



DECRYPTAGE

Reportage :

**Observatoire des moyens de
paiement : le consommateur
dicte un nouvel équilibre**

PAGE 5

L'essentiel de la semaine

Stratégie – page 9

FFSA/ANIA : un manifeste pour le soutien d'une épargne de long terme

Systèmes d'information – page 20

Téléassistance : le Crédit Mutuel Arkéa lance Arkéa Assistance

Marketing – page 14

La « finance responsable » se porte bien

Distribution – page 21

Courtiers grossistes : plaidoyer contre les clauses de désignation

Systèmes d'information – page 16

AXA France dévoile un comparateur de services d'assurance

Conjoncture – page 28

Rendement des contrats d'assurance vie : Bercy met fin à la polémique

1

L'ESSENTIEL DE LA SEMAINE

FFSA/ANIA : un manifeste pour le soutien d'une épargne de long terme

Deux fédérations professionnelles européennes - la FFSA pour la France et ANIA pour l'Italie - ont publié un manifeste commun dans lequel elles expliquent les raisons de soutenir une épargne de long terme en Europe et les moyens pour y parvenir.

(Lire page 9)

La « finance responsable » se porte bien

Le site mescoursespourlaplanete.com*, un guide pratique en ligne pour une consommation responsable, a publié une étude sur la finance responsable. Zoom sur les résultats.

(Lire page 14)

AXA France dévoile un comparateur de services d'assurance

Prenant le contre-pied des comparateurs du marché centrés sur une approche davantage tarifaire, AXA France vient de dévoiler une plate-forme de comparaison de services d'assurance : quialemeilleurservice.com. Cette innovation s'inscrit dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité de service rendue à ses clients : AXA Votre Service.

(Lire page 16)

Téléassistance : le Crédit Mutuel Arkéa lance Arkéa Assistance

Le Crédit Mutuel Arkéa lance une nouvelle structure baptisée Arkéa Assistance. Cette filiale propose des services de téléassistance visant à favoriser le maintien à domicile des personnes isolées, handicapées ou âgées.

(Lire page 20)

Courtiers grossistes : plaidoyer contre les clauses de désignation

Les courtiers grossistes n'arrivent toujours pas à « digérer » les clauses de désignation et, surtout, de migration. Dans un manifeste publié la semaine dernière, ils appellent à dénoncer un dispositif qui, à leurs yeux, fausse la concurrence sur le marché de la prévoyance collective.

(Lire page 21)

Rendement des contrats d'assurance vie : Bercy met fin à la polémique

Le ministère des Finances vient de publier un rescrit qui devrait mettre fin à la polémique suscitée par les modalités d'application de l'augmentation de 1,2 point du taux du prélèvement social.

(Lire page 28)

SOMMAIRE

DECRYPTAGE

| Marketing | page 5

Observatoire des moyens de paiement : le consommateur dicte un nouvel équilibre



2 STRATÉGIE & ACTUALITÉS

| | |
|--|-----------|
| 2.1 Actualités des sociétés | 8 |
| Allianz émet une nouvelle obligation catastrophe..... | 8 |
| FFSA/ANIA : un manifeste pour le soutien d'une épargne de long terme | 9 |
| Groupe Scor : le P-DG le mieux payé du secteur en 2011..... | 10 |
| Obligations catastrophes : un marché en plein essor | 11 |
| Prêts en devise : l'ACP recadre les pratiques bancaires..... | 12 |
| 2.2 Résultats des sociétés | 13 |
| Société Générale Insurance : forte amélioration de la rentabilité en 2011..... | 13 |

3 MARKETING

| | |
|--|-----------|
| 3.1 Études Marketing | 14 |
| La « finance responsable » se porte bien | 14 |

4 SYSTEMES D'INFORMATION

| | |
|--|-----------|
| 4.1 Internet / Multimédia | 16 |
| AXA France dévoile un comparateur de services d'assurance | 16 |
| Le Plan Alzheimer des Hauts-de-Seine expérimente une plate-forme téléphonique..... | 17 |
| 4.2 Logiciels & applications | 18 |
| Le SI, principal facteur de compétitivité des back-offices ? | 18 |
| SAS et Suadeo unissent leurs forces autour de Solvabilité 2 | 19 |
| Téléassistance : le Crédit Mutuel Arkéa lance Arkéa Assistance..... | 20 |

5 DISTRIBUTION

| | |
|--|-----------|
| 5.1 Acteurs traditionnels | 21 |
| Courtiers grossistes : plaidoyer contre les clauses de désignation | 21 |

6 CONJONCTURE ECONOMIQUE ET SOCIALE

| | |
|--|-----------|
| 6.1 Santé | 22 |
| La Société Générale cible les professionnels avec sa nouvelle complémentaire santé..... | 22 |
| Assurance maladie : net ralentissement du déficit en 2011 | 23 |
| Les cas de démence multipliés par trois d'ici à 2050 dans le monde | 24 |
| Santé : les programmes des candidats à l'élection présidentielle convainquent peu de Français..... | 25 |
| 6.2 Épargne / Retraite / Prévoyance | 26 |
| BNP Paribas Cardif lance un contrat d'assurance vie diversifié | 26 |
| Parcours de santé des personnes âgées : installation d'un comité national de pilotage visant à améliorer la prise en charge..... | 27 |
| Rendement des contrats d'assurance vie : Bercy met fin à la polémique | 28 |
| Une majorité de Français veut vieillir à domicile | 29 |

DECRYPTAGE

Une exclusivité CAPA Hebdo

Reportage :

Observatoire des moyens de paiement : le consommateur dicte un nouvel équilibre

L'Observatoire 2011 d'ADN'co sur l'évolution des moyens de paiement vient de livrer ses enseignements. Il en émerge un passage d'une logique d'offre pilotée exclusivement par les banques à celle d'une approche de la demande soutenue par le style de vie des consommateurs. Avec en toile de fond un nouvel écosystème qui prend corps. Ses exigences : gamme de produits diversifiée et concurrence accrue qui vont à terme imposer aux acteurs spécialisation et partenariat.

PAR EMMANUEL MAYEGA

Sur un marché où les banques ont longtemps joué un rôle déterminant dans les évolutions des moyens de paiement, 2011 vient marquer un tournant important avec une redistribution des cartes en la matière, si l'on en juge d'après l'Observatoire 2011 des moyens de paiement réalisé par ADN'co. On voit apparaître de nouveaux acteurs sur un terrain touché par une réglementation évolutive et un consommateur dictant un nouvel équilibre revisitant les modèles économiques historiques, ceux-là même qui avaient consacré la forte domination des cartes bancaires.

Les moyens alternatifs se multiplient

Dans ce contexte, ADN'co a dégagé cinq tendances majeures observées en 2011 en matière d'évolution des moyens de paiement. Premier enseignement, les moyens de paiement alternatifs se multiplient et se diversifient. Cela est dû à la généralisation du e-commerce, renforcée par le m et le s-commerce. Du fait de l'explosion des achats en ligne via Internet, smartphones et autres tablettes mobiles, on assiste à l'émergence de nouveaux acteurs qui proposent leurs systèmes de paiements propres. Aux côtés des PayPal, Moneybookers, Paysafecard et autres Kwixo ou Buyster, les géants du Web et de l'IT sont des prétendants sérieux à l'image de Facebook, Apple, Amazon ou Google qui a lancé son porte-monnaie mobile en septembre 2011. Dans un autre registre, Mo-

venbank déclare être la première banque NFC (technologie sans contact) au monde et fait également son chemin. La traditionnelle journée du 1er avril et son cortège de canulars aura été l'occasion pour son géniteur de confirmer son positionnement mobile après avoir annoncé la création d'une agence classique. Annonce démentie dans la foulée. Avec au passage un buzz garanti. Au-delà de cette anecdote, une étude conduite par ADN'co pour la société Limonetik révèle que les moyens de paiements alternatifs sur Internet pourraient représenter un quart des transactions des paiements en ligne dans l'Hexagone, d'ici 2015, soit un potentiel de 13,8 Mds d'euros.

La multiplication et la diversification des moyens de paiement

De nombreux prétendants au graal...



Source : ADN'co

Autre facteur important, qui vient souligner les changements profonds du domaine des moyens de paiements, la création du statut d'établissement de paiement européen (EP). A ce jour, l'ACP a attribué cet agrément à treize acteurs en France parmi lesquels Aqoba, Afone Paiement ou Slimpay. Ces nouveaux venus ont désormais la possibilité de gérer des moyens de paiements ou traiter des transactions de paiement, un avantage longtemps réservé aux banques et aux établissements de crédit. ADN'co rappelle aussi comment Rentabiliweb a capitalisé sur cette nouvelle donne pour lancer son offre be2Bill destinée aux e-marchands, qui peuvent dès lors faire l'économie de négocier avec leur banque.

En Europe ou en France, le profil des EP peut être assez varié : il peut s'agir d'acteurs financiers ou du transfert d'argent, d'opérateurs telecom, de commerçants, de processeurs, voire d'éditeurs. Leur point commun : séduire une clientèle plus large en matière de services de paiement, en garantissant simplification et sécurisation des transactions et en offrant des services à valeur ajoutée selon les segments visés. Par ailleurs, l'adaptation des offres aux spécificités du téléphone encouragent beaucoup de nouveaux venus, sachant que la majorité des transactions de paiement qui sera réalisée en 2020 le sera via un téléphone nomade. Selon l'Observatoire 2011 d'ADN'co, le grand gagnant de cette effervescence est le consommateur : il aura à sa disposition une kyrielle de solutions de paiement simples et adaptées à chaque situation d'achat tout en répondant à une exigence : où je veux, quand je veux.

Une baisse de 36 % de la commission interbancaire

Dans cet univers foisonnant marqué par une augmentation du nombre d'intervenants, la concurrence fait rage. Par ailleurs, les régulateurs en France, en Europe ou aux Etats-Unis favorisent la transparence sur les tarifs des services financiers et les pratiques du crédit à la consommation. Enfin, comme les Etats-Unis l'ont fait avec l'amendement Durbin sur les cartes de débit, l'autorité de la concurrence française a imposé une baisse moyenne de la commission interbancaire de paiement de 36 % sur les transactions effectuées par cartes bancaires. Cette décision remet du même coup en question le modèle économique traditionnel de ce moyen de paiement. Les prochaines évolutions réglementaires devraient entretenir cette mutation. L'interchange sur le prélèvement européen (SDD) est appelé à disparaître en novembre 2012 pour les transactions transfrontalières et cinq ans plus tard pour la totalité de ce mode de règlement.

