

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° 821 – 15 février 2012

ISSN 1243-4477

 Groupe Liaisons
une marque Wolters Kluwer

Santé

- Une campagne tarifaire sous contrainte p. 2
- Personnes âgées : recours trop élevé aux urgences p. 2
- Mieux coordonner la prévention sanitaire p. 3
- La Mutualité interpelle les candidats p. 3

Retraite

- FSV : des recettes multiples mais fragiles p. 4
- Quelle stratégie pour les fonds de pension p. 5

Vie des institutions

- Sécu : la Camieg joue dans la cour des grands p. 6
- RSI : les priorités et les moyens de la COG p. 7

Charges et taxes

- TVA : l'impact sur les recettes de la Sécu p. 8

Indiscrétions

- HCF : le mandat de Bertrand Fragonard prorogé ? p. 8
- Le Livre blanc sur les retraites publié cette semaine p. 8
- La place des associations de patients dans les Cpm p. 8

Santé

Hôpital : la tarification à l'activité en question

Tandis que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) bâtit la campagne tarifaire 2012, la Mission d'évaluation des comptes de la Sécu du Sénat prépare un rapport sur la tarification à l'activité (T2A).

De colloques en réunions publiques, les candidats à la présidentielle se sont exprimés ces derniers jours sur l'avenir de l'hôpital, à l'instar de **François Hollande**, qui veut « *diversifier le mode de rémunération des hôpitaux* ». Il pourra s'appuyer, le cas échéant, sur la mission en cours au Sénat, conduite par **Yves Daudigny** (PS). Son but : dresser un bilan de la T2A, alors que la campagne tarifaire doit démarrer sur fond de querelles féroces entre les fédérations. Premier motif récurrent de discord : la part du financement des établissements hors T2A, et notamment l'enveloppe Migac. D'un côté, la FHF (public) se plaint qu'à travers le gel des crédits, cette enveloppe serve de variable d'ajustement. Et préconise une T2A « *raisonnable* », qui représenterait, comme dans de nombreux pays, 50 % des ressources de l'hôpital, contre 80 % aujourd'hui. Du côté du privé, on fait valoir que l'enveloppe tarifaire pour les soins est restée stable depuis 2005, contrairement à celle des Migac, passée de 4 Mds€ à 8,3 Mds€. Et de regretter que « *ce soit la partie aide à la contractualisation, la plus obscure, qui ait le plus augmenté* », selon la FHP. Moins agressive, la Fehap note aussi que la T2A, telle qu'elle est construite, pénalise la performance. À la DGOS, on estime « *qu'après les MIG, les Merri [enseignement], la permanence des soins [...] nous sommes allés assez loin. Il faut maintenant faire vivre le modèle en le rendant plus transparent* ».

Autre question lancinante : la convergence tarifaire. Le privé juge qu'elle ne va pas assez vite et le public qu'elle est inappropriée à ses spécificités (malgré la version 11) et va déjà trop loin. Le rapport remis au Parlement, fin 2011, montre en effet une réduction de l'écart facial des tarifs entre les deux secteurs de 2,4 % en 2010, contre 0,5 attendus. De campagne en campagne, la T2A, dont la mise en œuvre est encore qualifiée d'« *instable* » par les fédérations, se heurte « *à un problème d'objectivation des coûts* », selon la Fehap. La FHF regrette que les tarifs soient déconnectés de toute logique médicale. Pour améliorer la situation, la FHP estime que l'information existe « *notamment grâce aux bases PMSI. Mais l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) publie moins de données et la Cnamts est toujours réticente à divulguer les siennes* ». Devant la Mecss, **Annie Podeur**, DGOS, a assuré que le conseil d'administration de l'Atih sera désormais présidé par une personnalité qualifiée et non plus par la DGOS, et que les fédérations y feront leur entrée, aux côtés de la Cnamts. En attendant des arbitrages politiques ?

L'interview

Jérôme Frenkiel
Président du Synadim
(Syndicat national de l'information médicale)

Je n'ai pas de doute sur la pertinence du modèle de tarification, qui vise une juste répartition de la ressource entre les établissements selon leur activité réelle et la complexité des pathologies qui y sont traitées. Mais elle est devenue très complexe. Les compartiments de financements se sont multipliés : Migac, Merri, médicaments coûteux, soins palliatifs... Ces évolutions sont justifiables. Mais leurs conséquences techniques, sur le terrain, n'ont pas été suffisamment évaluées. Il est devenu de plus en plus difficile de produire cette information médicale avec la fiabilité qui serait nécessaire.

Pourquoi ?

Les pathologies sont diagnostiquées par les équipes médicales. Le codage consiste à les traduire dans un langage utilisable par les systèmes d'information. Dans la mesure où la facturation, et donc le financement, sont en jeu, la robustesse juridique du codage est cruciale. Or, elle ne va pas de soi, comme nous le constatons dans les discussions complexes auxquelles donnent lieu les contrôles de l'assurance maladie. Aujourd'hui, nous souffrons du fait que l'exercice de codification ne soit pas soutenu par une véritable science, encadré par des concepts et des méthodes partagés. Bref, une professionnalisation accrue de cette fonction.

