

Risques

Les cahiers de l'assurance

Développement de la science et risque

- ◆ Philippe Kourilsky

Protection sociale, innovation, croissance

- ◆ Didier Bazzocchi
- ◆ Marianne Binst
- ◆ Christine Chevallier
- ◆ Éric Demolli
- ◆ François Ecalte
- ◆ Mathias Matallah
- ◆ Anthony Miloudi
- ◆ Jacques Pelletan
- ◆ Rova Rakotoarson
- ◆ Alain Villemeur

Les ressources humaines dans l'assurance, préparer 2020

- ◆ Dominique J. Cufi
- ◆ Raphaël Czuwak
- ◆ François Ewald
- ◆ Norbert Girard
- ◆ Jérôme Kullmann
- ◆ Régis de Larouillère
- ◆ Éric Lombard
- ◆ Sébastien Musset
- ◆ Gustave Peltzer

Études et livres

- ◆ François-Xavier Albouy
- ◆ Sarah Belinguier-Raiz
- ◆ Jean-Hervé Lorenzi
- ◆ Pierre Martin
- ◆ André Masson
- ◆ Carlos Pardo
- ◆ Hélène Xuan
- ◆ Daniel Zajdenweber



C omité éditorial



Jean-Hervé Lorenzi

Directeur de la rédaction

François-Xavier Albouy et Charlotte Dennerly

Société

Pierre Bollon et Pierre-Charles Pradier

Études et livres

Gilles Bénéplanc et Daniel Zajdenweber

Risques et solutions

Arnaud Chneiweiss et Philippe Trainar

Analyses et débats

Jean-François Lequoy

Arielle Texier

Marie-Dominique Montangerand

Secrétaire de rédaction

C omité scientifique



Luc Arrondel, Philippe Askenazy, Didier Bazzocchi, Jean Berthon

Jean-François Boulier, Marc Bruschi, François Bucchini, Gilbert Canameras

Pierre-André Chiappori, Michèle Cohen, Alexis Collomb, Michel Dacorogna

Georges Dionne, Brigitte Dormont, Patrice Duran, Louis Eeckhoudt, François Ewald

Didier Folus, Pierre-Yves Geoffard, Claude Gilbert, Christian Gollier, Frédéric Gonand

Marc Guillaume, Sylvie Hennion-Moreau, Dominique Henriët, Vincent Heuzé

Jean-Pierre Indjehagopian, Meglena Jeleva, Gilles Johanet, Elyès Jouini, Dorothée de Kermadec - Courson

Jérôme Kullmann, Dominique de La Garanderie, Patrice-Michel Langlumé, Régis de Larouillère

Claude Le Pen, Robert Leblanc, Florence Legros, François Lusson, Florence Lustman, Olivier Mareuse

Pierre Martin, André Masson, Luc Mayaux, Erwann Michel-Kerjan, Alain Moeglin

Marie-Christine Monsallier-Saint-Mleux, Stéphane Mottet, Michel Mougeot, Bertrand Munier

Stéphane Pallez, Carlos Pardo, Jacques Pelletan, Pierre Pestieau, Pierre Petauton, Pierre Picard

Manuel Plisson, Jean-Claude Prager, André Renaudin, Angelo Riva, Christian Schmidt, Côme Segretain

Jean-Charles Simon, Kadidja Sinz, Olivier Sorba, Didier Sornette, Lucie Taleyson, Patrick Thourot

Alain Trognon, François de Varenne, Nicolas Véron, Jean-Luc Wybo, Hélène Xuan

Sommaire - n° 93 -

1. *Société* Développement de la science et risque

Entretien avec

Philippe Kourilsky, *Professeur émérite au Collège de France, membre de l'Académie des sciences* 9

2. *Risques et solutions* Protection sociale, innovation, croissance

François-Xavier Albouy, *Introduction* 17

Jacques Pelletan et Alain Villemeur, *La protection sociale, un investissement économique ?* 19

François Ecalle, *L'impact de la protection sociale sur la compétitivité et la productivité des entreprises* 27

Didier Bazzocchi et Marianne Binst, *La gestion du risque en assurance santé : fin de la récré !* 32

Éric Demolli et Rova Rakotoarson, *Assurance collective complémentaire santé : actuariat et gestion du risque dans l'entreprise* 37

Mathias Matallah, *Sécurité sociale et gestion du risque* 46

Christine Chevallier et Anthony Miloudi, *La protection sociale et le risque de longévité* 51

3. *Analyses et débats* Les ressources humaines dans l'assurance, préparer 2020

Pierre-Charles Pradier, *Introduction* 61

Norbert Girard, *Parier sur le métier pour réussir la révolution de l'assurance* 63

Gustave Peltzer, *Comment la distribution change l'assurance* 69

Jérôme Kullmann, *La formation des juristes d'assurance* 74

Régis de Laroullière, *La formation des actuaires, enjeux et perspectives* 80

Sébastien Musset, *La fonction ressources humaines : des acteurs-clés dans la gestion des risques ?* 86

Dominique J. Cufi, *Les politiques de management dans le monde mutualiste ont-elles une spécificité ?* 91

Raphaël Czuwak, *Guerre des talents : qu'en est-il dans l'assurance ?* 97

Éric Lombard et François Ewald, *Quels talents dans l'assurance demain ?* 102

4. *Études et livres*

Pierre Martin, *Médecin et assurance santé : les liaisons dangereuses* 109

Sarah Belinguier-Raiz, *L'introduction de l'obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle en droit italien* 113

Actualité de la Fondation du risque

Jean-Hervé Lorenzi et Hélène Xuan, *Quel modèle social pour la France en 2020 ?* 117

André Masson, *Propositions pour le modèle social français en 2020* 124

Jean-Jacques Laffont et Jean Tirole, *Théorie des incitations et réglementation*, par Carlos Pardo 139

Jean-François Boulrier et Carlos Pardo, *Les 100 mots de la gestion d'actifs*, par François-Xavier Albouy et Daniel Zajdenweber 141

Éditorial

Décidément, ce numéro de *Risques* est au cœur de l'actualité, et cela dans chacune des parties qui le composent. Aujourd'hui, le maître-mot de l'économie, tout particulièrement en Europe et encore plus en France, est celui de croissance. Nous avons un doute profond sur la capacité que nous aurons dans les années qui viennent à retrouver une trajectoire plus dynamique de notre économie. Certains s'en réjouissent en évoquant, dans la bonne vieille tradition malthusienne, la limitation des ressources et la non-croissance comme une perspective heureuse. D'autres considèrent que le ralentissement du progrès technique est déjà en cours et ne va que s'accroître. Or, chacun sait que depuis deux siècles la croissance du monde développé s'est faite aux deux tiers par le progrès technique. Nous sommes au cœur de la discussion lorsque Philippe Kourilsky revient sur le principe de précaution et qu'au-delà de cette interview, il se pose la question, essentielle pour notre avenir, de l'acceptation ou non du progrès scientifique.

Ce souci de réfléchir à la croissance à venir est encore plus prégnant lorsque l'on traite de la protection sociale, élément central dans la réalité du fonctionnement d'une société comme la nôtre. Ceci a été étudié par de vrais penseurs de la société moderne tels que Gosta Esping-Andersen. C'est tout l'intérêt de l'article d'André Masson d'avoir repris cette démarche d'analyse des modèles sociaux contemporains et d'avoir proposé sa propre conception.

Le dossier sur la protection sociale couvre l'ensemble des sujets évoqués par les interventions publiques dans ce domaine, et débouche finalement sur trois conclusions essentielles dans les souhaits que chacun a aujourd'hui de la voir évoluer. La protection sociale est un élément-clé dans l'accélération de la croissance économique, d'où l'absolue nécessité d'en modifier l'équilibre aujourd'hui dans notre pays. Elle ne peut être abordée que globalement, c'est-à-dire en traitant simultanément les modifications portant sur la retraite, la santé, les formations professionnelles, les allocations chômage, etc.

Enfin, le vieillissement de la société, c'est-à-dire la question des relations intergénérationnelles, est un angle d'attaque majeur pour modifier l'équilibre existant en appliquant aux différentes générations les modifications des flux de financements publics qui permettent d'optimiser la croissance.

Alors demeure le marché de l'emploi. Nous avons décidé de consacrer la partie Analyse et débats à la description des formations destinées à l'assurance et des évolutions jugées nécessaires pour s'adapter le mieux possible aux spécificités de ce marché du travail.

Ainsi, ce numéro de *Risques* tente de proposer des solutions aux risques premiers que connaît la société française, et notamment celui de l'atonie économique et des tensions sociales qui pourraient en découler. Souhaitons que cet apport puisse être utilisé à profit.

Jean-Hervé Lorenzi

1.

Développement de la science et risque

■ Philippe Kourilsky

Professeur émérite au Collège de France, membre de l'Académie des sciences

Philippe Kourilsky

Professeur émérite au Collège de France, membre de l'Académie des sciences

Entretien réalisé par François-Xavier Albouy, Jean-Hervé Lorenzi et Daniel Zajdenweber

Risques : Vous êtes coauteur, avec Geneviève Viney, d'un rapport sur le principe de précaution ⁽¹⁾. Depuis, vous avez écrit que son application avait finalement des effets contre-productifs, notamment dans les pays émergents. Il y a actuellement un débat en France sur la vaccination, certaines personnes refusant de se faire vacciner. Pensez-vous que l'application du principe de précaution a été dévoyée ?

Philippe Kourilsky : J'ai coutume de dire que le problème du principe de précaution, ce n'est pas la précaution, c'est le principe. C'est le fait d'avoir voulu formaliser une notion très difficile un peu trop tôt, en en faisant un instrument qui sociologiquement est utilisé à des fins qui peuvent être adverses à toute forme de mouvement. Quand nous avons rédigé ce rapport, nous avons cherché à définir la précaution. Nous sommes parvenus à l'idée qu'à un instant t , en fonction des connaissances du moment, on peut opérer d'une manière précautionneuse. Mais il faut enregistrer le protocole d'action. À partir de ce moment, si plus tard il y a un problème et si l'on a suivi le protocole, on est exempté de la responsabilité de la faute. Il peut y avoir des accidents, personne n'y peut rien, c'est comme ça... Cela conduit en quelque sorte à échanger du contrôle de qualité contre de l'incertitude.

Vous parliez de vaccination. Il y a là plusieurs éléments intéressants. D'abord, lors de la mise au point d'un vaccin, les bénéfices de la vaccination sont éprouvés en regard de risques (effets indésirables) qui sont évalués lors des essais cliniques à un niveau qui dépend de la dimension de ces derniers, de l'ordre de 1/10 000. On ne peut guère aller au-delà, et dans certains cas on atteint les limites d'une incertitude qui est d'une autre nature. Par exemple, il a été démontré

que quelques enfants par an (une dizaine je crois) font ce qu'on appelle une « BCG-ite » quand ils sont vaccinés contre le BCG, dont je rappelle que c'est un vaccin atténué, mais vivant. Ces enfants ont été étudiés par un certain nombre de chercheurs – dont un collègue français extrêmement brillant. La réponse est formidable : tous les enfants qui font des accidents sont des mutants. En réalité, la vaccination révèle une diversité génétique. À partir de là, ce n'est pas le vaccin qu'il faut améliorer. Le risque provient du fait que la population est hétérogène et qu'il y a un risque à se faire vacciner en raison d'inégalités génétiques qui sont là, et que l'on pourra sans doute, un jour, détecter à l'avance.

S'agissant du vaccin contre la grippe H1N1, je crois que le gouvernement de l'époque, largement fourvoyé grâce à l'Organisation mondiale de la santé, a été trop loin. Mais le problème est aussi que les procédures sont très lourdes. Vous commandez à un producteur X millions de doses de vaccin. Si, quelques mois plus tard, vous vous apercevez qu'il n'en faut que la moitié... que faites-vous ? Les processus administratifs et industriels n'ont pas la souplesse requise pour réagir à ces changements. Voilà ce qui me fait dire que dans le principe de précaution il y a des progrès à faire. Il faudrait réellement aller beaucoup plus loin dans la science du risque. À force de trop vouloir perfectionner le principe on tue tout : on tue la précaution, on tue l'avancement des choses puisque ça propulse l'idée qu'après tout il vaut peut-être mieux ne pas bouger que bouger.

Risques : Que préconisez-vous ? Pensez-vous que l'on puisse infléchir cette tendance ?

Philippe Kourilsky : Il y a des segments de l'activité humaine, et notamment dans le secteur des « sciences molles », qui mériteraient d'être rendus beaucoup plus scientifiques. Prenons la réglementation. Elle est

au départ plus ou moins scientifique, puis elle devient arbitraire et quitte complètement le domaine de la rationalité, de l'expérience et de la science. La raison en est simple, c'est long à mettre en route et on ne revient jamais en arrière. On a donc des millefeuilles de réglementation. Il faudrait développer considérablement l'évaluation des impacts des réglementations. Il y a des lois qui théoriquement en font obligation mais elles ne sont pas suivies – elles le sont un peu aux États-Unis.

Il y a un deuxième problème. Dans le domaine de la santé, par exemple, on a construit des systèmes chargés d'évaluer certaines situations et d'émettre une part des réglementations. Par peur qu'ils ne soient manipulés, on les a construits de telle sorte qu'ils n'ont pas de contre-pouvoir, ce qui, en démocratie, a de quoi nous interpeller. Il en va ainsi des agences internationales qui sont essentiellement la FDA (2), l'agence américaine, d'une part, et l'Ema (3), l'agence européenne, de l'autre. Au cours des vingt dernières années, j'ai observé que c'était à celui qui serait le plus rigoureux. Je prends l'exemple très pratique d'un médicament. On analyse sa composition par spectrométrie. On trouve qu'il est raisonnablement pur, il obtient la bénédiction des autorités, etc. Dix ans plus tard, la technologie a évolué. Elle devient dix fois plus sensible, et on découvre des impuretés qu'on ne voyait pas auparavant. L'autorité de santé va exiger qu'elles disparaissent. Ce qui entraîne des surcoûts, pour des bénéfices dont on n'a pas la moindre idée, surtout s'agissant de médicaments (comme la plupart des vaccins qui nous ont vaccinés vous et moi) qui n'ont jamais posé beaucoup plus de problèmes connus que ceux qu'on a aujourd'hui. Cette espèce d'escalade des autorités de santé est finalement non scientifique. Et l'absence de contre-pouvoir est quelque chose d'intéressant à regarder. Aux États-Unis, un vrai contre-pouvoir s'est constitué avec les associations de malades. En 2004 ou 2005, une association de cancéreux aux États-Unis a fait un procès à la FDA en disant : il n'y a pas de raison qu'on meure à cause de vos atermoiements. Vous êtes trop lents, réformez vos procédures ! Et la FDA a été mise en demeure de réformer certaines procédures.

Je citerai un cas intéressant qui est de nature à infléchir le cours du système, c'est celui de la Chine. En matière de médicament, la Chine a toujours été orthogonale aux principes occidentaux pour une excellente raison, c'est que la médecine chinoise est une médecine de mélanges. Elle est assez ingérable dans le cadre réglementaire occidental, car dans les médicaments occidentaux, quand on fait un mélange, on est censé avoir démontré l'innocuité de chacun des composants. Il y a en outre un changement de philosophie réglementaire instillé par la Chine depuis un certain temps. Certains responsables chinois disent : vous avez vos règles, très bien. Nous, on va établir les nôtres parce que vos règles sont tellement précautionneuses qu'elles ralentissent le processus. Nous avons des millions de gens qui meurent faute de médicaments alors que nous pourrions les développer et en disposer deux ou trois ans plus tôt. Il n'y a donc aucune raison que nous suivions vos règles. Donc certaines règles internationales, qui résultent des accords entre la FDA et l'Ema, suivis par les organismes nationaux, sont aujourd'hui battues en brèche au sein de la Chine – paraît-il, avec des conséquences qui vont être intéressantes. Développer un médicament prend une dizaine d'années. C'est vrai que si on peut arriver au même résultat en sept ans au lieu de dix, c'est mieux. Mais fait-on la même chose pour moins sûr ? Peut-être, je ne sais pas. Il faut étudier les protocoles. Il est facile de faire des procès d'intention aux Chinois. Il est certain qu'il y a moins de contrôle en Chine qu'il n'y en a dans nos pays, mais ça ne veut pas dire qu'ils font n'importe quoi. Ce qui est intéressant en matière d'innovation c'est qu'ils peuvent développer des médicaments plus vite que nous et déposer des brevets plus rapidement. En raison des lois internationales, ces brevets pourront être valables dans le monde entier. Néanmoins un médicament développé en Chine selon ces normes accélérées ne sera pas exportable aux États-Unis ni en France. Mais dans un second temps, ces brevets leur permettront de redévelopper le même médicament en suivant les procédures occidentales, et au bout de peu de temps de l'exporter. Je pense qu'il y a un vrai sujet, non seulement au niveau réglementaire mais au niveau de l'économie du système. Et je pense que nos autorités feraient bien d'y réfléchir.

En tout cas, pour reprendre l'un de mes propos, j'estime qu'une science de la réglementation – c'est-à-dire une science qui se pose des questions : est-ce qu'on mesure ce qu'on fait, est-ce qu'on regarde les résultats, est-ce qu'on évalue, etc., après coup, ou plutôt avant et après –, cette science de la réglementation est absolument souhaitable et désirable.

J'ai encore deux observations sur ce sujet. La première, c'est qu'une science de la réglementation, c'est au fond quelque part une science de l'évaluation des politiques publiques. Ma deuxième remarque, c'est que le monde académique ferait bien de regarder d'un peu plus près certains de ces sujets, notamment dans les secteurs qui touchent l'économie et la sociologie. Certaines grandes institutions pourraient peut-être orienter nettement plus leurs activités de recherche vers des questions de ce genre-là. Aux États-Unis, le système est totalement différent au niveau des financements, de la psychologie, de la culture. Il y a des systèmes de financement privé qui viennent de tous côtés – certains sont d'ailleurs assez questionnables. Mais il n'y a pas de question taboue. Il y a un peu plus d'un an, je lisais une étude tout à fait scientifique qui mesurait la probabilité d'être pauvre quand on a été enfant de pauvre et d'une certaine origine ethnique. Et tout cela était parfaitement documenté. C'est que la question de race pose beaucoup moins de problèmes qu'ici.

La science du risque, dans le sens où je l'entends, n'est pas suffisamment développée. C'est pour une large part une science de l'évaluation. Et quand on sait évaluer, on anticipe mieux, on apprend comment anticiper. En ce sens-là, ce n'est pas une science du risque qui est autonome par rapport à ce qui se passe, c'est une science du risque qui s'appuie sur ce qui se passe.

Risques : Dans le débat politique ou grand public, l'impression qui domine c'est qu'il y a des failles dans le système. Cette science du risque serait-elle de nature à empêcher que le politique cède à la tentation démagogique d'écouter la dernière peur et permettrait-elle d'objectiver la décision politique, la décision réglementaire ?

Philippe Kourilsky : Oui, elle permettrait d'un côté d'objectiver la décision politique ou réglementaire, la décision publique au sens large puisqu'on est dans la sphère publique, mais d'un autre côté de réguler aussi les comportements individuels. Parce que sur certains sujets nous vivons les uns et les autres dans un flou absolument extraordinaire, les médias également. Ceci dit, les médias, quelque part, c'est nous. Il y a des cas d'aberrations absolument hallucinants. Mon cheval de bataille, ce sont les OGM. Ahurissant ! Et là, tout le monde est complice : les gouvernements, les écologistes, une partie de la population. Quand on voit que plus de 50 % de la population a des doutes encore profonds sur la sécurité des OGM, c'est stupéfiant. Je ne dis pas que c'est ridicule, je suis époustoufflé. Je dis qu'il faut le prendre comme un phénomène social important à analyser, car il peut s'étendre à d'autres sujets. Comment des associations, dont Greenpeace et d'autres, ont-elles réussi à faire passer leurs idées dans une sphère locale (les Chinois s'en moquent, les Indiens et les Américains aussi), par quelles manœuvres, en raison de quelles résonances culturelles et par quelles techniques ? Il y a vraiment des leçons à tirer de cela. Or, même l'étudier est tabou.

Risques : En ce début du XXI^e siècle, quels domaines particulièrement hasardeux ou risqués devraient faire l'objet d'une prudence a priori ?

Philippe Kourilsky : La réponse est que plus on en cherche, plus on en trouve. Le plus risqué, pour moi, c'est l'absence d'éducation. Le risque de nos sociétés à mon avis est là, et je pense qu'il est très grave. Ce n'est pas un risque technologique. Ceux-ci, il faut le reconnaître, sont tout de même extraordinairement maîtrisés. Même si ce que je vais dire est insoutenable – car Fukushima est une catastrophe –, c'est le tsunami qui a tué et il a fait beaucoup moins de morts que la grippe. L'image de la grippe c'est que ce n'est pas grave. Pourtant, elle est responsable chaque année de la mort de 1 000 à 3 000 personnes en France. À côté de ça, les accidents nucléaires n'ont fait aucun mort en France. Ceci étant, on entre dans des systèmes de comparaison insoutenables sur le plan psychologique.

Mais je crois qu'on est en pleine dérive par rapport au risque technologique. Ils sont très largement maîtrisés. Ce qui est extraordinaire, c'est que le système d'information dans lequel nous vivons génère l'absence de vérité. Prenons l'exemple de Tchernobyl⁽⁴⁾. Allez sur le site GreenFacts⁽⁵⁾ qui publie un consensus scientifique de moins d'une cinquantaine de décès attribuée directement à cette catastrophe. Réponse à cela : « C'est faux, c'est au moins 80 000, j'ai entendu dire, etc. ». Une vérité, on ne sait plus où la trouver, et c'est extrêmement grave. Le risque aujourd'hui est beaucoup moins dans les risques technologiques que dans les risques sociologiques au niveau de la diffusion des contre-vérités. Et ça me ramène à la science, parce qu'elle est la source d'une forme de vérité sur un certain nombre de points. Ce n'est pas toute la vérité et sur tout, et de loin, mais enfin, quand on peut objectiver des résultats, on a quand même quelque chose sur quoi s'appuyer.

Il y a aussi des changements de perspective et de culture. La radioactivité était extrêmement populaire au début parce qu'elle était associée à la médecine et que c'était une grande découverte française, incidemment, avec les Curie. Je me rappelle, quand j'étais enfant, on allait en vacances en Bretagne et on buvait de l'eau de Plancoët. Et la réclame sur la bouteille disait : « la plus radioactive des eaux de table ». C'est extraordinaire !

Risques : Vous nous dites que le risque technologique est assez bien maîtrisé mais qu'en revanche le vrai risque serait l'absence de connaissances. Mais n'est-ce pas toujours le même risque ? Depuis des millénaires, les peurs collectives ont toujours été très largement irrationnelles. Y-a-t-il quelque chose de nouveau ?

Philippe Kourilsky : Ce qui est nouveau, c'est que la force de rappel que produisait la science s'est affaiblie. Comme le dit Etienne Klein, il y a une différence entre une vérité scientifique et une opinion. Un enfant aujourd'hui, à l'école, écoute la théorie de la relativité d'Einstein et dit : « ça ne me plaît pas, ce n'est pas vrai ». Ça ne peut pas coller, ce n'est pas le même type de vérité. Sa vérité à lui c'est que ça ne lui plaît pas.

Risques : Etienne Klein est l'un des premiers à avoir émis l'idée que la théorie du big bang n'est peut-être pas si sûre. C'est une hypothèse inouïe. Pour la première fois, quelqu'un de réputé inattaquable dit : il n'y a pas de certitude. Les progrès scientifiques ont été tellement rapides que nous avons eu l'impression qu'on allait découvrir tout ce qui était inconnu.

Philippe Kourilsky : D'abord, les physiciens sont de grands poètes, beaucoup plus que les autres – la physique, l'astrophysique, on est dans le rêve. Les physiciens inventent des noms merveilleux : les particules étranges, les trous noirs, la théorie des cordes... Ils vivent dans des mondes théoriques qui sont passionnants, dans lesquels il y a, justement s'agissant de théories, pas mal de remises en cause possibles. Le point c'est que ce genre d'erreur ne tue personne. En revanche, l'*homo œconomicus* a tué beaucoup de personnes. Et l'eugénisme, qui est une dérive scientifique, en a tué beaucoup également. Je pense que la rigueur scientifique par rapport au concept est extrêmement importante. Mais il faut surtout s'attacher aux théories qui ont des déclinaisons dans la vie réelle.

Risques : Prenons la question de la nature du progrès scientifique. Nous avons vécu avec l'idée que le progrès c'était le progrès scientifique, et aujourd'hui tout le discours de la théorie du risque c'est que le progrès scientifique est en réalité un danger. C'est vrai tout particulièrement en France. A-t-on modifié fondamentalement nos rapports à la science et, au fond, notre relation avec le progrès ?

Philippe Kourilsky : Cela a beaucoup évolué. Là encore, ce qui est important c'est, premièrement, de le constater et, deuxièmement, de le comparer. Je vais très souvent à Singapour, où j'ai monté un institut de recherche. Là-bas on ne se pose pas de question sur le progrès. Ce n'est pas le sujet, on y va, c'est tout. Un risque, ça se maîtrise. Cette espèce d'hypocondrie française n'est pas mondiale du tout.

J'ai un autre élément de réponse : nous manquons de philosophes. Ce type de réflexion, c'est un peu le « café du commerce ». Où sont les cercles de réflexion

qui travaillent sur ces notions ? En France, les intellectuels ne font pas leur travail. J'essaie de le faire, j'écris des livres qui flirtent avec la philo. Certains s'en étonnent... Je trouve que la puissance de notre pays est une puissance intellectuelle avant tout. Je ne sais pas ce qui se passe chez nos intellectuels. On ne les entend guère, mais on ne leur donne pas non plus assez la parole.

Risques : Votre projet à Singapour, une coopération entre l'Europe et Singapour, est-il porteur ?

Philippe Kourilsky : Il ne s'agit pas d'une coopération. Ce dont je m'occupe, c'est un institut singapourien que j'aide à développer à distance. Ce qui caractérise Singapour, c'est à mon avis d'abord l'esprit de travail. Ce n'est pas qu'ils travaillent énormément, mais enfin on travaille et on ne compte pas forcément ses heures. L'autre chose, c'est qu'on évalue tout. La troisième c'est que, même quand on est bon, on peut toujours faire mieux. Le système est sans arrêt en train de se questionner pour progresser. Il y a des valeurs de travail et d'adhésion, non pas à l'excellence, mais au progrès en tant que tel. L'excellence est une notion un peu stupide, si on l'imagine comme le sommet d'une courbe ; tandis qu'avec le progrès, on crapahute sans arrêt pour aller vers un sommet qui n'existe peut-être pas. Ce n'est pas la même conception.

Risques : Parlez-nous de votre prochain livre sur l'altruisme.

Philippe Kourilsky : Je suis en train de l'écrire directement en anglais. Dans le monde anglo-saxon il se passe énormément de choses. Je constate incidemment que le fossé qui sépare les cultures française et anglo-saxonne est vraiment profond. Les philosophes français cités dans les ouvrages américains

sont peu nombreux. On retrouve les figures, un peu médiatisées, de Michel Serres et de quelques autres. Mais la philosophie française contemporaine n'est pas très connue et j'ai l'impression que c'est réciproque. Je trouve intéressant d'écrire directement dans une autre langue parce que ça oblige à penser un peu différemment – on pense avec la langue d'une certaine manière. Cela me conduit à lire des auteurs américains que je n'aurais pas forcément lus. J'espère que mon travail sur l'altruisme (le nom que j'ai créé pour désigner la forme d'altruisme rationnel sur laquelle je m'appuie) trouvera ainsi un écho plus large.

Notes

1. *Le principe de précaution : rapport au Premier ministre, de Philippe Kourilsky et Geneviève Viney, Odile Jacob, La Documentation française, 2000.*
2. *FDA : U.S. Food and Drug Administration.*
3. *Ema : European Medicines Agency.*
4. *Cf. site de l'Organisation mondiale de la santé - <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr38/fr/index.html>*
5. *<http://www.greenfacts.org/fr/>.*

Bibliographie

- KOURILSKY P., *Le Temps de l'altruisme*, Odile Jacob, coll. « Sciences », octobre 2009.
- KOURILSKY P., *Le Manifeste de l'altruisme*, Odile Jacob, coll. « Penser la société », avril 2011.

2.

Protection sociale, innovation, croissance

■ François-Xavier Albouy
Introduction

■ Jacques Pelletan et Alain Villemeur
La protection sociale, un investissement économique ?

■ François Ecalte
L'impact de la protection sociale sur la compétitivité et la productivité des entreprises

■ Didier Bazzocchi et Marianne Binst
La gestion du risque en assurance santé : fin de la récré !

■ Éric Demolli et Rova Rakotoarson
Assurance collective complémentaire santé : actuariat et gestion du risque dans l'entreprise

■ Mathias Matallah
Sécurité sociale et gestion du risque

■ Christine Chevallier et Anthony Miloudi
La protection sociale et le risque de longévité

INTRODUCTION

Francois-Xavier Albouy

La protection sociale est au cœur du débat et de tous les débats. D'un côté, la panne de croissance sur fond de crise de la dette remet en cause le montant des financements publics ou quasi publics de la protection sociale ; de l'autre, la crise de la croissance provoque des déficits des régimes, une montée du chômage et des besoins accrus de protection. Dans ce contexte, un débat très important sur la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés est lancé. Par ailleurs, les pays européens frappés par la crise se sont lancés avec plus ou moins de bonheur dans des modifications souvent brutales et radicales de la protection sociale pour soulager les finances publiques.

Dans ce débat si vif, *Jacques Pelletan* et *Alain Villemeur* apportent une analyse solide et documentée des gains de croissance liés à la protection sociale dans au moins deux domaines où les bénéfices individuels et collectifs sont démontrés : celui de l'organisation de l'éducation des très jeunes enfants et celui de l'organisation du travail des séniors.

« Compétitivité des entreprises et protection sociale » reste le thème de *François Ecalle* qui rappelle que les dépenses de protection sociale sont en soi d'un effet neutre sur la productivité des entreprises, tout dépend de leur utilisation. Si la dépense publique est efficace, elle accroît la productivité des entreprises. Cette efficacité doit s'analyser par rapport au volume d'épargne que devraient dégager les salariés pour retrouver une couverture équivalente de

leurs risques. Réorienter les dépenses publiques de protection sociale est donc un objectif prioritaire dans les années qui viennent.

Didier Bazzocchi et *Marianne Binst* défendent une approche originale en France, celle de la gestion du risque. Dans la mesure où les tarifs des soins sont moins encadrés et moins couverts par l'assureur public, il est nécessaire de mettre en place une gestion du risque qui permette à l'assureur complémentaire de trouver une complicité avec son client pour des soins de meilleure qualité à des tarifs raisonnables. Quelles que soient les évolutions du système de protection sociale en France, tout le monde s'accorde sur l'importance pratique et économique de ce nouveau métier.

Eric Demolli et *Rova Rakotoarson* analysent les tendances dans la gestion du risque santé et les modélisations de ce risque dans les contrats collectifs. La progression des modèles et des techniques de *data mining* est très rapide et permet de penser qu'il y a là un véritable gisement d'économies substantielles pour les entreprises et les salariés. La gestion du risque est aussi un sujet pour l'assureur public, notamment dans la prise en charge des affections de longue durée.

Mathias Matallah revient sur les engagements de la loi de 2004 et montre comment l'expérimentation Sophia, destinée aux diabétiques, permet d'envisager une véritable politique de gestion du risque de la Sécurité sociale.

Christine Chevallier et *Anthony Miloudi* reviennent sur le risque de longévité qui est différent de celui de vieillissement, ce risque de longévité qui pèse sur les opérateurs viagers comme sur les organismes de protection sociale.

Il est possible de transférer une partie de ce risque aux marchés financiers, en structurant des émissions d'obligations de longévité, lesquelles permettraient de stabiliser les engagements viagers et de les rendre plus fluides.

LA PROTECTION SOCIALE, UN INVESTISSEMENT ÉCONOMIQUE ?

Jacques Pelletan

Maître de conférences, Université Paris VIII

*Chercheur associé à la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques »
de l'Université Paris-Dauphine et de la Fondation du risque*

Alain Villemeur

Docteur en économie

*Chercheur associé à la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques »
de l'Université Paris-Dauphine et de la Fondation du risque*

La protection sociale permet aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux. Les dépenses de protection sociale, en croissance irrépressible depuis plusieurs décennies dans tous les pays développés, ont désormais atteint le record de 34 % du PIB en France. Ces dépenses ont habituellement été considérées comme une charge économique, prélevées sur les actifs. De nombreuses études économiques démontrent maintenant le caractère d'investissement de certaines de ces dépenses de protection sociale, par exemple celles de santé : autrement dit, ces dépenses apparaissent bénéfiques pour la société et rentables sur le plan économique [Villemeur, 2012].

Le sociologue Esping-Andersen a introduit en 1996 le concept d'État « investisseur social », nouvel avatar de l'État providence qui intègre la dimension d'investisseur actif et préventif [Esping-Andersen et al., 2008]. Les dernières études confirment que la conception de l'État providence fait l'objet d'un véritable changement de paradigme. Ce dernier intervient dans une phase historique particulière où le processus de vieillissement de la population est désormais à l'œuvre de manière accélérée tandis qu'il se conjugue à un processus de rajeunissement porteur d'opportunités économiques [Lorenzi et al., 2012].

Après avoir explicité les processus de vieillissement et de rajeunissement qui éclairent le devenir de la protection sociale, nous montrons que les dépenses de santé peuvent être un investissement des plus rentables. La démonstration est ensuite étendue à d'autres volets de la protection sociale comme l'éducation et l'accueil de la petite enfance ou comme l'investissement consistant à reporter l'âge de la retraite. Finalement, nous nous interrogeons sur les conséquences de ce nouveau paradigme et la transformation en cours de l'État providence.

De l'importance croissante des dépenses de protection sociale

La protection sociale est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permet aux individus et aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux, c'est-à-dire aux situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, charges de famille, etc.). La protection sociale a donc à la fois des objectifs matériels (permettre aux individus de survivre quand ils sont malades, âgés ou chargés de familles nombreuses, par exemple) et des objectifs sociaux (réduire l'inégalité devant les risques de la vie et assurer aux individus un minimum de revenus leur permettant d'être intégrés à la société).

Les dépenses de protection sociale connaissent une croissance irrépessible depuis plusieurs décennies. Elles ont atteint un niveau record, 34 % du PIB, et nous sommes les champions du monde de ces dépenses en proportion de notre production de richesse.

Tableau 1 – Dépenses de protection sociale en 2010

Dépenses	Milliards d'euros	% PIB
Maladie	211	10,8
Vieillesse – survie	279	14,3
Famille – maternité	56	2,9
Emploi	43	2,2
Logement	16	0,8
Pauvreté – exclusion sociale	15	0,8
Frais de gestion	34	1,7
Total	654	33,5

Source : DREES (2012), La protection sociale en France et en Europe en 2010, collection études et statistiques, 12 octobre.

Ces dépenses sont financées à hauteur de 64 % par des cotisations salariales et patronales, de 24 % par des impôts et taxes affectés, le reste par des contributions publiques. Mais, désormais, tous les régimes sociaux

sont en déficit ⁽¹⁾, ce qui aggrave l'endettement public de la France.

L'importance des dépenses de protection sociale, ainsi que l'ampleur des déficits, renforce le questionnement sur le caractère d'investissement de ces dépenses et sur leur rentabilité économique.

Un contexte démographique renforçant le rôle de la protection sociale

Le rôle crucial des dépenses de protection sociale est renforcé par le contexte de vieillissement démographique que nous connaissons actuellement, caractérisé par une croissance de la longévité aux âges élevés.

D'abord, parce que cette augmentation de l'espérance de vie puise – du moins en partie – sa source dans le système de protection sociale lui-même. En effet, le niveau de vie des retraités de même que la qualité du système de soins constituent des éléments déterminants dans l'évolution de la longévité aux âges élevés. Ensuite, parce qu'au cours d'une vie plus longue l'évolution de l'état de santé et du capital humain va déterminer de plus en plus fortement la capacité de nos sociétés à continuer de croître [Pelletan et Villemeur, 2012]. Or, ces deux derniers éléments reposent très largement sur notre système de protection sociale.

En effet, si nous comprenons bien l'évolution démographique actuelle, le terme de « vieillissement » doit être accolé à la notion de « rajeunissement ». Rappelons qu'Aristote faisait débiter la vieillesse à 50 ans, et Richelet, au XVII^e siècle, écrivait dans son dictionnaire qu'un vieillard était un homme de 40 ans à 70 ans. Nous n'en sommes bien évidemment plus là aujourd'hui. Ces éléments soulignent donc que, pour un âge donné, une personne est plus « jeune » aujourd'hui que par le passé.

Comme le constate Fogel [2003 ; 2005], c'est finalement l'amélioration de la santé des plus jeunes actifs qui contribue à la réduction de la mortalité aux âges plus avancés. Ainsi, non seulement on vit plus longtemps, mais on constate un gain de l'ordre de dix ans dans l'occurrence des maladies chroniques ou des incapacités. Ce constat est validé par d'autres études concernant les États-Unis [Freedman *et al.*, 2002] ou les principaux pays développés [Dormont, 2009]. Elles confirment l'amélioration de la santé à chaque âge.

Ce phénomène de « rajeunissement » a un impact décisif sur l'évolution de la productivité individuelle avec l'âge et donc sur la capacité de nos sociétés à croître :

- à travers une meilleure productivité des actifs, tout d'abord. Aghion *et al.* [2009] confortent cette idée en démontrant l'existence d'un lien entre les dépenses de santé, le niveau de santé et les gains de productivité, tout particulièrement pour les moins de 40 ans dans les économies développées ;
- le recul notable de l'âge de la retraite, ensuite, compte tenu de la possibilité de rester un actif en bonne santé, est une opportunité permettant de maintenir la croissance de la population active ou de limiter sa décroissance. Cela signifie qu'il apparaît possible d'élargir la tranche d'âge des individus en activité sans abaisser de manière forte la productivité moyenne au sein de la population active. Bien évidemment, cette opportunité a déjà été saisie par nombre de pays où le processus de vieillissement est accentué (par exemple l'Allemagne).

Le rôle des dépenses de protection sociale doit donc être pensé dans ce contexte démographique très spécifique, qui est à la fois celui d'un vieillissement et d'un rajeunissement de la population. La mise en œuvre de notre système de protection sociale, l'investissement dans l'avenir qu'il peut constituer, dépendra finalement de ces deux processus : le vieillissement et le rajeunissement.

La santé, un investissement au même titre que l'éducation

Le rôle du capital humain dans la productivité et la croissance apparaît aujourd'hui très largement reconnu. Bien évidemment, le capital humain est d'abord pensé comme résultant de l'éducation – et tout particulièrement de l'enseignement supérieur [Aghion et Cohen, 2004 ; Acemoglu *et al.*, 2006 ; Aghion *et al.*, 2007]. Ces dépenses ne sont pas naturellement rattachées au domaine de la protection sociale et ne constituent pas l'objet de notre propos. Mais, il serait réducteur de restreindre notre interrogation sur le capital humain à la seule question de l'éducation.

La santé constitue également une dimension qu'il convient d'analyser plus précisément. Nous l'avons vu : l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé à chaque âge. Il est alors possible de donner un statut à la santé. Nous suivons la voie initiée par Grossman [1972], considérant la santé comme un élément à part entière du capital humain. Ainsi, nous pouvons d'abord analyser par quels canaux l'amélioration de l'état de santé a un impact sur la productivité et la croissance, puis les conditions sous lesquelles les dépenses de protection sociale agissent sur ces derniers éléments.

La littérature permet d'apporter des éléments de réponse à la première question à travers deux prismes. D'abord, en voyant la santé comme une part du capital humain lui-même, améliorant le niveau de productivité des agents, toutes choses égales par ailleurs. Ensuite, parce qu'un bon état de santé constitue souvent l'une des conditions nécessaires au processus éducatif.

Les travaux d'Aghion *et al.* [2009], dans le cadre d'une théorie endogène de la croissance, permettent par exemple d'isoler l'influence de la santé à travers à la fois son niveau et son évolution. La démonstration est faite pour une base de 47 pays développés et en

développement, sur la période de 1940 à 2000. On en conclut sans aucun doute possible que les dépenses de santé dopent la croissance de la productivité des économies sur le long terme. Pour l'ensemble des pays de l'OCDE, la corrélation entre la santé et la croissance est affaiblie par rapport aux autres pays ; mais il apparaît en réalité que c'est surtout la réduction du taux de mortalité pour les individus de moins de 40 ans qui accélère les gains de productivité.

Cette dernière conclusion est en phase avec le constat qu'une meilleure santé aux jeunes âges a des conséquences positives à long terme sur la productivité des salariés. Au-delà de 65 ans, les progrès de l'espérance de vie – qui vont de pair avec une amélioration de la santé des actifs – sont encore corrélés avec les gains de productivité, même s'ils sont plus faibles.

Il est légitime de considérer les investissements dans la santé au même titre que l'investissement dans le capital humain de type éducatif, dans la mesure où l'état de santé a un impact robuste sur la productivité pour plusieurs raisons incluant notamment une moindre fréquence des absences et de meilleures capacités physiques et cognitives.

L'impact de l'état de santé – notamment aux plus jeunes âges – sur la productivité n'est pas seulement direct. L'état de santé est en effet l'un des éléments clés pour accumuler du capital humain de type éducatif. Ce mécanisme est conforté par de nombreuses études microéconomiques qui montrent que l'état de santé est au cœur du processus de scolarisation [Miguel et Kremer, 2004 ; Jayachandran et Lleras-Muney, 2009]. Peut-on pour autant en déduire que l'augmentation des dépenses de santé, notamment dans les pays les plus développés, est toujours favorable à la productivité et à la croissance ?

À première vue, on peut considérer les dépenses de santé comme participant d'un cercle naturellement vertueux :

- l'investissement dans la santé contribuerait à une

croissance de la longévité permettant l'amélioration de la rentabilité des investissements dans l'éducation et une croissance potentielle accrue ;

- l'augmentation du revenu en résultant pourrait alors conduire à augmenter en retour la demande pour les biens de santé et une augmentation des dépenses de protection sociale.

Néanmoins, différentes formes d'arbitrage (par exemple entre santé et éducation) pourraient considérablement entraver ce scénario vertueux.

L'investissement dans la petite enfance

Nous le savons : l'éducation est au cœur des mécanismes permettant de produire des richesses dans nos sociétés développées. Les dépenses en faveur de l'éducation et de l'accueil des jeunes enfants (EAJE) de moins de 3 ans, traditionnellement rattachées à la protection sociale, jouent un rôle tout particulier au sein des dépenses d'éducation. Dans quelle mesure sont-elles de l'ordre d'un investissement générant de futures richesses individuelles ou collectives ? La scolarisation des 3 à 6 ans étant quasiment généralisée dans les pays développés, cette question surgit pour les moins de 3 ans et a fait l'objet de nombreuses recherches depuis une vingtaine d'années. En outre, de nombreux pays se sont déjà engagés dans des programmes en faveur de l'EAJE et de nombreux enseignements peuvent d'ores et déjà en être tirés [OCDE, 2007 ; 2009].

L'idée s'est répandue qu'une inscription précoce « à l'école » des enfants de 1 à 3 ans leur permet de prendre un bon départ dans la vie, tout particulièrement dans le cas d'enfants issus de familles pauvres ou dont la langue maternelle n'est pas le français.

Ces intuitions ont été confirmées par une grande étude réalisée aux États-Unis sur un programme exemplaire (Early Head Start) destiné aux enfants

de 3 ans et à leurs parents. Les analyses d'impact soulignent que ces enfants ont de meilleurs résultats en matière de développement cognitif et langagier que les autres enfants, que les relations avec leurs parents sont plus fructueuses et qu'ils se comportent de façon moins agressive ; parallèlement, les parents sont en mesure de mieux stimuler leurs enfants sur les plans du langage et de l'apprentissage, leur font plus de dictées et distribuent moins de fessées !

Deux économistes canadiens [Cleveland et Krashinsky, 2003] ont recommandé de considérer l'EAJE comme un bien public, sur la base d'un argument similaire à celui qui justifie l'enseignement public. Inscire un enfant dans un centre d'EAJE n'est pas seulement bénéfique à l'enfant mais aussi à la famille ; dans ces conditions, les mères de famille peuvent travailler et contribuent aussi au revenu familial. Au-delà, c'est toute l'économie qui en profite, le travail de la mère (ou du père) contribue à la production et engendre des recettes fiscales supplémentaires. Cerise sur le gâteau, l'État réduit son déficit social ou son financement de la protection sociale.

Toutes les études coûts-bénéfices confirment que les avantages découlant de services d'EAJE de qualité compensent largement les coûts. Comment l'expliquer ? Le prix Nobel d'économie, James Heckman, est persuadé que la période de la petite enfance constitue un moment unique pour investir dans le capital humain [Heckman et Krueger, 2003]. L'attention et les soins apportés aux petits enfants sont d'une énorme importance compte tenu de l'exceptionnel développement neurologique qu'ils connaissent alors. En investissant dans la période fondatrice de la petite enfance, on accroît la productivité de la période suivante, et ainsi de suite. C'est dans la petite enfance que s'acquièrent les dispositions favorables (ou non) pour l'apprentissage et les aptitudes comme la communication, l'autonomie, la créativité, la résolution de difficultés...

Sur le plan financier, il a été montré qu'un dollar investi dans l'EAJE à plein temps et de grande qualité

génère un rendement de 4 dollars pour les enfants, leurs familles et les contribuables. En parallèle, on constate que les participants ainsi que leurs mères gagneront mieux leur vie et que les pouvoirs publics réalisent ensuite des économies substantielles sur les programmes d'enseignement spécial ou de rattrapage.

La pauvreté durant la petite enfance peut entraver sérieusement l'acquisition de compétences fondamentales. Même lorsque ces enfants pauvres peuvent étudier dans une école adéquate, l'enquête Pisa de l'OCDE montre que les écarts entre les enfants issus de milieux défavorisés et ceux des milieux favorisés se réduisent rarement et peuvent même s'amplifier. En d'autres termes, le retard pris dans la petite enfance se rattrape difficilement.

Les spécialistes sont convaincus que la pauvreté des enfants a d'énormes conséquences financières sur leur devenir d'adulte et sur l'économie en général. Pensons au manque à gagner en termes de revenu d'une moindre formation, voire d'échecs scolaires, mais aussi aux effets sur la santé et la criminalité. Une étude américaine l'évalue à 4 % du PIB, ce qui montre à l'évidence l'ampleur de ces coûts cachés [Holzer et *al.*, 2007].

Ainsi, l'établissement de services à la petite enfance est très bénéfique aussi bien pour les enfants que pour les familles et la société.

L'investissement dans le report de l'âge de départ à la retraite

La réforme de 2010 des retraites a prévu de reporter progressivement l'âge de la retraite jusqu'à 62 ans en 2017. Même si elle induit une réduction du déficit du régime des retraites, elle n'assurera pas l'équilibre financier à l'horizon 2020. Au cours des années 2010, la survie du système de retraite reposera donc sur l'endettement,

détournant ainsi des ressources précieuses qui auraient pu être placées dans des investissements d'avenir.

Le report de l'âge de la retraite (pour les personnes en bonne santé) peut-il être considéré comme un investissement social ? Les politiques de bien-être menées dans les pays nordiques (voir encadré) nous montrent que les politiques dites de « vieillissement actif » ont le caractère d'un investissement social.

Ces programmes de nos voisins d'Europe du Nord parient sur un triple gain : plus de bien-être pour les salariés, une meilleure productivité pour les entreprises et moins d'augmentation des dépenses de retraite pour la société, ce qui libère des ressources pour les investissements d'avenir.

Les politiques de vieillissement actif en Finlande

L'exemple de la Finlande ⁽²⁾ est particulièrement intéressant pour nous car le taux d'emploi de ses seniors était en 1995 de l'ordre de 36 %, donc proche de notre taux actuel de 39 %. La Finlande a connu la plus spectaculaire progression en Europe puisque ce taux d'emploi a dépassé les 50 % en 2008.

Les réformateurs finlandais ont mis en œuvre un vaste programme portant sur le « bien-être au travail » (politiques dites de « vieillissement actif »). Au départ, le projet s'est prioritairement adressé aux dirigeants d'entreprise pour leur faire partager la nécessité de changer d'attitude par rapport au vieillissement ; environ 700 dirigeants ont été formés en près de cinq ans.

Les Finlandais ont aussi joué sur d'autres leviers, en particulier la formation des seniors, pour lutter contre l'obsolescence des connaissances et pour combler le retard de formation des plus de 40 ans par rapport aux plus jeunes. L'amélioration des compétences des travailleurs seniors a aussi abouti à une redéfinition des postes de travail et des fonctions. En parallèle, une campagne a été menée auprès des médecins du travail afin d'accélérer la prévention de la santé au travail avec la promotion d'un mode de vie plus sain (sport, renoncement au tabac et à l'alcool, etc.).

Ces politiques s'accompagnent d'une retraite « choisie », qui permet à chacun de décider librement, par exemple entre 60 et 70 ans, de l'âge auquel il souhaite se retirer. Car il faut bien reconnaître l'existence de deux profils opposés, celui du senior en parfaite santé et celui du senior fatigué par un travail usant ou par des accidents de la vie. C'est à l'évidence une condition légitime de l'acceptation sociale.

