PRÉVOYANCE

LA LETTRE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

SEPTEMBRE 2016 / NUMÉRO 64

CTIP
CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

ÉDITORIAL
BERNARD DAESCHLER
ET **PIERRE MIE**

PAGE 2
ACTUALITÉS
1986-2016 : le CTIP a 30 ans !

Activité des IP en 2015 : priorité à la gestion saine et à la solidité financière

Une nouvelle convention pour les médecins libéraux

PAGE 6
REPORTAGE
Contrats en déshérence : les institutions de prévoyance appelées à se mobiliser

PAGE 9
INTERVIEW
« L'avènement de la médecine personnalisée est une révolution »

PAGE 11
INITIATIVE
AG2R LA MONDIALE, KLESIA et l'OCIRP s'engagent pour l'emploi durable

PAGE 12
GROUPES & INSTITUTIONS

Le collectif a de l'avenir

Le 3 février 1986 naissait le CTIP de la volonté des partenaires sociaux pour représenter et défendre les intérêts des institutions de prévoyance. 30 ans plus tard, les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale comptent comme acteurs de la protection sociale complémentaire. Ces trente dernières années ont modifié notre environnement du tout au tout : entrée dans les directives assurances, réforme de l'assurance maladie de 2004, signature de l'accord sur la gouvernance des groupes paritaires ou encore, plus récemment, loi Santé et Solvabilité 2. Autant dire que depuis trente ans, nous nous adaptons constamment – et nous croyons avec raison et rigueur – à la fois aux évolutions sociétales, aux évolutions des politiques de santé et aux évolutions du cadre réglementaire de notre activité.

Au fil des évolutions, nous avons eu collectivement à cœur de préserver l'essentiel : la recherche de la meilleure réponse possible aux besoins des entreprises et des salariés en matière de protection contre les risques de la vie. Et nous avons su prouver notre efficacité ! Une efficacité sociale bien sûr qui se traduit dans les actions de prévention et d'accompagnement des plus fragiles. Mais aussi une efficacité économique qui permet aujourd'hui aux institutions de prévoyance d'afficher un rapport qualité/prix resté à ce jour inégalé. Et tout ceci en assurant leur pérennité.

> « Nous devons nous adapter, comme nous l'avons toujours fait, en nous appuyant sur nos valeurs que sont la solidarité, la non-lucrativité, le dialogue et l'efficacité, dans le cadre d'une gouvernance paritaire. »

Le monde continue à changer très vite autour de nous. Il nous faut donc, collectivement, et une fois de plus, imaginer de nouvelles protections et de nouvelles façons de les mettre en œuvre. D'ailleurs, nous ne sommes pas les seuls à nous interroger et à chercher des solutions pour assurer l'avenir de systèmes collectifs mutualisés : les rapports publics, avis et études s'accumulent sur le sujet.

Et nous devons nous adapter, comme nous l'avons toujours fait, en nous appuyant sur nos valeurs que sont la solidarité, la non lucrativité, le dialogue et l'efficacité, dans le cadre d'une gouvernance paritaire. Nous croyons que ces valeurs restent modernes et sont les instruments indispensables à la construction de l'avenir des IP. Elles seront notre guide dans la réflexion que nous engageons au sein du CTIP pour être toujours en capacité d'accompagner nos institutions dans leur développement.

1986
2016

LE CTIP A 30 ANS !

Créé le 3 février 1986 par les partenaires sociaux pour représenter et défendre les intérêts des institutions de prévoyance, le CTIP fête cette année ses 30 ans. Un anniversaire célébré le 5 juillet 2016, sous le haut patronage du Président de la République, François Hollande, avec près de 300 personnes – experts, partenaires et administrateurs – sur le thème : **Y a-t-il encore une place pour le nous ?**

LE COLLECTIF À L'ÉPREUVE DE L'HISTOIRE

Pour s'interroger sur la place du nous, deux tables rondes ont été organisées. La première s'est intéressée à l'évolution du collectif au fil des âges. Même si à certaines périodes de l'histoire, comme au 19e siècle, les individus avaient pour interdiction de se rassembler, cela n'a pas empêché l'émergence du collectif : le nous est indispensable à l'individu. Se rassembler, s'associer ne peut se faire sans un dialogue permanent et constructif pour trouver les solutions satisfaisantes pour tous les membres du groupe. Comme le dit Bernard Vivier, directeur de l'Institut supérieur du travail, « le paritarisme est le fruit de cette négociation collective », il

est né de la volonté d'employeurs et de salariés de travailler ensemble à perfectionner leur protection sociale.

Cette culture de la négociation et du dialogue est le ciment du paritarisme : elle permet de piloter les systèmes de protection sociale en permanence et de décider des évolutions nécessaires. Pour reprendre François Charpentier, journaliste et expert de la protection sociale, « la protection sociale collective existe pour améliorer la solidarité et le niveau de vie des gens ». Elle implique de plus la notion de confiance et de civisme, comme l'a souligné Marc Ferracci, économiste, dans ses propos.

LE COLLECTIF DANS UN MONDE QUI CHANGE

Une fois les fondements du collectif rappelés, la question de l'impact des nouvelles technologies sur les systèmes traditionnels du collectif a été posée à des acteurs et penseurs du numérique. Ainsi Adrien Aumont, cofondateur de Kiss Kiss Bank Bank, estime que « les nouveaux outils nous permettent à la fois d'être « tous pour un » et à la fois « seul contre tous ». Les nouvelles technologies n'ont rien inventé : le troc, le commerce de proximité, l'entraide entre membres d'une même communauté ont toujours existé, avec Internet on est simplement passé d'une échelle locale à une échelle mondiale.

