

Comment vous le SANTÉ ?

La conférence
du 24 sept. 2021



Au programme :

- **Focus tests et vaccins**
- **100% santé**
- **PLFSS 2022**
- **Avenir de l'assurance maladie complémentaire**
- **Loi de santé au travail**

Support à usage exclusivement interne
Groupe VYV et entités

Prochainement.....

Réglementaire, mon cher Watson ! Bientôt accessible à toutes les entités et devrait intégrer



DOCUMENTATION

DÉCONNEXION

GROUPE vyv info
Le site d'information des collaborateurs et élus du Groupe VYV

Notre groupe Notre stratégie Notre modèle Nos services communs Nos actualités La Tivy Vie des collaborateurs Vie des élus

Construire ensemble notre avenir

Une réflexion stratégique collective a été engagée pour permettre une nouvelle étape de développement de notre groupe.

> Pour en savoir plus

Direction Expertise Réglementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

GRUPE
vyv

Comment vous le
SANTÉ ?

La conférence
du 24 sept. 2021



Focus tests et vaccins

Test RT-PCR

Depuis le 25 juillet 2020, les tests virologiques (RT-PCR) effectués dans un laboratoire d'analyses médicales sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie et **ne nécessitent pas de prescription d'un médecin.**



Ils sont destinés en priorité aux personnes symptomatiques, aux cas contacts et au personnel soignant. Possible aussi pour les personnes ne présentant pas de symptômes, mais sur rendez-vous et non prioritaires.

Les prélèvements peuvent être pratiqués sous certaines conditions par un infirmier diplômé d'État, un aide-soignant, un étudiant en médecine, un sapeur-pompier ou encore un secouriste.

Arrêté du 24 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé

Test antigénique

Avis du 24 septembre 2020 de l'HAS. Il s'agit d'un test rapide d'orientation diagnostic (TROD) par prélèvement nasopharyngé qui ne remplace pas le test RT-PCR, il vient en complément et permet de déterminer si la personne est infectée au moment du test.

Les tests antigéniques s'effectuent **sans prescription** et sont pris en charge à 100% par l'AMO.

Accessible aux personnes symptomatiques, dans les 4 premiers jours après l'apparition des symptômes, de 18 à 65 ans et sans risque de forme grave ou aux personnes asymptomatiques (hors cas contacts ou clusters). Le résultat est obtenu entre 15 à 30 min.

Professionnels de santé habilités à réaliser ce test : médecins, infirmiers diplômés d'état (IDE), sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens.

Arrêté du 16 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé



Franchise et participation forfaitaire à la charge de l'assuré : 0,50 € (prélèvement infirmier) + 1 € (analyse du test)

Fin de la gratuité des tests dits « de confort » au 15 octobre 2021

La rémunération des professionnels de santé

Tests RT-PCR pour les laboratoires

Tarif du test : 27,00 €
(au 1^{er} juin 2021)

Mai 2021 : 37,80 €

Décembre 2020 : 54 €

Novembre 2020 : 73 €

+ forfait pré analytique : 4,59 €

+ forfait administratif SIDEP : 2,70 €

+ prélèvement nasopharyngé : 9,60 €

Total : 43,89 €

Tests antigéniques pour les pharmaciens

Réalisation du test :

Au 1er juillet 2021 : 25,01 €
(19,00 € pour l'acte + 6,01 € pour le test)

Au 1er mai 2021 : 28,99 €

(22,20 € pour l'acte + 6,79 € pour le test)

1^{er} janvier 2021 : 33,49 €

(26,00 € pour l'acte + 7,49 € pour le test)

Des bonus ou des pénalités sont calculés en fonction des délais de rendu des résultats

résultat transmis le jour du
prélèvement :

+ 6,75 €

résultat transmis > 24h après
prélèvement :

- 6,75 €



Coûts moyens des tests à l'étranger

Les pays où les tests sont gratuits

La France n'est pas le seul pays à proposer gratuitement des tests PCR, mais les pays à le faire sont peu nombreux. En Europe, il est également **possible de se faire dépister gratuitement à Malte et en Norvège.**

Les pays où les tests coûtent jusqu'à 100 euros

C'est le prix moyen. La plupart des pays en Europe font payer les tests PCR une centaine d'euros. Voici la liste et les tarifs dans cette tranche.

- Espagne : 100 euros en moyenne
- Portugal : 100 euros en moyenne
- Italie : entre 60 et 80 euros
- Belgique : 50 euros en moyenne
- Autriche : 70 euros
- Grèce : 60 euros en moyenne
- Estonie : 60 euros
- Lettonie : 37 euros
- Lituanie : entre 70 et 90 euros
- Slovénie : 70 euros
- Slovaquie : 50 euros
- Pologne : 100 euros
- République tchèque : 70 euros
- Hongrie : 50 euros
- Serbie : 50 euros
- Albanie : 70 euros
- Bulgarie : 70 euros
- Roumanie : entre 50 et 100 euros.

Les pays où le test peut aller jusqu'à 150 euros

Un peu plus cher, le test PCR. Dans ces pays, le prix du test est variable, c'est le cas par exemple en Allemagne, où le coût d'un test peut dépendre du Länder dans lequel il est effectué. Voici la liste des pays où les tests peuvent coûter jusqu'à 150 euros.

- Pays Bas : entre 80 et 150 euros
- Allemagne : de 80 à 150 euros.

Les pays où le test peut dépasser ou dépasse les 150 euros

Les tarifs peuvent dépasser plus ou moins largement les 150 euros dans certains pays, voire aller jusqu'à 250 euros pour l'Angleterre.

- Croatie : de 50 à 160 euros
- Suisse : de 70 à 160 euros
- Suède : dès 170 euros
- Finlande : 200 euros
- Irlande : entre 100 et 250 euros
- Angleterre : entre 180 et 250 euros.

Depuis le 7 juillet, les étrangers réalisant un dépistage en France doivent, pour des raisons de réciprocité, s'acquitter d'un montant de 49 € pour les tests PCR et de 29 € pour les antigéniques.