L'objectif d'un âge moyen de départ à la retraite de 65 ans au cours de la décennie 2020 doit être affiché, car c'est la seule mesure susceptible de garantir à la fois l'équilibre financier et le maintien d'un pouvoir d'achat élevé, tant pour les actifs que pour les retraités. Il est admis qu'une telle réforme peut générer à terme un accroissement du PIB de l'ordre de 5 %. On peut dès lors parler d'investissement, dans la mesure où l'accroissement des prélèvements sur l'ensemble des actifs permet de susciter de la croissance.

Conclusion

Quelques missions dévolues au système de protection sociale ont été mises en lumière, soulignant ainsi le caractère d'investissement de ce qui est parfois considéré exclusivement comme une charge. D'autres missions de la protection sociale mériteraient aussi d'être qualifiées d'investissements favorables à la croissance [Villemeur, 2012]. Dans ce nouveau contexte, l'État providence cède la place à « l'État social investisseur » porteur d'une nouvelle légitimité économique. Cependant, le financement de la protection sociale pourrait avoir des effets néfastes sur l'économie, par exemple au travers des charges pesant sur la compétitivité des entreprises. L'État social investisseur doit donc se préoccuper de son mode de financement afin de le rendre vertueux.

Cette nouvelle vision, esquissée ici, doit éclairer les décisions à venir pour réformer les systèmes de protection sociale. Par exemple, des dépenses de santé plus importantes sont économiquement bénéfiques, à condition bien sûr que l'efficacité des dépenses soit au rendez-vous, la prévention de la santé des moins

de 40 ans devenant une priorité ainsi que la lutte contre les gaspillages et les dysfonctionnements. De même, le report de l'âge de la retraite, conjugué avec une politique de vieillissement actif, ou encore le développement de l'éducation et l'accueil des jeunes enfants sont des politiques qui ont un fondement économique et doivent être menées avec un souci d'efficience.

Consacrant des moyens considérables à prévenir et à combattre les risques sociaux, la société doit désormais reconnaître la légitimité économique de certaines de ces dépenses et, en conséquence, se réinterroger sur le système de protection sociale.

Notes

1. De l'ordre de 50 milliards d'euros en 2010 ; le déficit du régime des retraites est en réduction depuis la réforme des retraites en 2010 tandis que le déficit du régime d'indemnisation du chômage est en hausse.

2. L'âge du départ à la retraite est flexible entre 63 et 68 ans, la pension étant calculée sur l'ensemble de la carrière. Le système favorise ainsi une retraite « choisie ».

Bibliographie

ACEMOGLU D. ; AGHION P. ; ZILIBOTTI F., "Distance to Frontier, Selection and Economic Growth", *Journal of the European Economic Association*, 4(1), 2006, pp. 37-74.

AGHION P. ; COHEN E., *Éducation et croissance*, rapport au Conseil d'analyse économique, n° 46, La Documentation française, 2004.

AGHION P. ; CETTE G. ; COHEN E. ; PISANI-FERRY J., *Les leviers de la croissance française*, rapport au Conseil d'analyse économique, n° 72, La Documentation française, 2007.

AGHION P. ; HOWITT P. ; MURTI F., *The Relationship Between Health and Growth: When Lucas Meets Nelson-Phelps*, Working Paper, n° 15813, National Bureau of Economic Research (NBER), 2010.

CLEVELAND G., KRASHINSKY M., *Financing ECEC Services in OECD Countries*, Paris, OECD, 2003.

DORMONT B., *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, 2009.

ESPING-ANDERSEN G. ; PALIER B., *Trois leçons sur l'État providence*, Le Seuil, février 2008.

FOGEL R. W., "Changes in the Process of Aging During the Twentieth Century: Findings and Procedures of the Early Indicators Project", *Population and Development Review*, 30, 2004, pp. 19-47.

FOGEL R. W., "Changes in the Physiology of Aging During the Twentieth Century", Working Paper, n° 11233, NBER, 2005.

FREEDMAN V. A. ; MARTIN L. G. ; SCHOENI R. F., "Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States: A Systematic Review", *Journal of the American Medical Association*, 288(24), 2002, pp. 3137-3146.

GROSSMAN M., "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *The Journal of Political Economy*, 80(2), 1972, pp. 223-255.

HECKMAN J. ; KRUEGER A., *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy ?*, Cambridge: MIT Press, 2003.

HOLZER H. SCHANZENBACH D. W. ; DUNCAN G. J. ; LUDWIG J., "The Economic Costs of Childhood Poverty in the United States", *Journal of Children and Poverty*, 14(1), 2008, pp. 41-61.

JAYACHANDRAN S. ; LLERAS-MUNEY A., "Longevity and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines in Sri-Lanka", *Quarterly Journal of Economics*, 124(1), 2009, pp. 349-397.

LORENZI J.-H. ; PELLETAN J. ; VILLEMEUR A., *Rajeunissement et vieillissement de la France. Une politique économique pour la jeunesse*, Descartes, mars 2012.

MIGUEL E. ; KREMER M., “Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities”, *Econometrica*, 72(1), 2004, pp. 159-217.

OCDE, *Petite enfance, grands défis II. Éducation et structures d'accueil*, Paris, OCDE, 2007.

OCDE, *Assurer le bien-être des enfants*, Paris, OCDE, 2009.

PELLETAN J. ; VILLEMEUR A., « Productivité dans une économie vieillissante. Quels enseignements tirer de la littérature », *Revue française d'économie*, 27(2), 2012, pp. 143-186.

VILLEMEUR A., *La protection sociale. Un investissement pour notre avenir*, Le Seuil, octobre 2012.

L'IMPACT DE LA PROTECTION SOCIALE SUR LA COMPÉTITIVITÉ ET LA PRODUCTIVITÉ DES ENTREPRISES

François Ecalle

*Économiste, chargé de cours,
Université Paris I Panthéon-Sorbonne*

Le financement de la protection sociale par des cotisations sociales qui alourdissent le coût du travail explique certainement pour partie l'insuffisante compétitivité des entreprises françaises. Cependant, les possibilités de remplacement, à dépenses inchangées, de ces cotisations par des prélèvements obligatoires plus favorables à la compétitivité sont assez limitées. Les dépenses sociales peuvent quant à elles avoir des effets indirects positifs sur la productivité des entreprises, mais seulement si elles sont efficaces. L'enjeu principal des prochaines années est de supprimer celles qui ne le sont pas. La compétitivité et la productivité des entreprises ne peuvent qu'en être améliorées.

La question du financement de la protection sociale, et notamment celle de son impact sur la compétitivité des entreprises, est largement débattue en France depuis très longtemps. Elle a fait l'objet de nombreux rapports administratifs et travaux académiques. Ils occultent parfois les effets favorables des dépenses sociales sur la productivité des entreprises parce qu'ils sont indirects, les ménages étant les bénéficiaires immédiats de la protection sociale, et plus difficilement mesurables. Ils n'en sont pas moins réels et documentés, même s'ils ne sont pas quantifiés.

Cet article a pour objet de rappeler par quels grands canaux la protection sociale affecte la compétitivité et la productivité des entreprises et quels effets pourraient avoir certaines réformes. L'expression « protection sociale » désigne ici les interventions des administrations de sécurité sociale au sens de la comptabilité nationale, qui ont surtout pour mission d'assurer les ménages contre les quatre grands

« risques » sociaux que sont la maladie, la vieillesse, la famille et le chômage.

Le financement de la protection sociale et la compétitivité

Les cotisations sociales pèsent indiscutablement sur la compétitivité des entreprises, mais il n'est pas certain que les autres ressources envisageables pour financer la protection sociale soient beaucoup moins défavorables.

■ Un impact négatif des cotisations sociales sur la compétitivité

Les cotisations sociales forment 64 % des ressources des administrations de sécurité sociale. Pour les économistes, leur distinction juridique entre cotisations

salariales et cotisations patronales n'a pas beaucoup de signification, hors du voisinage du smic. Qu'elles soient prélevées sur les employés ou sur les employeurs, elles accroissent le coût du travail pour les entreprises et réduisent la rémunération nette des salariés.

Or, le coût du travail est un élément déterminant de la « compétitivité coût » des entreprises, qui s'est fortement dégradée depuis une dizaine d'années en France, d'environ 20 % par rapport à celle de l'Allemagne. Même si la « compétitivité hors coût » joue aussi un rôle important, mais beaucoup plus difficile à mesurer, cette hausse des coûts explique une bonne partie du recul de nos parts de marché à l'exportation, soit parce qu'elle a été répercutée dans les prix de vente, soit parce que les entreprises ont dû réduire leurs marges au détriment de l'investissement.

C'est donc avec raison que le dernier rapport sur ce sujet, celui de Louis Gallois, a conclu sur la nécessité d'une réduction massive (30 Md€) des cotisations sociales, salariales et patronales. Le gouvernement a suivi cette recommandation en créant un crédit d'impôt en faveur de la compétitivité et de l'emploi (Cice), dont le montant augmente avec la masse salariale. Bien que le financement de la protection sociale ne soit pas modifié par cette mesure, le problème posé par les cotisations sociales pour la compétitivité des entreprises pourrait être considéré comme résolu, puisque le Cice contribuera à baisser le coût du travail.

Il ne réduira toutefois la masse salariale que de 6 % et seulement pour la part de celle-ci correspondant aux salaires inférieurs à 2,5 fois le smic. De plus, ses modalités sont plus complexes que celles d'un allègement de cotisations sociales, et il sera donc probablement moins efficace. Sa création n'épuise donc pas le sujet du financement de la sécurité sociale et de son impact sur la compétitivité.

■ Des solutions de remplacement limitées

À dépenses inchangées, toute réduction des prélèvements obligatoires sur le travail affectés au

financement de la protection sociale doit être compensée par une hausse équivalente des prélèvements sur la consommation, sur le capital ou sur les revenus de remplacement.

La TVA est le plus souvent suggérée pour remplacer des prélèvements sur le travail et elle a été retenue pour financer partiellement le Cice. Selon les économistes, substituer la TVA à des cotisations sociales équivaut à une dévaluation, car une telle réforme a principalement pour effets de réduire les prix à l'exportation et d'augmenter les prix des biens importés.

Or, une dévaluation ne réussit pas toujours à redresser la balance commerciale sur le long terme. Si la hausse des prix à la consommation qu'elle induit mécaniquement est intégralement répercutée sur les salaires puis sur les prix de vente des entreprises, elle n'a pas d'autre effet que de générer un surcroît d'inflation. Elle ne permet de redresser le commerce extérieur que si le pouvoir d'achat des ménages diminue.

Si les mécanismes d'indexation sont encore importants, notamment à travers le smic, il est probable qu'une opération de type « TVA sociale », ce qu'est le Cice pour sa part financée par la TVA, est aujourd'hui favorable au commerce extérieur en France, en raison des pressions exercées par le chômage et la concurrence internationale sur les salaires et les prix. Il ne faut cependant pas se faire d'illusions sur l'ampleur de cet effet : l'étude d'impact du gouvernement retient que le Cice, compte tenu des mesures prises pour le financer, induira un supplément d'exportations de seulement 0,5 % en 2017.

Remplacer des prélèvements sur le travail par des impôts sur la consommation de produits nuisibles à l'environnement pourrait, selon certains défenseurs de la fiscalité écologique, permettre à la fois de réduire le coût du travail et d'améliorer l'environnement : c'est le « double dividende ». Cependant, les taxes assises sur l'utilisation de ces produits par les entreprises

alourdissent aussi les coûts de production de ces dernières, et celles qui sont assises sur la consommation des ménages augmentent les prix à la consommation avec des effets analogues à ceux de la TVA.

Remplacer des cotisations sociales par des impôts écologiques ne procure généralement qu'un seul dividende, environnemental, et l'impact sur la compétitivité est limité, voire négatif, si ces impôts pèsent particulièrement sur les secteurs exportateurs. En outre, le produit potentiel de nouvelles hausses de la fiscalité verte n'est pas à la hauteur du problème posé par les cotisations sociales en termes de masses financières. De même, l'augmentation des accises sur les tabacs et alcools, qui financent déjà la sécurité sociale, est souhaitable pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme mais ne peut pas permettre de réduire significativement les cotisations sociales.

La fiscalité du capital n'est pas non plus une panacée, le coût du capital étant une des composantes de la compétitivité coût. Le taux d'imposition du capital (à travers ses revenus, sa détention et sa transmission) était déjà bien plus élevé en France en 2010 (37 %) que la moyenne de l'Union européenne ou de la zone euro (27 %), selon Eurostat. La fiscalité du capital prend toutefois des formes très variées dont certaines, notamment la taxation du capital foncier des ménages, ont peu d'effets sur la compétitivité des entreprises. Les marges de redéploiement sont toutefois à nouveau assez limitées.

Il reste l'imposition des revenus de remplacement, c'est-à-dire des pensions de retraite pour l'essentiel. Il existe des marges de hausse pour la rendre plus cohérente avec celle des revenus d'activité (alignement des taux de CSG, suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels sur les pensions au titre de l'impôt sur le revenu, etc.), mais aller au-delà signifierait qu'on reprend par la fiscalité ce qui a été attribué aux retraités par les régimes sociaux. Il est préférable de réduire le montant des retraites, au moins pour ne pas augmenter le taux des prélèvements obligatoires, ce qui amène au sujet des dépenses sociales et de leur impact sur la productivité des entreprises.

Les dépenses sociales et la productivité des entreprises

Les dépenses sociales, comme toutes les autres dépenses publiques, ont en principe une utilité pour la société, un bénéfice socio-économique, qui justifie de lever pour les financer des prélèvements obligatoires ayant un coût économique. Les dépenses sociales ont toutefois la particularité de bénéficier principalement aux ménages. Les avantages pour les entreprises, notamment en termes de productivité, sont néanmoins réels et pourraient être bien plus importants si ces dépenses étaient plus efficaces.

■ Des dépenses sociales indirectement favorables à la productivité des entreprises

Si la santé de ses salariés est améliorée, la productivité d'une entreprise ne peut qu'augmenter grâce à un plus faible absentéisme ou à une plus grande efficacité au travail. Les entreprises ont donc tout intérêt à ce que les dépenses de santé soient remboursées, de sorte que l'accès aux soins soit le plus large possible.

L'assurance maladie, notamment à travers les indemnités journalières, peut certes entraîner des arrêts de travail abusifs. Leur importance est difficile à mesurer, mais il est peu probable qu'ils induisent des coûts pour les entreprises supérieurs aux avantages résultant de la bonne santé de leurs employés.

L'assurance maladie pourrait être privée, concurrentielle et financée par les ménages eux-mêmes. Les primes d'assurance qui en résulteraient pour les personnes atteintes de pathologies lourdes et repérables par les assureurs seraient toutefois souvent incompatibles avec leurs revenus, sauf à mettre en place une régulation complexe du secteur (encadrement des tarifs, par exemple). L'assurance maladie publique a aussi une fonction de redistribution et elle profite

indirectement aux entreprises dans la mesure, certes indéterminée, où elle contribue ainsi à la cohésion sociale.

Les pensions de retraite constituent, d'un point de vue économique, un « salaire différé ». Si les régimes publics de retraite n'existaient pas, les entreprises seraient le plus souvent obligées de payer plus cher leurs employés pour qu'ils puissent épargner en vue de leur retraite ou de contribuer elles-mêmes, sur une base certes facultative, au financement de ces retraites. Ces salaires différés entretiennent les mêmes relations que les salaires directs avec la productivité. Ils constituent d'abord une composante du coût total du travail, et celui-ci doit être égal à la productivité marginale du travail pour que l'entreprise maximise ses bénéfices. La littérature économique relative au « salaire d'efficience » montre aussi que des rémunérations, directes ou différées, plus élevées que celles qui résultent du jeu du marché peuvent avoir par elles-mêmes un effet positif sur la productivité du travail en encourageant les salariés à faire plus d'efforts.

Les allocations de chômage constituent aussi un salaire différé et relèvent, à cet égard, d'une problématique identique à celle des pensions de retraite. De plus, elles facilitent les démarches de recherche d'emploi des chômeurs, en leur permettant par exemple de financer leurs déplacements, et leur évitent d'avoir à accepter trop vite des emplois qui ne correspondent pas à leur qualification. Elles contribuent ainsi à un meilleur ajustement de l'offre et de la demande d'emplois, ce qui est favorable à la productivité des entreprises. En sens inverse, elles constituent aussi un « salaire de réserve » qui, s'il est trop élevé, peut conduire les chômeurs à refuser des emplois qui correspondent à leur qualification et à s'installer dans un chômage de longue durée, qui réduit progressivement leur productivité, donc aussi celle des entreprises qui finissent par les embaucher. L'impact, positif ou négatif, des allocations de chômage sur la productivité des entreprises dépend des caractéristiques de leur barème et de leur évolution en fonction de la durée du chômage.

Enfin, les allocations familiales, dans la mesure où elles favorisent la natalité, ont un impact socio-économique positif en relevant la croissance potentielle à long terme. Les entreprises ne peuvent qu'en bénéficier, mais cet effet est indirect et lointain pour elles. Ces dépenses sociales sont probablement celles qui ont le moins d'impact sur la productivité des entreprises.

■ L'enjeu de l'efficacité des dépenses sociales pour la productivité des entreprises

Supprimer les dépenses publiques inefficaces, dans le domaine social ou ailleurs, est le meilleur moyen d'améliorer la compétitivité des entreprises. Leur suppression permet en effet de réduire le déficit public sans augmenter les prélèvements obligatoires, ou de diminuer ces prélèvements si les finances publiques sont déjà équilibrées, sans affecter la productivité des entreprises puisqu'il s'agit de dépenses inefficaces.

Les dépenses de protection sociale représentaient 32 % du PIB en France en 2010 contre 27 % dans l'Union européenne et 28 % en Allemagne, selon Eurostat. Ces ratios suggèrent qu'elles peuvent être fortement réduites tout en gardant un niveau de protection sociale équivalent à celui de nos voisins.

Plus précisément, selon les données de l'OCDE pour 2010, si les dépenses publiques d'assurance maladie rapportées au PIB placent la France au premier rang de l'OCDE, les indicateurs de performance du système de santé n'y sont pas pour autant les meilleurs : nous sommes au 8e rang de l'OCDE pour l'espérance de vie (les deux sexes confondus) et au 17e rang pour la mortalité infantile (en mettant au premier rang le pays où elles sont les plus faibles).

Les pensions de retraite sont plutôt plus généreuses en France, où elles représentaient 14,6 % du PIB

en 2010, contre 11,3 % en moyenne dans l'Union européenne et 10,8 % en Allemagne. C'est aussi le cas des indemnités de chômage : 1,7 % du PIB en France, contre une moyenne de 1,1 % dans l'Union européenne et 1 % en Allemagne.

La loi de programmation des finances publiques pour la période 2012-2017 prévoit un ralentissement sans précédent des dépenses : elles augmenteraient en volume de 0,5 % par an sur la période 2014-2017

alors que leur croissance était supérieure à 2 % en moyenne annuelle pendant les années 2000-2010. Les dépenses sociales en représentant plus de la moitié, des réformes ambitieuses devront être mises en œuvre pour ralentir fortement leur progression. La compétitivité et la productivité des entreprises en seront plus sûrement améliorées que par une redéfinition aux effets incertains de l'assiette des prélèvements obligatoires affectés au financement de la protection sociale.

LA GESTION DU RISQUE EN ASSURANCE SANTÉ : FIN DE LA RÉCRÉ !

Didier Bazzocchi

Directeur général délégué Santé & Prévoyance, Covéa

Marianne Binst

Directrice générale, Santéclair

Rembourser un pourcentage de ce que la sécurité sociale rembourse en ajustant sa prime chaque année aux dépenses : ce fut longtemps le métier de l'assurance complémentaire santé en France. Aucune place pour la gestion du risque dans un tel système. Mais le contexte change. Les prix des professionnels de santé sont de plus en plus libres et s'ajustent aux garanties d'assurance des clients ; et ceux-ci n'acceptent plus de payer leur prime d'assurance plus cher année après année sans véritable valeur ajoutée.

Le modèle ancien n'est plus tenable. Il faut recréer de la complicité entre la complémentaire santé et son client pour bâtir une nouvelle vision de la gestion du risque en santé : aider son client à consommer pour sa santé à bon escient, au juste prix et avec une qualité maîtrisée. Ce nouveau métier se met en place et sera au cœur des évolutions de l'assurance santé en France.

Une gestion du risque en complémentaire santé réduite à sa plus simple expression

Depuis 1945, l'assurance complémentaire santé en France est cantonnée à la couverture du petit risque. Elle est venue compléter le remboursement de la Sécurité sociale par des forfaits ou des coefficients multiplicateurs.

Les grosses dépenses sont donc restées longtemps remboursées par le seul régime obligatoire (hospitalisation, longue maladie), la complémentaire santé ayant eu, comme son nom l'indique, un rôle subsidiaire sur des postes qui relevaient souvent plus d'une logique de consommation (dentaire, optique, médecine de ville, etc.) que d'une logique de « risque ».

Dans ce contexte, la gestion du risque a essentiellement consisté à ajuster globalement la cotisation en fin d'année à la dépense observée. Cet exercice est simple car les cycles de consommation en santé sont courts et il n'y a que peu d'aléa sur les dépenses courantes.

En outre, l'élaboration des tarifs est très contrainte. Il n'y a pas de sélection à l'entrée ; le tarif ne peut pas juridiquement être individualisé en fonction du profil de risque du souscripteur et ce tarif est collectif : aucune résiliation individuelle n'est possible du fait de l'assureur. La lutte contre la fraude est aussi très peu développée par les organismes complémentaires. La plupart considèrent que ce rôle revient aux régimes de base de la Sécurité sociale.

Dans ce contexte de faible possibilité de différenciation par l'offre, le réseau de distribution, le marketing et la notoriété de la marque sont déterminants. Il s'agit avant tout d'être présent sur l'ensemble du territoire au plus près des assurés, d'être capable de créer des événements marketing attractifs et de faire connaître sa « marque », à laquelle le consommateur attribuera une valeur même si l'offre est peu différenciée. L'assurance complémentaire santé est donc encore vue par l'assureur et le client comme un produit de consommation courante où l'aléa est faible. L'assureur ajuste sa cotisation au risque constaté et le client ajuste son contrat à sa consommation anticipée.

De nombreux facteurs viennent toutefois bousculer ce modèle

Les prix en santé sont longtemps restés administrés, mais, depuis une dizaine d'années, des catégories entières d'actes et de prestations de santé se sont vu reconnaître une liberté tarifaire. Il ne s'agit pas uniquement de l'optique, des prothèses dentaires ou des dispositifs médicaux mais aussi, désormais, de l'hospitalisation (chambre particulière et dépassements d'honoraires), de la médecine de spécialité, voire de certaines prestations de généralistes. Les médicaments ont aussi suivi le mouvement puisqu'ils sont de plus en plus nombreux à sortir du champ de prise en charge par la Sécurité sociale.

On constate très souvent, dans ces domaines où la liberté tarifaire prévaut, que le prix n'est pas stable mais qu'il s'ajuste désormais en fonction de la localisation du service, des revenus des assurés ou de leur niveau de garanties.

C'est bien sûr le cas en optique ou en dentaire mais, ce qui est plus surprenant, ça l'est aussi très souvent en chirurgie ou en médecine de ville. Les médecins considèrent le plus souvent que la notion de « tact et mesure » figurant dans le code de déontologie consiste à adapter leurs tarifs aux niveaux de prise en charge par l'assureur ainsi qu'aux signes extérieurs de solvabilité de leur patient. Il s'agit là d'une forme de redistribution en fonction des garanties couvertes et du revenu supposé. À première vue, on pourrait s'en satisfaire ! Mais cette pratique conduit à la généralisation d'une médecine à plusieurs vitesses ainsi qu'à un paradoxe pour l'exercice du métier d'assureur santé. En effet, si l'assuré dispose de peu de moyens, il va choisir un contrat à faibles garanties qui lui laissera très souvent un fort reste à charge, c'est-à-dire une différence élevée entre la dépense qu'il aura engagée et la somme des remboursements versés par la Sécurité sociale et par son assurance complémentaire. Si en revanche le client dispose d'un budget important ou s'il est couvert par un contrat collectif généreux, il aura peu de reste à charge, mais le contrat d'assurance connaîtra année après année une forte inflation tarifaire, car les professionnels de santé auront appris à ajuster leurs prix au niveau des garanties du contrat.

Ce paradoxe est source d'insatisfaction, aussi bien pour les adhérents à des contrats d'entrée de gamme, et qui doivent assumer un reste à charge élevé, que pour les parties prenantes de contrats généreux dont les cotisations augmentent année après année sans véritable amélioration des garanties.

Le contexte de crise dans lequel nous nous trouvons accroît encore cette insatisfaction : les budgets se tendent et les hausses des tarifs des assurances complémentaires santé, bien supérieures à l'inflation, sont de moins en moins faciles à faire accepter.

Les tarifs des professionnels de santé sont eux aussi sur la sellette. Leur variabilité est mise en évidence sans démontrer systématiquement de justification professionnelle nette. Les journalistes enquêtent. L'opinion s'interroge. Quel est le « juste prix » ? Existe-t-il un lien de cause à effet entre prix et qualité ? Comment expliquer ou justifier une telle hétérogénéité dans les pratiques tarifaires ?

Le développement d'Internet et des comparateurs accentue encore la demande de transparence. Dans un marché de l'assurance santé quasi saturé, ces nouveaux outils permettent aux clients d'identifier les garanties les moins chères. Sans être aussi développé, le même phénomène existe à l'égard des professionnels de santé. Le prix qui était jusqu'à présent caché derrière la porte de la salle d'attente fait son apparition sur « Ameli-direct », le site de comparaison tarifaire de la Sécurité sociale. De très nombreux palmarès sur la qualité des hôpitaux sortent chaque année dans la presse ou sur Internet, montrant ainsi aux consommateurs que, si le prix est variable, la qualité peut l'être tout autant. Il n'est plus tabou de mettre les professionnels et les établissements de santé en concurrence. Il n'est plus choquant de penser que le diplôme n'est pas une garantie absolue de qualité.

Les innovations en matière de santé et les évolutions des attentes exprimées par les consommateurs fragilisent également le modèle classique de gestion du risque en santé. De plus en plus de champs de soins échappent totalement aux remboursements de la Sécurité sociale (implants dentaires, parodontologie, chirurgie de la myopie et implants oculaires, médecines douces, actes de prévention, diététique, etc.). L'expansion des dépassements d'honoraires et l'inflation des prix des biens et services non remboursés par la Sécurité sociale grèvent le budget des ménages. Ces évolutions confrontent l'assureur santé à son cœur de métier : quelle part doit-il prendre dans le financement de ces innovations ou de ces nouveaux modes de consommation ? À quel prix et avec quels contrôles ?

Le nouveau visage de la gestion du risque en santé

Avec la généralisation de la couverture santé des salariés et les perspectives de mise en place d'une couverture complémentaire de base à caractère universel, le marché de la complémentaire santé va se modifier et les acteurs ne pourront plus se contenter de prolonger les tendances de la décennie précédente. La différenciation par la seule qualité des réseaux de distribution, par la notoriété de la marque ou par le prix ne suffira plus. La concurrence se jouera non seulement entre les assureurs complémentaires santé mais aussi dans la décision des particuliers de s'autoassurer et dans le choix des entreprises de couvrir les salariés au-delà du niveau minimum obligatoire. La capacité des assureurs santé à apporter une réelle valeur ajoutée au client et à reconsidérer la notion de « risque » sera un des éléments déterminants de la pérennité de leur activité.

Le changement de paradigme est immense. Il s'agit dorénavant d'aider le client à bien acheter, dans l'intérêt de la collectivité des assurés à laquelle il a pris part, ainsi que dans son intérêt individuel – par l'efficacité des soins qu'il reçoit et par la maîtrise de ce qui reste à sa charge – c'est-à-dire « à bon escient, au bon prix et en garantissant une bonne qualité ».

Si l'on repose ainsi la notion de « risque » en assurance santé, on peut retrouver de la valeur ajoutée pour les assurés et de la différenciation entre les concurrents. Une réelle complicité peut également se nouer entre l'assureur et l'assuré, chacun poursuivant le même objectif : « une juste consommation, au juste prix, avec pas ou peu de reste à charge ». Les systèmes d'analyse de devis et d'accès à des réseaux de professionnels de santé partenaires concourent directement à cet objectif :

- l'analyse de devis constitue un premier niveau de service au client de l'assureur complémentaire.

Le prix qu'il s'apprête à payer est-il cohérent par rapport au marché ou alors bien trop élevé ? Dans un domaine où les tarifs sont libres et où les clients n'ont aucun point de repère, répondre à cette question apporte un véritable service ;

- les réseaux de distributeurs de biens médicaux constituent également un outil très utile pour les assurés. Le principe est simple : obtenir des tarifs très avantageux grâce à l'effet lié au volume d'achat tout en contrôlant la qualité de l'acte et sa traçabilité.

En optique, par exemple, nous obtenons chez Santéclair, forts de nos 6,5 millions d'assurés, une baisse de 40 % sur les tarifs des verres par rapport au prix moyen du marché. Nous rejetons les options qui n'apportent rien au client (verres amincis pour des petits défauts de vision, par exemple, ou verres antireflets pour de jeunes enfants) et nous contrôlons la qualité de la prestation fournie au client (conseil, montage, amabilité, etc.) ainsi que la traçabilité (le verre facturé est-il bien le verre livré au client ?). Dans le contexte du réseau, nous contrôlons aussi la fraude (vente fictive, adaptation de la facture à la garantie, etc.). Si ce travail concernant le professionnel de santé est effectué de façon rigoureuse par une plateforme de management de la santé, comme l'est Santéclair, l'assureur peut alors retrouver une capacité à concevoir des garanties cohérentes avec une « consommation raisonnée ».

En optique, l'assureur peut remplacer des garanties au forfait ou en pourcentage de la prise en charge par la Sécurité sociale par des garanties « en nature » sans reste à charge pour les clients, tout en adaptant son offre « frais réels » à tous les budgets. Ces garanties peuvent être haut de gamme (frais réels sur tous les verres, quelles que soient les options) ou accompagner des budgets plus modestes (frais réels sur des verres unifocaux ou progressifs, selon le besoin visuel, mais avec uniquement les options indispensables, moins d'aminci ou moins d'antireflet, par exemple). Puisque les prix sont préalablement négociés, la notion de « frais réels » n'entraînera pas une inflation du tarif de vente du professionnel.

Dans ce type de garantie, on peut aussi mieux encadrer la fréquence de consommation. Un client mieux couvert acceptera plus facilement un renouvellement tous les deux ans de ses lunettes, car cela apportera une réponse « normale » à ses besoins.

Ce type de contrat rétrocède au client une partie du gain obtenu à l'issue de la négociation dans le réseau. Le client à petit budget ayant acheté une garantie à un tarif peu élevé est ainsi susceptible de n'avoir aucun reste à charge ; quant au client d'un contrat haut de gamme, il reste très bien couvert mais sans avoir à supporter d'augmentation régulière de ses cotisations. Cette approche est très efficace dans les domaines d'achat d'une prestation et d'un matériel, comme en dentaire, en optique ou en audioprothèse. Elle permet d'atteindre simultanément un double objectif : d'intérêt collectif, en modérant le coût technique d'une prestation optimale, et d'intérêt individuel, en minimisant le reste à charge pour l'assuré. Sur ces segments, l'avantage pour le client est évident. Bien que certaines organisations de professionnels de santé aient tenté de multiplier les obstacles visant à empêcher le développement des réseaux de professionnels partenaires, ce métier de la gestion du risque s'est maintenant installé dans l'univers de l'assurance santé, et les usagers se sont désormais appropriés ces outils d'accès aux soins.

En ce qui concerne la médecine de ville ou l'hospitalisation, les approches de « réseaux » seront de nature différente. Les obstacles sont encore plus forts. Certaines organisations professionnelles voient en effet d'un très mauvais œil les assureurs complémentaires santé devenir des « acheteurs éclairés » pour le compte de leurs clients. De nombreux obstacles sont d'ailleurs déployés pour les en empêcher, à commencer par la quasi-impossibilité pour les usagers et pour leur assurance complémentaire d'accéder en toute transparence aux données concernant les tarifs des professionnels ou la qualité des soins. Pourtant, l'assureur complémentaire santé peut, là aussi, apporter un service à forte valeur ajoutée pour ses clients, sans pour autant restreindre le libre choix du patient. Par exemple, lorsqu'il les aide à comparer la qualité de

différents services d'hospitalisation, pour une pathologie ou pour une intervention chirurgicale donnée, et à mettre celle-ci au regard des dépassements d'honoraires pratiqués, l'assureur apporte une information qui permettra au patient d'effectuer un choix non seulement libre mais aussi éclairé. En outre, on constate une inflation considérable des coûts d'hospitalisation à la charge des assureurs santé et des patients, ainsi que des écarts de prix importants selon les différentes formes d'hospitalisation. Les niveaux de prix atteints sont ainsi constitutifs de risques élevés de renonciation aux soins. Notre rôle d'assureurs responsables est donc d'apporter à nos clients des réponses pertinentes à ces besoins, en conciliant contrôle de la qualité des soins, respect du libre choix des patients et nécessaire maîtrise des coûts pour nos assurés. Tel est le prochain grand sujet de gestion du risque en santé de ces prochaines années.

C'est un autre métier et c'est un beau métier

En faisant évoluer ainsi la gestion du risque en santé, l'assurance complémentaire s'installe dans le rôle qui sera le sien demain, c'est-à-dire lorsqu'une assurance complémentaire de base à caractère universel sera venue compléter le service universel de sécurité sociale qui a été mis en place en 1999 avec la création de la CMU.

Aider l'assuré à prendre soin de sa santé en lui fournissant des outils de prévention personnalisée ou de l'information pour se repérer dans l'offre de soins, en mettant à sa disposition des palmarès, des étalonnages (*benchmark*) et des guides, en lui offrant la possibilité de payer les soins et les biens médicaux moins cher tout en sécurisant la qualité des soins et des biens délivrés au sein de réseaux de partenaires : telles sont les activités de gestion du risque que les assureurs santé sont appelés à développer au service de leurs clients. Ce positionnement donne au métier de l'assurance santé une valeur ajoutée qui ne peut pas être facilement remplacée. Il procure un avantage

concurrentiel durable, car un bon niveau de pilotage des réseaux et d'aide au repérage dans l'offre de soins ne peut pas être copié facilement, tant la barrière à l'entrée est importante.

Pour réussir dans ces nouveaux modes de gestion du risque, il faudra disposer d'un volume important d'assurés – un ordre de grandeur de 10 millions nous semble constituer une masse critique –, avoir appris à communiquer avec ses clients sur ces services et ces nouveaux contrats de manière simple et convaincante, et savoir piloter de multiples réseaux de professionnels de santé. Dans ce contexte, les outils de tarification trouveront une nouvelle complexité : il ne suffira plus de constater une dépense, il faudra être capable de la projeter dans de nouveaux parcours de soins rendus incitatifs. Au final, tout en rendant certains assureurs santé plus compétitifs que d'autres, cette nouvelle façon d'organiser la gestion du risque en santé aura un double impact :

- un impact sur les renoncements aux soins pour raisons financières, qui portent essentiellement aujourd'hui sur les lunettes, le dentaire, l'audioprothèse. À l'avenir, on peut craindre que certaines spécialités médicales et chirurgicales deviennent difficilement accessibles à une part significative de nos concitoyens, malgré l'existence d'un service universel d'assurance maladie. En développant des partenariats sur la qualité et sur les prix avec les professionnels de santé, les assureurs complémentaires santé contribueront à un meilleur accès de tous les assurés à des soins de qualité ;
- par ailleurs, en introduisant plus de transparence, les métiers de la gestion du risque favorisent la modernisation des organisations et l'efficacité du secteur de la santé. Ils permettent aux citoyens de devenir les acteurs de leur santé et de maîtriser leurs dépenses, et contribuent ainsi directement à l'usage raisonné de ce bien collectif qu'est notre système de santé.

Une démarche citoyenne et humaniste qui trouve toute sa place dans cette nouvelle façon de concevoir le métier de la gestion du risque en santé.

ASSURANCE COLLECTIVE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : ACTUARIAT ET GESTION DU RISQUE DANS L'ENTREPRISE

Éric Demolli

Directeur technique, Health & Benefits, Mercer

Rova Rakotoarson

Consultante doctorante, Health Management, Mercer

L'assurance collective complémentaire santé d'entreprise est un vecteur majeur d'accès aux soins en France, appelé à se généraliser à l'ensemble des salariés, et qui est difficile à piloter par les entreprises du fait des contraintes réglementaires qui le régissent. Le data mining ⁽¹⁾ et la modélisation actuarielle et statistique appliqués aux données de gestion des prestations d'assurance collective ont des applications en termes de pilotage économique et de gestion des risques santé de l'entreprise dont l'efficacité ne fait que croître.

Spécificités de l'assurance collective santé d'entreprise en France

L'assurance collective santé d'entreprise est l'un des principaux outils de l'assurance des soins de santé des salariés et de leur famille en France. 60 % des salariés bénéficient d'un tel contrat d'assurance souscrit par leur employeur ⁽²⁾. Ce sont ainsi 11 millions de salariés qui bénéficient de ce type de contrat, ainsi que dans une large mesure leur famille.

Le développement de ce type de contrat a été fortement encouragé par le cadre réglementaire français, et notamment par la possible déductibilité fiscale et sociale des cotisations des contrats obligatoires

(lettres circulaires DSS du 30 janvier 2009, circulaire Acooss du 24 mars 2011, l'instruction fiscale SF-15-05 du 15 novembre 2005), qui représente une incitation forte pour les employeurs à la mise en place de cette forme de protection sociale, celle-ci étant naturellement fortement demandée par les salariés.

Les évolutions du débat social et de la réglementation en France contribuent à étendre le champ de ce type de contrat, voire à l'universaliser à l'ensemble des salariés du secteur privé dans toutes les phases de leur carrière :

- l'article 4 de la loi Évin (loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989) crée un cadre juridique de continuation de la couverture collective pour les retraités ;
- l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 a étendu le bénéfice des contrats d'entreprise avec

contribution patronale aux salariés en rupture de contrat de travail, pour une période de neuf mois appelée à être étendue à douze mois ;

- de nombreuses conventions collectives de branche stipulent la mise en place d'une couverture minimum pour les salariés, précisée sous la forme d'un panier de soins détaillé (il existe ainsi 60 régimes de branche en santé à la fin de l'année 2012) ;

- et, surtout, l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 intime aux branches l'ouverture de négociations concourant à la mise en place d'une couverture collective obligatoire pour tous les salariés.

Si l'ampleur actuelle et à venir de cette forme de protection sociale en France est indéniable, on doit mettre en exergue des particularités significatives de l'assurance collective santé d'entreprise en France, lesquelles s'inscrivent d'ailleurs pleinement dans le cadre de la déductibilité fiscale et sociale des cotisations :

- L'assurance collective est complémentaire de la sécurité sociale. Cette complémentarité s'entend sur la nature des soins remboursés, dont une part est prise en charge par la Sécurité sociale, et une autre part par le régime d'entreprise, et également sur le cadre d'attribution et de facturation de ces soins (dans le parcours de soins ou hors parcours de soins). Les exceptions à cette complémentarité sont limitées.

- L'assurance collective respecte des contraintes de remboursement décrites par le panier de soins et les règles du « Contrat solidaire et responsable ».

- L'assurance collective a un mode de financement homogène par catégorie objective de personnel (taux de cotisation et participation patronale uniformes), qui s'inscrit dans le caractère collectif nécessaire à la déductibilité fiscale et sociale.

L'assurance collective complémentaire santé est donc particulièrement contrainte du point de vue réglementaire, ce qui marque des différences significatives :

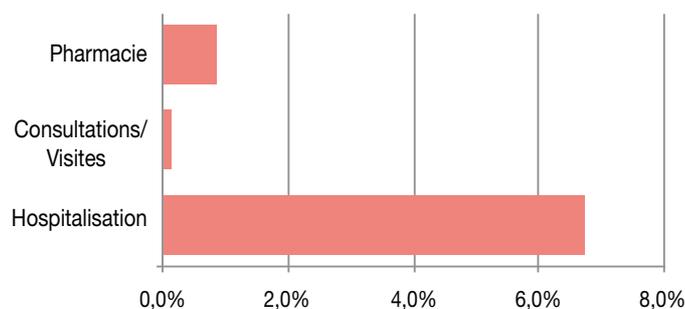
- avec les contrats collectifs santé d'entreprise dans les autres pays, qui peuvent être délimités par champ de pathologies ou type de soins, comprendre des franchises et des engagements annuels maxima, toutes modulations étant interdites en France du fait du principe de complémentarité (si la Sécurité sociale paie, la complémentaire paie !)

- avec les autres formes d'assurance de l'entreprise concernant les dommages aux biens et la responsabilité civile, par exemple, qui permettent de moduler les choix d'autoassurance et de transfert de risque.

Des spécificités réduisant les latitudes de pilotage économique et de gestion du risque

La complémentarité de l'assurance collective à la sécurité sociale influe fortement sur son pilotage économique, tant dans le sens d'une augmentation des prestations (reports de charges liés à certaines baisses de taux de remboursement, négociations à la hausse des tarifs conventionnels) que parfois dans le sens de la maîtrise (efficacité de certaines politiques publiques), ce qu'illustre le graphique 1 ci-dessous.

Graphique 1 - Evolution annuelle moyenne des prestations complémentaires santé - période 2007 - 2012



Source : Baromètre santé Mercer, octobre 2011.

On observe ainsi que les politiques publiques sur le parcours de soins et la promotion des génériques ont fortement contenu la croissance des remboursements complémentaires des consultations et des médicaments. En revanche, l'encadrement de la tarification hospitalière à l'acte (CCAM ⁽³⁾) a motivé de la part des établissements une recherche de marge additionnelle (facturation des chambres particulières, dépassements d'honoraires...) qui s'est trouvée solvabilisée par les contrats d'entreprise.

L'économie des contrats collectifs complémentaires santé d'entreprise et donc les cotisations salariales et patronales dépendent ainsi pour une large part de négociations à l'échelle nationale auxquelles les entreprises ne sont pas associées et qui sont loin de répondre au souci que ces dernières et leurs partenaires sociaux expriment concernant la santé des salariés.

Largement répandus dans le monde, non seulement en Europe ou Amérique du Nord, mais également dans les pays émergents, les contrats collectifs santé d'entreprise sont en effet fondés sur le consensus d'un avantage partagé :

- sur la protection en matière de santé que recherchent les salariés ;
- sur la santé des salariés, contributive de leurs performances, que recherchent les employeurs.

À titre d'exemple, on peut citer la prise en charge de la trithérapie pour le traitement du HIV dans certains contrats collectifs en Afrique subsaharienne, dont l'intérêt pour le salarié est évident, l'intérêt pour l'employeur étant d'éviter des coûts de recrutement et de formation liés au remplacement des salariés malades.

L'assurance collective santé d'entreprise apparaît ici clairement comme un moyen de minorer les conséquences des risques auxquels les salariés sont exposés, et donc comme un instrument de gestion du risque.

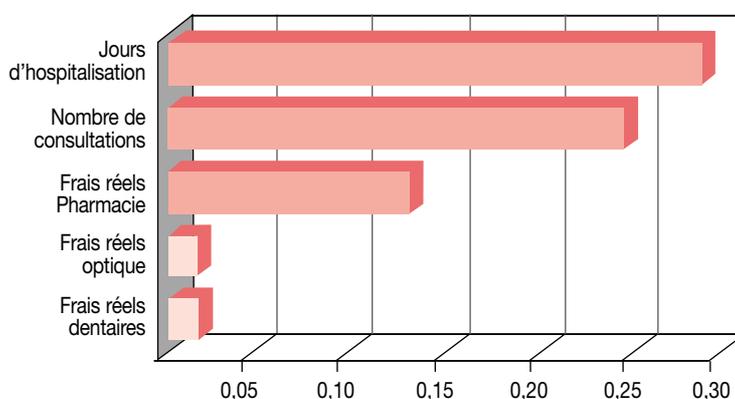
Mais cela suppose d'une part que l'entreprise ait identifié les risques sanitaires auxquels sont exposés les salariés, et d'autre part qu'elle ait la latitude d'organiser la prise en charge assurancielles dans le sens d'une efficacité recherchée.

Or, le cadre assurantiel français n'accorde guère ou limite ces latitudes. On rappellera en premier lieu que ni les assureurs complémentaires ni a fortiori les entreprises ne disposent de données médicalisées sur les soins remboursés aux salariés ⁽⁴⁾.

En second lieu, les principales latitudes d'organisation et d'encadrement des soins à travers les contrats collectifs d'entreprise portent sur les équipements optiques et les prothèses dentaires, principalement parce que les conventions limitées signées entre la Sécurité sociale et les professionnels de santé concernés sont faibles et réservent la principale part des remboursements aux contrats complémentaires.

Si de longues négociations sociales sont réservées au calibrage des garanties optiques et dentaires, on peut constater, à travers le graphique 2 ci-dessous, que l'employeur n'en perçoit guère de retour de performance de ses salariés.

Graphique 2 - Salariés de 30 à 40 ans - Corrélation du nombre de jour d'absence et de la consommation de soins



Source : Baromètre santé Mercer, juillet 2012.

En effet, la corrélation des prestations optiques et de l'absence au travail des salariés est presque nulle, et il est clair que l'assurance est en l'occurrence un instrument de financement des équipements optiques mais pas un instrument de réduction des risques associés au capital humain.

La comparaison des pratiques françaises et internationales sur l'organisation des contrats santé d'entreprise laisse penser que le couplage de la Sécurité sociale et de contrats collectifs déductibles a institué en France une culture d'assurance très fortement protectrice, et dont le coût élevé (la cotisation santé complémentaire représente couramment 2 % de la masse salariale) a dissuadé les investissements additionnels dans la prévention et la promotion de la santé des salariés.

Toutefois, si l'assurance collective complémentaire santé est un progrès social auquel les syndicats patronaux et salariés sont définitivement attachés, son fonctionnement actuel offre peu de visibilité budgétaire et ne délivre pas d'apport sur la maîtrise des risques santé dans l'entreprise (absentéisme, présentéisme⁽⁵⁾). Le *data mining* et les diverses techniques de valorisation des données permettent de poursuivre ces objectifs.

Le *data mining* : outil de pilotage et de gestion des risques d'entreprise en santé

La conjonction de la complémentarité de l'assurance santé d'entreprise en France et de l'émergence des échanges de données informatisées a conduit la Sécurité sociale, les assureurs complémentaires et leurs délégataires de gestion à partager des informations afférentes aux recours aux soins et aux remboursements par la Sécurité sociale des assurés à travers le protocole Noémie. Le protocole Noémie⁽⁶⁾ s'est étendu à la transmission des indemnités journalières maladie,

accident du travail et maternité.

Les assureurs et leurs délégataires disposent ainsi de très grandes sources d'information sur le recours aux soins et l'absence au travail des salariés.

À titre indicatif, l'assurance collective de 500 000 salariés et de leur famille représente l'enregistrement informatique d'environ 15 000 000 de remboursements médicaux et 150 000 arrêts de travail pour cause de maladie ou d'accident du travail par an.

En dépit des limites sus-évoquées, différentes techniques informatiques, statistiques et actuarielles permettent de retirer de ces gigantesques bases (le *cost side*) des informations décisionnelles sur le pilotage des régimes et la santé des salariés (le *value side*).

■ La modélisation des données comme levier de pilotage des régimes

L'ensemble des informations disponibles permet de modéliser le volume des prestations annuelles de chaque contrat collectif complémentaire santé sous la forme :

$$\sum f_{ij} m_{ij}$$

où i et j représentent respectivement les individus assurés et les types de soins.

Les fréquences f_{ij} sont fonction de l'âge, du genre, de la localisation géographique, du secteur d'activité. Pour les soins sur lesquels l'intervention de la Sécurité sociale est importante (hospitalisation, médecine de ville), les fréquences ne sont pas modélisées comme fonction du niveau de la garantie associée à chaque soin. Les études de l'Irdes ont montré que le fait d'avoir une complémentaire ou pas influait sur le renoncement aux soins et donc sur la fréquence du recours aux soins, mais que le niveau de garantie a beaucoup moins d'influence.

Les montants m_{ij} sont fonction de la localisation géographique et surtout du montant, voire de la forme de la garantie. Il y a en effet une élasticité plus ou moins grande entre le montant de la garantie et le montant des soins achetés.

Ce modèle, estimé par des méthodes économétriques classiques, donne une première idée des besoins de financement d'un contrat collectif et de son évolution en fonction de changements structurels (démographique : vieillissement, embauches, absorption d'une entité), ou au regard d'ajustements de garanties ressortant de la négociation sociale ou de la réglementation.

L'entreprise dispose ainsi d'une vision prospective de l'évolution de la masse des prestations, donc de ses conditions tarifaires.

Dès lors que l'on dispose d'un historique suffisamment important de données de prestations sur le contrat de l'entreprise, des techniques de simulation simple (analyses « AS IF ») permettent de mesurer l'efficacité financière et sociale de certaines mesures d'encadrement de la consommation médicale. Ainsi, une garantie d'un équipement optique tous les deux ans, dont les verres sont remboursés en fonction du niveau de correction, constituera une garantie respectant les consignes médicales (surveillance de la vue tous les deux ans), laissant peu de reste à charge aux salariés et n'induisant pas de croissance des prestations optiques. À l'inverse, une garantie forfaitaire « verres + montures » sans limitation du nombre d'achats par an conjugue en général insuffisance médicale et dérive consumériste.

En synthèse, si les effets des discussions nationales sur la gestion des soins en France et sur la résorption des déficits sont subis par l'entreprise, l'économie et l'efficacité de sa couverture collective complémentaire santé peuvent être pilotées et donc discutées dans le cadre du dialogue social, par le levier de la valorisation statistique et actuarielle de ses données d'assurance propres.