Il n'y a pas de disparition du collectif, le « nous » a toujours sa place. Claire Balva, cofondatrice de Blockchain France, estime ainsi que « le collectif revient, les personnes tentent toujours de s'organiser [...] en reconstruisant un intermédiaire tous ensemble ». Un collectif dont l'essence n'est pas remise en cause mais qui doit s'adapter aux évolutions de notre société.

La protection sociale imaginée au lendemain de la Seconde Guerre mondiale ne répond plus à tous les besoins, a souligné Thierry Keller, directeur des rédactions d'Usbek et Rica, dans son intervention. Le

travail évolue, la part des indépendants augmente. Pour Arthur de Grave, membre du collectif OuiShare, « cette transformation du travail peut être une vie de progrès si nous sommes capables de réinventer la protection sociale et les mécanismes de solidarité » : le défi est lancé... Aux institutions de prévoyance et groupes de protection sociale de le relever ! Ils pourront compter sur le CTIP pour les accompagner. Il a d'ailleurs ouvert la voie en donnant la parole à de jeunes salariés d'institutions de prévoyance sur leur vision du devenir du collectif et de la protection sociale.

Retrouvez les 30 ans du CTIP sur le site internet ctip.asso.fr

Le collectif a de l'avenir

Pour revivre ses 30 années d'engagement, le CTIP a publié un ouvrage **Le collectif a de l'avenir** qui retrace de façon concise les évolutions économiques et réglementaires qui ont abouti à ce que sont aujourd'hui les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale, à la fois sur le plan des valeurs et de la gouvernance. Il ouvre également une fenêtre sur l'extérieur grâce au regard porté sur notre secteur par les journalistes prospectivistes d'Usbek et Rica.

HOMMAGE

Antoine Faesch

Fondateur et premier Président du CTIP

Disparu le 20 janvier 2016 à l'âge de 88 ans, Antoine Faesch, grande figure du syndicalisme et pilier de la protection sociale française, fait partie de l'histoire du CTIP. Fondateur et premier Président de 1986 à 1988, Antoine Faesch est resté administrateur jusqu'en 2004 et fidèle à nos Assemblées générales jusqu'à très récemment.
Fort de la conviction que les institutions paritaires de prévoyance en France constituent un véritable système, complet et cohérent, de prévoyance mis en place par les partenaires sociaux, il appelait constamment à « poursuivre le combat pour que demain une meilleure législation vienne conforter le rôle et la place des institutions paritaires de la prévoyance collective dans le cadre de l'organisation générale de la protection sociale des salariés en France » (Lettre de la prévoyance collective, 1990).

DE NOUVEAUX STATUTS POUR LE CTIP

Le 5 juillet, le CTIP a également tenu son Assemblée générale. À cette occasion, de nouveaux statuts ont été adoptés. Suite à l'ANI du 17 février 2012 relatif à la modernisation et au fonctionnement du paritarisme ainsi qu'à l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 le 1er janvier 2016, le Conseil d'administration du CTIP avait proposé en mai dernier de revoir les statuts du CTIP. L'évolution principale concerne la possibilité d'adhérer pour les GPP[1], les GAPS[2], SGAPS[3] et SGAM[4] dont les IP affiliées disposent de la majorité au conseil d'administration.
Les statuts du CTIP sont en ligne sur le site internet du CTIP.

[1] Groupement paritaire de prévoyance
[2] Groupement d'assurance de protection sociale
[3] Société de groupe d'assurance de protection sociale
[4] Société de groupe d'assurance mutuelle

Activité des IP en 2015 : priorité à la gestion saine et à la solidité financière

Les institutions de prévoyance (IP) ont affiché en 2015 un résultat net positif de 99 millions d'euros en dépit d'une légère baisse des cotisations qui ressortent à 13,1 milliards d'euros. **Les IP ont ainsi privilégié une gestion saine et efficace des contrats dans un contexte de compétition accrue**. Ce faisant, malgré un environnement de taux extrêmement bas et un cadre réglementaire toujours changeant, **les IP ont consolidé leur assise financière et leur ratio de solvabilité**.

Légère hausse des cotisations en santé, baisse en prévoyance

13,1 milliards de cotisations

Les cotisations en santé ont progressé de 0,6 % à 6,23 milliards d'euros en 2015. Ce résultat est globalement satisfaisant alors que la pression concurrentielle s'est fortement accrue en prévision de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise au 1er janvier 2016. Fortes de leur expérience dans le domaine des contrats collectifs, les IP ont fait le choix de l'efficacité plutôt que de s'engager dans une course aux parts de marché ou aux prix. Un choix qui ne les a pas empêchées au final de maintenir leurs positions.

En prévoyance, le montant des cotisations est en baisse de 3,5 % à 5,94 milliards d'euros. La sinistralité est restée globalement stable. En revanche, la prévoyance a souffert de la forte baisse des taux d'intérêt, qui a particulièrement pesé en 2015 sur le résultat en alourdissant la charge des futures prestations. Elle a également été impactée par la réforme des retraites de 2010 dont l'effet avait été lissé sur 5 ans. Enfin, la concurrence accrue a eu un impact important sur la prévoyance.

