N° 87
Décembre 2018
4ème trimestre 2018

FO Actualité Retraites

NE TOUCHEZ PAS À NOS RETRAITES

DANS CE NUMÉRO

RETRAITE DE BASE
↘
Transition emploi retraite et niveau de vie

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
↘
Fusion des régimes
Agirc Arrco : les changements au 1er janvier 2019

PRÉVOYANCE
↘
Clauses de désignation et décision du Comité européen des droits sociaux

BONNES FEUILLES
↘
Lu pour vous

AGENDA
↘
Agenda du 1er trimestre 2019

ÉDITORIAL

Philippe Pihet
Secrétaire Confédéral

100 % santé ? ou 100 % com ?

Au moment d'écrire ces lignes, le Président de la République a fait ses annonces pour tenter de répondre aux « gilets jaunes ».

Je ne commenterai que l'annonce sur le retrait de l'augmentation de la CSG. On aurait pu comprendre que cette suppression d'augmentation concernerait « tous les retraité(e)s » percevant jusqu'à 2 000 €

Dès le lendemain, il est question de 2 000 € « pour un célibataire » !

L'explication tient en trois lettres : rfr. Toute personne qui porte un intérêt au sujet retraites et prélèvements sait que le déclencheur est le niveau du revenu fiscal de référence.

Ainsi, un « foyer fiscal » de retraités où chacun percevrait par exemple 1 500 €, les deux pensions continueront d'être frappées par le taux majoré de CSG.

Le plan 100 % santé de Madame la Ministre, c'est un peu la même chose : faire croire que trois dispositifs, ou soins, font 100 % des dépenses de santé c'est fort !

Quid des dépenses hospitalières, examens de laboratoires et autres radiologie ?

De plus, et malgré les moulinets vengeurs du ministère, laisser penser ou croire que ce 100 % ne coûtera rien à personne relève une fois de plus de la communication.

Dans la vraie vie, l'augmentation des dépenses de santé ne peut être compensée que par des ressources supplémentaires. Ce n'est pas parce que, une fois de plus, le gouvernement bascule des dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire qu'il n'y aura pas de coût.

Seulement celui-là ne rentre pas dans les prélèvements obligatoires, donc les méchants ne sont pas ceux à qui l'on pense...

Il convient de rappeler une fois de plus que les complémentaires non lucratives (IP comme Mutuelle) n'ont pas de possibilité de faire appel à des fonds extérieurs. Il leur faut donc bien tenir compte à la fois de l'augmentation des dépenses et des contraintes réglementaires. À ce propos, il est également bon de rappeler que sur 100 € de cotisations à une complémentaire,13,26 € constituent un impôt et seront en conséquence reversés au « Trésor Public ».

Comme on le voit, la com ne peut pas tout, il en va de même en matière de projet de réforme des retraites.

La méthode de concertation ne peut masquer la cible du régime universel, in fine, filet de sécurité.

Pour notre part, notre communication n'a pas varié : nous refusons ce projet de réforme.

Retraite de base - Retraite Complémentaire - Prévoyance sociale - U.C.R.
FORCE OUVRIÈRE - 141 avenue du Maine - 75680 PARIS CEDEX 14 - Tél. 01 40 52 84 32 - Fax : 01 40 52 84 33 - email : ppihet@force-ouvriere.fr
Conception © et impression : ndp 01 45 35 11 00 . Photos et illustrations © : Phovoir - FO actualité retraites

RETRAITE DE BASE

TRANSITION EMPLOI-RETRAITE ET NIVEAU DE VIE

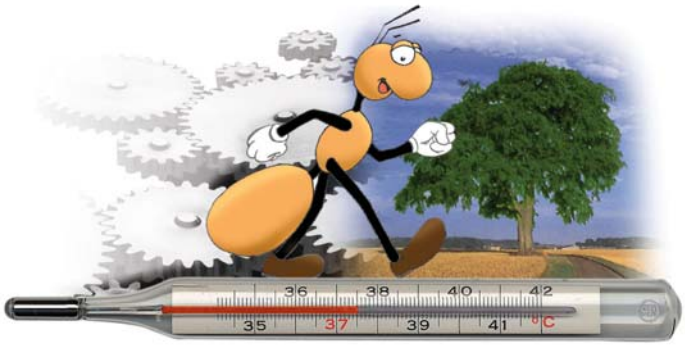
Lors de sa séance du 21 novembre dernier, le Conseil d'Orientation des retraites a continué l'étude du système de retraite français en mettant l'accent sur la transition emploi-retraite et le niveau de vie.

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

Le contexte dans lequel s'opèrent les transitions entre l'emploi et la retraite a beaucoup évolué depuis une quinzaine d'années.

D'une part, les réformes successives des retraites (relèvement des bornes d'âges entre 2010 et 2017, allongement de la durée d'assurance requise pour le taux plein au fil des générations, etc.) ont amené les assurés à retarder la liquidation de leur retraite, même si l'instauration de la retraite anticipée pour carrière longue en 2004 a joué dans un premier temps en sens contraire.
Les incitations au départ qui permettaient aux seniors de se retirer de la vie active avant l'âge de la retraite ont fait place aux incitations au maintien dans l'emploi.

Dans le contexte de la réforme, cette séance fait le point sur les évolutions de l'activité et des revenus des seniors dont l'âge est proche de celui de la retraite (1ère partie).



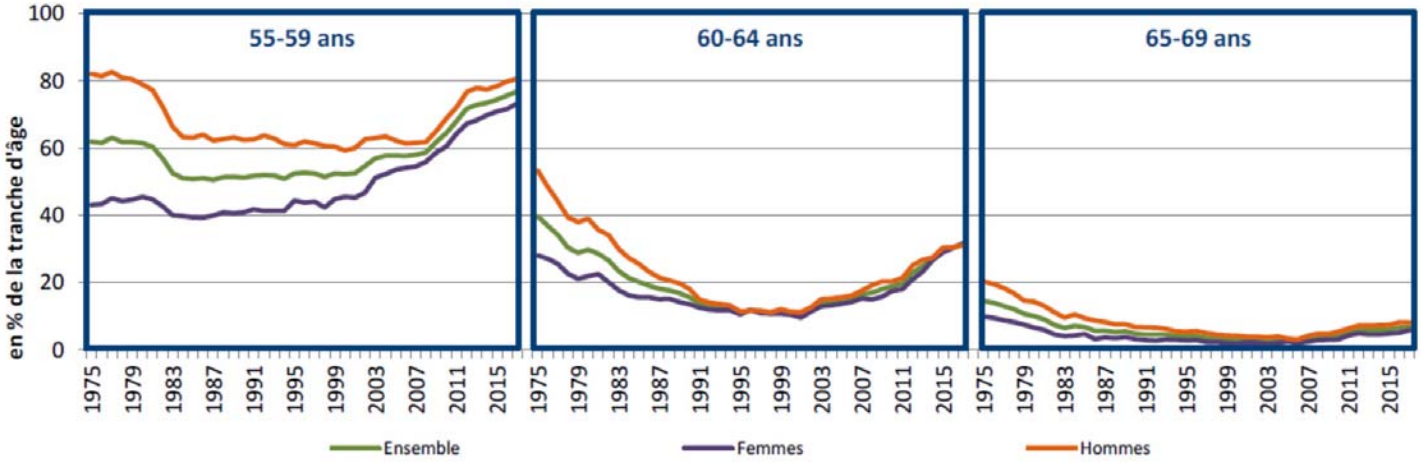
L'accent est mis sur les trois dispositifs organisant la transition entre l'emploi et la retraite : surcote, cumul emploi-retraite et retraite progressive.

Après une présentation de ces trois dispositifs et de leur équivalent à l'étranger (2ème partie), on étudie leur évolution possible dans le cadre du nouveau système universel en points (3ème partie).

1 - Situation des séniors en termes d'emploi et de niveau de vie

1.1 Activité et emploi des seniors

Figure 1 - Taux d'activité des 55-69 ans par tranche d'âge quinquennal



Note : activité au sens du BIT, âge atteint à la date de l'enquête.
Champ : population des ménages ordinaires, personnes de plus de 15 ans, France hors Mayotte.
Sources : INSEE, enquêtes Emploi.