De la cartographie des risques à la promotion de la santé des salariés

L'assurance collective complémentaire santé est un remarquable outil d'accès aux soins, dont les salariés bénéficient dans des conditions financières très favorables du fait de la participation de l'employeur et de la défiscalisation des cotisations. La conjonction des remboursements Sécurité sociale et complémentaires permet aux salariés d'accéder aux soins sans assumer de reste à charge dans la plupart des cas pour ce qui concerne la médecine de ville (consultations, analyses, médicaments) et l'hospitalisation, même lorsque des dépassements d'honoraires sont pratiqués.

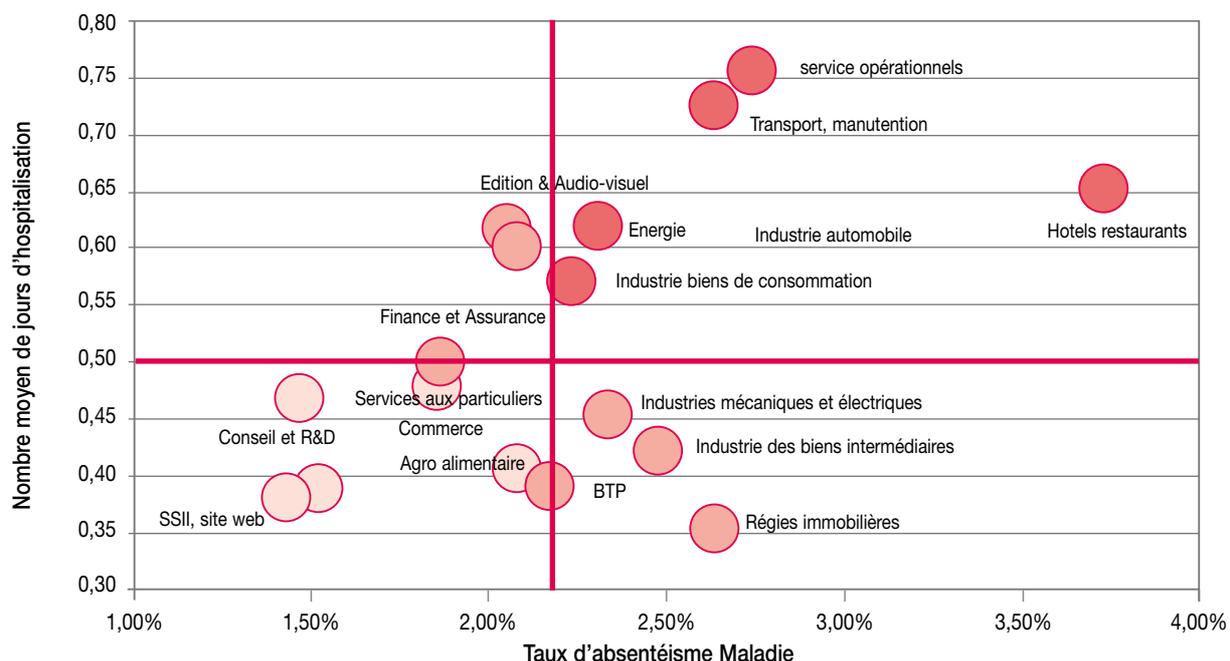
Est-ce pour cela que l'assurance collective complémentaire santé est un outil efficace de gestion des risques santé dans l'entreprise ?

Le croisement de certaines données d'absence au travail et de recours aux soins semble le démentir (voir graphiques 3 et 4 page 42).

On note ainsi de fortes disparités des secteurs d'activité tant en termes d'absentéisme qu'en termes de recours à l'hospitalisation. Ces disparités recouvrent des différences démographiques (âge, genre) et des différences de pénibilité d'un secteur à l'autre, mais elles ne traduisent pas d'hétérogénéité des conditions d'assurance santé d'entreprise, celles-ci, dans la quasi-totalité des cas, prenant en charge le forfait journalier hospitalier et tout ou partie des honoraires hospitaliers.

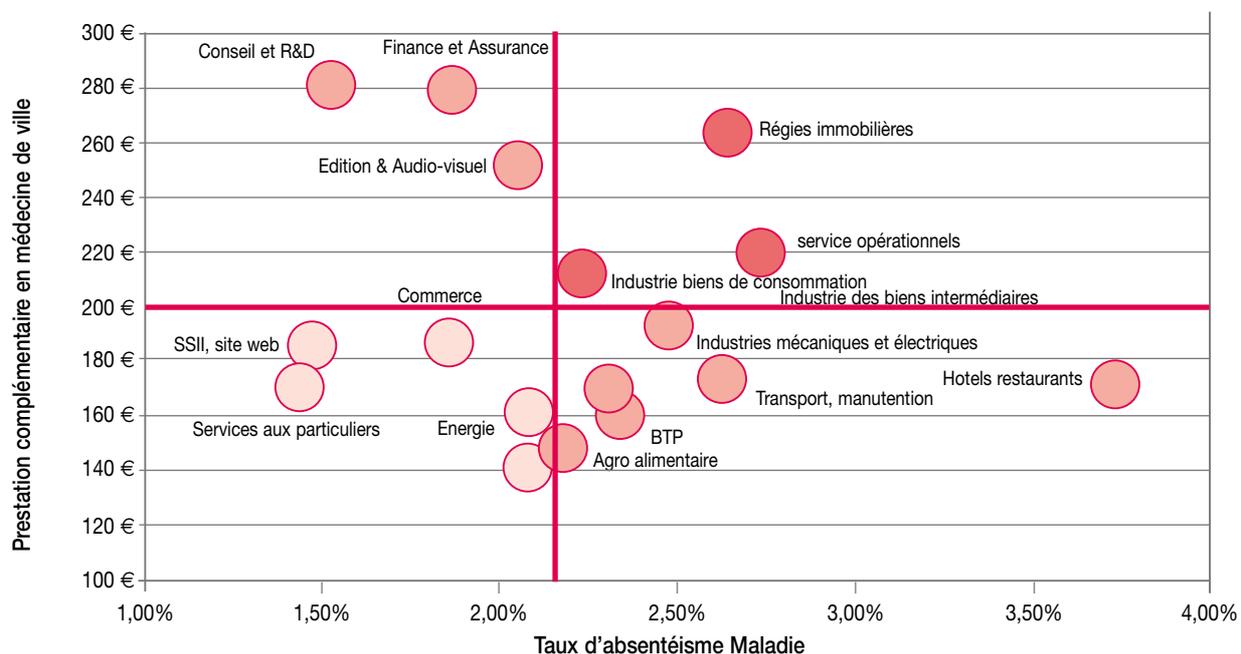
En revanche, une analyse dans le même paradigme du recours aux soins de médecine de ville marque certainement de fortes différences culturelles dans le recours aux soins et l'utilisation de l'assurance.

Graphique 3



Source : Baromètres santé Mercer, avril et juillet 2012.

Graphique 4



Source : Baromètres santé Mercer, avril et juillet 2012.

Lecture des graphiques 3 et 4 :

Ces graphiques sont issus de requêtes de *data mining* sur un portefeuille de contrats collectifs de 300 entreprises de plus de 50 salariés, représentant en tout un effectif de 400 000 assurés, segmenté en 17 secteurs d'activité.

Ils croisent le taux d'absentéisme pour maladie de plus de 3 jours (indemnisé par la Sécurité sociale) avec respectivement le nombre annuel moyen de journées d'hospitalisation (graphique 3) et les coûts des prestations complémentaires en médecine de ville (graphique 4) par salarié et par secteur d'activité.

On note ainsi que les secteurs dont les salariés sont peu absents et peu hospitalisés (exemple : cabinets de conseil, recherche et développement) sont aussi ceux qui ont un recours élevé à la médecine de ville. Ce recours aux soins de ville est inverse des secteurs transport/manutention ou hôtellerie/restauration, qui sont très absents, ont faiblement recours à la médecine de ville et fortement recours à l'hospitalisation.

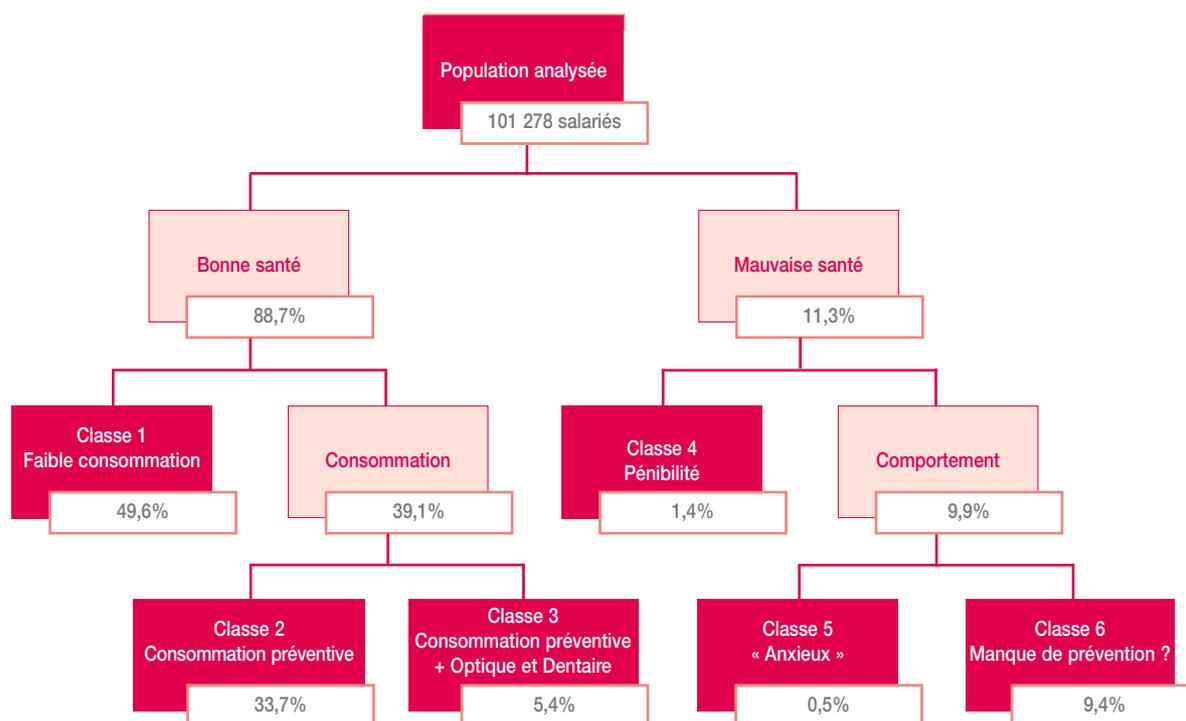
On observe donc, dans des conditions très proches d'assurance (de solvabilisation des assurés), deux usages du recours aux soins : à dominante préventive ou curative. Les deux usages ne renvoient pas aux mêmes coûts pour la collectivité, un usage curatif se traduisant

par un recours trop fréquent à l'hospitalisation cumulant les coûts d'arrêt de travail et de séjour et soins en établissement notoirement élevés.

On constate donc que des conditions d'assurance très proches ne renvoient pas nécessairement aux mêmes résultats en termes de santé et de maîtrise des risques de l'entreprise.

Des analyses multifactorielles du recours aux soins et de l'absence au travail des salariés sur une période de cinq années d'observation permettent de dégager des typologies de santé et de recours aux soins des salariés, comme l'illustre le schéma 1 ci-dessous (7).

Schéma 1

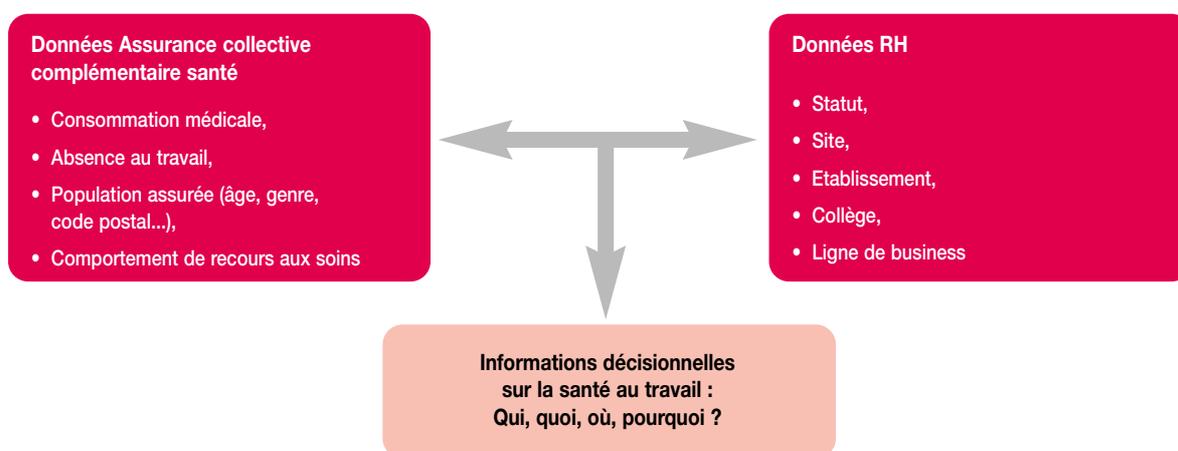


Source : Travaux de thèse sur panel Mercer, Rova Rakotoarson.

L'enjeu pour les entreprises sera donc des actions ciblées pour que certaines populations bonifient leur usage de l'assurance et qu'il en résulte une meilleure santé au travail. Pour cela, le croisement des données

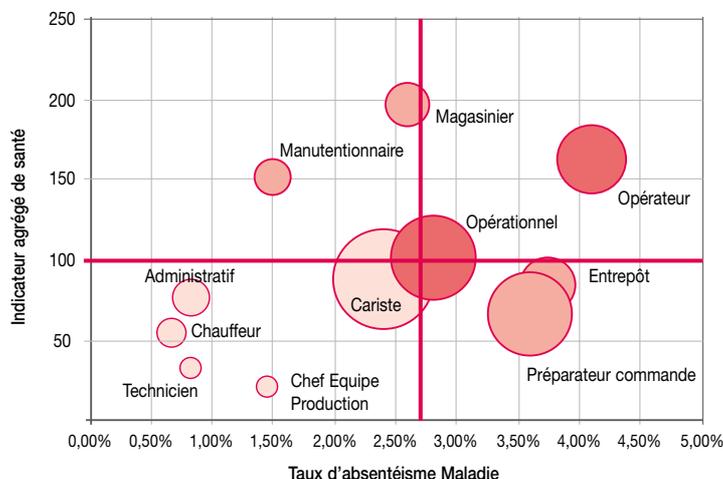
de l'entreprise et des bases de données de l'assurance complémentaire santé (voir schéma 2 page 44) est un moyen de cartographier les risques santé des salariés en fonction des spécificités métiers de leur cadre de travail.

Schéma 2



Le diagramme ci-dessous (graphique 5) est un exemple illustratif de la cartographie des risques santé que l'on peut déduire de ce type de croisement, concernant en l'espèce une entreprise du secteur transport et logistiques.

Graphique 5 - Cartographie Santé - Absentéisme - Ouvriers



Source : Analyse des risques d'une entreprise de logistique, Mercer.

En fonction des données disponibles au niveau du système d'information de l'entreprise, on dispose ainsi pour chaque catégorie de salariés :

- d'indications d'exposition au risque, traduite par la nature des consommations médicales : hospitalisation/médecine de ville, kinésithérapie (cf. troubles musculo-squelettiques...);

- de la typologie de consommation médicale : bonne / mauvaise santé, préventive / consumériste / curative.

Le recoupement de cette cartographie et des éléments d'audit qualitatifs des conditions de travail permettent de retenir les mesures correctives de gestion du risque adaptées :

- ergonomie du poste de travail ;
- management/organisation ;
- mode de vie (nutrition, addiction, exercice physique...).

Le retour de ces mesures correctives consiste en général en une réduction de l'absence au travail de courte et de longue durée, une modification du recours aux soins vers une consommation plus fréquente mais moins coûteuse... en fait en une réduction du coût total des risques associés aux catégories de personnel concernées.

Perspectives

Les apports de la modélisation actuarielle et statistique pour le pilotage de l'assurance collective complémentaire santé sont loin d'être épuisés, et leur champ d'intervention est doublement élargi, d'une part par la multiplicité des modèles désormais mis à disposition des actuaires (ainsi que des codes de programmation associés

accessibles souvent sous logiciel libre), d'autre part au regard des incessantes évolutions en cours (financement de la portabilité des droits par mutualisation dans le cadre de l'ANI du 11 janvier 2013, par exemple).

Notons toutefois que si ces techniques ont fait leurs preuves au niveau des entreprises, elles pourraient changer de paradigme si les régimes de branche avec recommandation ou désignation d'organismes venaient à se généraliser. Il appartiendrait alors au conseil d'administration de la branche d'exprimer des attentes en la matière d'autant plus élevées que les enjeux en seraient démultipliés.

En ce qui concerne l'utilisation du *data mining* dans l'assurance collective complémentaire santé pour la gestion des risques associés au capital humain, les techniques à mettre en œuvre n'ont pas la même maturité mais sans doute un champ d'extension plus large dans le domaine de la prévention et donc de la réduction globale des risques de l'entreprise.

Pour cela, des évolutions réglementaires pourraient comporter des mesures incitatives efficaces :

- enrichissement des données mises à disposition des assureurs complémentaires de composantes médicalisées ;

- aménagement du cadre de déductibilité fiscale et sociale des cotisations à des actions significatives de promotion de la santé au travail (cela pouvant être financé par des encadrements assuranciers plus forts, dans la prise en charge des dépassements d'honoraires, par exemple).

Notes

1. « *Exploitation des données* ».
2. *Source : baromètre Credoc – CTIP 2011.*
3. *Classification commune des actes médicaux.*
4. *L'article L. 161-29 du Code de la sécurité sociale institue la transmission de certaines données médicalisées aux Caisses nationales d'assurance maladie, mais les discussions avec l'Unocam n'ont guère progressé dans ce sens.*
5. *Le concept de présentéisme renvoie à la performance minorée des salariés du fait de pathologies ou de problématiques personnelles insuffisamment soignées ou résolues. Ce n'est pas l'inverse de l'absentéisme.*
6. *Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs.*
7. *Travaux de thèse de Rova Rakotoarson – chaire « Transitions démographiques, transitions économiques », Université Paris-Dauphine.*

SÉCURITÉ SOCIALE ET GESTION DU RISQUE

Mathias Matallah (1)

Président, Jalma

Membre de l'Institut des actuaires français

La loi de 2004 prévoyait une protocolisation des traitements concernant les affections de longue durée (ALD) et une remise en cause de l'exonération de ticket modérateur en cas de non-respect de celle-ci. Cette disposition essentielle n'a jamais été réellement mise en œuvre alors que personne ne conteste plus aujourd'hui le fait que l'hygiène de vie et l'observance d'un suivi et de traitements normés sont les fondements mêmes d'une gestion du risque performante. L'assurance maladie s'est engagée dans une voie moins contraignante, basée sur le volontariat, qu'elle teste actuellement au travers du programme Sophia à destination des diabétiques. Nous proposons de généraliser rapidement ce programme à l'ensemble des malades et des affections concernés puis de le rendre obligatoire une fois cette généralisation réalisée, l'objectif à plus long terme étant de parvenir à une application stricte de la loi de 2004.

Le système de protection sociale actuel s'est construit autour du principe de mutualisation des risques, lui-même fondé sur le postulat que, les risques encourus par chacun n'étant pas prévisibles, il était nécessaire de répartir équitablement leur indemnisation sous forme de cotisation auprès de chaque assuré. Cette règle fondamentale a été la clé de l'acceptation par tous du modèle, que l'on qualifie généralement de solidaire, selon lequel les bien-portants doivent financer l'accès aux soins des malades.

Les limites de la mutualisation

Ce modèle a malheureusement les défauts de ses qualités. S'il permet à tous d'accéder à un niveau de soins excellent moyennant une contrepartie financière limitée, il ne permet pas, en revanche, de responsabiliser les assurés

sociaux, et donc de réguler les dépenses. En souhaitant instaurer une politique de solidarité, ce système a induit tant chez les assurés que chez les professionnels de santé une forme d'aléa moral : le remboursement de prestations médicales et les revenus pour les professionnels qui s'en suivent sont considérés comme dus par le système et n'impliquent aucun devoir de la part de l'assuré ni du médecin, si ce n'est pour le premier le paiement de sa cotisation. Dans un système où le copaiement est assez faible du fait de l'existence d'une prise en charge complémentaire des soins courants et de la prise en charge à 100 % des ALD, et où la pratique médicale est très peu encadrée, l'essentiel de la dépense est piloté par les décisions du couple médecin-patient, sans considération spécifique pour l'intérêt général, la santé publique et la maîtrise des dépenses.

À titre d'exemple, si un diabétique non respectueux des règles hygiéno-diététiques de base s'est acquitté de sa cotisation, il pourra bénéficier de prestations de

qualité afin de soigner les complications liées à son hygiène de vie et sera même mieux remboursé qu'avant du fait de son statut ALD. De même, si un médecin décide, à rebours des recommandations médicales, de prescrire en première intention pour une hypertension bénigne un médicament particulièrement cher sans proposer ni régime hygiéno-diététique ni médicament de première ligne, aucune sanction ne vient le frapper.

Plus globalement, l'amélioration des connaissances en matière de santé et l'accélération extraordinaire de leur diffusion auprès des assurés sociaux remettent en cause les fondements mêmes de la solidarité. Il est aujourd'hui établi que la génétique et le mode de vie jouent un rôle déterminant dans l'état de santé des individus. Et que le seul levier réel est comportemental, en tout cas tant que l'on n'aura pas réellement mis sous contrôle les facteurs liés à l'hérédité, c'est-à-dire pas avant longtemps. Pourquoi voudrait-on dans ces conditions qu'un bien-portant, vivant sainement et doté de surcroît d'un excellent patrimoine génétique, accepte en toute connaissance de cause la mutualisation avec un individu en mauvaise santé, gros mangeur, fumeur, buveur et ayant tiré le mauvais numéro à la loterie génétique ? Surtout s'il sait que le mauvais élève bénéficiera d'un niveau de prise en charge bien supérieur au sien.

Vers un conditionnement de la prise charge

Il n'y a pas à long terme de réponse satisfaisante à cette délicate question, et il n'est pas exclu que les régimes de sécurité sociale vivent leurs derniers jours relativement paisibles. L'objectif des politiques publiques n'est pas d'inverser le cours des choses mais seulement de gérer le calendrier et de laisser au progrès technique le temps de se déployer. Une piste permettant de gagner du temps et de limiter la grogne des faibles « consommateurs » semble aujourd'hui être l'encadrement de l'activité du patient et du médecin selon des règles d'efficacité et

d'éthique à même d'enrayer l'explosion des coûts. La démarche pourrait débiter par les maladies chroniques. Elle pourrait consister en un conditionnement de la prise en charge à 100 % des malades par le respect d'un ensemble de règles.

On sait aujourd'hui que la bonne gestion d'une maladie chronique nécessite le respect strict d'un parcours de soins spécifique, qui intègre l'observance médicamenteuse, l'assiduité aux rendez-vous et aux examens, le respect des règles hygiéno-diététiques, le suivi de l'évolution de la maladie, etc. En deux mots, elle nécessite la détermination d'un protocole précis, qui contraint le patient ainsi que son médecin à s'engager réellement dans le processus de prévention et de soins. Ce protocole se caractérise par un panier de soins prédéterminé et par un mode d'organisation précis de la prise en charge médicale et de l'accompagnement du patient. Or, la situation française est peu satisfaisante de ce point de vue. Seuls 31 % des diabétiques suivaient les quatre traitements de base nécessaires à un bon traitement du diabète en 2007 contre plus du double dans des pays comme l'Angleterre. Ainsi, pour être efficace, ce protocole doit s'imposer de manière contraignante au médecin et au patient.

■ De l'acceptation de la contrainte : l'exemple de l'assurance automobile

Cette contrainte est-elle acceptable ? Dans *Superfreakonomics*, Steven D. Levitt et Stephen J. Dubner [2009] expliquent comment la difficile acceptation du port de la ceinture de sécurité a permis de diminuer considérablement la mortalité routière aux États-Unis. Ils soulignent qu'en 1950 le taux de mortalité routière par kilomètre était cinq fois plus élevé qu'aujourd'hui. C'est grâce à de nombreuses incitations (amendes, programmes de sensibilisation...) que la mentalité des utilisateurs a très lentement évolué et qu'on a finalement atteint un taux de port de la ceinture de sécurité de 80 %, mais ce seulement cinquante ans après la mise en place des premières normes ! Ce décalage s'explique par le fait qu'il est

particulièrement difficile de faire changer les comportements des usagers, aussi dangereux soient-ils pour leur santé, car ils considèrent cette démarche comme une atteinte à leur liberté individuelle.

Les assureurs IARD ont joué en France un rôle déterminant dans le processus. Ils ont créé une incitation puissante en conditionnant les prestations d'assurance au port de la ceinture. Vous êtes attaché ? Vous aurez le remboursement maximum en cas d'accident. Vous ne l'êtes pas ? Vous n'aurez rien dans le pire des cas ou au moins une pénalité significative. En résumé, si les utilisateurs jouent le jeu en prenant soin de leur propre vie, ils sont récompensés en cas d'accident. A contrario, s'ils ne respectent pas les règles basiques de sécurité, ils prennent en charge tout ou partie des risques qu'ils encourent.

Les résultats ont été à la mesure de l'enjeu. Comme nous venons de le voir, la mortalité sur les routes a été divisée par quatre ou cinq en trente ans à densité de circulation comparable. L'amélioration de la sécurité active et passive des véhicules a certes joué un rôle déterminant, mais elle s'est intégrée dans une dynamique réglementaire guidée par l'obsession d'imposer aux conducteurs des règles de plus en plus restrictives. Le port de la ceinture de sécurité s'est vite avéré insuffisant et il a dû être complété par des mesures de limitation de vitesse de plus en plus draconiennes. Nous avons moins d'accidents qu'il y a trente ans parce que notre conduite s'est améliorée d'une manière générale et que nous conduisons mieux des véhicules eux-mêmes de plus en plus performants. L'exemple de ces huit dernières années est d'ailleurs assez illustratif. La politique contre la vitesse excessive a permis de diminuer de près de moitié le nombre de morts sur les routes, nombre qui stagnait depuis plus de dix ans.

La transposition du modèle de la prévention routière à celui du système de santé est évidente. Il ne suffit pas d'améliorer la qualité des traitements pour faire reculer le risque, il faut aussi imposer les règles d'observance et de mode de vie qui vont avec. Comme c'est le cas dans l'assurance automobile, le

droit à indemnisation en cas de sinistre doit être conditionné au respect de ces règles. Le droit constitutionnel d'accès aux soins doit être la contrepartie de devoirs s'imposant aux malades et à leurs médecins si l'on veut pérenniser notre modèle de santé.

■ Une protocolisation des ALD encore trop imprécise

Le meilleur moyen d'y parvenir est d'instaurer un régime de type « incitation-sanction » pour l'assuré comme pour le médecin en s'appuyant sur les dispositifs existants. Le principal est issu de la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004, qui prévoyait la protocolisation des ALD. La loi impose en effet théoriquement à la fois au médecin et à l'assuré le respect d'un protocole sous peine d'une remise en cause de l'exonération du ticket modérateur. Cette mesure ne s'est pas imposée dans la pratique car le travail de la Haute Autorité de santé (HAS), qui avait pour mission de définir ces protocoles, a été d'une part singulièrement lent (six ans plus tard, le travail de production des protocoles pour les 30 ALD n'est pas achevé), et d'autre part trop imprécis pour donner lieu à la production d'un système expert de suivi des protocoles par l'assurance maladie. Plus encore, la HAS, à rebours de ses missions officielles, se refuse à intégrer la dimension scientifique ou économique dans ses recommandations, se bornant à produire des avis basés sur un consensus médical mou. Ainsi, les recommandations internationales sur les soins de base sont reléguées au second plan et leur mise en œuvre effective n'est pas suivie par les autorités de santé publique à la différence de ce qui est fait dans les pays du nord de l'Europe, alors même que le système de liquidation de l'assurance maladie est aujourd'hui en mesure d'auditer de manière fine le parcours de soins des patients. Le système peut ainsi analyser le choix des traitements, l'observance des patients, la régularité des rendez-vous médicaux ou le suivi d'examen complémentaires.

Le retard de ce chantier (qui est encore plus catastrophique si l'on considère que les premières références médicales théoriquement opposables aux médecins

datent de 1993) et l'incapacité du système à encadrer les soins dispensés sur une base médico-économique ne peuvent plus s'expliquer que par la forte opposition des médecins à tout encadrement de leur pratique et par le soutien tacite que leur apportent des patients qui ne souhaitent pas aliéner leur liberté de circulation dans le système.

Sophia : un programme de rationalisation du parcours de soins des diabétiques

Au vu de ce qui constitue pour l'essentiel une obstruction du corps médical, l'assurance maladie a choisi de s'appuyer sur le patient pour parvenir à rationaliser le parcours des assurés atteints de maladies chroniques. En s'appuyant sur ce système, elle a lancé le programme Sophia destiné à l'accompagnement des patients diabétiques en ALD. Ce programme permet à ses adhérents de bénéficier d'un accompagnement personnalisé par des professionnels de santé formés pour ce type de suivi, de s'informer sur leur maladie et de profiter d'outils pratiques afin de mieux la gérer (programme diététique, aide-mémoire, ateliers thématiques...). L'objectif de sa mise en place est de limiter les risques de complications liées à la maladie, et notamment de prévenir l'apparition du pied diabétique et la néphropathie.

Ce programme, dont le coût a été évalué à dix euros par mois et par patient, inclut un mécanisme incitatif pour le médecin, qui bénéficie d'une rémunération supplémentaire pour chacun de ses patients qui adhère au dispositif. Uniquement basé sur un mécanisme de conseil et d'incitation, ce système souple montre des premiers effets positifs sur les facteurs de risque du patient mais aussi sur sa consommation de soins et sur le comportement de son médecin, qui en diffuse les bonnes pratiques, y compris auprès de patients non inscrits au programme.

Compte tenu de la difficulté à imposer des mesures plus radicales, la protocolisation douce mise en œuvre autour de Sophia doit donc constituer le point de départ d'une mise sous contrainte du régime ALD. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) peut lui aussi représenter une première étape du côté des praticiens.

Mais cela risque de se révéler insuffisant au vu des expériences étrangères. Ainsi, le patient devrait à terme perdre son exonération en cas de refus de suivi de ce type de programmes. Cela implique évidemment leur généralisation à tout le territoire et à l'ensemble des pathologies chroniques, tâche à laquelle la CNAMTS s'est déjà attelée. Indirectement, cette généralisation de Sophia dans le cadre d'un dispositif contraignant pour le patient aura des effets sur le corps médical, qui reprendra probablement à son compte les recommandations véhiculées par Sophia. L'encadrement plus direct de la pratique médicale peut suivre un chemin parallèle, d'abord en utilisant les mécanismes incitatifs déjà existants dans la réglementation (rendre vraiment conditionnelle la rémunération prévue par la loi pour chaque généraliste définissant un protocole de soins et s'assurer de son respect pour chaque patient ALD ; inclure dans le Capi davantage d'actions validées sur le plan médico-économique de suivi des ALD). Au-delà, une nouvelle version des guides ALD de la HAS, intégrant clairement des choix favorables à l'équilibre de l'assurance maladie, pourrait faciliter la mise en œuvre d'une véritable protocolisation du parcours ALD opposable au médecin par le biais d'un contrôle strict de l'assurance maladie. Le cas échéant, l'arsenal de sanctions existant (redressements, amendes, déconventionnement) pourrait être activé.

Parallèlement, il est indispensable de développer l'usage de *reminders* électroniques pour que les professionnels et les patients suivent mieux les protocoles. Seuls 27 % des médecins français de premier recours utilisaient ces *reminders* en 2009, contre plus du double en Australie ou en Angleterre. De tels services pourraient être facilement développés, notamment par les maisons ou centres de santé.

Note

1. Avant de créer Jalma, numéro un du conseil en stratégie et management dans la santé et la protection sociale, en 1997, Mathias Matallah (HEC) a dirigé pendant deux ans la succursale française de DKV, premier assureur santé européen, puis pendant cinq ans le département prévoyance de Gras Savoye. Spécialiste des missions de stratégie métier et d'accompagnement du changement, Mathias Matallah intervient principalement pour de

grands opérateurs d'assurance sur de grands projets de transformation métier.

Bibliographie

LEVITT S. D. ; DUBNER S. J., *Supereconomics: Global Cooling, Patriotic Prostitutes, and Why Suicide Bombers Should Buy Life Insurance*, New York: William Morrow, 2009, 270 p.

LA PROTECTION SOCIALE ET LE RISQUE DE LONGÉVITÉ

Christine Chevallier

Professeur, Groupe Sup de Co La Rochelle

*Chercheur associé à la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques »
de l'Université Paris-Dauphine et de la Fondation du risque*

Anthony Miloudi

Professeur, Groupe Sup de Co La Rochelle, Crief – Université de Poitiers

La protection sociale est un droit fondamental de notre pays. « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs », tels sont les termes employés dans le préambule de la Constitution de 1946. Cependant, les problèmes d'équilibre financier que rencontrent différentes branches et régimes de notre protection sociale soulèvent de nombreuses questions. En particulier, le risque de longévité a une composante systématique qui met en péril les systèmes de retraite. Beaucoup s'interrogent sur les solutions à apporter afin de pérenniser le système, et on observe d'ailleurs une convergence des solutions proposées : intervention de l'État, fonds de réserve, tentative d'implication des marchés de capitaux... Probablement, la complexité des systèmes de protection sociale ne permet pas de définir une solution simple et unique. En revanche, il semble intéressant de se pencher sur les différentes possibilités de financement permettant de répartir au mieux le risque de longévité sur les agents les plus aptes à le porter et peut-être d'éviter la faillite de nombreux acteurs de la protection sociale et du secteur de l'assurance privée.

La hausse de l'espérance de vie, un risque ?

Du milieu du XVIII^e siècle à aujourd'hui, l'espérance de vie à la naissance dans la plupart des pays du Nord est passée, non sans aléas, d'environ 25 ans à près

de 80 ans, et cette progression ne semble pas s'essouffler. Selon l'Ined, l'espérance de vie des Français progresse de près d'un trimestre par an depuis 1960. Cette progression est très régulière depuis 1970, et plus particulièrement depuis les quinze dernières années. En France, si les tendances de la mortalité par âge des quinze dernières années se poursuivaient, l'espérance de vie à la naissance pourrait dépasser 90 ans à la fin du siècle [Meslé et Vallin, 2002].

Ce point de vue historique tend à donner le sentiment d'une espérance de vie en constante progression dont les fluctuations ne cessent de s'estomper. C'est pourquoi la question de l'existence d'une limite biologique à l'espérance de vie humaine se pose. Aujourd'hui, les connaissances scientifiques laissent à penser qu'il existe bel et bien une limite biologique à l'espérance de vie humaine, la question de l'âge limite restant cependant entière. En effet, les limites déterminées par les spécialistes semblent toujours repoussées par les progrès sanitaires et, plus encore, l'évolution des connaissances, notamment en génétique, semble déboucher sur de nouvelles perspectives concernant le prolongement de la vie humaine.

On ne peut toutefois écarter la possibilité d'une évolution défavorable de l'espérance de vie dans l'avenir : de nouvelles maladies, des conflits armés ne peuvent être exclus du champ des possibles. Et, si les pays du Sud ont suivi plus récemment une évolution analogue à celle des pays du Nord, menant nombre d'entre eux à rattraper une bonne part de leur retard, certaines populations ont connu ou connaissent actuellement d'importants revers dans cette marche historique de l'espérance de vie (pays de l'ex-URSS, Afrique subsaharienne, population pauvre nord-américaine).

Finalement, si l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance est un phénomène très marqué et quasi universel, la question de son évolution future reste entière.

Le risque de longévité découle de la hausse de l'espérance de vie. Qu'est-ce que le risque de longévité ? La question n'est pas triviale, la définition du risque de longévité et des risques associés tels que le risque de mortalité ou de dépendance variant d'un auteur à l'autre. Généralement, on définit le risque de longévité comme étant l'incertitude par rapport à l'âge du décès d'un individu donné. Ce risque a deux composantes : l'une individuelle, l'autre globale. La composante individuelle, qualifiée aussi de spécifique ou idiosyncrasique, découle de l'impossibilité

de prévoir la date de décès d'un individu. Il s'agit du risque que l'espérance de vie d'un individu dévie de sa valeur attendue à un âge donné, au-delà d'un horizon de temps donné. La composante globale, nommée aussi composante agrégée, systématique ou systémique, reflète l'incapacité à déterminer la durée de vie d'une cohorte de population entière. Précisément, il s'agit du risque que la mortalité agrégée d'une population de référence spécifique dévie, à long terme, de sa valeur attendue à un âge donné, au-delà d'un horizon de temps donné. Par conséquent, le risque de longévité est ici différencié du risque de l'augmentation du taux de survie à la naissance et lors de la première année de vie. En outre, même s'il peut exister une relation entre le risque de dépendance et le risque de longévité ⁽¹⁾, le risque de longévité est bien distinct du risque de dépendance en ce sens qu'il relève de la branche retraite de la protection sociale et non de la branche santé.

Finalement, le risque de longévité, comme défini ci-avant, n'est autre que le risque viager, risque porté par les individus, les institutions de retraite, les sociétés d'assurance, l'État et, en particulier, les organismes de protection sociale.

Le risque de longévité et les systèmes de retraite

En France, en 2007, la part des personnes de « 60 ans et plus » dans la population était de l'ordre de 22 %. Vers 2050, cette part de la population pourrait représenter près du tiers de la population totale, sous l'effet conjugué de la hausse de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération du baby-boom. Ainsi, si en 2005 on ne compte plus en France que 195 cotisants pour 100 retraités, on estime que dans les vingt-cinq ans à venir la situation risque de s'aggraver pour atteindre deux retraités pour trois actifs [La Documentation française, 2007]. Cette évolution, commune à tous les pays développés, induit un vieillissement global de la population qui accroît la part de la population

susceptible de survivre à ses ressources et met en difficulté les systèmes de protection sociale.

Les États et de nombreuses institutions sont exposés à un risque viager d'une ampleur potentielle très élevée. Selon le FMI, l'ampleur du risque de longévité est colossale : il représenterait plus de dix fois l'impact de la crise financière sur les finances publiques.

À cela s'ajoutent les effets néfastes de la crise, qui affectent autant les systèmes de retraite par répartition, avec la contraction des cotisations, que les systèmes par capitalisation, avec l'effondrement du rendement des placements. En France, où le système de retraites par répartition implique en principe un équilibre entre les recettes, alimentées par les cotisations des personnes qui travaillent, et les dépenses, constituées par les pensions de retraite, l'équilibre financier des différents régimes est fortement menacé.

Selon le douzième rapport du Conseil d'orientation des retraites [COR, 2013], « la situation financière des régimes de retraite et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est affectée par la crise économique. La dégradation intervient alors que les régimes sont structurellement déficitaires, en lien avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie à 60 ans. En 2011, les besoins de financement du système de retraite s'élevaient à 14 milliards d'euros : 7,9 milliards d'euros pour les régimes de base (dont 6 milliards d'euros pour la Cnav ⁽²⁾, 3,4 milliards d'euros pour le FSV et 2,6 milliards d'euros pour les régimes complémentaires légalement obligatoires ».

Plus encore, selon le huitième rapport du COR [2010], la somme des besoins de financement du système de retraite français de 2006 à 2050 oscillerait entre 77 % et 118 % du PIB de l'année 2050. Selon le rapport du COR [2013], « la dette accumulée depuis 2012 (dans l'hypothèse où les besoins de financement annuels seraient financés par le seul endettement, sans dégager des ressources nouvelles) représenterait entre 15,0 % et 51,4 % du PIB en 2040 ».

Au-delà de la pérennité financière, garantir un niveau de vie satisfaisant des retraités

En France, parmi les objectifs du système de retraite définis par la loi, la pérennité financière et l'équité intergénérationnelle sont au cœur des préoccupations actuelles. En particulier, l'objectif de pérennité financière constitue une condition de survie du système. Or, selon le douzième rapport du COR [2013], « dans les scénarios économiques les plus favorables, le retour à l'équilibre ne pourrait être atteint, à législation constante, que vers les années 2040, et le système de retraite en 2060 pourrait être excédentaire de 1,7 point de PIB ou déficitaire de 2,9 points de PIB selon les différentes perspectives de croissance étudiées [...], la hausse des prélèvements permettant d'assurer l'équilibre en moyenne sur 2012-2040 varierait de 0,5 à 1,6 point de PIB selon le scénario économique ». C'est pourquoi il convient de s'interroger sur l'adéquation des systèmes existants aux objectifs qui leur sont assignés.

L'accroissement des déficits des systèmes de retraite des pays développés contraint les gouvernements à mettre en œuvre des réformes afin de garantir leur pérennité. Ainsi, si jusqu'aux années 1990 les réformes des régimes de retraite vont dans le sens d'une progression des droits des salariés, à partir des années 1990, les réformes visent à garantir l'équilibre financier du système [Vernière, 2002]. En France, on note trois grandes étapes : la réforme Balladur de 1993, la création du Fonds de réserve pour les retraites en 1999, la réforme Fillon de 2003. Ces réformes portent sur les trois grands leviers impactant l'équilibre d'un système de retraite par répartition, à savoir : le taux de prélèvement (niveau des cotisations finançant les retraites), l'âge effectif moyen de départ à la retraite et le taux de remplacement (rapport de la pension moyenne au revenu d'activité moyen). La réforme Fillon de 2003 définit, en outre, deux nouveaux dispositifs d'épargne retraite : un produit d'épargne

individuel – le plan d'épargne retraite populaire (Perp) – et un dispositif collectif – le plan d'épargne pour la retraite collectif (Perco). Le Perco permet au salarié, via son entreprise, de se constituer une épargne, accessible au moment de la retraite sous forme de rente ou, si l'accord collectif le prévoit, sous forme de capital. Le Perp est un produit d'épargne à long terme qui permet d'obtenir, à partir de l'âge de la retraite, soit un capital, soit un revenu régulier supplémentaire si le capital constitué est reversé sous forme d'une rente viagère. À la différence du Perco, le Perp est contracté à titre individuel et volontaire. À côté des retraites publiques, la rente viagère est la seule forme d'épargne offrant une couverture contre le risque de longévité. Aussi, en plus d'assurer la pérennité du système de retraite obligatoire, développer le marché privé de la rente viagère, en particulier « volontaire et individuel », tend à garantir un niveau de vie satisfaisant des retraités. De manière générale, un marché de la rente viagère efficient permet d'obtenir des gains de bien-être social et individuel [Brown et Orszag, 2006]. Cependant, malgré les réformes, hors régimes de retraite obligatoire et assurances retraite complémentaire collective à l'initiative de l'employeur, le marché de la rente viagère, purement privé et volontaire, est très peu développé aujourd'hui en France comme en Europe et aux États-Unis. Le développement de l'épargne retraite est difficile, notamment parce que le risque de longévité connaît diverses limites à son assurabilité [Chevallier et al., 2012]. Parmi celles-ci, le caractère systémique de ce risque explique en grande partie la difficulté du secteur de l'assurance à offrir des couvertures adéquates. À l'instar du risque de catastrophes, le risque de longévité est difficilement diversifiable, même si sa mutualisation avec des risques inversement corrélés, telle l'assurance vie en cas de décès, permet une couverture partielle [Dowd, 2003], couverture limitée par la différence de durée des contrats. De ce fait, la solution aujourd'hui adoptée pour couvrir le risque de longévité est la constitution d'un capital financier destiné à compenser les pertes potentielles. Or, les actionnaires exigeant une rémunération très élevée pour supporter ce risque, cette méthode induit un fort chargement de la prime.

La constitution de réserves financières est donc une méthode de gestion du risque peu efficace car très coûteuse. La solution serait donc de répartir le risque de longévité entre les agents économiques les plus aptes à le porter, *i.e.* les agents économiques les moins averses au risque et les mieux capitalisés. En ce sens, le transfert au marché de la réassurance a été envisagé [Dowd, 2003]. On voit ainsi le développement d'opérations de transfert de risque telles que le *buy-in*, le *buy-out* et les *swaps* de longévité entre fonds de pension et entreprises du secteur de l'assurance ou banques. En effet, la baisse des rendements des marchés financiers de la dernière décennie, combinée à l'allongement des hypothèses sur la durée de vie, a conduit les fonds de pension à se couvrir contre le risque de longévité.

Contrats de transfert de risque de longévité entre acteurs traditionnels du marché

Buy-out : contrat apparu en 2007 par le biais duquel l'intégralité des actifs et des engagements d'un fonds de pension est transférée à un assureur. L'assureur reçoit une prime correspondant à la couverture contre le risque de longévité.

Buy-in : contrat permettant aux fonds de pension d'acquiescer auprès d'un assureur ou d'un réassureur un actif de long terme adossé au passif (contrat d'assurance) sans vendre son portefeuille. Ce contrat permet de transférer une partie du risque de longévité et du risque financier par le biais du versement d'une rente en échange du versement d'une prime à l'assureur.

Swap de longévité : contrat, souvent entre un assureur et un réassureur ou une banque, permettant un échange de flux basé sur la mortalité. La jambe « fixe » est la structure de flux basée sur un taux de survie fixe et la jambe « variable » est basée sur un taux de survie variable. Il existe de nombreuses modalités à ce type de contrat : sur indice ou sur mesure, sans seuil ou avec corridor...

Ces transferts sont particulièrement pertinents quand assureurs et réassureurs ont un profil de risque opposé à celui des fonds de pension du fait de l'accumulation de risques de mortalité dans leurs livres. Cependant, sans compter les nombreux coûts de transaction qui limitent l'intérêt de tels transferts, il s'avère que le capital disponible pour gérer le risque de longévité dans le secteur de l'assurance et de la réassurance n'est pas suffisant [Blake et *al.*, 2010]. Blake et Burrows [2001] proposent de faire appel aux marchés de capitaux, à l'instar de ce qui se fait pour les risques de catastrophes. Ce transfert permettrait d'élargir le « cercle » des porteurs de risques en y

introduisant les investisseurs des marchés de capitaux. Ces derniers sont des agents économiques particulièrement aptes à porter des risques assuranciers car, outre leur grande capacité financière, ils supportent traditionnellement des risques non corrélés [Froot, 1999]. Pour ce faire, le risque de longévité peut être transféré par deux principaux instruments : les *swaps* de longévité et les obligations de longévité.

Le marché des obligations de longévité est, à ce jour, peu développé malgré quelques émissions remarquées (BNP, Scor, Swiss-Re). De nombreuses raisons peuvent être invoquées pour expliquer cet état

Contrats de transfert du risque de longévité aux marchés de capitaux

Obligation contingente à un risque d'assurance : Les obligations contingentes à un risque d'assurance sont des instruments permettant le transfert aux marchés de capitaux de risques assuranciers tels que les catastrophes naturelles ou le risque de longévité. Même s'il existe de multiples variantes possibles, dans sa forme générale, le principe de fonctionnement est simple : l'assureur, pour transférer son risque, émet des obligations indexées à ce risque. Le paiement des coupons et/ou le remboursement du principal à l'échéance sont dépendants de la survenance du risque dans des conditions prédéfinies. Ainsi, si le risque prédéfini se produit, tout ou partie du principal et/ou des intérêts sont perdus pour les investisseurs au profit de l'assureur. De manière simplifiée, le remboursement de l'obligation est égal à la différence entre le principal et le montant des sinistres. Dans la pratique, l'assureur émetteur, désireux de céder son risque, conclut un traité de réassurance avec un *Special Purpose Vehicle* (SPV) : l'assureur achète donc une couverture de son risque moyennant le paiement d'une prime. Le SPV émet dans le même temps les obligations contingentes. Le recours à un SPV, structure faiblement capitalisée, indépendante juridiquement et bénéficiant du statut de réassureur, est souvent motivé par des raisons réglementaires et fiscales, mais il permet aussi de

protéger les investisseurs du risque d'insolvabilité de l'assureur émetteur. Les capitaux levés par l'émission des obligations sont investis dans des titres sûrs, sans risque de crédit, tels que des obligations du Trésor.