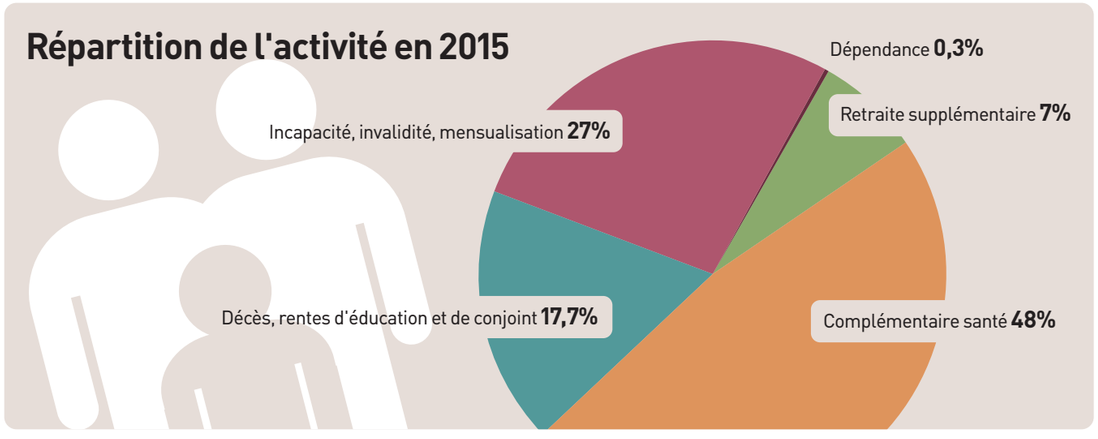
En retraite supplémentaire, les cotisations affichent une baisse de 3,9 % à 930 millions d'euros, un recul qui s'explique par le choix des entreprises de provisionner davantage plutôt que d'externaliser la gestion des contrats.

Une solvabilité élevée

En 2015, les IP confirment leur solidité avec un **ratio de Solvabilité 1 à hauteur de 6,2 fois l'exigence réglementaire actuelle**. Les IP ont anticipé l'entrée en vigueur au 1er janvier 2016 de Solvabilité 2 pour laquelle elles se sont bien préparées en coordination avec les pouvoirs publics et l'ACPR. Depuis 10 ans, le CTIP avec les institutions de prévoyance, a préparé et accompagné cette évolution. Les spécificités des institutions de prévoyance, c'est-à-dire à la fois, la non lucrativité et la gouvernance paritaire, ont été reconnues, sans pour autant refuser d'adopter des normes de solvabilité plus importantes.

Les résultats des groupes en ligne avec ceux des IP

Le chiffre d'affaires consolidé des groupes s'élève à 26,7 milliards d'euros en 2015, soit une érosion de 2,6 %. Les groupes affichent une légère baisse en santé (- 0,7 %) mais des hausses en prévoyance (+ 0,5 %) et en retraite supplémentaire (+ 1 %). Cependant dans ce contexte, la part des IP dans les résultats consolidés des groupes augmente.



88 millions d'euros consacrés à l'action sociale

Une action sociale maintenue

La rigueur dans la gestion des institutions de prévoyance ne s'est pas au faite au détriment de **l'action sociale qui ressort à 88 millions d'euros**. La prise en charge de cotisations santé ou du remboursement des frais de soins de santé représente 34 % avec 30,2 millions d'euros engagés en 2015. Par ailleurs, les institutions de prévoyance ont affecté 26 millions d'euros aux services d'action sociale (aide à la recherche ou au retour à l'emploi, aide aux aidants…).

Les institutions de prévoyance ont fait face à une modification en profondeur de leur environnement réglementaire et concurrentiel en 2015 avec la généralisation de la complémentaire santé. Elles ont fait des choix exigeants qui ont légèrement pesé sur le montant des cotisations reçues mais qui leur permettent d'envisager sereinement une gestion dans la durée de leurs contrats ainsi que des investissements, notamment dans les systèmes d'information.

« Solides sur leurs fondamentaux, les institutions de prévoyance n'ont pas cédé aux sirènes d'un soi-disant marché lié à la généralisation. Elles préparent l'avenir en restant vigilantes tout à la fois sur les conséquences de l'ANI et sur les réformes à venir. »

JEAN PAUL LACAM,
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DU CTIP

Une nouvelle convention pour les médecins libéraux

Le 25 août, après six mois, les négociations sur la nouvelle convention médicale entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats de médecins libéraux (CSMF, FMF, Le Bloc, MG France et SML) ont abouti à un nouveau texte.

Les négociations sur la nouvelle convention médicale avaient débuté le 24 février dernier sous la présidence du directeur de la CNAMTS[1] et de l'UNCAM[2]. Les cinq syndicats de médecins - CSMF[3], FMF[4], Le Bloc, MG France et SML[5] - ainsi que l'UNOCAM[6] ont pris part aux négociations. À l'issue de la dernière séance du 27 juillet, seuls MG France, le premier syndicat de médecins généralistes et le Bloc qui représente les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes, ont signé un protocole d'accord de fin de négociations. Afin que la convention s'applique, trois syndicats au minimum devaient l'approuver. La CSMF, la FMF et le SML avaient jusqu'au 25 août pour soumettre le projet de convention à leurs instances. Au final, la FMF a signé l'accord et la CSMF et le SML l'ont rejeté.

Les principaux points du projet d'accord

Les syndicats de médecins ont obtenu une **revalorisation et une hiérarchisation des consultations selon leur complexité** avec des actes à 25, 30, 46 et 60 euros. Ainsi la consultation chez un médecin généraliste passera au 1er mai 2017 de 23 à 25 euros, par la majoration MMG[7] de deux euros, applicable par les généralistes lorsqu'ils pratiquent des tarifs opposables.

