

DESSINE-MOI

2021



DES DIRIGEANTS EXPLORENT LA CHAÎNE DE VALEUR DE L'ASSURANCE SANTÉ

UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

S O M M A I R E

AVANT-PROPOS

Jean-François Tripodi p.4

PRÉFACES

Thierry Beaudet p.6

Florence Lustman p.9

Djamel Souami p.12

INTERVIEWS EXPERTS

Dominique Pon p.15

Jean-Carles Grelier p.18

Claude Evin p.20

Gérard Raymond p.22

Hélène Grignon Boulon p.24

Patrice-Michel Langlumé p.27

INTERVIEWS CROISÉS

Banalisation / uniformisation de la complémentaire santé? p.30

Évolutions nécessaires du périmètre serviciel? p.44

Réalités / constats aujourd'hui? p.67

Les services santé : comment les proposer? p.76

avec qui le faire et avec quel modèle économique?

Les principaux traits, les principales caractéristiques p.92
de la complémentaire santé de demain?

CONVICTIONS

Laurent Ouazana p.106

Alain Plouzenec p.109

Éric Chevallereau p.111

CONVICTIONS CARTE BLANCHE

Caroline Demoucelle p.113



JEAN-FRANÇOIS TRIPODI

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE CARTE BLANCHE PARTENAIRES

Le monde de l'assurance santé connaît de profondes mutations, réglementaires, structurelles et conjoncturelles. La multiplicité des acteurs – de grands groupes installés depuis des décennies à de jeunes startups – est contrebalancée par une concentration du marché : preuve en est, le rapprochement récent des groupes Aésio et MACIF en une seule structure.

Depuis son origine, la complémentaire santé, comme son nom l'indique, couvre les dépenses de santé non prises en charge par le régime général. Désormais, les assureurs santé couvrent de plus en plus de soins ou de services non pris en charge par l'Assurance Maladie. Cette ancienne dénomination est devenue totalement caduque, elle ne représente pas la réalité des nouveaux modèles axés sur les services. Si hier les offres se différenciaient par leurs niveaux de remboursement, aujourd'hui c'est par leurs gammes de services.

Comment tirer son épingle du jeu dans un monde de plus en plus concurrentiel ? Comment évoluer alors que l'offre tend à se banaliser ? Comment faire de la santé un maillon fort de la chaîne de valeur de l'assurance ?

Nous en avons la conviction, l'assureur santé est en train de – et doit impérativement – dépasser sa mission première de prévision et de couverture des risques en étoffant son offre par des services. Les contours de ce périmètre serviciel se dessinent à mesure que les besoins des assurés évoluent et que l'assureur intègre le parcours de santé de ses clients à tous les niveaux : prévention, dépistage, accompagnement, orientations, soins.

Dans le même temps, nous sommes entrés de plein fouet dans l'ère du digital : les opportunités proposées par ce nouveau canal ont propulsé le monde entier dans une nouvelle dimension, l'assurance étant un des secteurs les plus impactés et notamment l'assurance santé. Les assurés sont avant tout des acteurs de cette ère digitale, leurs attentes vis-à-vis de leur assureur santé sont portées par les principaux atouts du digital : immédiateté, personnalisation, praticité. Bien qu'extrêmement conjoncturel, le boom de la téléconsultation durant la crise sanitaire en est un exemple éloquent, car cette nouvelle pratique correspondait aux besoins du moment : réponse immédiate, fiable, sans contact, accessible depuis partout.

Dans ce contexte nous avons souhaité donner la parole à celles et ceux qui pensent le monde assurantiel de demain ; à celles et ceux dont l'objectif premier est la singularisation de l'offre : quelles solutions ? à quel moment ? grâce à quels outils ? pour quel assuré ? quelles expertises associer à la démarche d'innovation ? Par leurs témoignages, nous avons voulu montrer à quel point le monde de l'assurance santé est vivant et créatif, et que ce nouvel état d'esprit serviciel vise un but : servir l'assuré et l'accompagner à tous les instants de son parcours de santé.

Nous avons également fait réaliser une enquête auprès des professionnels de l'assurance. Vous trouverez dans le cours de votre lecture, la méthodologie et les résultats de cette enquête, positionnés en effet miroir aux témoignages.

Bonne lecture



THIERRY
BEAUDET

PRÉSIDENT DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

La pression réglementaire sur la complémentaire santé est très présente (espaces d'intervention, nature des garanties, mode d'exercice...). Dans ce contexte, l'avenir des « complémentaires santé » passe-t-il par une ouverture du périmètre serviciel ou des garanties complémentaires ?

C'est une évidence : durant les dernières décennies, depuis les directives communautaires de 1994 jusqu'aux renforcements des règles des contrats « responsables » en 2015 puis, plus récemment avec l'application du « 100 % santé », en passant par « Solvabilité 2 », l'encadrement de la complémentaire santé n'a fait que croître. Durant cette période, la couverture complémentaire est progressivement devenue indispensable pour accéder aux soins. Il existe plusieurs facteurs. La dépense de santé croît plus vite que le revenu des Français. La seule couverture de l'Assurance Maladie obligatoire ne protège pas contre des restes à charge parfois très élevés, notamment en cas d'hospitalisation longue. On ne veut pas accroître la pression financière sur les comptes sociaux. Pour toutes ces raisons, des transferts de prise en charge de la Sécurité sociale vers les Français et leur complémentaire ont été mis en œuvre et la tentation de régulation s'est accrue à due proportion de l'importance de la couverture complémentaire dans l'accès aux soins de tous.