→ **AMIANTE.** Le tribunal de Turin a condamné, le 13 février, l'ex-proprétaire du groupe Eternit et l'ancien actionnaire de la société en Italie à 16 ans de prison et à des dizaines de millions d'euros d'indemnisation. Tous deux ont été reconnus responsables de l'exposition à l'amiante des 6 000 victimes qui s'étaient portées parties civiles.

→ **SANTÉ AU TRAVAIL.** L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) va installer en 2012 un groupe de travail sur les nanomatériaux, chargé de réaliser chaque année un état des lieux des connaissances. L'Anses poursuit également ses travaux sur l'exposition des travailleurs agricoles aux pesticides, et lance un chantier sur les conséquences des horaires atypiques, du travail posté et du travail de nuit.

→ **GÉNÉRIQUES.** Leur vente a pour la première fois enregistré une baisse en volume en 2011, avec un recul de 3% du nombre d'unités écoulées, à 614 millions de boîtes, après une hausse de 6% en 2010, selon le syndicat le Gemme. En valeur, les ventes s'essoufflent avec une hausse de 3%, loin des 40% de progression de 2003, ou même des 13% de 2009.

→ **AUTOMÉDICATION.** Avec 1,9% de croissance en 2011, le marché de l'automédication (plus de 2 Mds€), fait mieux que celui des médicaments remboursables. Les vitamines, les médicaments anti-tabac, les antalgiques et les traitements des voies respiratoires supérieures tirent principalement leur épingle du jeu.

→ **AME.** Fin 2011, la Cnam Paris a décidé de cantonner les sans-papiers à deux centres d'accueil pour plus d'efficacité. Deux mois plus tard, l'Observatoire du droit à la santé dénonce une paralysie du dispositif: files d'attente dès le milieu de la nuit, agents de la caisse n'apportant plus aucune aide au remplissage des dossiers...

Une campagne tarifaire sous contrainte

Les déterminants de la campagne tarifaire, qui doit démarrer le 29 février, sont en cours d'arbitrage à la DGOS.

Les établissements publics et privés ont déjà largement communiqué sur leurs difficultés financières liées aux exigences de l'Ondam (PSI n° 817 et 818). Les établissements à but non lucratifs (Fehap) ne sont pas en reste. À partir des prévisions élaborées pour l'exercice 2012, les trois fédérations ont conclu que, à activité constante, les charges augmenteraient de 3,5% à 3,7%, «ce qui signifie une dégradation des équilibres avec des tarifs stables», résume la Fehap. Dans ce contexte, elles réclament donc, à l'occasion de cette nouvelle campagne, «un traitement équitable», sans pour autant le comprendre de la même façon... 1/La FHP exige la poursuite de la convergence tarifaire et regrette que celle concernant les SSR ait été ajournée en 2013. «Les gestionnaires d'établissements n'ont aucune visibilité économique», déplore-t-elle. 2/La FHF, à l'inverse, demande que la convergence s'applique aussi pour les tarifs privés supérieurs aux tarifs publics. 3/La Fehap, enfin, souhaite que l'affiliation des Migac et la construction de la politique tarifaire «soient marquées par un souci d'équité». Elle estime en effet que celles-ci ont jusqu'à présent plutôt favorisé les CHU et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), au détriment des autres centres hospitaliers et de la plupart des établissements à but non lucratifs. De façon générale, l'articulation entre l'échelle nationale des coûts et

les tarifs demeure un sujet sensible. De même que la baisse des tarifs en fonction de l'augmentation de l'activité hospitalière. «Il faut aller vers une régulation prix/volume qui favorise la pertinence des actes», défend la FHF. Dernière inconnue dans cette campagne tarifaire: la ventilation des crédits du futur fonds d'intervention régional (FIR), qui instaure une fongibilité entre certaines enveloppes de ville et hospitalière.

CHARGES SOCIALES

Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a réaffirmé, le 7 février, sa volonté de maintenir en 2012 le dispositif de compensation des écarts de charges entre les établissements privés à but non lucratif et les établissements publics, à l'occasion de l'inauguration du bâtiment Saint-Michel au groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.

Personnes âgées: recours trop élevé aux urgences

Dans son rapport annuel, rendu public le 8 février, la Cour des comptes recommande de mieux articuler les politiques de prise en charge des personnes âgées.

En matière de prise en charge des personnes âgées, les magistrats de la rue Cambon estiment que des «progrès trop lents» ont été réalisés depuis leurs préconisations de 2003. Ils jugent encore insuffisante la constitution des filières de soins gériatriques, ce qui entraîne un recours encore trop élevé des personnes âgées aux urgences. La proportion des plus de 75 ans aux urgences hospitalières atteint en effet 12% (contre 9% pour le reste de la population), et 40% des personnes de plus de 80 ans y ont recours annuellement.