Obligation de longévité : Une obligation de longévité est destinée à couvrir le risque de longévité d'une population d'âge et de sexe précis. Ces obligations détachent un coupon dont le montant est conditionné à la survie d'une cohorte de population à une date future donnée. Il s'agit donc d'obligations à intérêts différés. Par exemple, une obligation de longévité peut être basée sur une cohorte d'hommes de 65 ans et verser son premier coupon dix ans après la date d'émission de l'obligation, coupon dont le montant dépendra de la proportion de la cohorte de référence survivante à 75 ans. Généralement, l'émetteur de l'obligation est celui qui cherche à couvrir son risque, cependant, il existe le cas où l'émetteur de l'obligation offre une couverture contre le risque de longévité [Blake et *al.* 2006]. Dans le second cas, le montant des coupons évoluera à l'inverse des coupons du premier cas. De manière générale, les acheteurs potentiels de la couverture – fonds de pension, fournisseurs de rentes viagères, les réassureurs ayant offert des couvertures contre le risque de longévité... – engrangent des gains lors d'une hausse de la longévité au-delà des prévisions effectuées à la date d'émission de l'obligation.

de fait : le manque de confiance des investisseurs envers des produits financiers complexes [Cowley et Cummins, 2005] ; la faible expertise des investisseurs concernant le risque de longévité ; la complexité, et donc le coût, des montages ; l'horizon de placement court des investisseurs face à un risque de très long terme, ou encore le manque de profondeur et de liquidité du marché. Par ailleurs, il existe une explication tout à fait spécifique au risque de longévité : les investisseurs des marchés de capitaux sont déjà porteurs d'une part du risque systémique de longévité [Blake et al. 2010]... Quelle qu'en soit la cause, il y a finalement peu de vendeurs de couverture par rapport aux acheteurs, et ce malgré le fait que ces produits offrent aux vendeurs de couverture un investissement au rendement attractif et non corrélé aux autres classes d'actifs (actions, obligations, *futures*, options...), en d'autres termes, un produit utile pour la diversification de portefeuille. Afin de développer ce marché, Blake et Burrows [2001] ont proposé que l'État intervienne par l'émission d'obligations de longévité offrant une couverture aux institutions exposées au risque de longévité. L'inconvénient majeur de cette solution est qu'elle augmente la part du risque systémique portée par l'État. En ce sens, Antolin et Blommestein [2007] soutiennent l'idée selon laquelle les politiques publiques en faveur de la gestion du risque de longévité souffriraient du fait que l'État est déjà exposé à ce risque au travers de son système de retraite. Cependant, la proposition de Blake et Burrows [2001] vise essentiellement les pays ayant un système de retraite fonctionnant par capitalisation. Dans ce cas, l'État porte généralement une part moins importante du risque de longévité que dans le cas d'un système par répartition. Reste l'idée d'une répartition la plus large et la plus adéquate possible. Répartir le risque de manière optimale nécessite de faire participer, d'une part, les investisseurs des marchés financiers fortement capitalisés et porteurs de risques non corrélés et, d'autre part, les États, seuls aptes à partager le risque équitablement entre les générations [Blake et al., 2010]. L'État, par nature destiné à gérer les risques de long terme, a la capacité quasi unique de répartir équitablement et solidairement la charge du risque de longévité sur

différentes générations. L'État peut rendre ainsi le marché plus complet [Bohn, 2005]. Aussi, Antolin et Blommestein [2007] montrent qu'il revient à l'État de promouvoir à la fois le développement d'un marché privé de transfert du risque de longévité et la création d'un indice de longévité qui doit servir d'étalon pour l'évaluation des instruments de couverture. En ce sens, l'intervention de l'État sur les marchés de capitaux par la fourniture d'indices de longévité nationaux – différenciés selon l'âge, le sexe et la catégorie socio-professionnelle – et par l'émission d'obligations de longévité, même en quantité restreinte, serait vertueuse à plusieurs égards. En particulier, cela contribuerait à la révélation des prix (primes de risque de longévité) et permettrait d'établir une structure par terme du risque de longévité, éléments essentiels au développement des marchés de couverture du risque de longévité [Blake et al., 2010]. Ainsi, l'efficacité du marché des obligations de longévité en serait améliorée, et, par conséquent, l'existence du marché des rentes viagères serait mieux assurée [Blake et al., 2010]. L'émission d'obligations de longévité comprend aussi certains avantages pour l'État. En effet, elle peut permettre une amélioration de la trésorerie car le paiement des coupons est différé et la valeur de ces derniers diminue progressivement. Ce mode de financement peut servir à des investissements lourds (grands travaux, infrastructures) ou favoriser la mise en œuvre de projets en recherche et développement, par nature longs et coûteux. Sous l'hypothèse que le risque de dépendance soit lié au risque de longévité, des investissements dans l'industrialisation des innovations de la robotique, de la surveillance à distance, pourraient être judicieux, et la longévité se révéler, finalement, un vecteur de croissance économique [Chevallier et al., 2012].

Notes

1. *Présomption qui reste cependant aujourd'hui très discutée.*

2. *Caisse nationale d'assurance vieillesse. Elle gère la retraite du régime général de la sécurité sociale : la retraite de base des salariés de l'industrie, du commerce et des services.*

Bibliographie

ANTOLIN P. ; BLOMMESTEIN H., "Governments and The Market for Longevity-Indexed Bonds", Working Papers on Insurance and Private Pensions, no. 4, OECD Publishing, 2007.

BLAKE D. ; BOARDMAN T. ; CAIRNS A., "Sharing Longevity Risk: Why Governments Should Issue Longevity Bonds", Discussion Paper, PI-1002, The Pensions Institute, 2010.

BLAKE D. ; CAIRNS A. ; DOWD K., "Living with Mortality: Longevity Bonds and other Mortality-Linked Securities", *British Actuarial Journal*, 12(1), 2006, pp. 153-228.

BLAKE D. ; BURROWS W., "Survivor Bonds: Helping to Hedge Mortality Risk", *Journal of Risk and Insurance*, 68(2), 2001, pp. 339-348.

BOHN H., "Who Bears What Risk? An Intergenerational Perspective", Working Paper, WP2005-7, The Pension Research Council, 2005.

BROWN J. R. ; ORSZAG P. R., "The Political Economy of Government-Issued Longevity Bonds", *Journal of Risk and Insurance*, 73(4), 2006, pp.611-631.

CHEVALLIER C. ; XUAN H. ; ALBOUY F-X., « Déterminants de l'inassurabilité du risque de longévité et marché de la rente viagère », *Revue française d'économie*, 26(4), 2012.

Conseil d'orientation des retraites, « Retraites. Un état des

lieux du système français », rapport, n° 12, 2013.

Conseil d'orientation des retraites, « Retraites. Perspectives actualisées à moyen et long terme en vue du rendez-vous de 2010 », rapport, n° 8, 2010.

COWLEY A. ; CUMMINS J. D., "Securitization of Life Insurance Assets and Liabilities", *Journal of Risk and Insurance*, 72(2), 2005, pp. 193-226.

DOWD K., "Survivor Bonds: A Comment on Blake and Burrows", *Journal of Risk and Insurance*, 70(2), 2003, pp. 339-348.

Fonds monétaire international, « la stabilité financière dans le monde », rapport du département des marchés monétaires et de capitaux, 2012.

FROOT K. A., "The Evolving Market for Catastrophic Event Risk", Working Paper, no. 7287, NBER, 1999.

La documentation française, « La France (1958-2007). 50 ans de transformations », dossier, 2007.

MESLÉ F. ; VALLIN J., « Montée de l'espérance de vie et concentration des âges au décès », documents de travail, n° 108, Ined, 2002.

VERNIÈRE L., « Panorama des réformes des systèmes de retraite à l'étranger. État des lieux et perspectives », *Questions Retraite*, hors-série, document de travail de la branche retraites de la Caisse des dépôts et consignations, 2002.

3.

Les ressources humaines dans l'assurance, préparer 2020

■ Pierre-Charles Pradier

Introduction

■ Norbert Girard

Parier sur le métier pour réussir la révolution de l'assurance

■ Gustave Peltzer

Comment la distribution change l'assurance

■ Jérôme Kullmann

La formation des juristes d'assurance

■ Régis de Larouillère

La formation des actuaires, enjeux et perspectives

■ Sébastien Musset

La fonction ressources humaines : des acteurs-clés dans la gestion des risques ?

■ Dominique J. Cufi

Les politiques de management dans le monde mutualiste ont-elles une spécificité ?

■ Raphaël Czuwak

Guerre des talents : qu'en est-il dans l'assurance ?

■ Éric Lombard et François Ewald

Quels talents dans l'assurance demain ?

INTRODUCTION

Pierre-Charles Pradier

Faut-il s'intéresser aux ressources humaines dans l'assurance ? L'existence dans le secteur d'un observatoire de l'évolution de ses métiers montre que la profession y réfléchit. Mais comme l'OEMA publie depuis plus de quinze ans d'excellentes enquêtes annuelles, on peut penser que tout est dit. Le *Rapport sur les métiers (Roma)* analyse les ressources existantes ; le *Rapport sur les formations (Rofa)* décrit leur constitution ; enfin, un *Baromètre prospectif* réfléchit à l'avenir. Tout étant dit du présent et du futur, resterait-il, au mieux à s'intéresser au passé ?

Les références produites par l'OEMA n'épuisent pas le sujet, bien sûr, pas plus que les publications de l'Insee ne mettent un terme à l'analyse économique : au contraire, celles-ci comme celles-là constituent leur objet en établissant les données et les synthèses les plus générales. Reste que les tendances récentes méritent qu'on s'interroge sur leur origine : s'agit-il de phénomènes conjoncturels liés à la crise financière ou au ralentissement de l'activité ? Quelles sont au contraire les évolutions durables ?

En écrivant d'emblée que « l'assurance a plus évolué [en deux décennies] qu'en deux siècles ! », **Norbert Girard** montre tout l'intérêt de consacrer un dossier aux ressources humaines : on peut avoir dans ces colonnes des opinions, il suffit de les illustrer. Pour *Risques*, le secrétaire général de l'OEMA montre donc comment le secteur a connu un renversement de perspective, puisque c'est désormais le côté de la

demande qui structure l'activité. Si la nomenclature des métiers et le poids relatif de chacun évolue lentement, les évolutions en cours modifient profondément les méthodes et les relations de travail.

Gustave Peltzer choisit d'illustrer la généralisation de l'orientation client par des exemples. Il montre ainsi comment l'évolution de la distribution modifie l'organisation de la firme elle-même. La conséquence la plus évidente est le développement de la transversalité (sans sacrifier la qualité technique). Il faut adapter les méthodes pédagogiques pour développer aussi la polyvalence et l'autonomie.

Jérôme Kullmann représente pour sa part l'enseignement traditionnel tel qu'il est offert dans les Instituts des assurances : ceux-ci proposent un master de droit des assurances articulé avec un diplôme d'établissement. Au-delà de cet exemple, le propos du professeur pourrait s'appliquer à toutes les formations juridiques, et même tous les masters développés en partenariat avec la profession (et dont les étudiants sont convenablement choisis tant pour leurs connaissances que pour leur aptitude au travail) : la compétence disciplinaire des diplômés se traduit par un emploi assuré.

Pour autant, l'existence d'un titre ou d'un nom de métier ne signifie pas l'immobilisme : le texte de **Régis de Laroullière** montre au contraire comment l'Institut des actuaires français a su participer à l'évolution de la profession à l'échelle internationale.

Trois faits saillants témoignent de cette évolution permanente : l'affiliation aux organisations internationales de référence qui exigent une évaluation récurrente des procédures nationales, l'obligation corrélatrice pour les membres individuels de témoigner de leur perfectionnement professionnel continu, enfin la définition des prérogatives des actuaires par (l'article 48 de la directive) Solvabilité II.

Les formations et les métiers se renouvellent : qu'en est-il de la manière dont les compagnies les appréhendent et les gèrent ? **Sébastien Musset** montre une transformation seconde, non plus dans les ressources humaines mais dans leur gestion. Si la GRH a longtemps été assimilée à la conformité aux contraintes réglementaires, aujourd'hui les entreprises les plus dynamiques ont pris la mesure du potentiel de création de valeur d'une politique des ressources humaines, en particulier au travers de la gestion prévisionnelle des emplois et de la maîtrise des risques associés.

À l'heure où le projet de loi sur l'économie sociale et solidaire, en cours d'élaboration depuis l'automne, vient en discussion au Parlement, on s'interroge avec **Dominique J. Cufi** sur la spécificité des politiques de management dans le monde mutualiste. L'auteur conclut que si, pour les mutuelles, le management n'est pas spécifique, aucune d'entre elles ne peut faire l'économie de sa qualité car il est juste essentiel à

traduire et mettre en œuvre ce qui est spécifique. Cette spécificité s'exprime par la hiérarchie de valeurs de chaque mutuelle et son mode de gouvernance : autant de déterminants forts, qui fondent l'identité de chaque entreprise mutualiste.

Ces évolutions des vingt dernières années sont-elles confirmées, ou au contraire démenties par les tensions récentes ? **Raphaël Czuwak** montre que le marché des talents dans le secteur de l'assurance en France n'est ni déprimant, ni sinistré. Selon son expression, « *war for talent* et *war for jobs* coexistent ». Cette concomitance témoigne d'une transformation qui n'est pas seulement l'effet passager d'une crise mais la marque d'un changement en profondeur des modèles économiques et des ressources humaines nécessaires à les porter.

Éric Lombard et **François Ewald** concluent cette séquence en évoquant l'avenir de l'emploi dans l'assurance. La caractéristique fondamentale de cet avenir est l'incertitude sur les modèles économiques viables demain. Elle oblige à repenser aussi bien la culture (avec l'orientation client) que les méthodes de travail et la formation : désormais, le socle de spécialisation est aussi nécessaire que la créativité. On peut croire avec eux que l'évolution spectaculaire désignée par Norbert Girard risque fort de continuer au même rythme au cours des années à venir.

PARIER SUR LE MÉTIER POUR RÉUSSIR LA RÉVOLUTION DE L'ASSURANCE

Norbert Girard

Secrétaire général, Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance

En deux décennies, l'assurance a plus évolué qu'en deux siècles ! Dans son ensemble, le secteur vit une véritable révolution, passant d'une logique de l'offre à une logique de la demande. Mais, pour réussir cette mutation, il faudra en premier lieu prendre en compte la dimension humaine qui lui est attachée. Car l'enjeu principal est davantage d'ordre culturel que technique ou organisationnel. Réinvestir sur le métier, dans toutes les composantes que recouvre cette approche, sera sans aucun doute la clef du succès.

Changer de paradigme

L'orientation client, stratégie dorénavant partagée par tous les acteurs de l'assurance, correspond avant tout au passage d'une logique de l'offre à une logique de la demande. Celle-ci, induite par les nouvelles technologies de l'informatique et de la communication, par l'hyperconcurrence, par le baby-boom (devenu papy-boom, avec l'apparition de la génération Y), par la montée du consumérisme, par une réglementation à la fois plus prégnante et désormais européenne, par la mondialisation à l'œuvre... guide désormais toutes les entreprises du secteur vers une manière différente d'appréhender leur métier d'assureur. Adopter cette stratégie ne consiste plus seulement à tenir la promesse initiale faite à la souscription du contrat, elle tient surtout à la manière de réaliser la prestation promise, prestation le plus souvent délivrée en nature. De fait, la question n'est plus tant de maîtriser les

techniques assurancielles, même si elles demeurent le socle incontournable du métier d'assureur, que d'obtenir la satisfaction du client, donc sa fidélité.

En d'autres termes, le nouveau Graal des assureurs est aujourd'hui de concilier l'industrialisation des traitements de masse, pour optimiser les coûts et rester compétitifs, avec l'individualisation des réponses-clients, pour personnaliser et pérenniser la relation.

■ Des fins et des moyens

Dans cette quête, il aura fallu refondre les systèmes informatiques pour gérer les flux d'information vers cette autre finalité, monter des bases de données pour connaître les clients (et non plus seulement recenser les contrats), segmenter les offres, rationaliser les gammes de produits, normaliser les procédures, automatiser les actes simples, voire les transférer sur le client, standardiser les méthodes de gestion... bref, industrialiser largement ce qui pouvait l'être. Mais

encore, parce que nous nous situons dans l'univers du tertiaire et non pas dans l'industrie, il aura fallu renouveler les partants, former et reconvertir les salariés, les accompagner tout au long de cette transition pour, progressivement, passer du produit au client, soit d'une culture technique à une culture du service.

C'est pourquoi ce changement de paradigme entraîne nécessairement des pertes de repères dans le rapport au travail et à l'entreprise, de même que dans les représentations d'appartenance à un métier. Pour autant, la référence au métier, intégrant la logique hiérarchique qui lui est intrinsèque (versus la hiérarchie institutionnelle), reste aujourd'hui encore le modèle dominant dans nos entreprises, alors qu'une approche par les compétences tente de lui être substituée.

■ De la notion de qualité dans le tertiaire, dans l'assurance en particulier

In fine, l'enjeu principal de ce vaste mouvement de fond repose sur la capacité de tous les acteurs concernés à s'approprier et à adhérer au nouveau modèle économique qui s'élabore. Ainsi, la modernisation de l'assurance pose plus que jamais la question de la place de l'homme dans la performance de l'entreprise, plus précisément l'entreprise d'assurance, au-delà du déploiement de toute la panoplie des outils gestionnaires disponibles.

Cette question est d'autant plus centrale qu'elle vient interpeller la notion de qualité, objectif recherché par tous, même si la définition qu'en donnent les uns et les autres n'est pas complètement consensuelle. Il convient dès lors de réfléchir sur les spécificités qui caractérisent ce que produit le secteur tertiaire, en général, et l'assurance, en particulier.

Quatre caractéristiques peuvent définir les spécificités de l'assurance. Le premier élément distinctif est qu'elle vise à couvrir des risques futurs et aléatoires – générant par là ce que les économistes appellent

« inversion du cycle de production » : on ne connaît pas d'avance, avec certitude, le prix de ce qu'on a vendu ! Le deuxième est que l'assurance ne produit pas des biens tangibles, mais délivre une prestation de service. Nous situant dans le cadre de prestations immatérielles, il apparaît donc que la notion de qualité est subjective, car dépendant d'un jugement de valeur, lequel se construit sur les ressentis – extrêmement variables – du bénéficiaire. Troisièmement, ce jugement n'est donc pas objectif, c'est-à-dire se rapportant à un objet dont la conformité avec le cahier des charges défini en amont peut, à elle seule, garantir l'atteinte de la qualité. Le dernier élément, enfin, est que le label de qualité (ou de non qualité) est donné par le client lui-même, soit de l'extérieur de l'entreprise, et non plus par un quelconque « bureau des méthodes » ou une « direction qualité ».

Ainsi, quand la production devient immatérielle, quand la qualité repose davantage sur la manière de délivrer la prestation (plutôt que sur la prestation elle-même), quand elle s'articule prioritairement dans une dimension relationnelle (en interaction avec l'environnement professionnel du salarié), le couple métier-compétence s'affirme alors comme la principale ressource prompte à gérer efficacement la relativité de clients par nature complexes et incertains.

■ Nom, prénom... profession

Sans décrire par le menu chaque métier qui compose le monde de l'assurance, quelques tendances lourdes et transversales ressortent clairement, qui laissent dès à présent entrevoir certaines évolutions en cours. Mais, pour autant, il ne paraît pas inutile de s'interroger sur ce qui « fait » un métier et lui donne son sens. Il repose tout d'abord sur les savoirs spécifiques qui le caractérisent et sont nécessaires à ce que produit l'entreprise. Mais il se comprend aussi par rapport à la finalité de ces savoirs détenus lors de leur mise en œuvre, laquelle sera différente selon le métier auxquels ils se rapportent (certains savoirs pouvant être partagés par plusieurs métiers). Pour faire un parallèle, un charpentier et un ébéniste savent tous deux assembler des morceaux de bois selon des techniques similaires – le tenon et la

mortaise, par exemple. Cependant, la finalité de leur métier n'est pas identique selon qu'il s'agisse de fabriquer une charpente de maison ou une armoire... Les représentations que l'on se fait de son métier, les règles de l'art que l'on se fixe ne sont pas les mêmes d'un métier à l'autre. Pour le premier, il s'agit essentiellement de faire solide avec des assemblages montrant clairement la technique privilégiée ; pour le second, il faut faire solide et fonctionnel, mais surtout harmonieux et « beau », en masquant la technique employée et les assemblages jugés disgracieux.

Ce premier constat mérite de rappeler deux aphorismes : d'une part, le métier découle de l'organisation définie et des domaines de spécialisation attribués. Ce faisant, il s'avère éminemment plus riche qu'un simple emploi (généralement défini au travers d'une fiche de poste). D'autre part, il renvoie également à un construit social sur lequel se fixe une identité professionnelle. Le métier donne donc un sens à l'action, mais il apparaît aussi comme un point d'ancrage au sein des collectifs de travail, un marqueur social, grâce auquel chaque personne se reconnaît – pour elle-même, entre pairs et vis-à-vis des autres professionnels.

■ Compétence et/ou métier

Couramment utilisée par tout un chacun, la notion de compétence professionnelle correspond, quant à elle, à des approches et des réalités diverses. Car, au-delà de la définition de base généralement admise, qui la situe comme un savoir en action, dire d'une personne qu'elle est « compétente » ne recouvre déjà plus tout à fait le même sens selon que l'on se situe dans l'univers opérationnel des métiers ou celui des ressources humaines.

Pour réemprunter à l'univers originel des métiers artisanaux, un ouvrier compétent n'est pas quelqu'un uniquement capable d'exécuter correctement un processus de production. Il est avant tout reconnu comme quelqu'un capable de résoudre l'imprévu qui se pose à lui. Au-delà de la détention d'une bibliothèque d'expériences singulières, être compétent c'est

savoir trouver « la » solution que le répertoire des règles habituelles, des normes imposées, des processus prescrits... ne permettent pas de résoudre. Là se situe la compétence, ou encore ce qu'il faut entendre dans l'expression « avoir du métier ».

La fonction RH, quant à elle, cherche davantage à comprendre et analyser le processus cognitif qui a permis d'atteindre le résultat, la performance. Cette identification lui est nécessaire pour recruter des salariés compétents, les former sur d'autres compétences, organiser les mobilités et les parcours professionnels. Mais, bien souvent, le processus cognitif qui conduit à la performance demeure une énigme, une boîte noire – y compris pour le salarié lui-même – dans la mesure où il n'est pas formalisé et difficilement « décorticable ». Notons encore que ce mystère est particulièrement prégnant dans des activités de service, où le produit final est immatériel.

Pour donner un autre exemple, qu'est-ce qui explique que tel vendeur, face à tel client, ait réussi à vendre tel produit ? Parce qu'il détient « la » martingale universelle ? Parce que la politique de rémunération est attractive ? Bien évidemment non, ou pas seulement ! Il faut donc admettre que la compétence recèle – et recèlera toujours – une part non expliquée qui tient avant tout au mystère de l'humain, à une combinatoire de ses expériences antérieures, de son histoire personnelle, de son engagement subjectif, de ses motivations, de ses habiletés particulières ou talents... sans qu'il soit pour autant nécessaire d'entrer ici dans le débat manichéen opposant l'acquis et l'inné.

Aussi, la question n'est-elle pas plutôt de déterminer quelle place accorder à la compétence, au regard du métier, considérant les transformations permanentes qui caractérisent le secteur ?

■ Du rédacteur au chargé de clientèle

Rapporté cette fois au secteur de l'assurance, prenons concrètement l'exemple du métier d'indemnisateur, l'ex-rédacteur-sinistres.

Jusqu'à un passé proche, le métier était d'appliquer stricto sensu la règle juridique, celle posée par le droit et le contrat d'assurance, pour instruire le dossier dans la finalité de « régler tout ce qui est dû et rien que ce qui est dû ». Aujourd'hui, il est évident que cette dimension du métier perdure et continue d'en fixer l'utilité gestionnaire (*dura lex sed lex* !). Pour autant, la logique client impose désormais d'aller plus loin dans la prise en compte des attentes du sinistré-bénéficiaire. Il s'agit toujours de régler le sinistre, mais d'une manière différente. Dorénavant, indemniser suppose également de prendre en charge la dimension affective et émotive liée à la réalisation du risque et ses incidences diverses. Du point de vue du client, il ne s'agit donc pas tant de payer le sinistre que d'amoindrir, voire abolir l'ensemble des tracasseries liés à sa survenance : effectuer la déclaration, obtenir la prise en charge, trouver et faire intervenir un réparateur compétent, coordonner les différents acteurs concernés, bénéficier (éventuellement) d'une solution temporaire de remplacement, etc.

Le métier d'indemnisateur, passé au prisme des compétences nécessaires à son exercice, tient davantage aujourd'hui à celui d'un accompagnateur ou d'un facilitateur dont le rôle principal est de résoudre, le plus simplement et le plus rapidement possible, le problème rencontré par le client qui n'a pas eu de chance.

■ Moderniser l'assurance : l'enjeu des collectifs de travail

De ce point de vue, il est évident que le décloisonnement des structures organisationnelles impose l'émergence de nouvelles façons de faire, en premier lieu par la généralisation des espaces collaboratifs où la gestion s'opère en équipe. De même, le développement du mode projet amène des professionnels-experts à devoir travailler ensemble pour conduire et réussir la mission qui leur est confiée. Certes, le désir d'atteindre cet objectif guide leur action, mais il faut aussi composer avec une pluralité de gens de métier, dont les cultures différentes et les représentations de la « belle ouvrage » peuvent être relativement éloignées les unes des autres.

Dès lors, il faut relever l'importance croissante que les compétences transversales ont prise ces dernières années, principalement sur le plan relationnel. Appréhender parfaitement son environnement de travail, sa place et sa contribution à la marche de l'entreprise, assimiler l'organisation, savoir communiquer et fonctionner dans une équipe pluridisciplinaire, être pédagogue dans la présentation de son travail... sont autant de dimensions nouvelles qu'il est devenu indispensable de s'approprier.

■ Compétence, métier... et coopération

Mais la difficulté n'est plus seulement de maîtriser son art. Progressivement, il ressort que le principal enjeu de cette mutation tient d'abord en la capacité, voire l'envie, qu'auront les acteurs parties prenantes à agir ensemble pour produire. Avec l'avènement d'une culture client, on observe une prise de conscience croissante du caractère central de l'engagement et de l'implication personnelle dans la réussite des projets collectifs. Certes, les compétences demeurent incontournables, mais elles ne suffisent pas – ou plus – à garantir le résultat escompté...

Aussi, une autre définition possible de la compétence pourrait être celle-ci : un moyen particulier d'atteindre la performance face à l'incertitude. Dans cette approche, l'économique et le social ne s'opposent pas, mais cherchent plutôt à s'articuler, à se conjuguer harmonieusement. La compétence se positionne alors comme une ressource parmi d'autres, que l'entreprise utilise pour résoudre les problèmes auxquels elle est confrontée et atteindre ses objectifs.

Au-delà de posséder son métier, quel qu'il soit, la nécessité de coopérer n'a jamais été aussi prégnante. D'ailleurs, peut-on imposer la coopération, l'envie, la motivation dans une fiche de poste ? Couramment entendue, l'expression « donner du sens » au travail traduit sans doute bien cette perte de repère régulateur, tout comme ce besoin d'agir ensemble pour répondre aux fluctuations des environnements de travail.

En guise de conclusion

Toute logique d'industrialisation débute classiquement par une remise à plat de l'activité productive. Parcellisée et automatisée, lorsqu'il s'agit de tâches simples et répétitives, celle-ci fait ensuite l'objet d'une réallocation dans des organisations nouvelles et selon des processus optimisés. Ce faisant, on constate que les postes actuels ne recouvrent plus les champs historiques des différents métiers tels qu'ils s'étaient bâtis au fil du temps. L'industrialisation les a ainsi déconstruits, avant d'en recomposer d'autres sur les bribes d'activités subsistantes, dorénavant rassemblées.

On ne peut pas, de fait, aborder le sujet de la compétence sans l'associer préalablement à celui de l'organisation de l'entreprise. Car s'organiser ne concrétise finalement qu'une dynamique d'adaptation pour réduire l'incertitude liée à son environnement. Le choix privilégié, voire exclusif, de telle ressource plutôt qu'une autre repose sur la visibilité dont dispose l'entreprise quant à ses futurs possibles et/ou souhaités, mais dépend aussi du degré de complexité dans lequel s'insère l'activité de production. Et selon que cette dernière sera stable ou aléatoire, simple ou complexe, les réponses organisationnelles varieront.

Pour l'ensemble de ces raisons, une approche

exclusivement gestionnaire de l'activité, qui ne distinguerait pas le besoin d'un traitement de masse de celui d'une personnalisation, serait sans doute une bonne transposition – in abstracto – du modèle d'industrialisation hérité du secteur secondaire. Elle ne pourrait toutefois conduire qu'à une perte de qualité, soit un moindre avantage concurrentiel. À défaut de nous situer dans des univers de travail stabilisés, l'analyse en termes de compétences – tant de métier que relationnelles – oblige à construire de nouvelles modalités de reconnaissance, de nouvelles logiques de mobilité, de nouveaux modes de management. Préserver, notamment, un cadre d'autonomie des acteurs permet alors une réponse optimale aux besoins multiples et divers du client d'aujourd'hui. Car l'organisation, tout en répondant à la nécessaire maîtrise des coûts, doit aussi soutenir la motivation des équipes comme ressource principale de la qualité et de l'efficacité.

Parallèlement, les métiers ne sont pas figés sur une période ou une époque. Par essence, ils évoluent au quotidien et s'enrichissent mutuellement des expériences qui les érigent et les façonnent. Là se situe sans doute la clé de réussite des mutations à l'œuvre dans notre secteur d'activité, à condition d'être véritablement convaincu de l'importance et de la capacité contributive de chacun pour opérer cette révolution.

COMMENT LA DISTRIBUTION CHANGE L'ASSURANCE

Gustave Peltzer

Directeur, Institut de recherche appliquée et de tendance Miiir

Par principe, l'analyse prospective part du constat que le futur ne ressemblera pas au passé. C'est probablement ce qui inquiète dès lors que l'on essaie d'imaginer la distribution des produits d'assurance à l'horizon 2020. Mais de quelle distribution parle-t-on ? Tout le monde, ou presque, distribue ou peut distribuer aujourd'hui un produit d'assurance. La stratégie du « multicanal » a atteint ses objectifs : saturer le client par tout moyen à sa convenance. Internet, l'agent immobilier, l'instituteur, le garagiste, le comptable, le notaire, le vendeur d'automobile, la grande distribution, l'agent de la poste... autant d'acteurs nouveaux, venus s'ajouter aux canaux historiques des agents généraux, courtiers et autres réseaux salariés. Sans compter les bancassureurs qui distribuent aujourd'hui plus de 60 % des produits vie.

Un marché en pleine mutation

Avec près de sept contrats par ménage, le marché arriverait à un point de maturité, selon les économistes. Serait-ce un signe précurseur d'une nouvelle période de changements structurels ? La fin d'un cycle basé sur des stratégies simplistes de multi-équipement ? À l'évidence, c'est le début d'un processus de saturation qui ne laisse guère le choix qu'entre obsolescence ou innovation ; ce qui est lourd de conséquences et interdit le confort ou l'auto-référence satisfaite. Pour avoir adapté leur distribution aux nouveaux comportements des consommateurs, bien d'autres secteurs

nous apportent une lecture concrète des évolutions à venir, en particulier en ce qui concerne la vente, le produit et le marketing. On pourra enfin se demander comment ces changements se traduiront dans les compétences des assureurs de demain.

■ La numérisation de la vente

La numérisation des échanges concerne toutes les étapes de la distribution et l'ensemble de la chaîne de valeur : conseil, vente, services.

Un exemple ? Dans les boutiques new look de Zara, plus besoin de chef de rayon : la caisse enregistreuse analyse les ventes et commande directement le réassort du produit vendu chez le fournisseur (17 % seulement en Chine). Aucun stock. Le lieu de vente

est devenu un showroom dans lequel le consommateur est invité à venir découvrir, tous les quinze jours, une nouvelle collection, et non plus deux fois par an pour les anciennes collections automne-hiver et printemps-été. Les invendus sont retirés des présentoirs. De toute manière, ils n'ont jamais été fabriqués en série. La vente sur Internet a débuté tardivement en 2010. Déjà doté de plus de 5 000 magasins, Zara en ouvrira encore plus de 500 en 2013. Détail intéressant : on a réintroduit des vendeuses pour éviter que la cliente ne sorte de la cabine d'essayage si un modèle ne lui convient pas ! 30 000 modèles nouveaux sortent chaque année du bureau de création de la marque.

■ L'évolution des produits

Comme les industries, l'assurance connaît un cycle de vie du produit. Dans un contexte de libre concurrence et de faible croissance économique, la sur-offre conduit inexorablement les produits vers une banalisation de leurs champs de valeur ajoutée. Leur compétitivité ne peut être réellement différenciatrice. En devenant banal, le produit perd donc de la valeur, s'oriente vers la simplification et la promesse d'un meilleur rapport qualité/prix. Le processus devient low-cost, seul moyen d'être référencé dans une approche multicanal. La perte d'identité du produit s'accompagne souvent d'une décredibilisation générale.

La marque reste alors le seul élément de différenciation des produits pour construire la confiance dans des lieux de vente de grande fréquentation. Mécaniquement, la vente en gros conduit les centrales d'achat les plus puissantes à utiliser leurs propres comparateurs pour référencer les produits de toutes les entreprises. C'est la force des systèmes Intermarché avec les pêcheries, de Point P ou Leroy Merlin dans le bâtiment, et de Carrefour ou Casino dans l'agroalimentaire.

◆ Le produit devient service

Après la phase de banalisation, le produit se transforme toujours pour devenir service. L'apport des nouvelles technologies élargit le champ des possibles à d'autres types de besoins. Le succès de Darty et de

son contrat de confiance en est le plus brillant exemple : assurer un service refusé par les fabricants (!) par un contrat de confiance et les systèmes qui y sont liés.

Par les nouvelles technologies, l'assurance, devenue service, allie conseil, étude et diagnostic. Toutes les strates de l'entreprise deviennent commerciales et sont intégrées dans un circuit court qui relie le client à tous les interlocuteurs de l'entreprise d'assurance (disparition du sas entre saisie de contrat et saisie de la souscription, etc.). Une révolution comparable à celle qu'a connue le secteur des photocopieurs lors du passage à l'ère de la « bureautique », ou celle, plus récente, qui a vu émerger le nouveau métier de cuisiniste dans l'équipement ménager.

L'accélération fantastique de la technologie informatique bon marché, par le biais des téléphones portables et des tablettes, engendre une telle baisse des coûts de la connectique qu'aujourd'hui une part de plus en plus considérable de la population a accès à des services qui ne sont plus réservés aux classes supérieures.

Deux exemples : Vision Spring, en Inde, donne accès à des examens et des lunettes de vue à des tarifs ne dépassant pas 2 à 3 euros. L'Institut de la santé reproductive (Washington DC) indique aux femmes leur période de fécondité chaque mois grâce à des textos qui les informent des jours où des rapports sexuels non protégés pourraient conduire à des grossesses non désirées.

◆ En devenant service l'assurance devient système

La relation entre client et distributeur s'en trouve profondément modifiée. L'espace client peut alors retrouver une certaine proximité en s'adaptant aux contraintes locales par des points de vente plus petits et bien situés et, surtout, interconnectés. Dans ce schéma, les applications de la téléphonie mobile pénètrent la vie intime du consommateur avec son consentement, puisqu'il ne subit plus la relation mais la souhaite, ce qui change tout. L'assurance évolue vers l'assistance par l'offre d'une prise en charge personnalisée du client par un interlocuteur unique.

■ L'évolution du marketing

◆ Transformer les besoins en envie

Après des années « dénigrement » du secteur (« zéro blabla », « je l'aurai, je l'aurai », « je suis le moins cher »), la communication change de référence et le marketing change de nature. Plus qualitatif et moins quantitatif, sous l'impact des nouvelles technologies il s'adapte aux modes de pensées et de comportements des consommateurs, qui reprennent le leadership de la relation avec le produit, dans une connexion instantanée du « j'aime/je n'aime pas » - « I like » (cf. Facebook).

Le marketing se segmente selon des profils types de catégories de clients (X, Y, Z, etc.) qui se fédèrent entre elles en communautés culturelles et sociales. Soumis à de nouveaux codes éthiques et comportementaux, les produits et les systèmes proposés rompent totalement avec les standards actuels. La relation client devient réellement interactive, non seulement avec les commerciaux mais avec l'ensemble des collaborateurs de l'entreprise.

S'adressant à des clients sur-sollicités, sur-informés, le marketing change de dimension : faire, agir vite, réagir, répondre, simplifier deviennent des aptitudes indispensables pour répondre en temps réel. Ces nouvelles aptitudes transforment radicalement les approches traditionnelles du marketing et tout son dispositif organisationnel en modifiant l'ensemble de la chaîne de valeur (production-distribution), pour construire la confiance du consommateur autour de la marque et de la communication par la connexion.

Un nouveau marketing d'investigation se développe et favorise le déploiement de nouveaux espaces de vente, de nouvelles techniques de communication et découvre enfin le merchandising.

◆ Nouveaux lieux de vente

Dès 1985, Sears à Chicago avait déjà testé l'intégration des produits financiers (crédit, assurances ou tous autres produits financiers ou immobiliers) dans l'univers de la grande distribution. La montée

d'Internet et des comparateurs dans le périmètre de l'assurance n'est donc qu'un rattrapage par rapport à d'autres secteurs. Une partie de l'assurance pourra probablement être souscrite à distance, mais toutes les études montrent que le « conseiller » est un point incontournable dans le processus d'achat d'un contrat d'assurance, dès lors qu'il touche à l'intime.

Les lieux de vente actuels n'ont jamais été conçus pour accueillir favorablement les clients. AXA l'avait compris en son temps. Aujourd'hui, ING, BNP ou Groupama testent de nouveaux concepts d'espaces de vente. Car le client ne vient jamais par envie dans un endroit qui n'a pas été conçu pour lui. Il y vient, contraint... ce qui laisse la voie à un fantastique challenge ! En s'ouvrant au monde du service, en proposant au client de se regrouper autour de systèmes construits pour lui, dans des lieux conçus pour lui (site Internet ou lieu de vente), les lieux de vente deviennent une arme de séduction et de différenciation forte des marques.

◆ L'assurance s'ouvre au merchandising

Le merchandising est une technique méconnue des assureurs, alors qu'elle est l'arme absolue de la séduction d'un client par le produit lui-même dans tous les autres types de distribution. En misant toute leur stratégie sur Internet, les assureurs traditionnels pourraient faire erreur. Certes, la clientèle y accède progressivement, selon l'âge et la culture, mais c'est oublier le processus d'achat d'un contrat d'assurance : comme pour les « sites de rencontre » sur Internet, cela se termine toujours dans un lieu d'échange qui n'est pas numérique !

Dans ces nouveaux lieux d'échanges, des vendeurs ont certes leur place, non plus les traditionnels représentants d'un réseau, motivés pour vendre un produit par une commission. Le nouveau vendeur doit avoir une vision large de toute l'offre de la compagnie pour conseiller le client suivant les besoins que celui-ci exprime. L'accès aux produits a donc entièrement été reconstruit en fonction du client pour permettre à celui-ci de trouver la solution qui l'intéresse aux problèmes qui sont les siens, en utilisant le canal qu'il choisit ; à chaque instant il est

en confiance, à l'aise avec une interface ergonomique, des lieux confortables et des assureurs dont le contact lui convient.

Si l'accès au produit a entièrement été repensé en fonction du client, la thématique du présent dossier nous invite à penser l'effet de cette évolution sur les assureurs eux-mêmes.

Du client à l'assureur

Quelles seront les conséquences de ces transformations sur les salariés du secteur ? À coup sûr, il convient de recruter. Le dernier *Baromètre prospectif* de l'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance (OEMA) montre la croissance de la famille « conception et adaptation de produits » dans les dix dernières années : 92 % de cadres, 68 % des recrutements à bac+5, une hausse continue et rapide des effectifs. Et les perspectives sont toujours brillantes. Reste que l'approche client se traduit aussi par un effet sur la force de vente que l'on vient d'évoquer : celle-ci doit être plus attentive au client et plus informée de l'offre de l'entreprise. Plus généralement, les informaticiens sont sollicités pour exploiter les bases de données client, les gestionnaires de sinistres deviennent les ambassadeurs de la compagnie, les actuaires sont invités à contribuer à l'évolution des produits... Il n'est personne, du contrôle aux fonctions support, qui échappe à la réorientation vers le client. Comment associer tous les talents, toutes les compétences à ce grand chantier ?

On pense d'abord aux nécessaires évolutions des organigrammes : la relation entre le marketing et le reste des fonctions de l'entreprise d'assurance est repensée car le marketing ne peut plus être conçu seulement comme le bout de la chaîne de production. Il contribue à la définition des produits et des réseaux. Il faut donc réformer les silos pour développer la transversalité entre les fonctions de l'entreprise afin d'appréhender le client. C'est d'ailleurs chose faite à peu près partout désormais. Reste que pour sensibiliser chacun au défi, il faut un effort de formation.

Du côté de la formation initiale, il faut développer la polyvalence sans sacrifier les compétences techniques, comme le montre le débat entre Éric Lombard et François Ewald dans ce même numéro. Mon expérience de formateur à l'Enass est que la pédagogie adaptée à cette évolution repose sur des ateliers, des projets par lesquels les élèves s'approprient autant les connaissances que les méthodes et l'esprit même de l'orientation client. Bien sûr, il faut des années de droit pour former un bon juriste, des années de mathématiques appliquées pour faire un bon actuaire, assez de comptabilité et de finance pour faire un bon manager, mais il faut aussi tous les ans des ateliers pour travailler à des projets transverses avec des talents différents, des mises en situation pour développer l'autonomie et l'esprit d'équipe. Les écoles ont beaucoup progressé ces vingt dernières années dans ce domaine, et le développement de méthodes utilisant intensivement les technologies de l'information permet maintenant de travailler à distance sur des projets communs et professionnels.

On peut toutefois prendre un peu de recul par rapport à ces progrès : la formation commerciale a toujours reposé sur la combinaison de connaissances générales et d'un apprentissage en situation. Les enfants des marchands vénitiens, dès qu'ils savaient lire et compter, s'embarquaient avec leurs oncles pour aller visiter les cousins dans les échelles du Levant. Plus près de nous, on prenait le temps, en arrivant, de faire le tour de l'entreprise, un tour qui durait rarement moins d'un année. Ces pratiques évoquent certes un monde révolu, mais ne venons-nous pas d'expliquer simplement combien elles étaient profitables à la constitution d'une vision large des métiers, qui permet d'associer les compétences qu'une décomposition rationnelle a enfermées dans des silos ? La généralisation de l'apprentissage dans l'assurance offre une opportunité remarquable de reconstituer ces parcours d'initiation : quelle chance pour des jeunes gens de réaliser une première expérience en BTS, une autre en licence et une troisième en master où ils choisissent enfin une spécialité après avoir connu trois services, autant de métiers et autant de facettes du secteur de l'assurance ! Encore un peu de persévérance et ils pourront, grâce à un diplôme d'établissement post-master d'actuariat, de droit des

assurances ou de *risk management*, affirmer leur expertise dans leur spécialité... sans rien perdre de leur connaissance générale du secteur.

Reste, pour garantir le succès de la conversion au client, à offrir aux salariés en place les mêmes possibilités d'accès à la transversalité : peut-être faut-il pour cela prendre l'initiative de plans de formation originaux, invitant à la diversité et au changement ?

L'évolution de la distribution est un aspect essentiel de la transformation du modèle des sociétés d'assurance. Il n'est plus question de vendre des contrats, mais de

donner envie au client, et cette conversion conduit à faire évoluer les produits vers le service et l'assistance. La même attention systématique aux collaborateurs conduit à repenser les méthodes de formation, en privilégiant dans les parcours d'études un accès pratique à l'ensemble des activités du secteur. Si la formation initiale s'est largement adaptée à ces changements, on peut s'interroger sur l'évolution de la formation continue. Pour affiner ces intuitions qui procèdent autant d'une expérience professionnelle que d'une expérience de formateur, Miiir mène actuellement une enquête auprès des DRH du secteur : à suivre dans *Risques...*

LA FORMATION DES JURISTES D'ASSURANCE

Jérôme Kullmann

Professeur, Université Paris-Dauphine

Directeur, Institut des assurances de Paris

Président, Aida France

Pour créer une entreprise d'assurance, disait-on autrefois, il faut un juriste et un actuair, tous deux dotés d'une certaine imagination. Le premier définit la garantie qui sera proposée sur le marché, tandis que le second calcule les montants tant de la cotisation que de l'engagement de l'assureur, grâce à sa panoplie de statistiques et autres outils. Il ne faut pas oublier qu'en contrepartie de la cotisation, c'est en effet un engagement purement juridique, la garantie d'assurance, que le souscripteur obtient de l'assureur. Au fond, le juriste est à l'activité d'assurance ce que l'ingénieur spécialisé dans la conception et la fabrication des aéronefs est à l'industrie aéronautique : mieux vaut savoir en quoi consiste l'engagement juridique de l'assureur, avec son risque de passif, et en quoi consiste un avion.

Les structures

Il convient de rappeler que les études de droit sont organisées selon le système dit LMD (licence en trois ans, masters 1 et 2, en deux ans, et doctorat).

Le master 2 doit être habilité au niveau national, et fait l'objet d'évaluations périodiques par une autorité administrative indépendante, l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Aeres). En revanche, les universités sont en droit de créer, sans contrôle national, des formations qui délivrent un diplôme dit d'université. La valeur et la notoriété de celui-ci dépendent de sa perception par les professionnels du secteur d'activité, c'est-à-dire, en l'occurrence, des

milieux de l'assurance : tel est le cas des Instituts des assurances, mais à la vérité, en dépit de l'habilitation nationale, il en est de même des masters 2.

■ Les Instituts des assurances

Dans les années 1970, quatre universités ont conclu un accord avec la FFSA, la fédération des courtiers et celle des agents généraux. Ont été ainsi fondés les Instituts des assurances d'Aix-Marseille, de Lyon, de Paris et de Tours (ce dernier a disparu et se trouve pratiquement remplacé par celui de Bordeaux). Deux caractères originaux peuvent être relevés. D'une part, ces entités délivrent un diplôme d'université, en un ou deux ans, et, d'autre part, elles

sont financées, pour une très large part de leur budget, par la taxe d'apprentissage versée par les professionnels. Au surplus, elles ont également organisé en leur sein des masters 2 de droit des assurances. En d'autres termes, l'étudiant d'un Institut des assurances obtient, à la fin de son cursus universitaire, deux consécration : un diplôme d'université, celui propre à l'Institut, et un master 2.

■ Les masters 2 professionnels

Les universités qui ne disposent pas d'un institut ont mis sur pied des masters 2 « droit des assurances », qui se sont multipliés depuis une vingtaine d'années puisque l'on en compte environ une quinzaine. Le mouvement n'a pas été seulement quantitatif, car si à l'origine les DESS étaient destinés principalement aux professionnels et accessoirement aux étudiants en formation initiale, leurs successeurs, les masters 2 professionnels, présentent la caractéristique inverse : leur population est composée principalement d'étudiants et de quelques professionnels. Toutefois, certains masters 2 s'adressent directement à ces derniers.

Les enseignements

■ Les matières

Il est logique, dans un pays de tradition romano-germanique, de mettre sur pied des enseignements qui suivent les matières régies par le Code des assurances. C'est en suivant l'ordre établi par ce dernier que l'on peut organiser le programme. Le cours fondamental est naturellement consacré au régime général du contrat d'assurance, le droit des entreprises d'assurance étant, lui aussi, essentiel. Bien entendu, le programme comprend les diverses branches d'assurance ⁽¹⁾. Quelques formations prodiguent aussi des cours d'économie, de comptabilité, de statistiques et, ce qui est tout simplement indispensable, des cours d'anglais. À cet égard, il faut encore et toujours déplorer que cette langue soit enseignée, pendant le cycle secondaire, dans des conditions

lamentables, et cela dure depuis des décennies : nous recevons trop d'étudiants qui, après sept années d'anglais, sont aptes à dissenter sur l'histoire du Royaume-Uni et sur Shakespeare, ce qui est fort bien, mais demeurent incapables de demander un ticket aller-retour au guichet de la gare de Saint-Pancras ! La situation est alors très difficilement récupérable, sauf à disposer des moyens matériels et des enseignants compétents pour dispenser plusieurs dizaines d'heures de cours, ou à moins que l'étudiant fasse lui-même l'effort de se mettre à niveau.

Un tel effort est aussi indispensable pour maintenir, cette fois, le niveau des connaissances acquises au cours des études, en raison d'un phénomène bien connu : l'extrême volatilité du droit de l'assurance. Non seulement les textes français et communautaires connaissent d'assez fréquents changements, mais la jurisprudence est aussi foisonnante que mouvante ⁽²⁾. Outre l'obligation pour les enseignants de suivre ces évolutions au jour le jour, les étudiants doivent être conscients que les connaissances juridiques acquises à l'université sont vouées à une obsolescence plutôt rapide, parfois d'une année sur l'autre. Même si l'on doit lutter contre ces mouvements parfois chaotiques, on peut légitimement estimer qu'il s'agit là de l'un des attraits de l'assurance : l'incertitude juridique se greffe sur l'incertitude, essence de l'opération d'assurance, connue sous le nom d'aléa.

■ Formation généraliste ou spécialisée

Dans la mesure où il est matériellement impossible de présenter chacune des branches dans le détail, deux approches sont possibles. Soit on opte pour une formation générale, en cherchant à inculquer aux étudiants des connaissances, plus ou moins approfondies, relatives au plus grand nombre possible d'opérations d'assurance. Soit on préfère une certaine spécialisation, et l'on met l'accent, par exemple, sur la responsabilité et l'assurance, ou sur les assurances de personnes. Sans qu'il s'agisse d'un clivage bien délimité, loin de là, on peut constater que les Instituts des assurances reflètent la première approche,

d'autant plus que les études peuvent s'y étendre sur deux années, tandis que plusieurs masters 2 ⁽³⁾ privilégient la seconde.

■ Le volume horaire des enseignements

En formation initiale, ce volume se situe raisonnablement autour de quatre cents heures pour une année de master 2, et de six à sept cents heures dans le cadre d'un diplôme d'université qui se déroule sur deux années. Il est, on le conçoit aisément, sensiblement moindre pour les formations ouvertes aux professionnels, qui se traduisent elles aussi par la délivrance d'un diplôme.