Comment se comporte le consommateur dans cet univers ? Il jouit d'un choix, d'un pouvoir et d'une indépendance accrue, accentués par l'avènement du multi-canal bancaire de ces quinze dernières années et par le recours plus récent au processus de co-création. Pour les banques, l'enjeu consiste à inventer de nouveaux modèles alternatifs pour faire face à cette mutation. Tookam prend ainsi son envol comme première banque française totalement adossée au modèle des réseaux sociaux. Les clients de cette structure créée par le Crédit Agricole ont la possibilité d'ouvrir un compte à partir de Facebook ou Twitter et communiquent avec leur conseiller dans ces environnements d'un genre nouveau. De l'autre côté de l'Atlantique, Barclaycard vient d'inaugurer un programme de cartes : Ring. Ses porteurs sont organisés en communautés. Ils accèdent, à l'instar des actionnaires, aux données financières de ce programme. Au final, « *le consommateur va profiter des gains tarifaires générés par l'industrialisation des paiements, la montée en puissance de la concurrence et l'avènement de nouveaux modèles économiques dont ils deviennent des acteurs à part entière* », estime Angelo Caci, directeur chez ADN'co.



ANGELO CACI, DIRECTEUR CHEZ ADN'CO.

« *Le consommateur va profiter des gains tarifaires générés par l'industrialisation des paiements.* »

Pendant ce temps, d'aucuns se sont déjà lancés ou se développent sur des marchés émergents ou de niche, tels le transfert d'argent, terrain sur lequel les banques classiques ont perdu face à des acteurs comme Western Union ou Moneygram.

Parmi les autres créneaux retenus comme tendance forte par l'Observatoire 2011, figurent les offres « responsables », les services aux sous-bancarisés, le PtoP, le paiement mobile sous tous ses formes. Ainsi, on a pu noter en 2011 les initiatives de prêt vert éco-grouper chez Cetelem ou la naissance de prêt d'union, celles de Square (TPE/smartphone dédié aux commerçants « légers »/nomades) aux Etats-Unis suivi par une cohorte d'acteurs tels que iZettle ou mPowa en Europe, la multitude de projets de paiement mobile initiés par des opérateurs de tout bord, ou enfin un projet d'inclusion financière adossé au mobile, fruit du partenariat entre l'opérateur de telecom MTN Ouganda et la fondation Grameen. MasterCard a lancé à son tour une solution de transfert de fonds destinée aux non-bancarisés (marché estimé à plus de 4 Mds de personnes dans le monde).

Tous ces champs nouveaux représentent autant d'aubaines pour les plus innovants ou audacieux.

Enfin, il ne faut pas oublier, au-delà de la satisfaction du besoin client et du business model approprié, certains ingrédients indispensables au succès durable d'une offre de paiement : confiance et sécurité. Les risques de fraude et d'usurpation croissent au même rythme que les technologies nouvelles. De nouvelles formes de cybercriminalité voient ainsi le jour. Il importe dès lors de protéger les consommateurs et les commerçants, domaine pour lequel les banques ont encore une longueur d'avance.

Les initiatives ou propositions en la matière sont légion pour sécuriser les données sensibles et prévenir ou contrer les risques. Les standards PCI-DSS (même s'ils ne représentent pas la panacée comme l'illustrent les déboires récents de Global Payments aux Etats-unis), concourent à cette démarche.

Les consommateurs bénéficient de nouvelles solutions permettant d'améliorer la sécurité des paiements par carte. Cela peut aller jusqu'à des cartes à la sécurité renforcée telle la Display Card de MasterCard (carte de paiement dotée d'un écran et d'un clavier générant un code d'authentification à usage unique). Dans le même ordre d'idée, des services d'alerte toujours plus personnalisés permettent au propriétaire d'une carte de paiement ou à son gestionnaire d'activer ou de désactiver les paramètres d'utilisation.

Pour ADN'co, la sécurité restera une donnée cruciale dans les années à venir. Comme pour les autres registres de l'industrie des paiements qui ont été évoqués plus haut, la réussite passera aussi par une politique de partenariats.

2

STRATÉGIE & ACTUALITÉ

2.1 Actualités des sociétés

Allianz émet une nouvelle obligation catastrophe

Le leader de l'assurance européenne a annoncé avoir émis une nouvelle obligation catastrophes pour renforcer sa couverture contre les risques d'ouragans et de tremblements de terre en Amérique du Nord et dans la région des Caraïbes.

Le courtier Guy Carpenter et Swiss Re market Capital, la filiale de Swiss Re, ont placé avec succès pour le compte du groupe d'assurance Allianz une obligation catastrophes naturelles de 240 M USD. D'une durée de trois ans, cette obligation remplace celle émise dans le cadre du programme Allianz Blue Fin qui arrive à échéance cette année.

Composée de deux tranches de 120 M USD chacune, l'obligation est destinée à couvrir l'assureur contre les risques de tempêtes aux Etats-Unis, au Mexique et aux Caraïbes, ainsi que contre le risque de tremblements de terre aux Etats-Unis et au Canada. Cette nouvelle obligation est émise par le véhicule spécial (Special Purpose Vehicle) Blue Danube, basé aux Bermudes. L'obligation a été largement souscrite puisque le montant des tranches a été réévalué à 120 M d'euros, au lieu des 100 M

USD, prévus initialement. Le placement est réalisé avec un spread (écart) de 6 % et de 10,75 %, au-dessus du taux de rendement des obligations de classe A et B, respectivement.

On rappelle que l'émission d'obligations catastrophes, ou Cat-Bonds, présente plusieurs avantages pour l'assureur. Elle lui permet d'abord de libérer partiellement ses fonds propres, en transférant une partie des risques directement aux marchés financiers. Les Cat-Bonds permettent également à l'assureur de diversifier ses sources de couverture, en palliant l'insuffisance, ou en complétant la capacité proposée sur le marché traditionnel de la réassurance.

MOHAMED FADILI

FFSA/ANIA : un manifeste pour le soutien d'une épargne de long terme

Deux fédérations professionnelles européennes - la FFSA pour la France et ANIA pour l'Italie - ont publié un manifeste commun dans lequel elles expliquent les raisons de soutenir une épargne de long terme en Europe et les moyens pour y parvenir.

Depuis plus d'un an, les marchés français et italien sont confrontés à une sérieuse baisse de régime de l'assurance vie. En France, la collecte brute a chuté de 14 % en 2011, et ce mouvement s'est poursuivi au cours des deux premiers mois de l'année 2012. En Italie, la collecte a enregistré une baisse encore plus marquée de 18 %, et l'évolution des affaires nouvelles au cours des deux premiers mois de l'année laisse à penser que cette tendance devrait se poursuivre en 2012.

Ce n'est donc pas tout à fait un hasard si ce sont les deux fédérations professionnelles française et italienne qui montent au créneau pour la défense de l'épargne longue, dont l'assurance vie est la principale composante. Confrontées au même problème et à défaut de reconquérir totalement la confiance des épargnants, les deux fédérations en appellent directement aux gouvernements européens pour soutenir la constitution et le développement d'une épargne de long terme.

C'est dans ce cadre que les deux fédérations ont organisé conjointement, mercredi 4 avril, une conférence intitulée « Pour une croissance forte en Europe, faire le choix de l'épargne de long terme ». Au cours de cette conférence, a également été publié un manifeste commun, où les deux fédérations invitent les pays européens à « *considérer le long terme comme une priorité économique* » pour sortir de la crise majeure qu'ils traversent. Selon les deux fédérations, soutenir le développement d'une épargne de long terme répond à une double nécessité : celle de protéger les ménages contre les risques liés au vieillissement, et celle de réaliser des investissements pour favoriser la croissance économique.

Dans un contexte de vieillissement de la population, de crise des dettes publiques et de restrictions budgétaires, les régimes publics diminuent progressivement la protection sociale qu'ils proposent et « *imposent de fait aux ménages de recourir à des mécanismes de protection complémentaire* », écrivent les signataires. Parallèlement, l'épargne longue est essentielle pour financer les entreprises et la dette publique puisqu'elle est investie en actions et en obligations d'Etats et d'entreprises.

Pour soutenir et favoriser le développement d'une épargne longue, les deux fédérations appellent les gouvernements européens à entreprendre deux actions complémentaires. Il s'agit, d'une part, de « *s'abstenir de toute aggravation de la taxation de l'assurance vie* », qui constitue le principal vecteur de cette épargne. Plus généralement, le manifeste réclame une politique d'épargne dont l'objectif est de « *renverser la préférence naturelle des ménages pour le présent* ». A cet égard, les deux fédérations estiment que le régime fiscal dont bénéficie l'épargne réglementée est « *sans doute excessif par rapport à l'impératif d'allongement de la durée de l'épargne* ».

D'autre part, les deux fédérations demandent que « *les normes prudentielles et comptables n'entravent pas la capacité des assureurs à investir dans le long terme* ». Or, avec Solvabilité 2, où le niveau des fonds propres devra être proportionné au risque des actifs, « *les charges en capital s'avèrent particulièrement lourdes pour les investissements dans les entreprises et les infrastructures* ».

M.F.I.

Groupe Scor : le P-DG le mieux payé du secteur en 2011

Alors que le bénéfice net du groupe Scor a reculé de 21 % en 2011, la rémunération de son patron a progressé de 20 %. Denis Kessler est, ainsi, devenu le P-DG le mieux rémunéré du secteur financier en France et des grands réassureurs mondiaux. Ce qui ne l'empêche pas d'être partisan d'une politique d'austérité drastique.

Selon le quotidien des affaires L'Agefi, Denis Kessler, P-DG du groupe Scor, s'est vu attribuer, au titre de l'exercice 2011, une rémunération totale de 5,47 M d'euros, en hausse de 20 % par rapport à l'exercice précédent. Dans le même temps, le résultat net du groupe a reculé de 21 % à 330 M d'euros. L'essentiel de cette rémunération provient de la valorisation à l'instant « T » des actions de performance et des stock-options, qui ne seront acquises qu'entre 2013 et 2017. Toutefois, avec 1,2 M d'euros par an, Denis Kessler affiche déjà le salaire fixe le plus élevé des grandes entreprises cotées du secteur financier en France.

A titre de comparaison, cette rémunération est légèrement supérieure à celle promise aux patrons des deux leaders mondiaux du secteur (Munich Re et Swiss Re). Ainsi, alors que le bénéfice net de Swiss Re a triplé en 2011 et que son chiffre d'affaires est deux fois plus important que celui du groupe Scor, Stefan Lippe, son directeur général, ne devrait percevoir que l'équivalent de 5,37 M d'euros.