Après avoir fortement diminué au cours des années 1970 et 1980, principalement du fait d'une baisse rapide pour les hommes en lien avec les politiques de cessation anticipée d'activité, les taux d'activité et d'emploi des seniors augmentent depuis la fin des années 1990. Entre 2000 et 2017, le taux d'activité a progressé de près de 25 points de pourcentage pour les 55-59 ans, de 20 points pour les 60-64 ans et de 4 points pour les 65-69 ans pour atteindre respectivement 76,9 %, 31,5 % et 6,9 %. Le taux d'emploi des seniors a connu une augmentation globalement comparable à celle du taux d'activité.

Il est bien évident que le recul de l'âge de départ en retraite est pour beaucoup dans ce constat, mais attention taux d'emploi des séniors ne veut pas dire emploi des séniors !

Si les réformes des retraites et la fin des politiques publiques permettant les sorties précoces du marché du travail ont eu clairement pour effet d'accroître les taux d'activité et d'emploi des seniors entre 2007 et 2017, on peut se demander si cette progression de l'activité s'est faite au détriment de la situation d'emploi des seniors : y a-t-il eu de plus en plus de travail à temps partiel, d'emplois précaires, de chômage et de sous-emploi chez les seniors ?

Le temps partiel est plus répandu chez les seniors que chez les plus jeunes, notamment parmi les hommes. Il est prédominant parmi ceux qui cumulent emploi et retraite (63,2 % des cumulants).

Il est moins souvent subi que chez les plus jeunes (le temps partiel subi correspond aux personnes à temps partiel désirant travailler davantage et disponibles pour travailler davantage), notamment parmi ceux qui cumulent emploi et retraite, mais il est plus souvent contraint pour des raisons de santé.

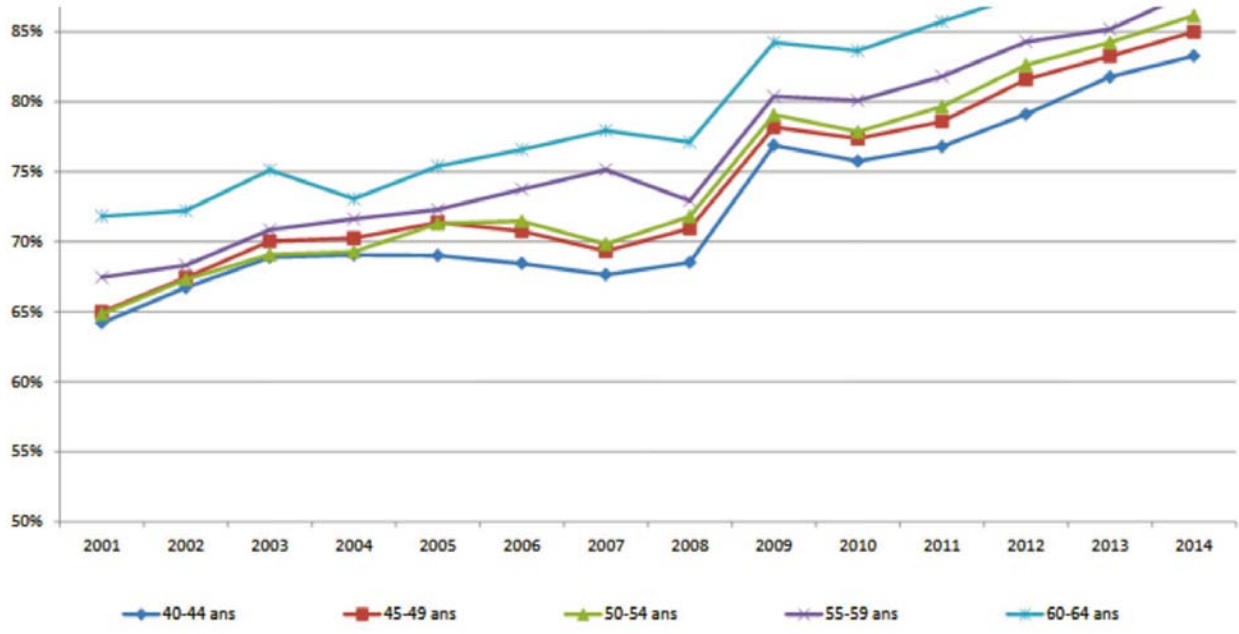
Plus on partira tard en retraite, plus les soucis de santé seront malheureusement fréquents et graves, et plus les arrêts de travail seront fréquents. Depuis de longues années, FO explique le système de vases communicants : la dépense retraite diminue ou stagne alors que la dépense maladie croît.

De même, la part d'emplois à durée limitée (contrats à durée déterminée, intérim, apprentissage, stages et contrats aidés) a augmenté d'environ 2 points chez les seniors entre 2007 et 2017.

Cependant, cette part a augmenté tout autant chez les plus jeunes, et elle demeure plus réduite chez les seniors (7,6 % chez les 50-64 ans en 2017) que chez les plus jeunes (13,1 % chez les 25-49 ans).

Quelle est la part d'emploi à durée limitée choisie et celle contrainte ?

Si le chômage demeure moins répandu parmi les seniors que parmi les plus jeunes, le taux de chômage des seniors a augmenté un peu plus vite pour les seniors que pour les plus jeunes : le taux de chômage des 55-64 ans représente 0,8 fois celui des 25-54 ans en 2017, contre 0,7 fois en 2007 (document n°4).
Les seniors conservent par ailleurs une difficulté spécifique à sortir du chômage, qui se traduit par une proportion élevée de chômeurs de longue durée, des transitions plus fréquentes vers le « halo » du chômage (chômeurs découragés ou non disponibles pour travailler). En outre, la reprise d'emploi après le chômage est plus difficile.



Lecture : en 2014, la part des embauches en CDD de personnes âgées de 60 à 64 ans est de 90 %

Champ : établissement de 10 salariés ou plus du secteur privé (hors agriculture et hors intérim), France métropolitaine

Source : EMMO-DMMO, Dares

RETRAITE DE BASE *suite*

Le paradoxe est toujours là : on recule l'âge de la retraite mais les séniors sortent du marché du travail avant l'âge de la retraite et se retrouvent au chômage ou sans activité.

Lorsque les seniors reprennent un emploi, ce dernier est plus souvent à temps partiel subi ou à durée limitée que chez les plus jeunes, alors que les seniors n'ayant pas connu le chômage sont au contraire moins souvent à temps partiel subi ou à durée limitée que les plus jeunes.

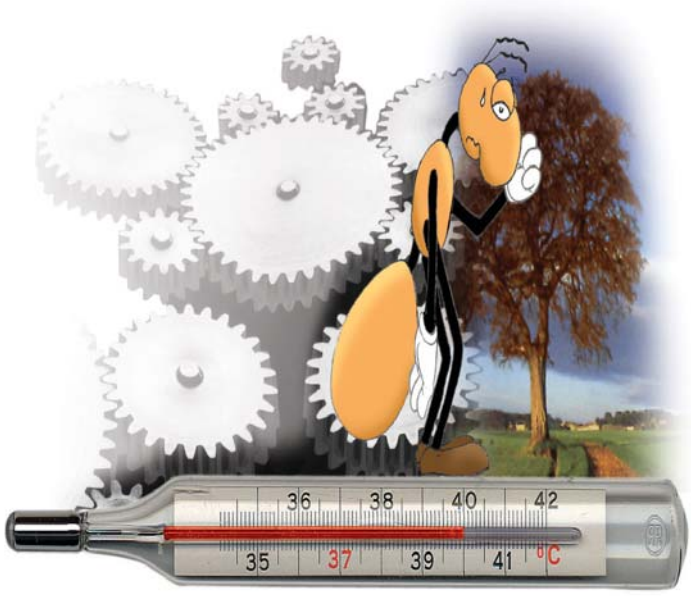
Enfin le sous-emploi (somme du temps partiel subi et du chômage partiel) a également augmenté chez les seniors comme chez les plus jeunes, tout en restant moins fréquent parmi les seniors.

1.2 La situation des seniors avant la retraite

S'il est possible de constater une progression de l'emploi des seniors ces dernières années, la question des transitions vers la retraite reste posée, une proportion sensible des assurés passe par des périodes de chômage ou d'inactivité avant la liquidation de leurs droits.

En moyenne sur les années 2015 à 2017, près de 29 % des personnes ne sont ainsi ni en emploi ni retraitées à l'âge de 60 ans.

Cette donnée est à rapprocher de l'accord AGIRC ARRCO qui créé des « coefficients de solidarité », cf l'article sur le sujet dans ce même numéro.