Tous les responsables de formation le confirmeront : l'assiduité constitue un problème récurrent. L'époque est révolue où la présence n'était pas obligatoire. Aujourd'hui, elle l'est, tant pour les étudiants stricto sensu que pour les professionnels en formation continue. En effet, les premiers sont souvent en stage tout au long de l'année, certes à temps partiel... mais il n'est pas toujours aisé de respecter la césure entre présence à l'université et présence dans l'entreprise. Quant aux seconds, il leur est difficile de refuser d'assister à une réunion ou de terminer un dossier urgent au motif qu'ils doivent assister à un cours. Il ne faut cependant pas exagérer cet inconvénient inhérent à la vie en entreprise, car dans leur très grande majorité les employeurs respectent la règle du jeu.

■ Stages et alternance

Tant les diplômés des instituts que les masters 2 ont une finalité dite, dans le langage de certaines administrations, « professionnalisante » (joli barbarisme !). Pour se frotter au monde de l'entreprise au cours de leurs études, les intéressés vont effectuer des stages, qui chez un courtier, qui chez un assureur, dans un cabinet d'avocat, dans une entreprise industrielle, voire à l'ACP, etc. On doit noter l'appétence de tous ces professionnels pour les stagiaires, ce qui permet aux enseignants de penser qu'ils délivrent de bons enseignements.

Étant précisé que, dans le cadre des masters 2, le stage est obligatoire, deux méthodes sont suivies. Tout d'abord, le stage doit être d'une durée minimale de deux mois, à une époque quelconque de l'année, et peut bien entendu être plus long. C'est alors à l'étudiant qu'il incombe de prendre contact avec l'entreprise et de conclure avec elle une convention de stage. Ensuite, le système de l'alternance peut avoir été mis en place par le responsable de la formation. On rencontre pratiquement toutes les formules imaginables : par demi-journée (une demi-journée à l'université, l'autre dans l'entreprise), par semaine entière, par quinzaine, etc. Le choix du rythme d'alternance n'est pas toujours évident, car si tous les étudiants du diplôme sont logés à la même enseigne, les employeurs le sont également alors que leurs préférences peuvent aller à une autre formule. Toujours est-il que le procédé est le plus souvent excellent et couronné de réussite, le stage débouchant alors sur une embauche.

En outre, pour évoquer une question à laquelle les étudiants sont bizarrement sensibles, les rémunérations des stages, en alternance ou non, sont très variables. On a pu constater des écarts, à temps de travail égal et dans des entreprises comparables, allant du simple au triple... Il semble utopique d'espérer une harmonisation qui, du moins, se traduise autrement que par un mouvement vers le bas de la fourchette !

Les enseignés

■ Les conditions d'accès

La formation initiale est habituellement ouverte aux titulaires d'un master 1 ⁽⁴⁾ de nature juridique, mais le responsable de la formation peut aussi admettre ceux qui ont suivi des études d'économie ou de gestion. Pour ces derniers, le séjour partagé avec des juristes de formation est souvent rude, car tous les aspects fondamentaux du droit sont présumés connus ⁽⁵⁾ : droit de la preuve, du contrat, de la responsabilité civile, des personnes, etc. – autant de

matières qui sont devenues complexes au fil des ans, et que même les étudiants en droit ont quelque mal à bien maîtriser. Concrètement, ces économistes représentent à peine 5 % des effectifs, proportion que l'on retrouve dans l'autre sens, celui des juristes qui s'aventurent dans des formations dédiées aux aspects économiques et financiers de l'assurance.

Faut-il regretter l'absence de formation commune aux uns et aux autres ? D'un point de vue théorique, la réponse est certainement positive, mais c'est à la source que le mal prend racine. Les premiers cycles universitaires droit-économie, ou droit-gestion, ne connaissent pas un succès foudroyant. Celui-ci dépend d'une masse de cours impressionnante, et seuls les mieux armés (pour faire simple, les bourreaux de travail disposant d'une exceptionnelle capacité d'assimilation) peuvent réussir à cumuler de telles études bicéphales. La spécialisation des lycéens – grosso modo maths, lettres, sciences de gestion, etc. – est, à notre sens, réalisée de façon beaucoup trop précoce. La revue *Risques* n'est cependant pas le lieu où l'on pourrait refaire ce monde.

■ L'accès

Diplôme d'université ou master 2, la sélection est rigoureuse – examen du dossier et/ou entretien avec un jury composé d'universitaires et de praticiens –, les candidats étant deux à dix fois plus nombreux que le nombre de places offertes. Il est vrai qu'en vingt ans, la multiplication des masters 2 de droit des assurances en France ⁽⁶⁾ a naturellement fait chuter le nombre moyen des candidatures par formation. On parle souvent d'entretien « de motivation »... mais on peut s'interroger sur la pertinence de la notion quand on sait que l'assurance est une matière qui n'est enseignée en master 1 que dans fort peu d'universités, et ne fait partie, dans l'immense majorité des cas, que des matières semestrielles dites à option. Dans ces conditions, comment un étudiant peut-il être réellement « motivé » s'il n'a pas déjà suivi un tel enseignement ou s'il n'a pas été plus ou moins initié à ce domaine d'activité dans son cercle de relations ? Il faut donc être lucide : à l'inverse du droit bancaire, abordé au

cours des quatre premières années de droit dans différents cours ⁽⁷⁾, l'assurance est très fréquemment inconnue des candidats, ou ne l'est que par les quelques renvois auxquels peut procéder l'enseignant chargé du cours de responsabilité civile. Ce n'est donc pas tant la matière proprement dite qui attire les étudiants, que la perspective, perçue sous un jour très favorable, d'un emploi. Et, en réalité, on constate que c'est au fil des études que s'éveille l'intérêt pour l'assurance, ou plus exactement pour les multiples facettes de l'assurance.

■ Les élus

Il est utile de relever qu'assez souvent les candidats sont déjà dotés d'un master 2 général : droit privé ou droit des affaires. Il n'est pas surprenant qu'ils aspirent alors à une formation spécialisée telle que l'assurance. Cette observation donne l'occasion d'évoquer l'âge des étudiants. La moyenne se situe dans les 22-23 ans, mais il arrive de recevoir des jeunes gens qui ont 20 ans... ou sept années de plus ! Et, pour continuer dans l'analyse des traits particuliers des candidats, il faut avouer que l'on assiste à un déséquilibre flagrant entre les représentants des deux sexes : les jeunes femmes sont nettement plus nombreuses que les jeunes gens, non seulement à faire acte de candidature mais aussi à intégrer les formations supérieures consacrées au droit de l'assurance ⁽⁸⁾. On peut se perdre en conjectures pour expliquer cette réalité ⁽⁹⁾, mais on se gardera bien de donner ici une opinion personnelle pourtant forgée sur l'enclume de trente années d'enseignement. Enragés de la théorie du genre et Cour de justice de l'Union européenne l'interdisent.

Enfin, la présence d'étudiants venus de l'étranger n'est pas mince. À celle, traditionnelle, de ceux venus du continent africain s'adjoint maintenant celle des ressortissants de pays asiatiques. Curieusement, les Européens et les Américains du Nord sont plutôt rares. Il faut admettre, même à notre grand dam, que si l'établissement de relations bilatérales avec des universités étrangères est très facile à réaliser sur le papier, la mise en œuvre d'échanges d'étudiants se heurte à un obstacle aussi vulgaire que classique : l'argent.

■ La délivrance

On entend ainsi la délivrance du diplôme, chacun l'aura compris. Elle a lieu à l'issue de la session d'examens, écrits ou oraux. Rien de bien original, mais on ne peut manquer de dire un mot du tout aussi classique mémoire de master 2. Il y a trente ans, on comptait en France moins de cent étudiants en la matière, et il n'était déjà pas évident de trouver, chaque année, autant de sujets. Actuellement, sans pouvoir citer de chiffre exact, on doit approcher les trois cents. À l'impossibilité d'imaginer trois cents sujets différents s'est ajoutée la diffusion des mémoires sur Internet... Le problème n'est pas propre à l'assurance, mais il est devenu une préoccupation permanente des directeurs de formation. Ceux-ci ont parfois recours à des palliatifs : mémoire réalisé par un groupe d'étudiants, rapport de stage approfondi, cas pratiques réels à résoudre dans un délai très bref, etc.

Les enseignants

■ Les universitaires

Les universitaires sont en principe des enseignants-chercheurs, et il est fort délicat de définir ce qu'est un universitaire spécialisé dans le droit de l'assurance. On ne s'attardera pas sur le fait que, comme partout ailleurs, certains professeurs ou maîtres de conférences s'autoproclament spécialistes de la matière, sur leurs sites personnels et même sur les sites officiels des universités, alors que l'on ne connaît d'eux ni travaux scientifiques originaux, ni participations à des colloques, etc. Si l'on s'en tient aux authentiques connaisseurs du domaine, un écueil guette chacun d'entre eux : ne pas parvenir à maîtriser l'ensemble des sujets. Il faut reconnaître que de l'assurance sur la vie à celle des pertes d'exploitation, de la réassurance à la distribution, du droit des contrats au droit des entreprises, du droit national au droit européen et international, sans omettre le droit comparé, le champ des connaissances est devenu si vaste que trente années d'études ne suffisent pas à tout embrasser.

Certains universitaires n'ont pas qu'une connaissance théorique de l'assurance, dès lors qu'ils pratiquent consultations et arbitrages, soit seuls à la manière d'artisans, soit en étant attachés à un cabinet d'avocats. Il est évident que leurs enseignements et leurs travaux scientifiques s'en trouvent grandement améliorés.

■ Les praticiens

Il paraît raisonnable d'affirmer qu'au moins 80 % des enseignements sont assurés par des « professionnels » venus de tous horizons : entreprises d'assurance, de réassurance, de courtage, avocats, magistrats, sans oublier les commissaires-contrôleurs, particulièrement appréciés lorsqu'il faut exposer les arcanes des entreprises d'assurance, le rôle de l'ACP ou encore les mystères de Solvabilité I et II.

Tous ces enseignants ont un caractère commun : ils viennent à l'université pour percevoir des rémunérations d'un niveau époustouflant... tant il est ridicule. À la vérité, bien évidemment, ils ne passent des heures à préparer et dispenser leurs cours (ainsi qu'à faire passer les examens) que dans la mesure où ils aiment se replonger dans le milieu étudiant. On n'insistera pas davantage : sans eux, aucune formation de droit des assurances ne serait envisageable.

Conclusion

On ne peut conclure un tel exposé qu'avec un constat de satisfaction : les titulaires d'un diplôme de droit des assurances ne connaissent pas le chômage ! Peut-être doit-on trouver l'explication de cette heureuse issue dans le fait que dix ans après leur sortie de l'université, la plupart d'entre eux n'occupent plus de postes strictement juridiques. Ils deviennent en effet souscripteurs, *risk managers*, courtiers, etc. Certains, de plus en plus nombreux, sont avocats, quelques-uns sont entrés à l'ACP, et l'on compte même quelques journalistes qui œuvrent dans la presse spécialisée. En revanche, il semble que pas un n'ait rejoint la

magistrature, alors que celle-ci manque cruellement de véritables connaisseurs, si ce n'est à la Cour de cassation et dans telle ou telle cour d'appel.

Notes

1. Assurance de responsabilité, assurance de choses, assurance de personnes, ces grandes catégories pouvant donner lieu à des subdivisions classiques : assurance de responsabilité générale, de responsabilité des dirigeants... ; risques simples et risques industriels... ; assurance sur la vie, assurance dite « santé »...

2. Notamment avec, bon an mal an, ses quatre cents arrêts de la Cour de cassation.

3. Anciennement DESS, ou DEA et, en remontant encore dans le temps, DES.

4. Quatre années d'études : anciennement licence ou maîtrise.

5. Le langage administratif vise les « prérequis ».

6. Une quinzaine.

7. Droit des sûretés, droit du crédit, droit des instruments de paiement et de crédit, procédures collectives, etc.

8. Il semble que les proportions s'inversent si l'on se réfère aux masters 2 de droit bancaire ou de droit financier.

9. Chaque année, depuis plus de vingt ans, les étudiants des quatre Instituts des assurances se rencontrent durant trois jours, afin de participer à ce qu'ils appellent un « challenge sportif ». Chacun peut y observer cette réalité.

LA FORMATION DES ACTUAIRES, ENJEUX ET PERSPECTIVES

Régis de Laroullière

Directeur, Institut des actuaires

C'est une action conjuguée et déterminée des actuaires, de l'Institut des actuaires, des employeurs et des pouvoirs publics qui permettra de continuer de disposer de l'actuariat de haut niveau professionnel et déontologique dont la place a besoin pour faire face aux nombreux défis des années à venir.

Actuaire, le deuxième meilleur métier aux États-Unis en 2012 ! Le site Internet américain CareerCast publie tous les ans un palmarès des métiers préférés des Américains. Le métier d'actuaire est régulièrement sur l'une des trois premières marches de ce podium, la seconde en 2012, pour un classement qui prend en compte l'environnement de travail, la pénibilité, les perspectives de carrière, la rémunération et le stress. Ce classement est corroboré par les enquêtes analogues régulièrement réalisées par *US News and World Report*, *Jobs Rated Almanac*, ou le site CNN Money.

L'attractivité du métier, même s'il demeure en soi moins connu en France que dans les pays anglo-saxons, séduit des candidats de grande qualité. Au cœur de l'assurance et de la finance, dans des postes d'expert en début de carrière comme de dirigeant à un stade plus avancé, les actuaires sont de plus en plus sollicités. Aussi leur formation est-elle un sujet essentiel. Après avoir rappelé ce qu'est un actuaire, cet article présentera les principaux enjeux actuels en ce qui concerne leur formation, puis les perspectives en la matière.

Un standard international : « l'actuaire pleinement qualifié »

Les actuaires sont des hommes de métier organisés au service de l'intérêt public. Ce sont les professionnels du risque dans ses dimensions économique, financière et assurancielle, de son analyse, de son évaluation et de sa gestion, au bénéfice de la plupart des agents économiques et sociaux.

Dès l'émergence de la profession au XIX^e siècle, les actuaires ont éprouvé le besoin de s'organiser en associations, comme l'Institut des actuaires créé en 1890. Et les six premières associations nationales ont donné naissance en 1895 à l'Association actuarielle internationale ⁽¹⁾ (AAI). Le terme d'actuaire n'étant pas protégé dans de nombreux pays et pouvant recouvrir des réalités variées, l'AAI, dont l'objet statutaire est notamment de servir l'intérêt public, a estimé nécessaire

de définir un standard international de la profession, celui d'« actuaire pleinement qualifié ».

Pour être éligible à ce standard d'actuaire pleinement qualifié, il est nécessaire de remplir trois conditions :

- maîtriser les connaissances définies dans le document de référence qu'est le programme d'études (*core syllabus*) approuvé par l'Association actuarielle internationale, mis à jour dans sa version actuelle le 18 avril 2007. Si les techniques quantitatives (probabilités et statistique mathématique, méthodes statistiques, mathématiques actuarielles) figurent en bonne place, les connaissances financières et assurantielles exigées sont importantes (mathématiques financières, analyse des investissements et de l'actif, droit, et réglementation des assurances). Des connaissances de base sont imposées en économie, en comptabilité et en modélisation ;
- disposer d'une expérience professionnelle minimale de trois ans, sanctionnée par un contrôle. Il s'agit d'approfondir la formation de base dans un domaine au moins, d'acquérir les règles du professionnalisme et des standards professionnels, et de progresser dans la maîtrise de la communication ;
- adhérer à une association professionnelle nationale membre de l'AAI, disposant d'un code de déontologie et d'un processus disciplinaire, au standard international défini par l'AAI. C'est dans le cadre de cette organisation que sont définies et contrôlées les exigences en matière de perfectionnement professionnel continu, gage du maintien à jour des connaissances acquises lors de la formation initiale.

En Europe, les associations nationales ont créé en 1978 le Groupe consultatif actuariel européen, qui a notamment défini un *core syllabus* européen plus complet que celui de l'AAI, et élaboré un accord de reconnaissance mutuelle entre les associations membres, créant ainsi un véritable passeport européen pour les « actuaires pleinement qualifiés ».

En France, l'association nationale est l'Institut

des actuaires, association de la loi de 1901 reconnue d'utilité publique depuis 1896, et regroupant depuis la fusion de 2001 l'ensemble des associations pré-existantes. Pour la suite de cet article, on se concentrera sur les enjeux et perspectives de la formation des actuaires qualifiés, membres de l'Institut des actuaires, sans aborder les éléments d'initiation ou de formation à l'actuariat qui peuvent exister par ailleurs.

La formation des actuaires en France

L'organisation de la formation des actuaires varie selon les pays. Dans le modèle anglo-saxon, l'essentiel de la formation des candidats relève de la formation professionnelle. Au Royaume-Uni, par exemple, la majorité d'entre eux ont intégré une entreprise après un bac+3 au moins, généralement un bac+5, puis passent des certificats, sans ordre imposé, dont chacun est sanctionné par un examen garantissant un niveau minimal dans chacune des disciplines. Après une durée moyenne de cinq années, l'ensemble des certificats passés, y compris les certificats de professionnalisme et de communication qui font chacun l'objet d'une session de formation obligatoire, les candidats accèdent directement au statut d'actuaire pleinement qualifié (*fellow*). Seule une petite proportion passe par le statut d'actuaire associé, après avoir validé un sous-ensemble représentant les trois quarts environ des examens.

■ Les filières agréées

En France, l'organisation de la formation repose sur des filières agréées, exerçant dans le respect des règles fixées par l'Institut des actuaires, et régulièrement auditées par lui. En particulier, elles respectent le *core syllabus* français ⁽²⁾, lui-même respectant ceux de l'AAI et du Groupe consultatif actuariel européen et les complétant pour tenir compte des spécificités du marché français.

Huit filières universitaires ou grandes écoles (3) sont reconnues par l'Institut des actuaires pour ce qui concerne la formation initiale. L'obtention du diplôme (bac+5 au moins) couronnant une scolarité typiquement de trois ans, le respect des conditions complémentaires définies par l'Institut des actuaires, et enfin la réussite de la soutenance d'un mémoire d'actuariat devant un jury commun à la filière de formation agréée et à l'Institut des actuaires permettent aux candidats qui s'engagent à respecter statuts et code de déontologie d'être admis comme actuaire associé, membre de l'Institut des actuaires.

Deux filières professionnelles (4) permettent aux professionnels entrés dans la vie active sans être passés par ces filières universitaires d'entrer de façon analogue à l'Institut des actuaires.

Que les actuaires associés soient issus de la voie universitaire ou professionnelle, ils peuvent, après trois années de pratique professionnelle, présenter un dossier pour devenir actuaire qualifié, membre de l'Institut des actuaires, accédant alors au standard international de la profession. Ils sont fortement encouragés à engager cette démarche dès qu'ils ont l'ancienneté suffisante.

Quelle que soit la filière d'origine, l'objectif de la formation initiale puis continue des actuaires demeure de répondre le mieux possible aux besoins des parties prenantes, qu'il s'agisse des employeurs, mais aussi des pouvoirs publics et de la société en application de la dimension d'intérêt public qui fonde l'organisation de la profession.

■ Les enjeux actuels de la formation

Ils sont nombreux, nous en retiendrons ici cinq :

- le niveau scientifique des candidats. L'expérience constante depuis que la profession existe est que les outils scientifiques disponibles sont de plus en plus nombreux et sophistiqués à mesure que le temps passe. Aussi est-il nécessaire qu'au-delà de la réussite de leurs examens, les candidats disposent de la capacité de suivre l'évolution de leur métier. Ceci impose

une sélection rigoureuse, à bac+2 pour les candidats de la voie universitaire, et à bac+5 pour l'entrée au CEA ou au Cnam pour les candidats des filières professionnelles. Cette première sélection est confirmée et approfondie tout au long des études ;

- la complétude des connaissances de base. L'Institut des actuaires a choisi de ne pas distinguer entre les actuaires qualifiés selon leur domaine d'exercice ou d'expertise, et d'exiger de tous un niveau suffisant dans l'ensemble des disciplines du programme, à rebours de certains pays qui distinguent parcours de formation en assurance vie et en assurance non vie et acceptent des connaissances plus hétérogènes selon les disciplines. À cet égard, la fusion des associations professionnelles des actuaires vie et des actuaires non vie au Royaume-Uni en 2012 conforte l'Institut dans sa position de principe. Cela étant, l'évolution des sciences et des attentes des employeurs confronte les filières de formation à un véritable défi dans la construction de leurs programmes. La variété des filières de formation assure néanmoins une diversité des profils, permettant de répondre plus largement à la diversité des besoins des acteurs du marché ;

- le recul par rapport aux connaissances de base. Il ne suffit pas en effet de savoir faire un calcul stochastique ou appliquer un modèle, encore faut-il savoir quand l'appliquer et quelles en sont les limites. C'est souvent l'expérience qui permet de mieux comprendre les enjeux et les risques associés à ce type de problématiques. L'existence d'une chaire « Management de la modélisation » au laboratoire de recherche de l'Isfa (5), financée par BNP Paribas Cardif, permettra de nourrir cette dimension délicate et essentielle des parcours de formation ;

- la maîtrise des règles du professionnalisme, et notamment la pleine conscience de l'existence d'un code de déontologie et d'un processus disciplinaire pouvant conduire jusqu'à l'exclusion en cas de non respect des dispositions du code de déontologie. Dans les pays où la réglementation reconnaît aux actuaires ou à certains d'entre eux des prérogatives spécifiques, notamment ceux où existe un *appointed*

actuary chargé de signer les réserves, cette dimension du métier, au demeurant pleinement inscrite dans la perspective tracée par les recommandations de l'OCDE sur la gouvernance des entreprises d'assurance, est largement assimilée. En France, où la sécurité des entreprises d'assurance reposait historiquement largement sur la compétence et les prérogatives des membres du corps de contrôle, l'actuaire de compagnie demeure à ce stade un simple salarié. Aussi, malgré les responsabilités nouvelles à venir notamment dans le cadre de Solvabilité II et de ses règles de gouvernance des risques, cette conscience du nécessaire respect de strictes règles de professionnalisme est-elle encore inégale ;

- les capacités managériales et de communication. Les attentes des employeurs sont fortes en la matière, et les enjeux de communication sont soulignés par les pouvoirs publics dans les réglementations prudentielles en cours d'élaboration en déclinaison de Solvabilité II. L'Institut des actuaires a créé une formation professionnelle spécifique, « Management et communication pour actuaire », en 2010, et vient de la décliner en unités capitalisables pour permettre de l'échelonner sur une durée plus longue, en choisissant les modules en fonction des priorités. En amont, les sujets de communication font l'objet d'une sensibilisation lors des cursus dans les filières de formation agréées et d'une attention particulière lors de la soutenance des mémoires d'actuariat. Les membres des jurys sont en cours de sensibilisation sur ce sujet important.

Perspectives pour la formation des actuaires

Face à ces enjeux majeurs pour la profession, pour les employeurs et pour les pouvoirs publics, dans un contexte internationalement ouvert, les actions en matière de formation ont considérablement évolué au cours des dernières années, en ce qui concerne les contenus des formations elles-mêmes, et davantage encore les moyens de former.

On retiendra ici deux perspectives en ce qui concerne l'évolution des contenus des formations :

- en matière d'étendue des compétences, la modélisation et la gestion des risques continueront de prendre une place croissante. Les modèles dépassent largement la simulation et la quantification des risques souscrits ou la valorisation des actifs financiers. Ils sont à présent au cœur des réglementations nouvelles, qu'il s'agisse du modèle standard ou de modèles internes. Et la gestion des risques, à tous les niveaux, va continuer de se développer, soutenue par les réglementations prudentielles nouvelles. Une formation spécifique a été créée en la matière, dès l'origine organisée en un standard international, la qualification « *Certified Enterprise Risk Analyst* » (Cera) instituée en 2009 comme label international par treize associations nationales d'actuaires sous l'égide de l'AAI, et comportant dès l'origine un dispositif allant au-delà de la reconnaissance mutuelle : ce sont les pays membres de l'accord qui sont directement habilités à décerner la qualification Cera s'ils respectent le cahier des charges défini par l'accord fondateur du Cera, respect attesté par un audit préalable. L'Institut des actuaires a reçu cette habilitation en 2012 ;

- en matière de professionnalisme, les responsabilités nouvelles dévolues aux actuaires, et en particulier à ceux qui seront porteurs de la fonction actuarielle définie à l'article 48 de la directive Solvabilité II, sont en train de conduire à s'interroger sur les conditions d'exercice de ces responsabilités nouvelles pour en assurer l'efficacité prudentielle. Définir ces responsabilités nouvelles et les bonnes façons de les organiser et de les exercer, puis enseigner largement les résultats de ces travaux, prendra une place importante dans la formation des catégories d'actuaires concernées.

En ce qui concerne la façon de former les actuaires, c'est la montée en puissance de la formation au-delà des formations initiales qui marquera la période à venir. En la matière, trois perspectives méritent une attention particulière :

- la montée en puissance du perfectionnement

professionnel continu (PPC). Actuellement, c'est une recommandation internationale généralisée, et une obligation dans un nombre croissant de pays. L'Institut des actuaires a rendu le PPC obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2013, créant une nouvelle catégorie d'actuaires qualifiés et certifiés pour ceux de ses membres qualifiés à jour de leur obligation de PPC. Cette obligation est de trois journées par an mesurées en moyenne sur une période glissante de trois ans. Traçabilité du respect de cette obligation, enrichissement de l'offre de formation, création de certificats d'approfondissement ou de spécialité viendront conforter cette évolution. L'enjeu relatif aux compétences managériales et de communication développé plus haut conduira à donner une part importante à ces disciplines au sein du PPC ;

- l'intensification de la vie du mouvement actuariel. Les manifestations continueront de se développer, qu'il s'agisse des conférences-débats sur des mémoires ou des thèses d'actuariat de qualité, de réunions autour de grands témoins ou de personnalités, des grandes conférences en partenariat avec l'ACP (6), des journées d'études assurances de personnes, gestion des risques, ou non vie, des universités d'été ou du congrès annuel. Ces manifestations sont notamment alimentées par les travaux des groupes de travail et des commissions de l'Institut des actuaires qui ont actuellement comme thèmes Solvabilité II, les standards actuariels, l'Orsa (7), l'épargne, etc. La récente création d'un club ERM (*Entreprise Risk Management*) réunissant les actuaires-experts ERM-Cera, lieu de formation et d'échanges entre professionnels partageant la même spécialité, témoigne de cette évolution ;

- une internationalisation croissante. La logique de reconnaissance mutuelle institutionnalisée au sein du groupe consultatif, comme on l'a vu plus haut, a encore de beaux jours devant elle. Aussi l'Institut des actuaires est-il engagé dans différentes négociations visant à une reconnaissance mutuelle avec d'autres associations de l'AAI non européennes, ainsi qu'avec les autorités publiques de certains États afin que ses membres puissent y être désignés *appointed actuary*.

Plus largement et hors le cas des fonctions réglementées dans certains États et réservées aux membres d'associations nationales agréées, la profession est dès à présent fortement internationalisée. En témoignent les grands groupes, dont les actuaires exercent dans différents pays au cours de leur carrière, et les cabinets d'actuariat conseil dont les membres travaillent indifféremment dans de nombreux pays. L'uniformisation de la réglementation en Europe renforcera ce phénomène, réduisant le frein constitué par l'assimilation préalable d'une réglementation nationale spécifique. En recommandant aux filières de formation agréées que leurs élèves maîtrisent l'anglais, avec la perspective d'en faire une obligation, en accueillant le congrès de l'AAI à Paris en 2006 et son colloque à Lyon en 2013, l'Institut des actuaires a pris acte de cette évolution, veillant à ce que ses membres soient armés pour une internationalisation croissante des carrières et des activités.

Il appartiendra naturellement aux employeurs des actuaires, à leurs fédérations et aux pouvoirs publics de continuer d'accompagner et de soutenir ces évolutions lourdes, à l'image de ce qui se fait en dernier lieu à l'occasion du colloque des sections Afir-ERM (8), PBSS (9) et Life de l'AAI à Lyon du 24 au 26 juin prochain, en permettant à leurs collaborateurs :

- de rester à jour de leurs compétences techniques ;
- d'enrichir leurs compétences dans d'autres domaines tant est fort le besoin de multicompetences ;
- pour certains d'entre eux d'intervenir comme formateurs ;
- et d'être présents dans les manifestations internationales, tant comme source d'enrichissement et de contacts que pour équilibrer le poids des Anglo-Saxons, significativement plus nombreux du fait de la reconnaissance officielle de leur rôle par les pouvoirs publics dans leurs pays d'origine, en phase avec les recommandations de l'OCDE sur la gouvernance des entreprises d'assurance rappelées plus haut.

C'est cette action conjuguée et déterminée des actuaires, de l'Institut des actuaires, des employeurs et des pouvoirs publics qui permettra à l'actuariat français de répondre toujours mieux aux attentes croissantes de la place à son égard, et de porter haut les positions françaises sur la scène internationale.

Notes

1. Voir Risques n° 81-82 de mars-juin 2010.

2. Actualisé en 2013.

3. Collège des ingénieurs, Dauphine, Ensae, Essec, Euria, Isfa, Isup, UDS.

4. CEA (Centre d'études actuarielles) et Cnam.

5. Institut de science financière et d'assurance.

6. Autorité de contrôle prudentiel.

7. Own Risk and Solvency Assessment.

8. Afir-ERM (Actuarial Approach to Financial Risks - Enterprise Risk Management).

9. Pensions, Benefits and Social Security.

LA FONCTION RESSOURCES HUMAINES : DES ACTEURS-CLÉS DANS LA GESTION DES RISQUES ?

Sébastien Musset

Directeur des ressources humaines Groupe, Scor

La fonction ressources humaines connaît ses plus profonds bouleversements en France depuis vingt ans. Comme les autres fonctions de l'entreprise, elle a été confrontée à de nouveaux défis et de nouveaux risques notamment liés à l'ouverture des marchés, à la globalisation de l'économie. Longtemps perçue comme une fonction locale, coûteuse et administrative, elle s'impose désormais dans la grande majorité des groupes internationaux comme une fonction-clé de la performance et de la réussite. Il lui aura notamment fallu pour cela s'affranchir de cadres réglementaires contraignants pour s'orienter vers une approche dynamique et transverse de ses collaborateurs, multiples talents répartis à travers le monde.

Une multiplicité de situations pour un objectif commun

Il est difficile de dessiner le paysage français en matière de ressources humaines tant les approches sont différentes d'une entreprise à l'autre. La culture, le secteur d'activité, la taille et l'histoire de l'entreprise sont autant de critères qui définissent l'orientation d'une politique de ressources humaines. Non seulement les modèles théoriques de gestion sont nombreux (paternaliste, autoritaire participatif, consultatif, industriel...) mais les stratégies adoptées en la matière doivent s'adapter aux profils (experts, cadres, ouvriers qualifiés...) et aux caractéristiques du marché (monopolistique ou concurrentiel, local ou international).

Malgré la diversité de ces situations, la fonction se caractérise cependant par un impératif fondamental et commun à l'ensemble des entreprises dans le monde : maintenir et développer les compétences disponibles – et souvent rares – tout en maîtrisant les coûts. La fonction ressources humaines s'affirme donc bien comme une activité-clé de contrôle des risques : il s'agit d'éviter en premier lieu les conséquences toujours graves et coûteuses qui découlent du non respect de l'environnement législatif ou du dépassement budgétaire, mais aussi et surtout d'anticiper et aligner les compétences disponibles dans l'entreprise sur les besoins à venir.

D'apparence évident, cet objectif pose cependant des problèmes considérables dans une période d'accélération des mouvements de capitaux, d'ouverture des frontières et d'accroissement de la compétitivité.

S'il faut adapter l'outil de production dans un marché de plus en plus concurrentiel, il est également nécessaire d'adapter le mode de gestion des ressources humaines.

Dans ce contexte mobile et mouvant, comment la fonction RH s'organise-t-elle en France ? Quels sont les enjeux et les priorités auxquels elle se doit de faire face ? Comment s'affirme-t-elle progressivement en tant que véritable *business partner* ? Comment devient-elle un acteur-clé de la gestion des risques ? Par conséquent, comment le profil du directeur des ressources humaines évolue-t-il ?

■ En France, un cadre réglementaire prégnant

En France, un cadre étatique et réglementaire constitue un premier défi... et un premier risque. En effet, dans notre pays, pour des raisons historiques, l'encadrement du travail s'est établi par la réglementation publique. Ainsi, dès 1898, l'État providence émet un signal fort en facilitant le dédommagement des salariés victimes d'accidents du travail. Puis, en 1936, le Front populaire impose l'amélioration de la vie des salariés par la création des congés payés, la réduction du temps de travail et l'établissement des conventions collectives. Enfin, en 1945, la France met en place le programme du Conseil de la Résistance qui renforce considérablement le rôle de la Sécurité sociale et élabore une gestion des cotisations sociales innovante.

Ces réglementations juridiques ne cesseront de se renforcer tout au long du XX^e siècle. La France s'affirme alors comme l'une des cinq grandes puissances économiques mondiales tout en se positionnant à la pointe en matière de protection sociale, en modèle pour certains.

Conscientes de cette situation, les entreprises s'adapteront à cette approche qui cherche à garantir un fort niveau de bien-être et vise à renforcer la sécurité des salariés en se fixant progressivement comme priorité d'être des garantes de l'application de la loi.

De la phase de recrutement jusqu'au départ du salarié, l'État intervient en effet dans presque tous les domaines de la vie du salarié. Tout en ouvrant la voie de la responsabilité sociale, il conduit finalement peu à peu bon nombre d'entreprises à considérer leur rôle avant tout sous l'angle de l'obligation administrative et du risque de coûts (sanction juridique). C'est notamment la raison pour laquelle de nombreux DRH en France provenaient de la filière du droit social afin de disposer des compétences indispensables à ce cadre typiquement français.

Les exemples concrets qui illustrent le « modèle » réglementaire français ne manquent pas. Ainsi, la seule rédaction d'un contrat de travail, casse-tête permanent selon les évolutions des jurisprudences, nécessite une analyse juridique approfondie (horaires, rémunération, statut conventionnel, clauses spécifiques...). De la même façon, pour affirmer la position du salarié dans l'entreprise, une place centrale est accordée aux représentants du personnel via les différentes instances dont les rôles sont distincts selon leur nature (délégués du personnel, représentants syndicaux, représentants au comité d'entreprise, membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail...), au point que la gestion des relations sociales (et donc syndicales) est devenue, en France, un véritable enjeu alors que ce domaine est totalement absent dans la plupart des pays anglo-saxons.

Autre exemple caractéristique du modèle français, la loi de 1971 qui impose aux entreprises de plus de 20 salariés de consacrer 1,6 % de leur masse salariale à la formation continue (0,9 % pour le plan, 0,5 % pour le droit individuel à la formation et les contrats de professionnalisation et 0,2 % pour le congé individuel de formation). Dès sa publication, cette directive a constitué un véritable coup d'accélérateur social qui a profité à des millions de salariés jusque-là oubliés. Moins suivies et plus difficiles à appliquer, la loi de 1987 qui recommande la présence d'au moins 6 % de collaborateurs en situation de handicap dans les effectifs et celle de 1946 qui pose les bases de la protection de la santé au travail, un dispositif puissant qui occupe une place à part entière dans les entreprises.

En matière de rémunération, les ordonnances de 1959 et 1967 invitent les entreprises de plus de 50 salariés à prévoir, par la signature d'un accord collectif, un intéressement individuel aux résultats de l'entreprise. Ce sont aujourd'hui près de 5 millions de salariés qui bénéficient de la participation aux bénéfices. D'autres dispositifs de rémunération différée (intéressement collectif, plan d'épargne entreprise, plan d'épargne retraite collectif...), très encadrés par la loi, peuvent également être mis en place mais toujours dans le cadre d'un accord nécessairement signé avec les représentants du personnel.

Ces réglementations, nombreuses et sans cesse mises à jour sous l'impulsion des nouveaux gouvernements, ont eu un double effet pour l'entreprise. D'une part, la gestion des ressources humaines en France est devenue, au moins dans ses aspects les plus opérationnels, très réglementée (en comparaison de bon nombre de nos voisins), le risque de sanction civile ou pénale prévalant sur le risque de non productivité. Il faut rappeler que la violation de l'une des lois citées plus haut peut s'avérer extrêmement coûteuse pour l'entreprise puisque des sanctions lourdes (pénalités, annulation de procédure, requalification juridique...) viennent s'ajouter aux coûts de fonctionnement. Il faut d'ailleurs noter que cette gestion du « risque de pénalités » va croissant tant les dernières évolutions légales menacent de sanction chaque faux pas de l'entreprise (1 % de la masse salariale semble être devenue une « norme ») et de la fonction RH en particulier.

D'autre part, par voie de conséquence, les directions des ressources humaines des entreprises françaises de taille moyenne ont longtemps mis de côté le cœur du métier, au-delà de l'activité de recrutement. Contrainte avant tout par les obligations légales, l'activité RH est longtemps apparue aux yeux des salariés en France comme une fonction à connotation juridique, appliquant la réglementation sociale, et est donc restée éloignée du cœur de métier et des préoccupations des salariés comme des dirigeants.

Dans le même temps, les enjeux relatifs à la gestion

des compétences, l'anticipation des évolutions toujours plus rapides des activités et des besoins de l'entreprise et la globalisation des affaires placent la fonction RH dans un environnement de gestion de risques, tout à la fois multidimensionnel et global très au-delà du seul sujet inhérent à l'environnement réglementaire et social franco-français...

Vers une vraie relation de business partner

Toutefois, dans un contexte d'ouverture des marchés et de libre circulation des hommes, la fonction RH française devient, dans de plus en plus de groupes, une composante globale, transversale et mondiale. De nouveaux modèles d'organisations RH se sont alors développés, permettant d'atteindre un nouvel équilibre entre approche globale des ressources et prise en compte des spécificités locales. Ces modèles d'organisation peuvent ajouter de la complexité à la gestion des risques que la fonction RH doit assumer ou, à l'inverse, être les catalyseurs d'une fonction RH globale.

Trois modèles d'organisation (local, global et multi-centré) se sont ainsi plus spécifiquement imposés, chacun associé à de nouveaux types de risques.

Dans le modèle que nous qualifierons de « local », la fonction RH française est souvent considérée telle une composante d'exécution en application d'une politique RH et d'une approche définie par la maison mère. Au-delà de l'administration du personnel et du recrutement local, ce modèle d'organisation n'octroie en général que peu d'autonomie et ne permet qu'une gestion limitée de la fonction. Ce modèle ne fait de facto que renforcer le tropisme de la fonction sur les aspects réglementaires et sociaux. Cette position est d'autant plus difficile à tenir que la réglementation sociale contraignante est parfois en contradiction avec la stratégie globale des groupes multinationaux en matière de ressources humaines.

À l'inverse, un leader mondial peut piloter sa politique RH en valorisant les interlocuteurs locaux et en prenant en compte les spécificités locales. Deux approches innovantes – globale ou multicentrée – s'offrent alors à lui. Le choix dépendra du type d'activité exercé et de sa position sur le marché.

Dans le modèle « global », des grands pôles d'excellence sont mis en place à travers le monde. Chacun d'eux a la responsabilité d'une spécialité RH qu'il traite en totalité (paye, formation, recrutement, rémunération, gestion des carrières, mobilité...). Cette approche permet de gérer l'ensemble des problématiques légales et opérationnelles du groupe de façon transverse. Elle permet de « lisser » les différences culturelles puisque chaque salarié s'adresse à un pôle d'excellence qui ne dépend pas géographiquement de la maison mère. Des risques importants peuvent cependant apparaître lors de la mise en place de ce modèle : un lourd travail de coordination s'avère en effet nécessaire en amont pour activer et entretenir ces relais fonctionnels locaux.

Dans le modèle « multicentré », l'activité RH se structure à partir d'une fonction RH centrale et d'un réseau de relais locaux puissants, autonomes comme polyvalents. Cette approche, adoptée par nombre d'entreprises du secteur tertiaire, est propice à la mise en place de procédures transverses clés (process d'augmentations salariales, rétribution de la performance, politique de formation, gestion des carrières...) tout en prenant en compte les spécificités locales. En responsabilisant ses filiales, la maison mère suscite ainsi l'adhésion de l'ensemble des équipes RH qui deviennent alors des interlocuteurs locaux susceptibles de faire remonter toute information nécessaire auprès de la fonction RH centrale.

L'équilibre est bien sûr fragile. Une relation de confiance forte doit être établie entre la fonction RH centrale et les relais locaux afin de faciliter ces échanges à travers ce qui devient une communauté RH, à la fois locale et globale. Certains domaines d'expertise restent spécifiquement locaux, comme le recrutement, la gestion des problématiques individuelles, l'admini-

stration du personnel, alors que d'autres (souvent plus stratégiques telle la gestion des plans d'*incentives* ou encore la gestion du top management) sont globalisés. Les leaders RH locaux agissent alors comme les premiers interlocuteurs dans une grille de couverture des risques globaux, alors que la fonction RH globale assure la coordination et la définition de la politique RH pour l'ensemble du groupe.

Ce modèle, que l'on pourrait aussi qualifier de « glocal » tant il apparaît donner une place prépondérante à l'équilibre entre l'approche globale de l'entreprise et de ses politiques RH et la prise en compte de spécificités locales, est probablement le modèle le plus adapté à la gestion des risques RH.

Bien que très différents, ces deux derniers modèles facilitent le déploiement d'une politique RH internationale à forte valeur ajoutée, partagée par l'ensemble des acteurs du groupe. Les spécificités locales étant prises en compte, il est de nouveau possible d'affirmer la position des ressources humaines au sein du groupe et plusieurs objectifs-clés peuvent être ciblés et atteints. L'identification des bonnes pratiques permet de valoriser et généraliser les meilleures initiatives locales (ex. : un programme visant à renforcer l'égalité hommes-femmes mis en place à Londres et repris par la maison mère à Paris). Enfin, l'optimisation des talents et des expertises disponibles au sein du groupe passe par l'application d'une politique de formation transverse et participative (voire, dans certains cas, par l'établissement d'une véritable université interne et diplômante).

Dans ce contexte, le rôle du DRH s'avère complexe car multidimensionnel. Il doit déployer les grandes politiques du groupe tout en répondant aux problématiques locales. Il doit susciter l'adhésion de ses équipes (s'attacher à fonder une « communauté ») tout en tenant compte des différences culturelles. Plus important encore, le DRH (comme ses responsables RH locaux) aura pour rôle de se rapprocher du management pour comprendre et répondre à ses besoins et devenir un véritable *business partner*. D'une gestion des risques légaux à faible valeur ajoutée,

la fonction glissera alors vers une gestion des risques stratégiques, liés à l'évolution de l'organisation – et des hommes qui la composent – et fonction de l'environnement (quelles compétences pour quelles opportunités ?).

Le profil du DRH évolue donc fortement lui aussi. Il est désormais attendu de lui de véritables compétences multidimensionnelles et un profil totalement généraliste. Citons d'ailleurs quelques risques que la fonction RH doit assumer pour mieux cerner le profil de la personne qui doit in fine en assumer la responsabilité :

- risque financiers : pilotage des avantages sociaux, suivi des engagements liés aux régimes de retraite dans les différents pays et selon les différentes normes comptables, pilotage de la masse salariale ;
- risques opérationnels : anticipation des besoins en compétence, optimisation des recrutements, pilotage des taux de départs et des raisons afférentes, compréhension des enjeux business et des évolutions des

organisations pour être un acteur du changement ;

- risques juridiques et sociaux : gestion des risques psychosociaux, gestion des litiges (individuels ou collectifs) potentiels en amont de leur survenance, animation du dialogue social ;
- risques techniques : gestion des schémas de rémunérations, gestion des plans de formation.

Si, par le passé, la gestion des ressources humaines apparaissait pour beaucoup de partenaires économiques comme une activité locale et largement réglementée, la globalisation de l'économie ouvre dorénavant de nouveaux horizons. Au-delà des législations nationales, « coller » aux nouvelles règles du jeu économique mondial devient incontournable et conduit la gestion des ressources humaines à prendre de nouvelles dimensions, à se rapprocher des impératifs boursiers, économiques et financiers et, ainsi, à gagner en crédibilité auprès des opérationnels dont elle devient un partenaire incontournable.

LES POLITIQUES DE MANAGEMENT DANS LE MONDE MUTUALISTE ONT-ELLES UNE SPÉCIFICITÉ ?

Dominique J. Cufi

Directrice, Macif Campus

Nous nous interrogerons d'abord sur la notion de spécificité. La première partie montrera que le contexte du management mutualiste détermine un enjeu spécifique, caractérisé par un équilibre stratégique dans le partage de la valeur créée, qui trouve son écho au niveau opérationnel dans la relation avec les sociétaires. Ces équilibres impliquent une exigence élevée de qualité du système de management. La deuxième partie montrera que l'« art » du management nécessaire n'est pas spécifique. Celui-ci ne se traduit pas de façon figée, et représente une construction permanente dans l'organisation. La dimension relationnelle est fondamentale. C'est d'elle que dépend la traduction concrète du projet et les dimensions chiffrées ou normatives du pilotage doivent rester à leur place d'outils importants, mais pas identitaires. Nous concluons sur les déterminants de la spécificité mutualiste et l'exigence de management relationnel.

Le contexte du management mutualiste

Les entreprises mutualistes associent un modèle institutionnel de groupements de personnes – les sociétaires ou les adhérents – et un « modèle d'affaires » d'entreprise gestionnaire dans des champs stratégiques variés : santé, assurance, banque. Ces entreprises ont défini des pratiques de gouvernance éthique fondées sur des valeurs solidaires et démocratiques et revendiquent leur appartenance à l'économie sociale. Institutionnellement, les entreprises mutualistes se classent parmi les organisations à but non lucratif. La réalisation de bénéfices d'exploitation et/ou de résultats financiers ne doit pas prendre le pas sur les enjeux sociaux. C'est

le premier caractère de la performance économique en mutualité. La non redistribution des résultats sous forme de dividendes individualisés en est le second caractère, tout aussi important. Ainsi les entreprises mutualistes fonctionnent-elles dans un système original de partage de la valeur, dont elles ne peuvent se détacher. Exclusivement au service de leurs sociétaires, elles ne peuvent privilégier le développement économique de l'outil entrepreneurial aux dépens de leurs sociétaires-clients, qui sont aussi, in fine, leurs propriétaires.

Ceci détermine un contexte de management qui a des spécificités ; c'est-à-dire des constantes propres aux entreprises mutualistes et que l'on retrouvera chez toutes. Restera ensuite à savoir si ces constantes permettent de conclure à la spécificité du management ainsi caractérisé.

Clarifier le système de partage de la valeur

Arbitrer entre les exigences économiques et l'ambition sociale revient à arbitrer entre les ressources dédiées au développement de l'entreprise, les ressources que l'on va allouer à la protection directe de ceux qui ont généré ces ressources par leurs cotisations et les ressources que l'on va allouer à des projets qui auront un effet indirect sur la protection de ces derniers (prévention, ou actions à valeur sociale et sociétale).

Chacun voit bien la complexité des choix à opérer qui demande une interprétation de la performance économique et sociale. Cette interprétation qualifie le projet de chaque mutuelle, résulte de l'équilibre des pouvoirs au sommet de l'organisation mutualiste, et constitue un acte de management du sommet stratégique. Citons à ce propos Denis Malherbe (colloque ESCEM (1) « Management et avenir », 2008) :

« D'une mutuelle à l'autre, et dans une même entreprise, d'une période à l'autre, le sens d'un même principe éthique peut être alternativement stabilisé ou transformé, reconnu ou marginalisé, abandonné ou revalorisé. Les valeurs affichées jouent ainsi un rôle plus ou moins poussé dans les échanges de l'organisation avec ses parties prenantes – à commencer par la participation effective de ses sociétaires à sa gouvernance. Ce faisant, elles contribuent à légitimer, avec plus ou moins de poids, telle ou telle conception de la performance économique et sociale. »

L'ambition économique est toujours plus facile à clarifier ; elle a de plus un caractère d'obligation incontournable, condition de la pérennité de l'entreprise, qu'elle soit mutualiste ou non. Il n'en va pas de même avec l'ambition sociale. Or, si l'ambition sociale n'est pas claire, les managers s'organiseront pour se doter, eux et leurs équipes, des repères indispensables à l'action, légitimés ou non dans le cadre d'une culture commune mutualiste.

La coexistence d'interprétations individuelles n'est pas souhaitable. Si aucune vision commune ne se traduit opérationnellement, la mise en œuvre des grands choix stratégiques n'aura pas les moyens de se déployer. Clarifier ce que signifie par exemple « créer de la valeur sociale pour les sociétaires » est primordial (2). Le management ne peut pas faire reposer sur les personnels en contact le fait de choisir une signification pour ce but et il ne doit pas y avoir de confusion sur la définition de la réponse assurancielle promise. Il en va de la fiabilité et de la qualité du service à rendre au sociétaire.

Est-ce une spécificité pour autant ? Associer une ambition économique et une ambition sociale n'est pas une incongruité pour les entreprises : vers le début des années 1970, le groupe BSN, devenu le groupe Danone, posait les fondements du double projet économique et social. Aujourd'hui, selon *Paristech review* (3) la responsabilité sociale de l'entreprise s'insère dans les stratégies : « au milieu d'une récession persistante qui a réduit les bénéfices des sociétés et intensifié la pression venue des actionnaires, les entreprises mettent au point de nouveaux modèles en matière de RSE. Plutôt que d'entretenir un modeste département RSE – qui n'apparaît sur l'organigramme que comme une petite subdivision des relations publiques ou des activités de mécénat – un nombre croissant d'entreprises essaient d'intégrer la RSE dans leurs opérations ». Pour les entreprises mutualistes, ce qui est spécifique c'est que l'ambition sociale n'est pas une option.