Mais encore davantage que le poids de cette pression réglementaire, c'est la forme qu'elle a prise qui est discutable. Aujourd'hui, l'activité des complémentaires santé est essentiellement définie par le panier de soins à couvrir et par des interdictions, en particulier en matière de contractualisation avec les professionnels de santé. Le secteur est aussi piloté par le dogme de la concurrence, concurrence qui a aussi pour effet d'accroître la réglementation : on exige des complémentaires de rendre comparables les offres, de publier les montants ou les taux de frais de gestion, pour que le consommateur puisse faire des choix « éclairés » et pour que les tarifs baissent. Or, non seulement l'objectif d'accessibilité ne peut être atteint ainsi, mais cette foi dans les vertus de la concurrence n'incite pas au maintien des solidarités, solidarités qui sont pourtant au fondement de la couverture des risques telle que les mutuelles la pratiquent.

La crise sanitaire de la Covid-19 a montré que des solutions ont pu être trouvées dans l'urgence pour adapter des organisations, pour soigner les patients, pour accélérer le temps de la recherche, en faisant fi des carcans administratifs. Il faut nous en souvenir. Un encadrement de l'activité est nécessaire, certes, mais il faut décentraliser, faire confiance aux acteurs, desserrer l'étau de contraintes réglementaires qui ne font que s'accroître, pour permettre aux initiatives privées d'inventer les nouvelles solidarités qui répondent aux besoins de santé des Français. Le cadre actuel n'est pas immuable. À nous, acteurs de la solidarité, de nous mobiliser pour le faire évoluer.

Ouvrir le périmètre d'activité est une nécessité pour développer des accompagnements tout au long de la vie. Pour la Mutualité Française, c'est cette évolution de la réponse qui importe : penser santé plutôt que maladie et ne pas se cantonner à une réponse assurantielle. Les mutuelles sont depuis toujours engagées dans cette voie, notamment avec la prévention, avec l'offre de soins

et services d'accompagnement. L'environnement réglementaire doit également évoluer pour ne pas nous empêcher d'aller plus loin, au bénéfice des Français.

Selon vous, un acteur de la complémentaire santé devrait-il être présent dans l'ensemble du parcours de santé des assurés ?

La notion de parcours est essentielle. D'abord, dans le domaine du soin, il faut faire des parcours une réalité. La situation aujourd'hui est trop souvent celle d'un silotage des prises en charge. La ville / l'hôpital, l'établissement / le domicile, le sanitaire / le médico-social. Il revient trop souvent au patient, à la personne qui perd son autonomie, ou à son entourage, aux aidants, d'organiser et de maintenir le parcours. Avec, et c'est regrettable, un renforcement des inégalités sociales car la capacité à organiser ce parcours peut dépendre des revenus et du réseau social qu'il est possible de mobiliser. C'est la raison pour laquelle la Mutualité Française a construit des propositions structurantes dans le cadre du « Ségur de la santé » pour un système de santé solidaire, protecteur et universel. Elle a notamment réaffirmé toute l'importance du « premier recours », autour de la médecine de ville. Des espaces pluridisciplinaires de santé doivent se développer sur tout le territoire. Ils doivent permettre d'assurer la continuité des soins et des prises en charge en positionnant le premier recours comme le point d'entrée pour le patient dans le système et en décloisonnant les secteurs. Pour préserver la santé des Français le plus longtemps possible, il faut faire prospérer dans notre société une large culture de la santé publique, ce qui doit notamment passer par une répartition du pilotage des politiques de prévention entre l'État et les régions.

Ensuite, oui, les mutuelles ont vocation à contribuer à ce parcours en tant qu'offres de soins et de services d'accompagnement et en tant que financeurs. Et pour cela, elles doivent pouvoir davantage contractualiser avec les professionnels de santé, dépasser une position de « payeur aveugle » en accédant, dans le respect des règles de confidentialité, à des informations plus détaillées. Elles ont un rôle à jouer pour mieux orienter les patients, pour les aider dans leurs parcours. Enfin, ce sont bien toutes les dimensions qui concourent à la santé, ce qu'on appelle les déterminants de santé (alimentation, logement, activité physique, travail...) qui constituent l'univers des possibles des mutuelles. À elles d'imaginer les services à proposer, et leurs modèles économiques, dans le respect des valeurs mutualistes.

Au-delà du remboursement, la complémentaire santé a un aussi un rôle sociétal (prévention santé, accès aux soins pour tous...). Est-il visible, perceptible par les Français ? Ce rôle doit-il s'accroître ?

En tant que mouvement social, la Mutualité Française place ce rôle sociétal au cœur de son action. Il en constitue l'ADN. Notre engagement pour l'accès aux soins recouvre de nombreuses dimensions. Offres de soins et d'accompagnement, nous visons une accessibilité effective en étant présent sur tous les territoires et en veillant à la modération de nos tarifs. Nos établissements sont, au quotidien, en proximité des Français, avec une présence



sur une grande diversité d'activités dans les domaines de la santé et du bien-être : du domicile aux établissements, des centres de soins aux hôpitaux, des crèches aux EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Nos unions régionales sont le premier acteur de prévention et de promotion de la santé après les pouvoirs publics avec 180 professionnels et 8 100 actions par an.

Sur le champ de l'assurance, la Mutualité a toujours été très soucieuse des plus fragiles. Les tarifs de nos garanties santé mettent en œuvre des mécanismes de solidarité intergénérationnelle. Nos mutuelles protègent ceux qui rencontrent le plus de difficultés, y compris au travers de fonds d'action sociale mutualiste et d'actions directes de terrain. Impliquées dans la CMUC et l'aide à la complémentaire santé, les mutuelles sont quasi seules à s'être mobilisées pour entrer dans la complémentaire santé solidaire, la nouvelle aide qui unifie ces deux dispositifs depuis fin 2019.

Beaucoup de nos actions sur le terrain sont connues et reconnues, la Mutualité Française est identifiée comme un acteur de la santé, par les pouvoirs publics et par le grand public. Nos dernières campagnes de communication institutionnelles #UneVraieMutuelle¹ et #Fiers-detreMutualistes, qui les illustrent largement et ont été reprises par nos élus, militants et salariés sur le terrain, en attestent. Mais des progrès sont encore possibles pour mieux faire connaître nos spécificités et surtout développer l'accès à la santé pour tous nos concitoyens. Notre rôle sociétal c'est aussi de faire évoluer la protection sociale en phase avec les besoins sociaux. Je pense en particulier à la prise en charge de la perte d'autonomie.