Le P-DG du groupe Scor est également le patron le mieux payé du secteur financier en France. De plus, la hausse de sa rémunération en 2011 fait figure d'exception dans un paysage où la tendance est plutôt à la baisse. A titre d'exemple, la rémunération d'Henri de Castries, P-DG d'AXA, a reculé de près de 5 % à 4,45 M d'euros en 2011, alors qu'il est à la tête d'un groupe dont la capitalisation boursière est sept fois plus importante que celle du réassureur. C'est aussi le cas de la plupart des patrons de banques (BPCE, Natixis, Société Générale), qui ont vu leur rémunération baisser en 2011.

De manière générale, selon L'Agefi, l'écart de rémunération entre assureurs et banquiers tend à se creuser. Outre des montants supérieurs en

valeur absolue, les premiers ne sont pas obligés de différer une partie de leur bonus et de les recevoir en titres. Les assureurs se singularisent aussi par un recours aux actions de performance et aux options.

Deuxième règle d'or

Avec une telle rémunération, il est logique que le patron le mieux payé du secteur financier se prononce pour une politique d'austérité drastique, visant à réduire les déficits. Dans une interview au Journal du Dimanche (JDD), Denis Kessler estime, en effet, que le problème de la France est sa dette qui représente un an de son PIB, et ses dépenses qui atteignent le record de 56 % de sa richesse nationale. Pour lui, il faut donc entreprendre une politique de « *désendettement* ». Un processus certes douloureux, qui pourrait prendre de cinq à sept ans, mais qui constitue le seul moyen permettant le retour à une croissance durable.

Toutefois, pour résorber ce déficit, la priorité doit être donnée à la réduction des dépenses et non à la hausse des impôts. A cet égard, le patron du groupe Scor préconise que la France adopte une deuxième « règle d'or » selon laquelle, pour réduire le déficit, 70 % devraient provenir de la baisse des impôts et 30 % seulement de la hausse des prélèvements. Autrement dit, pour Denis Kessler, il devrait être impossible à l'Etat de prélever un euro de plus si, dans le même temps, les dépenses publiques ne sont pas réduites de deux euros.

Rappelons qu'avant de prendre la tête du groupe de réassurance, Denis Kessler était vice-président du Medef, le syndicat patronal.

M.F.I.

Obligations catastrophes : un marché en plein essor

Depuis le début de l'année, le marché mondial des obligations catastrophes est en pleine expansion. Une croissance rapide favorisée par la conjonction d'un besoin accru de couverture de la part des émetteurs, et de l'appétit des investisseurs pour ce type de placements.

L'ampleur et la fréquence des événements climatiques, qui ont marqué l'année 2011, ont convaincu les assureurs de la nécessité de renforcer et de diversifier leurs couvertures contre ces risques. Outre le recours à la réassurance traditionnelle, ils ont accéléré le rythme de leurs émissions d'obligations catastrophes ou Cat-Bonds. Ainsi, depuis le début de cette année, treize obligations ont déjà été placées, contre huit au cours de la même période de l'année précédente, et vingt-huit sur l'ensemble de l'année 2011.

Par ailleurs, le montant cumulé des obligations catastrophes depuis janvier dernier s'élève à 2,2 Mds USD, soit une hausse de 69 % par rapport à celui des quatre premiers mois de l'année 2011 (1,3 Md USD). Ce montant représente déjà près de 45 % du volume des émissions réalisées sur toute l'année 2011 (4,9 Mds USD).

Les trois plus importantes émissions depuis le début de l'année 2012 sont réalisées par Hannover Re en janvier (300 M USD), Liberty Mutual en mars (275 M USD) et Allianz, début avril (240 M USD). Celle-ci se présente comme la plus importante obligation de ce type placée par l'assureur allemand, puisque les deux précédentes réalisées en 2010 et 2011 n'atteignaient que des montants respectifs de 150 et 40 M USD.

Cette expansion du marché des Cat-Bonds s'explique à la fois par le besoin des émetteurs (assureurs et réassureurs) de diversi-

fier/compléter leur couverture et par l'appétit grandissant des investisseurs pour ce type de placements. Les premiers trouvent en effet dans les obligations catastrophes un nouveau moyen de transfert de risque. L'alternative est d'autant plus intéressante que les nouvelles obligations concernent des types de risques non encore couverts, à la faveur de la capacité croissante des investisseurs à comprendre et à modéliser financièrement les événements climatiques.

Les investisseurs sont également de plus en plus friands des obligations catastrophes, surtout dans un contexte marqué par une grande volatilité des marchés traditionnels. Le couple rendement-risque proposé par les Cat-Bonds est d'autant plus appréciable que ces titres sont parfaitement « décorrélés » des actions et obligations, actuellement fortement malmenées par la crise. Selon l'indice de performance de Swiss Re, les Cat-Bonds ont généré un rendement de 6,7 % en 2011.

Cela étant, même si, selon certains experts, il est appelé à doubler à l'horizon 2016, le marché des Cat-Bonds est encore limité. Avec 15 Mds USD (dont 80 % aux Etats-Unis et 20 % en Europe), sa taille reste en effet modeste par rapport au marché de la réassurance traditionnelle, dont la capacité est estimée à plus de 300 Mds USD.

M.F.I.

Prêts en devise : l'ACP recadre les pratiques bancaires

L'affaire des prêts immobiliers libellés en devise, notamment en francs suisses a conduit l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) à adopter une nouvelle recommandation visant à renforcer l'information du consommateur sur les risques de change liés à ce type d'opérations.

A compter du 1er octobre 2012, les établissements de crédit et les intermédiaires en opérations de banque devront se conformer aux bonnes pratiques édictées par la recommandation que vient d'adopter le collège de l'ACP concernant les prêts en devise. Cette recommandation intervient à la suite des prêts immobiliers souscrits ou indexés au franc suisse pour des investissements locatifs défiscalisés en France, et produisant des revenus en euro.

C'est dans ce cadre qu'une centaine de personnes ont porté plainte contre Helvet Immo (une filiale de BNP Paribas), estimant avoir été mal informées sur les risques de change liés à ce type de prêts. Avec la crise de l'euro en 2011 et la forte appréciation du franc suisse qui s'en est suivie, ces particuliers ont, en effet, vu leurs mensualités exploser. Certains se sont même retrouvés avec un capital restant dû plus élevé que le capital emprunté à l'origine. « Certains emprunteurs appréhendaient mal le risque de change, et certains établissements bancaires mettaient en avant les avantages de l'opération, comme un taux d'intérêt légèrement plus intéressant, tout en minimisant le risque de change », constate Fabrice Pesin, secrétaire général adjoint de l'ACP, après analyse des documents commerciaux.

C'est pourquoi l'autorité de régulation a été amenée à émettre sa recommandation, qui s'appuie sur quatre principaux axes. Ainsi, la communication à caractère publicitaire ne doit pas sous-estimer le risque de change. « Nous avons consulté des supports commerciaux où l'accent est bien trop mis sur des pseudo avantages, oubliant les risques associés », a relevé

Fabrice Pesin. A l'avenir, les établissements bancaires « devront présenter clairement les avantages et les inconvénients sans sous-estimer le risque de change », a-t-il ajouté.

Le client devra, par ailleurs, se voir remettre un document distinct de tous les autres l'avertissant que le taux de change peut à tout moment évoluer à la hausse comme à la baisse et avoir des conséquences financières importantes sur le coût total de l'emprunt. En particulier, le document devra présenter des simulations chiffrées, détaillant l'impact d'une variation défavorable du taux de change de 10 % à 20 % sur les mensualités et la durée du prêt. Il doit aussi mentionner les différents frais perçus sur des opérations de change. Parallèlement, l'ACP préconise de fournir au client une information annuelle portant sur plusieurs points, tels que le capital restant dû, et de comparer ces différents éléments à ce qu'ils représentaient lors de la signature du prêt. Enfin, les établissements de crédit devront veiller à la formation de leurs conseillers commerciaux afin de s'assurer qu'ils maîtrisent bien des produits pouvant se révéler particulièrement complexes.

Le phénomène des crédits immobiliers libellés en franc suisse n'est certes pas massif, mais il représente quand même un encours de 10 Mds d'euros, soit 1,25 % de l'encours total des crédits immobiliers en France.

M.F.I.

2.2 Résultats des sociétés

Société Générale Insurance : forte amélioration de la rentabilité en 2011

En dépit d'un net fléchissement de l'activité d'épargne, le pôle assurance de la Société générale a fait preuve en 2011 d'une bonne efficacité opérationnelle. Une performance qui a convaincu le groupe bancaire de la pertinence de le maintenir au sein de son périmètre.

Société générale Insurance (SCI), qui regroupe Sogecap (assurances de personnes) et Sogessur (assurances de dommages), a terminé l'exercice 2011 sur un chiffre d'affaires en recul de 9,3 % à 9,26 Mds d'euros. A l'instar des autres acteurs du marché, la filiale du groupe bancaire a pâti du retournement qui a affecté les activités d'épargne. Celles-ci ont en effet généré une collecte en baisse sensible de 22 % à 8,4 Mds d'euros. Toutefois, en dépit de cette chute, l'encours géré est resté quasiment stable (+ 0,6 % à 73,3 Mds d'euros), et la collecte nette est restée positive à environ 100 M d'euros.

Ce tassement des activités d'épargne a été en partie compensé par la bonne tenue des activités de protection. Celles-ci ont, en effet, progressé de 28 % à 520 M d'euros en prévoyance, et de 29 % à 336 M d'euros en dommages. Côté résultats, le Produit net bancaire (PNB) de SGI a progressé de 17 % à 600 M d'euros, bénéficiant à la fois du développement des activités de protection, plus rentables, et des marges dégagées sur l'encours. En outre, grâce à la baisse du coefficient d'exploitation (- 1 point à 39 %), la progression du PNB s'est répercutée sur le résultat net qui a augmenté de 19 % à 259 M d'euros.

Fort de ces performances du pôle, Philippe Perret, son directeur général, a affirmé que SGI avait vocation à rester au sein du groupe bancaire. « *Il n'y a pas de raison objective, ni de plan pour que le groupe change son fusil d'épaule* », a-t-il notamment déclaré. La conjonction des nouvelles normes prudentielles Solvabilité 2 et Bâle 3 et le durcissement qu'elles impliquent en termes de fonds propres ont, en effet, fait naître des spéculations sur une éventuelle cession par les banques de leurs activités d'assurance. Cette stratégie suivie

notamment par le groupe bancaire sino-britannique HSBC, mais ce n'est apparemment pas le cas du groupe Société générale.