Appuyer le dialogue social sur une volonté partagée

L'équilibre économique et social que nous venons de décrire ne serait pas complet si l'on oubliait d'y associer l'ensemble des salariés des entreprises mutualistes. En France, les relations étroites que le monde mutualiste entretient avec le monde syndical ont accompagné de très près ses mouvements stratégiques. Les mutuelles

ont ainsi construit progressivement un socle conventionnel plutôt protecteur pour leurs salariés, tout en se développant à travers des modèles de croissance endogènes ou exogènes. Dans le secteur des mutuelles de santé, mutuelles et syndicats ont développé un partenariat depuis les années 1970. En témoigne tout récemment l'approche amplement négociée avec les partenaires sociaux de la récente fusion de cinq mutuelles de santé (*Miroir social*, 1^{er} février 2013 : « Le cycle de négociations mené dans le cadre de son processus de fusion s'est ainsi achevé le 18 décembre dernier par la signature d'un accord de convergence, approuvé à l'unanimité par les 7 fédérations syndicales présentes »).

L'entreprise mutualiste et ses partenaires doivent pouvoir faire évoluer l'équilibre des enjeux respectifs des sociétaires, des salariés et de l'entreprise toujours dans le sens du bien commun. Or, c'est une banalité, le contexte économique et réglementaire, l'évolution des métiers, de la technologie et de la concurrence sont des données de l'environnement que l'entreprise mutualiste partage avec ses concurrents ; elles exercent une pression qui pousse à faire converger les réponses organisationnelles. Avec comme résultante des choix, parfois difficiles, sur les adaptations à faire. L'entreprise mutualiste n'est pas dans le temps des marchés financiers ; elle peut opérer ses changements sans brusquerie, ce qui constitue un atout important. La question fondamentale devient alors celle de la confiance entre les partenaires sociaux. « Il apparaît aujourd'hui comme une nécessité de négocier " autrement " et de s'inscrire dans un mode de relations sociales différent. » ⁽⁴⁾ Ce qui paraît spécifique, c'est l'engagement dans le long terme, pour un projet partagé.

Développer un management relationnel

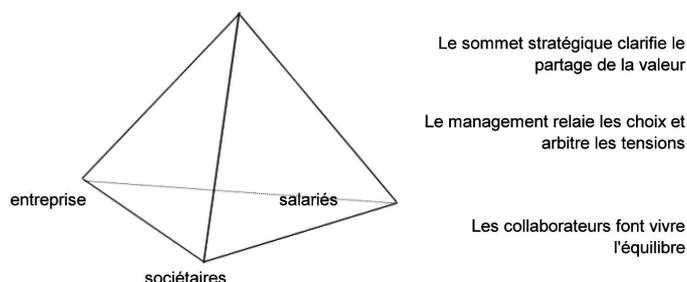
Le rôle dévolu aux managers dans les mutuelles a changé du tout au tout en cinquante ans. Dans le monde simple des années 1970, où l'offre mutualiste disposait d'un avantage

tarifaire fort, il n'y avait pas d'ambiguïté dans la relation commerciale : on vendait aux sociétaires ce qu'ils achetaient en somme, et la gestion de la promesse assurancielle pouvait se traiter par des règles de procédures. Le management se limitait à gérer des activités, il n'était pas valorisé dans la culture des mutuelles qui privilégiait la culture technicienne et l'efficacité administrative. De surcroît, ce management « minimaliste » a été contemporain d'une croissance rapide. Des processus bien réglés, voilà tout le management dont on avait besoin en mutualité.

Notre propos est que le paradoxe stratégique du partage de la valeur retrouve son équivalent dans l'évolution aujourd'hui de la relation de terrain. Avec pour conséquence une exigence nouvelle et forte vis-à-vis du management. Aujourd'hui, les salariés en contact avec les sociétaires doivent gérer les intérêts parfois antagonistes de la mutuelle et d'un sociétaire devenu « double face ». À la fois client et propriétaire, parfois consumériste quand il s'agit de s'assurer et de faire valoir ses droits, et humaniste quand il s'agit de gérer (par délégations successives, le plus souvent) sa mutuelle. Sur le terrain, il faut faire partager l'idée simple de vendre à notre sociétaire rien que ce dont il a besoin, mais tout ce dont il a besoin. L'idée est simple, il n'en demeure pas moins que sa mise en place est toute en nuances, et qu'elle appelle un management capable de produire une compréhension partagée des actions à mener. Compréhension difficile à faire porter par la seule optimisation d'indicateurs bien choisis.

La culture « technicienne » ne sait pas seule traiter ce sujet et doit se compléter d'une culture de la relation qui associe dans le réseau conseil et conviction, dans la gestion de sinistre écoute et proactivité ; l'enjeu étant de focaliser les temps de face-à-face sur des relations à forte valeur de lien ⁽⁵⁾, en permettant aux collaborateurs en charge de la relation de disposer du bon niveau d'autonomie. Quant à l'avenir, les années qui viennent verront sans doute monter des attentes de protection plus fortes et des situations économiques plus incertaines qui solliciteront plus encore cette capacité à développer une relation durable avec le sociétaire.

Par management nous entendons donc une pratique et des savoir-faire associés aux relations humaines dans un environnement de travail visant à orienter l'activité vers ce but collectivement partagé. Il s'agit de donner du sens tout en en régulant les tensions.



Cette exigence nouvelle s'est d'abord traduite par l'implantation d'outils du management des ressources humaines, adoptés de façon assez mécaniste. Il est possible que les mutuelles, certaines de leur vocation sociale, aient de ce fait sous-estimé la dimension relationnelle et culturelle dont ces outils ont besoin pour remplir leur fonction. Il est possible aussi que la culture technique ait d'abord préparé le terrain pour la dimension la plus « rassurante » en apparence du management : celle qui se mesure, la dimension quantitative. Deux familles d'outils se sont ainsi développées autour des compétences et des objectifs.

Le management des compétences en milieu mutualiste est peu spécifique, la technicité des métiers étant fortement structurante. Qu'il s'agisse de référentiel de compétences, de parcours métiers, d'entretien annuel (quelles que soient les dénominations utilisées), de comités carrières, on aura des difficultés à identifier des particularités fortes.

Lorsque l'on compare la façon dont ont évolué les pratiques de management par objectifs, en revanche, on identifiera facilement des orientations particulières. Introduit plus tardivement que dans les grands réseaux bancaires, le management par les objectifs en a généralement complété la dimension très quantitative par une dimension qualitative ; leur détermination évolue d'une simple fixation descendante vers une

discussion du niveau d'objectif adéquat, et avec souvent une part accentuée des objectifs collectifs. Voir un remplacement total par ces derniers.

Lors de réalisations de focus groupes de salariés (6), on a pu montrer que l'acceptation du management par objectifs est directement liée à la perception qu'ils incluent une dimension d'aide à la progression personnelle. Ce qui ne peut être le cas que si un dialogue authentique se développe lors de la détermination des objectifs.

Le management de proximité comporte en outre une dimension de développement des collaborateurs très marquée, cohérente avec des politiques de ressources humaines qui favorisent fortement la promotion interne. Cette dimension est exigeante et constitue un des aspects les plus difficiles dans la formation de ceux qui endossent pour la première fois une responsabilité de management d'équipe. Sujet d'échange fréquent des formations, c'est aussi sur cette dimension que le partage d'expérience apporte le plus à chacun tant il y a confusion chez les managers entre « être dans l'affect » et « être dans la relation ».

L'exigence de management, ainsi que nous le voyons, est d'abord apparue dans le champ des managers de proximité. Le management des managers, lui, a suivi avec retard. Une étude (7) menée sur un échantillon de 259 managers de proximité d'une mutuelle d'assurance a mesuré le soutien dont les managers bénéficient de la part de leurs supérieurs. Les résultats montrent de façon nette un décrochage par rapport au benchmark.

Exprimée par les managers concernés, cette exigence crée une attente de la ligne managériale. « Le manager doit à la fois être garant des résultats, promouvoir les valeurs et la culture de l'entreprise, conduire le changement et veiller aux conditions d'une bonne cohésion d'équipe. La solitude du manager se place au cœur de cette « quadrature du cercle » car la raison d'être de son poste est précisément de gérer cette complexité. [...] Parce que nous sommes dans une entreprise différente, il convient

que sa hiérarchie capte les premiers symptômes d'un état de stress. Face à un tel contexte, le manager doit être accompagné afin qu'aucun d'entre eux ne se trouve « sur le bord de la route ». Un manager serein est un manager efficace. »⁽⁸⁾

Les modes de management transversaux sont eux aussi récents et seul le management de projets a trouvé sa place dans les modes d'élaboration collective des solutions organisationnelles. Le management de la qualité a déployé des outils de restitution et de mesure, mais on ne rencontre pas beaucoup de cercles de qualité ou de groupes autonomes dans les « usines » administratives des mutuelles. Le management de processus semble encore rester affaire de spécialistes.

Le potentiel d'engagement et de production de solutions émergentes que ces modes de management représentent est encore à développer. Il se confronte à une intégration difficile, du fait de la culture nécessaire à chacun pour évoluer dans une complexité accrue. Par comparaison avec le monde industriel, cette spécificité paraît cependant plus liée au secteur tertiaire qu'à la dimension mutualiste. Ce qui paraît spécifique est alors le caractère volontariste d'une politique de développement du management, « tirée » par les exigences de la relation avec le sociétaire, créatrice de lien et porteuse de sens pour les collaborateurs.

Le management « juste essentiel » à la spécificité mutualiste

Finalement, le management ainsi décrit est-il suffisamment unique et reconnaissable pour constituer une spécificité des mutuelles ? La complexité du management de proximité, l'implication retardée des managers de managers, la nécessité de dépasser le quantitatif et les outils, le développement des dimensions relationnelles et des modes de management transversaux, la nécessité de se centrer sur le travail et non plus seulement sur la mesure de ce qu'il produit, aucun des enjeux rencontrés

ici n'est une exclusivité mutualiste. Les limites mêmes ne sont pas non plus spécifiques : par exemple la croyance – évidemment erronée – que des processus bien réglés pourraient conduire au fonctionnement optimal n'est pas l'apanage des seules mutuelles et a fait un succès de littérature⁽⁹⁾ managériale en 2011.

La spécificité réside dans le modèle même de l'entreprise mutualiste. L'empreinte des équipes dirigeantes est l'un des déterminants les plus évidents de la spécificité de chaque mutuelle, c'est elle qui produit l'arbitrage du juste équilibre du partage de la valeur, et qui saura le clarifier pour que le management s'en saisisse. La hiérarchie de valeurs de chaque mutuelle et son mode de gouvernance sont des déterminants forts, qui fondent l'identité de chaque entreprise mutualiste.

En conclusion, si, pour les mutuelles, le management n'est pas spécifique, aucune d'entre elles ne peut faire l'économie de sa qualité car il est juste essentiel à traduire et mettre en œuvre ce qui est spécifique.

Notes

1. Cette question a fait l'objet de colloques et de travaux récents dans le monde académique : « Management des entreprises de l'économie sociale et solidaire : quelles spécificités ? », IAE de Lyon, 4 et 5 novembre 2010 ; « Quel management coopératif pour demain ? », ESCEM, Paris, 12 décembre 2012.

2. Travaux de Campus Lab, notre pôle de recherche : <http://mcampuslab.fr>.

3. « Comment la RSE est devenue stratégique », dans ParisTech Review, mai 2012 - traduction de l'article originellement publié le 23 mai 2012 dans Knowledge@Wharton sous le titre "From Fringe to Mainstream: Companies Integrate CSR Initiatives into Everyday Business".

4. Extrait d'un rapport de certification Campus – domaine : stratégie.

5. Thèse de Juliette Weber, École centrale de Paris, « Entre idéal et expérience vécue : du concept de valeur de lien à son expression au sein des entreprises d'assurance mutualistes », décembre 2009.

6. Enquête Campus Lab, novembre 2012.

7. Antoine Pennaforte et Maurice Thevenet, communication du 23^e congrès de l'ADRH, 2012. Sur une échelle de type Likert à 5 points, le soutien perçu se situerait dans

cette mutuelle autour de 2,6 alors que la norme dans les sociétés d'autres secteurs se situerait entre 3 et 3,5. Selon la norme de réciprocité de Gouldner (1960), plus le salarié se sent soutenu, plus il actionnera la norme de réciprocité par un engagement renforcé dans l'organisation.

8. Extrait d'un rapport de certification Campus – domaine : RH.

9. François Dupuy, *Lost in management*, Dunod, 2011.

GUERRE DES TALENTS : QU'EN EST-IL DANS LE SECTEUR DE L'ASSURANCE ?

Raphaël Czuwak

Associé, services financiers, Egon Zehnder

Avant 2007, la guerre des talents était devenue une évidence. Les services financiers, et en particulier l'assurance, domaines dans lesquels le « capital humain » est une source directe de création de valeur et d'avantage compétitif, étaient un terrain privilégié pour cet affrontement entre sociétés pour attirer, retenir et développer les meilleurs. Les cinq années de crise que nous avons traversées ont changé la donne. « War for talent » n'a-t-elle pas été remplacée par « war for jobs » ? Par ailleurs, le marché semble s'être disloqué, certains profils restant très sollicités tandis que d'autres semblent délaissés. Comment lire le marché actuel et surtout comment s'assurer de rester dans le flux et, si possible, à la pointe ?

Une réalité contrastée

Les indicateurs du marché des talents dans la finance – et notamment l'assurance – sont contrastés. De façon évidente, la crise a forcé des réductions de coûts, donc de postes, et diminué le nombre d'embauches. De nombreux cadres se sont trouvés confrontés à des recherches d'emploi plus longues, parfois éprouvantes, nécessitant des approbations plus nombreuses à toutes les étapes. Nous sentons tous une pression croissante de performance, de rapidité d'exécution, sous contrainte accrue de budgets. Les cadres s'accordent pour constater que le nombre de sollicitations par les

chasseurs de têtes, pour des opportunités externes, s'est tari depuis cinq ans. Au fond, rien de surprenant dans ce constat, sur fond de crise économique... Mais la réalité n'est-elle pas plus contrastée ?

Nous constatons paradoxalement que le niveau d'activité, notamment dans le secteur de l'assurance, au sein de notre cabinet, spécialisé dans le recrutement de cadres dirigeants, est resté très soutenu et a même connu une croissance au cours des deux dernières années, comme s'il n'était pas corrélé à la même réalité économique... Nous constatons également que les rémunérations globales proposées aux candidats finalistes ne sont pas en baisse (il convient néanmoins de distinguer la part croissante des bonus différés), même s'il y a davantage de modération du côté des

candidats dans l'expression de leurs attentes. Enfin, les candidats que nous sollicitons gardent de multiples possibilités de carrière et bénéficient souvent réellement de perspectives intéressantes au sein de leur société, sous forme de promotion ou de mobilité internationale. Les candidats recrutés in fine sont très souvent ceux dont la réponse initiale, lors du premier contact, était « merci, non, je suis très heureux là où je suis »...

■ “War for talent” et “war for jobs” coexistent

Paradoxaux en apparence, ces observations ne se contredisent pas. Ceci s'explique par le fait que la guerre pour les talents et celle pour les emplois coexistent. Les besoins de recrutement restent importants et réels, mais ils se sont déplacés. Quelques-unes des tendances qui sous-tendent ce marché sont décrites ci-dessous.

◆ Recrutements « de nécessité » vs recrutements « d'investissement »

Le marché du recrutement est disloqué, entre « cadres dirigeants », « management intermédiaire » et « experts ». La création de fonctions au niveau du management intermédiaire, ainsi que de « membres d'équipes ou contributeurs individuels » s'est raréfiée, l'heure étant à l'économie de coûts, voire à la disparition de postes. Il s'agit de faire « *lean* ». Ce segment de la population des talents – les responsables d'équipe, les experts (actuaire, opérateurs de *back* et *middle-offices*, *risk managers*, autres profils financiers) –, qui a longtemps généré une activité substantielle en matière de recrutement, s'est effectivement tari. Les recrutements à ce niveau de l'organisation, ainsi que les promotions, sont fortement corrélés au niveau de confiance en l'avenir et à l'appétit de développement : l'embauche ou la promotion y sont généralement sous-tendues par la volonté des dirigeants de saisir telle opportunité de marché, de développer tel segment ou telle offre. Les dernières années ont moins été marquées par le goût des sociétés d'entreprendre que par leur besoin de se protéger de la crise, voire de survivre. Des zones d'exception existent,

dans lesquelles les recrutements d'« investissement » se poursuivent, comme dans les fonctions du digital, nouvel horizon à découvrir, ou encore, au cours des années récentes, dans les domaines des risques et de la conformité, compte tenu de la croissante sophistication réglementaire.

Au niveau des dirigeants, en revanche, la donne apparaît sensiblement différente. Les groupes ne recrutent pas, ou ne promeuvent pas un dirigeant, tant par appétit de développement ou volonté d'investissement pour l'avenir que par nécessité. Un groupe ne peut fonctionner sans directeur général, sans directeur financier, sans DSI ou directeur des risques, indépendamment de l'environnement global... L'appétit de développement aide à définir, de surcroît, le profil requis, mais il ne conditionne pas l'existence de sa fonction, donc la décision d'embauche ou de promotion. Cela ne signifie pas, pour autant, que les dirigeants seraient protégés des aléas du marché et bénéficieraient de perspectives de carrière facilitées et décorrélées de la crise ! Ils subissent au contraire la pression en première ligne. Et leur turnover augmente.

◆ Profils demandés, profils obsolètes

Un autre paradoxe est lié à la coexistence d'une demande forte et soutenue de leaders de talent, d'une part, et de professionnels qui peinent à obtenir une promotion ou, s'ils sont sur le marché, à retrouver une place. Les Anglo-Saxons résument la situation, comme souvent, par une formule percutante : « *do you want to recruit the best person in the market – or just on the market ?* ». Il serait caricatural et injuste de distinguer deux classes, ceux qui sont *in* et ceux *out*, mais il est intéressant de se demander pourquoi certains professionnels restent (sur)sollicités, tandis que d'autres semblent moins considérés.

◆ « L'opulence révèle nos vices, l'adversité révèle nos vertus »

Au niveau des grands cadres dirigeants, la crise est un formidable révélateur de talent : dans l'adversité,

plus que dans tout autre contexte, les qualités de leader s'expriment et font la différence. Ainsi, les quelques années récentes fournissent un matériau d'observation extrêmement riche.

Au sein d'Egon Zehnder, nous évaluons les dirigeants selon les compétences principales suivantes : expérience fonctionnelle, vision stratégique, conduite du changement, orientation résultats, sens du marché, développement des collaborateurs, leadership d'équipe, collaboration et influence. La description ci-dessous donne une mesure du niveau d'exigence attendu dans les fonctions de leadership.

- L'expérience fonctionnelle, au sens de la technicité assurancielle par exemple, est un prérequis, mais ne constitue pas un facteur différenciant. À un haut niveau de leadership, il s'agit davantage d'orchestrer une équipe, qui cumule une expérience fonctionnelle adaptée, plutôt que d'être personnellement le plus « sachant ».
- Dès lors, le leader est évalué sur sa capacité à définir une vision stratégique anticipatrice, à se projeter au-delà de son propre domaine et à élaborer différents scénarios à moyen et long terme. La pensée stratégique peut être appliquée à une fonction ou à un processus, à un produit ou un marché, à une unité commerciale ou une entreprise exerçant plusieurs activités. Le leader bâtit une stratégie d'entreprise intégrant l'ensemble des facteurs pertinents (évolution de l'offre et de la demande, macroéconomie...). À un très haut niveau, il/elle transforme profondément l'industrie sur le long terme en introduisant des stratégies de rupture.
- Cette compétence s'enracine dans une compréhension très détaillée du marché sur lequel l'entreprise opère : le leader doit connaître les clients, les concurrents, les fournisseurs, le cadre réglementaire. Il connaît son marché et distingue les tendances, identifie et éventuellement influence des changements sur le marché.
- Il décline en outre la vision stratégique en un plan d'actions clair qui embrasse l'ensemble des composantes

de l'entreprise. Cette capacité est l'« orientation résultats » : elle s'observe à travers la capacité à fixer et atteindre des objectifs ambitieux, au-delà de ceux éventuellement assignés, et à transformer une activité afin d'améliorer considérablement les résultats.

- La conduite du changement est la compétence qui permet de motiver toute une organisation à changer, empruntant une nouvelle direction. Elle implique la remise en cause du statu quo et la capacité à identifier les changements nécessaires, mais également à encourager les individus ou groupes au changement. Au niveau maximum, elle mobilise la capacité à lire et modeler une culture d'organisation.
- La réussite passe nécessairement aussi par la capacité à travailler efficacement avec des pairs, homologues, partenaires, notamment dans des organisations matricielles. Nous appelons cette compétence « coopération et influence ». Il s'agit, au minimum, de participer, de s'engager activement dans le dialogue avec les autres et en équipe et, aux niveaux élevés, de créer des partenariats durables au travers des organisations et des géographies. Le leader doit créer des partenariats de long terme qui privilégient l'ouverture, l'action commune et l'atteinte de résultats partagés ; il crée l'adhésion et l'alignement, convainc les autres de modifier les plans d'action au nom de l'intérêt général.
- Le leader ne peut réussir qu'avec l'appui de collaborateurs solides : il (elle) doit donc savoir les développer. Le niveau minimum du développement des collaborateurs est la mise en situation (« je fais grandir mes collaborateurs en leur confiant des responsabilités »). Il est fréquemment observé, mais insuffisant puisqu'il suppose que les collaborateurs développent eux-mêmes leurs capacités. L'étape supérieure consiste à encourager activement les collaborateurs et à leur apporter des observations spécifiques, structurées, pour qu'ils s'améliorent, à partir de la compréhension et de l'évaluation rigoureuse de leurs capacités individuelles, en définissant des objectifs personnalisés. À un haut niveau, cette compétence consiste à travailler à un niveau

systémique, influençant activement l'ensemble de l'organisation dans sa gestion des talents.

- La conduite d'équipe est la capacité à organiser, animer et développer des équipes performantes. Le leader fait plus que simplement leur fixer des objectifs. Il fédère une équipe productive ayant des objectifs partagés, prend des décisions collectives et dépasse la somme de ses individus. Il crée une culture d'équipe où les individus se sentent personnellement et émotionnellement impliqués dans la réussite de l'ensemble, aligne l'équipe sur un objectif commun en se fondant sur sa compréhension des moteurs individuels, encourage par l'échange les équipes à prendre des initiatives, incite par son exemple leurs membres à accepter des compromis faisant passer l'intérêt du groupe avant celui de l'ambition personnelle...

Comme on le voit ici, la palette des compétences exigées est extrêmement large et mobilise des talents extrêmement divers, analytiques et relationnels, bien au-delà des compétences d'expertise qui ont souvent servi de cadre de référence pour évaluer et promouvoir... jusqu'à un certain point.

◆ Progresser

La montagne peut paraître haute à gravir, mais la plupart de ces compétences se travaillent. Si l'individu a conscience de ses « points de développement », les accepte, éprouve le désir de se renforcer, est soutenu dans ce travail par son organisation, son responsable, la progression observée peut être considérable. De nombreuses institutions mettent en place de véritables programmes en ce sens, incluant l'évaluation, des plans de développement, un accompagnement personnalisé.

◆ Le potentiel

Pour démontrer ces compétences, il faut bénéficier d'une plateforme managériale suffisamment importante. Les compétences ne permettent par conséquent pas de mesurer le potentiel d'un professionnel qui ne serait pas encore en position d'exercer un leadership sur des équipes importantes.

Le potentiel (de leadership) est sans doute la dimension la plus difficile à appréhender. De nombreuses études existent sur ce sujet qui dépasserait de loin l'objet de cet article. Convenons simplement de toucher cette notion brièvement ici, à travers trois idées.

- L'analyse statistique démontre que le potentiel d'un leader se révèle essentiellement à travers trois des compétences décrites plus haut : orientation résultats, vision stratégique, conduite du changement. Il est donc important d'être mis en position, le plus tôt possible, de travailler ces capacités-là.

- Un second indicateur essentiel est la capacité d'apprentissage (*learning agility*). Celle-ci s'illustre notamment par la rapidité dans la prise de nouvelles fonctions et l'acquisition d'une bonne maîtrise face à ces enjeux nouveaux. La capacité d'apprentissage se fonde sur l'agilité analytique mais également sur l'ouverture relationnelle (apprentissage par les autres ou à leur contact), cette dernière capacité étant moins fréquemment citée. D'où la nécessité de changer de fonction ou de zone géographique lorsque l'on sent qu'on est en zone de confort...

- Les moteurs de motivation constituent sans doute l'élément fondamental : qu'est-ce qui nous fait souhaiter progresser, quitte à prendre des risques, déployer une énergie importante au travail, impliquant même parfois des sacrifices sur le plan personnel ? De façon extrêmement synthétique, nous distinguons trois principaux moteurs de motivation à l'œuvre dans le monde de l'entreprise : réalisation (désir et/ou besoin d'accomplir les réalisations les plus abouties, qualitatives, *best-in-class*, reconnues comme telles) ; affiliation (désir et/ou besoin de travailler avec des personnes que l'on apprécie et dont on se sent apprécié(e), de faire partie d'une équipe, d'un groupe dont on partage les valeurs) ; enfin, pouvoir et influence (désir et/ou besoin d'avoir un impact sur les autres, sur le monde, à travers les autres). Ces trois moteurs fréquents ne sont pas exclusifs (d'autres moteurs existent) mais, chez un individu donné, l'un d'entre eux sera généralement prépondérant. On devinera que chez le leader le moteur de motivation

« pouvoir et influence » est en général assez solidement ancré, nécessitant une estime de soi suffisante (sujet par ailleurs passionnant qui dépasserait le cadre de cet article), qui lui permette de développer naturellement des capacités d'entraînement et de mobilisation d'autres personnes.

■ L'ouverture internationale

La globalisation accroît le challenge et, en même temps, ouvre le terrain de jeu. Toutes les compétences décrites plus haut sont amplifiées si elles sont pratiquées à un niveau international ou tout du moins multiculturel.

Dans notre métier de chasseurs de têtes, nous constatons progressivement l'émergence d'un segment de leaders internationaux, capables de prendre des fonctions en Europe, en Asie ou dans les Amériques. Le secteur de l'assurance emboîte le pas, dans ce domaine, à d'autres segments financiers dans lesquels la globalisation des talents est déjà très avancée (les marchés de capitaux ou la gestion d'actifs).

En synthèse, le marché des talents dans le secteur financier en France, notamment assurantiel, n'est ni déprimant, ni sinistré. Plus qu'une crise, nous vivons une transformation, qui nous déstabilise mais nous force à nous réinventer et ouvre de nouveaux possibles...

QUELS TALENTS DANS L'ASSURANCE DEMAIN ?

Éric Lombard

Président-directeur général, BNP Paribas Cardif

Président de l'Université de l'assurance

François Ewald

Président du conseil scientifique et pédagogique de l'Université de l'assurance

Entretien réalisé par Pierre-Charles Pradier

Risques : Quelles compétences, quelles connaissances, quelles qualités humaines les entreprises d'assurance recherchent-elles pour les collaborateurs qu'elles vont recruter dans les dix années à venir ?

Éric Lombard : En assurance comme ailleurs, les entreprises évoluent dans un environnement qui se transforme avec une très grande rapidité, puisqu'on entre dans un monde digital, de l'Internet, de l'information immédiate, de la connectivité totale quel que soit l'endroit de la planète. Nous ne connaissons pas les modèles économiques qui vont émerger ; et l'objet n'est pas de les connaître mais d'avoir des entreprises suffisamment mobiles et réactives pour qu'elles puissent s'adapter en permanence en fonction des évolutions technologiques, sociologiques, humaines et même géographiques. Nous avons donc besoin de collaborateurs ayant la capacité de prendre du recul pour faire évoluer leur savoir en fonction des nécessités, de personnes résilientes qui s'adapteront à un avenir qu'il ne faut pas essayer d'anticiper parce qu'il existe une probabilité de se tromper à chaque fois.

François Ewald : On a un bon exemple de ce que dit Éric Lombard avec l'apparition des technologies de type *Big Data*, qui créent une grande incertitude

pour les entreprises d'assurance. On ne sait pas ce que ça va donner, personne ne le sait. Par contre, tout le monde sait que la profession en subira les effets. Il faut donc qu'elle dispose d'un réservoir de talents capables, lorsque les choses vont apparaître, de produire les innovations qui permettront aux entreprises en compétition de relever les défis.

Risques : La flexibilité, la créativité... mais il reste que les vérités actuarielles, les systèmes juridiques, eux, ne vont pas être aussi plastiques que les conditions de marché. Comment peut-on concilier ces invariants avec la créativité ?

Éric Lombard : Les vérités actuarielles, les systèmes juridiques, les méthodes de la gestion financière avec ou sans Internet sont les mêmes. C'était une grande erreur de penser au contraire que les valorisations des sites Internet dérogeaient à la loi de la valeur financière : la valeur d'un actif reste sa capacité à générer un revenu dans la durée. Les bases disciplinaires sont donc indispensables, elles permettent de structurer des carrières et des évolutions. Il faut que ces bases soient assez solides pour que les opérateurs ou les managers aient des repères, mais il ne faut pas toutefois qu'elles les empêchent de voir les évolutions – y compris les évolutions juridiques : quel est le droit de la propriété dans un univers Internet où les frontières

se dissolvent, quelle est la valeur de la signature dans un univers de la souscription en ligne ? Même les invariants bougent aujourd'hui.

Pour approfondir cette dialectique, on peut dire qu'il est nécessaire, pour commencer à travailler dans une entreprise, de s'appuyer sur une discipline. La méthode usuelle est robuste – l'actuariat, le marketing (qui est une vraie discipline même si ce n'est pas une science dure), la finance, le droit, l'informatique (les besoins en informatique dans nos sociétés sont croissants), etc. Il faut absolument que les jeunes qui nous rejoignent sachent que cette discipline est un point d'entrée, qu'ils vont pouvoir la développer et la faire fructifier, mais qu'ils seront dans un monde dont on ignore quels seront les invariants. Par exemple, à l'époque où j'étais à HEC, il fallait taper des lignes de code pour utiliser un ordinateur : tout a radicalement changé. La règle de la vie professionnelle, c'est le changement, une chose à laquelle il est important de se préparer. Le job des managers consiste à organiser le changement. Il s'agit là de leur fonction principale, il ne faut pas se tromper de direction. C'est mieux lorsqu'ils s'y attendent un peu, parce que parfois on doit passer du temps à expliquer pourquoi il faut changer. Personnellement, je passe beaucoup de temps à expliquer que le monde change et à le démontrer ; cette gymnastique n'est pas encore naturelle en France.

François Ewald : L'histoire récente de l'Enass est précisément l'histoire d'une adaptation aux besoins de la profession à partir d'un modèle ou d'une construction qui datait de la guerre. On a recentré l'enseignement sur l'entreprise d'assurance : nous avons pensé que c'était ce qui devait faire l'identité de cette école et la cohérence de son programme d'études. L'objet était de s'adresser à tous les étudiants pour leur faire comprendre ce qu'est une entreprise d'assurance, comment ça fonctionne, et ce que c'est qu'être collaborateur dans un tel ensemble. Le cours phare de cette approche, c'est le grand cours de 2^e année de master, « modèles économiques », qui se caractérise par l'ouverture à toutes les techniques et à tous les savoirs plutôt que par l'enfermement

disciplinaire. C'est ce qui prépare effectivement à la créativité telle que l'a présentée Éric Lombard. J'ai l'impression qu'il y a une résonance entre les exigences qui sont exprimées par les professionnels et ce qui est offert.

Éric Lombard : En outre, nous avons absolument besoin que les jeunes qui sortent de l'université ou des écoles soient préparés à ce qu'est une entreprise, qu'ils aient un début d'acculturation au monde de l'entreprise, notamment sur un point très simple : qu'est-ce qui permet à l'entreprise de vivre ? Il faut le rappeler parce que je pense que ce n'est pas toujours bien perçu. Une entreprise vit grâce à ses clients. Les actionnaires seront rémunérés si ceux-ci sont satisfaits. Le point de départ de l'entreprise c'est le client ; et le collaborateur de l'entreprise est avant tout au service de ce dernier. Voilà l'état d'esprit dont nous avons besoin, car nous sommes dans un modèle de service au client (ou de fourniture d'un produit, ce qui revient au même), une notion qu'il faudra davantage développer dans la culture française, car elle n'est pas toujours bien comprise.

François Ewald : Si l'on ne peut pas fournir ces talents à la profession, la profession va les chercher ailleurs, c'est tout. On sait que le marché des étudiants est désormais mondial, ce n'est plus un marché national. Les étudiants sont mondialisés, et il faut être capable de les attirer. Il existe partout des lieux où l'on forme déjà des assureurs ; il y a des ressources partout, il faut les connecter : c'est ce que nous essayons de faire avec l'Université de l'assurance. Considérons par exemple les nouvelles technologies d'information et les conséquences qu'elles ne manqueront pas d'avoir pour l'assurance : il est très important que dans les lieux de formation on soit extrêmement vigilant, extrêmement alerte aujourd'hui, afin d'être en mesure d'associer, de former les futurs collaborateurs à la profession qui seront à l'aise avec ces technologies et qui seront capables de s'y adapter. On ne peut plus former aujourd'hui des actuaires qui ne soient pas compétents en matière de *Big Data*. Il faut par conséquent mettre en réseau les formateurs, l'Institut des actuaires, les entreprises du secteur et les chercheurs internationaux – c'est

d'ailleurs l'objet de la journée du 26 mars 2013 organisée chez Scor.

Risques : Mondialisation de la formation, mondialisation de la recherche, mondialisation des compagnies ?

Éric Lombard : La conquête de marchés émergents en forte croissance a pu être une des motivations du développement international, l'assurance ajoute une valeur particulière à l'internationalisation : la mutualisation géographique fait partie des éléments qui rendent une compagnie plus solide quand ses risques sont diversifiés internationalement. Celles qui n'ont qu'une base nationale sont fragiles, surtout quand elles sont mono-produit ou mono-sectorielles : c'était le modèle des *monolines* américaines dont on voit qu'il ne leur a pas réussi. Dans un monde moderne et ouvert, l'internationalisation doit se faire aussi par un brassage des cultures et du management. Les groupes internationaux, concrètement, proposent des carrières internationales aux cadres réservées aux cadres pour l'essentiel français et réciproquement. Chez BNP Paribas Cardif, le patron de nos activités en péninsule Ibérique vient du Brésil, la responsable de l'Italie siège au comité de direction du groupe. Ces mouvements, y compris au sommet, offrent un enrichissement et permettent aussi de répondre à des clients qui sont eux-mêmes branchés sur le monde. Les jeunes bougent beaucoup plus qu'avant, et via Internet les gens sont plus qu'informés. S'il y a un produit malin, en Corée par exemple pour prendre le pays le plus digitalisé au monde, tous les internautes sont au courant tout de suite. Ce n'est pas un hasard si nous avons au sein de l'équipe marketing global une jeune fille coréenne qui vérifie qu'il y a le bon niveau d'échange.

Risques : Le secteur de l'assurance, parce qu'il a joué le jeu de l'alternance, que ce soit à travers le contrat de professionnalisation ou à travers l'apprentissage, ne souffre-t-il pas d'une ouverture insuffisante de ses formations sur l'étranger ?

François Ewald : Je pense qu'il ne faut pas opposer l'alternance à l'internationalisation. C'est très bien l'alternance, et ça n'exclut évidemment pas d'imaginer

des parcours de formation qui soient des parcours internationaux. Notre idée, avec l'Université de l'assurance, n'est pas de créer une université ou de créer des départements dans des universités qui soient consacrés à l'assurance. C'est de construire des parcours qui soient reconnus à la fois par l'université et par la profession ; des parcours qui soient intéressants pour les étudiants et qui leur donnent la possibilité de parcourir le monde par le biais, par exemple, d'instruments comme Erasmus ou d'autres qu'il faut peut-être créer, qui vont leur permettre de passer six mois dans un pays, six mois dans un autre... Voilà l'idée : utiliser les dispositifs existants, mais imaginer des parcours à travers lesquels les étudiants aient une formation qui soit telle qu'une entreprise comme BNP Paribas Cardif soit contente de les recruter parce qu'ils parleront anglais, parce qu'ils connaîtront le monde et l'assurance. Il faut mettre l'imagination au pouvoir. Le concept de l'Université de l'assurance se situe au-delà du modèle universitaire : il consiste à utiliser des ressources qui existent déjà pour offrir à des étudiants des parcours qui ne soient pas nécessairement nationaux.

Risques : Si l'on regarde autour de nous, l'Europe de l'assurance paraît-elle une réalité ? À quelle échéance peut-on imaginer qu'il devienne courant pour un Grec, par exemple, de venir travailler dans l'assurance chez Allianz ?

Éric Lombard : En réalité, je pense qu'elle ne va pas se faire tout de suite, du moins dans son ensemble. Il faut en effet distinguer la question des produits de celle des équipes. Les produits financiers en fait sont des produits pour l'essentiel très locaux, puisque les régulateurs – même s'il y a Solvabilité II, l'Union européenne, etc. – sont des régulateurs locaux ; les fiscalités sont des fiscalités locales, avec des impacts importants dans l'assurance ; les produits sont des produits nationaux, ne serait-ce que pour des raisons culturelles. Pour grossir le trait, prenons l'exemple du Japon où nous vendons beaucoup de produits de protection contre les conséquences financières du cancer : il s'agit d'un produit qui ne pourrait pas exister en Europe parce que l'on n'en parle pas

aujourd'hui. Ainsi, les sujets locaux sont traités par des gens du pays pour l'essentiel, même à l'intérieur de l'Union européenne.

En revanche, le management des entreprises, lui, va devenir de plus en plus multiculturel. Parce que les sujets à traiter pour les années à venir vont devenir multiculturels. Regardons le top management d'une entreprise comme BNP Paribas Cardif : sur les cinquante principaux cadres que je réunis deux ou trois fois par an pour réfléchir à l'avenir de l'entreprise, la répartition est largement diversifiée entre les Latino-Américains, les Asiatiques et les Européens de divers pays (je mets la Turquie en Europe en l'occurrence).

François Ewald : La réponse globale à des contraintes nationales apparaît dans l'idée de recentrer l'enseignement sur l'entreprise d'assurance. Il faut réfléchir aux conditions d'assurabilité des risques qui sont liées à la capacité de l'entreprise de les couvrir dans un environnement donné. Et cela suppose de comprendre comment fonctionne l'entreprise. Dans cette volonté, il y a un élément de bataille sur ce terrain qui est de ne pas céder à cette idée qu'on peut couvrir n'importe quel risque. Il y a toute une technique pour ça, ça suppose une organisation, c'est très sophistiqué en fait, très contraignant. Il faut que tout le monde com-

prenne les contraintes d'assurabilité qui permettent de prendre un risque, de le porter dans le temps, etc.

Risques : Le métier d'assureur ne consiste pas seulement à assurer des risques déjà là, mais à rendre assurables les risques pour satisfaire une demande sociale.

Éric Lombard : Justement, pour tous nos produits, nous prenons en compte la valeur client, c'est-à-dire le niveau de sinistralité. S'il est insuffisant, alors on peut penser que le client n'a pas compris qu'il était assuré et dans ce cas-là il vaut mieux l'informer ; soit les garanties sont mal tarifées, et il convient de les retravailler. Mais le rôle de l'assureur est bien de couvrir les sinistres des clients qui y ont droit.

En économie ouverte, lorsque tout est correctement calibré et fonctionne bien – de bons produits pour les souscripteurs, des collaborateurs convenablement rémunérés et des actionnaires satisfaits –, cette activité est rentable pour tout le monde.

Risques : C'est cette vision dynamique de profit pour l'ensemble des parties prenantes que les futurs assureurs doivent acquérir. Tout cela est parfaitement clair.

4.

Études et livres

■ Pierre Martin

Médecin et assurance santé : les liaisons dangereuses

■ Sarah Belinguier-Raiz

L'introduction de l'obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle en droit italien

Actualité de la Fondation du risque

■ Jean-Hervé Lorenzi et Hélène Xuan

Quel modèle social pour la France en 2020 ?

■ André Masson

Propositions pour le modèle social français en 2020

Livres

Jean-Jacques Laffont et Jean Tirole

Théorie des incitations et réglementation

par Carlos Pardo

Jean-François Boulier et Carlos Pardo

Les 100 mots de la gestion d'actifs

par François-Xavier Albouy et Daniel Zajdenweber

MÉDECIN ET ASSURANCE SANTÉ : LES LIAISONS DANGEREUSES

Pierre Martin

Agrégé d'histoire, docteur en histoire

« L'incompréhension du présent naît fatalement de l'ignorance du passé (1) », disait l'historien Marc Bloch, cofondateur avec Lucien Febvre, à la fin des années 1920, des Annales d'histoire économique et sociale, cette revue qui révolutionna la façon de faire de l'Histoire. À l'heure où se repose de façon têtue la question de la maîtrise des dépenses de santé et du rôle des médecins dans le système de soins français, un détour par la (pré)histoire de l'assurance santé peut éclairer le présent. C'est à ce moment-là en effet que le personnage du médecin s'imposa comme un interlocuteur incontournable des assureurs et de l'État. Nous nous proposons donc d'analyser le statut du médecin dans le système semi-public d'assurance des accidents du travail il y a un siècle environ.

Le médecin et l'expertise médicale

« **C**harbovari » : on se souvient de l'entrée en scène du médecin dans *Madame Bovary* (1857) de Gustave Flaubert. Charles Bovary, à « la conversation plate comme un trottoir de rue », est l'archétype du notable de province... et celui de l'incompétence. La loi sur l'assurance accidents du travail du 9 avril 1898 va pourtant propulser des praticiens – sommités hospitalières exclues – au rang d'experts. Ces médecins étaient jusque-là plutôt confinés dans leur cabinet avec leurs malades, dans le cadre d'un rapport privé et couvert par le secret professionnel. Rappelons que le bouleversement apporté par la loi de 1898 sur

l'accident du travail s'inscrit dans un mouvement européen. L'idée lancée par le chancelier Bismarck est que l'usine et le monde de l'industrie créent du risque : il invente donc l'assurance accidents du travail en 1884. En France, la logique du Code civil selon laquelle l'accident du travail relève a priori de la responsabilité du travailleur, sauf à prouver le contraire, s'avère caduque. La France adopte donc à son tour une législation qui inverse la charge de la preuve au profit du salarié. Le patron est désormais responsable de ses personnels dans son établissement, qu'il choisisse de s'autoassurer (l'assurance est obligatoire en Allemagne mais facultative en France) ou de se défausser sur une compagnie d'assurance accidents. Comme le démontre magistralement François Ewald [Ewald, 1986] : « Léon Say a pu dire avec raison, au cours du débat sur la loi du 9 avril 1898, qu'elle était " une loi politique au premier chef ". Plus

profondément, qu'il se soit posé un problème des accidents du travail, qu'un régime de justice soit apparu injuste, qu'il ait fallu le modifier, et, avec lui, la politique de sécurité civile, supposait que la belle harmonie économique, politique et juridique dans laquelle on avait jusqu'alors pensé le problème du gouvernement de la société s'était disloquée et imposait, pour résoudre ce problème, qu'on apprenne à l'analyser et à le concevoir dans un autre type de rationalité. Il n'y avait pas de solution au problème des accidents du travail qui ne passe par l'abandon de la rationalité politique libérale. »

Il n'est pas exagéré de dire que les dispositions de la loi de 1898 font du médecin la clé de voûte de la nouvelle couverture. C'est bien son statut d'expert qui est désormais reconnu : cela fait de lui le garant de la sincérité des dommages subis, un rempart contre l'aléa moral, un interlocuteur incontestable, voire l'arbitre suprême des parties... a priori du moins. La loi de 1898 le rend effectivement indispensable. L'article 11 impose une déclaration de sinistre dans les quarante-huit heures ; elle comprend « un certificat du médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident » [Miraben, 1901]. Le médecin est chargé d'évaluer la gravité du sinistre corporel et ses suites : il faut savoir si le blessé relève d'une incapacité temporaire ou permanente, partielle ou absolue. Il doit également signifier le bilan pathologique définitif de l'accident, soit le moment où l'on pourra connaître les conséquences arrêtées de la blessure lorsque cette dernière, « consolidée » comme on disait alors, n'évolue plus. Le protocole de la loi prévoit un premier certificat médical qui correspond à un premier examen clinique et « traumatologique », qui peut émettre des réserves. Le deuxième certificat pose un diagnostic définitif. Si le médecin a diagnostiqué une incapacité temporaire, le maire avise simplement l'inspecteur du travail. On sait par Vincent Viet [Viet, 1994] que l'Inspection du travail « moderne » s'installe avec le soutien des républicains vers 1892-1893 : ses membres, nouveaux représentants de l'État, insistent dès avant sur la nécessité d'une déclaration obligatoire d'accident. Bref, la rigueur du protocole est fixée dans ces années-là, et l'appel au médecin

participe du sérieux de la démarche. D'ailleurs, si le blessé conteste les conclusions du certificat médical, le maire de la commune du sinistre doit saisir le juge de paix qui pourra faire procéder à... une nouvelle expertise médicale. Le médecin est-il uniquement ce scientifique désintéressé auquel tous les acteurs doivent se fier sans sourciller ?

Le médecin et l'asymétrie d'information

Il faut attendre 1963 pour que l'économiste américain Kenneth Arrow soulève, dans un article désormais incontournable [Arrow, 1963], la question de l'asymétrie d'information à partir de l'exemple de l'économie de la santé. Le médecin, par son art, en sait davantage que le malade – ce que certains ont résumé brutalement par le « paradoxe du garagiste ». Médecin comme garagiste sont pareillement en situation d'asymétrie d'information envers leurs clients et, intéressés à la prescription, peuvent être tentés de pousser à la consommation ou à arbitrer en leur faveur. Cette nouvelle loi de 1898 souffrirait-elle d'approximations juridiques, au demeurant compréhensibles une soixantaine d'années avant les travaux pionniers de Kenneth Arrow et de George Akerlof [Akerlof, 1970] ? Bref, prédisposerait-elle à une « dérive » [Lane, 1993] inéluctable des coûts de l'assurance santé ? La philosophie de ce XIX^e siècle finissant reste libérale, quand bien même la loi de 1898 en montre certaines limites comme elle marque un basculement vers le premier modèle historique de l'État providence, ainsi que l'a révélé François Ewald. Il faut par exemple rappeler que les statuts de sociétés d'assurance, tout comme la littérature juridique du XIX^e siècle, regorgent de mentions que l'« on ne saurait s'enrichir à l'assurance ». Cette hydre de l'aléa moral, plus connue sous l'expression « l'assurance paiera », est d'autant plus impitoyablement pourchassée que l'assurance s'installe : il y va de sa crédibilité et, partant, de son existence même. Or, au XIX^e siècle, la rémunération du médecin relève sans conteste d'une logique libérale. À l'image d'un avocat

aujourd'hui, le médecin fixe librement ses honoraires, qui dépendent de la complexité du diagnostic, de sa notoriété et... de la fortune du patient. Les médecins n'auraient-ils pas alors été tentés de facturer généreusement leurs indispensables certificats ? Il faudrait pour cela évaluer le coût spécifique de l'expertise médicale, rapporté par exemple au coût ou à la sinistralité de la branche accidents du travail, ce qui à notre connaissance n'a jamais été fait (2). Mais on peut déjà scruter la loi de 1898 qui prévoit d'encadrer les dépenses. La loi refuse ainsi (articles 1 et 3) toute indemnité à l'accidenté du travail pour une incapacité de moins de quatre jours : c'est un délai de carence, une franchise. À rapprocher du jour de congé maladie désormais non remboursé pour les fonctionnaires, tout récemment instauré. La presse professionnelle considère également le médecin tel un allié censé prévenir l'aléa moral : « On se rend compte [...] combien le rôle du médecin est précieux pour déterminer le point de départ de l'indemnité, car les petits accidents sont nombreux et il faudra une grande vigilance de leur part pour combattre les tendances à la spécialisation. » Dans le même temps, on apprend pourtant que les médecins renoncent à la liberté de fixer leurs honoraires pour « un tarif uniforme pour les soins donnés aux ouvriers blessés dans les conditions prévues par la loi du 9 avril 1898 » [Miraben, 1901]. Et il faut citer longuement la revue d'assureurs qui explicite la démarche a priori étonnante de ces praticiens « libéraux » : « La loi mettant à la charge des patrons les frais médicaux et les Compagnies d'assurance se substituant aux patrons qu'elles assurent, les médecins en ont tiré cette conséquence : que si les Compagnies couvrent de leur garantie tous les risques mis à la charge des chefs d'industrie assujettis à la loi, et notamment les frais médicaux, elles ont dû nécessairement faire dans le calcul du prix de l'assurance une portion afférente à ces frais, et c'est évidemment pour ce motif que les médecins ont fixé, d'un accord commun, leurs honoraires pour les nombreux certificats qu'ils auront à délivrer [...] » [Miraben, 1901]. Il n'est aucunement question d'une comparaison des honoraires de ce « tarif » avec ceux librement fixés dans les cas similaires alors en dehors du champ de la loi. Mais des indices tendraient à prouver que les

médecins ont généreusement calculé leur prix. Le raisonnement rapporté, qui pousse au « cartel médical », est d'abord tout à fait conforme à l'idée que « la compagnie d'assurance paiera ». Ce que l'on sait de la suite conforterait également la loi d'Arrow. Les compagnies d'assurance essaient de resserrer l'expertise médicale en s'attachant rapidement les services rémunérés d'un médecin attitré. Mythe ou réalité ? Il est souvent fait mention dans les assemblées générales des sociétés d'assurance accidents de « médecins marrons » acquis à la cause des accidentés et délivrant des certificats trop « généreux » en termes de dédommagements. Et il convient de s'interroger sur la viabilité du tarif de l'entente médicale une fois que l'inflation a fait irruption en 1914, du fait du financement hors du commun de la Grande Guerre. Les dirigeants d'une compagnie d'assurance accidents se désolent ainsi de l'envolée des frais médicaux après la guerre : 13 % du montant des cotisations en 1913, 23 % de celui des sinistres en 1918 [Martin, 2009]. « Les médecins étant revenus du front, [...] le tarif des frais médicaux avait eu tendance à suivre le prix des denrées (3). »

On pourrait rapprocher ce petit fait vrai d'un constat statistique récent qui tend à montrer que les médecins français ont réagi au blocage du montant de leurs consultations en diminuant leur durée de moitié en dix ans.