La Mutualité Française a contribué aux débats sur ce sujet de manière forte en dévoilant en décembre 2018 un ensemble de propositions. Alors que la crise de la Covid-19 a jeté une lumière crue sur la question des EHPAD et plus largement de la perte d'autonomie, nos attentes sont fortes. Face aux enjeux humains, sociaux, financiers, nous en appelons d'urgence à une grande loi autonomie. Une loi qui permette à chacun d'exercer sa liberté de choix le plus longtemps possible et de préserver son capital autonomie et sa qualité de vie. Une loi qui reconnaisse les aidants et soutienne leur rôle. Une loi qui fasse reposer le financement de la perte d'autonomie sur un socle renforcé de solidarité et qui réduise le reste à charge. Notre rôle sociétal c'est encore de nous engager avec une soixantaine d'organisations syndicales, environnementales, de solidarité, d'éducation pour proposer, au sein du « Pacte du pouvoir de vivre »², une refonte du pacte social, pour réconcilier urgence sociale et urgence écologique.

1/ <https://www.mutualite.fr/presse/unevraiemutuelle-la-mutualite-francaise-lance-une-campagne-de-communication-pour-valoriser-le-role-majeur-des-mutuelles-dans-lacces-aux-soins/>
2/ <https://www.pactedupouvoirdevivre.fr/>

P
R
È
F
A
C
E



FLORENCE
LUSTMAN

PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ASSURANCE



La pression réglementaire sur la complémentaire santé est très présente (espaces d'intervention, nature des garanties, mode d'exercice...). Dans ce contexte, l'avenir des « complémentaires santé » passe-t-il par le développement de nouveaux services ou bien par des garanties complémentaires ?

Par les deux ! Les OCAM (Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie) en France doivent être des acteurs à part entière du système de santé et pas de simples payeurs aveugles. Nous avons un rôle essentiel à jouer dans l'amélioration des parcours de santé et de la qualité des soins, dans l'accompagnement, dans l'évaluation transparente et objective des services fournis au prix le plus juste, bref dans toutes ces avancées dont le patient sera le grand bénéficiaire.

Cela passe évidemment par de nouveaux services aux assurés, qui cherchent plus d'efficacité et de simplicité. Par exemple, les services liés à l'automatisation et la dématérialisation des échanges doivent absolument se développer. Nous devons abandonner les factures et autres papiers à renvoyer, qui sont des démarches souvent compliquées pour l'assuré et coûteuses pour l'assureur. Nous allons également continuer à développer les services d'accompagnement car les assurés attendent de plus en plus un soutien qui ne soit pas purement financier. Le déploiement du projet ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires) permettra, par exemple, de donner à l'assuré des informations en temps réel sur l'hospitalisation de son client, sur les changements intervenus durant son séjour etc. Toutes ces données permettront d'enrichir les services apportés au patient, notamment dans la gestion de son quotidien au retour de l'hôpital. Concernant les garanties, les OCAM proposent déjà de plus en plus des prises en charges reconnues mais non remboursées par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire), et ce pour la plus grande satisfaction des assurés ! Il faut aller plus loin en proposant des garanties plus larges, par exemple sur la médecine douce ou l'automédication. C'est en étant là où l'AMO n'est pas que les complémentaires montreront toute leur utilité.

Selon vous les OCAM auraient vocation à être plus présents dans certains domaines, voire à y remplacer l'AMO ?

Je ne sais pas si le terme de « remplacement » est le bon, en tout cas le débat sur l'intérêt d'un double étage AMO/AMC (Assurance Maladie Complémentaire) ne peut pas être occulté. S'il est vrai que la valeur ajoutée des complémentaires santé peut être discutable parfois,

par exemple sur le remboursement de certains médicaments, sur d'autres postes on peut se demander s'il ne serait pas mieux de leur accorder une intervention exclusive... Je pense notamment à l'optique, où au lieu de faire rembourser par le régime de base à peine 9 centimes sur une paire de lunettes, on pourrait en déléguer toute la gestion aux OCAM. L'État conserverait la définition du cahier des charges de cette délégation et allouer les sommes économisées vers les soins en ophtalmologie, par exemple. On gagnerait sans doute en efficacité en remplaçant le « double étage » par des domaines exclusifs affectés à l'un et à l'autre.

De manière générale, les assureurs ont évidemment vocation à être impliqués sur tout le parcours de soin et à se déployer davantage. J'ai toujours été étonnée de constater que tout le monde fait confiance aux assureurs et assistants pour prendre en charge des personnes en détresse médicale à l'autre bout du monde, ce qui nécessite une maîtrise de tous les systèmes de santé et une logistique parfaite, mais que l'on ne met pas suffisamment à profit ce savoir-faire en France. Pourtant, ces méthodes qui ont fait leurs preuves à l'étranger pourraient très bien être mises en œuvre chez nous, pour le plus grand bénéfice des patients !

Je rajouterai que l'un des obstacles au déploiement des complémentaires santé, sont les taxes. Elles ont fortement augmenté ces dix dernières années et représentent maintenant près de 14 % de la prime, bien plus que dans les autres grands pays européens. Il est tout de même paradoxal que, d'un côté on encadre de plus en plus les assureurs et on leur refuse le droit de générer les fonds propres nécessaires à leur activité et, de l'autre, qu'on les taxe toujours plus... In fine, ce sont toujours les assurés les grands perdants, surtout les plus modestes.

Pour les contrats complémentaires santé (individuels), un sentiment est souvent évoqué par les professionnels, les assurés : les garanties complémentaires santé sont aujourd'hui proche de l'uniformisation. Partagez-vous ce sentiment ? Quelles seraient les éventuelles évolutions à prévoir ? Et à quel horizon ?