Les chercheurs et laboratoires du monde entier se mobilisent pour développer des vaccins efficaces contre la Covid-19.

A ce jour, 4 vaccins sont autorisés en France

- Le vaccin Pfizer/BioNtech sous le nom de Comirnaty®
2020 : 12 € / la dose - 2021 : 15,50 €/la dose - 2022 : 19,50 €/la dose ?
- Le COVID-19 Vaccine Moderna
2021 : entre 12,40 € et 18 € / la dose
- Le vaccin AstraZeneca sous le nom de VaxZevria®;
2021 : 1,78 € / la dose
- Le COVID-19 Vaccine Janssen®
2021 : entre 7,10 € et 8,50 €/ la dose

Les vaccins non autorisés en France

- Vaccin Sinovac : approuvé en urgence par l'OMS, testé par l'Agence Européenne du Médicament
- Vaccin Sputnik : non reconnu

La rémunération pour les professionnels de santé

VACCIN

PHARMACIENS

7,90 € (délivrance de la dose + questionnaire + injection) + **5,40 €** avec saisie dans téléservice « vaccin Covid »

MEDECINS en centre de vaccination

- ½ journée : **420 €**
 - Présence < 4 heures : **105 €/heure**
 - Les samedis après-midi, dimanches et jours fériés :
 - ½ journée : **460 €**
 - Présence < 4 heures : **115 €/heure**
- + forfait supplémentaire : **5,40 €** pour chaque injection saisie dans le téléservice « Vaccin Covid »

MEDECINS en cabinet

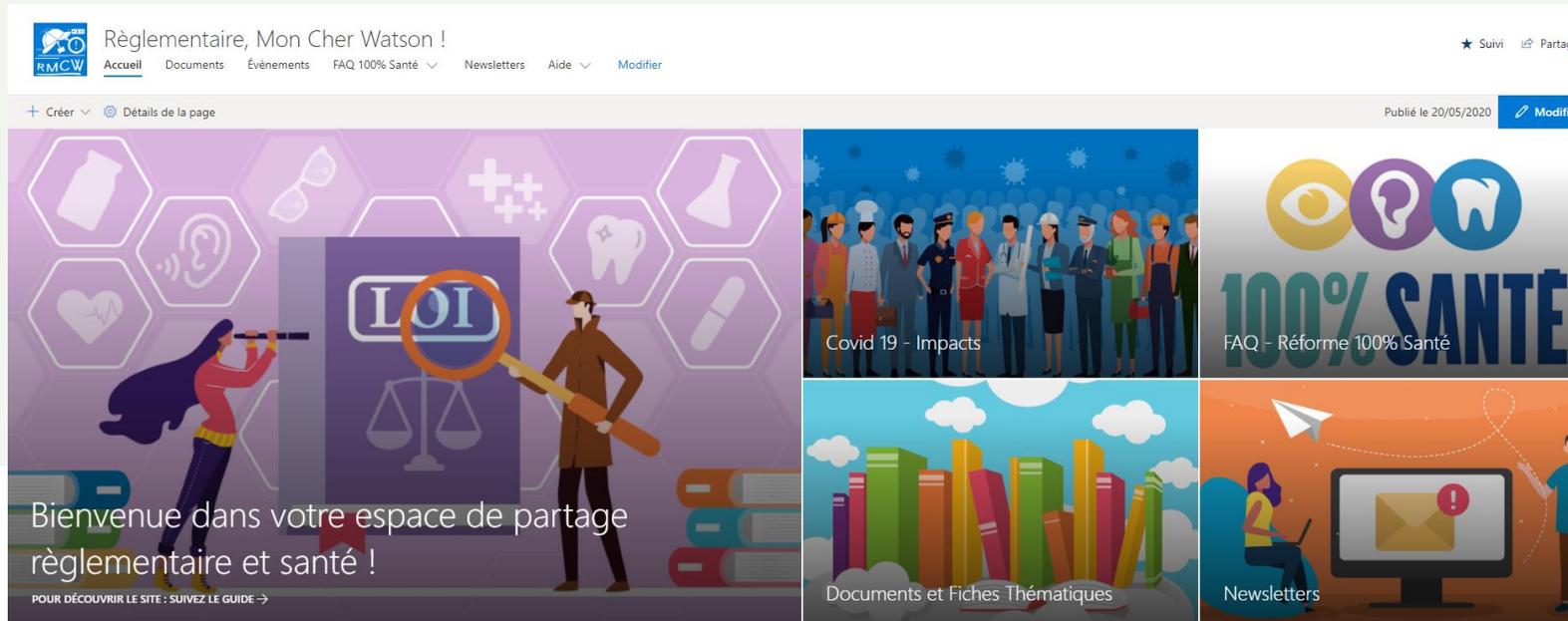
Création d'une consultation prévaccinale et code acte unique permettant le suivi de la vaccination : **VAC**

Tarif pour la vaccination au cabinet ou à domicile :

- Consultation prévaccinale (y compris, le cas échéant, 1re injection) ou injection au cours d'une consultation :
 - **25 € + 10 €** (si déplacement) + **5,40 €** avec saisie dans téléservice « vaccin Covid »
- Injections seules (sans consultation associée) :
 - **9,60 € + 5,40 €** avec saisie dans téléservice « vaccin Covid »

Retrouvez tout le détail sur Réglementaire, mon cher Watson !

[Coût de la crise sanitaire - MAJ 3 sept. 2021](#)



[Réglementaire, Mon Cher Watson ! - Accueil \(sharepoint.com\)](#)

Direction Expertise Réglementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

GRUPE
vyv

Comment vous le
SANTÉ ?

La conférence
du 24 sept. 2021

+ 🏢 📄 🔍 🛠️ 📡 |||

100 % Santé



Le groupe **vyv** prend la parole

Par la voix d'André-Charles Puech, Directeur délégué assurance et protection financière

Au niveau du Groupe VYV nous constatons parfois des disparités entre nos différentes entités. Elles sont plutôt liées au portefeuille des mutuelles puisque nous recouvrons à la fois la fonction publique d'État, la fonction publique territoriale, des salariés et des personnes protégées à titre individuel, tout ceci implique une diversité de profils des adhérents et des types de « consommation ».