Passer de l'emploi à la retraite est la trajectoire la plus courante, mais beaucoup de personnes ont après 50 ans des parcours plus complexes avec une ou plusieurs période(s) de chômage, maladie, invalidité ou inactivité pure.
Il existe ainsi des situations de chômage ou d'inactivité hors de l'emploi et de la (pré)retraite (seniors qui ne sont ni emploi ni à la retraite, dits NER).

En %

	Ensemble	Femmes	Hommes
Trajectoires sans années de non-emploi[1]	**54,2**	**49,3**	**58,5**
Passage direct de l'emploi à la retraite	51,1	46,9	54,7
Dont au moins une année de cumul emploi-retraite / retraite progressive entre 50 et 67 ans - Sans années de non-emploi	10,9	8,8	12,7
Emploi, puis préretraite, puis retraite	2,1	1,5	2,7
Autres trajectoires - Sans années de non-emploi[2]	1,0	0,9	1,1
Trajectoires avec années de non-emploi[1]	**45,8**	**50,7**	**41,5**
Emploi, puis chômage, puis retraite	10,7	10,2	11,2
Emploi, puis absence du marché du travail, puis retraite	5,9	7,9	4,2
Au moins une année de cumul entre 50 et 67 ans - Avec année(s) de non-emploi	5,9	5,7	6,1
Emploi, puis maladie, puis retraite	2,8	2,4	3,1
Autres trajectoires - Avec année(s) de non-emploi[2]	20,5	24,5	16,9
Ensemble	**100,0**	**100,0**	**100,0**

1. Sont considérées comme années de non-emploi, les années où l'état principal sur le marché du travail est : absence, maladie, chômage ou assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). Toutefois, les trajectoires sans années de non-emploi peuvent contenir des périodes infra-annuelles de non-emploi.
2. Chaque autre type de trajectoire concerne moins de 2 % des personnes nées en 1946.
Champ > Personnes nées en 1946, ayant été affiliées au moins une fois au cours de leur carrière à une caisse de retraite participant à l'EIC, hors absents et retraités dès 50 ans.
Source > DREES, EIC 2013.

1.3 Les niveaux de vie des seniors

En 2015, les seniors de 50 à 69 ans, pris dans leur ensemble, ont un niveau de vie supérieur de 15 % au niveau de vie moyen de l'ensemble des Français de tous âges.

Leur taux de pauvreté, égal à 10,2 %, est inférieur à celui de l'ensemble des Français (14,0 %). Cette situation globalement favorable masque néanmoins des différences importantes de niveau de vie selon la situation d'activité, comme le montrent une étude récente de la DREES sur les seniors NER ainsi qu'une analyse effectuée par la DARES pour le COR du niveau de vie des seniors en fonction de leur situation d'activité détaillée.

En revanche, les seniors en emploi à temps partiel sont dans une situation moins favorable, avec un niveau de vie supérieur de 7 % à l'ensemble de la population et un taux de pauvreté de 14,5 % (comparable à l'ensemble des Français).

Enfin, les seniors qui ne sont ni en emploi ni à la retraite (NER) ont un niveau de vie relativement faible, un tiers d'entre eux se situant sous le seuil de pauvreté. Leur situation est cependant assez hétérogène, leur taux de pauvreté étant plus faible lorsqu'ils ont un conjoint en activité ou à la retraite, ou bien lorsqu'ils vivent sans handicap.

Répartition des seniors suivant diverses caractéristiques

En %

	Seniors NER	Seniors en emploi	Seniors à la retraite	Ensemble des seniors
Part dans l'ensemble des seniors de 53 à 69 ans	11	39	50	**100**
Proportion				
de femmes	66	49	52	**52**
de personnes agées de 55 à 64 ans dont	80	73	45	**59**
55-59 ans	48	55	7	**30**
60-64 ans	32	18	37	**29**
de personnes seules[1] ou en couple dont le conjoint est ni en emploi ni à la retraite (NER)	29	27	30	**29**
de diplômes inférieurs au baccalauréat	74	57	70	**65**
CAP, BEP	25	30	29	**29**
Brevet des collèges, certificat d'études primaires ou pas de diplôme	50	27	40	**36**
de personnes modestes (faisant partie des 40 % de personnes dont le niveau de vie est le plus faible) dont	62	24	28	**30**
inférieur au 1er quintile	42	11	11	**14**
entre 1er et 2e quintile	20	13	18	**16**
de locataires dont	42	27	22	**26**
locataires HLM	23	13	11	**13**
de personnes se déclarant en mauvais ou très mauvais état de santé	29	7	10	**11**
de personnes ayant un handicap reconnu administrativement ou une gène chronique depuis au moins 6 mois, dont	50	18	26	**25**
handicap reconnu administrativement	30	7	9	**11**
d'employés ou ouvriers (ou anciens employés ou ouvriers)	61	47	53	**51**

1. Dont familles monoparentales.
Lecture • En 2015, en France métropolitaine, 52 % des seniors sont des femmes. Ces dernières représentent 66 % des seniors n'ayant ni emploi ni retraite.
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 53 à 69 ans appartenant à des ménages vivant dans un logement ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
Sources • Insee, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2015.

Un des combats de FO est de dénoncer le calcul qui vient en appui de l'affichage du niveau de vie des séniors. En effet, ce calcul intègre une part de « loyer » qui représente « l'économie, donc le revenu supplémentaire » des propriétaires de leur logement.

Cela revient à « punir » les salariés qui ont mis souvent une bonne partie de leur vie active à devenir propriétaires de leur logement, personne ne leurs a fait de cadeau !

2 - Les dispositifs facilitant les transitions emploi-retraite

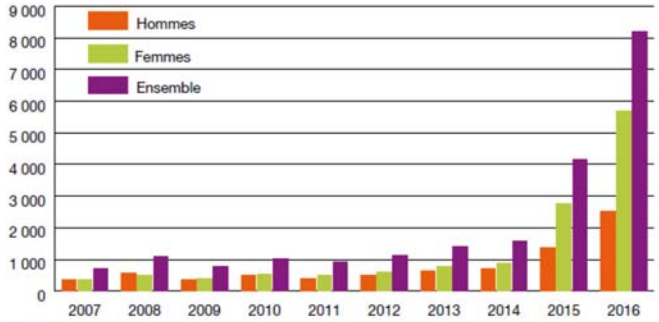
2.1 Les dispositifs de prolongation d'activité

Les assurés qui remplissent les conditions pour faire valoir leur droit à pension de retraite peuvent :

- cesser leur activité et demander la liquidation de leur pension,
- poursuivre leur activité en ajournant la liquidation de la pension afin de majorer celle-ci (surcote),
- liquider intégralement leur pension et cumuler celle-ci avec des revenus d'activité (cumul emploi-retraite)
- ou liquider seulement une fraction de leur pension et poursuivre une activité à temps partiel (retraite progressive)

Applicable aux pensions liquidées depuis le 1er avril 2004, la surcote est une majoration de la pension de retraite de base dont bénéficient les assurés qui continuent de travailler et ajournent la liquidation de leur pension de retraite après l'âge légal et au-delà de la durée d'assurance exigée pour l'obtention du taux plein.

Graphique 2 – Effectifs de départs en retraite progressive au régime général, par genre et année de départ



Source : Cnav.
Champ : retraités du régime général partis entre 2007 et 2016 en retraite progressive.
Lecture : en 2016, 8 208 assurés sont partis en retraite progressive.

Source : CNAV, Cadr@ge 37, juin 2018.

Il convient de distinguer le cumul emploi-retraite total (lorsque l'assuré peut liquider sa retraite à taux plein) du cumul emploi retraite-plafonné (lorsque l'assuré ne peut pas prétendre à une pension de retraite au taux plein).

La retraite progressive est un dispositif d'aménagement de fin de carrière, instauré en 1988, permettant aux assurés de travailler à temps partiel tout en bénéficiant d'une partie de leur retraite de base et complémentaire, appelée fraction de la pension.

Le dispositif permet d'acquérir de nouveaux droits à retraite dans la mesure où le montant de la pension (de base et complémentaire) est révisé au moment de la liquidation définitive.

2.2 Le profil des seniors qui recourent aux dispositifs de prolongation d'activité

La proportion d'assurés du régime général prolongeant leur activité au titre de la surcote s'est stabilisée à environ 14 % depuis 2010, après une phase initiale de montée en charge. Le nombre de trimestres de surcote s'est également stabilisé (9 trimestres en moyenne et 6 trimestres en médiane).