Le plan «Solidarité grand âge» avait prévu la création de lits de médecins gériatriques et d'équipes mobiles pour améliorer la prise en charge, particulièrement aux urgences. Résultat: le nombre d'établissements disposant d'une unité de lits de courts séjours gériatriques est passé de 50 en 2003 à 407 en 2010. Le nombre de ces lits dédiés pour 1 000 habitants de plus de 75 ans est ainsi supérieur à la cible fixée. La montée en charge des équipes de gériatrie s'est aussi poursuivie: 96 équipes en 2004, 301 en 2010. «Pour autant, malgré ces évolutions, seuls 13% des 645 services d'urgence disposent d'une filière spécifique», regrette la Cour, qui déplore également «une coordination encore limitée entre les secteurs sanitaires et médico-social». Et de pointer «des difficultés persistantes» dans l'articulation entre les centres locaux d'information et de coordination (Clic), les équipes en charge de l'«allocation personnalisée d'autonomie» (APA) et les réseaux de santé. «Les ARS auront un rôle déterminant par rapport à la modification de l'organisation de cette chaîne des soins», conclut Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre.

Mieux coordonner la prévention sanitaire

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécu (Mecss) de l'Assemblée nationale a présenté, le 8 février, son rapport sur la prévention sanitaire.

Il manque un pilote dans l'avion «prévention»: telle est la principale critique formulée par la Mecss après deux mois d'audition (PSI n° 805). **Jean-Luc Prél** (NC, Vendée), rapporteur, souhaite que cette tâche soit assumée par un délégué interministériel à la prévention sanitaire, rattaché au Premier ministre, qui exercerait aussi les missions du secrétariat général de la santé – une solution différente de celle de la Cour des comptes, qui voulait confier ce rôle à la DGOS. Le but: «Mettre de la santé dans toutes les politiques.» L'Institut national de la prévention (Inpes) serait placé auprès de ce délégué. Au niveau territorial, la Mecss veut renforcer le rôle des ARS, avec «la mise en œuvre effective» de la commission de coordination sur la prévention, qui comprend la PMI, la santé au travail, la médecine scolaire. De fait, celles-ci doivent être mieux intégrées aux politiques de prévention, selon la mission. Et de proposer que le médecin du travail transmette les risques liés au poste de travail au médecin traitant. De même, le médecin scolaire devrait lui fournir ses conclusions à la suite des visites médicales obligatoires.

Autre proposition pour améliorer la gouvernance: élaborer une nouvelle loi quinquennale de santé publique, qui fixerait un nombre limité de priorités (la dernière en comptait 100!). Quatre paraissent essentielles à la mission: les luttes contre l'alcoolisme, le tabagisme, l'obésité et la sédentarité. Enfin, un débat d'orientation serait organisé au Parlement au printemps sur les priorités de santé, les moyens étant votés

lors de la LFSS. Si le rapport a été adopté à l'unanimité, **Jacqueline Fraysse**, députée (GDR, Hauts-de-Seine), estime «que la majorité des préconisations s'apparentent à des déclarations d'intention [...] qui présentent surtout l'avantage de ne pas engager de dépenses publiques supplémentaires».

LE CESE DONNE AUSSI SON AVIS

Le Cese devait adopter le 14 février un avis sur la prévention, proposant qu'un ou deux objectifs annuels soient fixés, sous l'égide du premier ministre, aux ministres concernés.

La Mutualité interpelle les candidats

La Mutualité française Île-de-France a accueilli, le 8 février, la dernière réunion régionale consacrée à la santé en 2012. Les représentants des candidats à l'élection présidentielle y ont débattu.

Quelle place les partis accordent-ils aux complémentaires? Pour la socialiste **Marisol Touraine**, elles «doivent être mieux reconnues, ce qui passe par des responsabilités renforcées, mais aussi des contreparties». Le tact et la mesure n'étant pas suffisant à ses yeux pour endiguer certaines dérives tarifaires, les mutuelles pourraient être amenées à contractualiser afin de limiter des dépassements d'honoraires. Du côté de l'UMP, cinq ans après avoir proposé un débat national – qui n'a jamais vu le jour – sur l'articulation entre régime obligatoire (RO) et complémentaire (RC), le parti propose une «refonte du financement». Sans jamais évoquer le secteur optionnel, **Philippe Juvin** (UMP) a estimé indispensable «d'arriver à des accords de prix et de qualité avec les libéraux», incluant l'assurance maladie, mais aussi les mutuelles. Et d'ajouter que se demander «qui fait quoi» entre RO et RC pose «la question de la transparence du système, à laquelle ni droite ni gauche n'ont encore répondu». Pour le député UMP, il faut cesser d'avoir «des payeurs aveugles». Il souhaite voir organisés, «y compris au plan du financement et de la qualité, des parcours de soins coordonnés». Enfin, tandis que **Michel Limousin** (Front de gauche) plaide pour un remboursement à 100% des frais de santé par le RO, **Aline Archimbaud** (Verts) et **Geneviève Darrieussecq** (Modem) ont déploré que le rôle des complémentaires, en appui du RO, soit dévoyé. *Quid* de la TSCA? **Marisol Touraine** ne s'est pas engagée à la supprimer, mais a suggéré une remise à plat des contrats responsables comme préalable à une révision de la fiscalité: «Il faut voir comment favoriser des contrats sans sélection du risque, qui encouragent la qualité, la proximité et prennent en charge certains actes.»

ÉLECTION 2012



EN BREF

→ **BOULIER SANITAIRE.** Le candidat du Modem à l'élection présidentielle, François Bayrou, est favorable à la création d'un «bouclier santé» pour réduire le reste à charge des assurés. Celui-ci serait financé «en employant autrement l'aide à la complémentaire santé». Le candidat veut aussi réfléchir à «une mutuelle universelle» sur le modèle du régime d'assurance maladie Alsace-Moselle.