À propos des conséquences attendues de la réforme, nous observons des résultats positifs en termes de santé publique concernant le renoncement aux soins. En revanche, il n'est pas certain que ces effets soient équitablement répartis au sein de la population. Les comportements face à la santé peuvent être très différents entre milieu urbain et rural, ou selon les profils sociaux-économiques. Pour nous mutuelles, l'enjeu est aussi de promouvoir ces dispositifs et nous avons un devoir de pédagogie auprès de nos adhérents.

***Sur l'optique**, l'ambition de la réforme était surtout de proposer des lunettes moins chères et de qualité, plus que l'accès aux soins. Or, cet objectif n'est pas atteint, car **le taux d'utilisation du panier A (correspondant au 100% santé) ou mixte (une partie de l'équipement en 100% santé) est aux alentours de 6 à 7% et s'avère inférieur à nos projections de 20%**. Il faudra analyser ces résultats avec l'ensemble des acteurs du secteur pour connaître les raisons de ce faible recours. Une des difficultés avec l'optique a trait aux critères esthétiques entrant en jeu dans le choix de la monture.*

*À l'inverse, en **audiologie la réforme rencontre un grand succès**. Beaucoup plus de personnes sont désormais appareillées en audioprothèses, de ce point de vue l'objectif d'améliorer l'accès à ces équipements est rempli. Les prestations ont ainsi doublé par rapport à 2019, avec un taux de recours au 100% santé de près de 40%.*

*Le dentaire a lui aussi été impacté par la crise sanitaire, mais il est reparti plus vite que les deux autres postes. Le but de la réforme était de limiter le renoncement aux soins. Il y a eu une nette augmentation des prestations, mais là encore nous ne pouvons pas mesurer la part du 100% santé. **Cette hausse concerne principalement les actes prothétiques**, or la réforme visait également les soins conservatoires qui sont en forte baisse. **Le coût des prestations dentaires s'est accru de 45% en 2021**, elles représentent quasi 20% des dépenses de santé des mutuelles dont plus de la moitié dans le 100% santé.*

Le groupe **vyv** prend la parole

Par la voix d'Eric Blanc-Chaudier, Directeur assurance santé



Le coût de la réforme du 100% santé dépasse d'une centaine de millions d'euros les projections initiales

*En optique, nous sommes loin du taux pivot. Le **taux de recours** à l'échelle du groupe Vyv est de **8% en 2021**. Cette sous-consommation du **panier A** provoque un surcoût des prestations optiques plus élevé que les modélisations initiales.*

*En **audiologie**, au contraire, le taux de recours au panier 100% santé est largement au-dessus des prévisions de 20% du ministère. Le groupe Vyv constate un fort attrait de la mesure, avec un **taux de recours classe 1 de 35%**. Beaucoup d'assurés s'équipent pour la première fois et la réforme du 100% santé est une vraie réponse à un vrai besoin.*

En dentaire, le groupe Vyv constate un fort recours non anticipé sur les prothèses et une diminution des soins conservateurs. Nous sommes inquiets de voir cette diminution des soins conservateurs et on espère que cela ne va pas se traduire par une dégradation de la santé bucco-dentaire de nos assurés.

*Le groupe mutualiste indique que **60% des prestations dentaires se font à l'intérieur du panier 100% santé**, 20% sur le panier maîtrisé et 20% sur le panier libre. Le **surcoût sur les prestations dentaires pendant le premier semestre 2021 atteint 400 millions d'euros pour Vyv**. Nous constatons une forte hausse non anticipée du coût des prestations dentaires, à tel point que le dentaire est devenu le premier poste de prise en charge pour nos adhérents. **Au premier semestre 2021, le dentaire concentre plus de 20% des prestations versées par le groupe Vyv**, contre 15% en 2019, dépassant ainsi pour la première fois les prestations hospitalières.*

100% Santé, quel devenir ?



RAC 0



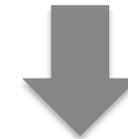
Pris en charge
intégralement
par le RO ?



Après l'optique, l'audio et
le dentaire,
le 100% santé demain sur
les aides techniques ?



Libre



Pris en charge
intégralement
par le RC ?



Direction Expertise Réglementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

GRUPE
vyv

Comment vous le
SANTÉ ?