Le contrat d'accès aux soins (CAS), qui incite les médecins signataires à limiter leurs dépassements d'honoraires en échange d'une rémunération spécifique, sera assoupli pour le rendre plus attractif et renommé **option pratique tarifaire maîtrisée** (OPTAM). Une version adaptée de l'OPTAM sera réservée aux chirurgiens et gynécologues-obstétriciens, afin de les inciter à rejoindre le dispositif (l'**OPTAM-CO**). L'objectif de ces évolutions est un doublement des médecins adhérant aux dispositifs.

Pour **lutter contre les déserts médicaux**, une aide d'un montant de 50 000 euros est prévue pour les médecins s'installant dans les zones manquant de praticiens, s'ils s'engagent à y rester au moins trois ans et à exercer en groupe.

Par ailleurs, la convention prévoit la création d'un **forfait patientèle** qui regroupera l'ensemble des rémunérations forfaitaires perçues par un médecin, dont le forfait médecin traitant. Ce nouveau forfait repose sur un système de points par patient, en fonction de son âge, de son état de santé et de la précarité de sa patientèle et vise à valoriser le rôle de coordinateur des soins du médecin traitant. Un forfait structure permettant au praticien de recruter une secrétaire va également être créé.

C'est maintenant au tour de l'UNOCAM de statuer sur ce projet de convention. L'instance représentative des organismes complémentaires se réunira le 16 septembre, à l'occasion d'un conseil extraordinaire, pour décider de sa signature éventuelle.

[1] Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
[2] Union nationale des caisses d'assurance maladie
[3] Confédération des syndicats médicaux français
[4] Fédération des médecins de France
[5] Syndicat des médecins libéraux
[6] Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
[7] Maison médicale de garde

Contrats en déshérence : les institutions de prévoyance appelées à se mobiliser

La problématique des contrats en déshérence a trop longtemps été mésestimée. Certes, la loi de décembre 2007 portant sur les contrats non réglés instaurait un certain nombre d'obligations en termes d'identification des assurés décédés, d'information des clients et de recherche des bénéficiaires en cas de connaissance du décès du souscripteur, mais les préconisations n'avaient pas été reçues avec la considération nécessaire par les assureurs.

Face à cette mobilisation tardive de la profession, l'ACPR (l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) a commencé à contrôler de plus près les acteurs du secteur avant de lancer des mises en garde claires en 2013, notamment au sujet de la revalorisation du capital garanti dans certains contrats. La même année, le rapport de la Cour des Comptes estimait à 2,76 milliards le montant des avoirs non-réglés qui seraient conservés par les assureurs.

Mais la véritable prise de conscience est venue sous la forme d'un coup de tonnerre lorsque l'ACPR a infligé en 2014 des sanctions spectaculaires à trois grands acteurs de l'assurance-vie : Cardif, CNP et Allianz pénalisés à hauteur, respectivement, de 10, 40 et 50 millions d'euros. Dès lors, le sujet des contrats en déshérence s'est imposé tout en haut dans l'agenda des assureurs. D'autant que la loi Eckert, entrée en vigueur le 1er janvier dernier, a notamment renforcé les obligations en matière d'information des clients. Elle encadre également la revalorisation du capital garanti (désormais applicable aussi en prévoyance) et impose une plus grande transparence par le biais de reportings qui seront accessibles au public.

D'importantes disparités

Les obligations pour les institutions de prévoyance concernent quatre catégories principales de contrats : les contrats collectifs de retraite supplémentaire, les contrats collectifs prévoyance, les contrats de prévoyance décès individuels, ainsi que l'assurance obsèques. « *Dans les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale, on observe aujourd'hui d'importantes disparités,* note Hélène Arveiller, Chef du Service Veille sur les Contrats et les Risques au sein de l'ACPR. *Certains groupes ont saisi le problème à bras le corps, d'autres ont à peine abordé le sujet.* » Or, l'autorité de contrôle ne s'en cache pas : elle ne souhaite pas avoir à multiplier les sommations envers les mauvais élèves.

Les obligations des institutions sont claires. En retraite supplémentaire, elles doivent informer chaque année les assurés des principales caractéristiques de leur contrat : montant de la valeur de rachat, prime du contrat, rendement, valeurs des unités de comptes… Cette information permet de maintenir un lien avec l'assuré et ainsi prévenir la déshérence du contrat par la suite. Le traitement exhaustif des plis non distribués ou des courriers retournés avec la mention « n'habite plus à l'adresse indiquée » est à ce titre essentiel. L'assureur a également, pour l'ensemble des contrats concernés, une obligation de recherche du bénéficiaire en cas de connaissance du décès du souscripteur et, le cas échéant, du souscripteur lui-même par interrogation systématique chaque année du RNIPP (répertoire national d'identification des personnes physiques). « *N'oublions pas que le Code monétaire et financier fait obligation aux organismes de connaître et d'actualiser la connaissance qu'ils ont de leurs clients* », rappelle l'ACPR.

Des liens parfois distendus entre assureurs et assurés

La loi prévoit ensuite que la revalorisation post-mortem du capital garanti s'effectue dès le décès de l'assuré à un taux qui ne peut être inférieur à celui fixé par décret. Enfin, les assureurs doivent conserver les informations et documents correspondant aux contrats non réglés. Les capitaux sont transférés à la Caisse des Dépôts et Consignations, pendant un délai de 20 ans à compter de la date de transfert des fonds, celle-ci intervenant au terme d'une période de 10 ans à compter de la connaissance du décès par l'assureur.