Le médecin est un acteur central de l'assurance santé depuis ses balbutiements à la fin du XIX^e siècle. C'est son expertise qui dès 1898 fonde le droit au dédommagement. Mais le prix de son art est-il hors de prix ? Abuserait-il d'une asymétrie informationnelle ? La démarche libérale du calcul sur mesure du coût des honoraires fait effectivement place à une entente tarifaire qui laisse supposer un prix surévalué, d'autant que l'argument avancé est précisément que les assureurs paieront : singulier paradoxe quand le médecin est initialement perçu comme un rempart contre l'aléa moral. Le tarif du cartel explose apparemment avec l'irruption de l'inflation, durablement installée après 1918. C'est pourtant en 1919 qu'en France le champ de l'assurance accidents du travail est élargi à celui des maladies professionnelles.

Notes

1. Marc Bloch, Apologie pour l'histoire, Armand Colin, 1949 (publication posthume).

2. Malgré des travaux de qualité ; voir Nicolas Marques, « Le monopole de la Sécurité sociale face à l'histoire des premières protections sociales », Journal des économistes et des études humaines, vol. 10, n° 2, juin 2000.

3. Assemblée générale des travailleurs français du 14 janvier 1919, cf. Martin [2009].

Bibliographie

MIRABEN, « L'assurance accidents. Les médecins et la loi accidents », *Le Spectateur théâtral, financier, littéraire et artistique. Organe spécial des assurances incendie et vie*, n° 1268, 28 septembre 1901.

AKERLOF G., "The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, n° 3, août 1970, pp. 488-500.

ARROW K., "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, vol. 53, n° 5, décembre 1963, pp. 941-973.

EWALD F., *L'État providence*, Grasset, 1986, p. 275.

LANE G., « Responsabilité et assurance, ou a-sécurité sociale », *Journal des économistes et des études humaines*, vol. 4, n° 4, décembre 1993, pp. 531-569.

MARTIN P., *Deux siècles d'assurance mutuelle*. Le groupe Azur, CTHS, 2009, p. 294.

VIET V., *Les voltigeurs de la République*, CNRS Éditions, 1994.

L'INTRODUCTION DE L'OBLIGATION D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE EN DROIT ITALIEN

Sarah Belinguier-Raiz

Docteur en droit privé

Dottoressa di ricerca in diritto comparato (1)

Le 15 août prochain l'assurance couvrant la responsabilité civile deviendra obligatoire pour les professions réglementées en Italie. Le principe de liberté de souscription qui régnait jusqu'à présent, désavantageant les clients comme les professionnels, ne pouvait subsister, en particulier dans le contexte de crise économique que connaît le pays. Si le législateur vient poser les fondements de cette obligation, objet de la présente étude, il reviendra aux ordres professionnels de l'adapter aux spécificités de chaque profession.

La mise en œuvre croissante de la responsabilité civile (RC) et le risque consécutif de condamnation sont un phénomène internationalement constatable qui touche en particulier les professionnels soumis à une activité et à une réglementation toujours plus complexes et plus propices à l'erreur, et plus favorables à une clientèle exigeante ayant tendance à privilégier les voies de recours judiciaires en cas de difficulté. Si depuis longtemps le droit français a opté pour l'assurance RC obligatoire comme principale réponse à cette problématique, ce n'est qu'à partir du 15 août prochain que les professionnels italiens seront contraints de couvrir leur RC. Le principe de la couverture conseillée mais facultative et, de ce fait, souvent lacunaire, notamment pour des raisons financières, a donc cédé la place à celui de la couverture obligatoire afin de protéger aussi bien les clients, qui auront la certitude d'obtenir une indemnisation en cas de condamnation, que les professionnels, qui pourront travailler avec davantage de sérénité. Ce « bouleversement » ne s'est cependant pas fait sans difficulté.

Introduit à l'article 3, alinéa 5, (e) du décret-loi 138/2011 dit « Manovra finanziaria 2011 bis » du 14 septembre 2011, converti avec modifications en la loi n° 148/11, le principe de l'obligation pour les professionnels de souscrire une police d'assurance RC pour les dommages causés dans l'exercice de leur activité professionnelle devait être mis en œuvre par la réforme des ordres professionnels dans les douze mois à partir de la date d'entrée en vigueur du texte, en août 2012, ce qui laissait aux professionnels très peu de temps pour se conformer à ces exigences textuelles. La date d'effectivité de l'obligation d'assurance a toutefois été une source d'incertitude – et d'inquiétude – pour les professionnels italiens en raison de deux événements survenus avant la date normalement établie. D'une part, l'arrivée au pouvoir du gouvernement « technique » mené par M. Monti est venue quelque peu semer le trouble dans ce qui semblait acquis par une disposition du décret-loi « Cresci Italia 1/2012 », converti en la loi 27/2012, entré en vigueur le 24 janvier 2012. En effet, l'article 9 de ce décret précise que le professionnel doit indiquer à son

client les données du contrat d'assurance couvrant les dommages causés par l'exercice de l'activité professionnelle, ce qui pouvait laisser croire, à tort, en une anticipation de l'obligation prévue par l'article 3 de la « Manovra finanziaria 2011 bis ». D'autre part, la date de mise en œuvre de l'obligation d'assurance s'est trouvée au centre d'une polémique depuis que les médecins avaient obtenu de la repousser de douze mois, soit d'août 2012 à août 2013, suscitant alors le mécontentement des autres professionnels. Il a fallu attendre le décret du président de la République G. Napolitano, le DPR n° 137 du 7 août 2012 (2), pour mettre un terme à cette période d'hésitation. En réitérant dans son article 5, avec quelques modifications, le principe posé par le décret « Manovra finanziaria 2011 bis », le DPR dispose que tous les professionnels concernés ont jusqu'au 15 août 2013 pour souscrire le contrat d'assurance requis, autrement dit que tous bénéficient d'une année supplémentaire pour se conformer à la loi.

Cette nouvelle généralisation de l'assurance obligatoire, qui, à l'heure où nous écrivons, est l'une des principales préoccupations des professionnels, qui disposent de peu de temps encore pour trouver une couverture adaptée à leur besoin, nous invite à en étudier les contours, notamment son étendue et ses effets.

Le caractère « obligatoire » de l'assurance RC professionnelle : principe et conséquences

A lors qu'en France les assurances obligatoires, notamment RC professionnelle, ne cessent de croître (3), comme nous l'évoquions, l'introduction de l'assurance RC obligatoire représente la fin de la liberté de souscription qui présidait jusqu'à présent en Italie et marque ainsi un tournant pour les professionnels. Si, sur cet aspect, le droit italien tend à se rapprocher du droit français, il se démarque par sa généralité puisque l'article 5-1 du DPR dispose que « le professionnel est tenu de souscrire [...] une assurance pour les dommages causés au client dans l'exercice de

l'activité professionnelle », reprenant le principe posé à l'article 3 de la « Manovra finanziaria 2011 bis ».

Le caractère contraignant de l'assurance RC professionnelle pose la question de ses effets et notamment de la sanction en cas de non-respect. En plus d'avoir opté pour le principe de l'obligation, le législateur l'a assortie, pour garantir son effectivité, d'une sanction en cas de non-respect. L'article 5-2 du DPR pose, en effet, le principe selon lequel le manquement à cette obligation constitue un *illecito disciplinare* – « une faute disciplinaire » –, laissant à chaque profession la charge de définir la sanction disciplinaire précise qui en résultera.

L'étendue personnelle et matérielle de l'assurance RC professionnelle obligatoire

A l'instar des principales hypothèses d'assurance RC professionnelle obligatoire en droit français, le législateur italien a réservé l'application du principe posé par l'article 5-1 du DPR aux professions réglementées qu'il définit à l'article 1-a) du même texte comme « l'activité ou l'ensemble des activités [...] dont l'exercice est consenti seulement après inscription aux ordres ou collèges conditionnée par la possession de qualifications professionnelles ou par l'évaluation des compétences professionnelles » (4). En d'autres termes, les médecins, les notaires, les architectes, les géomètres ou encore les avocats sont concernés par ces dispositions que les instances professionnelles respectives seront chargées de mettre en œuvre et qui leur permettront de rattraper un certain retard par rapport à d'autres États comme la France, l'exemple de la profession d'avocat étant à ce sujet particulièrement éloquent (5).

Si les conditions exactes du contrat devront être établies en fonction des spécificités de chaque profession, l'article 5-1 du DPR se borne à poser l'obligation de souscrire un contrat d'assurance qui a pour objet de couvrir les « dommages causés aux clients dans l'exercice de l'activité professionnelle » (6), y compris les activités

de « garde de documents et valeurs » reçus du client. Le professionnel devra d'ailleurs communiquer au client, en début de mandat, les termes du contrat, le plafond de garantie et chaque éventuelle modification sous peine de commettre, là encore, un *illicito disciplinare* comme le précise l'article 5-2. Dans son objectif de protection du consommateur, le législateur a donc accompagné l'obligation d'assurance d'une obligation d'information sur les conditions du contrat, ce dernier élément suscitant des réserves de la part de certains professionnels, qui y voient une forme « d'encouragement » à agir contre eux.

Notes

1. *Docteur en droit comparé.*
2. *Règlement relatif à la réforme des ordres professionnels de l'article 3, alinéa 5, du décret-loi du 13 août 2011 n° 138, converti avec modifications en la loi du 14 septembre 2011 n° 148. Le DPR entrera en vigueur le 15 août 2013.*
3. *Jean Bigot (dir.), Le contrat d'assurance, LGDJ, 2002,*

p. 160 et s. Pour un exemple récent d'assurance RC professionnelle obligatoire : v. loi du 14 mars 2011 Loppsi 2, entrée en application le 23 mars 2012, instituant l'obligation de souscrire une assurance RC professionnelle pour les métiers de la sécurité.

4. *Le DPR modifie la définition des professions réglementées telle qu'elle avait été prévue initialement en n'incluant plus « les personnes inscrites à des listes ou registres tenus par des administrateurs ou des entités publiques » afin qu'elle ne soit pas trop étendue.*

5. *Alors qu'en France l'assurance RC professionnelle obligatoire des avocats est régie par la loi du 31 décembre 1971, l'Italie faisait partie des rares États de l'Union européenne à avoir privilégié son caractère facultatif. L'obligation d'assurance RC professionnelle vient d'être mise en application pour les 25 000 avocats italiens à l'article 12 de la loi portant réforme de la profession – legge sulla nuova disciplina dell'ordinamento della professione forense –, approuvée définitivement le 21 décembre 2012 et promulguée le 7 janvier 2013.*

6. *Le DPR précise que la couverture concerne les dommages causés « aux clients », ce qui n'était pas le cas dans le texte de la « Manovra finanziaria 2011 bis », restreignant ainsi quelque peu l'étendue matérielle de la couverture obligatoire.*

Actualité de la Fondation du risque

QUEL MODÈLE SOCIAL POUR LA FRANCE EN 2020 ?

Jean-Hervé Lorenzi

Porteur de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques »

Hélène Xuan

Directeur scientifique de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques »

Depuis deux ans, les travaux de recherche de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques » (1), avec le soutien de la CNP et de Malakoff Médéric, sont discutés et débattus avec des acteurs économiques des différents secteurs, des représentants des institutions et des décideurs politiques dans le cadre d'un séminaire de haut niveau qu'elle organise avec la Caisse des dépôts sur l'ensemble des thèmes des « politiques générationnelles ».

Nos équipes regroupent 32 économistes, professeurs d'université et maîtres de conférences, animés par la même volonté de transformer leurs travaux de recherche en proposition de politiques publiques, à travers ces séminaires qui sont devenus le lieu de débats et d'échanges sur les questions du vieillissement. Ces séminaires ont lieu tous les mois à la Caisse des dépôts :

- L'impact des réformes passées du système de retraite sur le niveau de vie des générations (projections

en 2050), avec Didier Blanchet et François Charpentier – le 20 novembre 2012 à 14 heures ;

- Le financement d'une protection sociale durable, avec Laurent Caussat, Lionel Ragot et Alain Villemeur – le 5 décembre 2012 à 16 heures ;

- Une politique générationnelle sur le marché du travail, avec Stéphane Carcillo, Marc Gurgand et Jean-Olivier Hairault – le 9 janvier 2013 à 16 heures ;

- L'impact de l'immigration sur l'économie et les

territoires, avec Hippolyte d'Albis, Hillel Rapoport et Gregory Verdugo – le 4 février 2013 à 16 heures ;

- La fiscalité du patrimoine et les transferts intergénérationnels, avec Luc Arrondel et André Masson – la date sera communiquée ultérieurement ;

- L'impact du vieillissement sur la gestion de l'épargne retraite, avec Didier Folus et Philippe Foulquier – le 15 avril 2013 à 16 heures ;

- Le rôle de l'éducation sur les inégalités générationnelles, avec Stéphane Lambretch et Jacques Pelletan – le 26 avril 2013 à 15 heures ;

- La réalité des transferts intergénérationnels (État, marché et famille), avec Hippolyte d'Albis et François-Charles Wolff – le 7 mai 2013 à 14 heures ;

- L'économie de la longévité : comment valoriser la longévité ? Et quelles innovations médico-sociales ? avec Silvia Macedo et Gregory Ponthière – le 15 mai 2013 à 16 heures ;

- L'impact économique d'une fiscalisation de la protection sociale, avec Xavier Chojnicki, Jérôme Glachant, Bruno Palier et Lionel Ragot – le 5 juin 2013 à 16 heures ;

- Les pistes de réformes du système de retraite : l'évaluation d'une transition vers la retraite par points, avec Didier Blanchet, Antoine Delarue et Riccardo Magnani – le 14 juin 2013 à 16 heures ;

- Le rôle de la formation professionnelle dans une société vieillissante, avec Manon Domingues Dos Santos et Jacques Pelletan – le 25 juin 2013 à 14 heures ;

- L'impact du vieillissement sur les territoires, avec Hippolyte d'Albis – le 10 juillet 2013 à 15 heures ;

- Le rôle de l'épargne retraite dans le financement de l'économie, avec Jérôme Glachant et Thomas Weitzenblum – le 17 septembre 2013 à 15 heures.

Au cours des deux dernières années, nous avons analysé la société française à travers le prisme du vieillissement démographique. Ces travaux nous ont permis de mettre en exergue trois axes de transformations structurantes pour notre modèle social :

- le poids des patrimoines, plus important que partout ailleurs en Europe ;

- le poids de plus en plus faible des revenus du travail ;

- un système de retraite et d'allocation chômage qui n'incite pas à travailler plus longtemps.

Un modèle social à renouveler

La question du modèle social a toujours été débattue à travers la vision des trois mondes de l'État providence : modèles libéral, social-démocrate et conservateur, développée par Esping Anderson. Le modèle social français, au départ, un modèle bismarckien, de tradition corporatiste, s'est enrichi de prestations universelles (RSA, par exemple). Mais la crise de l'État providence, les déficits du système de protection sociale et la transition démographique questionnent la pertinence de ce modèle. Aujourd'hui, la société française est marquée par le poids croissant des familles, du patrimoine, en même temps qu'on observe un déséquilibre des transferts publics en faveur des seniors. Les dernières réflexions d'André Masson renouvellent l'analyse de ces modèles sociaux et nous éclairent sur le rôle clé des familles et des transferts intergénérationnels pour redéfinir le modèle social français.

On vit mieux et de plus en plus longtemps. Le nombre de centenaires : 15 000 aujourd'hui en France, passerait à 200 000 en 2060. Ce qui signifie qu'un quart des cinquantenaires d'aujourd'hui parviendrait à l'âge de 100 ans. Cette transition démographique vers des familles de quatre voire cinq générations fait des baby-boomers une génération

pivot. L'exigence des sociétés vieillissantes doit être à présent de maintenir ces dix années gagnées sur la mortalité. Car rien n'est acquis en matière de santé. Si rien n'indique un infléchissement durable de l'espérance de vie, une stagnation temporaire liée en grande partie au tabagisme a été observée aux États-Unis et au Danemark dans les années 1980, particulièrement sensible chez les femmes. Le Danemark est ainsi passé du 3^e rang des pays de l'OCDE en termes d'espérance de vie au 20^e rang en 2000. Cette transition démographique vers la longévité a un coût. En France, la perte de croissance mécanique due au vieillissement est d'environ 0,5 point de PIB par an. Aujourd'hui la dépense vieillesse pèse pour près de 20 % du PIB, et ces dépenses risquent de passer à 30 % d'ici à 2030. Comment faire évoluer notre modèle de protection sociale pour continuer à créer de la richesse et maintenir la parité des niveaux de vie entre actifs et retraités ?

Refaire du patrimoine un levier économique

La France vit le retour de la société patrimoniale avec cette particularité que les rentiers sont de plus en plus âgés : 70 % de propriétaires parmi les plus de 60 ans, des transmissions patrimoniales qui ont fait plus que doubler sur les trente dernières années, représentant aujourd'hui 10 % au moins du PIB, des successions moyennes qui ont augmenté de 75 % sur les dix dernières années. Nous observons une concentration des richesses dans les mains des plus âgés, les plus de 65 ans représentant près de la moitié de la capitalisation boursière. Ce déséquilibre patrimonial est appelé à se reproduire puisqu'on hérite des parents de plus en plus tard, en moyenne après 50 ans. Le risque de la France qui vieillit est de devenir dans vingt ans une société de rentiers avec l'arrivée au grand âge des baby-boomers.

Mais les seniors peuvent encore changer la donne. Dotés du pouvoir des urnes et de la fortune (2), ils

pourraient poursuivre la démocratisation du capital et celle de l'accumulation du patrimoine. Il suffirait, d'une part, de les inciter par une taxation des héritages à donner de leur vivant et, d'autre part, de « réhabiliter » le travail.

Les transmissions patrimoniales augmentent aujourd'hui largement plus vite que la croissance économique, au rythme de 4 % contre seulement 1 % à 2 % pour la croissance. Depuis 1980, le rapport agrégé du patrimoine au revenu des ménages a lui aussi considérablement augmenté pour atteindre une valeur de 6 aujourd'hui, en raison de la bulle immobilière. La génération des baby-boomers a accumulé du patrimoine grâce à une politique vigoureuse en faveur du logement menée dans les années 1950 et 1960. Il nous faut maintenant « fluidifier » ce patrimoine pour le rendre productif.

■ Accélérer la circulation des patrimoines pour rebattre les cartes de chaque génération

Une mesure pragmatique serait de taxer les héritages relativement aux donations. Le flux annuel des transmissions, déclarées ou non, s'élève en gros à 200 milliards d'euros (3). Les recettes fiscales se situent seulement autour de 10 milliards d'euros, ce qui correspond à un taux d'imposition moyen de 5 %. Il y a donc, a priori, de la marge pour récolter 10 ou 20 milliards d'euros de plus, grâce à une taxation plus lourde et progressive des transmissions. Économiquement, nous avons intérêt à accélérer les donations vers la jeunesse pour créer de la richesse. Nos travaux montrent qu'une des voies possibles pour renouer avec la croissance serait de taxer fortement les héritages pour favoriser les donations. Transférer du capital des seniors vers les jeunes pourrait être économiquement utile, car ces derniers ont plus d'appétence pour les actifs risqués, leurs aînés privilégiant plutôt les rentes. L'épargne irait alors davantage vers le secteur productif et l'investissement de long terme. Cela permettrait aux jeunes

d'accéder plus rapidement à la propriété. En effet, un ménage où la personne de référence a moins de 40 ans a une probabilité de 52 % d'avoir déjà acheté sa résidence principale s'il n'a reçu ni don ni héritage ; cette probabilité est de 76 % s'il a reçu une donation. La supériorité de la donation sur l'héritage se voit également dans la création d'entreprise. Pour les jeunes esprits entrepreneurs, la probabilité d'avoir créé une entreprise avant 40 ans passe de 29 % à 39 % en cas de donation.

La France est caractérisée par un modèle social dit « multisolidaire », où chacun vit des solidarités familiales intergénérationnelles. Les Français comptent sur la solidarité familiale, en témoigne le poids croissant des aides, des donations et des héritages vers les jeunes, qui ont fortement augmenté depuis les années 1980, pour atteindre 7 à 10 points de PIB. Pour éviter le risque de reproduction sociale, il faudrait compléter la loi Tépà (Sarkozy) de 2007 qui donnait un avantage relatif à la donation, dans la mesure où cette disposition a essentiellement profité aux familles aisées, en défiscalisant les dons aux fondations caritatives dédiées à la jeunesse défavorisée. Ces fondations d'utilité publique en faveur de la jeunesse défavorisée sont d'autant plus importantes que l'école française reproduit de plus en plus les inégalités sociales, et ceci plus qu'ailleurs en Europe. En France, un lycéen de milieu défavorisé a moins de chances d'entrer dans l'enseignement supérieur que s'il avait grandi en Espagne ⁽⁴⁾.

■ Consommer le patrimoine des seniors pour financer la « *silver economy* »

Globalement, les seniors reçoivent l'équivalent de 20 points de PIB de transferts. Le poids déjà important de l'État providence et l'existence d'un « trésor » patrimonial dans les mains des seniors devraient permettre le développement de la « *silver economy* ». La consommation du « trésor » patrimonial accumulé par les seniors français, propriétaires pour près de trois quarts d'entre eux, pourrait suffire à

financer la dépendance et à faire émerger tout un secteur d'avenir lié aux services à la personne. Rappelons que le patrimoine moyen des 60-69 ans atteint 356 000 euros. Nos travaux montrent que, si les seniors consommaient, ne serait-ce que 5 milliards d'euros de leur patrimoine immobilier en services à la personne, cela permettrait de créer 125 000 emplois à l'horizon 2017.

Remettre le travail au cœur de la société

La génération des baby-boomers a encore un rôle à jouer qui n'est plus dans la défense d'un modèle social, arc-bouté sur ses droits à la retraite, mais celui de « réinvestir » le travail de sens. Le véritable enjeu des décennies à venir n'est pas le financement du système de retraite ni les conflits intergénérationnels, mais une réalité beaucoup plus sombre qu'il nous faut gérer : travailler rapporterait désormais moins qu'hériter.

Le travail devrait être le premier levier pour créer la richesse. Pour « réhabiliter le travail », une première mesure serait de supprimer les dispositifs désincitatifs au travail (allocation spécifique seniors, etc.). La France a le taux d'emploi des seniors parmi les plus faibles de l'Europe avec 41 % en 2010. Même si celui-ci a fortement progressé au cours de ces dernières années, nous sommes très en retard par rapport à l'Allemagne ou la Suède, qui affichent des taux d'emploi des 55-64 ans de 58 % et 70 % respectivement. On vit plus longtemps, avec une espérance de vie à 65 ans de plus de vingt ans, tandis qu'on étudie plus longtemps, la durée des études étant passée de onze à quatorze ans sur la même période. Il en résulte une durée de travail raccourcie tandis que la durée de vie à la retraite augmente. Même si on observe un infléchissement ces dernières années sous l'effet des réformes Fillon de 2003, les individus quittent majoritairement le marché du travail avant 60 ans (allocation chômage spécifique seniors, préretraite, etc.) alors

qu'il nous faudrait travailler cinq années supplémentaires pour équilibrer le régime de retraite.

■ Fiscaliser la protection sociale pour alléger le coût du travail

L'ensemble des prélèvements sur le revenu du travail est plus lourd en France qu'en Allemagne, avec un problème de compétition fiscale entre ces deux pays. Les études économiques révèlent que les allègements reposant sur les bas salaires peuvent avoir des effets positifs sur la dynamique de l'emploi. Mais ces allègements sont déjà conséquents en France. Une autre interrogation repose sur les salaires élevés. Nos premières estimations montrent un impact négatif de la fiscalisation sur le PIB futur, à horizon 2050, quel que soit le scénario choisi, CSG homogène ou progressive. La CSG progressive protège relativement les faiblement qualifiés mais pénalise fortement les générations moyennement et hautement qualifiées. Nos travaux de recherche apportent des informations sur les éventuels gagnants et perdants (en matière de bien-être) des différentes réformes envisageables. Des travaux sont en cours pour mesurer l'impact d'autres types de fiscalisation tels que l'augmentation de la TVA ou celle des revenus du capital ou encore la fiscalisation de nature écologique.

■ Augmenter la durée de cotisation pour travailler plus longtemps

Le report de l'âge de la retraite est le meilleur instrument de la politique de l'emploi des seniors et, au-delà, de la production de richesse en France. Dans le système actuel, le bon compromis serait de jouer sur la durée de cotisation avec un système de surcote-décote qui permettrait de reculer l'âge de sortie du marché du travail. Si reculer l'âge légal de la retraite est évidemment nécessaire, il est encore plus important d'introduire une règle simple et transparente de proportionnalité entre le temps travaillé et la pension de retraite supplémentaire. Pour réintroduire des arbitrages et rompre le consensus social sur les

préretraites, il est nécessaire de réformer le système d'assurance chômage, notamment le dispositif d'allocation spécifique senior.

■ Orienter la protection sociale pour en faire un investissement social

Nos travaux, s'appuyant sur de nombreuses études économiques, démontrent maintenant le caractère d'investissement de nombreuses dépenses de protection sociale. Par exemple, celles de la santé contribuent à rendre en meilleure santé les actifs, qui deviennent ainsi plus productifs : autrement dit, grâce à un meilleur bien-être au travail, ces dépenses apparaissent bénéfiques pour la société et rentables sur le plan économique.

Cette nouvelle vision doit éclairer les décisions à venir pour réformer les systèmes de protection sociale. Des politiques de « vieillissement actif » pourraient être utilement menées, à l'image des pays nordiques, pour favoriser le bien-être au travail des seniors (formation, adaptation des postes de travail, promotion d'un mode de vie plus sain, etc.). Ces programmes parient alors sur un triple gain : plus de bien-être pour les salariés, une meilleure productivité pour les entreprises et moins d'augmentation des dépenses de retraite pour la société, ce qui libère des ressources pour les investissements d'avenir. Ces politiques de vieillissement actif sont alors un véritable investissement social permettant l'acceptation du report de l'âge de départ à la retraite.

■ Rationaliser les 30 milliards d'euros de la formation professionnelle pour améliorer l'insertion des jeunes et favoriser la mobilité des actifs

Transférer la formation professionnelle au sein des universités permettrait, d'un côté, aux universités de

se professionnaliser, et, de l'autre côté, à l'entreprise de se rapprocher du monde de la recherche et de s'assurer que les formations sont adaptées en y installant des CFA. L'université, lieu d'accueil des laboratoires de recherche, permettrait aux entreprises d'accéder à la recherche et d'expérimenter leur innovation, en même temps qu'elle pourrait former les salariés et apprentis de celles-ci à travers des partenariats pérennes.

En 2008, les entreprises constituaient le premier financeur de la formation globale avec 42 % de la dépense contre 16 % pour l'État, 15 % pour les Régions et moins de 4 % pour les ménages. Mais la multiplicité des acteurs du système français : État, Régions, branches professionnelles, service public de l'emploi et privés, rend le système totalement illisible. On comptait, en 2008, pas moins de 58 450 prestataires !

Rationaliser le système de retraite

■ Renouveler le pacte générationnel

Une manière de renforcer les solidarités à la fois inter et intragénérationnelles consisterait à lier les retraités aisés, par des mécanismes incitatifs, transparents et non manipulables, à la réussite des jeunes actifs les moins favorisés. Une solution serait d'indexer les retraites élevées, supérieures à un certain montant, sur l'évolution du taux de salaire d'embauche ou du taux de chômage des jeunes non qualifiés, ou tout autre indicateur qui affecte en priorité les plus démunis des nouvelles générations. Chaque génération devrait prendre conscience qu'elle ne peut se sauver seule, mais que le versement d'une pension conséquente à la précédente et l'investissement approprié dans le capital humain de la suivante sont les conditions requises pour recevoir à son tour une retraite adéquate.

■ Étudier la retraite par points et s'engager pour la transparence et la convergence des systèmes de retraite

Pour redonner confiance aux Français, il faut introduire de la transparence dans le système de retraite et faire converger les régimes pour les rendre comparables entre eux. Il faut également donner la possibilité à chacun de mesurer son effort contributif et ainsi de choisir librement de travailler plus et/ou d'épargner plus. Un système de retraite transparent et des règles de gestion simple constitueraient une réelle avancée et une incitation très forte à travailler les cinq années supplémentaires. Par ailleurs, afficher le rendement d'un euro investi dans la retraite inciterait les Français à réorienter une partie de leur épargne de précaution (assurance vie, Livret A, etc.) vers le financement d'investissement de long terme.

La retraite par points pourrait être garante d'une solidarité choisie qui s'adaptera facilement aux mutations de la société, aux évolutions des carrières professionnelles, à la plus grande porosité entre les secteurs du privé et du public, et aux évolutions des formes de la solidarité. La transition sera très longue, mais plusieurs régimes de retraite sont déjà en points comme l'Arrco et l'Agirc. Nous avons donc lancé des travaux pour simuler le basculement vers un régime universel par points, tout en préservant la spécificité de chaque régime : du public, du privé et des indépendants. Nous en présenterons les résultats avant l'été 2013 pour ouvrir cette discussion de manière plus objective (5).

Notes

1. Chaire « Transitions démographiques, transitions économiques » - www.tdte.fr - Contact : 01 44 05 47 67

2. En France, les plus de 60 ans représentent un peu moins de 20 % de la population, mais 30 % des votants. Ils sont

aujourd'hui aussi nombreux que les moins de 20 ans, soit près de 15 millions, et leur nombre ira croissant jusqu'à représenter près de 30 % de la population totale en 2030, soit 45 % des votants. Ils ont des revenus et un patrimoine : ils disposent d'une retraite moyenne de 1 200 euros par mois et sept millions de ménages sont propriétaires d'au moins un bien immobilier d'une valeur moyenne comprise entre 200 000 et 250 000 euros.

3. Les aides financières entre ménages (deux milliards d'euros

ou un peu plus) ne sont ni déclarées ni taxées.

4. Regard sur l'éducation 2012 : les indicateurs de l'OCDE, France, note pays.

5. Nous menons actuellement un travail de recherche pour simuler la transition vers un système de retraite par points et ses conséquences sur l'épargne (projet « Pour une gestion durable du risque de longévité : équilibrer risques politiques et risques de marché par un système universel par points »). Les résultats paraîtront en juin 2013.

PROPOSITIONS POUR LE MODÈLE SOCIAL FRANÇAIS EN 2020

André Masson

CNRS, EHESS, chaire TDTE (1)

Du fait de sa complexité et de son caractère passionnel, l'avenir de notre modèle social soulève d'abord un problème de méthode : il est essentiel de repérer ou d'identifier les bonnes questions de départ, relativement simples et fécondes du point de vue des réformes à mener sur le plus ou moins long terme. Il faut tout autant écarter les questions qui, tout en recouvrant une certaine pertinence, sont dès l'abord trop compliquées et conduisent à des impasses : souvent privilégiées dans les débats médiatiques voire académiques, elles ne permettent pas d'avancer dans la compréhension des enjeux ni dans l'élaboration d'un programme adapté de réformes. Il s'agit donc de déterminer par où commencer dans le cas spécifique du modèle social de la France à l'horizon 2020, de définir une bonne propédeutique qui conduise à dessiner un avenir cohérent pour notre État providence.

Quel est le bon départ ? Deux métaphores feront mieux comprendre la particularité de l'exercice proposé. Tout d'abord, comment tirer le bon fil de la pelote de laine qui permette de la dévider sans accroc ? De même, il existe deux manières (toutes deux « exactes ») de définir la croissance exponentielle : l'une, comme la fonction réciproque du logarithme, primitive de l'hyperbole, perdra les élèves ; l'autre, comme croissance à taux constant (telle celle géométrique d'une population) leur parlera bien davantage et pourra être directement appliquée au modèle de Malthus. L'idée est donc d'explicitier le plus possible ce que pourrait être le bon départ pour la réforme en France. La recherche d'objectivité ou de consensus incite à sacrifier le moins possible à l'« idéologie » inhérente à tout discours sur le social – quitte à indiquer clairement quand cette neutralité n'est plus préservée (2).

Le mauvais et le bon départ

Le mauvais départ, très populaire dans les journaux, se focalise sur :

• les effets de génération, source de lutte entre générations favorisées et sacrifiées ;

• l'équité générationnelle, qui prône la neutralité actuarielle des comptes sociaux sur le cycle de vie ou encore la parité transversale, notamment entre retraités et actifs ;

• la prospective à long terme, concernant aussi bien les taux d'épargne, le prix des logements, le sort des seniors de demain, etc.

On verra que le bon départ se concentre au contraire sur :

- les effets, purement objectifs, du vieillissement : poids accru des plus âgés, augmentation de l'espérance de vie ;
- la solidarité entre générations, concept audacieux qui insiste sur les droits et les devoirs des différents âges en vue d'une coopération potentielle mutuellement avantageuse : ce choix idéologique (multi-solidaire) se justifie par les avatars de l'équité générationnelle commentés ci-dessous ;
- l'objectif de dessiner un chemin d'avenir cohérent pour notre protection sociale, de fixer un cap plutôt que de se livrer à un exercice de prospective périlleux, souvent démenti après-coup.

■ Le mauvais départ

◆ Les effets de génération

Ils opposent les générations « dorées » aux suivantes, dites « plombées » :

- les générations dorées (nées de 1925-1930 à 1950-1955) ont bénéficié de hauts salaires et du plein emploi, de cotisations sociales faibles et de bonnes retraites ; elles ont eu un accès facile à un logement qui s'est fortement valorisé depuis ; pourtant, elles laissent derrière elles des dettes publiques et sociales considérables ;
- les générations suivantes, dites plombées, pâtissent de salaires bas et précaires et d'un chômage important, de cotisations sociales élevées qui pourraient néanmoins conduire à des retraites limitées ; l'accès au logement leur est difficile ; et elles auront à rembourser les lourdes dettes publiques et sociales laissées par leurs aînées.

L'avenir des générations est supposé inscrit dans leurs prémices (i.e. leurs conditions d'entrée économique) : on est dans un déterminisme à la Chauvel (2010), véritable Cassandra dont la vision « décliniste » de l'avenir ne s'avère guère opérationnelle pour définir un bon programme de réformes :

– pour quel objectif de réforme : la dénonciation des générations aînées nanties doit-elle conduire à des compensations rétrospectives ou des mesures rétroactives ?

– la critique adressée à Louis Chauvel ne porte donc pas tant sur les diagnostics que sur la méthode : se focaliser sur les effets de génération conduit à une impasse en matière de réforme.

◆ L'équité générationnelle et ses avatars

- Sur le plan longitudinal : les comptes sociaux sur le cycle de vie doivent être « justes et transparents » en satisfaisant à la neutralité actuarielle (mais pour quel taux d'intérêt r ?) par génération ou même par individu ; à cotisations définies, ils correspondent donc à une quasi-épargne, quitte à gommer l'aspect assurance sociale cantonné dans le « non contributif ». L'idée est d'éviter tout transfert entre générations dont on a vu les dérapages possibles : chaque génération est appelée à recevoir son « dû », mais pas plus, comme si, implicitement, la situation de référence jugée égalitaire ou juste correspondait à celle engendrée par les revenus primaires, avant transferts et prélèvements sociaux.

- Sur le plan transversal : l'enjeu concerne la parité entre les niveaux de vie des retraités et des actifs. L'idée sous-jacente veut que s'ils ont davantage en moyenne, les retraités doivent payer davantage en impôt ou bien recevoir moins en pensions. Bref, ces derniers seraient potentiellement des nantis, des privilégiés, une niche à raboter. La focalisation sur ce rapport retraités/actifs, supposé constituer la vraie inégalité qu'il faudrait réparer dans le but de soulager les finances publiques, ne laisse de surprendre ; elle constitue pourtant l'approche privilégiée par de nombreux médias lorsqu'ils abordent les retraites (*Ouest-France, Le Point, L'Expansion, Le Nouvel Observateur*, etc.).

– On débouche sur des comptes d'apothicaire selon l'échelle d'unités de consommation choisie, l'incorporation ou non du loyer fictif des propriétaires, ou encore la prise en compte des revenus d'actifs

patrimoniaux (3). Faut-il distinguer des générations plus avantagées que d'autres parmi les retraités ? Et comment comparer, dans une optique prospective, la situation des retraités actuels à celle des retraités de demain ? (tous éléments qui figurent dans le dossier de *L'Expansion*, n° 783 de mars 2013).

– Les comparaisons entre retraités et actifs font en outre l'impasse sur l'état de santé des individus et les dépenses de santé à leur charge, ou encore sur l'introduction d'un indicateur de vulnérabilité.

– Surtout, comme le souligne souvent Didier Blanchet, l'étude de la parité se fait à âge de retraite donné : si jamais l'âge moyen d'entrée en retraite était de 70 ans, on pourrait comprendre que les retraités aient davantage. À l'inverse, le fait que l'on parte tôt en retraite en France rend les comparaisons moins favorables aux retraités : il serait moins choquant qu'ils aient un niveau de vie un peu inférieur à celui des actifs.

La comparaison entre les niveaux de vie des retraités et des actifs risque ainsi de conduire à des discussions sans fin et stériles.

– Et pour quel objectif de réforme : si les retraités ont en moyenne davantage, on semble chercher, par une myriade de mesures éparses, à leur prendre davantage (augmentation de la CSG, suppression de l'abattement de 10 %, cotisation de 0,3 % pour la dépendance) ou à donner moins à ces « nantis » (non indexation des pensions sur les prix). En l'absence d'un plan d'ensemble cohérent, ces mesures risquent d'apparaître comme autant de vexations.

– Si les retraités ont 15 % en plus en moyenne, va-t-on diminuer les retraites de 15 % (comme l'a fait, par exemple, la Lituanie en 2008) ? (4)

On aboutit à une sorte d'impasse. Ce qui n'empêche pas de conclure, même en l'absence de calculs précis et indiscutables, que le système de retraite français est relativement généreux (5). Il l'est en tout cas à l'aune internationale, mais aussi pour la bonne cause : dans

l'Europe des Quinze, la France arrive ainsi chez les 65 ans et plus au deuxième rang pour le taux le plus bas de pauvreté (11,5 %, derrière les Pays-Bas, 7,5 %), alors qu'en Suède et au Danemark ces taux avoisinent les 20 % (6). On retiendra donc, dans une optique de solidarité entre générations, que l'on peut se montrer « exigeant » quant aux devoirs des retraités (aisés) et des seniors actuels (qui pourraient ainsi montrer l'exemple en matière de travail prolongé jusqu'à un âge plus élevé).

◆ La prospective : débat entre « déclinistes » et optimistes

Les prévisions essentiellement comptables du Conseil d'orientation des retraites sont certes très utiles pour estimer les besoins de financement du système de retraite. Elles sont cependant fondées sur des hypothèses d'évolution trop optimistes concernant notamment le taux de chômage et les gains de productivité à venir. Autrement, à plus vaste échelle, la prospective apparaît souvent être un exercice périlleux et sans garantie, comme l'attestent les prévisions du taux d'épargne à trente ans dans notre pays, qui vont dans tous les sens : pour certaines études, le taux d'épargne va certainement baisser, pour d'autres il devrait beaucoup augmenter...

Le débat se focalise plus spécifiquement sur le sort probable des seniors de demain. Beaucoup, comme Chauvel [2010], invoquent l'existence d'effets de génération pour parier sur une dégradation substantielle, quasi inéluctable de leur sort par rapport à celui des retraités actuels. Pour les tenants de cette vision décliniste de l'avenir de notre pays, les jeunes générations seraient par ailleurs les premières, en temps de paix, à vivre moins bien que leurs parents.

Pour d'autres économistes, « optimistes », ce constat trop alarmiste oublierait que les jeunes sont plus éduqués que leurs parents, vivront probablement plus longtemps que ces derniers (même s'ils doivent de ce fait travailler plus longtemps) et devraient bénéficier d'une meilleure santé, ou encore que la croissance pourrait repartir à terme, etc.

Comment trancher entre ces deux visions de l'avenir, l'une peinte en noir, l'autre en rose ? Encore un fois, le débat risque de conduire à des discussions sans fin et mal étayées, qui ne permettent pas de définir un objectif de réformes pour notre État providence. Bref, ce débat par trop médiatique et idéologique entre « déclinistes » et optimistes sur l'avenir de la France apparaît un peu vain et non opérationnel.

■ Le bon départ : trois flux financiers intergénérationnels

Ces impasses répétées nous indiquent qu'il y a donc urgence à partir sur d'autres bases, plus simples et objectives, afin d'identifier les axes de réforme souhaitables du modèle social français.

◆ Trois bases de réflexion

1 - Prendre en compte les effets du vieillissement (et non les effets de génération).

On s'attache aux effets structurels massifs du vieillissement, phénomène objectif qui résulte d'évolutions sans précédent. Ces effets concernent d'abord la hausse de l'espérance de vie et le poids démographique accru des plus âgés. C'est bien le point de départ de la chaire TDTE (Transitions démographiques, transitions économiques), qui évite une approche trop dispersée.

2 - Miser sur la solidarité (plutôt que sur l'équité) entre générations.

Motivé tant par les aléas des analyses ciblées sur l'équité générationnelle que par les spécificités du modèle social français, le choix de privilégier la solidarité entre générations n'en constitue pas moins un parti pris « idéologique » en faveur du paradigme multi-solidaire plutôt que de ceux du libre agent ou de l'égalité citoyenne. Ce choix est donc contestable mais peut difficilement être évité. Il mise notamment sur le renforcement des liens de dépendance entre générations pour réformer le modèle français. Les deux autres paradigmes invoquent des principes

concurrents qui conduiraient au contraire à relâcher ces liens tout en préservant l'équité générationnelle (7) :

- la responsabilité et la liberté de l'individu sont prônées par le paradigme du libre agent, qui milite pour la retraite à la carte et le développement des fonds de pension privés à cotisations définies ;
- la citoyenneté universelle est mise en avant par le paradigme de l'égalité citoyenne, qui hypostasie le lien direct entre tout individu et la société en n'invoquant la solidarité qu'au seul niveau national et cherche à travers les comptes notionnels à protéger les citoyens des aléas des marchés.

La solidarité entre générations n'est, quant à elle, jamais définie une fois pour toutes : elle s'apparente à une plante fragile qui doit être constamment entretenue. Elle fonctionne dans les deux sens, impliquant notamment que les aînés ont des droits mais également des devoirs. En particulier, les droits à la retraite sont « contingents » : ils ne sont pas définitivement « acquis », mais sont toujours à renégocier avec les générations suivantes qui paieront d'autant plus les retraites désirées qu'elles en auront les moyens et seront donc bien éduquées.

La solidarité entre générations établit ainsi un lien direct entre les dépenses (publiques) de retraite et d'éducation. De fait, le versement d'une pension convenable à la génération précédente (réciprocité indirecte) et l'investissement approprié dans le capital humain de la suivante (réciprocité directe) sont les conditions requises pour recevoir à son tour une retraite adéquate.

3 - Dessiner un chemin d'avenir cohérent pour notre pays.

Plutôt que de se livrer à des exercices de prévision débridés, il s'agit de savoir où l'on veut aller, de fixer un cap souhaitable dont la poursuite à long terme va impliquer une nouvelle donne. L'optique est clairement opérationnelle, qui vise à déterminer les réformes les plus appropriées pour l'État providence

français. Nous verrons dans ce qui suit plusieurs illustrations de cette démarche nouvelle.

◆ Choix de faits porteurs de sens

Le vieillissement, phénomène majeur, constitue le défi à relever qui structure toute l'analyse. Il nous conduit à raisonner en termes de masses de flux annuels financiers, publics et privés, entre âges ou générations. En effet, l'État providence est en France à dominante macroéconomique « multi-solidaire » [Masson, 2013] : il est relativement généreux, caractérisé par un volume important de transferts sociaux ; ces derniers s'effectuent essentiellement sous forme financière, le modèle français ne laissant qu'une place limitée aux équipements et services collectifs à la personne, contrairement à ce que l'on observe dans les pays scandinaves ; enfin, ces transferts sociaux sont à dominante ascendante, bénéficiant d'abord aux plus âgés. Cette dernière caractéristique rend le modèle social français particulièrement sensible aux effets du vieillissement.

Les données de base pour l'analyse du modèle social vont ainsi être constituées par trois flux financiers intergénérationnels, deux publics et un privé, dénommés, pour simplifier, flux « retraite », « éducation » et « transmissions » :

- le flux « retraite » regroupe les transferts publics qui remontent les générations : santé des plus de 60 ans, dépendance, retraites (et augmentation de la dette publique remboursée a priori par les générations cadettes). Ces transferts s'élèvent à près de 20 % du PIB, soit 400 milliards d'euros, et sont reçus surtout par les plus de 60 ans, qui forment quelque 20 % de la population ;

- le flux « éducation » regroupe les transferts publics qui descendent les générations : santé des moins de 60 ans, éducation (et formation continue), indemnisation du chômage, allocations familiales et autres (logement, RMI-RSA, etc.). Ces transferts s'élèvent à près de 20 % du PIB, soit 400 milliards d'euros, et sont reçus essentiellement par les moins de 60 ans, soit 80 % de

la population : ces derniers reçoivent donc environ 4 fois moins par tête que leurs aînés ;

- le flux « transmissions » des transferts privés qui descendent les générations au sein des familles : aides entre ménages, donations, héritages. Ces derniers s'élèvent aujourd'hui à au moins 10 % du PIB, soit 200 milliards d'euros [Piketty, 2011], et sont caractérisés par une inégalité forte et croissante, notamment entre les 75 % d'aînés propriétaires et les autres du fait de la bulle immobilière des années 2000.

Ces flux font l'objet de trois enjeux-clés qui alimentent les trois axes de propositions de réforme qui suivent. Un quatrième axe de propositions concerne plus spécifiquement la possibilité de rendre liquide le patrimoine immobilier sur les vieux jours.

Viabilité globale des transferts sociaux

C'est le premier enjeu. À dominante ascendante, les dépenses sociales en France se heurtent au défi du vieillissement : les plus de 60 ans, qui reçoivent quelque 20 % du PIB chaque année, représentent 21 % de la population aujourd'hui ; mais ils seront près d'un tiers en 2050 (ils ne constituaient que 6 à 7 % des Français en 1950). Se pose donc le problème de la viabilité de ces dépenses sur le long terme.

■ Sauver la protection sociale : les retraites publiques en question

Ce problème de viabilité est un problème de solvabilité globale qui touche tous les postes de la protection sociale aujourd'hui sous tension : il ne concerne pas seulement les retraites, mais aussi la dépendance, l'assurance maladie, le chômage, les allocations diverses et les investissements humains dans les jeunes générations (éducation, formation, santé) nécessaires à la croissance.

Peut-on espérer économiser sur les transferts descendants ? Aujourd'hui, on assiste à des attaques répétées sur la famille par une myriade de mesures éparses concernant le plafonnement ou l'imposition des allocations familiales ou l'abaissement du quotient familial. Il faut bien voir que les gains seront limités (de l'ordre du milliard d'euros) et que ces mesures préservent indûment les *dinks* aisés (*double income no kids*). Plus généralement, l'idée de vouloir équilibrer poste par poste les dépenses sociales en cherchant les « niches » à raboter n'est pas une stratégie à la hauteur des enjeux financiers : les besoins de financement de la protection sociale à l'horizon 2020 concernent plusieurs dizaines de milliards d'euros. Il est préférable de définir des priorités claires. À cet égard, le flux « éducation », porteur d'avenir, devrait au moins être globalement préservé en pourcentage du PIB, alors qu'il apparaît menacé par le poids croissant des retraites prises sur un budget limité.

S'agissant des transferts ascendants, il n'y a guère d'économies significatives possibles sur la santé ou la dépendance – à moins d'opérer un passage massif au privé. Reste les retraites (publiques), sachant qu'augmenter les cotisations s'avère difficile et que diminuer uniformément les pensions est dangereux (pour les petites retraites) ⁽⁸⁾.

■ Propositions sur l'emploi et le travail

Écartons d'emblée l'option révolutionnaire qui consisterait – si cela s'avérait possible – à modifier sensiblement le partage de la valeur ajoutée en faveur du travail afin de dégager des ressources supplémentaires pour le financement des pensions. Si l'on exclut encore un recours massif au financement privé et aux fonds de pension, il n'existe alors qu'une seule solution susceptible de répondre aux enjeux financiers de la protection sociale en parvenant à une réduction sensible du poids des retraites : travailler plus longtemps, objectif qui devrait, quoi qu'on puisse en penser, devenir une cause nationale (comme cela a été le cas en Finlande).