La conférence
du 24 sept. 2021

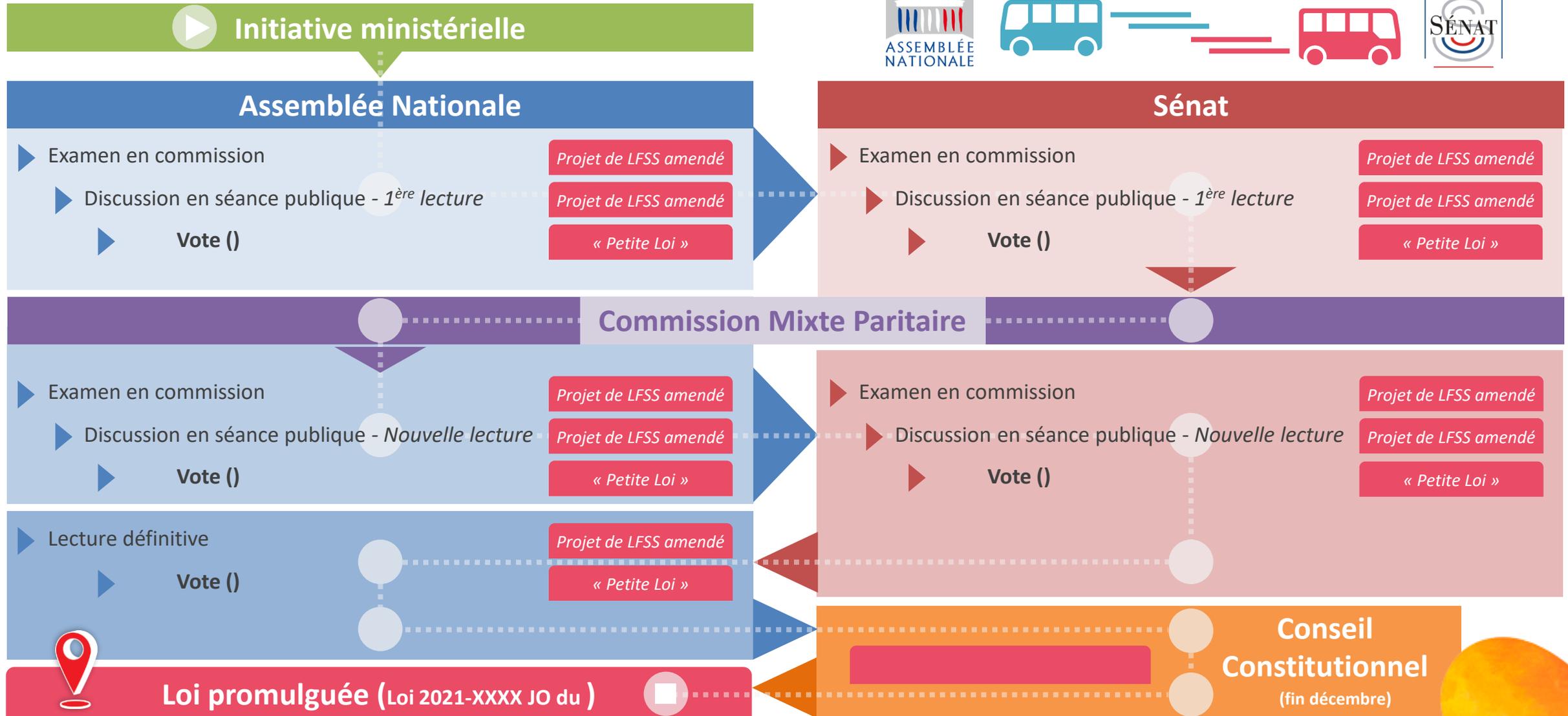
PLFSS 2022

Le dernier véhicule législatif du
quinquennat

Conception de la Loi

Le circuit du PLFSS 2022

24/09/2021: commission des comptes de la sécurité sociale
 06/10/2021: conseil des ministres



PLFSS 2022 : ce qu'il pourrait contenir



ONDAM

Budget tests-vaccins : provision de 5 à 6 Md d'€

Alerte du HCFP, montant pourrait être sous estimé

ONDAM 2,6 % 2022 hors Ségur et coûts crise sanitaire

TAXE COVID

2021 : Renoncement du gouvernement à doubler la taxe devant les arguments des OC d'inflation de la consommation des soins. Une victoire d'étape seulement, la vigilance est de mise !

2022 : vers une taxe qui pourrait prendre un autre nom ?

PSYCHO

Vers un remboursement à 100% des consultations chez un psychologue ou psychothérapeute agréé. Un dispositif déjà testé dans quatre départements depuis 2018. Il pourrait se généraliser en 2022 pour les 3-25 ans.

PLFSS 2022 : ce qu'il pourrait contenir



CONTRACEPTION

Prise en charge des dispositifs féminins pour les 18-25 ans. (extension de l'existant)

REFORME TM A L'HOPITAL

Reportée à plusieurs reprises, quel aboutissement ?

Une réflexion plus globale autour du remboursement des prestations hospi (100%?)

Le forfait Patient urgence (remplaçant le TM aux urgences) devrait entrer en vigueur en 2022

MEDICAMENTS ET DISPOSITIFS MEDICAUX

Engagement d'Emmanuel Macron : libération du prix des médicaments : + 2,4 % par an sur 3 ans

Pour 2022, un milliard annoncé par O. Véran

CONTRAT RESPONSABLE

Des modifications ?

PLFSS 2022 : ce qu'il pourrait contenir



TELECONSULTATION

Vers une prolongation de la prise en charge à 100% RO, pérennisation ?
Elargissement du 100 % à d'autres soins primaires ?

CSS

Des automatisations pour accéder à la CSS
Vers un élargissement des bénéficiaires (quid des séniors ?)

PERTE D'AUTONOMIE

400 millions d'euros financés par 0,5 point du taux actuel de CSG
+ 240 millions € pour l'APA en 2022, tarif plancher 22 €/heure
+ 15 % sur salaires de 200 000 soignants
+ 10 000 soignants en EHPAD d'ici à 2025
Nouveau système de rémunération pour infirmiers



Direction Expertise Réglementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

GRUPE
vyv

Comment vous le
SANTÉ ?

La conférence
du 24 sept. 2021

Avenir de l'Assurance maladie complémentaire santé

La cour des comptes diffuse un rapport à charge des organismes complémentaires

3 scénarios alternatifs proposés :

Le bouclier
sanitaire

Redéfinition
des rôles entre
AMO et AMC

Régulation
accrue des
OC

Olivier Véran confie au HCAAM un nouveau rapport



« un travail technique approfondi avec l'appui d'un groupe de travail inter-administratif » sur plusieurs scénarios d'amélioration de l'articulation entre assurance-maladie de base et complémentaire.



Des scénarios de rupture à étudier.

Les conclusions, à rendre pour novembre, alimenteront les débats de la présidentielle.

Un rapport est également attendu dans le cadre de la prévoyance

Les 4 scénarios

1 Amélioration dans le cadre de l'architecture actuelle

Plafonner le montant annuel du RAC via un mécanisme de bouclier sanitaire pour les RAC les plus importants.

Simplifier, harmoniser les règles de participation des patients en hospi et possiblement aux soins de ville : forfaitiser la part des assurés en hospi, et moduler les montants (forfait par séjour ou bénéficiaire, différenciation ambulatoire ou hospitalisation, coût d'entrée puis une décroissance selon la durée avec un possible plafonnement), suppression de la distinction frais de soins et d'hébergement et une possible réforme de la facturation des chambres individuelles.