Ainsi le relèvement de l'âge d'ouverture des droits depuis 2010 se traduit par un relèvement presque parallèle de l'âge de départ des surcoteurs.

Près de la moitié des personnes effectuant du cumul emploi-retraite (les cumulants) – 478 000 en 2016 – ont 64 ans ou moins. Ils sont également plus diplômés et neuf sur dix travaillaient encore avant la liquidation de leur pension, contre les deux tiers des autres retraités. À noter que les droits de l'assuré cumulant sont « cristallisés », la reprise d'activité ne lui ouvrant pas de nouveaux droits à retraite.

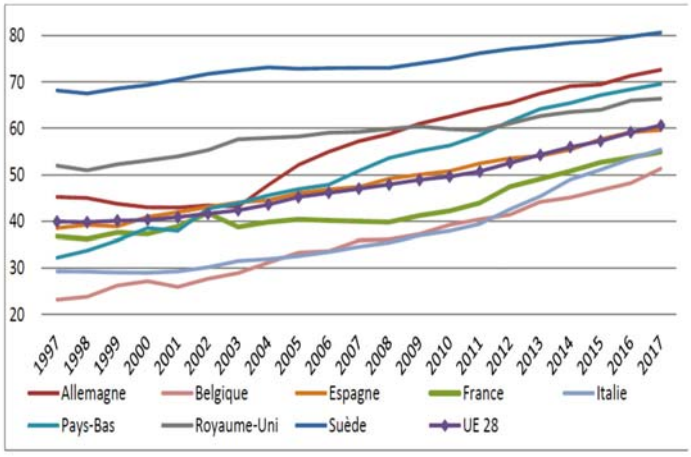
Près de la moitié des personnes effectuant du cumul emploi-retraite (les cumulants) – 478 000 en 2016 – ont 64 ans ou moins (document n° 10). Ils sont également plus diplômés et neuf sur dix travaillaient encore avant la liquidation de leur pension, contre les deux tiers des autres retraités.
Près d'un cumulant sur cinq exerce une activité d'appoint à titre temporaire ou occasionnel.

Enfin, si le nombre d'assurés du régime général bénéficiaires du dispositif de retraite progressive est longtemps resté faible (de l'ordre de 1 000 retraités par an sur les années 2007 à 2014), il a triplé en 2015 suite à l'assouplissement de la condition d'âge pour y rentrer. Cette montée en charge se poursuit en 2016, les effectifs passant de 4 150 à 8 200. Cette augmentation reflète celle de l'activité féminine, la part des femmes en retraite progressive – qui exercent par ailleurs, plus souvent des activités à temps partiel que les hommes – est passée de 48 % en 2002 à 69 % en 2016.

Quel que soit le jugement que porte la confédération sur ces dispositifs, nous rappelons à chaque occasion que les régimes existants permettent à celles et ceux qui le souhaitent (et le peuvent) de continuer à travailler, point n'est besoin d'une réforme !

2.3 Comparaisons internationales

Figure 1a : taux d'activité des travailleurs âgés de 55 à 64 ans de 1997 à 2017 (en %)



Source : OCDE, Labour Force Statistics.

Comme en France, on observe une tendance au prolongement de l'activité aux âges élevés dans les pays développés depuis deux décennies. D'une part, la plupart des pays ont réformé leur système de retraite ; certains ont utilisé le recul de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite comme levier de pilotage de leur système, d'autres ont intégré l'augmentation de l'espérance de vie dans les modalités de calcul de la pension pour inciter une liquidation plus tardive des droits à retraite.

Le panorama de l'activité des seniors et des transitions entre emploi et retraite dans les onze pays suivis par le COR montre que les taux d'emploi et le nombre d'heures travaillées par les seniors ont également progressé dans l'ensemble des pays. La part de l'emploi à temps partiel est plus élevée chez les 55-64 ans que les 25-54 ans, sauf en Espagne. Enfin, on observe une réduction du taux de chômage des 55-64 ans depuis 2014 dans la quasi-totalité des pays. Cette situation globalement favorable de l'emploi des seniors masque cependant d'importantes disparités selon le genre et le niveau d'éducation. Si les écarts de taux d'activité entre femmes et hommes sont très faibles en France et en Suède, les taux d'activité des femmes seniors sont significativement plus faibles que ceux des hommes au Japon, aux Pays-Bas et en Italie.

Dans un deuxième temps, la comparaison des différentes modalités de transition entre emploi et retraite montre que de tous les pays de l'OCDE, la France est le seul à proposer un dispositif de retraite progressive ouvrant le bénéfice d'une fraction de pension sous condition exclusive de poursuivre une activité à temps partiel.

Dans les autres pays, les dispositifs aménageant la transition entre emploi et retraite s'appuient sur le cumul entre rémunération d'activité et pension, sur la modulation du niveau de pension en fonction de l'âge de départ à la retraite (surcote en cas de poursuite d'activité et décote en cas de retraite anticipée) ou sur la liquidation partielle des droits sans exigence de passage à temps partiel.

Dans tous les pays étudiés, les retraités ayant liquidé leur pension, de manière définitive ou temporaire, peuvent poursuivre une activité rémunérée à temps partiel ou temps complet. Dans tous les pays sauf en France, la poursuite d'activité s'accompagne de l'acquisition de droits nouveaux à pension.

Parmi tous ceux qui poursuivent leur activité, il serait intéressant de voir la proportion de ceux dont le choix est contraint.

3. Perspectives d'évolution des dispositifs de transition

Comment pourraient être transposés, dans le nouveau système universel en points, les trois dispositifs de surcote, de cumul emploi-retraite et de retraite progressive.

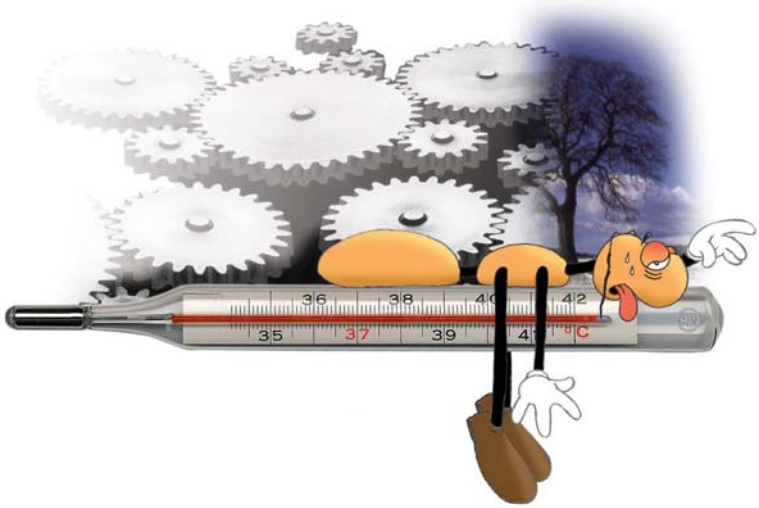
La surcote : de manière implicite, à travers une valeur de service du point qui augmente avec l'âge de liquidation ; soit de manière explicite, avec une valeur de service du point indépendante de l'âge de liquidation et la mise en œuvre d'un mécanisme de décote/surcote symétrique lié uniquement à l'âge de liquidation, dont le taux est calibré pour assurer la neutralité actuarielle pour une génération donnée.

Le cumul emploi-retraite intégral pourrait être autorisé sans aucune limite, et les cotisations versées par les assurés durant la période de cumul seraient susceptibles d'ouvrir de nouveaux droits à retraite que l'assuré pourrait liquider ultérieurement.

Le dispositif de retraite progressive pourrait prendre la forme d'une version élargie du cumul emploi-retraite intégralement libéralisé.

Par rapport au cumul emploi-retraite décrit précédemment où l'assuré est censé liquider tous ses droits avant de cumuler, l'équivalent de la retraite progressive consisterait à offrir à l'assuré la possibilité de liquider partiellement ses droits (c'est-à-dire, dans un système en points, une fraction des points acquis) avant de cumuler.

On pourrait cependant s'écarter de la logique d'un système actuariellement neutre, afin de poursuivre divers objectifs comme l'incitation au travail des seniors ou la réduction des inégalités au sein des seniors. En effet, si l'âge de liquidation choisi en moyenne par les assurés n'a pas d'effet sur l'équilibre à long terme d'un système de retraite actuariellement neutre, un âge de liquidation



plus tardif peut cependant avoir un effet positif sur le potentiel d'offre de l'économie et l'équilibre des finances publiques.