Il s'agit bien de reculer l'âge de départ en retraite ou de prolonger la durée d'activité. Jean-Olivier Hairault parle de « translation », Anne-Marie Guillemard de « nouvelle répartition des âges de la vie ». L'idée est d'obtenir quelque chose comme une part constante de la vie passée en retraite compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie (à l'instar du fameux partage : 2/3 en activité, 1/3 en retraite).

Comment parvenir à un tel objectif ? Dans sa généralité, la question dépasse largement le seul cadre des réformes économiques, car elle requiert une révolution des mentalités et des attitudes face au travail de la part des employés comme des employeurs.

- Un changement socioculturel majeur devrait ainsi affecter l'offre de travail des seniors, en particulier : contre certaines valeurs d'épanouissement personnel, de loisir ou d'investissement familial, le travail aurait à (re)trouver une place centrale dans la vie des Français. Ce qui suppose, parallèlement, une modification profonde de la gestion de la main-d'œuvre qui donnerait aux individus véritablement envie de rester plus longtemps en emploi. Améliorer la qualité du travail, répondre aux aspirations à un travail épanouissant ou même « fier » (Victor Hugo) : l'enjeu dépasse les seules conditions de travail ; or ces dernières ne sont déjà pas en tête de l'agenda des partenaires sociaux, loin s'en faut.

- En même temps, pour augmenter l'offre d'emploi, il faudrait investir et produire à nouveau en France, même si cela est peu rentable à court terme pour les entreprises concernées (seules 28 % des voitures françaises sont produites actuellement dans notre pays). Et les débouchés de cette production devraient certes être diversifiés mais se situer aussi pour une part significative dans notre pays.

Nous n'avons suggéré ici qu'un axe de réforme général : si l'on veut éviter le passage au privé, la seule vraie variable d'ajustement de notre système de protection sociale, qu'on le déplore ou non, est bien de travailler plus longtemps – alors que chercher à équilibrer séparément chaque poste (chômage,

famille) de la protection sociale ne rapportera pas grand-chose. L'économiste va retrouver tout son rôle lorsqu'il s'agira d'explicitier techniquement les mesures appropriées pour prolonger l'activité, ce qui exige au préalable une analyse détaillée des pannes et des dysfonctionnements rencontrés sur le marché du travail français. Ces mesures concerneront aussi bien les problèmes soulevés par le contrat de travail, l'assurance chômage, la formation professionnelle, la rémunération à l'ancienneté dès que le travail est prolongé, les possibilités et les modalités de cumul emploi-retraite (Jean-Hervé Lorenzi), le développement de nouvelles filières industrielles ou d'entreprises en réseau (Patrick Artus), etc.

■ Remarques incidentes relatives au débat sur les retraites

Le débat sur l'opportunité du passage à la retraite par points paraît assez loin de la problématique qui vient d'être développée. Ce débat semble du moins intervenir très en aval des propositions précédentes, comme le suggère la hiérarchie des enjeux de la retraite esquissée par Antoine Bozio : définir tout d'abord le statut de retraité – et donc le nombre de retraités ; puis décider de la masse des transferts de retraite que l'on entend leur consacrer ; fixer après l'ampleur (et la place) de la solidarité dans le système ; ensuite œuvrer, éventuellement, pour une certaine unification des régimes à la fois publics et privés ; et enfin seulement s'intéresser au type de système adéquat (à points ou autre).

- Il faut éviter de faire peur – y compris aux jeunes Français qui semblent plus attachés au système de retraite actuel qu'il n'y paraît ⁽⁹⁾ – pour éviter la création d'une sur-épargne de précaution non optimale. Les Français, dans leur majorité, paraissent prêts à un allongement de la durée de travail, mais moins à une remise à plat du système. La révolution systémique de la retraite par points demanderait donc un effort pédagogique massif ⁽¹⁰⁾.

- L'autre question importante soulevée par la retraite par points concerne la retraite à la carte : pour

prolonger l'activité, faut-il se reposer sur les choix individuels (avec les incitations idoines) ou imposer des contraintes collectives ? Le débat est parfois à front renversé : Jean-Louis Malys (CFDT) prône les vertus de la retraite à la carte alors que Gérard Ménéroud (Medef) ne croit pas à la liberté de choix. De toute façon, l'arbitrage relève ici d'un présupposé idéologique et ne pourra faire l'objet d'un consensus.

Le choix de la retraite à la carte ne peut être le fait que d'individus pleinement rationnels et qui ont la possibilité de prolonger leur activité. Que signifie cette « liberté » accordée aux individus dans un système de retraite autrement obligatoire et contraignant ? La surcote, qui bénéficie surtout à des cadres déjà avantagés (qui s'épanouissent dans un travail bien rémunéré et ont la possibilité de le prolonger), peut paraître hors de propos. La décote pénalise les individus contraints sur le marché du travail... mais n'aura pas d'effets désincitatifs sur les gros patrimoines à la recherche de loisir.

- Prix Nobel d'économie de 2003, Daniel Kahneman milite en faveur d'un État protecteur défendant les individus contre leur myopie ou leur imprévoyance vis-à-vis de la retraite (situation « pathogène » s'il en est) : il en veut pour preuve les conditions dramatiques d'entrée en retraite de nombre d'Américains (20 % ou plus encore ?) à qui on a laissé la liberté de choix.

- Le système de retraite n'a pas à être confondu avec une quasi-épargne pour la retraite réglée par un dispositif financier.

- Dire que la durée de cotisations devra être allongée peut être maladroit, surtout dans la situation actuelle : l'expression sous-entend trop que l'on va procéder à un durcissement des règles d'éligibilité à une pension à taux plein, qui permettra certes d'alléger la charge imposée aux générations suivantes mais conduira de facto à une baisse des pensions actuelles sauf pour les plus privilégiés, soit les salariés aisés bénéficiant d'un emploi stable...

Équilibrer les transferts publics ascendants et descendants

L'équilibre des transferts publics constitue le deuxième enjeu. Les priorités selon l'âge fixées par l'État providence français sont-elles optimales ? À tout le moins, les flux « retraite » et « éducation » sont-ils dans un rapport tel qu'ils puissent générer une coopération mutuellement avantageuse entre des générations solidaires ?

■ Propositions sur le lien retraite-éducation

Sur le long terme, les deux types de programme – retraite et éducation pour simplifier – seraient débattus ensemble en liant les dépenses publiques d'éducation et de retraite le long d'un sentier de croissance équilibrée à définir, l'idée étant d'éviter le gonflement incontrôlé des transferts aux plus âgés au détriment des transferts pour les plus jeunes (11). Pour ce faire, on peut penser maintenir les dépenses par tête pour l'éducation et la retraite autour d'un rapport constant sur le long terme comme l'ont proposé Becker et Murphy [1988]. La difficulté préalable réside là encore dans la définition du retraité et de l'âge normal de départ à la retraite. Mais surtout, il faut reconnaître que le choix du rapport idéal entre dépenses d'éducation et de retraite est déjà idéologique, et qu'il diffère sensiblement selon que l'on se rapproche de l'un ou l'autre des trois paradigmes du social : ceux du libre agent et de l'égalité citoyenne donnent ainsi une priorité plus élevée aux dépenses pour les jeunes que la pensée multi-solidaire [Masson, 2012a].

Sur le court terme, il est également possible d'instaurer un lien de dépendance solidaire entre éducation et retraite : il suffit d'indexer les retraites élevées, au-delà d'un certain seuil, sur l'évolution du

taux de salaire d'embauche ou du taux de chômage des jeunes non qualifiés, ou tout autre indicateur qui affecte en priorité les plus démunis parmi les nouvelles générations. La mesure conduirait à lier le sort des retraités aisés à celui des jeunes pauvres, i.e. à instaurer un véritable partage des risques entre ces deux catégories de la population.

Le circuit des transferts intergénérationnels

Le troisième enjeu concerne le circuit flux « retraite » – flux « transmission » des transferts financiers publics ascendants et privés descendants, ces derniers étant souvent qualifiés, en filant la métaphore du circuit ricardien, de « retours familiaux ». La donnée de base à retenir est que ce circuit s'est considérablement accéléré depuis trente ans, les deux flux ayant approximativement *doublé* d'importance en pourcentage du PIB [Masson, 2013].

D'un point de vue politique, le plus remarquable est que le débat fiscal évoque assez peu ces transmissions patrimoniales qui s'élèvent pourtant à 200 milliards chaque année et rapportent malgré tout quelque 10 milliards d'impôt (soit un taux d'imposition effectif moyen de 5 %). Les réformes récentes des droits de succession ne répondent pas, en tout cas, à une logique cohérente :

- la réforme « Sarkozy » de 2007 a remonté le seuil d'exemption de 50 000 euros à 150 000 euros et a cherché, par une moindre taxation, à avantager fiscalement les donations (non rapportées à la succession après six ans) dans l'espoir d'accélérer les transferts de patrimoine aux jeunes générations. La mesure a cependant surtout profité aux familles aisées, car la donation est une pratique de riches (hors le milieu agricole). Et les recettes fiscales ont diminué ;
- la réforme « Hollande », peu discutée, est revenue en arrière : le seuil d'exemption a été ramené à

100 000 euros ; surtout, la donation est moins avantageuse (puisque rapportée à la succession jusqu'à un délai de quinze ans). Ce durcissement de la fiscalité sur les donations – afin précisément de taxer les plus riches – réduira à l'inverse les donations et ralentira la circulation du patrimoine entre générations sans générer beaucoup de recettes supplémentaires (à court terme) puisque la diminution sensible des donations réduira d'autant l'assiette de l'impôt sur les transmissions ⁽¹²⁾.

Nous allons voir pourquoi la situation française légitime une taxation plus lourde et progressive des (seuls) héritages familiaux qui permet en même temps de résoudre ces contradictions.

■ Une société française de plus en plus patrimoniale et à la richesse âgée

Observé en France comme dans la plupart des pays développés, l'allongement sans précédent de l'espérance de vie, combiné aux droits accrus accordés au conjoint survivant, fait que l'on hérite de plus en plus tard – trop tard – de la pleine propriété du patrimoine des parents (malgré l'allongement de la différence d'âge intergénérationnelle). En moins d'un demi-siècle, l'âge moyen de l'héritage est passé de moins de 40 ans à plus de 50 ans, un âge où la vie est déjà faite. Et l'on conserve ensuite jusqu'à sa mort, après 80 ans, une fortune héritée ou accumulée qui s'apparente de plus en plus à une rente ou à un patrimoine « dormant ».

À cela, il faut ajouter une double évolution de la situation patrimoniale française :

- un poids élevé des transmissions patrimoniales qui ont augmenté depuis trente ans beaucoup plus vite que le PIB ou la croissance économique, notamment en raison de la bulle immobilière, et sont devenues de plus en plus inégales (cf. supra) : le flux « transmission » annuel de 200 milliards d'euros constitue ainsi une assiette fiscale idéale pour un impôt successoral ;

- une concentration forte et croissante de la fortune aux mains des aînés, pour lesquels elle constitue plus souvent une rente qu'un outil de production ou d'investissement [Arrondel et Masson, 2013a] : cette évolution inquiétante rend d'autant plus nécessaire une politique qui favorise la mobilité descendante du patrimoine au bénéfice de jeunes ménages souvent contraints par la liquidité.

Bref, la société française est devenue de plus en plus patrimoniale : la fortune provient davantage de l'héritage ou de la chance (plus-values immobilières) que du travail et de l'effort personnel d'épargne, elle serait de plus en plus « imméritée ».

Quelles mesures adopter face à ce « trésor » patrimonial des seniors français ? La solution choisie aura clairement un caractère idéologique selon le paradigme du social auquel on souscrit ⁽¹³⁾ :

- celui du libre agent verra dans ce trésor une raison supplémentaire de diminuer les retraites publiques au-delà d'un socle minimal et cherchera à faciliter la consommation de leur patrimoine par les seniors (aisés) – sous forme de rente viagère ou de prêt viager ; il voudra aussi augmenter la liberté de tester au détriment des enfants « réservataires », qu'il s'agisse de léguer directement aux petits-enfants, de transmettre l'entreprise familiale aux individus les plus compétents, ou de favoriser les dons ou legs caritatifs ;

- celui de l'égalité citoyenne voudra enrayer la dérive du flux « retraite » en diminuant notamment les retraites élevées et s'efforcera d'accroître la fiscalité sur la détention et les fruits du patrimoine – notamment chez les seniors – en vue de diminuer les transmissions patrimoniales avant même qu'elles ne soient imposées ;

- le paradigme multi-solidaire cherchera à imposer (beaucoup) plus fortement les (gros) héritages familiaux, tout en préservant la morale familiale qui valorise une épargne pour ses enfants éminemment vertueuse. Par souci de cohérence, c'est cette dernière option – la plus iconoclaste – qui est proposée dans ce qui suit.

■ Propositions sur la taxation des transmissions patrimoniales

Pour diminuer à la fois les inégalités sociales et intergénérationnelles dans notre pays, tout en générant de nouvelles recettes potentielles, la seule solution cohérente consiste en une taxation sensiblement plus forte et progressive des héritages familiaux. Elle permet de conférer un avantage relatif décisif à la donation, avantage auquel nos études ont démontré que les familles françaises se montrent effectivement sensibles ⁽¹⁴⁾. La progressivité se justifie certes pour des raisons de justice sociale, mais permet aussi de ne pas pénaliser les classes populaires ou moyennes qui font peu de donations.

Ce dispositif conduirait bien à accélérer les transferts de patrimoine vers les jeunes tout en réduisant les inégalités de naissance entre héritiers et non héritiers. Il aurait aussi le grand mérite de préserver la morale familiale qui veut que le père se sacrifie pour ses enfants, « chair de sa chair » : la donation faite du vivant des parents quand l'enfant, encore jeune, en a le plus besoin, est plus souvent et sûrement la preuve d'un altruisme parental que ne l'est l'héritage laissé à un âge avancé ; et l'on a pu montrer qu'en levant ou allégeant les contraintes de liquidité, la donation, surtout précoce, booste les projets patrimoniaux de l'enfant concernant aussi bien l'acquisition d'un logement que la création d'une entreprise, etc. ⁽¹⁵⁾.

Enfin, la taxation sensiblement plus forte des héritages familiaux serait d'autant mieux acceptée qu'elle s'accompagnerait d'une liberté de tester accrue, hors de la famille, en faveur d'œuvres caritatives ou d'intérêt général dûment accréditées. La taxation plus lourde des héritages familiaux ne prendrait ainsi qu'aux riches peu altruistes tant sur le plan familial que social, le dispositif fiscal jouant le rôle d'un mécanisme de « révélation des préférences ».

L'objectif poursuivi est bien d'éviter que les seniors français sur-épargnent pour leurs vieux jours (en raison de la hausse de l'espérance de vie, du risque de dépendance, ou surtout de l'incertitude entourant

l'avenir de l'État providence), quitte à laisser ce qu'ils n'auront pas consommé par eux-mêmes à leurs enfants « adorés »... quand ces derniers auront près de 60 ans et en auront le moins besoin. Une telle situation est clairement sous-optimale tant pour les parents que pour les enfants ; en outre, elle freine les investissements et la croissance, favorise la reproduction du déséquilibre patrimonial en faveur des aînés, et renforce les inégalités de fortune – entre héritiers et non héritiers [Arrondel et Masson, 2013b].

Pour bien fonctionner, le dispositif proposé suppose cependant, dans une logique multi-solidaire :

- que l'État providence pour les aînés soit suffisamment maintenu et fiable afin d'éviter que les donateurs se retrouvent démunis après-coup sur leur vieux jours ;

- que les parents préparent leur succession suffisamment à l'avance.

À cet égard, la grande liberté laissée aux familles pour éviter la lourde taxation des héritages pourrait avoir des répercussions importantes, en étant notamment mise à profit pour la sécurisation des besoins des vieux jours :

- développement de formes adaptées de viager qui pourraient servir aussi bien pour les vieux jours que pour une transmission plus rapide du patrimoine aux enfants ;

- couverture spécifique du risque de dépendance pour faciliter la donation (viager, assurance vie) ;

- préparation plus active de la retraite en vue d'assurer un niveau de pension adéquat hors transmissions : prolongement de l'activité, cumul emploi-retraite, complément épargne-retraite, etc.

Au vu de son originalité, ce dispositif où l'on passerait du « droit à l'héritage » à un « droit de donner » plus ou moins contrôlé garde à l'évidence un caractère expérimental dans la mesure où l'on ne connaît pas précisément l'importance relative de ses effets potentiels :

- accroissement des recettes fiscales – notons que le doublement de ces recettes, correspondant à un taux effectif moyen d'imposition des transmissions de l'ordre de 10 % (encore raisonnable), rapporterait à l'État 10 milliards d'euros supplémentaires chaque année... ;
- modifications des comportements pour éviter l'impôt, que celles-ci passent par une augmentation des donations entre vifs, une sécurisation accrue des besoins des vieux jours (viager ou prêt viager), ou encore par le développement des dons et legs caritatifs.

Rendre liquide l'épargne au moment des vieux jours

Pour éviter la lourde taxation des héritages qu'introduirait le nouveau dispositif fiscal, l'échappatoire (légale) peut-être la plus puissante consiste à rendre liquide le patrimoine à un âge élevé en vue d'une consommation différée ou d'une transmission précoce.

La vente en viager du logement – contre un « bouquet » (capital) et des rentes viagères indexées versées jusqu'au décès – remplit parfaitement cette fonction : le vendeur ne conserve que l'usufruit, perdant la nue-propriété, et il n'y a donc plus d'héritage à taxer ; par ailleurs, le viager est d'un bon rendement pour le vendeur puisqu'il bénéficie, comme tout produit d'assurance vie, de la mutualisation des risques de mortalité. Reste à comprendre pourquoi la diffusion de ce produit idéal est aussi restreinte.

■ Des formes de viager adaptées : l'exemple du viager intermédiaire partiel (VIP)

Le viager souffre de manière générale de l'atonie de l'offre professionnelle, mais aussi de son image

désuète. Du point de vue du vendeur, il présente, plus spécifiquement, trois inconvénients : le risque de perte en cas de mort prématurée ; l'aliénation de la propriété du bien ; et le fait que le viager puisse être interprété comme la volonté de spolier les enfants de l'héritage attendu [Masson, 2012b].

Ces handicaps peuvent être limités par des formes de viager innovantes, tel le viager intermédiaire partiel ou VIP, qui ne porterait que sur une part fixée du logement, un tiers par exemple (le vendeur restant propriétaire aux deux tiers). La perte en cas de mort précoce est plus limitée. L'aliénation du bien n'est que partielle. Surtout, sur le plan familial, si j'ai deux enfants, chacun reste cohéritier pour un tiers avec la banque qui devient comme mon « troisième enfant » : les enfants ne seraient plus « spoliés » de l'héritage et sauraient à l'avance exactement la part du bien immobilier qu'ils vont recevoir. Enfin, le VIP peut être combiné avec de fortes incitations fiscales à donner directement une part du bouquet aux enfants.

Cette innovation en termes de produits peut-elle suffire au développement du viager dans la situation française actuelle, particulièrement propice ? Certains experts le pensent. Selon Marc Fiorentino, par exemple, l'effondrement prévisible des pensions fait que le patrimoine « dormant » des aînés sera de plus en plus transformé en viager (16). Professeur à l'Essec, Mickaël Mangot semble partager ce point de vue d'un avenir faste pour le viager, pourvu notamment que le viager permette aussi une transmission plus rapide du patrimoine aux enfants ou petits-enfants (17). Les expériences du passé montrent cependant que ces diagnostics sont beaucoup trop optimistes. Sans une intervention ferme et bien ciblée de l'État, le viager ne risque guère, selon nous, de se développer.

■ Propositions sur le viager (ou le prêt viager)

Comment la puissance publique doit-elle donc intervenir pour développer le marché viager ? En fait, l'État ne doit pas chercher à libéraliser ce marché,

ni même tant à le réguler : il doit plutôt viser à le « structurer », voire à le créer, dans la ligne des intuitions profondes développées par Pierre Bourdieu dans son livre *Sur l'État*.

À cet effet, l'État doit prendre une série d'initiatives fortes et coordonnées, à savoir [Masson, 2012b] :

- pallier les manques de données statistiques – et de recherche économique – sur les produits viagers, concernant les vendeurs aussi bien que les acheteurs potentiels : l'absence d'études relatives au phénomène d'anti-sélection constitue un exemple patent, qui freine l'entrée d'acheteurs professionnels ⁽¹⁸⁾ ;
- améliorer l'information du vendeur comme de l'acheteur potentiels, concernant par exemple l'indexation des rentes viagères ;
- redresser l'image désuète du viager pour en faire un actif d'intérêt général : il s'agirait d'un actif utile tant sur le plan individuel (complément retraite), que sur le plan familial (enfants aidés contraints par la liquidité), mais aussi au niveau social (le bouquet transmis serait un moyen, pour les « vieux pauvres » de faire une donation) ;
- résoudre le problème juridique du rachat du logement par les enfants dans le cas du prêt viager et plus encore du viager intermédiaire partiel (VIP) : les professionnels n'aiment pas se retrouver en copropriété ;
- taxer plus fortement et progressivement les héritages familiaux : présentée plus haut, cette mesure est assurément la plus efficace pour permettre le développement de produits viagers comme échappatoire à cette taxation ;
- diversifier et structurer l'offre de viager en encourageant l'offre professionnelle plutôt qu'individuelle et en instaurant un organisme de contrôle des barèmes pratiqués ⁽¹⁹⁾.

L'offre professionnelle doit en outre pouvoir

s'appuyer sur des véhicules adaptés pour recueillir l'épargne individuelle : il s'agit notamment de dédramatiser ce type de placement collectif auprès des acheteurs potentiels de parts de viager mutualisé, par exemple au sein de SCPI de valorisation.

Autrement dit, du côté des acheteurs potentiels (actifs), on aurait un nouveau véhicule d'épargne de type immobilier qui pourrait être encouragé et servir notamment d'épargne pour la retraite.

Conclusion

Fruit de discussions menées au sein de la chaire Transitions démographiques, transitions économiques, et d'une longue collaboration avec Luc Arrondel, ce texte conduit à dessiner un « carré d'or » de réformes destinées à assurer un avenir plus fiable et cohérent pour la protection sociale française. Les réformes proposées portent successivement sur le travail, la retraite, l'héritage, l'épargne et le patrimoine. Il s'agirait, respectivement, de travailler plus longtemps mais dans des conditions améliorées ; de lier les dépenses publiques d'éducation et de retraite, sur le court comme sur le long terme ; de taxer plus lourdement et plus progressivement les héritages familiaux au sein des transmissions patrimoniales ; de rendre liquide le patrimoine sur les vieux jours pour la consommation ou la transmission, grâce à des viagers innovants qui offriraient aux acheteurs professionnels la possibilité de drainer l'épargne longue des ménages actifs.

Ce travail a cherché à rester le plus objectif possible en évitant les polémiques et en s'appuyant sur les traits les plus simples et les plus caractéristiques de la situation française. Il lui manque cependant un « volet croissance ». Surtout, l'analyse n'en reste pas moins inspirée par une idéologie que j'ai appelée « multi-solidaire » et dont je me suis efforcé d'indiquer clairement les points d'intervention. Ce qui explique sans surprise que d'autres membres de la chaire préféreraient insister sur des voies de réforme alternatives, inspirées par les paradigmes du social concurrents :

l'instauration d'un système de retraite unifié, fondé sur un régime par points « à la carte », i.e. modulable entre 60 et 70 ans par exemple ; ou encore, le développement d'une épargne longue, plus rentable mais plus risquée, qui servirait de complément de retraite.

Ces controverses ou oppositions sont tout à fait normales et salutaires. C'est de leur absence qu'il faudrait s'inquiéter.

Notes

1. *Chaire Transitions démographiques, transitions économiques (Fondation du risque)*. Ce texte est le fruit de discussions amicales et riches avec les membres de la chaire menées sous l'égide de Jean-Hervé Lorenzi et Hélène Xuan. Il reflète néanmoins des idées personnelles pour lesquelles je reste seul responsable.

2. *Masson (2013) montre que ce soubassement idéologique s'inscrit dans le triangle des paradigmes du « libre agent », qui mise sur la liberté et la responsabilité individuelles de chacun comme agent autonome sur les marchés et se méfie le plus des interventions de l'État ; de l'« égalité citoyenne », qui met en avant, au détriment de tout autre lien, notamment familial, le lien direct avec la société de tout individu citoyen (quels que soient son âge, son sexe, sa classe sociale), dont les droits et les devoirs découlent de l'action redistributrice de la puissance publique ; et enfin « multi-solidaire », qui privilégie les solidarités entre proches ou entre générations au sein de la famille et des corps intermédiaires comme rempart face à l'arbitraire et aux aléas des marchés, et définit l'individu comme « frère de » au sein de différentes familles, depuis celle de sang jusqu'à la nation, et au-delà.*

3. *L'incorporation ou non du loyer fictif pour les 75 % de retraités propriétaires dépend des conditions d'accès à la propriété : les retraités ont-ils bénéficié d'une période éminemment favorable (politique du logement vigoureuse de la fin des années 1950 par exemple) ou faut-il admettre qu'ils ont travaillé et épargné dur pour devenir propriétaires ? Autrement dit, leur accession à la propriété est-elle due à la chance ou à l'héritage (le loyer fictif doit être incorporé), ou à leur effort et à leur mérite (le loyer fictif ne doit pas être incorporé). On conçoit que le débat puisse donner lieu à des controverses sans fin...*

4. *Se pose en outre, dans une perspective dynamique, le caractère réversible ou non de telles mesures à l'égard des retraités : si les pensions baissent ou les prélèvements augmentent sur les retraites, le système de retraite devient a priori moins généreux pour toutes les générations d'après. Si les seniors de demain sont d'emblée dans une situation professionnelle et patrimoniale moins favorable que ceux d'aujourd'hui, leur sort à la retraite risque d'être peu enviable...*

5. *Dans les comparaisons entre retraités et actifs, les retraités français sont avantagés à l'aune de la plupart des critères additionnels examinés précédemment : ils sont devenus propriétaires plus souvent par chance, leurs dépenses de santé sont fortement mutualisées, leur âge d'entrée en retraite a été relativement précoce, etc.*

6. *Parmi les jeunes, le taux de pauvreté en France se situe dans la moyenne de l'Europe des Quinze.*

7. *Voir Masson (2012a et 2013).*

8. *Dans un cadre multi-solidaire, il est en outre préférable de maintenir le niveau des pensions en termes réels mais d'augmenter en cas de besoin les prélèvements qu'elles supportent – selon un barème progressif : le troisième âge peut ainsi être appelé à contribuer au financement du quatrième âge (solidarité générationnelle oblige).*

9. *Voir l'étude récente de la Caisse des dépôts commentée dans Arrondel, Masson et Soulat (2013).*

10. *Ibidem.*

11. *Encore une fois, il s'agit bien de dessiner un chemin d'avenir cohérent pour le modèle social français, pas de faire de la prospective débridée.*

12. *En 2007, le taux marginal supérieur d'imposition des transmissions a été ramené à 40 % ; mais la loi rectificative de 2011, toujours sous Sarkozy, a remonté ce taux à 45 % (maintenu depuis) et a déjà allongé le délai de report des donations à dix ans. Ce durcissement de la fiscalité successorale s'est fait presque en catimini.*

13. *Voir plus haut note 2, et Arrondel et Masson (2013a).*

14. *Voir Arrondel et Masson (2011 et 2012) : les études*

comparables menées aux États-Unis montrent que les ménages américains sont également sensibles, dans des proportions similaires, aux avantages fiscaux relatifs accordés à la donation par rapport aux héritages.

15. Voir notamment Arrondel, Garbinti et Masson (2013). Il n'existe pas vraiment d'étude équivalente pour d'autres pays. Il n'est en fait pas sûr que la donation (précoce) favorise de la même manière les projets patrimoniaux des bénéficiaires aux États-Unis : certains indices tenus donnent plutôt à penser le contraire, peut-être parce que les contraintes de crédit sont beaucoup plus faibles là-bas que chez nous.

16. In Sauvez votre retraite !, Robert Laffont.

17. In Ouest-France, 26 février 2013, p. 3.

18. Rappelons que Voltaire savait déjà très bien que les assurés vie en rente viagère vivaient en moyenne plus longtemps que les autres. Le cas du viager où le vendeur reçoit un bouquet et éventuellement une rente est plus complexe. Si seul un capital est proposé au vendeur (cas du fonds Koésion de Éric Guillaume, par exemple), peut-on affirmer que l'anti-sélection joue plutôt en sens inverse, les vendeurs ayant une espérance de vie plus courte ? En l'absence d'études fiables, rien ou presque ne permet de l'affirmer...

19. Privilégier les professionnels aux dépens des acheteurs particuliers favorisera l'offre de bouquets plutôt que celle de rentes. Pour éviter que l'offre ne se concentre que sur les « beaux » appartements à fortes plus-values potentielles, il faudrait promouvoir et encourager les acheteurs professionnels « sociaux » (HLM) sur des biens moins attractifs.

Bibliographie

ARRONDEL L. ; GARBINTI B. ; MASSON A., « Les donations aident-elles les jeunes à s'installer ? », Working Paper, Insee-PSE, 2013.

ARRONDEL L. ; MASSON A., « Taxer les héritages pour accroître la mobilité du patrimoine entre générations »,

Revue française d'économie, XXVI (2), 2011, pp. 23-72.

ARRONDEL L. ; MASSON A., "Favouring Wealth Intergenerational Mobility by Increasing the Inheritance Tax: Putting the Case for France", in CUNLIFF J. ; ERREYERS G. (eds), *Inherited Wealth, Justice and Equality*, Routledge Frontiers of Political Economy, 2012, pp. 119-140.

ARRONDEL L. ; MASSON A., « Transferts publics et privés entre générations. Enjeux idéologiques et perspectives françaises : 2. Comment rendre la société française moins patrimoniale », *Futuribles*, n° 393, 2013a, pp. 31-49.

ARRONDEL L. ; MASSON A., "Taxing More (Large) Family Bequests: Why, When, Where", Working Paper PSE, 2013b.

ARRONDEL L. ; MASSON A. ; SOULAT L., « Les Français et leur retraite : connaissance, inquiétude et attachement », *Questions Retraite & Solidarité – Les études*, n° 2, CDC, 2013.

BECKER G. ; MURPHY K., "The family and the State", *Journal of Law and Economics*, vol. 31 (1), 1988, pp.1-18.

CHAUVEL L., *Le Destin des générations : structure sociale et cohortes en France du XX^e siècle aux années 2010*, Presses universitaires de France, 2010.

MASSON A., « Partager le coût du vieillissement », *Risques*, n° 89, 2012a, pp. 93-113.

MASSON A., « Le viager : une épargne pour "vieux pauvres" ? », *Risques*, n° 92, 2012b, pp. 62-77.

MASSON A., « Transferts publics et privés entre générations. Enjeux idéologiques et perspectives françaises : 1. Pour des transferts publics soutenables », *Futuribles*, n° 393, 2013, pp. 5-29.

PIKETTY T., "On the Long-Run Evolution of Inheritance: France 1820-2050", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 126 (3), 2011, pp. 1071-1131.

Livres

■ **Jean-Jacques Laffont
et Jean Tirole**

*Théorie des incitations
et réglementation*

Economica, 2013, 944 pages

Le temps des économistes est-il long ? Nous avons dû attendre vingt ans la parution en langue française ⁽¹⁾ de ce chef-d'œuvre fondamental de l'économie, devenu dès sa publication un ouvrage de référence pour les étudiants et chercheurs dans les universités du monde anglo-saxon et, de manière plus marginale, dans nos pays, pour ceux ayant accès à la langue de Shakespeare. Publié en 1993 par MIT Press, à l'intention notamment des étudiants d'économie en fin de deuxième cycle – l'équivalent de la maîtrise –, plus qu'un simple manuel ce livre est devenu une véritable boussole servant à orienter – « inciter » serait-il un mot plus juste ? – les recherches des économistes sur les systèmes d'incitation à la base des réglementations.

Le Laffont-Tirole, auquel se réfèrent des générations entières d'économistes ayant pour sujet d'étude la réglementation ou la théorie de l'agence, fait désormais partie des ouvrages pour ainsi dire mythiques. Sur la base de leurs travaux fondateurs autour de l'application de la théorie principal-agent à des questions de réglementation, les

auteurs développent une approche synthétique et formalisée, avec une attention renforcée, mais non exclusivement, sur la réglementation des monopoles naturels tels qu'ils existent aujourd'hui dans un contexte où la concurrence tend à se développer sous la forme d'économies en réseaux, notamment dans les secteurs des postes et télécommunications, de l'électricité, du gaz ou des chemins de fer, l'industrie militaire, etc.

Proposant un plan clair et logique, le livre débute par une longue et très utile introduction, rigoureuse mais relativement accessible en raison de son caractère plutôt littéraire, qui détaille les pratiques réglementaires, résume l'histoire de la pensée économique ayant conduit à l'émergence de la nouvelle économie de la réglementation et pose la structure de base du modèle. Ce début donne de même un aperçu synthétique des questions abordées dans les dix-sept chapitres du livre. Au dire de ses auteurs, la structure du modèle défini dans cette introduction facilite le travail du lecteur – averti –, et ce d'autant plus que le modèle reste invariant tout au long des chapitres, assurant ainsi à la fois la stabilité et la cohérence de la méthode d'analyse adoptée.

Outre une introduction, cet ouvrage comporte six parties dont les intitulés sont les suivants : « Réglementation des prix » (1) ; « Concurrence sur le marché des produits » (2) ; « Concurrence par

le marché » (3) ; « La dynamique de la réglementation » (4) ; « L'économie politique de la réglementation » (5) ; « Institutions et réglementation » (6). Une septième partie enfin propose des exercices pratiques de révision.

Malgré un appareillage mathématique sophistiqué pouvant s'avérer techniquement dissuasif, ce livre est très pédagogique. Il a en effet été conçu de telle sorte que chacun de ses dix-sept chapitres débute par une discussion sur les questions économiques sous-jacentes aux modélisations. Ainsi il en découle à chaque fois une description informelle du modèle à appliquer et un aperçu des résultats et intuitions sous-jacents. C'est seulement après cette démarche que les auteurs s'adonnent en toute rigueur scientifique à l'analyse formelle, qui par endroits contient également des explications pour les lecteurs n'ayant pas la formation requise dans des domaines aussi variés que l'économie de l'information, la théorie des jeux, la théorie des contrats, l'économie industrielle...

Enfin, chaque chapitre contient de nombreuses notices et sources bibliographiques venant à l'appui des recherches ayant contribué aux résultats ou des recherches complémentaires à venir. Ce livre est en définitive pour les économistes un véritable gisement de richesses aux réserves significatives, non seulement en raison de ses développements techniques et de son formalisme,

mais surtout parce que, méthodologiquement clair et ouvert, il refond et renouvelle en quelque sorte les concepts de l'économie politique, ceci compte tenu du besoin de comprendre les incitations et le cadre réglementaire les mettant en œuvre, nécessaires au bon fonctionnement de nos sociétés.

Ainsi le chapitre 16 repose, avec acuité et sans arrière-pensées, la problématique très actuelle de l'engagement et de la responsabilité politique des gouvernants – dont la perspective temporelle manque souvent de cohérence avec les discours – en lien avec l'efficacité des réglementations et les incitations mises en place. En substance, les trois derniers chapitres posent la question de savoir comment concevoir des institutions susceptibles de « fournir » de bonnes incitations, dans un monde aux interrelations de plus en plus nombreuses et complexes entre les agents.

D'un caractère pionnier et très formalisé, ce livre, qui semble ne pas avoir pris une ride, dédie le chapitre de conclusion à l'examen des questions ouvertes pour des travaux futurs en économie de la réglementation. Il se dégage un vaste programme de recherche. En effet, dans cet ouvrage, rien n'est laissé au

hasard, et, les problématiques traitées étant extrêmement complexes, là où ils n'ont pas pu ou voulu « trancher » en attendant les résultats de travaux de recherche supplémentaires, les auteurs proposent des axes de recherche nouveaux.

Après un long cheminement théorique, qui remonte à plus de deux siècles, les incitations sont devenues ces trente dernières années un concept central pour les économistes. En effet, Adam Smith, en faisant référence aux conflits d'intérêts issus des délégations, affirmait en 1776 dans son ouvrage intitulé *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* : « Les directeurs des sociétés par actions étant les régisseurs de l'argent d'autrui plutôt que de leur propre argent, on ne peut guère s'attendre à ce qu'ils y apportent cette vigilance exacte et soucieuse que des associés (*i.e.* actionnaires) apportent souvent dans le maniement de leurs fonds. » Avec cette affirmation directe et pleine de bon sens, l'économiste Smith posait avec précocité les fondements de la théorie de l'agence (explicitée dans les années 1970 par Jensen et Meckling), qui à son tour allait servir de socle à la théorie des

incitations appliquées, entre autres, aux réglementations de la fin du XX^e siècle.

Enfin, ce livre inspire chez le rédacteur de ces lignes un constat et un souhait très cartésiens. Du fait de la nature complexe des sujets traités, et c'est une excellente raison pour continuer de rechercher « sans précipitation ni prévention », le temps des économistes est long, voire très long. Souhaitons en revanche que cet ouvrage constitue une source d'inspiration-incitation pour nos régulateurs et gouvernants qui, eux, semblent parfois, sinon souvent, agir tout en ignorant ces deux « fléaux » (précipitation et prévention), identifiés par Descartes comme étant sources d'erreur et, in fine, dans le monde de l'économie moderne, d'inefficacité dans l'allocation des ressources !

Par Carlos Pardo
Directeur des études économiques,
AFG

Note

1. La traduction de ce livre a été rendue possible grâce à la contribution de la société de gestion Financière de la Cité.

■ **Jean-François Boulier**
et **Carlos Pardo**

Les 100 mots de la gestion d'actifs

Collection « **Que sais-je ?** »,
PUF, 128 pages

Des auteurs plus complaisants et démagogiques auraient choisi comme titre « Les 100 maux de la gestion d'actifs ». Ils nous auraient asséné des chiffres vertigineux, mis en avant l'impossibilité de les encadrer, le poids de l'argent sale et des forces occultes, le vol et la spoliation des petits épargnants, le désarroi des États et des banquiers centraux, la collusion des banquiers et de leurs bonus... En fait, ces thèses encombrant déjà nos bibliothèques et les colonnes des magazines. Jean-François Boulier et Carlos Pardo ont choisi un sentier plus difficile et plus rare. Ils ont produit un « Que sais-je ? » qui est une merveille d'intelligence et de concision. *Les 100 mots de la gestion d'actifs*, qui sont autant de définitions très précises et accessibles, brosent un paysage complet de ce qui agite le monde de la gestion d'actifs.

Chacune des définitions mélange de solides connaissances théoriques économiques et financières, une analyse des

efforts de réglementation déployés depuis le début de la crise financière et une pratique de la gestion d'actifs qui permet de comprendre qui fait quoi ou quelles sont les applications pratiques des concepts issus des mathématiques financières modernes. Les deux auteurs sont bien évidemment conscients des difficultés de la finance mondiale et des inquiétudes des non-financiers pour des emballements spéculatifs tout aussi imprévisibles qu'ils sont radicaux. Leurs analyses restituent toujours l'état du débat et des convictions et courants de pensée divers qui constituent autant d'écoles défendues par les chercheurs, les régulateurs et les praticiens.

Les auteurs rappellent aussi la nécessité d'une activité financière pour transformer l'épargne en paris sur l'avenir, en investissements. Cette transmutation de l'épargne en investissements, qui est au cœur de la théorie économique, se concentre ici sur un seul concept, celui du risque. Le risque est tout autant une opportunité qu'une menace. Ainsi, l'encadrement des marchés, par définition *on-shore*, expose l'épargnant à des pratiques *off-shore* qui s'imposent comme des standards. Cet encadrement procède d'ailleurs tout autant d'une réaction à la crise de la titrisation des

hypothèques sur le marché américain que de la diffusion dans des sociétés vieillissantes d'une aversion au risque qui s'observe dans d'autres domaines par la contagion du principe de précaution. En bref, la patate chaude ne se refroidit pas de passer de main en main, de même que, dans d'autres domaines, l'industrialisation ne transforme pas le cheval en bœuf...

L'argument central du livre est qu'il est impossible d'investir, c'est-à-dire de construire l'avenir, sans prendre de risques, d'où le grand nombre de définitions dédiées au risque sous toutes ses formes : « Alpha de Jensen », « Assurance de portefeuille », « Bêta d'un portefeuille », « Contrôle de risques », « Efficience informationnelle des marchés », « Profil de risque », « Notation », « Volatilité et autres mesures de risque », etc. C'est exactement ce qui caractérise la finalité et la noblesse du métier très riche et exigeant du gérant d'actifs... et c'est peut-être aussi de là qu'il faut partir pour reconstruire la confiance dans les sciences de la finance et ses techniques.

Par François-Xavier Albouy
et Daniel Zajdenweber

VENTE AU NUMÉRO - BULLETIN D'ABONNEMENT

	Prix	FRANCE		Prix	FRANCE
1 Les horizons du risque		ÉPUISÉ	48 L'impact du 11 septembre 2001. Une ère nouvelle pour l'assurance ? Un nouvel univers de risques		30,50
2 Les visages de l'assuré (1 ^{ère} partie)	19,00		49 La protection sociale en questions. Réformer l'assurance santé. Les perspectives de la théorie du risque		30,50
3 Les visages de l'assuré (2 ^e partie)	19,00		50 Risque et développement. Le marketing de l'assurance. Effet de serre : quels risques économiques ?		ÉPUISÉ
4 La prévention		ÉPUISÉ	51 La finance face à la perte de confiance. La criminalité. Organiser la mondialisation	30,50	
5 Age et assurance		ÉPUISÉ	52 L'évolution de l'assurance vie. La responsabilité civile. Les normes comptables		ÉPUISÉ
6 Le risque thérapeutique	19,00		53 L'état du monde de l'assurance. Juridique. Économie	31,50	
7 Assurance crédit/Assurance vie	19,00		54 Industrie : nouveaux risques ? La solvabilité des sociétés d'assurances. L'assurabilité	31,50	
8 L'heure de l'Europe		ÉPUISÉ	55 Risque systémique et économie mondiale. La cartographie des risques. Quelles solutions vis-à-vis de la dépendance ?	31,50	
9 La réassurance		ÉPUISÉ	56 Situation et perspectives. Le gouvernement d'entreprise : a-t-on progressé ? L'impact de la sécurité routière	31,50	
10 Assurance, droit, responsabilité		ÉPUISÉ	57 L'assurance sortie de crise. Le défi de la responsabilité médicale. Le principe de précaution	31,50	
11 Environnement : le temps de la précaution	23,00		58 La mondialisation et la société du risque. Peut-on réformer l'assurance santé ? Les normes comptables au service de l'information financières.	31,50	
12 Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?		ÉPUISÉ	59 Risques et cohésion sociale. L'immobilier. Risques géopolitiques et assurance.	31,50	
13 Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?	23,00		60 FM Global. Private equity. Les spécificités de l'assurance aux USA.	31,50	
14 Innovation, assurance, responsabilité	23,00		61 Bancassurance. Les agences de notation financière. L'Europe de l'assurance.	33,00	
15 La vie assurée	23,00		62 La lutte contre le cancer. La réassurance. Risques santé.	33,00	
16 Fraude ou risque moral ?	23,00		63 Un grand groupe est né. La vente des produits d'assurance. Une contribution au développement.	33,00	
17 Dictionnaire de l'économie de l'assurance		ÉPUISÉ	64 Environnement. L'assurance en Asie. Partenariats public/privé.		ÉPUISÉ
18 Éthique et assurance	23,00		65 Stimuler l'innovation. Opinion publique. Financement de l'économie.		ÉPUISÉ
19 Finance et assurance vie	23,00		66 Peut-on arbitrer entre travail et santé ? Réforme Solvabilité II. Pandémies.		ÉPUISÉ
20 Les risques de la nature	23,00		67 L'appréhension du risque. Actuariat. La pensée du risque.		ÉPUISÉ
21 Assurance et maladie	29,00		68 Le risque, c'est la vie. L'assurabilité des professions à risques. L'équité dans la répartition du dommage corporel		ÉPUISÉ
22 L'assurance dans le monde (1 ^{re} partie)	29,00		69 Gouvernance et développement des mutuelles. Questionnement sur les risques climatiques. La fondation du risque.		ÉPUISÉ
23 L'assurance dans le monde (2 ^e partie)	29,00		70 1 ^{ère} maison commune de l'assurance. Distribution dans la chaîne de valeur. L'assurance en ébullition ?	35,00	
24 La distribution de l'assurance en France	29,00		71 Risque et neurosciences. Flexibilité et emploi. Développement africain.	35,00	
25 Histoire récente de l'assurance en France	29,00		72 Nouvelle menace ? Dépendance. Principe de précaution ?	35,00	
26 Longévité et dépendance	29,00		73-74 Crise financière : analyse et propositions.	65,00	
27 L'assureur et l'impôt	29,00		75 Populations et risques. Choc démographique. Délocalisation.	35,00	
28 Gestion financière du risque	29,00		76 Événements extrêmes. Bancassurance et crise.	35,00	
29 Assurance sans assurance	29,00		77 Être assureur aujourd'hui. Assurance « multicanal ». Vulnérabilité : assurance et solidarité.	36,00	
30 La frontière public/privé	29,00		78 Dépendance... perte d'autonomie analyses et propositions.	36,00	
31 Assurance et sociétés industrielles	29,00		79 Trois grands groupes mutualistes. Le devoir de conseil. Avenir de l'assurance vie ?	36,00	
32 La société du risque	29,00		80 L'assurance et la crise. La réassurance ? Mouvement de prix	36,00	
33 Conjoncture de l'assurance. Risque santé	29,00		81-82 L'assurance dans le monde de demain. Les 20 débats sur le risque.	65,00	
34 Le risque catastrophique	29,00		83 Le conseil d'orientation des retraites. Assurance auto, la fin d'une époque. Y a-t-il un risque de taux d'intérêt ?	36,00	
35 L'expertise aujourd'hui	29,00		84 Gras Savoye, une success story. L'assurance, objet de communication. L'assurance, réductrice de l'insécurité ?	36,00	
36 Rente. Risques pays. Risques environnemental		ÉPUISÉ	85 Solvabilité II. L'aversion au risque.	36,00	
37 Sortir de la crise financière. Risque de l'an 2000. Les concentrations dans l'assurance	29,00		86 Un monde en risque. Le risque nucléaire. Longévité et vieillissement.	37,00	
38 Le risque urbain. Révolution de l'information médicale. Assurer les OGM	29,00		87 Segmentation et non discrimination. Vieillesse : quels scénarios pour la France ?	37,00	
39 Santé. Internet. Perception du risque		ÉPUISÉ	88 Sport, performances, risques. Des risques pays aux dettes souveraines.	37,00	
40 XXI ^e siècle : le siècle de l'assurance. Nouveaux métiers, nouvelles compétences. Nouveaux risques, nouvelles responsabilités	29,00		89 Le risque opérationnel, retour au réel. Vieillesse et croissance.	38,00	
41 L'Europe. La confidentialité. Assurance : la fin du cycle ?	29,00		90 Les risques artistiques, industriels et financiers du cinéma. Les institutions et opérateurs de la gestion des risques au cinéma.	38,00	
42 L'image de l'entreprise. Le risque de taux. Les catastrophes naturelles	29,00		91 Les tempêtes en Europe, un risque en expansion. L'actif sans risque, mythe ou réalité ?	38,00	
43 Le nouveau partage des risques dans l'entreprise. Solvabilité des sociétés d'assurances. La judiciarisation de la société française	29,00		92 L'assurance vie : la fin d'un cycle ? L'assurance européenne dans la crise.	38,00	
44 Science et connaissance des risques. Y a-t-il un nouveau risk management ? L'insécurité routière	29,00				
45 Risques économiques des pays émergents. Le fichier clients. Segmentation, assurance, et solidarité	29,00				
46 Les nouveaux risques de l'entreprise. Les risques de la gouvernance. L'entreprise confrontée aux nouvelles incertitudes	29,00				
47 Changements climatiques. La dépendance. Risque et démocratie	30,50				

Numéros hors série

Assurer l'avenir des retraites - 15,24 • Crise financière : analyses et propositions 65,00 • Numéro spécial 20 ans : les 20 débats sur le risque 65,00

Où se procurer la revue ?

Vente au numéro par correspondance et abonnement

Seddit

17, rue Henri Monnier - 75009 Paris
Tél. 01 40 22 06 67 - Fax : 01 40 22 06 69
Courriel : info@seddit.com
www.seddit.com

Librairie partenaire

**CNPP Entreprise Pôle Européen
de Sécurité - CNPP Vernon**
BP 2265 - 27950 Saint-Marcel
Tél. 02 32 53 64 32 - Fax : 02 32 53 64 80



À découper et à retourner accompagné de votre règlement à

Seddit - 17, rue Henri Monnier - 75009 Paris

Tél. (33) 01 40 22 06 67 - Fax : (33) 01 40 22 06 69 - Courriel : info@seddit.com

Abonnement 2013 (4 numéros) FRANCE 140 € EXPORT 160 €*
 Je commande _____ ex. des numéros _____
Nom et prénom _____
Société : _____
Adresse de livraison _____

Code postal _____ Ville _____
Nom du facturé et Adresse de facturation _____

E.mail _____ Tél. _____

- Je joins le montant de : _____ par chèque bancaire à l'ordre de Seddit
 Je règle par virement en euros sur le compte HSBC 4 Septembre-code banque 30056-guichet 00750-07500221574-clé RIB 17

* Uniquement par virement bancaire

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.
Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à SEDDITA, 17, rue Henri Monnier 75009 PARIS