Modifier le seuil d'éligibilité à la CSS : relever le plafond de ressources en fonction de l'âge, repenser le critère de participation selon l'âge.

Uniformiser la situation des précaires en matière d'AMC : les salariés en CDI même à faible taux horaire, ou en CDD supérieur à 1 mois pourraient bénéficier de l'AMC ; limiter les possibilités de dispense au niveau de l'employeur et instaurer un haut degré de solidarité pour l'employeur à destination des faibles rémunérations pour le financement de la couverture collective.

A défaut, systématiser le financement avec participation de l'employeur d'une couverture santé individuelle pour les exclus en collectif.

2

Extension du champ d'intervention de la sécurité sociale

Accroissement du taux de remboursement de l'AMO avec suppression du TM et prise en charge des forfaits patient par le RO (PAT, FPU, FJ) dans les tarifs de séjour, hors chambres particulières laissées aux OC sauf si régulation des tarifs par l'AMO. Les autres franchises (0,50 €, 1 €) pourraient être maintenues ou supprimées et remplacées par une franchise annuelle forfaitaire.

Le panier de soins 100% santé intégralement remboursé par la sécu, imposer des PLV et garantir une PEC à 100% sur les dispositifs médicaux.

Suppression du dispositif d'ALD et évolution de la CSS.

Allègement de la réglementation de la complémentaire suite à la réduction de leur champ d'intervention (limité aux exigences particulières).

Augmentation des cotisations sociales pour financer la réforme (cotisations patronales, CSG, voir TVA et ITAF).

Avis du HCAAM discuté le 23 septembre 2021

Les 4 scénarios

3

Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée

Intervention des OC dans le cadre d'une mission confiée par l'Etat (SIEG : service d'intérêt économique général).

L'obligation d'assurance étendue à tous les résidents sur le territoire.

Normalisation des garanties et des primes : panier de soins au contenu défini par voie réglementaire ; réforme des cotisations devenant libres / tarification au risque collectif / plafonnées.

Maintien de la participation des employeurs, de la CSS et de certaines aides fiscales et sociales.

Les OCAM deviendraient les opérateurs en charge du SIEG et seront soumis à un mécanisme de péréquation ; la fourniture de garanties hors SIEG serait libre et uniquement à la charge des organismes.

Et en prévoyance ?

Instaurer une obligation de négociation au niveau de la branche ; à défaut une obligation subsidiaire de financement pour les employeurs.

Améliorer la lisibilité et l'effectivité des garanties dans les contrats de prévoyance en passant par un accord entre les 3 familles d'assurances et la mise en place d'outils contraignants pour améliorer certaines clauses prioritaires.

Développer ou aménager des mécanismes de solidarité professionnelle dans les accords de branche ; et à défaut d'accord faciliter l'accès au marché de l'assurance prévoyance

4

Décroisement entre les domaines d'intervention de l'AMO et des assurances complémentaires

Intervention de l'AMO et l'AMC sur des paniers de soins distincts. Pour les paniers publics, PEC à 100% par le RO sur la base des tarifs de responsabilité, avec pour objectif d'éliminer les RAC, possible intervention du RC pour les dépassements d'honoraires.

L'optique, les soins et prothèses dentaire, les audioprothèses, les médicaments à SMR faible ou modéré sortiraient du panier de soins public au profit du panier de soins privé.

Pour les médicaments remboursés à 65% par l'AMO une étude indiquera quelle option sera la plus adaptée, à savoir leur transfert dans le privé avec une PEC à 100 % par le RO en cas d'ALD / les conserver entièrement dans le panier public / répartir dans chaque panier au cas par cas.

Les bénéficiaires de la CSS conserveraient leur panier de soins actuel, panier pouvant être élargi au moins de 18 ans.

Nécessaire de faire évoluer la régulation du marché de l'assurance privée et des secteurs financés au 1er euro par l'assurance privée

Les réactions du **GROUPE** **vyv**

Stéphane JUNIQUE - Président du Groupe VYV

Les complémentaires ont été très présentes à travers l'action sociale, la prévoyance, leurs établissements de soins et d'accompagnement. Le problème qui a été constaté face au Covid-19 ne concerne pas le financement mais l'organisation du système de santé et sa capacité à anticiper. Le vrai sujet, c'est d'être plus prévoyant : comment notre modèle de protection sociale peut-il préparer la société à faire face aux défis du changement climatique, du vieillissement et des pandémies ?

La question de l'articulation entre l'AMO et l'AMC est importante. Mais ce débat ne doit pas se résumer à la grande Sécu ou à une hyperréglementation. Ce qui est intéressant, c'est repartir de la définition des besoins pour une santé globale des Français qui ne sont pas couverts. Récemment, le sujet de la santé mentale a émergé. Les complémentaires ont décidé, même si un grand nombre le faisaient déjà, de prendre en charge les consultations de psychologie. Investissons de nouveaux champs de mutualisation, agissons sur les déterminants de santé, pour favoriser l'activité physique, adapter le logement face à la dépendance, accompagner les parcours de vie ou imaginer les protections de demain pour répondre aux risques sociaux-écologiques.

et celles de la



Séverine SALGADO- Directrice générale de la FNMF

La vision romantique de la Sécu de 1945 après une crise sanitaire peut séduire, mais cela reviendrait à déverser 30 Mds€, le montant remboursé aujourd'hui par les organismes complémentaires (OC), sur la Sécu. Cela veut dire en conséquence augmenter les prélèvements obligatoires.

Là où les restes à charge sont les plus élevés comme à l'hôpital, l'AMO pourrait rembourser davantage ; en contrepartie, les OC augmenteraient leur prise en charge sur les soins de ville.

Les réactions s'enchainent



Florence LUSTMAN - Présidente de la FFA

La grande sécu, cela ressemble à Cuba sans le soleil. Les partisans de la nationalisation du système de santé doivent nous expliquer comment ils imaginent financer leur projet. Sans aucun doute en alourdissant la fiscalité des entreprises et des ménages .