Ainsi le choix pourrait être fait d'un taux de décote/surcote différent du taux actuariellement neutre, qui est de l'ordre de 3 à 5 %.

En effet, plus on retient un taux de décote/surcote élevé, plus on incite les seniors à retarder leur liquidation et donc à prolonger leur activité, sous réserve qu'ils en aient la possibilité.

Cependant, comme les rémunérations élevées vont souvent de pair avec des liquidations tardives tandis que les assurés les plus défavorisés risquent de liquider précocement, la décote/surcote est susceptible d'accroître les inégalités entre retraités, d'autant plus que le taux de décote/surcote est élevé.

On pourrait aussi restreindre le cumul emploi-retraite, quitte à s'écarter de la neutralité actuarielle, en le plafonnant de façon à réduire les inégalités de revenus instantanées. Cette mesure serait égalitaire, en ce sens qu'elle réduirait les inégalités de revenus instantanées, puisqu'elle pénaliserait les hauts revenus d'activité sans pénaliser les faibles revenus d'activité.

Et elle serait favorable aux assurés aux plus faibles revenus d'activité qui ont décidé de poursuivre leur activité, compte tenu de leur espérance de vie en moyenne plus faible.

Elle pourrait néanmoins s'avérer défavorable à l'offre de travail même si les assurés à rémunération élevée souhaitant poursuivre leur activité auraient toujours la possibilité de privilégier la surcote.

Ces restrictions du cumul emploi-retraite, outre qu'elles s'écartent de la logique de rendement défini, auraient l'inconvénient de rendre le cumul moins lisible et d'en complexifier la gestion (le plafonnement du cumul impliquerait de tester régulièrement les ressources des cumulants).

Comme à l'accoutumée, le COR nourrit le débat avec beaucoup de technicité, et comme d'habitude FO regrette que les aspects humains ne soient pas pris en compte, même s'il est difficile de transformer les cas les plus délicats en euros...

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

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

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

FUSION DES RÉGIMES AGIRC-ARRCO : LES CHANGEMENTS AU 1.01.2019

1- Points retraite

Quels changements pour les retraites versées aux personnes déjà retraitées ?

Si vous êtes déjà à la retraite au 1er janvier 2019, il n'y aura aucun changement dans le versement de votre retraite. Vous continuerez à recevoir le même nombre de paiements qu'auparavant.

Il n'y aura plus qu'une valeur de point, ce point s'appellera 'point AGIRC -ARRCO'

La valeur du point continue à être fixée par les partenaires sociaux chaque année, à effet du 1er novembre. Votre retraite ou vos retraites évolueront de la même façon que le point Agirc- Arrco.

Si vous perceviez une retraite complémentaire Arrco et une retraite complémentaire Agirc, les deux versements resteront distincts, une fois que le nouveau régime sera mis en place. Seuls les libellés bancaires des noms des caisses de retraite émettrices des paiements figurant sur vos relevés bancaires seront susceptibles d'être modifiés.

Ce nouveau régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco, institué par l'accord national interprofessionnel du 17 novembre2017 (qui n'est que le décret d'application de l'ANI du 30 octobre 2015), reste un régime de retraite par répartition obligatoire pour tous les salariés du secteur privé, géré et piloté paritairement par les partenaires sociaux et fonctionnant par points.

Quels changements pour la retraite des salariés qui seront retraités après le 1er janvier 2019 ?

Le système par répartition en point obéit aux mêmes principes qu'avant l'accord: la cotisation est divisée par la valeur d'achat du point, ce qui donne le nombre de points acquis par an.

Pour une large majorité de salariés (80% ne cotisent qu'à l'Arrco), la fusion ne changera rien. Seuls les points Agirc seront convertis selon une formule garantissant une stricte équivalence des droits.

Si vous êtes salarié non cadre cotisant uniquement à une caisse Arrco : rien ne change, les points Arrco sont repris à l'identique et deviennent des points Agirc-Arrco.

- Nombre de points Arrco = Nombre de points Agirc-Arrco.
- Montant de la retraite = Nombre de points Agirc-Arrco x valeur point Agirc-Arrco.

Si vous êtes cadre, vos points Arrco et vos points Agirc seront regroupés au sein d'un seul compte de points Agirc-Arrco.

Seuls les points Agirc sont convertis en points Agirc-Arrco grâce à une formule de conversion qui garantit une stricte équivalence des droits.

Un double affichage du nombre de points avant et après la conversion sera mis en place afin de faciliter la lecture.

- Nombre de points Agirc x 0,347798289 = Nombre de points Agirc-Arrco.
- Montant de la retraite = Nombre de points Agirc-Arrco x valeur point Agirc-Arrco.

2 - L'application au montant des retraites du « coefficient de solidarité minorant » ou d'un « coefficient majorant »

Pour rappel : en application de l'accord Agirc-Arrco-AGFF du 30 octobre 2015, que FO n'a pas signé, les salariés nés après le 1er janvier 1957 qui bénéficient du taux plein au régime de base et demandent leur retraite complémentaire pour une date d'effet à partir du 1er janvier 2019, se voient appliquer un coefficient temporaire minorant le montant de leur retraite. Ce dispositif de

« bonus-malus » vise à inciter les actifs en fin de carrière à travailler davantage, au motif de participer au rééquilibrage des caisses de l'Agirc et de l'Arrco.

Pour FO, cette « justice » n'est que de façade, environ 10% des salariés du privé ne sont plus sur le marché du travail au moment de faire valoir leur droit à retraite, ils n'auront d'autre choix que de perdre 10% de leur retraite complémentaire pendant trois ans.

Pour ceux qui le pourront, et le voudront, s'ils diffèrent leur demande de retraite de quatre trimestres, n'auront pas d'abattement.

Quelles sont les exceptions à l'application du coefficient minorant de solidarité ?

Le coefficient minorant ne s'applique pas pour :

- les retraités exonérés de CSG (Contribution sociale généralisée) en raison de leurs revenus. En cas d'exonération partielle, la minoration sera réduite de moitié (seuls les points Agirc seront décote de 5%) ;
- les retraités au titre du dispositif amiante ;
- les retraités au titre de l'inaptitude ;
- les retraités handicapés, retraités au titre du dispositif amiante ou de l'inaptitude ;
- les retraités qui ont élevé un enfant en situation de handicap et les aidants familiaux ;
- les personnes remplissant les conditions d'un départ anticipé au titre des carrières longues avant le 1er janvier 2019 et qui souhaitent partir en retraite à compter de cette date ;
- Les retraites des personnes qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de la retraite à taux plein. Leur retraite complémentaire subit déjà une minoration (abattement) définitive.

Les personnes au chômage au moment de leur départ en retraite ou les personnes bénéficiant d'une retraite anticipée pour carrière longue à compter de 2019 seront- elles exonérées de coefficient de solidarité ?

Les personnes au chômage au moment de la liquidation de leur retraite tout comme les personnes qui ont pu prétendre au bénéfice d'une retraite anticipée pour carrière longue sont soumises à la règle de droit commun : application (ou exonération) du coefficient minorant de solidarité déterminée au regard de leur situation fiscale connue lors de la liquidation de leur retraite complémentaire.

Comment s'applique le coefficient majorant ?

Si vous reportez votre départ à la retraite de deux ans ou plus au-delà de la date à laquelle vous remplissez les conditions d'obtention du taux plein au régime de base, vous bénéficiez d'une majoration de votre retraite complémentaire pendant un an de :

- 10% si vous décalez votre retraite complémentaire de deux ans ;
- 20% si vous décalez de trois ans ;
- 30% si vous décalez de quatre ans.

3 - La pension de reversion

Quel changement pour les pensions versées avec condition d'âge, pour les décès intervenus à partir du 1er janvier 2019 ?

Les âges requis de réversion pour une demande de pension de réversion (précédemment 60 ans en Agirc et 55 ans en Arrco) sont harmonisés sur la règle la plus favorable, à savoir 55 ans. À partir du 1er janvier 2019, l'âge requis est fixé à 55 ans pour tous, à condition que le décès intervienne à compter du 1er janvier 2019.