A l'avenir, SGI compte poursuivre son développement en s'appuyant sur deux axes complémentaires. En France, la priorité sera donnée aux activités de protection, où le groupe dispose d'un véritable gisement de croissance. Le taux d'équipement des clients de sa maison mère est encore faible (3 % et 8 %, respectivement, en auto et MRH), et son objectif est de « *signer 200 000 contrats par an pour gagner 1 point de taux d'équipement chaque année* », explique Philippe Perret. Son offre a été complétée par le lancement d'un produit santé complémentaire à destination des professionnels, qui sera proposé aux particuliers au cours des prochains mois.

SGI souhaite également se renforcer à l'international, qui a fait preuve d'un bon dynamisme commercial en 2011. Sa contribution au résultat net du groupe a progressé de 36 % à 26 M d'euros (soit plus de 10 % du bénéfice net total), pour un PNB en hausse de 30 % à 65 M d'euros.

SGI est déjà présent dans 16 pays, mais l'accent est mis sur le développement en Russie, où il bénéficie d'une croissance rapide. Grâce au réseau de Rosbank et de sa filiale Rusfinance - toutes deux détenues à hauteur de 82,4 % par le groupe Société Générale - son chiffre d'affaires a quasiment doublé pour atteindre 82 M d'euros (dont 78 M d'euros en prévoyance), contre 46 M d'euros en 2010. Ce qui fait aujourd'hui de SGI le sixième assureur vie sur le marché russe.

M.F.I.

3

MARKETING

3.1 Études Marketing

La « finance responsable » se porte bien

Le site mescoursespourlaplanete.com*, un guide pratique en ligne pour une consommation responsable, a publié une étude sur la finance responsable. Zoom sur les résultats.

Alors que 8 % des Français seulement savent ce qu'est l'ISR, l'Investissement Socialement Responsable, ce dernier est pourtant en plein essor : il est passé de 50,7 Mds d'euros d'encours en 2009, à 68,3 Mds en 2010. Selon Novethic, un centre de recherche spécialisé dans la responsabilité sociale de l'entreprise et l'ISR, cette forte croissance est due à trois facteurs principaux : la conversion de gros fonds à l'ISR, la croissance de l'épargne salariale qui intègre l'ISR et de nouveaux mandats dans ce domaine attribués en gestion déléguée.

Deux types de gestions peuvent lui être attribués : la gestion collective, pour un ensemble de souscripteurs, particuliers et/ou institutionnels, et la gestion dédiée, répondant plutôt aux besoins soit d'une clientèle privée fortunée, soit d'investisseurs institutionnels. La croissante est plus nette pour la gestion collective, puisqu'elle a augmenté de 39 %, représentant ainsi plus de 59 % de ce marché en 2010, soit 40 Mds d'euros, contre 28,2 Mds d'euros pour la gestion dédiée.

L'épargne salariale et solidaire monte en flèche !

S'agissant de l'épargne salariale ISR, elle a presque doublé ! Elle représente 18 % de l'épargne salariale avec des encours approchant les 10 Mds d'euros. Une des raisons importantes de cette forte croissance : une loi qui, depuis le 1er janvier 2010, oblige les entreprises à proposer au moins un fonds solidaire en épargne salariale.

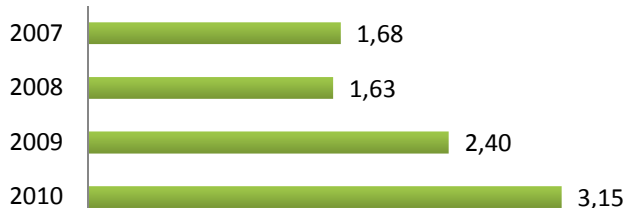
Concernant l'épargne solidaire, dont les activités qu'elle finance ne sont pas cotées en Bourse, elle progresse également de 31 % par rapport à 2009. En 2010, elle s'élève à 3,15 Mds d'euros, selon les données de l'association Finansol, qui fédèrent les financeurs solidaires. La

souscription au capital de financeurs solidaires permet une réduction d'impôt sur le revenu de 22 % du montant de la souscription et une réduction de l'impôt de solidarité sur la fortune de 50 %. Le montant des activités ainsi financées a atteint le 681 M d'euros en 2010, soit 39 % de plus qu'en 2009. L'épargne solidaire a ainsi permis de consolider 34 000 emplois et de loger ou reloger 2 500 familles, contre 2 000 familles en 2009 et 26 000 emplois consolidés cette même année. A l'heure actuelle, il existe plus de 125 placements d'épargne solidaire, labellisés Finansol.

Un désintérêt pour le Livret du Développement Durable

Ce livret a été créé en 1983 pour financer les besoins des petites et moyennes entreprises, avant d'évoluer en 2007, pour servir aux travaux d'économie d'énergie dans les bâtiments anciens. Mais le Livret Développement Durable (LDD) n'obtient pas le succès escompté : en 2009, puis en 2010, il connaît une décollecte importante, passant de 69,2 Mds d'euros à 68 Mds d'euros. En avril 2011, il stagne toujours à 69 Mds d'euros. L'étude conclut que la hausse du taux d'intérêt, passant de 2 % à 2,25 % pourrait lui être favorable.

Encours de l'épargne solidaire en milliards d'euros



Source : Finansol

Selon l'analyse des collectes de 73 associations et fondations de références déterminées par France Générosités et le Cerphi (Centre d'Etude et de Recherche sur la Philanthropie), les dons ont augmenté de 11,8 % en 2010 : la moitié a été perçue par voie de donations, legs et assurance-vie.

Le don, dopé par la technologie

Au titre de leur mécénat, en 2009, 18 313 entreprises ont déclaré un don, 16 % de plus qu'en 2008 et deux fois plus qu'en 2006. 491 Mds d'euros ont ainsi été récoltés, soit 10 % de plus par rapport à l'année précédente.

D'autre part, le micro-don se développe bien notamment grâce aux nouvelles technologies : la carteDON lors des passages en caisses dans les grandes surfaces, l'arrondi solidaire prélevé sur les salaires des employés volontaires, ou encore l'initiative internationale Massivegood qui incite les citoyens à faire un don lors de leur achat de billet d'avion.

MARGAUX DUQUESNE

*<http://www.mescoursespourlaplanete.com/>

4

SYSTEMES D'INFORMATION

4.1 Internet / Multimédia

AXA France dévoile un comparateur de services d'assurance

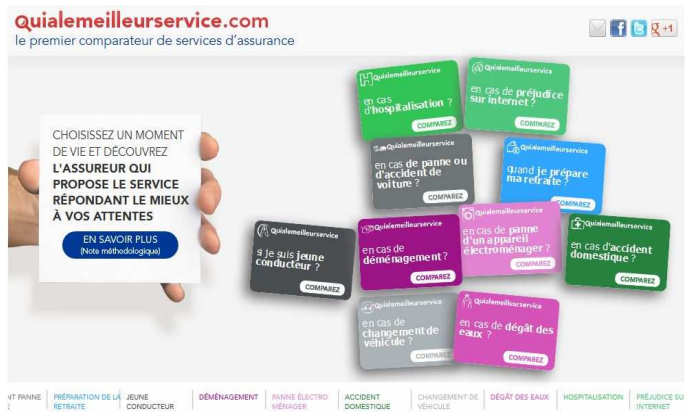
Prenant le contre-pied des comparateurs du marché centrés sur une approche davantage tarifaire, AXA France vient de dévoiler une plate-forme de comparaison de services d'assurance : quialemeilleurservice.com. Cette innovation s'inscrit dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité de service rendue à ses clients : AXA Votre Service.

« Devenir la première société de service en France ». Telle est l'ambition affichée par Nicolas Moreau, président directeur général. Face au défi permanent qu'est la concurrence, cette aspiration sonne comme un pari lourd de bouleversements au quotidien. Aujourd'hui sont posés deux jalons. D'un côté la prise d'engagements concrets et publics (faire preuve de simplicité au quotidien, être à chaque instant à l'écoute, etc.) illustrés de services concrets ; de l'autre la création d'un comparateur de services d'assurance. L'objectif est de créer la transparence sur les prestations proposées par les assureurs dans leurs contrats. D'où le lancement du site quialemeilleurservice.com.

porteurs de risques en termes de chiffres d'affaires sur chaque marché étudié (auto, habitation, etc.) sont mis en concurrence, à partir de leurs contrats-types couvrant le mieux le moment de vie choisi, et au sein de la gamme, la formule la plus complète. Au total, l'analyse porte sur dix moments de vie, 24 acteurs de l'assurance y compris des mutuelles et des bancassureurs ; elle compare 83 types de services, passe en revue 165 critères d'accessibilité et de profondeur avec, au final, 996 services étudiés à travers le panel de concurrents retenu. Pour 3 958 podiums envisageables.

Dévoilé au grand public dès le mercredi 11 avril 2012 avec des spots publicitaires, ce site inédit en France passe au crible les différents services proposés par le marché à travers dix moments-clés de la vie d'un client : dégâts des eaux, déménagement, hospitalisation, etc. Et tient compte des services prioritaires aux yeux de l'internaute dans chacune de ces situations. En fonction de ces éléments, le comparateur génère un podium de trois acteurs proposant les services jugés les meilleurs et classés par ordre de qualité décroissante. Précision de taille, AXA n'arrive pas forcément sur le podium. Toutefois, « nous avons décidé de jouer la carte de la transparence, charge à nous de faire mieux là où nous sommes devancés », indique le P-DG.

Pour produire ces résultats, le comparateur d'AXA s'appuie sur un algorithme paramétrable et une méthodologie objective. « Les services retenus sont ceux ayant été jugés les plus importants par une enquête réalisée par Ipsos en mars 2012 », précise Amélie-Oudéa-Castéra, directrice marketing, Marque et Service chez AXA France. Sur cette base, les douze premiers



Selon Nicolas Moreau, « il s'agit d'un outil de challenge et d'amélioration des services. Il nous permet de faire mieux. Un exemple, grâce à cet outil, nous avons pu constater que nos offres santé manquaient d'une assistance rapidement médical. Un manque désormais corrigé ».