Il faudrait couvrir 28 Md € de prestations versées et 11 Md de taxes diverses versées aujourd'hui par les complémentaires et la tentation serait forte pour l'Etat de ne pas couvrir les dépassements d'honoraires.

La FFA prône un abaissement de la taxation des contrats des étudiants et des retraités, pour qui s'assurer coûte souvent trop cher .

[« Grande Sécu » : les complémentaires santé contre-attaquent | Les Echos](#)



Xavier BERTRAND - Candidat à la présidentielle 2022

La nationalisation des complémentaires santé est une folie dangereuse !

Notre système de santé est perfectible sur la prévention et les déserts médicaux. Mais ce n'est pas sur la prise en charge que nous avons des problèmes. Il faut préserver la liberté de choix. Nous avons besoin d'une réforme d'envergure, pas d'un projet qui va fragiliser l'édifice ! Si les Français me font confiance, ce projet ne verra pas le jour.

Il faut en faire un sujet grand public. Il faut que les Français comprennent que c'est eux qui en feraient les frais en premier ! Ce sont les classes moyennes, les plus nombreuses, qui souffriraient d'une hausse des prélèvements et d'une baisse des garanties, rendant la souscription d'une couverture supplémentaire inévitable. Cette réforme se traduirait par un appauvrissement du secteur de l'assurance santé mais surtout par une baisse des garanties données aux Français.

Les réactions s'enchainent

Etude du cabinet Elabe pour



	Opinion du grand public	Opinion des chefs d'entreprise
Articulation actuelle du système de santé	78 % satisfaits	93 % satisfaits
Complémentarité RO/RC	61 % satisfaits	56 % satisfaits

Sondage IFOP pour



	Opinion du grand public
Changement de l'articulation actuelle ?	NON pour 41 %
Accroissement du rôle des OC ?	OUI pour 43 %



GRUPE
vyv

Direction Expertise Réglementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

**Comment vous le
SANTÉ ?**

La conférence

⊕ 🔧 👓 🦷 💡 🔭 ||| |

e

Loi de santé au travail

Le contenu

La loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail entre en vigueur le 31 mars 2022, mais certaines dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret ou ultérieurement.

Pour rappel, elle transpose l'ANI sur la santé au travail signé par les partenaires sociaux le 9 décembre 2020.

La loi s'articule autour de 4 grands titres :

1. Renforcer la prévention au sein des entreprises et décloisonner la santé publique et la santé au travail
2. Définir l'offre de services à fournir par les services de prévention et de santé au travail (SPST) aux entreprises et aux salariés, notamment en matière de prévention et d'accompagnement
3. Mieux accompagner certains publics, notamment vulnérables ou en situation de handicap, et lutter contre la désinsertion professionnelle
4. Réorganiser la gouvernance de la prévention et de la santé au travail

Par ailleurs, la loi harmonise la définition du harcèlement sexuel par le code du travail avec celle du code pénal.

Prévention et désinsertion professionnelle

Les nouvelles obligations en entreprise

- **Consultation du CSE** sur le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et sur ses mises à jour
- **Renforcement du contenu du DUERP** qui répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs et assure la traçabilité collective de ces expositions :
 - l'employeur transcrit et met à jour les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Les résultats de cette évaluation débouchent soit sur un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail pour les entreprises supérieur ou égal à cinquante salariés, soit sur la définition d'actions de prévention des risques et de protection des salariés pour les entreprises inférieur à cinquante salariés (la liste de ces actions est consignée dans le DUERP et ses mises à jour).
 - les organismes et instances mis en place par la branche peuvent accompagner les entreprises dans l'élaboration et la mise à jour du DUERP
 - il est conservé par l'employeur pendant 40 ans minimum. Il est à la disposition des travailleurs (y compris anciens) ainsi que toute personne ou instance pouvant justifier d'un intérêt à y avoir accès. Les modalités d'application seront fixées par décret en Conseil d'Etat. Pour ce faire le DUERP et ses mise à jour feront l'objet d'un dépôt dématérialisé sur un portail numérique déployé et administré par un organisme géré par les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel. L'obligation de dépôt dématérialisé est applicable à compter du 1^{er} juillet 2023, pour les entreprises d'au moins 150 salariés et à compter du 1^{er} juillet 2024 pour les autres.
- **Négociations annuelles et quinquennales sur la prévention des risques professionnels**, la qualité des conditions de travail, la santé et la sécurité au travail.
- **Création du passeport prévention** qui contient toutes les formations suivies par le travailleur sur la santé et la sécurité que ce soit à son initiative (dans ce cas il inscrit directement ses formations dans le passeport), à l'initiative de l'employeur ou lorsqu'elles sont dispensées par les organismes de formation (ces derniers doivent les renseigner dans le passeport). Le demandeur d'emploi peut également ouvrir un passeport de prévention qui sera intégré au passeport d'orientation, de formation et de compétences s'il en dispose d'un. Son entrée en vigueur sera fixé par décret, et au plus tard le 1^{er} octobre 2022.
- **Renforcement du contrôle de la conformité des équipements de travail et des équipements de protection individuelle**. Alourdissement du régime de sanction pénale applicable aux fabricants et distributeurs en cas d'infraction ou de manquement aux règles relatives à la conception, fabrication et à la mise sur le marché de ces équipements.

