy. Enfin, le dernier rapport porte sur les solutions alternatives au dispositif actuel : l'administration fiscale comme collecteur du PAS et la « mensualisation contemporaine ». Il souligne que « ces solutions alternatives ont pour effet d'alléger la charge induite pour les collecteurs mais ne procurent pas aux contribuables des bénéfices équivalents à une véritable contemporanéité de l'impôt sur le revenu ».

PROPOSITION ALTERNATIVE

Les rapports du gouvernement montrent « le caractère inabouti et coûteux de la réforme », selon le rapporteur général de la commission des Finances du Sénat. Dans son rapport de 2016, Albéric de Montgolfier (LR, Eure-et-Loir) prône « le prélèvement mensualisé et contemporain » pour supprimer le décalage entre la perception des revenus et le paiement de l'impôt, sans faire peser de nouvelles charges sur les entreprises.

Protection sociale Informations est une publication hebdomadaire éditée par WOLTERS KLUWER FRANCE, SAS au capital de 155 000 000 € - Siège social: 14, rue Fructidor - 75814 Paris Cedex 17 - RCS Paris 480 081306 - Associé unique: HOLDING WOLTERS KLUWER FRANCE - Président, Directeur de la publication: Hubert Chemla - Directrice générale du pôle droit et réglementation: Isabelle Bussel - Directrice de l'infocentre droit social: Sylvie Duras - Rédactrice en chef: Valérie Devillechabrolle - Rédactrice en chef adjointe: Marie Duribreux - Chef de rubrique: Caroline Laires-Tavares - Ont contribué à ce numéro: Séverine Charon, Clémence Dellangol et Véronique Hunsinger - Mise en maquette: Nord Compo - Secrétaires de rédaction: Frédéric Siméon, Bertrand Lavaine - Commission paritaire N° 0321T 87471 - ISSN: 1243-4477 - Dépôt légal: à parution - ISSN 1243-4477 - Abonnement annuel (48 numéros): 1 418,17 € TTC - Prix au numéro: 29,55 € TTC - Imprimé à STAMP, ZAC du Chêne Bocquet, 60 rue Constantin Pecqueur, 95150 Taverny.

AUTONOMIE. Les membres du Conseil de l'âge ont argué d'une insuffisance de temps pour se prononcer sur le rapport et l'avis dédié à la prise en charge financière des aides à domicile. Leur adoption a donc été reportée au 20 novembre. Le rapport du HCFA sera examiné, lui, en plénière, le 12 décembre.

DÉPUTÉS. Florian Bachelier, premier questeur de l'Assemblée nationale, a présenté, le 20 septembre, les orientations d'un projet visant à réformer le régime de retraite des députés dans le sens d'un alignement sur le régime de droit commun de la Fonction publique.

PARTENARIAT. La Cnav va annoncer la signature d'un accord avec l'École 42 en vue d'accueillir une vingtaine de stagiaires de l'école du numérique fondée par Xavier Niel. Avec l'objectif qu'ils challengent l'organisation et les services rendus par la caisse.

Contactez la rédaction :

Valérie Devillechabrolle : 0185 58 33 76 - 06 11 72 58 90
v.devillechabrolle@wolterskluwer.com

Marie Duribreux : 0185 58 38 11 - 06 10 46 16 09
marie.duribreux@wolterskluwer.com

Caroline Laires-Tavares : 0185 58 38 18 - 06 25 45 37 02
c.lairstavares@wolterskluwer.com

@ProtSocInfo
www.WK-RH.fr



LIANSONS
SOCIALES
PRESSE

Wolters Kluwer

Une information sélectionnée, claire, synthétique et exclusive



En savoir +

Composition de l'abonnement
Version papier: 48 numéros - la version e-book de la publication y compris le Code du travail
Version e-book: La version digitale de la publication et du Code du travail sur la bibliothèque digitale Smarteca et ses mises à jour au fil de l'actualité.

BULLETIN D'ABONNEMENT

À retourner à l'adresse suivante: Wolters Kluwer France - Service Clients - CP 402
14, rue Fructidor - 75814 Paris Cedex 17 - www.wkfr.fr - 0 825 08 08 00 - Service 0,15 € / min + prix appl.

Oui, je m'abonne à **Protection Sociale Informations** et souhaite bénéficier de l'offre spéciale **-24%***

Version	Réf	Prix HT	TVA	Prix TTC
<input type="checkbox"/> Papier (e-book inclus)	LR013	1054,00 € 1389,00 €	2,1%	1076,13 € 1418,17 €
<input type="checkbox"/> E-book	TK813	1054,00 € 1389,00 €	2,1%	1076,13 € 1418,17 €
		TOTAL		

*Offre valable uniquement pour tout nouvel abonnement à Protection Sociale Informations jusqu'au 31-12-2017 et non cumulable avec une autre offre en cours.

- Je joins mon règlement par chèque à l'ordre de Wolters Kluwer France SAS ; je recevrai une facture acquittée.
- Je réglerai à la réception de la facture.

Mme M.

Nom : Prénom :

Fonction : Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

(Obligatoire pour la mise en place de l'abonnement)

N° SIRET : Code NAF :

Siège Établissement Nbre de salariés à mon adresse :

Date :
Signature et Cachet

La signature de ce bon de commande emporte adhésion des conditions générales de vente consultables sur www.wkfr.fr

Wolters Kluwer France - SAS au capital de 155 000 000 € - TVA: FR:55 480 081 306 - SIREN: 480 081 306 - RCS Paris

A_BDC_PSI_178K7Z_P185