Le marché de la complémentaire reste dynamique en France. Un assuré a toujours la possibilité de trouver chaussure à son pied grâce à des garanties et des tarifs très différents d'un acteur à l'autre. Maintenant, il est vrai que les contrats responsables s'uniformisent parce qu'ils sont soumis à une réglementation de plus en plus contraignante. L'idée, à l'origine, était de mieux coordonner les actions du régime de base avec les complémentaires santé, en particulier lors de la mise en place du médecin traitant, mais les choses ont aujourd'hui bien changé... Le contrat responsable est surtout devenu un ensemble d'obligations de prises en charge, comme par exemple l'obligation de couvrir au ticket modérateur tous les actes remboursés par l'AMO, ou bien d'interdictions, notamment sur les dépassements d'honoraires où le remboursement des complémentaires santé est plafonné. Cet alourdissement réglementaire a mis fin aux contrats modulaires où l'assuré pouvait choisir ses garanties à la carte et alléger sa facture puisqu'il y a désormais un socle de base qui représente environ 80 % des coûts. Or, cela signifie des tarifs plus élevés pour tous

et laisse peu de place pour le financement de garanties nouvelles. Il y a peut-être aussi les efforts en matière de lisibilité des contrats, qui expliquent ce sentiment d'uniformisation. Pour rappel, nous avons signé l'an dernier un important engagement de place pour harmoniser les principaux intitulés des tableaux de garanties et mieux définir les postes de dépenses. Cet accord est de plus en plus suivi et nous ne pouvons que nous en réjouir, il va dans l'intérêt des assurés. Mais il faut veiller à ce que ces efforts n'entraînent pas les contrats complémentaires à devenir des contrats « standards ». Le consommateur en serait perdant.

Au-delà du remboursement, la complémentaire santé a aussi un rôle sociétal (prévention santé, accès aux soins pour tous...). Est-il visible, perceptible par les Français ? Ce rôle doit-il s'accroître ?

Les OCAM jouent en effet un rôle important en matière de prévention, notamment via les contrats collectifs qui permettent de proposer des services de prévention au sein même des entreprises. Il s'agit de services efficaces qu'eux seuls peuvent proposer et qui sont totalement complémentaires des campagnes de prévention du Ministère de la Santé ou de la Sécurité sociale. Mais il faut aller plus loin et développer les actions, notamment en matière d'entretien, de détection et de suivi des pathologies. Et pour cela il faudrait que les assureurs aient des données détaillées qu'ils n'ont souvent pas...

C'est pareil sur l'accès aux soins, où les OCAM agissent sur les prix. Les services qu'ils proposent en termes de négociation des tarifs, d'analyse des devis ou de simulateurs de reste à charge sont un puissant levier pour permettre à l'assuré d'accéder à des soins de qualité à moindre coût. Ils sont d'ailleurs largement plébiscités.

La guerre tarifaire et celle des mois gratuits n'a-t-elle pas pour effet de polariser le positionnement des offres de complémentaire santé sur le prix, et non sur les services ? Au-delà du tarif, quels sont selon vous, les éléments qui feront la différence pour séduire de nouveaux adhérents ?

Les assurés restent très sensibles à la qualité du service. La pression tarifaire est forte sur certains segments comme les contrats collectifs, mais les entreprises restent très exigeantes sur le contenu des contrats car leurs salariés demandent des couvertures de qualité. C'est également de plus en plus le cas sur les contrats individuels parce que les clients comparent maintenant beaucoup les offres et qu'il est aujourd'hui plus facile de changer de complémentaire santé. Nous constatons que pour les assurés, l'étendue des garanties, la qualité de l'aide à domicile en cas de maladie, les délais et le suivi des remboursements, la qualité des simulateurs et l'analyse des devis, les services d'aide à l'orientation dans le système de soins et, bien sûr, la réactivité de l'assureur sont des critères essentiels.

Les OCAM ont bien saisi cette tendance et comprennent que l'aspect tarifaire n'est pas tout. Mais il faut que la réglementation leur permette d'aller plus loin pour proposer des services et des garanties toujours plus adaptés.

Par exemple en matière d'utilisation des données, d'intelligence artificielle ou de renforcement des parcours de soins.

Concernant justement les nouvelles technologies (objets connectés, intelligence artificielle...), comment voyez-vous leur intégration (ou pas) dans les services déployés par les complémentaires santé ? À quelles conditions ? À quel horizon ?

Les assureurs santé sont des vecteurs majeurs de l'expérimentation et de la mise en place des nouvelles technologies au service de l'amélioration des soins. Nous constatons par exemple que les services de téléconsultation sont de plus en plus utilisés et la Covid-19 est en train d'accélérer cette tendance. De même pour les outils de suivi ou de géolocalisation des personnels de santé, ou pour les outils d'aide à l'orientation dans le système de santé, comme les cartographies des services hospitaliers, les indicateurs de qualité de soin etc. Toutes ces technologies sont déjà une réalité concrète et deviendront rapidement une habitude.

Le domaine où il y a encore le plus d'efforts à réaliser, selon moi, c'est celui de l'utilisation des données et de l'intelligence artificielle. Des progrès énormes peuvent être faits en termes de détection des pathologies et de personnalité des traitements. Mais pour cela, il faut, encore une fois, que les assureurs continuent à investir et surtout que la réglementation leur permette d'exploiter les données des assurés avec responsabilité et efficacité.

Voyez-vous des menaces concurrentielles pouvant se développer « contre » les acteurs historiques de la complémentaire santé ? (par exemple, des offres de complémentaires santé avec beaucoup plus de services, de technologies...).

Je ne pense pas qu'il faille avoir peur de nouveaux arrivants sur le marché à condition que la concurrence reste libre et juste. La concurrence est une bonne chose en soi. C'est grâce à elle que les OCAM proposent des services toujours plus innovants et qualitatifs au meilleur prix. C'est certainement aussi ce qui permet d'ailleurs aux membres de la Fédération Française de l'Assurance de renforcer leurs parts de marché année après année.