→ **SIMPLIFICATION.** L'avenant à la convention pharmaceutique sur la numérisation des ordonnances est paru au *Journal officiel* du 9 février (PSI n° 812). Il prévoit une aide pour l'équipement des officines de 350€ hors taxe par an.

→ **CENTRES DE SANTÉ.** Une délégation de représentants des médecins et syndicalistes CGT du Grand Conseil de la Mutualité (GCM) des Bouches-du-Rhône (PSI n° 817), a fait irruption dans le débat organisé le 8 février par la FNMF sur la santé en 2012. Étienne Caniard, président de la Mutualité, a affirmé qu'il souhaitait renégocier l'accord national des centres de santé avec l'assurance maladie, ce «qui ne dispense pas de réfléchir sur leur valeur ajoutée».

→ **DM.** Le commissaire européen à la Santé, John Dali, a réclamé le 9 février aux pays de l'Union européenne la mise en place «avec effet immédiat» de mesures visant à renforcer le contrôle des dispositifs médicaux à la suite du scandale des prothèses PIP. Il demande une application «rigoureuse» des obligations des organismes de certification.

→ **FINANCEMENT.** François Fillon a annoncé le 10 février le déblocage sur le premier semestre d'une enveloppe de 2 Mds€ à 5 Mds€ de prêts pour le financement des collectivités locales et les hôpitaux, prélevée sur les fonds d'épargne gérés par la Caisse des dépôts (CDC). Ceci en attente de la nouvelle banque des collectivités locales après le démantèlement de Dexia.

→ **CLÉ USB.** Lors de la remise du rapport de la Mecss sur la prévention sanitaire, plusieurs députés se sont émus de ne pas voir paraître le décret sur l'expérimentation d'un dossier médical sur clé USB, prévu par la loi HPST.

→ **MORNAY.** Le groupe de protection sociale, via son institution de prévoyance, l'IPGM, a été désigné le 2 février pour assurer le régime obligatoire de prévoyance de la branche professionnelle des laboratoires de biologie médicale.

→ **GROUPAMA.** Le droit d'alerte déposé par les représentants du personnel de l'UES de Groupama intégrant notamment les activités de Gan Eurocourtage a été examiné, le 8 février, en comité central d'entreprise. Les élus redoutent notamment que le schéma de recapitalisation de cette filiale adopté fin 2011 « ne soit déjà caduc ». Pour éviter une « déstabilisation de l'ensemble du périmètre du groupe », la CGT réclame l'intervention de l'État.

→ **ASSISTANCE.** CNP Assurances et Swiss Life ont annoncé, le 7 février, la création d'une holding commune en vue de développer leurs activités d'assistance respectives, Filassistance, spécialisée dans les services à la personne, et Garantie Assistance.

→ **L'UNIOPSS (1)** a lancé, le 9 février, un appel aux candidats pour redonner du sens aux politiques sociales et faire de la cohésion sociale une priorité pour les cinq ans à venir, sur www.uniopss-presidentielles2012.fr

→ **L'UNIOPSS (2)** propose pour cela de promouvoir, une société d'inclusion dans tous les domaines (enfance, jeunesse et famille), de conforter le socle solidaire de la protection sociale, de concevoir et d'appliquer les politiques sociales dans un esprit plus participatif, transversal et transparent. Et de miser sur la société civile et de soutenir la vie associative.

FSV : des recettes multiples mais fragiles

Pour optimiser les circuits financiers avec ses nombreux partenaires, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) va multiplier les conventions. La première d'entre elles est sur le point d'être signée avec Pôle emploi.

Le périmètre du FSV s'est significativement étendu depuis 2009. Ses charges (18 Mds€ en 2012) se sont accrues de 36% en trois ans, depuis la reprise des cotisations liées aux périodes d'arrêts de travail en 2010 et du minimum contributif en 2011. « Cette évolution donne tout son sens au principe fondateur du Fonds de délimiter ce qui relève de la solidarité et de l'assurance », estime **Bernard Billon**, directeur du FSV. Les ressources (14,2 Mds€) ont augmenté de 40% depuis 2010 et l'affectation des nouvelles recettes prévues par la réforme des retraites de 2010. Toutefois, « nos produits, qui provenaient de six sources en 2009, ont aujourd'hui douze origines différentes », relève **Bernard Billon**. S'y sont notamment ajoutées des fractions de la taxe sur les salaires, de la C3S additionnelle, du forfait social et même de la redevance sur les licences UMTS... Sauf qu'à l'usage, « ces recettes se révèlent beaucoup plus instables que la CSG », ce qui contribue à « fragiliser le financement du FSV », observait, cet automne, **Christiane Demontès**, sénatrice (PS, Rhône). « Certaines connaissent une évolution erratique », confirme le directeur du FSV, à l'instar du solde non consommé de la C3S. D'autres, comme la taxe sur les retraites chapeaux, ne dégagent pas le rendement escompté. Cette diversification s'avère surtout d'une grande complexité à gérer. « Nous sommes en relations financières avec plus d'une vingtaine d'organismes avec lesquels nous allons devoir renforcer nos partenariats pour optimiser les circuits et éviter les erreurs », note **Bernard Billon**.

