

Protection sociale

I N F O R M A T I O N S

La lettre des décideurs
de la prévoyance,
de la santé
et de la retraite
www.WK-RH.fr

N° 863 - 9 janvier 2013

ISSN 1243-4477

 Groupe Liaisons
une marque Wolters Kluwer

Complémentaires

- Des offres labellisées peu transparentes p. 2
- Portabilité: les enjeux masqués de la négociation p. 2
- Le régime de Sécu étudiant sur la sellette p. 3
- Quel avenir pour le projet Tensioforme? p. 3

Santé

- Dentaire: encore des points de blocage p. 4
- L'AMO a un rôle à jouer contre les inégalités p. 4
- Les pistes de l'Igas pour booster le générique p. 5

Rapports/études

- Expositions: le bilan de la traçabilité p. 6

Vie des institutions

- Salaires: avis de tempête à la Sécu p. 7

Retraite

- Pensions de l'État: le déséquilibre se creuse p. 8

Indiscrétions

- COG de l'Ircantec: les moyens en discussion p. 8

L'interview

Jean-Pierre Moreau
Président de la Mutuelle nationale territoriale

Plus de 95% des collectivités territoriales en santé et 85% en prévoyance ont choisi de subventionner la couverture complémentaire de leurs agents et ont opté pour des contrats labellisés. Pour celles qui ont décidé de conclure une convention de participation en prévoyance avec un organisme d'assurance, nous constatons que les cahiers des charges rédigés par ces collectivités ne sont souvent pas suffisamment explicites, sur la sinistralité en particulier, pour pouvoir tarifier correctement ce risque long. De plus, des organismes, nouveaux venus sur ce marché, raisonnent sur la base d'une adhésion obligatoire de ces agents alors que celle-ci n'est en réalité que facultative. Si bien qu'au final, certaines d'entre elles prévoient des tarifs de 30% inférieurs à leur équilibre technique. Cela n'est pas tenable sur la durée, sachant que ces conventions sont censées être signées pour six ans.

Alors que faire ?

Nous avons saisi l'Autorité de contrôle prudentiel et la direction générale des collectivités locales en vue de moraliser ce système et de pallier les insuffisances du dispositif. Pour notre part, nous plaçons, par ailleurs, pour notre part, pour que la couverture en prévoyance soit régie par un contrat à adhésion obligatoire.

Complémentaires

Territoriaux: le dumping tarifaire inquiète

Les premiers retours de la mise en œuvre des nouvelles règles en matière de couverture santé et prévoyance des territoriaux sont mitigés, malgré les précautions prises (PSI n° 812).

Quatre mois après le lancement de ce nouveau dispositif de participation des employeurs à la complémentaire des agents territoriaux, la mise en concurrence des organismes d'assurance bat son plein. La multiplication des offres labellisées d'acteurs non spécialistes de ce secteur (et en particulier de mutuelles interprofessionnelles) en témoigne, tout comme celle des appels d'offres en vue de la signature d'une convention de participation. Le consultant **Bruno de La Porte** en a déjà recensé pas moins de 130 lors de la conférence organisée, mi-décembre, par le cabinet Coprosop, spécialiste de la protection sociale des fonctionnaires. Une aubaine pour les quelque 10% des 50 000 collectivités ayant sauté le pas de contribuer financièrement, dans neuf cas sur dix, à la couverture du risque statutaire en prévoyance. Mais non sans poser quelques problèmes! « Nous constatons une dérive tarifaire en santé mais surtout en prévoyance conduisant à une course au moins-disant », s'inquiètent les mutuelles historiques regroupées au sein d'Uniter. « Nombre de collectivités ont cédé à la facilité en privilégiant le moindre prix. Au risque de voir leur convention de participation intenable sur la durée, notamment lorsque celle-ci est assortie d'une clause de stabilité tarifaire pluriannuelle », confirme **Jean-Marc Leverrier**, actuaire conseil de Coprosop, mettant en garde contre « les régularisations de provisions en fin de contrat ».

De fait, « la circulaire a oublié le principe fondamental de mutualisation du risque dans la liste des critères à respecter », observe **Bruno de La Porte** en regrettant l'absence de taux d'adhésion minimal pour qu'une couverture de prévoyance commence à courir. Or ces conventions, notamment celles signées par les centres de gestion, reposent sur un double caractère facultatif. 1/ Les collectivités ne sont pas contraintes de rejoindre le contrat. 2/ Les agents ne sont pas obligés de souscrire et surtout peuvent sortir à tout moment. Conséquence: « On ne sait jamais combien d'agents vont être couverts », témoigne **Nicolas Sarkadi**, le directeur général d'Intériale. « Les collectivités rechignent à donner le montant de leur participation, ce qui empêche les organismes d'assurance de tarifier correctement le risque », remarque aussi **Jean-Marc Leverrier**. Au total, le présupposé eldorado de la prévoyance des territoriaux – seuls 40% des agents sont encore couverts – risque donc de se transformer en Bérézina pour certains organismes. Mais « il y aura un rendez-vous vérité dans trois ans, au premier renouvellement de ces contrats », anticipe **Nicolas Sarkadi**.

EN BREF

→ **LABELLISÉES.** Destinées aux agents territoriaux, les offres de Mutex en prévoyance et de Radiance Humanis en santé viennent de décrocher leur labellisation.

→ **ADREA.** Le groupe mutualiste interprofessionnel va lancer un appel d'offres pour sélectionner un prestataire extérieur en vue d'offrir à ses adhérents d'ici la fin 2013 un réseau de soins conventionnés en optique, dentaire et audiotrithèse. Le conventionnement en hospitalisation, médecine spécialisée et médecine douce devrait intervenir dans un second temps.