En conclusion, quel sera le rôle, quels seront les principaux traits, les principales caractéristiques de la complémentaire santé (individuelle/collective) de demain ?

La complémentaire santé de demain dépendra beaucoup du dialogue que nous aurons avec les pouvoirs publics et les assurés. Les évolutions ne pourront être actées que de manière collective, dans l'intérêt de chacun. J'espère que la complémentaire santé de demain aura un rôle encore plus actif, qu'elle pourra être un acteur à part entière et « positif ! » de la santé des assurés. Un acteur qui conseille, qui accompagne au quotidien, qui propose des services parfaitement adaptés aux besoins des gens. Et qui gagnerait peut-être à avoir un nom différent... j'ai toujours trouvé le terme de « complémentaire » beaucoup trop réducteur !

DJAMEL
SOUAMI

PRÉSIDENT DU CTIP • PRÉSIDENT DE L'UDAP CFE-CGC • ADMINISTRATEUR DE L'UNOCAM •
ADMINISTRATEUR DE MALAKOFF HUMANIS • DIRECTEUR-ASSOCIÉ DE MICROPOLE

« Mal nommer les choses c'est ajouter aux malheurs de ce monde » disait Albert Camus. Alors, de quoi parle-t-on ? d'organismes complémentaires ou d'assureurs ? de maladie ou de santé ? Selon la perspective prise, selon sa vision de la société, selon son contexte d'exercice, selon ses convictions politiques... on verra l'un ou l'autre. Mais commençons déjà par poser quelques chiffres, non pas que ce soit essentiel mais il est souvent utile de pouvoir objectiver. La consommation de soins et de biens médicaux en France est +200 Md€ (CSBM 2018, hors impact Covid-19 et hors « Ségur de la Santé »), soit environ 3 K€ / an en moyenne par personne. Les cotisations des complémentaires santé, quant à elles, atteignent +38 Md€ HT, réparties à parts égales entre assurances individuelles et collectives. À ces chiffres, nous nous devons d'ajouter la Prévoyance (+22 Md€), qui concourt du même continuum, bien que traitée distinctement dans notre système. L'incapacité de travail, l'invalidité ou le décès ne sont-ils pas des « problèmes de santé » ?

Vision « Complémentaires maladie », nos fameux Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM). La Sécurité sociale ne pouvant tout couvrir, il a été ouvert le champ à des « organismes », dont la vocation serait de financer ce que la sécu ne peut pas – plus ? – prendre en charge. En effet, si la santé n'a pas de prix, elle a toujours un coût – un investissement d'avenir selon une étude récente de McKinsey, vision positive à laquelle j'adhère – qui requière des ressources financières conséquentes. Avec le vieillissement de la population, l'augmentation du coût des pathologies, l'innovation des laboratoires pharmaceutiques, dont certains traitements atteignent des prix vertigineux – l'Hépatite C se soigne désormais, mais à quel prix –, auxquels viennent désormais s'ajouter les questions éthiques et philosophiques de la fin de vie, notre système de santé universel de 1945 approche ses limites. On a donc besoin d'OCAM. Au passage, on peut les taxer pour financer les dispositifs solidaires supplémentaires (type CSS), voire les crises conjoncturelles, comme c'est envisagé pour la Covid-19. La TSA – 13,27% des cotisations santé, 1,75% à sa création en 1999 – génère ainsi tous les ans 5 Md€ de ressources, dont 3 Md€ alimentent le Fonds CSS, le reste étant versé au financement général de la sécurité sociale.

Vision « Assureurs santé ». J'affirme déjà qu'assureur est un très beau métier : protéger, accompagner et préparer à un avenir meilleur. Un véritable créateur de confiance. Les assureurs sont des acteurs privés, soumis à Solvabilité 2, qui garantissent que les engagements pris seront tenus dans le temps, par des fonds propres suffisants, une saine gouvernance et la transparence de leur communication. La mutualisation des risques assurant quant à elle l'équilibre actuariel. Ils opèrent dans un marché ouvert, leurs obligations étant définies par un contrat traçant leurs engagements, vis-à-vis des assurés/adhérents/sociétaires dans le cas des contrats individuels, et des bénéficiaires, pour les contrats collectifs. Notons au passage qu'avec 473 assureurs santé actifs à fin 2019 (données Fonds CSS), nous sommes dans un marché à forte intensité concurrentielle.

Responsable syndical CFE-CGC, engagé dans la protection sociale à gouvernance paritaire, personne ne s'offusquera que je développe une vision davantage orientée sur les

complémentaires collectives. Je ne prétends nullement détenir la vérité, encore moins exclure du champ de la réflexion la complémentaire santé individuelle, qui a toute sa place dans notre système de santé. Et bien qu'ayant été moi-même administrateur mutualiste quelques années, je sais pertinemment que d'autres seront bien mieux inspirés que moi, et plus légitimes, pour porter la vision sur la complémentaire santé individuelle dans cet ouvrage. La santé est un bien commun. Et s'il y a un lieu où la santé est une valeur partagée et un sujet de consensus entre les acteurs, c'est bien l'entreprise. L'entreprise est un territoire de santé. Mais l'entreprise est également un lieu de création de richesses économiques et de lien social. Alors, quand les assureurs, au premier rang desquels les groupes paritaires, agissent pour une meilleure santé physique et psychique des salariés, ils apportent de fait une contribution positive au bien-être et à la dignité de chacun, à l'harmonie des familles, et in fine au développement économique et à la cohésion sociale. Dans sa constitution, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ». En partant de cette définition et en posant comme postulat que notre santé est le résultat de nos déterminants génétiques et biologiques, de notre environnement, de nos conditions de travail et de notre hygiène de vie, ma « complémentaire santé à moi » serait une entreprise d'assurance de plein exercice, qui œuvrerait à un impact global, pour les personnes qu'elle protège, pour les entreprises qui les emploient et au-delà pour la société. Le statut ne faisant pas la vertu, ses missions reposeraient sur 5 fondements :

1. Une vocation sanitaire. Prise en charge des frais de soins et des pertes de revenus pour les risques lourds. Accompagnement des malades via des parcours de soin personnalisés, en articulant médecine libérale, hôpital et centres de soins privés. Mais ne pas se limiter au « cure », donc accompagner également les bien-portants dans la prévention, afin que chacun puisse être acteur de la préservation de sa santé. La prévention érigée en cause nationale ! Comme cela a été fait au cœur de la crise du Covid-19 avec des actions facilement réalisables, aussi simples que « se laver les mains ». Une démarche qui sera d'autant plus efficace qu'elle s'articulera avec le dialogue social au sein des entreprises et des branches.