Prévention et désinsertion professionnelle

Renforcement du suivi médicale du salarié

- **Création de la visite médicale de mi-carrière** organisée à une échéance déterminée par accord de branche ou, à défaut, durant l'année civile du 45^{ème} anniversaire du travailleur. Cette visite permet d'établir un état des lieux de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, d'évaluer les risques de désinsertion professionnelle, de le sensibiliser aux enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels. Cet examen médical peut être anticipé et organisé conjointement avec une autre visite médicale dans les conditions prévues par la loi. Elle peut être réalisée par un infirmier de santé au travail exerçant en pratique avancée. A l'issue de la visite, l'infirmier peut, s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail.
- **Visite de préreprise** (élévation au niveau législatif). En cas d'arrêt de travail d'une durée supérieure à une durée fixée par décret, le travailleur peut bénéficier d'un examen de préreprise par le médecin du travail. Elle est organisée à l'initiative du travailleur, du médecin traitant, des services médicaux de l'assurance maladie ou du médecin du travail, dès lors que le retour du travailleur à son poste est anticipé. L'employeur informe le travailleur de la possibilité de solliciter l'organisation de l'examen de préreprise.
- **Visite de reprise** après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident et répondant à des conditions fixées par décret, le travailleur bénéficie d'un examen de reprise par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret.
- **Rendez-vous de liaison entre le salarié et l'employeur, associant le service de prévention et de santé au travail** lorsque la durée de l'arrêt de travail du salarié justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident, constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, est supérieure à une durée fixée par décret. Ce rendez-vous a pour objet d'informer le salarié qu'il peut bénéficier d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle, de l'examen de préreprise et des mesures individuelles. Il est organisé à l'initiative de l'employeur ou du salarié. L'employeur l'informe qu'il peut solliciter l'organisation de ce rendez-vous. Aucune conséquence ne peut être tirée du refus par le salarié de se rendre à ce rendez-vous.
- **Surveillance post-exposition ou post-professionnelle** concerne les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs exposés à des risques chimiques afin de tenir compte des situations de poly-expositions. Si le médecin du travail constate une exposition du travailleur à certains risques dangereux, notamment chimiques, il doit mettre en place une surveillance post-exposition ou post-professionnelle, en lien avec le médecin traitant et le médecin-conseil des organismes de sécurité sociale. Cette surveillance tient compte de la nature du risque, de l'état de santé et de l'âge de la personne concernée.

Prévention et désinsertion professionnelle

Un meilleur accompagnement de certains publics, notamment vulnérables ou en situation de handicap

- **Création de la convention de rééducation professionnelle en entreprise** conclue entre l'employeur, le salarié et la CPAM ou la caisse générale de sécurité sociale :
 - elle détermine les modalités d'exécution de la rééducation professionnelle ainsi que le montant et les conditions dans lesquelles la CPAM ou la caisse générale de sécurité sociale verse au salarié une indemnité journalière (modalités définies par décret).
 - les travailleurs handicapés ou non, déclarés inaptes ou pour lesquels le médecin du travail a identifié un risque d'inaptitude peuvent bénéficier de cette convention.
 - lorsque la rééducation professionnelle est assurée par l'employeur du salarié, elle fait l'objet d'un avenant au contrat de travail, qui ne peut modifier la rémunération du contrat de travail. Des modalités différentes s'appliquent lorsque la rééducation professionnelle n'est pas assurée par l'employeur du salarié.
 - la durée de la mise à disposition est intégralement déduite de la période d'essai lorsque le salarié est embauché dans un emploi similaire à celui qu'il occupait pendant la période de rééducation.
 - le salarié qui démissionne à l'issue de la rééducation professionnelle afin d'être embauché par une autre entreprise, continue à bénéficier, de l'indemnité journalière.
- **Extension des bénéficiaires d'un projet de transition professionnelle**, au salarié ayant connu, dans les 24 mois ayant précédé sa demande de projet de transition professionnelle, soit une absence au travail résultant d'une maladie professionnelle, soit une absence au travail supérieure à une durée fixée par décret résultant d'un accident du travail, d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

Organisation de la gouvernance et de la santé au travail

Les services de prévention et de santé au travail (SPST)

- **Changement de dénomination des services de santé au travail qui deviennent les services de prévention et de santé au travail.** Agrément de chaque SPST par l'autorité administrative, pour une durée de 5 ans. Si l'autorité administrative constate des manquements à ces obligations, elle peut diminuer la durée de l'agrément ou y mettre fin.
- **Mise en place d'un service de prévention et de santé au travail interentreprises** qui fait l'objet d'une procédure de certification, réalisée par un organisme indépendant :
 - fournit à ses entreprises adhérentes et à leurs travailleurs un ensemble socle de services qui doit couvrir l'intégralité des missions prévues par la loi en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle. Il peut également proposer une offre de services complémentaires qu'il détermine.
 - en cas de dysfonctionnement grave portant atteinte à la réalisation de ces missions, l'autorité administrative peut enjoindre son président de remédier à cette situation dans un délai qu'elle fixe.
 - financement par l'employeur : les services obligatoires font l'objet d'une cotisation proportionnelle au nombre de travailleurs suivis comptant chacun pour une unité. Les services complémentaires proposés et l'offre spécifique de services font l'objet d'une facturation sur la base d'une grille tarifaire. Le montant des cotisations et la grille tarifaire sont approuvés par l'assemblée générale. Un décret détermine le montant des cotisations.
- **Mise en place d'une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle au sein du SPST** chargée de proposer des actions de sensibilisation; d'identifier les situations individuelles; de proposer, en lien avec l'employeur et le travailleur, les mesures individuelles (aménagement, adaptation ou transformation du poste de travail ou aménagement du temps de travail); de participer à l'accompagnement du travailleur éligible au bénéfice des actions de prévention de la désinsertion professionnelle.
 - elle est animée et coordonnée par un médecin du travail ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire désigné par lui et agissant sous sa responsabilité.
 - transmission d'informations (de manière dématérialisée), entre la cellule et l'assurance maladie ou son service de contrôle médical, relatives aux arrêts de travail de l'assuré ainsi qu'au poste et aux conditions de travail de l'intéressé lorsque les arrêts de travail de l'assuré font apparaître un risque de désinsertion professionnelle, sous réserve de l'accord de ce dernier (précision par décret). Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Organisation de la gouvernance et de la santé au travail

Les services de prévention et de santé au travail (SPST)

- **Extension des services du SPST** : lorsqu'une entreprise dispose de son propre SPST, ce service peut assurer, dans des conditions fixées par convention, le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs, salariés ou non-salariés, qui exercent leur activité sur le site de l'entreprise, y compris donc des salariés d'entreprises extérieures et des intérimaires. Les travailleurs indépendants peuvent s'affilier au service de prévention et de santé au travail interentreprises de leur choix. Le chef de l'entreprise adhérente à un service de prévention et de santé au travail interentreprises peut bénéficier de l'offre de services proposée aux salariés.
- **En cas de pluralité d'employeurs**, le suivi de l'état de santé des travailleurs occupant des emplois identiques est mutualisé suivant des modalités définies par décret.
- **Les particuliers employeurs adhèrent**, moyennant une contribution dont le montant est fixé par accord collectif de branche étendu, à un service de prévention et de santé au travail. L'Association Paritaire Nationale Interbranches (APNI) est chargée, au nom et pour le compte des particuliers employeurs d'organiser, la mise en œuvre de la prévention des risques professionnels et de la surveillance médicale des salariés et de désigner le ou les services de prévention et de santé au travail chargés, dans le cadre de conventions conclues avec l'association paritaire, du suivi des salariés sur les territoires.