Ce qui peut sembler relativement simple sur le papier se révèle bien souvent un casse-tête en pratique. En effet, dans le cas des contrats collectifs, le lien entre l'assuré et le souscripteur est parfois très distendu, et cela pour de multiples raisons : l'entreprise peut avoir perdu de vue l'assuré depuis des années, le contrat est géré par un courtier ou tout simplement l'assuré ignore qu'il est couvert par un contrat collectif et n'a indiqué aucun bénéficiaire. L'interrogation du RNIPP se révèle elle-même assez complexe dans la mesure où la qualité de la réponse dépend de celle du fichier adressé. Or, les informations relatives aux anciens contrats sont souvent incomplètes, en particulier celles concernant les noms de naissance des femmes mariées. En effet, la souscription de certains contrats remonte à plusieurs décennies, ce qui ne facilite pas les recherches. « *L'ACPR nous a clairement expliqué que nous avions désormais sur cette question une obligation de moyens renforcée* », indique Jean-Marc Truchi, Directeur du contrôle interne et de la conformité de Humanis.

Humanis et Malakoff Médéric ont fait une présentation sur le sujet à l'occasion d'une conférence organisée en janvier dernier au CTIP[1]. « *Ce sujet est au cœur de notre métier. Trouver une solution aux contrats non-réglés participe de l'amélioration du service client* », souligne Jean-Marc Truchi. « *C'est un vrai projet d'entreprise qui mobilise l'ensemble des directions développement, gestion technique, informatique et juridique* », confirme Brigitte Charton, Directrice Conformité et sécurité financière de Malakoff Médéric. « *Il en va du respect de l'engagement de l'assureur envers ses assurés.* » Pour les deux groupes, l'impulsion doit nécessairement venir de la direction générale étant donné l'ampleur et la sensibilité du projet. Et la gouvernance doit être informée de ces travaux. L'erreur serait de considérer le problème des contrats en déshérence comme un simple sujet de conformité. « *Toute la chaîne de valeur est concernée. Pris de façon positive, le projet apporte de vrais bénéfices opérationnels* », insiste-t-on chez Humanis.

Obligation de recherche

Les chantiers sont multiples. L'un des plus importants est bien sûr le traitement des dossiers issus de l'interrogation du RNIPP. Lorsque les données de l'assureur sont incomplètes, la recherche de bénéficiaires doit être menée avec d'autres moyens. « *Dès le retour du RNIPP, nous contactons*

systématiquement les mairies pour obtenir l'acte de décès. Les recherches sont ensuite engagées par tous les moyens : des contacts par courrier ou téléphone avec des tiers ou des personnes de la famille, via internet… Enfin, en cas d'échec nous transmettons le dossier à des enquêteurs ou des généalogistes qui sont davantage outillés pour les cas les plus difficiles », explique Brigitte Charton. Malakoff Médéric a ainsi mobilisé une vingtaine de personnes pour les recherches. L'approfondissement des recherches peut aboutir, dans un premier temps, à la mise en évidence de dossiers problématiques plus nombreux. *« Mais au moins, nous constatons une vraie courbe d'expérience dans la recherche »*, notent aussi bien Malakoff Médéric qu'Humanis.

Les autres volets du sujet sont tout aussi importants. La collecte des données doit généralement être améliorée, les conditions contractuelles modifiées, les systèmes d'information revus, etc. *« Le défi consiste à insuffler un changement positif. La gestion du changement est toujours quelque chose de lourd »*, indique Jean-Marc Truchi. D'autant que les nouvelles méthodes doivent être claires de façon à répondre aux demandes de l'ACPR.

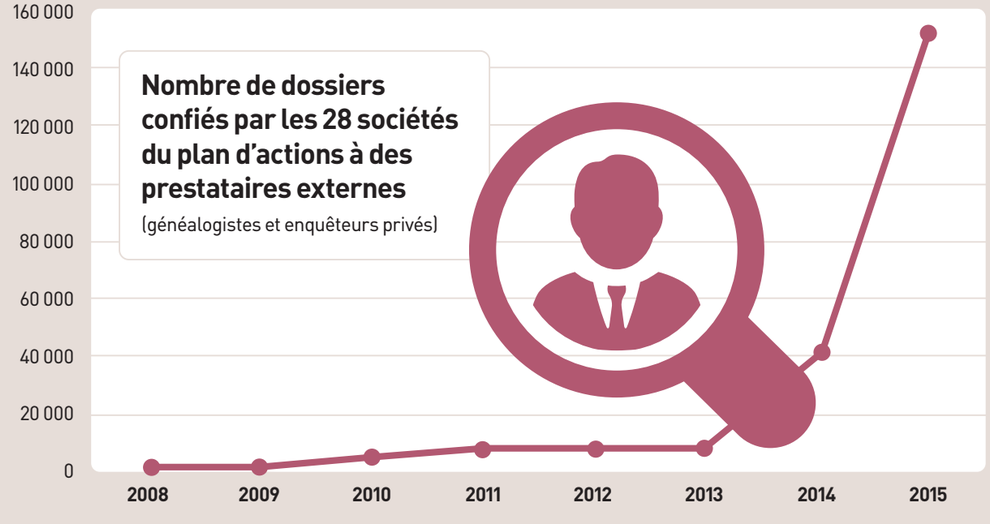
En cas de gestion déléguée, l'affaire se complique. Lorsque les courtiers gèrent les contrats, l'assureur n'a pas forcément accès aux bases d'affiliés et aux données correspondantes. D'où la nécessité de modifier les conventions de délégation de gestion ce qui risque de susciter quelques réactions des courtiers. Des discussions sont engagées sur ce sujet dans le cadre des travaux relatifs à l'harmonisation du reporting délégataire de gestion.