PRÉVOYANCE

CLAUSES DE DÉSIGNATION ET DÉCISION DU COMITÉ EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX

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

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

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

La Confédération CGT-FO avait saisi le Comité européen des droits sociaux en invoquant l'atteinte portée par le droit français, du fait de cette jurisprudence constitutionnelle, aux traités et textes de l'Europe. FO allègue d'une violation de l'article 6§2 de la Charte sociale européenne révisée (« la Charte ») eu égard aux conditions posées par la législation française relative à la protection sociale complémentaire des salariés, en particulier l'articleL. 912-1 du code de la sécurité sociale tel que modifié par la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 du 23 décembre 2013 et des décrets d'application, en ce qui concerne le choix d'un organisme assureur.

Sur la motivation de la décision rendue par le Comité en juillet 2018 :

Le Comité rappelle que l'objectif de l'article 6§2 est de promouvoir la négociation collective à la fois libre et volontaire, à laquelle participent des parties représentant des organisations libres et dûment informées.

Le Comité rappelle que le droit de négociation collective, garanti par l'article 6§2 de la Charte, n'est pas absolu et peut être limité, mais que toute restriction à ce droit ne peut être conforme à l'article 6§2 de la Charte que si elle remplit les conditions énoncées à l'article G de la Charte. Toute restriction doit ainsi (i) être prescrite par la loi, (ii) poursuivre un but légitime, c.-à-d. protéger les droits et libertés d'autrui, l'ordre public, la sécurité nationale, la santé publique ou les bonnes mœurs, et (iii) être nécessaire dans une société démocratique pour parvenir à ces buts – en d'autres termes, la restriction doit être proportionnée au but légitime poursuivi.

L'organisation FO allègue que, depuis 2013, l'impossibilité des partenaires sociaux de recourir aux clauses de désignation d'un organisme assureur de prévoyance ayant pour but de mutualiser les risques au niveau de la branche, est une ingérence injustifiée dans le droit de la négociation collective.

Selon FO l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par la loi n° 2013-1203, ne prévoit que la possibilité de recourir à des clauses de recommandation ce qui constitue une atteinte à la libre négociation des partenaires sociaux.

Le Comité rappelle que pareille ingérence enfreint l'article 6§2, sauf si elle est « prévue par la loi », poursuivant un ou plusieurs buts légitimes et « nécessaire, dans une société.

Le Comité relève que l'ancien article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (résultant de la loi n° 94-678 du 8 août 1994, lequel avait entériné la pratique des clauses de désignation) permettait aux partenaires sociaux de prévoir une mutualisation des risques en désignant, dans un accord professionnel ou interprofessionnel, un ou plusieurs organismes assureurs chargés d'assurer ce risque. Une fois l'accord étendu, la clause de désignation rendait obligatoire l'adhésion de toutes les entreprises de la branche à l'organisme assureur désigné.

Le Comité note qu'en fondant sa décision sur la liberté contractuelle de l'employeur, le Conseil constitutionnel a fait prévaloir la liberté la liberté contractuelle sur le droit de négociation collective.

Pour le Comité, l'impossibilité de recourir au mécanisme des clauses de désignation entraine de facto la limitation des pouvoirs de négociation des partenaires sociaux au niveau de la branche.

A cet égard, le Gouvernement ne démontre pas comment la recommandation d'un ou de plusieurs organismes assureurs, permet de garantir l'effectivité réelle de la négociation collective des partenaires sociaux, contrairement à la désignation, qui conduit à un accord contraignant en matière de protection sociale complémentaire.

Le Comité note que l'interdiction des clauses de désignation est très générale et ne prend pas en compte certaines branches aux besoins spécifiques, présentant des « mauvais risques » ou encore les activités où les salariés changent fréquemment d'employeurs.

Pour ces raisons, le Comité considère que l'interdiction générale des clauses de désignation n'est pas proportionnée au but légitime poursuivi.

Pareille restriction de désignation n'est pas proportionnée au but légitime poursuivi. Pareille restriction ne peut dès lors être considérée comme nécessaire dans une société démocratique.

Pour ces motifs, le Comité conclut à l'unanimité, qu'il y a violation de l'article 6§2 sur la question de l'interdiction des clauses de désignation ;

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

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

La mutualisation des cotisations des entreprises de la branche permet de concrétiser l'objectif de solidarité poursuivi par les interlocuteurs sociaux.

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

Toutefois, l'État français peut ignorer cette décision, dans la mesure où le Comité européen des droits sociaux n'est pas un tribunal, pour autant cette décision constitue un appui politique considérable pour notre organisation.

Le rapport du Comité européen des droits sociaux a été transmis au Comité des ministres. Mais sans attendre, Force Ouvrière a demandé au Législateur et à l'Exécutif que soit intégré au Code de la Sécurité sociale un dispositif de mutualisation, au niveau de la branche, dans le domaine des complémentaires.

LES BONNES FEUILLES

FO Actualité Retraites a pour objectif premier de relayer les positions confédérales et les actions qui en découlent. Il nous paraît cependant utile d'apporter des éléments de documentation sur les réflexions qui se font sur des grands thèmes de protection sociale même si, évidemment, nous ne partageons pas forcément les conclusions qu'en tirent leurs auteurs. Mais il semble utile de savoir ce que pensent d'autres personnes, ne serait ce que pour argumenter pour défendre nos positions.

Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ?

Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions.

Fin 2016, d'après l'enquête CARE-Institutions réalisée par la DREES, la moitié des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépensent au moins 1 850 euros mensuels pour financer leur prise en charge, après perception des allocations et des contributions des obligés alimentaires.

Cette participation financière s'élève à au moins 2 420 euros pour la moitié des résidents des établissements privés à but lucratif, contre 1 800 euros pour les autres types d'établissements. Un tiers des résidents déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution, et 11 % devoir mobiliser leur entourage pour payer une partie de ces frais. Près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses.

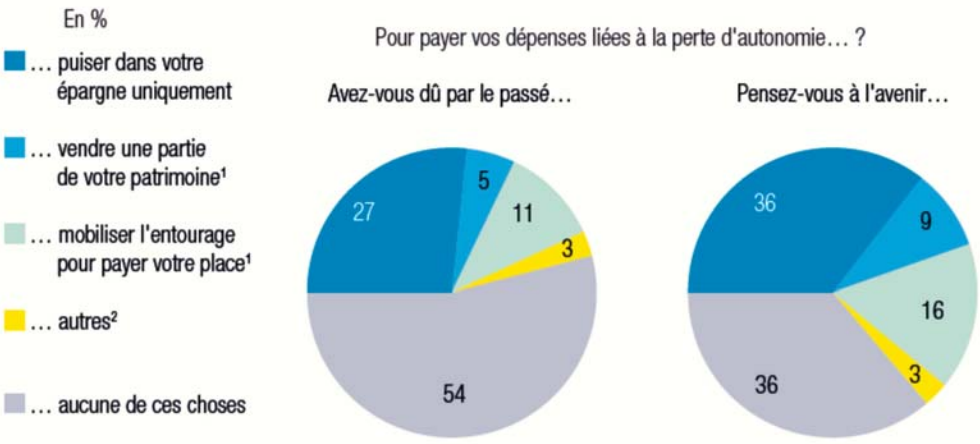
Les établissements d'hébergement pour personnes âgées accueillent des personnes à partir de 60 ans qui ont besoin d'être prises en charge et de bénéficier de services d'aide et de soins.

D'après les résultats de l'enquête CARE-Institutions, la participation financière restant à la charge des résidents, une fois déduites les contributions des obligés alimentaires et les différentes allocations, est estimée à au moins 1 850 euros par mois pour la moitié d'entre eux.

Cette somme varie peu selon le niveau de perte d'autonomie, mais dépend, pour l'essentiel, du statut de l'établissement. La participation financière médiane s'élève ainsi à 2 420 euros dans les établissements privés à but lucratif, contre 1 850 euros dans les établissements privés non lucratifs, 1 790 euros dans les établissements publics hospitaliers et 1 730 euros dans les établissements publics non hospitaliers.

GRAPHIQUE 1

Répartition des moyens utilisés pour financer les dépenses liées à la perte d'autonomie en établissement



1. Et éventuellement mobiliser d'autres ressources : puiser dans l'épargne, économiser sur d'autres postes de dépenses, faire un emprunt à la banque ou auprès de l'entourage.
2. Autres combinaisons possibles : puiser dans l'épargne et/ou économiser sur d'autres postes de dépenses et/ou faire un emprunt à la banque et/ou auprès de l'entourage.

Lecture • 27 % des résidents de maisons de retraite déclarent avoir déjà dû puiser dans leur épargne pour payer les dépenses liées à la dépendance, sans avoir mobilisé d'autres ressources exceptionnelles.
Champ • France métropolitaine, résidents permanents de maisons de retraite (Ehpad, Ehpa et SLD) de plus de 60 ans.
Source • DREES, enquête CARE-Institutions 2016.