Comité de prévention et de santé au travail au niveau national et régional

- **Création d'un comité de prévention et de santé au travail** au sein du conseil d'orientation des conditions de travail.
 - Le comité national est composé de représentants de l'Etat, de la CNAM, de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel et des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel.
 - Il a notamment pour missions de participer à l'élaboration du plan santé au travail, pour lequel il propose des orientations au ministre chargé du travail; de participer à l'élaboration des politiques publiques en matière de santé au travail et à la coordination des acteurs intervenant dans ces domaines; de définir la liste et les modalités de mise en œuvre de l'ensemble socle de services en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle.

Evolution de la médecine du travail

Renforcement des outils en santé au travail

- **Accès et alimentation du DMP par le médecin du travail chargé du suivi de l'état de santé d'une personne** sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier. Le refus du salarié ne constitue pas une faute et ne peut servir de fondement à un avis d'inaptitude.
 - Le DMP n'intègre plus le dossier médical en santé au travail mais il comporte un volet relatif à la santé au travail nécessaire au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins, sous réserve du consentement de l'intéressé préalablement informé.
 - Ce volet peut être consulté par les professionnels de santé participant à la prise en charge du travailleur sous réserve du consentement de l'intéressé préalablement informé (entrée en vigueur une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2024).
- **Renforcement du dossier médical en santé au travail** : chaque titulaire peut y accéder grâce un identifiant qui est le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (numéro de sécu) lorsqu'il en dispose. Il est accessible au médecin praticien correspondant et aux professionnels de santé chargés d'assurer, sous l'autorité du médecin du travail, le suivi de l'état de santé d'une personne sauf opposition de l'intéressé. Ces derniers saisissent dans le dossier l'ensemble des données d'exposition du travailleur à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels ou toute autre donnée d'exposition à un risque professionnel qu'il estime de nature à affecter l'état de santé du travailleur.
- **Téléconsultation par les professionnels de santé participant à la prise en charge du travailleur** pour le suivi individuel du travailleur, compte tenu de son état de santé physique et mentale (il s'agit du médecin du travail, médecin praticien correspondant et, sous l'autorité du médecin du travail, par le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier). Le consentement du travailleur est recueilli préalablement. Le professionnel de santé recourant à la téléconsultation pour le suivi individuel du travailleur peut proposer à ce dernier que son médecin traitant ou un professionnel de santé choisi par le travailleur participe à la consultation ou à l'entretien à distance, s'il considère que l'état de santé du travailleur ou les risques professionnels auxquels celui-ci est exposé le justifient, sous réserve du consentement du travailleur (précisions par décret).

Evolution de la médecine du travail

Elargissement de la médecine du travail

- **Autorisation par l'Etat de prescription ou renouvellement d'un arrêt de travail des soins, examens ou produits de santé par les médecins du travail à titre expérimental.** Pour une durée de 5 ans dans trois régions volontaires, lorsque cette prescription ou renouvellement est strictement nécessaire à la prévention de l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail ou à la promotion d'un état de santé compatible avec son maintien en emploi. Elle est subordonnée à la détention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ou à la validation d'une formation spécialisée (précision par décret).
- **Autorisation pour un médecin sans formation en médecine du travail d'exercer l'activité de médecin du travail** même en l'absence du diplôme spécial, sous réserve de s'inscrire à une formation en médecine du travail dans les 12 mois suivant l'obtention de cette autorisation. Le maintien de l'autorisation est subordonné à la production d'une attestation de validation de cette formation (entrée en vigueur à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023).
- **Elargissement de l'équipe pluridisciplinaire avec l'ajout des auxiliaires médicaux** disposant de compétences en santé au travail. Un décret précise les conditions dans lesquelles le médecin du travail peut déléguer, sous sa responsabilité et dans le respect du projet de service pluriannuel, certaines missions aux membres de l'équipe pluridisciplinaire disposant de la qualification nécessaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, lesdites missions sont exercées dans la limite des compétences des professionnels de santé prévues par ce même code.
- **Création du médecin correspondant** disposant d'une formation en médecine du travail, qui peut contribuer, en lien avec le médecin du travail, au suivi médical du travailleur, à l'exception du suivi médical, au profit d'un service de prévention et de santé au travail interentreprises. Le médecin praticien correspondant ne peut cumuler sa fonction avec celle de médecin traitant
- **Création de l'infirmier de santé au travail** qui assiste le médecin du travail. Il est recruté dans un service de prévention et de santé au travail. Il est diplômé d'Etat ou dispose de l'autorisation d'exercer sans limitation, dans les conditions prévues par le code de la santé publique. Il dispose d'une formation spécifique en santé au travail définie par décret. Si l'infirmier n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur l'y inscrit au cours des 12 mois qui suivent son recrutement et, en cas de contrat d'une durée inférieure à 12 mois, avant le terme de son contrat. Dans cette hypothèse, l'employeur prend en charge le coût de la formation et il favorise la formation continue des infirmiers en santé au travail qu'il recrute (entrée en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 mars 2023).



Contacts

Nicolas MOREL

nicolas.morel@groupe-vyv.fr

Direction Expertise Règlementaire santé & prévoyance

expertise.reglementaire.sante.prevoyance@groupe-vyv.fr