Côté contrôles, l'ACPR met en garde. *« Nous observons une forte mobilisation des assureurs avec un bémol de taille : il reste d'importantes marges de progrès dans le domaine de la retraite supplémentaire et de la prévoyance collective. Un important travail reste également à réaliser en matière de fiabilisation des données clients »*, souligne Hélène Arveiller. L'autorité de contrôle tente de privilégier le dialogue mais elle a à sa disposition un arsenal coercitif qui va de la demande de pièces à l'enquête sur place avec étude de chaque dossier pendant plusieurs mois. *« Nous avons désormais suffisamment de recul pour comparer les assureurs et identifier ceux qui n'ont pas réellement engagés d'efforts »*, note Geoffroy de Vaucelles, Contrôleur des pratiques commerciales à l'ACPR. Et si les multiples fusions qui ont animé le secteur ces dernières années peuvent complexifier les choses, *« elles ne peuvent être considérées comme des circonstances atténuantes »*.

[1] *Un groupe de travail consacré aux contrats non-réglés a été mis en place par le CTIP*

PLUS DE 5 MILLIARDS D'EUROS EN DÉSHÉRENCE (HORS RETRAITE COLLECTIVE)

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a remis au Parlement le 29 avril 2016 un rapport sur la situation des contrats d'assurance vie en déshérence et sur les actions de l'ACPR visant à obtenir des assureurs leur règlement aux bénéficiaires. Au total, 28 organismes représentant 90 % de parts de marché ont été contrôlés dans le cadre d'un plan d'actions spécifique. La pression exercée sur les acteurs du secteur se révèle payante. Pour la seule année 2015, les 28 sociétés examinées ont réglé 1,9 milliard d'euros de capitaux en déshérence. Pour autant, il reste beaucoup à faire puisque le stock de contrats en déshérence, constitué au fil des années, est estimé à 5,4 milliards d'euros (hors retraite collective). Il est vrai que l'intensification des recherches a conduit à une meilleure identification des contrats concernés.



« L'avènement de la médecine personnalisée est une révolution »

BENOÎT THIEULIN
est le Fondateur et Directeur de l'agence d'innovation numérique La Netscouade. De 2013 à 2016, il a présidé le Conseil National du Numérique.

Quel impact peut-on attendre de la révolution numérique dans le secteur de la santé ?
L'émergence du big data devrait avoir un énorme impact en ouvrant la voie à une médecine personnalisée, un bouleversement de la même ampleur que l'invention de la pénicilline après-guerre en terme de santé publique. Pour schématiser, les laboratoires pharmaceutiques s'efforçaient jusqu'à présent d'identifier des principes actifs qui devaient prouver leur efficacité pour 95 % de la population, ou plus, avant d'être validés et diffusés. Or, cette sélection draconienne laissait de côté une multitude de médicaments qui pouvaient être très efficaces pour une tranche de la population mais pas pour l'ensemble. Ni les laboratoires pharmaceutiques, ni les médecins n'avaient les moyens de distinguer les personnes qui auraient bénéficié du médicament et celles pour qui il aurait été inefficace, voire néfaste. Le traitement à grande échelle des données va permettre désormais cette identification : il sera possible de corréler un principe actif avec l'ADN et en déduire, par exemple, que le médicament est efficace pour 30 % de la population. Les laboratoires vont s'atteler à cette recherche gigantesque. Ils se rendent compte progressivement qu'ils sont assis sur une mine d'or.

Le corps médical est-il préparé à ces bouleversements ?
Non. L'enseignement de la médecine laisse totalement de côté cet immense champ d'investigation et ne s'intéresse pas à la façon dont il va impacter les soins. Si cela ne change pas, les médecins vont être dépassés demain.

Le numérique est également à l'origine d'une série d'applications médicales ou paramédicales qui se diffusent rapidement. N'y a-t-il pas, là aussi, un changement en profondeur des pratiques ?
Les objets connectés (montres, tensiomètres…) et les applications téléchargeables privilégient le suivi de la « bonne » santé et préconisent les bons comportements. On se rapproche du coaching sportif et de la prévention. En même temps, ces applications produisent une quantité de données que les médecins doivent apprendre à utiliser. Ce n'est pas forcément de la haute technologie. Le numérique « low tech » permet de faire beaucoup de choses : par exemple, le patient mesure quotidiennement sa tension, son pouls ou son poids et amène toutes les données à la fin du mois à son médecin. Ce dernier peut

« Pourquoi ne pas imaginer que les complémentaires santé soient associés à cette information ? En fin de compte, le numérique aura certainement un impact sur le parcours de soin ».

également suivre la prise des médicaments à distance. Ces solutions sont simples et apportent déjà un grand bénéfice. On peut également imaginer un partage des rôles : le médecin soigne tandis que l'information est diffusée en ligne via des vidéos ou des sites. Pourquoi ne pas imaginer que les complémentaires santé soient associées à cette information ? En fin de compte, le numérique aura certainement un impact sur le parcours de soin.