Développé par la Web Factory lilloise (cf. Assurance & Banque Magazine 2.0, n°1) d'AXA France, cette plate-forme a bénéficié d'un investissement de près d'1 M d'euros, tout compris. Evolutive, elle prendra progressi-

vement en compte de nouveaux moments de vie et mettra à jour les évolutions contractuelles des services comparés.

En mettant en place quialemeilleurservice.com, AXA France s'engage clairement dans une logique d'amélioration continue soutenue

d'ailleurs par ses syndicats d'agents généraux. Logique, ces réseaux, en contact permanent et direct avec les clients, sont en première ligne dans la stratégie de qualité de services conduite au sein du groupe.

EMMANUEL MAYEGA

Le Plan Alzheimer des Hauts-de-Seine expérimente une plate-forme téléphonique

En 2010, le département des Hauts-de-Seine se dotait du Plan départemental Alzheimer 92. Aujourd'hui, dans le cadre de ce dernier, ce département expérimente une plate-forme d'appels unique visant à orienter et informer les malades et leurs proches vers les services ou interlocuteurs en adéquation avec leurs demandes.

En 2008, les pouvoirs publics lançaient le Plan national Alzheimer 2008-2012. Le département des Hauts-de-Seine a emboîté le pas à ce dispositif en mettant en place le Plan départemental Alzheimer 92. Dans le cadre de ce dernier et de la mesure 35 du plan national, le département expérimente une plate-forme d'appels unique, opérationnelle 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

L'expérience est menée sur une période de six mois et a été baptisée « Info Alzheimer Hauts-de-Seine ». La plate-forme téléphonique est joignable au 01 41 20 29 29 au tarif d'un appel local. Dix personnes issues d'une entreprise spécialisée dans l'accueil téléphonique assurent son animation. Elles ont pour mission d'orienter malades et proches ou aidants familiaux vers les services départementaux en adéquation avec leurs demandes ou questionnements (professionnels, institutions et associations liés à la pathologie d'Alzheimer). Cette expérimentation pourrait être étendue à l'échelle nationale si son efficacité est avérée. Pour soutenir cette opération, le conseil général des Hauts-de-Seine a obtenu une aide financière de 230 000 euros de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Depuis la mise en place du Plan départemental Alzheimer 92, le conseil général a recensé dans les Hauts-de-Seine 20 000 personnes atteintes par la pathologie, avec une progression de 4 000 nouveaux cas chaque année. Cela lui a également permis d'évaluer le nombre d'aidants familiaux accompagnant ces malades à 40 000 personnes.

Les actions menées par le biais du Plan départemental Alzheimer 92 depuis son lancement en 2010 ont permis de créer des lieux d'accueil de jour (22 pour un total de 185 places). Dorénavant, l'ouverture d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est conditionnée à leur capacité d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (47 unités spécifiques avec 1 288 places pour les patients et 165 places d'hébergement complet de courte durée pour l'accueil temporaire). En outre, dès 2007, les Hauts-de-Seine ont mis en place le Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer (DPMA 92) ou un dispositif d'aide au diagnostic. Pour chaque personne demandant l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile, ce dispositif se met en place. Il s'agit, dans un premier temps, de réaliser une évaluation à domicile de la personne âgée par un test IADL (Instrumental Activities of Daily Living ou test fondé sur des questions relatives aux activités pratiques de la vie quotidienne). La validation de celle-ci est effectuée par concertation médico-sociale et est, ensuite, transmise au médecin traitant. Au 1er avril 2012, plus de 21 000 évaluations ont été réalisées dans le cadre de cette démarche, plus de 1 000 diagnostics de la maladie ont été ainsi posés. En septembre 2011 a été mis en place « Questions de famille », un service en ligne, sur le site du Conseil général. Son objectif est d'apporter des réponses aux questionnements des familles.

FLORENCE PEDRONI

4.2 Logiciels & applications

Le SI, principal facteur de compétitivité des back-offices ?

Une enquête conduite par Linedata auprès de gérants et d'administrateurs de fonds internationaux montre que le système d'information constitue le principal facteur de compétitivité pour les back-offices.

Réalisée auprès de sociétés issues de plus de dix pays et gérant un encours compris entre 5 et 40 Mds USD, l'enquête de Linedata révèle différents enseignements. Grosso modo, les structures interrogées capitalisent sur les systèmes d'information pour se différencier et surtout renforcer leur compétitivité. Plus de 87 % parmi elles considèrent que l'amélioration ou le remplacement de leurs outils existants constituent une priorité. Autre réalité révélée par cette étude, la conquête de nouveaux clients et l'élargissement de la couverture d'actifs gérés sont des moteurs de croissance identifiés par les entreprises interrogées. Près de neuf sur dix parmi elles mettent également en avant la réglementation, la réduction des charges et l'adaptation des processus opérationnels aux exigences des clients comme les principaux enjeux du marché de la gestion de fortunes.

Plus généralement, cette enquête a été l'occasion pour 64 % des gérants et administra-

teurs de fonds sondés de confirmer la nécessité pour les intervenants de ce marché de s'adapter aux nouvelles réglementations en vigueur. Face à l'inflation normative dans différentes régions du monde, ils s'en remettent à l'automatisation des procédures de conformité et aux outils de reporting avancés et globaux. Ils observent de la part de leurs clients une pression tarifaire constante malgré un accroissement induit de leur activité alors qu'ils recherchent des solutions d'optimisation et de réduction des coûts.

Dans cet environnement fortement concurrentiel, Linedata qui a conduit cette enquête, estime que les gestionnaires et administrateurs de fonds doivent s'appuyer sur une approche unique source d'optimisation et de sécurisation de leur croissance. L'éditeur a conclu, en 2011, 56 contrats portant sur ses offres de back-office.

EMMANUEL MAYEGA

SAS et Suadeo unissent leurs forces autour de Solvabilité 2

L'éditeur spécialiste du décisionnel et de la Business Analytics et son alter ego proposant des solutions métiers de pilotage d'activité au monde de l'assurance santé et de la prévoyance ont décidé de conjuguer leurs forces et expertises en vue d'aider les assureurs à faire face aux enjeux réglementaires de Solvabilité 2.

Si les porteurs de risques ont gagné une année du fait du report de l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 au 1er janvier 2014, les besoins restent identiques, tout comme les défis et les enjeux. Afin de les aider à y faire face convenablement, les éditeurs SAS et Suadeo rassemblent leurs forces dans le cadre d'un partenariat dévoilé il y a quelques jours. Au terme de cet accord, le premier va offrir la possibilité au second d'enrichir sa plate-forme métier de pilotage avec une infrastructure technique robuste et des outils permettant de mieux maîtriser les risques.

Pour mémoire, la solution intégrée de Suadeo permet de répondre aux attentes des besoins des professionnels de l'assurance santé et prévoyance. Sa connaissance de cet environnement lui a permis de progicieliser les indicateurs et les analyses métiers. Cette plate-forme propose différentes fonctions : pilotage stratégique de l'activité et des plans d'actions, managérial et opérationnel ; simulation et prévision du business plan, tarification, recouvrement, consolidation budgétaire, acquisition et fidélisation clients, audit et gestion de la fraude. Elle est émaillée d'un référentiel métier global qui couvre l'ensemble des activités d'un porteur de risques. Et est paramétrable grâce à un outil intégré qui permet de l'adapter aux activités spécifiques de l'entreprise utilisatrice. Elle est également assortie d'un moteur de données complet et d'une norme d'échanges avec les systèmes de gestion standard du marché ou des applications propriétaires. Enfin, elle bénéficie de fonctions statistiques intégrées.

Pour les deux acteurs, ce partenariat élargit le champ des possibles du fait de la conjugaison des fonctionnalités statistiques et techniques de l'un avec l'expertise métier de l'autre, le tout au sein d'une plate-forme unique. Pour Christian Lhermite, directeur de la Stratégie du secteur Assurance de SAS France, « *le monde de l'assurance santé et prévoyance dispose désormais au sein de la plate-forme Suadeo d'un environnement permettant d'industrialiser les calculs de risques et la production des QRT mais aussi la capacité de produire les reporting interne et externe de solvabilité 2* ». Et Azzeddine Bendjebbour, directeur associé de Suadeo d'ajouter : « *Notre partenariat va apporter au marché une offre inégalée et permet aux acteurs de l'assurance santé et prévoyance d'aborder les exigences réglementaires d'aujourd'hui et de demain* ».

Du reste, les deux acteurs comptent déjà de multiples références dans le domaine de l'assurance. SAS, qui propose d'ores et déjà une offre Solvabilité 2 couvrant les trois piliers est en train de l'implémenter au sein de la Coface. Quant à Suadeo, le nombre de ses clients dans le monde de la mutualité ne cesse de s'accroître et se compte par dizaines (Unéo, MGefi, etc.). Reste à l'un et à l'autre de montrer leur capacité à séduire ensemble grâce à une force de frappe décuplée du fait de leur synergie.

EMMANUEL MAYEGA

Téléassistance : le Crédit Mutuel Arkéa lance Arkéa Assistance

Le Crédit Mutuel Arkéa lance une nouvelle structure baptisée Arkéa Assistance. Cette filiale propose des services de téléassistance visant à favoriser le maintien à domicile des personnes isolées, handicapées ou âgées.

En février 2011, le Crédit Mutuel Arkéa a souhaité se doter d'une solution de téléassistance. Après une analyse du marché, la banque mutualiste a opté pour la création d'une filiale, Arkéa Assistance. Isabelle Pitard, son directeur général, explique ce choix : « *Nous souhaitons pouvoir proposer à nos clients une solution clé en mains originale, pour nous différencier de la concurrence, conjuguant la téléassistance à domicile et au dehors, et à des tarifs abordables. Après avoir observé le marché, une solution s'est imposée : la création d'Arkéa Assistance, permettant également d'obtenir l'agrément «services à la personne» puisque nous avons une structure exclusivement dédiée à cette activité* ».

Après avoir étudié, les différents systèmes de téléassistance, Arkéa Assistance a décidé de baser sa solution sur un bouton d'alerte (autonomie de cinq ans, portable en bracelet, broche ou collier) relié sans fil à une box raccordée au téléphone. Les capteurs ont été écartés car selon Isabelle Pitard, cette technologie n'est pas encore assez fiable, « *les capteurs anti-chute sont ou trop sensibles ou pas assez. Dans le premier cas, ils déclenchent des alarmes intempestives ; dans le second, la prise en charge peut intervenir trop tardivement. Cependant, nous suivons l'évolution technologique de ces derniers puisque la box que nous avons sélectionnée est évolutive et peut être reliée à des capteurs anti-chute* ».