2. Un équilibre économique durable. La contribution première de tout assureur, s'appuyant sur la mutualisation du risque, est de « solvabiliser », permettant ainsi l'accès aux soins au plus grand nombre. Pour les complémentaires collectives, l'équilibre économique n'est possible qu'en lien avec les entreprises clientes, dans une relation de confiance durable et réciproquement bénéfique. Tout comme pour le pilier sanitaire, la prévention peut être et doit être solvabilisée. Mais rendre la santé davantage accessible passe aussi par la maîtrise des coûts, de distribution, de gestion et de « production » (soins et biens médicaux). Ce qui se déclinerait par des synergies commerciales et industrielles, en amont, et un conventionnement des fournisseurs des biens médicaux en aval (mais pas de conventionnement des prescripteurs, l'exercice libéral de la médecine « de ville » restant la référence).



3. Un engagement social. Déjà, au sein de l'entreprise d'assurance : gouvernance participative (incluant les souscripteurs, les bénéficiaires et les représentant des salariés), lucrativité limitée, recrutement à l'image de la société, formation continue, valorisation des talents et responsabilisation individuelle. Ensuite, au sein des entreprises clientes : promotion du dialogue social par l'apport de leviers sur la protection sociale collective, veille active sur les fragilités, proactivité et accompagnements ciblés. L'accompagnement des salariés et de leurs familles visera tout particulièrement l'accès à l'emploi (handicap, 2° chance...), le retour à l'emploi après une longue maladie, mais aussi le soutien des proches aidants, acteurs essentiels de l'Autonomie. Enfin, l'action sociale, structurée et pilotée comme un vrai métier au service de la raison d'être, qui permet de résoudre les problèmes particuliers d'individus ou de groupes d'individus, qui ne le seraient pas avec des mécanismes d'indemnisation strictement contractuels.

4. Un impact sociétal. Répondre aux besoins de santé et de prévoyance ne suffira plus. Il faudra intégrer la formation, le logement, la longévité, les changements des modes de travail, les risques environnementaux, sanitaires et climatiques. Soutien au tissu associatif, à la recherche et aux acteurs économiques œuvrant à la réduction des inégalités de santé au sens de l'OMS. Actions de sensibilisation au risque santé et à la responsabilisation individuelle en matière de santé. Actions de pédagogie auprès des entreprises (employeurs et salariés), des écoles, des chercheurs, des élus locaux, des partenaires sociaux, des professionnels de santé, et de tous les relais potentiels pour une meilleure santé globale.

5. Enfin, l'Innovation comme principe fondamental et moteur de progrès. Innovation technologique bien sûr, pour l'expérience client, les self-diagnostics, la téléconsultation, les programmes de prévention personnalisés, ... ou encore l'exploitation et la valorisation des données. À ce sujet, dans le plus strict respect de la vie privée des personnes, je crois que le Health Data Hub (plateforme des données de santé mise en place par le gouvernement français) est porteur de grands espoirs et qu'il peut être un formidable accélérateur du progrès en santé. Egalement de l'innovation ex-nihilo, comme l'ont fait les partenaires sociaux voilà 75 ans en créant les institutions de prévoyance avec mission de créer et gérer les « services » innovants qu'étaient alors la retraite complémentaire et la prévoyance. Mais l'innovation peut aussi passer par des partenariats. Partenariats public-privé. Partenariats avec des entreprises aux activités complémentaires ; je pense notamment à Arcade-VYV reliant santé et logement. Partenariats avec des start-ups, à l'image de CetteFamille.com, qui propose des solutions personnalisées de prise en charge des personnes âgées et handicapées, alternatives aux maisons de retraite et résidences services, soutenue par le fonds d'innovation Malakoff Humanis. Ou encore des partenariats tripartites entre professionnels de santé, assureurs et branches, à l'instar de l'accord de prévention Klésia-CSMF de 2018 pour les 600.000 salariés de la branche Transports.

Chacun de ces fondements mériterait de plus amples développements, je le concède, mais je crois qu'on a dessiné là les plans de ma « complémentaire santé ». Un commencement !

E
X
P
E
R
T
S

I
N
T
E
R
V
I
E
W
S

DOMINIQUE
PON

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CLINIQUE PASTEUR DE TOULOUSE ET RESPONSABLE
MINISTÉRIEL DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ AUPRÈS D'OLIVIER VÉRAN





Dominique Pon, vous êtes responsable de la transformation numérique au Ministère de la santé, et vous travaillez sur le projet gouvernemental de transformation numérique du système de santé. Commençons, plus spécifiquement par les nouvelles technologies, comment voyez-vous leur intégration dans les services santé à destination des Français ?

Au-delà de la technologie, (Intelligence Artificielle, objets connectés...) l'accès aux applications numériques à destination des citoyens est un dossier majeur qui nécessite une approche globale du numérique. Aujourd'hui, le citoyen français n'a ni dossier ni carnet de santé numérique, il n'a rien de concret sur sa santé en support numérique. Nous devons inéluctablement avancer sur les services numériques de santé pour les usagers. Mais cette numérisation souhaitée évoluera uniquement si le citoyen est impliqué, en tant que co-constructeur et acteur de son parcours de santé et de soins. C'est pour moi un sujet majeur du secteur de la santé. N'oublions pas que le numérique en santé s'est développé de façon que je qualifierai d'anarchique, chaque intervenant construisant son système. Au final, les systèmes informatiques, les technologies ne communiquent pas. Dans ce contexte, il est très difficile d'agrèger le tout, sans gouvernance de l'ensemble. Le plus pénalisé est le citoyen qui dans ce contexte ne peut pas être un acteur dans le déploiement numérique de son parcours de santé et de soins.