Est-ce que l'assurance santé, habituée à rembourser les soins et les médicaments, va être amenée à prendre en charge aussi ce qui préserve la santé ?
La question de l'assurance santé est difficile. Chacun s'accorde sur le fait que la maladie la moins coûteuse est celle qu'on évite. Mais pour un assureur, la prévention est difficile à rentabiliser. Ou alors le retour sur investissement est très long. Cela étant, le numérique devrait conduire à d'importants gains de productivité dans les organismes de complémentaire santé. Des métiers vont disparaître, ce qui va entraîner des redéploiements, peut-être vers les services que nous avons mentionnés. Les groupes doivent s'y préparer.
Il y a un autre domaine où les assureurs santé auront sans doute un rôle à jouer, c'est celui de la labellisation. Je crois beaucoup aux plates-formes locales qui mettent en relation des personnes qui se rendent des services. Cela implique de la confiance. Or, qui mieux que l'assureur pour encadrer les services et les labelliser ?

L'émergence des nouveaux services va de pair avec celle de nouvelles formes de salariat. N'y a-t-il pas là des risques tant d'un point de vue fiscal que du paiement des charges sociales ?
Il est très difficile pour la puissance publique d'intervenir lorsqu'apparaissent de nouveaux services et de nouveaux modèles. Personne ne veut casser l'innovation. Mais avec le temps, les plates-formes se stabilisent et on comprend mieux leur fonctionnement. L'Etat est alors tout à fait légitime à instaurer des règles en termes de concurrence, de sécurité et, bien sûr, de fiscalité. L'Etat doit réguler intelligemment mais personne ne peut échapper durablement à l'impôt. Il en va de même pour les charges sociales. Un chauffeur Uber n'est pas un vrai chef d'entreprise, le lien de subordination est réel. Il a donc droit à la protection du salariat et l'entreprise doit payer les charges sociales associées.

Et quid de la protection des données personnelles dans un monde numérique ?
Cette question est paradoxale. Le débat il y a quelques années sur le passeport biométrique avait donné lieu à une levée de boucliers face à ce qui pouvait être perçu comme une surveillance de l'Etat. Aujourd'hui tout le monde confie quantité d'informations personnelles à Apple et à d'autres acteurs du numérique sans même lire les règles sur la collecte de données. Or, leur localisation est un vrai sujet. Aujourd'hui, des sociétés américaines peuvent en savoir beaucoup plus sur vous que la sécurité sociale. L'Etat est là aussi légitime à intervenir si nécessaire.

UN SPÉCIALISTE DE L'ÉCONOMIE NUMÉRIQUE

Spécialiste des questions d'innovation numérique, Benoît Thieulin est observateur et acteur de la révolution digitale depuis le milieu des années 1990. Il s'intéresse en particulier aux phénomènes d'empowerment – responsabilisation – provoqués par la révolution numérique, et aux dispositifs innovants qu'ils permettent, que ce soit pour des entreprises, des marques, des institutions, des ONG, des médias… Il a ainsi conçu les premières plates-formes participatives et communautaires en France. Il a fondé La Netscouade en 2007, une agence de transformation et d'innovation numériques. De 2013 à 2016, il préside le Conseil national du numérique. A l'occasion de la remise du rapport " Travail, Emploi, Numérique, les nouvelles trajectoires " à Myriam El Khomri en janvier 2016, le Conseil national du numérique (CNNum) a présenté 20 recommandations pour ouvrir de nouvelles trajectoires au travail et à l'emploi à l'heure du numérique.

PME
EMPLOIS DURABLES

AG2R LA MONDIALE, KLESIA et l'OCIRP s'engagent pour l'emploi durable

À l'initiative des groupes de protection sociale AG2R LA MONDIALE et KLÉSIA, un fonds de financement et d'investissement pour les entreprises, appelé « PME emplois durables » a été créé. Les groupes ont chacun investi 100 millions d'euros dans ce fonds. Il est ouvert à de nouveaux investisseurs, à l'image de l'OCIRP qui a souhaité contribuer à hauteur de 10 millions d'euros ou du groupe Pasteur Mutualité qui a investi 7 millions d'euros.

Ce fonds « PME Emplois Durables » vise à soutenir le développement et la création d'emplois dans des entreprises françaises ou produisant principalement en France. Comme le précise André Renaudin, directeur général d'AG2R LA MONDIALE : *« Avec ce fonds, AG2R LA MONDIALE souhaite contribuer au financement des entreprises engagées dans le social afin de les accompagner dans leur développement et la création d'emplois. Ce fonds s'adresse à des PME qui emploient entre 15 et 500 salariés et réalisent un chiffre d'affaires entre 0 et 50 M€ »*.
Le financement des entreprises peut prendre la forme de fonds propres ou de dettes avec des règles en termes de liquidité, de rendement, de risque et d'objectifs d'investissement socialement responsable (ISR).

Le fonds « PME Emplois Durables » est un fonds de prêt à l'économie qui permet aux organismes d'assurance de diversifier leurs placements et d'investir dans l'économie réelle. Ce dispositif a été rendu possible en 2013[1] lors de la réforme du code des assurances. Celle-ci a en effet élargi la liste d'actifs dans lesquels les sociétés d'assurance peuvent orienter une partie de l'épargne des ménages. Cette possibilité a également été octroyée aux institutions de prévoyance et aux mutuelles[2]. Pour Christian Schmidt de la Brélie, directeur général de KLÉSIA, cet élargissement allait de soi : *« Les PME et les TPE représentent un gisement potentiel de créations d'emplois sur le territoire français. C'était une évidence pour les groupes de protection sociale qui sont directement concernés par le maintien et le développement de l'emploi, de s'engager à leurs côtés »*.
Ces entreprises représentent 14 millions d'emplois et un chiffre d'affaires de 3 763 milliards d'euros[3], le fonds constitue comme l'affirme Thibault Lanxade, Vice-président du Medef en charge de l'entrepreneuriat et des TPE-PME, administrateur de KLÉSIA et Président du Conseil d'administration *« une initiative forte des groupes de protection sociale pour participer au renforcement du tissu entrepreneurial français.[…]Les TPE et les PME sont des joyaux, aidons-les ! »*.