→ **PLACEMENTS.** Si les mutuelles et les institutions de prévoyance (IP) ont des structures de placement « *relativement proches* » de celle de l'assurance vie, les mutuelles se distinguent par l'importance de leurs actifs immobiliers (11 % contre 4,8 % pour les IP), selon l'étude publiée dans la dernière revue de l'ACP. Leur part de placements en actions cotées est aussi plus faible à 5,2 % contre 10,4 %.

→ **SOLVABILITÉ II (1).** L'Eiopa, le superviseur européen des assurances, a indiqué, le 19 décembre, que l'étude d'impact sur les garanties de long terme, demandée par la Commission européenne, allait démarrer le 28 janvier pour s'achever fin mars (PSI n° 861). En France, 35 organismes ont été sélectionnés par l'ACP pour y participer.

→ **SOLVABILITÉ II (2).** En attendant une nouvelle date d'entrée en vigueur, l'Eiopa suggère de commencer à mettre en œuvre, dès le 1^{er} janvier 2014, à titre temporaire, les nouveaux principes de gestion des risques, de gouvernance et de reporting prévus par la directive. Un guide sera publié à cet effet au printemps.

→ **CADES.** Fin novembre, le taux de refinancement des 30 Mds€ d'emprunts à moyen et long terme par la Cades pour rembourser la dette sociale s'élevait à 2,72 %.

Complémentaires

Des offres labellisées peu transparentes

Souvent choisis en santé, les contrats labellisés destinés aux agents de la Fonction publique territoriale présentent eux aussi des inconvénients.

Pour les collectivités respectueuses du libre choix des agents en matière de couverture santé, les contrats labellisés constituent une solution de facilité. Mais, revers de la médaille, les employeurs qui les cofinancent – quatre sur dix en moyenne en santé, selon Uniter – se retrouvent confinés à un « rôle de payeurs aveugles », observe **Bruno de La Porte**, consultant du cabinet Coprosop. Et ce d'autant que « *la comparaison des offres se révèle impossible* », ajoute son collègue actuaire conseil, **Jean-Marc Leverrier**, après une analyse de huit contrats standards. Si « *les tarifs de ces offres tournent, en moyenne, autour de 50 € par mois, 80 € pour les retraités et 25 € pour les moins de 30 ans, ils varient en réalité selon les départements, voire au sein d'un même département* », précise-t-il. « *À défaut de pouvoir être calés sur la sinistralité du risque, ces tarifs se réfèrent à d'autres critères, tels que le montant de la participation employeur, les effectifs de la collectivité ou encore l'implantation géographique des agents* », explique **Jean-Pierre Moreau**, le président de la Mutuelle nationale territoriale.

Autre mauvaise surprise pour les collectivités, ces contrats labellisés sont souvent assortis de clauses d'exclusion, notamment en prévoyance. « *Cette procédure autorise les organismes assureurs à assortir leurs contrats de clauses de sauvegarde, telles que les questionnaires de sélection médicale ou à l'âge. Cela peut effectivement déboucher sur l'exclusion des salariés les plus à risque* », confirme **Véronique Lamblé**, directrice générale d'Aprécialis, l'un des cinq cabinets labellisateurs.

Enfin, comme les mutuelles historiques le redoutaient, les retraités semblent très peu informés des couvertures mises en place pour les agents en activité. En témoigne, selon Uniter, le faible taux de demandes de radiation émanant de leur part.

Portabilité : les enjeux masqués de la négo

Faute d'accord le 20 décembre, les partenaires sociaux devaient se retrouver, les 10 et 11 janvier, pour tenter de trouver une issue aux blocages de la négociation sur la sécurisation de l'emploi.

Au prétexte de négocier des contreparties à une flexibilisation accrue du marché du travail, les partenaires sociaux en profitent pour avancer leurs pions sur d'autres sujets sensibles en suspens, notamment en protection sociale complémentaire. S'agissant de la préservation des exonérations attachées aux contrats collectifs, la dernière mouture du projet d'accord prévoit que toutes les dispositions relatives à une extension de la complémentaire santé obligatoire soient « *subordonnées au maintien de (ces) aides sociales et fiscales* », comme le réclamaient plusieurs syndicats. « *C'est le corollaire indispensable d'un éventuel engagement des partenaires sociaux à généraliser l'accès à la complémentaire santé* », souligne un responsable patronal. De même, le texte prend date par rapport à la réforme des contrats responsables, annoncée par **François Hollande** au congrès de la Mutualité (PSI n° 854), en revendiquant que les partenaires sociaux soient « *associés à toute concertation sur leur évolution éventuelle* ». À ce stade, en revanche, le texte n'a pas donné suite aux revendications de la CFDT visant à préciser les critères d'éligibilité à ces contrats (PSI n° 861).

Sur les clauses de désignation introduites dans les contrats de branche, le projet prévoit que ces dernières « *pourront, après appel d'offres, conclure une convention d'assurance tout en laissant à leurs adhérents la liberté de choix du ou des organismes d'assurance* ». Du côté patronal, cette rédaction présente l'avantage de ménager les intérêts : **1**/de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), inquiète des « *déplacements de marché* » qu'une extension de la complémentaire pourrait engendrer ; **2**/des grandes entreprises, attachées à leur liberté de choix ; **3**/des PME qui pourront toujours bénéficier des tarifs négociés au niveau de la branche. Mais « *laisser la liberté de choix des organismes ne permet pas de faire fonctionner la mutualisation* », rétorque-t-on du côté syndical, avec le soutien de certaines franges du patronat... Ce que la FFSA conteste âprement.