Vous évoquez souvent une vision d'un « État plateforme », au cœur de la stratégie déployée par le Ministère des solidarités et de la santé dans le cadre de la feuille de route du numérique en santé. Quelle est la situation de notre pays en matière de numérique en santé ?

Les technologies développées de façon anarchique, sans règles, sans principes clairs définis par l'état ont généré de nombreuses ruptures dans les parcours de soins numériques. La seule solution est d'avancer collectivement dans la même direction, avec tous les acteurs, et le seul qui peut être garant de cette politique commune,

c'est l'État. Le système d'aujourd'hui est ni cohérent ni efficace. L'état doit donc encourager l'écosystème technologique à développer des services numériques à valeur ajoutée, mais mettre en place une gouvernance qui décide du cadre réglementaire et des services numériques socles dans le domaine de la santé. L'état ne va pas créer les services mais doit édicter les règles et construire les communs, les « tuyaux » qui permettent aux logiciels de communiquer entre eux. Nous sommes aujourd'hui en bonne voie pour le modèle d'un « État-plateforme numérique » qui se concrétise progressivement.

L'année 2020 est celle de la mise en oeuvre de la feuille de route du numérique en santé? Quelle est l'importance de l'articulation des territoires autour de cette feuille de route ?

Chaque territoire a jusqu'à présent plus ou moins défini sa trajectoire numérique. Il faut désormais harmoniser. Les territoires, comme tous les autres acteurs, doivent s'appuyer sur les mêmes communs, les mêmes règles, les mêmes services socles, et déployer des services à valeur ajoutée en fonction de leur démographie, de leurs spécificités.

Pouvez-vous faire le point d'étape sur la réforme de la gouvernance du numérique en santé. Où en sommes-nous sur « l'adhésion » à la feuille de route de tous les acteurs (industriels, établissements de santé, professionnels de santé ou patients...)?

Le plus important a été de faire le tour de France, entre septembre 2019 et février 2020, pour expliquer et présenter la politique nationale du numérique en santé, écouter, débattre sur sa mise en œuvre concrète et convaincre, mobiliser les acteurs de l'écosystème de santé en France autour du déploiement des actions de la feuille de route numérique. Nous avons organisé des ateliers citoyens, une première journée consacrée à l'éthique en e-santé, agrégé les contributions, et construit une vision globale. Tout le monde est d'accord, il faut accélérer la transformation numérique en santé. Il est impératif également de donner un identifiant numérique de santé national à chaque citoyen pour l'ensemble de ses contacts médicaux, examens... L'identification fiable des personnes, dans le parcours de soins, permettra

de faciliter l'échange et le partage des données de santé. Cela contribuera à la qualité de la prise en charge et à la sécurité des soins. Dans le cadre du « Ségur de la santé », le gouvernement a récemment décidé d'un investissement de 2 milliards d'euros consacré au numérique en santé ! Nous avons désormais les moyens d'avancer.

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie a lancé un appel d'offres pour « la réalisation, l'hébergement, l'exploitation et la maintenance du dispositif Espace numérique de santé (ENS) ». Quels sont les objectifs et les ambitions de l'Espace numérique de santé ? À quel horizon ?

Nous progressons rapidement. En janvier 2022, tous les Français auront leur espace numérique de santé. Les Français pourront stocker et gérer leurs données de santé. Des applications développées selon les mêmes règles seront également disponibles dans un store d'applications numériques.

Quelle est la place des acteurs de la complémentaire santé dans le dispositif Espace numérique de santé (ENS) ?

Les complémentaires santé, intégrées dans le parcours de vie, de santé de leurs assurés doivent s'intéresser à l'Espace numérique de santé. Comme tous les autres acteurs, elles ont leurs places. Leurs services numériques devront simplement respecter les mêmes règles. L'espace numérique de santé est un espace éthique, citoyen et souverain. Il était nécessaire que l'état se saisisse du sujet avec tout l'écosystème et ne pas partir perdant face aux GAFAM (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft). Maîtriser nos plateformes numériques, c'est la seule solution pour s'assurer que notre tradition de pensée éthique et humaniste soit respectée dans ce nouveau monde digital.

Dans le contexte du déploiement des nouvelles technologies au service de la santé, quel est le rôle des acteurs de l'Assurance, et plus spécifiquement des complémentaires santé ? N'y-a-il pas, pour ces acteurs, la nécessité de la sécurisation du stockage des données par des acteurs spécialisés, par des tiers de confiance ?

Au-delà de la confiance indispensable sur la gestion des données de santé personnelles, il faut une vision

régulière du sujet. La souveraineté numérique concerne l'ensemble de nos ressources numériques et en particulier nos données de santé personnelles, leur stockage et les services numériques qui les manipulent. Pour les applications des complémentaires santé, elles ont vocation à intégrer le store de l'Espace numérique de santé.

Pour conclure, aujourd'hui quel est « l'état » de l'innovation dans le numérique en santé ? Quelles pourraient être les prochaines évolutions ?

Il y a de l'innovation quand il y a un cadre, une gouvernance claire et des valeurs communes. Cela a été un frein à l'innovation de ne pas avoir suffisamment structuré le déploiement du numérique en santé en France. Il faut se concentrer sur une vision qui permet de ne pas refaire ce qui a déjà été fait et surtout de délivrer de la valeur ajoutée. Le modèle de financement de l'innovation doit se transformer. Il faut inventer des modèles économiques pérennes pour le financement des industriels et des startups. Regardez l'application Moovcare, une web-application pour la télésurveillance médicale des rechutes et complications chez les patients atteints d'un cancer du poumon non progressif. Un arrêté publié le 29 juillet au Journal Officiel l'inscrit dans la liste des produits et prestations remboursables dès lors qu'elle est prescrite par un médecin référent oncologue.