Les retraités vivant en France perçoivent une pension moyenne d'environ 1 500 euros nets mensuels fin 2016. Certains doivent donc mobiliser d'autres ressources pour financer les coûts liés à la prise en charge en établissement.

Un résident sur trois déclare devoir puiser dans son épargne pour financer sa maison de retraite
En dehors des ressources courantes, telles que les pensions de retraite, le principal moyen déclaré par les seniors pour financer leurs dépenses en maison de retraite est l'épargne personnelle. Les dépenses sont définies ici comme étant les frais d'accueil en institution, aménagements de la chambre, appareils auditifs, aides techniques et paiement des aidants professionnels.

Un tiers des résidents indiquent puiser dans leur épargne pour payer les dépenses liées à la perte d'autonomie. Ces derniers possèdent tous des livrets d'épargne (livret A, bleu, de développement durable, d'épargne populaire) ou d'épargne logement (livret, plan ou compte épargne logement) et la plupart détiennent également des produits d'assurance-vie ou d'épargne retraite (plan d'épargne populaire, plan d'épargne retraite populaire par exemple).

Les résidents précisent aussi recourir à d'autres moyens de financement : l'aide financière de l'entourage[1] (11 %) et la vente de patrimoine (5 %). Seuls 12 % des résidents déclarent mobiliser plus d'un moyen de financement : ce sont surtout ceux qui vivent en établissement depuis plus longtemps.

Pour financer leur prise en charge, 54 % des résidents déclarent n'utiliser aucun des moyens de financement proposés dans l'enquête. Parmi eux 35 % disposent de revenus personnels supérieurs aux frais restant à leur charge, soit 19 % de l'ensemble des résidents. Pour 21 %, les frais sont couverts par les revenus personnels et par des allocations, dont l'aide sociale à l'hébergement, soit 11 % de l'ensemble des résidents.
Pour les 44 % restants, soit 24 % de l'ensemble des résidents, l'enquête CARE-Institutions ne permet pas de connaître précisément les ressources mobilisées.

Les modalités de réponse proposées aux seniors au sujet des moyens qu'ils utilisent pour financer leurs dépenses liées à la perte d'autonomie (aides techniques, aménagements de la chambre, appareil auditif, aidants professionnels, frais d'accueil en institution) sont :

- puiser dans votre épargne ;
- économiser sur d'autres postes de dépenses ;
- vendre une partie de votre patrimoine (maison, appartement, terrain…) ;
- faire un emprunt auprès d'un établissement bancaire ;
- faire un emprunt auprès d'une personne de votre entourage ;
- demander à quelqu'un de votre entourage de payer à votre place une partie de ces dépenses ;
- aucune de ces choses (réponse unique).

TABLEAU 1
Moyens utilisés pour financer les dépenses liées à la perte d'autonomie en établissement

En %

	Avez-vous dû par le passé ?	Pensez-vous à l'avenir ?
Puiser dans votre épargne	34	50
Économiser sur d'autres postes de dépenses	3	4
Vendre du patrimoine	6	11
Faire un emprunt à la banque ou auprès de votre entourage	0	0
Demander à votre entourage de payer	11	16
Aucune de ces choses	54	36
Mobiliser simultanément plusieurs de ces ressources[1]	12	23

1. Cet item ne correspond pas directement à une des modalités de réponse du questionnaire.
Note • Plusieurs réponses possibles.
Lecture • 34 % des seniors ont dû puiser dans leur épargne par le passé pour payer leurs dépenses liées à la perte d'autonomie, et 50 % pensent devoir le faire à l'avenir.
Champ • France métropolitaine, résidents permanents de maisons de retraite (Ehpad, Ehpa et SLD) de plus de 60 ans.
Source • DREES, enquête CARE-Institutions 2016.

LES BONNES FEUILLES

L'établissement doit déclarer le montant mensuel de la participation financière revenant à la personne, en prenant en compte tous les types de frais et en déduisant les contributions des obligés alimentaires ainsi que toutes les allocations : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour la prise en charge de la dépendance, l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'aide personnalisée au logement (APL) ou encore l'allocation de logement sociale (ALS) pour la prise en charge de l'hébergement. Ce montant n'inclut pas, en revanche, les participations volontaires éventuelles des proches.

▶ **Études et Résultats N°1095, Drees, novembre 2018 :** https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/comment-les-seniors-financent-ils-leur-maison-de-retraite-premiers-resultats-de

TABLEAU 2

Situation des personnes ayant déclaré ne mobiliser aucune des ressources proposées pour financer l'hébergement

En %

Situation des personnes	Résidents déclarant ne mobiliser aucune des ressources proposées	Ensemble des résidents
Disposent de revenus personnels suffisants[1]	35	19
Couverture par les allocations (dont aide sociale à l'hébergement)	21	11
Autres situations	44	24
Ensemble	**100**	**54**

1. À 100 euros près (compte tenu du caractère déclaratif des ressources dans l'enquête).

Lecture • 35 % des personnes ayant déclaré ne mobiliser aucune des ressources proposées pour financer leur hébergement, soit 19 % de l'ensemble des résidents, ont des ressources personnelles suffisantes (retraites, revenus du capital...).

Champ • France métropolitaine, résidents permanents de maisons de retraite (Ehpad, Ehpa et SLD) de plus de 60 ans.

Source • DREES, enquête CARE-Institutions 2016.

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004)

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019

Le rapport que l'Assurance Maladie adresse chaque année au Parlement, conformément aux dispositions de la loi du 9 août 2004, a été rendu au mois de juillet 2018.

Nous avons retenu les grandes lignes de ce rapport ainsi que les propositions.

Ce rapport porte, au-delà des différentes problématiques abordées d'une année à l'autre, une même conviction profonde : pour préserver notre système de santé, nous devons l'améliorer en nous appuyant sur une ligne directrice : la qualité des soins dans toutes ses dimensions. Cela passe par une transformation, parfois profonde, de son organisation, de ses pratiques et de ses modes de régulation.

Ces transformations peuvent se lire sur quatre niveaux distincts mais complémentaires.

Le premier niveau est celui du service rendu à la population en général et aux patients en particulier. Il s'agit de l'échelle de mesure fondamentale sur laquelle toute évolution doit être jugée. L'améliorer, ne pas la dégrader, tels sont les objectifs qui doivent être poursuivis.

Les analyses présentées dans ce rapport, qui montrent l'ampleur de la problématique des risques cardiovasculaires chez les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique ou les conséquences négatives du non-respect des seuils d'activité pour certains cancers, sont autant d'appels à agir de manière ferme et décisive sur ces sujets. Elles montrent aussi l'utilité de disposer d'outils partagés de mesure de la qualité pour établir des constats objectifs et choisir les champs d'action qui doivent être priorisés.

Le deuxième niveau est celui des pratiques professionnelles, médicales ou non. Il pose la question de la pertinence des décisions médicales et soignantes qui, de plus en plus, doivent s'inscrire dans une approche collective et pluridisciplinaire au service des patients, et bien souvent de la qualité des conditions d'exercice des professionnels.

L'exemple de la diffusion des innovations médicamenteuses, illustré dans ce rapport par des études sur le diabète de type 2 et les bronchopneumopathies chroniques obstructives, montre les enjeux

médicaux et économiques qui y sont liés et l'importance d'agir en amont sur ce sujet.

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie fait évoluer ses actions de gestion du risque et de maîtrise médicalisée vers un plus grand partenariat avec les professionnels de santé et les patients et une approche plus préventive, mobilisant l'ensemble des leviers dont elle dispose.

Le programme d'action sur la lombalgie commune, associant communication grand public, actions à destination des médecins et des employeurs et accords conventionnels, en est un exemple récent particulièrement pertinent.

Le troisième niveau est celui de l'organisation du système. Dans un grand nombre de cas, l'amélioration des pratiques nécessite de faire évoluer cette organisation. Le développement de la capacité à prendre en charge en ambulatoire et à leur domicile un nombre croissant de patients porteurs de pathologies chroniques de plus en plus lourdes, et bien souvent poly pathologiques, est à ce titre une priorité absolue.

Cela passe nécessairement par une structuration de nouvelles organisations en ville, plus à même de répondre à ce besoin. De même, ainsi que l'exemple de la cancérologie le montre bien, une réflexion doit être menée pour concilier l'exigence de qualité qui pousse à la concentration des plateaux techniques et l'égal accès aux soins.