Pour la réception des appels, Arkéa Assistance a opté pour un partenariat avec Custos, une société rennaise cumulant 30 ans d'expérience à la matière. Le système d'Arkéa Assistance peut également intervenir à l'extérieur. En effet, pour les détenteurs de Smartphones, une application gratuite est disponible. En cas de besoin, elle permet d'avoir recours à la téléassistance par le biais du système de localisation par GPS. Enfin, une boîte à clés sécurisée (blindée et ouverture par un code à quatre chiffres) peut être installée à l'extérieur du domicile. Sa fonction est de faciliter l'accès au domicile des personnes autorisées (proches, enfants, services de secours, aide ménagère, etc.).

La tarification du dispositif de téléassistance est de 49 euros pour l'installation de l'équipement auxquels il faut ajouter un abonnement mensuel de 24,90 euros pour une personne seule et de 27,90 euros pour deux. Le coût et l'installation

de la boîte à clés sécurisée est de 49 euros. La prestation est réalisée sans condition d'engagement autre que le mois en cours.

La commercialisation du dispositif de téléassistance d'Arkéa Assistance est assurée par son site Internet www.arkaassistance.fr et par les conseillers financiers des Crédit Mutuel de Bretagne, du Sud Ouest et du Massif Central, ainsi que par le réseau BPE (Banque Privée Européenne). Une formation a été mise en place pour les conseillers afin de les sensibiliser notamment aux effets des maladies d'Alzheimer et apparentées. En effet, le système de téléassistance peut être difficile à utiliser pour une personne atteinte de cette pathologie (particulièrement à un stade avancé) pouvant oublier de porter le bouton d'alerte ou même de le déclencher. Néanmoins, certaines familles souhaitent acquérir cet équipement pour leurs proches malades ; les conseillers recommandent alors une souscription à titre expérimental (pas de conditions d'engagement).



Le dispositif de téléassistance est

ISABELLE PITARD, DIRECTEUR GENERAL, CREDIT MUTUEL ARKEA

« *1 100 abonnements ont été souscrits en cinq semaines d'activité,* »

commercialisé depuis le début de mars 2012. Sans en dévoiler les objectifs en termes de vente, « *1 100 abonnements ont été souscrits en cinq semaines d'activité* », selon Isabelle Pitard.

Lors de la phase d'analyse donnant naissance à Arkéa Assistance, un fait récurrent est remonté : les personnes âgées sont souvent exposées à l'isolement. Pour répondre au besoin de contact humain, l'entreprise a noué un partenariat avec l'association Au bout du fil. Cette dernière a vu le jour en 2007, suite à la catastrophe sanitaire imputable à la canicule de 2003 (19 500 victimes dans leur grande majorité âgées), elle est composée de 120 bénévoles appelant régulièrement 800 bénéficiaires. Pour les clients d'Arkéa Assistance qui en expriment le besoin, un accès au service d'appels de convivialité est mis en place. L'appelant est alors pris en charge par un des bénévoles pour 10 à 15 minutes de conversation chaque semaine.

FLORENCE PEDRONI

5

DISTRIBUTION

5.1 Les acteurs traditionnels

Courtiers grossistes : plaidoyer contre les clauses de désignation

Les courtiers grossistes n'arrivent toujours pas à « digérer » les clauses de désignation et, surtout, de migration. Dans un manifeste publié la semaine dernière, ils appellent à dénoncer un dispositif qui, à leurs yeux, fausse la concurrence sur le marché de la prévoyance collective.

Pendant longtemps, le marché de la prévoyance collective s'est organisé autour de clauses simples permettant aux entreprises de conserver les régimes qu'elles avaient négociés, à condition que lesdits régimes garantissent des couvertures équivalentes ou supérieures à celles mises en place dans le cadre d'un accord de branche.

Cet équilibre a été rompu avec l'introduction des clauses de désignation et, surtout, de migration, dont l'objectif est de permettre à l'ensemble des salariés relevant de la même branche de bénéficier de garanties identiques en matière de prévoyance, de frais de soins et de retraite complémentaire. De ce fait, leur insertion dans les accords collectifs de branches oblige les entreprises à résilier leur contrat pour rejoindre l'organisme d'assurance désigné, quand bien même elles souhaiteraient conserver leur contrat d'origine.

On comprend dès lors que, depuis leur apparition, ces clauses ont suscité une grande préoccupation des acteurs de l'assurance et notamment des intermédiaires, qui constataient leur éviction de fait des marchés concernés. En particulier, les courtiers se sont inquiétés des conséquences sur leur activité d'un dispositif qui oblige les entreprises d'un secteur à rejoindre le régime négocié par les partenaires sociaux pour leur branche, et de ce fait, remettait en cause le principe même de la concurrence. Leur inquiétude est d'autant plus grande que ces clauses n'ont cessé de prendre de l'ampleur depuis leur apparition.

C'est pourquoi les courtiers ont multiplié les recours aussi bien en France qu'au niveau euro-

péen. Toutefois, les juridictions saisies - notamment la Cour européenne de justice (CEJ) dans un arrêté rendu le 3 mars 2011 - ont admis la soustraction de ces accords au droit de la concurrence, au regard d'objectifs de politiques sociales et de mutualisation des risques.

Les courtiers grossistes continuent cependant de se battre et appellent à une mobilisation contre ces clauses. « Si, comme les courtiers grossistes membres du Syndicat 10, vous pensez que la pratique des clauses de désignation - et surtout de migration - dans le cadre des accords de branche cause un désordre en termes de concurrence sur le marché de l'assurance collective...rejoignez l'Apac ». Tel est en substance, le message du manifeste que le Syndicat 10, qui réunit les dix principaux courtiers grossistes, a adressé la semaine dernière à ses courtiers partenaires afin qu'ils adhèrent et invitent leurs clients entreprises à adhérer à l'Association pour la promotion de l'assurance collective (Apac). Le manifeste met en garde contre la tentation des organismes désignés de vouloir couvrir, via des opérations de ventes croisées, tous les besoins des entreprises, avec à la clé un abus de position dominante.

Sans remettre en cause l'intérêt de définir un cadre minimal de garanties applicables à la branche, les courtiers grossistes plaident pour que chaque entreprise de la branche puisse avoir la liberté de choisir l'organisme avec lequel elle veut travailler.

MOHAMED FADILI

6

CONJONCTURE ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

6.1 Santé

La Société Générale cible les professionnels avec sa nouvelle complémentaire santé

Dans le cadre de la loi Madelin, la Société Générale complète son dispositif prévoyance et retraite dédié aux professionnels en lançant une complémentaire santé. Elle est composée de quatre formules et de deux renforts en optique et dentaire.

Dans le cadre de la loi Madelin et en complément de son dispositif prévoyance et retraite, la Société Générale propose aux professionnels (artisans, commerçants, professions libérales ou gérants majoritaires de société) une complémentaire santé, assurée par Sogécap, sa filiale d'assurance vie. L'offre se décompose en quatre formules qui peuvent être complétées par deux renforts en optique et dentaire.

La formule 1 prend en charge les postes de soins de ville, d'hospitalisation et de frais dentaires, hors dépassements d'honoraires. La formule 2 reprend les garanties précédentes et y ajoute la prise en charge d'une partie des dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation et les frais d'optique (jusqu'à 100 euros pour les lunettes et les lentilles). La formule 3 couvre les mêmes postes de dépenses et prend en charge les dépassements d'honoraires jusqu'à deux fois la base du régime obligatoire pour les soins de ville ; pour l'hospitalisation (jusqu'à trois fois), ce poste est complété par un forfait de 60 euros par jour pour une chambre particulière ; les dépassements d'honoraires pour les soins dentaires (jusqu'à deux fois) et un forfait supplémentaire de 200 euros pour l'implantologie ; les frais d'optique plafonnés à 350 euros pour les lunettes et les lentilles ; un poste soins de confort (jusqu'à 100 euros) a été ajouté pour l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie, etc. La dernière formule, composée de toutes les garanties de la formule 3, couvre de manière plus conséquente les dépassements d'honoraires (par exemple, jusqu'à trois fois la base du régime obligatoire pour les soins de ville) et les frais dentaires et optiques (par exemple, un forfait de 400 euros pour l'implantologie).

Les quatre formules peuvent être enrichies par deux renforts. Le premier concerne les frais d'optiques et permet de bénéficier d'un forfait supplémentaire de 100 euros pour les lunettes ou les lentilles. Le second touche aux soins dentaires et prothèses et met à la disposition de l'assuré un forfait de 100 euros.

La fidélité est récompensée par le biais d'un bonus de 50 euros supplémentaires sur les soins optiques et dentaires, à partir de la troisième année d'adhésion consécutive (accessible pour les formules de 2 à 4).

La complémentaire santé de la Société Générale donne également accès à des prestations d'assistance pensées pour les professionnels : en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, l'assuré peut être mis en relation avec une agence d'intérim proche de son activité pour l'aide à la recherche d'un remplaçant ; après un séjour hospitalier, deux aller-retour en taxi sont disponibles pour effectuer un déplacement à l'entreprise ou à un rendez-vous professionnel ; cinq entretiens téléphoniques pour lutter contre le stress sont accessibles, etc.

Exemples de tarifs pour un jeune créateur de 30 ans, habitant à Paris : sa cotisation mensuelle est de 16 euros pour la formule 1, 25,70 euros pour la formule 2, 49,69 euros pour la formule 3 et pour la dernière 86,69 euros.

FLORENCE PEDRONI

Assurance maladie : net ralentissement du déficit en 2011

Pour 2011, le déficit de la branche maladie du régime général a été non seulement inférieur aux prévisions, mais en diminution sensible par rapport à 2010. La tendance pour l'année en cours dépend pour l'essentiel de l'évolution de la masse salariale et dont de l'emploi.

Dans un entretien accordé au quotidien économique Les Echos, Frédéric van Roekeghem, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), a indiqué que le déficit de la branche maladie a été ramené à 8,6 Mds d'euros en 2011. Soit une amélioration de 3 Mds d'euros par rapport à celui affiché en 2010 (11,6 Mds d'euros), et de 900 M d'euros par rapport aux prévisions. Outre une maîtrise accrue des frais de fonctionnement, Frédéric van Roekeghem attribue ce net ralentissement au contexte de crise qui a imposé aux Pouvoirs publics une augmentation des ressources (hausse des prélèvements), doublée d'une moindre progression des dépenses.