La question d'une refonte des financements du FSV se reposera donc lors du débat sur la réforme systémique de 2013. D'autant que ceux-ci sont « insuffisants pour faire face aux charges », juge la sénatrice. De plus, si les déficits annuels du FSV (3,7 Mds€ en 2012) sont censés être endossés par la Cades d'ici 2018, « les mécanismes de reprise de dette ne sont pas aussi clairs », s'inquiète le directeur du FSV.

Nouvelle-Calédonie : la caisse locale épinglée

Dans son rapport annuel, publié le 8 février, la Cour des comptes pointe les avantages de la Caisse locale de retraite et d'invalidité des fonctionnaires territoriaux et communaux calédoniens.

Les réformes engagées sont « insuffisantes » pour redresser « le déficit structurel » de cette caisse d'outre-mer. Les 93,9 M€ de cotisations encaissées en 2009 au titre des 8 575 cotisants ne couvrent pas les 99,8 M€ de prestations versées à ses 3 700 pensionnés (dont 466 de droits indirects). Résultat : en dépit d'un déficit déjà réduit de 22,6 M€ en 2006 à 6 M€ en 2009, la caisse a consommé plus de 140 M€ sur les 225 M€ de réserves qu'elle détenait en 1998. Car pour la Cour, le régime reste « avantageux » avec un âge moyen réel de départ de 54,7 ans en 2009 pour 60 ans d'âge légal théorique. En raison notamment du maintien d'un droit au départ dès 50 ans pour 30 années de cotisation, voire pour 24 ans en prenant en compte toutes les bonifications. A contrario, plus de 70% des pensionnés perçoivent un revenu de remplacement supérieur à celui attribué aux retraités du secteur privé calédonien. « La loi relative à la réduction progressive de l'indemnité temporaire de retraite versée aux fonctionnaires pensionnés d'outre-mer n'est pas applicable aux retraités calédoniens », pointe la Cour. À moyen terme, les perspectives ne sont guère réjouissantes, sachant que le rapport démographique n'atteint déjà plus que 2,41 cotisants pour un retraité et que 35% des agents devraient avoir atteint l'âge moyen de liquidation d'ici 2020. En conséquence, la Cour préconise l'adoption « d'une réforme d'ensemble » jouant sur tous les leviers possibles : âge de départ en retraite, durée et niveau de cotisation, montant des pensions.

DES GAINS RÉDUITS POUR L'ÉTAT

La réforme des pensions de l'État risque d'être « vidée de sa substance » si les ministères employeurs maintiennent leur propre service de liquidation, estime la Cour (PSI n° 691). Déjà, les gains de productivité seraient plus limités que prévu, avec la suppression de seulement 757 postes d'ici 2016 sur les 1 200 escomptés en 2011.

Quelle stratégie pour les fonds de pension ?

L'OCDE et le World Pensions Council, ont organisé, le 9 février à Paris, le deuxième forum annuel mondial des fonds de pension. L'OCDE en a profité pour présenter ses préconisations en matière d'investissement de long terme.

Secoués par la crise de 2008, les fonds de pension qui détenaient 65 000 Mds\$US fin 2009, selon l'OCDE, voient leur stratégie d'investissement remise en cause. Alors que leur finalité les prédispose à investir sur le long terme, la plupart de ces institutions se comportent en fait comme des investisseurs de court terme. En témoignent, selon l'OCDE : **1/**la réduction de la durée de détention de leurs placements, de un à trois ans en moyenne depuis 20 ans; **2/**leur investissement important dans les fonds spéculatifs; **3/**le suivisme de leurs placements sur les marchés financiers; **4/**leur faible engagement, en tant qu'actionnaire de sociétés. Plusieurs raisons expliquent ce déphasage. «*La faiblesse de leur expertise interne les conduit à multiplier les intermédiaires financiers pour gérer leurs placements*», explique **Paul K. Woolley**, professeur à la London School of Economics. Or, la durée de ces mandats de gestion ne dépasse pas trois ans et l'évaluation de leur performance est continue. «*Tout en reconnaissant qu'il faut lutter contre le court-termisme, les administrateurs ont les yeux rivés sur des benchmarks répliquant ni plus ni moins les indices boursiers*», commente en privé le gestionnaire d'un fond public français. La régulation prudentielle tend ensuite «*à exacerber la pression du court terme*», assure l'OCDE. À cet égard, les fonds de pension s'inquiètent des «*conséquences dramatiques*» de l'introduction d'exigences comparables à celles de la directive Solvabilité II, lors de la révision de la directive sur les institutions de retraite professionnelle (PSI n° 784). «*Si de telles règles devaient s'appliquer, les fonds de pension ne pourraient pas mettre en place de stratégie d'investissement alternative*», a mis en garde **Matti Leppälä**, secrétaire général de la Fédération européenne d'épargne retraite.

L'OCDE préconise en effet plusieurs pistes. **1/**L'adoption de réformes institutionnelles pour encourager la prise en compte du risque

de long terme, mais aussi lever les obstacles à des investissements alternatifs dans les infrastructures (transport, énergie, télécommunications), la croissance verte ou encore les entreprises innovantes. **2/**La promotion d'une nouvelle culture d'investissement, grâce à l'accroissement de la compétence interne des fonds de pension, leur regroupement et une incitation à devenir des actionnaires engagés.