LES BONNES FEUILLES *suite*

L'exemple de la prise en charge du cancer du sein, dont le présent rapport explore certains aspects, est particulièrement significatif. Seules des organisations reposant sur des logiques médicales et des démarches qualité partagées permettront d'atteindre cet objectif.

Le dernier niveau est celui de la régulation. La maîtrise des dépenses en est un aspect fondamental. Il ne s'agit pas d'un objectif comptable, mais d'une condition indispensable, nécessaire à la pérennité de notre système, à laquelle chacun des acteurs doit contribuer. Nécessaire, mais pas suffisante.

Il est désormais temps de donner à la qualité, la pertinence et la sécurité des soins une traduction plus concrète dans nos dispositifs de régulation, en particulier dans les modes de financement des professionnels et les organisations de santé.

Dans ce rapport, l'Assurance Maladie porte des propositions concrètes en la matière, issues de comparaisons internationales et d'analyses de la situation française.

Nous avons aujourd'hui les outils et les moyens de telles actions, il nous faut mieux utiliser les données du SNDS pour en faire un outil de transparence, de régulation et d'aide à l'amélioration des pratiques. Il nous faut valoriser les pratiques les plus vertueuses et remettre la valeur créée par les différents acteurs au centre de la régulation.

Il faut enfin créer un cadre d'action collectif où l'amélioration de la qualité ne soit pas vécue comme une régulation extrinsèque imposée de l'extérieur, mais comme une ambition partagée entre les acteurs de la régulation et ceux du soin. A ce titre, l'Assurance Maladie veille à inscrire ses actions dans un partenariat de plus en plus étroit avec les représentants des professionnels, comme le montrent les travaux récemment entamés avec les collèges nationaux professionnels des cardiologues et des rhumatologues.

Beaucoup des conditions nécessaires à ce type de démarches sont aujourd'hui en place. Il reste cependant à leur trouver un cadre porteur. La stratégie de transformation du système de santé, initiée par le Premier Ministre a vocation à poser ce cadre.

C'est en tous cas l'approche de l'Assurance Maladie qui est fortement mobilisée pour contribuer à cette stratégie, qu'il s'agisse de l'outiller, en particulier pour accélérer la transition numérique, de favoriser la diffusion de meilleures pratiques dans la prise en charge médicale des pathologies, d'encourager à l'émergence d'organisations territoriales de soins plus efficaces ou de faire évoluer les modes de financement pour aligner les modes de régulation avec ces objectifs.

Liste des propositions

Proposition 1 : Pour les personnes souffrant des pathologies psychiatriques les plus sévères, créer une offre de soins médicaux ciblée et qualitativement adaptée, en coordination avec les autres structures de soins primaires et secondaires

Proposition 2 : Adapter les campagnes et actions de prévention cardiovasculaire et de dépistage des cancers aux spécificités des populations souffrant de maladies psychiatriques, et cibler ces populations à haut risque

Proposition 3 : Prendre en compte la fréquence et la gravité des pathologies somatiques des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique dans l'affectation de la dotation annuelle de financement de ces établissements

Proposition 4 : Introduire des indicateurs relatifs à la pertinence de la prescription des psychotropes dans la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) des médecins traitants

Proposition 5 : Dans le cadre d'un partenariat avec l'ensemble des acteurs, définir une stratégie pour améliorer la pertinence des prescriptions de psychotropes chez les personnes ayant un trouble bipolaire, en particulier pour réaffirmer la place du lithium en tant que thymorégulateur de première ligne

Proposition 6 : Mettre en place une cohorte de personnes ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) afin de pouvoir suivre au long cours dans le SNDS la qualité de la prise en charge de cette pathologie sur l'ensemble du territoire ainsi que les risques liés à l'utilisation du méthylphénidate

Proposition 7 : Expérimenter, en lien avec l'ATIH, la possibilité de chainer les données d'activité des Centres médico-psychologiques (CMP) et si possible celles des acteurs du champ médicosocial, avec celles du SNDS afin de lever certaines zones d'ombre dans les parcours de soins des personnes ayant une pathologie psychiatrique.

Proposition 8 : Poursuivre et compléter les travaux d'élaboration de parcours de soins pour les patients atteints d'affections chroniques, par les collèges nationaux professionnels en association avec l'Assurance Maladie et la HAS

Proposition 9 : Mener un programme d'action sur la pertinence de l'utilisation des analogues du GLP1 dans le traitement du diabète de type 2, et sur le défaut de recours à la metformine en première ligne thérapeutique

NOTRE EXPERTISE ACCOMPAGNE VOS NÉGOCIATIONS

Humanis

Retraite I Prévoyance I Santé I Épargne I Dépendance

60*

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

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

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

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

humanis.com

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

GIE HUMANIS Assurances De Personnes Groupement d'Intérêt Économique Immatriculé au RCS de NANTERRE sous le n°753 188 333 Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier 92240 MALAKOFF.

LES BONNES FEUILLES

Proposition 10 : Développer des outils pour mieux anticiper les évolutions des pratiques médicales en lien avec les CNP

Proposition 11 : Mettre en place, en partenariat avec l'ANSM, une plateforme de compétences sur l'usage en vie réelle des produits de santé

Proposition 12 : Valoriser les données du SNDS pour construire des indicateurs de qualité et de pertinence

Proposition 13 : Expérimenter la mesure de PROMs, bâtir le cadre méthodologique permettant leur utilisation et le système d'informations permettant d'envisager leur généralisation

Proposition 14 : Faire évoluer et renforcer la démarche des groupes qualité en ville

Proposition 15 : Etendre et renforcer la politique des seuils d'activité en cancérologie

Proposition 16 : Expérimenter un mode de financement alternatif favorisant le respect des seuils d'activité en cancérologie, et plus largement la mise en place de démarches d'assurance qualité

Proposition 17 : Favoriser l'adoption d'une démarche d'assurance qualité pour la prise en charge de la chirurgie du cancer du sein et de l'ovaire

Proposition 18 : Actualiser les recommandations de l'InCA sur la prise en charge du cancer du sein

Proposition 19 : Mieux prendre en compte la qualité et la pertinence dans le financement des soins en renforçant les dispositifs existants et en expérimentant des modalités nouvelles dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018

Proposition 20 : Expérimenter un paiement forfaitaire populationnel en exercice pluridisciplinaire en ville

Proposition 21 : Mener des travaux pour développer les modèles de risque et d'ajustement indispensables aux nouveaux modes de paiement

Proposition 22 : Elaborer un plan de prévention « jeunes » dans le cadre de la reprise du régime étudiant par la CNAM

Proposition 23 : Proposer systématiquement le dépistage des infections à Chlamydiae à toutes les femmes de 18 à 25 ans et aux hommes de 18 à 30 ans lors des examens périodiques de santé

Proposition 24 : Mettre en place un dispositif de repérage précoce des conduites addictives dans les centres d'examen de santé pour orienter si besoin vers les consultations « jeunes consommateurs »

Proposition 25 : Engager la généralisation de la e-prescription pour l'ensemble des professionnels de santé

Proposition 26 : Donner accès aux professionnels de santé dans ameli pro à des informations d'aide à l'amélioration des pratiques

Proposition 27 : Créer au sein d'ameli un espace de confiance permettant aux assurés de gérer leurs applications santé

Proposition 28 : Enrichir le périmètre des données du SNDS

▶ **Rapport charges et produits pour l'année 2019**
https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php

AUJOURD'HUI COMME HIER ET DEMAIN

L'UCR-FO

DÉFEND LES DROITS DES RETRAITÉS

UCR FO

L'AGENDA DU 1ER TRIMESTRE 2019

Date	Organisme	Réunion
10 janvier	AGIRC ARRCO	Conseil d'administration
17 janvier	CTIP	Conseil d'administration
24 janvier	AGIRC ARRCO	Bureau
30 janvier	CNAV	Conseil d'administration
31 janvier	COR	Retraites et droits conjugaux
21 février	COR	Ages et comportements de départ à la retraite (volet 1)
28 février	AGIRC ARRCO	Bureau
6 mars	CNAV	Conseil d'administration
14 mars	AGIRC-ARRCO	Conseil d'administration
21 mars	COR	Ages et comportements de départ à la retraite (volet 2)
28 mars	CTIP	Conseil d'administration
4&5 avril	UCR	Comité exécutif