[1] *Décret n° 2013-717 du 2 août 2013*
[2] *Décret n° 2014-1530 du 17 décembre 2014*
[3] *INSEE, entreprises par catégorie, novembre 2013*

Audiens lance une plate-forme RH collaborative

Audiens s'est associé à la start-up française Movinmotion pour développer une plate-forme RH collaborative à destination des employeurs et des salariés du secteur de la culture.
Côté employeurs, cet outil permet de façon dématérialisée l'embauche, la gestion sociale et la paie des intermittents (artistes et techniciens) du spectacle. La plate-forme comprend également l'ensemble des textes de référence du secteur et une base de plus de 7 000 profils pour faciliter l'embauche.
Côté salariés, Movinmotion leur permet de bénéficier d'une relation facilitée avec leurs employeurs et d'un suivi de leurs droits. Ils ont par ailleurs accès à un coffre-fort électronique sécurisé pour y stocker leurs documents administratifs.

Malakoff Médéric publie la nouvelle édition de son étude sur la santé au travail

Le Baromètre Santé et Bien-être au travail, mené par Malakoff Médéric depuis 2009, éclaire chaque année les liens entre santé et qualité de vie des salariés et performance économique et sociale des entreprises. Selon les résultats 2016 de l'étude, 70 % des salariés et 95 % des dirigeants estiment que le niveau de qualité de vie au travail est bon ou très bon. 2016 est cependant marquée par une dégradation de cette perception par les salariés. Tous s'accordent sur le fait que la qualité de vie des salariés contribue à la performance de l'entreprise, et 83 % des dirigeants pensent même qu'il s'agira d'un thème de préoccupation majeur pour les entreprises dans l'avenir.

agenda

LES RENCONTRES L'ARGUS de l'assurance

LE CTIP EST PARTENAIRE DES PROCHAINS ÉVÉNEMENTS ORGANISÉS PAR L'ARGUS DE L'ASSURANCE.

28 SEPTEMBRE 2016
LES START-UP ET L'ASSURANCE
Osez la coopétition pour préparer les modèles performants de demain + Remise des Trophées Start-up 2016
Confrontés à une concurrence accrue, les acteurs du marché sont en recherche permanente de nouveaux leviers de croissance et esquissent de nouvelles alliances pour mieux comprendre leurs clients et leurs comportements via l'open innovation ou en s'appuyant sur des start-up innovantes.

4 OCTOBRE 2016
LUTTE CONTRE LA FRAUDE
15 référents du secteur dévoilent leurs stratégies face à l'envolée du risque en santé et dommages.
La fraude, qui a coûté 2,5 milliards d'euros aux assureurs en 2015, connaît une nouvelle envolée, notamment en matière de santé. Face aux nouveaux enjeux, le marché affine et étoffe son arsenal « antifraude ».

DU 12 AU 14 OCTOBRE 2016
CONGRÈS RÉAVIE
Lors de cet événement réunissant près de 800 décideurs issus de compagnies d'assurance, réassurance, IP, mutuelles, courtiers, politiques, avocats, plus de 60 intervenants seront présents pour débattre des nombreux enjeux du secteur à horizon 2018.

15 NOVEMBRE
CONGRÈS #ASSURANCE DIGITALE
Structures d'investissement dédiées, nouveaux partenariats, offres basées sur les objets connectés, incubation, lab de recherche... assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance multiplient les initiatives et explorent tous azimuts pour ne pas rater leur transformation digitale.

22 NOVEMBRE
CONFÉRENCE ASSURANCE SANTÉ
L'ANI et le nouveau cahier des charges des contrats responsables ont à la fois attisé la guerre des prix et la volonté irrésistible de se différencier.

29 NOVEMBRE
REMISE DES TROPHÉES DE LA FEMME DANS L'ASSURANCE
Pour la 5e année, L'Argus de l'assurance souhaite mettre en avant des parcours professionnels remarquables de femmes dans l'assurance, qui misent sur l'innovation pour booster la croissance dans leur équipe.

6 DÉCEMBRE
REMISE DES ARGUS DE L'INNOVATION MUTUALISTE ET PARITAIRE
L'Argus met à l'honneur les mutuelles et les institutions de prévoyance adoptant des pratiques socialement exemplaires et novatrices.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site internet **www.ctip.asso.fr**

PRÉVOYANCE **LA LETTRE DU CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE**
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean Paul Lacam ■ **RÉDACTRICE EN CHEF :** Miriana Clerc ■ **RÉALISATION :** septièmesens ■ **IMPRESSION :** IMPRIMERIE NOUVELLE ■ ISSN 1264 - 9902 ■ **CRÉDIT PHOTO :** Philippe Couette, Klésia, Movinmotion, Malakoff Médéric ■ **RÉDACTION CTIP et Ulysse Communication :** P.6 à 10.