Dans le détail, la Cnam a réalisé en 2011 une économie de 165 M d'euros sur ses frais de gestion qui ne représentent plus que 3,6 % des prestations, contre 5,5 % en 2000. Cette amélioration de la compétitivité s'explique par l'effet combiné d'une réduction des effectifs, dont le nombre est tombé à 72 000, contre 85 000 en 2003, et d'une dématérialisation accrue des opérations. Parallèlement, les dépenses de prestations ont été moins importantes que prévu, à hauteur de 300 M d'euros, tandis que les recettes notamment de CSG ont été un peu meilleures que ce qui était programmé, pour 275 M d'euros.

S'agissant de l'année en cours, le directeur de la Cnam considère que l'amélioration constatée en 2011 permet de consolider la prévision du gouvernement de limiter le déficit de l'Assurance maladie à 5,9 Mds d'euros. Il estime, toutefois, « *qu'il est trop tôt de se prononcer sur l'année 2012, dont le déficit dépendra de l'évolution de la masse salariale sur laquelle sont assises les cotisations sociales et la CSG* ». En revanche, s'agissant des dépenses, « *l'objectif devrait a priori être de nouveau respecté* », ajoute-t-il.

Interrogé sur la viabilité d'une stratégie visant une limitation progressive des dépenses, Frédé-

ric van Roekeghem a indiqué qu'un tel pilotage a prouvé son efficacité puisque le déficit sera en 2012 inférieur de moitié à ce qu'il était en 2004, alors que la crise 2008-2009 a été sans précédent. Par conséquent, « *la situation n'est pas aussi dramatique qu'on pourrait le croire. L'équilibre est à notre portée, sans se lancer dans des réformes brutales, comme certains le préconisent* », a-t-il notamment déclaré. Le directeur de la Cnam fait sans doute allusion à la proposition de la présidente du Medef d'instaurer « *une règle d'or* » (décidément, c'est devenu à la mode) propre à l'assurance maladie « *afin d'organiser la réduction de son déficit* ». Il répond également au cabinet de conseil Jalma, qui prévoit, si rien n'est fait, une explosion du déficit de l'assurance maladie à 20 Mds d'euros d'ici à 2020, en raison notamment de la dérive des affections de longue durée (ALD), prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Pour éviter une telle perspective, le cabinet préconise une limitation des entrées en régime des ALD, le désengagement total de la Sécurité sociale du dentaire et de l'optique, le déremboursement intégral des médicaments à 35 %, ainsi que la fin de la prise en charge des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail.

Ni l'une, ni l'autre de ces réformes n'est cependant retenue par les candidats favoris à l'élection présidentielle, dont les programmes sont étonnamment proches. Le président-candidat promet de limiter la hausse des dépenses à 2,5 %, et le représentant du parti socialiste à 3 %. Ce qui fait dire au directeur de la Cnam « *qu'il y a clairement un consensus sur la nécessité de maîtriser la dépense de santé et de maintenir un haut niveau de protection sociale* ».

MOHAMED FADILI

Les cas de démence multipliés par trois d'ici à 2050 dans le monde

Le rapport, *Dementia : A public Health Priority*, publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime aujourd'hui que 35,6 millions de personnes à travers le monde souffrent de démence. Elles pourraient être 65,7 millions en 2030 et 115,4 millions en 2050. La maladie d'Alzheimer et ses apparentées seraient à l'origine d'une grande majorité de cas.

Selon le rapport publié par l'OMS, les cas de démence pourraient doubler d'ici 2030 et tripler d'ici 2050 avec respectivement 65,7 millions de personnes atteintes dans le monde et 115,4 millions. Les vecteurs participants à cet accroissement viennent pour leur grande majorité du vieillissement de la population et donc de la maladie d'Alzheimer (jusqu'à 70 % des cas) et des ses apparentées.

Le rapport estime aujourd'hui que 35,6 millions de personnes dans le monde présentent des cas de démence. Il souligne également que tous les pays sont concernés : 58 % des personnes touchées habitent dans un pays à revenu faible ou intermédiaire, une part pouvant passer à 70 % d'ici 2050. Les traitements et soins apportés à ces malades dans le monde sont très coûteux. Ils comprennent les soins de santé et l'assistance sociale auxquels on peut ajouter également la réduction ou la perte de revenus pour les malades et les soignants, soit un total de 461 Mds d'euros par an, selon l'OMS.

Dans son rapport, cette organisation a répertorié huit pays disposant d'un programme national de lutte contre la démence. Elle invite les autres à faire de ce combat une priorité nationale. Pour l'OMS, le diagnostic précoce fait partie des solutions. Elle invite les pays à améliorer la formation de leur personnel de santé

sur la problématique et de sensibiliser le grand public au sujet. Elle recommande la mise en place de programmes orientés vers la réduction de la stigmatisation et la fourniture de soins de meilleure qualité. L'organisation juge même que les pays à revenus élevés ont des difficultés de diagnostic puisqu'entre un cinquième et la moitié des cas de démence y sont détectés par les services de santé.

Le rapport de l'OMS porte également son attention sur les aidants familiaux. A l'échelle mondiale, la plupart des personnes atteintes de démence sont aidées par un proche (épouses, enfants, autres proches). S'occuper de ce type de malades a une influence négative sur les aidants familiaux qui présentent très souvent des troubles mentaux (dépression, anxiété), doublés d'une mauvaise santé physique. A ces difficultés, le rapport ajoute leur situation économique. Elle peut être précaire du fait d'avoir cessé le travail, voire réduit le temps de ce dernier pour s'occuper de l'aidé. L'OMS préconise de prendre en compte les aidants familiaux dans les programmes de lutte contre la démence.

FLORENCE PEDRONI

Santé : les programmes des candidats à l'élection présidentielle convainquent peu de Français

Le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) vient de publier les résultats d'un sondage* portant sur la position des Français face à certains sujets de santé qui ont été au cœur de l'actualité (dépassements d'honoraires, déserts médicaux). L'enquête s'est également penchée sur leur perception des programmes des candidats à l'élection présidentielle et à leur influence sur leurs choix électoraux.

Le Ciss vient de publier les résultats d'un sondage qui fait le point sur les attentes des Français en matière de dépassements d'honoraires, de déserts médicaux, etc. Il s'est également intéressé à la perception que les Français ont des programmes des candidats à l'élection présidentielle et à leur influence sur leurs choix électoraux. Résultats.

Concernant les dépassements d'honoraires, les personnes interrogées avaient le choix entre trois options : 52 % se sont prononcés pour un encadrement de ceux-ci, 35 % pour une interdiction et 12 % pour une liberté tarifaire des médecins en secteur 2. En ce qui concerne l'encadrement, il est particulièrement réclamé par les jeunes (63 % des 18-24 ans), les CSP+ (58 %) et les habitants de la région parisienne (57 %). L'interdiction des dépassements d'honoraires est plébiscitée par la région Est (44 %) et les 50-64 ans (40 %). La liberté tarifaire réunit 19 % des 18-24 ans et 17 % des personnes vivant en Ile-de-France.

La lutte contre les déserts médicaux passe pour 58 % des sondés (dont 61 % de CSP+) par un encadrement de l'installation des médecins, contre 36 % (dont 46 % des 18-24 ans et 44 % des habitants de la région parisienne) se prononçant pour une politique d'incitation par des aides publiques.

Le financement de la Sécurité sociale divise toujours les Français. Le questionnaire soumis aux enquêtes laissait le choix entre trois possibilités. 33 % ont opté pour une augmentation des cotisations, 22 % pour une diminution de remboursements « même si cela conduit à ne plus prendre en charge certains soins » et, en-

fin, 20 % pour une progression des tarifs des complémentaires santé afin de faire face à l'augmentation des soins remboursés. L'augmentation des cotisations est préférée par les 18-24 ans (48 %), les 25-34 ans (42 %) et les CSP+ (37 %). La diminution des remboursements est plutôt le fait des habitants des communes rurales (27 %). Quant à la progression des cotisations des complémentaires santé, 25 % des ouvriers se sont prononcés pour une telle mesure. Il est à noter que 25 % des personnes interrogées n'ont choisi aucune de ces trois options.

Enfin, une question portait sur la lutte contre la fraude sociale. 67 % des sondés estiment que son renforcement permettrait en grande partie (47 %) ou totalement (20 %) de résorber le déficit de l'Assurance maladie.

Si les Français se montrent sensibles aux questions de santé, les programmes des candidats à l'élection présidentielle en la matière ne les convainquent pas. 14 % des personnes interrogées les ont jugés « assez pertinents », 23 % « peu pertinents » et 21 % « pas pertinents » du tout. Ils sont aussi 42 % à ne pas les connaître. Néanmoins, 32 % des sondés déclarent que les propositions des candidats pourraient influencer leur vote, contre 49 % de non-influencés.

F.P.I.

*Le sondage a été mené par Viavoice auprès de 1 010 personnes interrogées par téléphone, les 29 et 30 mars 2012.

6.2 Épargne / Retraite / Prévoyance

BNP Paribas Cardif lance un contrat d'assurance vie diversifié

BNP Paribas Cardif lance Cardif Multiplus Perspective, un contrat d'assurance vie diversifié. Il s'adresse aux clients souhaitant valoriser leur capital ou ayant un projet s'inscrivant dans la durée, par exemple, les études des enfants ou la préparation à la retraite.

BNP Paribas Cardif propose à ses partenaires conseillers en gestion de patrimoine indépendants (CGPI), le nouveau contrat d'assurance diversifié Cardif Multiplus Perspective. Deux perspectives s'offrent au souscripteur : la valorisation de capital ou la préparation d'un projet de vie (préparation à la retraite, transmission, études des enfants, etc.).

Cardif Multiplus Perspective est composé d'un fonds diversifié et d'unités de compte. A la souscription, l'assuré définit lui-même le terme de son contrat (entre huit et trente ans) et peut choisir d'investir son épargne uniquement sur le fonds diversifié. La gestion de ce dernier est assurée par BNP Paribas Cardif. Au bout de la quatrième année de détention, le client bénéficie d'un bonus de fidélité, une partie des plus-values réalisées par le fonds diversifié lui est versée. En outre, il peut demander des rachats partiels ou des avances. Enfin, une garantie

décès a été incluse au contrat permettant de verser aux bénéficiaires désignés au minimum le capital investi, en cas de décès du souscripteur.

Le ticket d'entrée du contrat est de 25 000 euros. L'assuré peut réaliser des versements complémentaires libres ou programmés à hauteur minimum de 1 500 euros par an (mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels).