ET CONCERNANT LES PASSIFS ?

«*Tout le monde se préoccupe des actifs. Mais 55 % à 65 % des risques concernent le passif de ces fonds de pension*», relève le gestionnaire d'un régime d'entreprise. «*Pour tenir des promesses de retraite trop ambitieuses, certains régimes doivent aller chercher des rendements exagérés de plus de 7 % par an*», observe un autre.

Retrouvez cette note de l'OCDE sur :

www.WK-RH.fr

Questions à Juan Yermo

Chef de l'unité pensions privées à la direction des affaires financières de l'OCDE

Comment les fonds de pension réagissent-ils face à la crise ?

Ils sont vigilants sur l'évaluation de leurs passifs et de leurs actifs, surtout ceux à prestations définies. Alors que les règles prudentielles deviennent plus strictes, ces régimes sont souvent sous-capitalisés. Des entreprises ont d'ailleurs dû les renflouer en 2008 au pire moment de la crise. Les pays qui avaient adopté des règles inspirées de celles de Solvabilité II ont dû les modifier.

La révision de la directive IRP les inquiète...

Il faudra faire très attention avant de modifier les règles prudentielles de ces régimes qui, dans plusieurs pays, ne sont pas assimilables à des compagnies d'assurance. Car imposer aux entreprises, responsables de la garantie de paiement des pensions de leurs salariés, des exigences identiques à celles de Solvabilité II risque de mettre en péril leur viabilité, de les contraindre à fermer leurs régimes ou à les transformer en régimes à cotisations définies moins

protecteurs pour les salariés.

Comment les sécuriser ?

Des pays proposent la création de plans hybrides dits «*à aspiration définie*». Ceux-ci offrent plus de sécurité aux salariés en terme de revenu de remplacement par rapport aux régimes à cotisations définies, tout en conservant une certaine flexibilité pour ne pas rendre cet engagement impossible à tenir. Les fonds peuvent ainsi éviter de se voir imposé des règles de solvabilité trop rigides.

→ PRESTATIONS FAMILIALES.

Depuis 2009, les dépenses consacrées aux familles ont diminué de 1,1 % en euros constants, selon la Drees. Fin 2010, sept millions de familles bénéficiaient de ces prestations. Près de cinq millions percevaient des allocations familiales, trois millions l'allocation de rentrée scolaire, deux millions et demi de familles la prestation d'accueil du jeune enfant. Et six millions de foyers bénéficiaient des aides au logement.

→ AIDE SOCIALE.

Au 31 décembre 2010, près de 3,4 millions de prestations d'aide sociale étaient versées par les départements en France métropolitaine (+ 4 % par rapport à 2009, selon la Drees). Le nombre de prestations aux personnes âgées s'élève à plus de 1,3 million (+ 2 %). Près de 332 000 prestations ont été délivrées aux personnes handicapées (+ 7 %).

→ CCAS.

Les services gérés par les centres communaux et intercommunaux d'action sociale adhérents à l'Unccas ont effectué 30,4 millions d'heures à domicile en 2010 auprès d'environ 204 000 bénéficiaires, selon une étude de l'Unccas. Plus de la moitié des heures à domicile sont réalisées au titre de l'APA, et un quart au titre des caisses de retraite.

→ INVESTISSEMENT.

Lors d'une entrevue avec l'AD-PA le 10 février, la ministre des Solidarités, Roselyne Bachelot, a annoncé le dégel de 50 M€ de crédits d'aide à l'investissement dans le budget de la CNSA. Selon l'APM, dès la clôture des comptes 2011, 30 M€ seront affectés au secteur des personnes âgées et handicapées et 20 M€ aux Pasa, créés par le plan Alzheimer.

→ RSI.

L'employeur a mis des propositions sur la table lors de la CPN du 7 février, qui a ouvert la négociation salariale 2012 : quatre points pérennes pour les niveaux 1 à 5 (avec effet au 1^{er} juillet 2012) et une prime forfaitaire de 200 € pour les niveaux 6 à 9.

Antoine MEFFRE est nommé conseiller technique pour l'économie sociale et solidarité au cabinet de **Roselyne BACHELOT**, ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale. Il succède à **Delphine NGUYEN**.

Jean-François PILLIARD, délégué général de l'UIMM et président de la commission protection sociale du Medef, a été nommé président de l'Unédic, en remplacement de **Gaby BONNAND** (CFDT).

Karim FELISSI représentera la Fnath au conseil de la Cnamts, en remplacement de **Arnaud DE BROCA**.

Isabelle CAROFF et **José ALDEANO** représenteront désormais la RATP au sein du CA de la caisse de retraite du personnel de la RATP.

Roger ISELI, directeur général du groupe Macif, quittera ses fonctions fin avril. **Jean-Marc RABY**, directeur général délégué depuis juin 2011, devrait lui succéder.

Claude VINCENT, directeur général adjoint en charge de la gouvernance et du lobbying de Malakoff Médéric, va faire valoir ses droits à la retraite en mars, avant de devenir conseil de **Christian SCHMIDT DE LA BRÉLIE**, directeur général du groupe D&O, en tant que consultant extérieur.