Pour faire face à la chute de la collecte de l'assurance vie, BNP Paribas s'oriente vers les fonds diversifiés. Le groupe bancaire a notamment lancé, en novembre 2010, BNP Paribas Avenir Retraite. Aujourd'hui, ce contrat recense plus de 58 000 souscriptions.

F.P.I.

Parcours de santé des personnes âgées : installation d'un comité national de pilotage visant à améliorer la prise en charge

Trois ministères viennent d'annoncer la création d'un comité national de pilotage sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Parmi ses objectifs : réunir tous les acteurs impliqués (ARS, collectivités, professionnels de santé,...) afin de mettre en œuvre les recommandations du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

Les ministres Xavier Bertrand (Travail, Emploi et Santé), Valérie Pécresse (Budget, Comptes publics et Réforme de l'Etat) et Roselyne Bachelot-Narquin ont annoncé la mise en place d'un comité national de pilotage sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Deux objectifs majeurs lui ont été assignés : mettre en place des projets pilotes visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées et fédérer les différents acteurs de la vie publique œuvrant en la matière (agences régionales de santé, fédérations représentatives des secteurs sanitaire, médico-social et social, etc.). Dominique Libault, conseiller d'Etat, en assume la présidence.

Le rapport de l'HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie » du 23 juin 2011 avait mis à jour une insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales et estimaient les journées d'hospitalisation trop nombreuses, dans le cadre des soins apportés à la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Ces dysfonctionnements pour l'HCAAM ont deux impacts : une prise en charge défectueuse et un surcoût évalué à 2 Mds d'euros par an. Il avait donc recommandé la mise en place de projets-pilotes visant à coordonner trois grands champs de la solidarité : la protection de la santé, l'accompagnement de la perte d'autonomie et la couverture d'autres besoins de vie.

Ce comité dispose d'un délai de cinq années pour déterminer les modalités d'une prise en

charge de qualité pour les personnes âgées. Sur la période, il pourra expérimenter certains dispositifs à travers des projets-pilotes. Les premiers devraient voir le jour dès 2012. Une opération qui ressemble beaucoup à l'installation d'un premier comité à la mi-février 2012. A cette période se mettait en route un comité de coordination avec l'objectif de renforcer la politique de prévention de la perte d'autonomie. Avant son installation, des travaux avaient été menés par deux experts qui notaient un manque de coordination entre les acteurs opérant dans le domaine de la prévention de la dépendance alors que la France y consacre un budget de 1 Md d'euros. Les objectifs de ce comité étaient de mener des actions cohérentes et coordonnées autour de priorités partagées.

Si à la fin de l'été 2011, le dernier grand chantier du quinquennat de Nicolas Sarkozy, la réforme de la dépendance, a été reporté sine die pour cause de crise économique, certaines voix laissaient entendre la possibilité d'intervenir sur la problématique à la marge, sans faire appel aux dépenses publiques. Cela passerait par une réorganisation du secteur en améliorant la coordination autour de la personne âgée. Ce nouveau comité national de pilotage semble s'inscrire dans ce cadre.

F.P.I.

Rendement des contrats d'assurance vie : Bercy met fin à la polémique

Le ministère des Finances vient de publier un rescrit qui devrait mettre fin à la polémique suscitée par les modalités d'application de l'augmentation de 1,2 point du taux du prélèvement social.

Dans le cadre du plan d'austérité, la deuxième loi de Finances rectificative pour 2011 a augmenté le taux du prélèvement social applicable aux intérêts générés par les contrats d'assurance vie « pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée, à compter du 1er octobre 2011 ». Ce taux est ainsi passé de 2,2 % à 3,4 %, soit une hausse de 1,2 point qui porte le taux global de prélèvements sociaux de 12,3 % à 13,5 %.

Il s'en est suivi une grande confusion sur le choix du taux à appliquer aux rendements générés au titre de l'exercice 2011. Certains assureurs ont appliqué le taux uniforme de 13,5 % sur la totalité des revenus servis pour l'an dernier. D'autres ont distingué les deux périodes, en appliquant le taux de 12,3 % du 1er janvier au 30 septembre, et celui de 13,5 % à partir du 1er octobre. Pour mettre fin à cette confusion et remettre de l'ordre, l'administration fiscale vient de publier un rescrit. Bercy rappelle d'abord que le taux de 3,4 % s'applique aux produits exonérés d'impôt sur le revenu ou

soumis aux prélèvements sociaux « au fil de l'eau », à l'instar des contrats d'assurance vie en euros pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter du 1er octobre 2011.

En conséquence, le taux global de prélèvements sociaux de 12,3 % s'applique à la part des produits acquise et, le cas échéant, constatée du 1er janvier au 30 septembre 2011, et le taux global de 13,5 %, à la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée du 1er octobre au 31 décembre 2011. Pour déterminer la date à laquelle les produits sont acquis et, par suite, la part des dits produits acquise à compter du 1er octobre 2011, donc soumise au taux global de 13,5 %, « il convient de se reporter aux clauses du contrat concerné », est-il écrit dans le rescrit.

MOHAMED FADILI

Une majorité de Français veut vieillir à domicile

L'Observatoire de l'intérêt général a publié les résultats d'un sondage* portant sur le regard des Français et le vieillissement à domicile. Leur volonté est sans appel puisque 90 % des personnes interrogées souhaitent vieillir chez elles, même si la perte d'autonomie s'installe.

La volonté des Français de rester dans leur domicile même avec l'arrivée de la perte d'autonomie s'est affirmée tout au long des débats qui ont eu lieu dans le cadre de la réforme de la dépendance en 2011. Un sondage publié par l'Observatoire de l'intérêt général révèle que 90 % des Français préfèrent aménager leur domicile plutôt que d'intégrer une maison de retraite, contre 9 % souhaitant se diriger vers un établissement spécialisé.

Parmi les 90 % préférant rester à leur domicile, 49 % espèrent bénéficier d'aides publiques pour faire face aux coûts d'aménagement de leur logement ; 45 % jugent que leurs propres ressources suffiront ; 6 % demanderaient l'aide financière de leurs proches. Parmi les 9 % se prononçant pour un placement dans un établissement spécialisé, 69 % des enquêtés déclarent qu'ils sont incapables de faire face à la dépense.

Selon 90 % des personnes interrogées, l'aménagement des logements est une des solutions pour lutter contre les problèmes de dépendance.

Le coût d'adaptation du logement a été estimé au minimum à 4 280 euros, contre 2 200 euros mensuels pour une maison de retraite.

L'aménagement est donc source d'économie pour les finances de l'Etat. Muriel Boulmier, auteur du rapport « Bien vieillir à domicile : enjeux d'habitats, enjeux de territoire » et présidente du groupe de travail Évolutions démographiques et vieillissement, du Comité européen de coordination de l'habitat social, se prononce pour un réaménagement des aides publiques et du dispositif fiscal, à dépense budgétaire constante. « *Souvent inabordable pour une personne seule, le maintien à domicile peut se révéler une manne d'économies pour la dépense publique. Si la prise de conscience collective naissante s'accompagne d'une mutualisation des moyens publics (santé, logement, cohésion sociale), l'économie réalisable pour la dépense publique apparaîtra clairement. En effet, bien que majoritairement propriétaires, les personnes âgées n'ont pas pour autant les moyens d'assumer cette dépense, ou son reste à payer, aides publiques déduites* », observe Muriel Boulmier.

FLORENCE PEDRONI

*Le sondage a été réalisé par OpinionWay auprès de 1 006 personnes, du 22 au 23 mars 2012.

CAPA Conseil est une marque d'INSERVIO

Depuis plus de 50 ans, CAPA Conseil, aide les acteurs du secteur financier à appréhender, anticiper les évolutions de marchés et les nouveaux enjeux.

Une expertise reconnue

CAPA Conseil est un partenaire reconnu pour : son analyse indépendante et objective de l'actualité, pour la mise en perspectives des données pertinentes, le repérage des innovations et des évolutions clés de l'assurance et de l'épargne.

Des publications opérationnelles

CAPA Conseil, c'est une production de publications thématiques pour vous aider dans vos prises de décisions stratégiques, accroître votre performance et contribuer au développement de votre innovation.

Six domaines d'intervention : Stratégie, Marketing, Distribution, Système d'information, Conjoncture économique et sociale

Nos clients

De nombreuses sociétés nous font confiance : sociétés d'assurances, Mutuelles Sans Intermédiaires (MSI), Banques, Caisses de Retraite, Institutions de Prévoyance, Cabinets de Conseil...

Dernières publications

Panorama « Vie et Retraite » : L'actualité du marché de l'assurance vie et de la retraite au cours du 2nd semestre 2011

Point de Vue « Sécurité » : La sécurité à l'heure du numérique

Panorama « Santé et Prévoyance » : L'actualité du marché de l'assurance santé et de la prévoyance au cours du 2nd semestre 2011

Point de Vue « Dépendance » : La dépendance à la recherche de soutiens

Point de Vue « Gestion de sinistres » : La gestion de sinistres: une nouvelle arme de fidélisation ?

CAPA Conseil

Carré Haussmann 22-28 rue Joubert - 75009 Paris
Tél : 01.73.77.54.51 - Fax : 01.77.69.54.60

E-mail : capa@capaweb.com - www.capaweb.com

Président et Directeur de la publication :

Nacer MECHRI - n.mechri@capaweb.com

Rédacteur en chef:

Emmanuel MAYEGA - e.mayega@capaweb.com

Equipe rédactionnelle :

Yaël BOUVIER - y.bouvier@capaweb.com

Margaux DUQUESNE - m.duquesne@capaweb.com

Mohamed FADILI - m.fadili@capaweb.com

Florence PEDRONI - f.pedroni@capaweb.com

Karine TOUYA - k.touya@capaweb.com

Contact commercial :

Karine Touya

k.touya@capaweb.com - 01.73.77.54.64



S'abonner au CAPA Hebdo

Un an (45 numéros) - 269,10 € TTC

Retourner ce document à CAPA Conseil :

Carré Haussmann 22-28, Rue Joubert, 75009 Paris
ou le faxer au 01 73 77 54 64

- Règlement par chèque bancaire ci-joint à l'ordre de CAPA Conseil
- Virement bancaire : Société Générale Niort
30003 01520 00025712161 92
- A réception de facture

Nom :Prénom :

Fonction :

Société :

Secteur d'activité :

Email :

Tél :Fax :

Adresse :

.....

Code Postal Ville

Date..... Signature