Souade BOUCHÈNE est cooptée associée au bureau de Lyon du cabinet Fromons Briens. Elle est spécialisée en conseil et contentieux en droit social et en droit de la protection sociale complémentaire.

Hélène ESPÉROU est nommée directrice du projet médico-scientifique et de la qualité d'Unicancer, le groupe des centres de lutte contre le cancer. Elle remplace **Catherine GRENIER**, partie à la Haute Autorité de santé.

Sécu : la Camieg joue dans la cour des grands

Le CA de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg) a adopté, le 7 février, sa COG 2012-2015, avec les voix de la CGT et de la CFDT.

Créée en 2007 pour centraliser la gestion du régime spécial des IEG, la Camieg était le dernier organisme de Sécu à ne pas avoir sacrifié au rite de la convention d'objectifs et de gestion (COG). Après les errements de ses débuts (PSI n° 740), elle réaffirme son engagement en faveur de la qualité de service, sachant qu'elle a délégué dès l'origine le règlement des prestations à la Cnam des Hauts-de-Seine. **1/La COG veut « stabiliser l'accueil téléphonique », assuré par la Camieg et la Cnam 92. 2/Elle compte « déployer un accueil physique proche et efficace », grâce aux 17 antennes locales, auxquelles s'ajouteront de nouveaux points d'accueil dans les grandes villes, en Corse et en outre-mer. Une évaluation sera réalisée et des pistes d'évolution envisagées dans le cadre d'un partenariat avec les Cnam. 3/L'amélioration du traitement des dossiers et des réclamations s'impose. En 2012, est prévue la finalisation d'un fichier unique des bénéficiaires et son intégration complète au système d'information (SI) de l'assurance maladie. 4/Autre progrès escompté, dans la liquidation des prestations cette fois, avec le suivi de deux indicateurs : 90% des feuilles de soins électroniques remboursées en sept jours et un taux d'erreur inférieur à 0,5%. 5/Un développement des services en ligne est prévu, avec la mise à disposition des employeurs d'un mode télédéclaratif des cotisations et des affiliations.**

« Au-delà de ces objectifs assez classiques, la Camieg s'engage plus spécifiquement sur l'offre de prévention santé à destination des agents des IEG », explique **Bruno Negroni**, son directeur. Le régime veut notamment développer un programme national pilote pour les jeunes seniors (45-50 ans). Autre but, « développer l'efficacité de la caisse », via la construction du SI, la professionnalisation des ressources humaines ou encore la mise en place du recouvrement des cotisations. La Camieg

devrait signer une convention de délégation avec l'Acoss dès 2012. Mais qu'en sera-t-il des moyens ? La Camieg, qui n'a atteint son régime de croisière qu'en 2011, échappe à l'application de la règle du non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite, avec une sanctuarisation de ses 250 postes.

AUTRE COG AVEC L'ÉTAT

La Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires est en train de finaliser sa troisième COG (2012-2015), votée à l'unanimité en CA, le 13 décembre.

CAF : quel bilan 2011 de la charge de travail ?

La Cnaf a fait le point sur l'écoulement de la charge de travail en 2011 dans le réseau. Ce qui a fait débat lors du conseil d'administration du 7 février.

Malgré une hausse importante du volume de courriers et de pièces à traiter, l'amélioration des résultats des organismes, amorcée en 2010, se confirme en 2011 (PSI n° 793). Le ton de la Cnaf se veut résolument optimiste, « alors que les engagements de services en matière de délai de traitement des appels téléphoniques et de traitement des dossiers en moins de 15 jours ne sont même pas atteints », s'insurge **Patrick Brillet**, de FO. En outre, « ce bilan fait fi du ressenti des agents », regrette **Christine Guinand**, de la CGT, qui incrimine aussi la départementalisation.

Pas une semaine ne passe sans qu'une CAF ne ferme ses portes au public pour écouler son stock de dossiers. Cette semaine, c'est le cas de celle de Mulhouse, qui fait face à 15 000 pièces non traitées (10,7 jours de production). Les fermetures d'accueils physiques se sont stabilisées en 2011 (57 caisses), note la Cnaf, qui préfère voir le verre à moitié plein. Les causes de l'engorgement sont identifiées (crise, nouvelles missions) et des solutions sont mises en œuvre (atelier de régulation des charges, mutualisations, refonte de caf.fr). Une nouvelle doctrine doit être définie en matière d'accueil physique. Mais les syndicats craignent le pire, alors que la branche famille s'engage dans la phase d'évaluation de sa COG 2009-2012. Sera-t-il possible de continuer à ne pas remplacer un départ à la retraite sur deux dans la prochaine COG ?

Retrouvez l'intégralité du bilan sur :

www.WK-RH.fr

RSI: les priorités et les moyens de la COG

Le directeur général et le président du Régime social des indépendants (RSI) ont signé la COG 2012-2015 fin janvier (PSI n° 811).

Le bilan de la première COG (2007-2011) est nuancé, concède le DG du RSI. « Le réseau a été confronté à la mise en place complexe de l'interlocuteur social unique (ISU) avec les Urssaf et à une activité croissante due aux nombreuses créations d'entreprises », explique **Stéphane Seiller**. Certains projets sont en friche, comme l'élaboration d'une offre globale de services. Malgré tout, de « belles réussites » sont à mettre au crédit du RSI, selon le directeur général, comme l'unification des régimes de retraite complémentaire des artisans et commerçants prévue en 2013.

La priorité de la nouvelle COG est de restaurer et d'améliorer la qualité du service aux cotisants dans le cadre de l'ISU. « Les cellules régionales copilotées avec le recouvrement nous permettront de régler les dysfonctionnements les plus graves d'ici fin mars », explique **Stéphane Seiller** (PSI n° 799). « Puis nous passerons à une seconde étape de maîtrise des processus. » Début janvier, un nouveau téléservice a été lancé. Il permet à l'assuré, outre la consultation de son compte, de faire des demandes de documents dématérialisés. Autre défi, la modernisation des systèmes d'information hérités des anciens réseaux. Trois échéances sont fixées : 1/la fusion des applicatifs retraite des artisans et des commerçants en un système unique et rénové début 2013 ; 2/la refonte de la filière de gestion administrative des comptes d'ici octobre 2013 ; 3/l'avènement du système commun dédié et partagé (SCDP) de gestion informatisée de l'ISU en juillet 2014.

Les moyens ont été concentrés sur le développement informatique avec l'octroi de 50 postes à la maîtrise d'ouvrage et maîtrise

d'œuvre, dont les 18 déjà prévus par le plan ISU (PSI n° 805). Les 270 CDD octroyés à cette même occasion pourront courir sur la durée de la COG, et même être renforcés par 30 autres en 2013-2014. Au final, sur 360 départs à la retraite prévisionnels, l'État demande au RSI de ne rendre que 120 ETP en 2012-2015, contre 350 sur la précédente COG. « Les dépenses de fonctionnement devront diminuer de 7%, mais les postes immobilier et achat de prestations informatiques seront épargnés », explique **Stéphane Seiller**.

RENDEZ-VOUS À L'AUTOMNE

Le RSI doit rédiger un document d'orientation sur son organisation à l'horizon 2015. Objectifs : optimiser et mutualiser.

Les débuts erratiques des Urssaf régionales

Les syndicats des trois régions pilotes font état de graves dysfonctionnements, faisant déjà craindre à certains un remake du fiasco de l'ISU.

A peine un mois et demi après la régionalisation des Urssaf pilotes (PSI n° 813), le bilan des syndicats est sévère : système informatique défaillant, désorganisation des services, stocks qui enflent. C'est en Midi-Pyrénées que les problèmes semblent les plus cruciaux. La liste est longue, selon **Dimitri Lamarre**, représentant FecFO à Cahors : « Pas d'envoi des notifications de remise de majoration de retard aux cotisants, problèmes d'enregistrement des pluriétablissements, paralysie du service immatriculation, habilitations retirées au service informatique, et télépaiements de cotisations débités mais non enregistrés sur les comptes cotisants ! » En découlent « une souffrance accrue des agents, qui ont l'impression de bâcler leur travail et un mécontentement naissant chez les cotisants », dénonce **Gislaine Ayache**, représentante régionale de la CGT.

À Clermont-Ferrand, les affaires à traiter seraient déjà montées à plus de 12 000, contre 6 000 avant l'ISU et le stock serait compris entre 6 000 et 10 000 depuis. Dans les Pays de la Loire, la CFDT-PSTE, qui a signé l'accord de méthode avec la direction régionale, constate un « décalage important entre ce qui a été négocié et ce qui est mis en place ». Plusieurs journées de grève ont été organisées. Et une pétition lancée par la CFE-CGC, la CFTC, la CGT et FO « pour l'arrêt de la régionalisation » doit être remise au ministre **Xavier Bertrand**, fin février.

AGENDA

28-29 FÉVRIER

● COLLOQUE sur l'industrie du numérique et de la santé, organisé à Paris par le ministère de l'Industrie avec les chambres des industries de la santé.
www.numerique-sante.fr

1^{ER} MARS

● 5^{ES} RENCONTRES du Comité Opéra organisées à Paris par la Fnim sur le thème : « Médecines douces, cures thermales et thalassothérapie : des outils de prévention pour les complémentaires santé ». www.comite-opera.org

6 MARS

● DÉBAT organisé à Paris par le Club de l'Union des directeurs de l'assurance et de la prévoyance sur : « Les cadres dirigeants sont-ils encore crédibles ? ». udap@wanadoo.fr
● 7^E CONFÉRENCE annuelle sur la dépendance organisée à Paris par *Les Échos* et intitulée « En attendant la réforme sur le financement : réorganiser le secteur de la dépendance ». www.conference-dependance.fr

15 MARS

● SÉMINAIRE organisé à Paris par la direction générale de la cohésion sociale sur les « Usagers, acteurs associatifs et puissance publique : comment mettre le "dialogue civil" au service de la cohésion sociale ? » christophe.fourel@social.gouv.fr
● CONVENTION nationale du Centre national des professions de santé sur le projet santé des candidats à l'élection présidentielle. www.cnps.fr

30-31 MARS

● COLLOQUE organisé à Paris par l'Association nationale des psychologues pour la petite enfance sur le thème : « Y a-t-il encore une petite enfance ? À corps et à cœur ». hanapsype.free.fr/journees.php