Je voudrais pour conclure, ajouter qu'au-delà de la technologie, la lumière n'est pas suffisamment mise sur les réussites de terrain et sur nos héros de la santé et de la e-santé. Il faut rappeler l'incroyable engagement, la mobilisation et la solidarité de tout le monde pendant la pandémie Covid-19. Malgré les difficultés, gardons confiance dans l'avenir et dans notre pays, soyons humbles, pragmatiques et optimistes !

JEAN-CARLES
GRELIER

ÉLU LOCAL, PARLEMENTAIRE ET MEMBRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Jean-Carles Grelier porte un regard critique sur le système de santé en France. Il propose des solutions pour remédier à ses nombreux dysfonctionnements et invite à faire de ce sujet un projet politique majeur.

Jean-Carles Grelier, vous dénoncez le système de santé français, dans un livre blanc sur la santé en 2018 et dans votre livre récent (janvier 2020) « Nous nous sommes tant trompés ; plaidoyer pour l'avenir de la santé ». Concernant le système de santé/soins, est-ce qu'il doit se transformer ? Qu'est-ce que l'on doit/peut changer ?

Il faut tout repenser. Nous avons un système de soins mais pas de système de santé. Le bilan est sévère. Les Français peinent à trouver un médecin, à se faire soigner dans tout le territoire. Nous n'avons plus de médecin du travail. Les délais et conditions de prise en charge à l'hôpital se dégradent, mettant en danger leurs usagers, et fragilisant les soignants, nous n'avons pas d'éducation à la santé, pas de culture et de gouvernance de la prévention.

Certains appellent à un véritable « passage à l'acte » de la transformation du système de soins, de santé. Est-ce possible ? Y a-t-il des préalables à cette transformation ? des priorités ou des urgences ?

Le champ des transformations est immense. Une des urgences est un véritable engagement de notre système de santé dans la prévention. Nous avons là une source d'économie énorme si nous nous engageons vers des vraies politiques de prévention. Notre pays n'enseigne pas la prévention. L'éducation à la prévention doit démarrer très tôt auprès des plus jeunes, car à ce moment là se construisent nos comportements futurs. L'école doit être promotrice de la prévention. Par ailleurs, il n'y a pas de gouvernance de la prévention, ni d'évaluation des impacts. Une prévention plus efficace dégagerait mécaniquement des ressources pour la partie de soins. Il faut découvrir et s'inspirer du système de santé du Nord de l'Europe, par exemple.

La santé en France n'intéresse pas les politiques. La question de la santé sur les territoires ne se pose plus en matière d'égalité d'accès mais bien plutôt d'équité. Il y a désormais une profonde injustice dans l'accès aux soins ou dans la prise en charge médicale que les Français ressentent douloureusement. Cet échec patent dans l'organisation territoriale de la santé s'est accentué ces dernières années sous les coups de boutoir d'une politique budgétaire uniquement axée sur la baisse de la dépense, faisant fi des effets pervers qu'elle pouvait provoquer, des situations de détresse dans lesquelles elle plaçait les hôpitaux et leurs personnels. Il faut absolument sortir de la vision purement comptable de la santé. Avoir une vraie vision de la politique de santé au-delà de la vision budgétaire qui se traduit par le dépôt effectué récemment d'une proposition de loi de programmation à 5 ans pour la santé afin de remettre à flots le système. Définir véritablement la stratégie de santé, permettrait dans le cadre d'un débat public, de définir ce que l'on attend, quels seraient nos objectifs, nos orientations et avec quels moyens nous pensons y arriver.

N'y a-t-il pas un préalable aux réformes : la structuration numérique qui permettrait de transformer réellement le fond du système de santé/soins ? Par exemple, ne pas avoir de dossier médical partagé et sécurisé, ne pas avoir de véritable interopérabilité entre les multiples acteurs du secteur de la santé et de soins... N'est-ce pas un handicap majeur qui obère, à la racine toute transformation du système de santé/soins ?

Nous sommes, sur la structuration numérique de notre système de santé, très en retard. L'approche actuelle du numérique en santé est simplement catastrophique. Nous avons les technologies et n'attendons plus que les décisions politiques. L'application Stop covid, par exemple, est un échec monumental. Nous pourrions utiliser l'intelligence artificielle sur la lecture de scanner, elle a une lecture plus performante que l'œil humain, le rôle de la machine dans la relation patient/médecin est inexistant. Depuis 3 ans, nous ne notons aucun progrès notable en la matière et nous pouvons avoir des inquiétudes avec la localisation (Chine, USA) des leaders de l'intelligence artificielle. Il nous faudrait des programmes ambitieux et des moyens financiers beaucoup plus importants, plusieurs dizaines de milliard d'euros pour accélérer la mise en place de nos innovations technologiques au service de la santé des Français.

Vous savez que cet ouvrage, « Dessine-moi une complémentaire santé » s'adresse à l'ensemble des dirigeants et décideurs de l'écosystème du secteur de l'assurance complémentaire santé. Qu'avez-vous envie de leur dire ?

Les organismes complémentaires santé ont un rôle essentiel et il faut les laisser faire leur métier. Ils ont une compétence d'évaluation des risques et ne doivent pas avoir comme mission d'être un complément ou un supplétif de l'Assurance Maladie. Le régime de couverture des soins n'est plus universel, il doit évoluer en fonction des comportements de chacun. Si votre comportement diminue les risques d'avoir des problèmes de santé, il faut que la prime d'assurance baisse et inversement. Les Français sont adultes et responsables, ils comprennent très bien le déficit de la Sécurité sociale, ils savent que quand ils ont plus d'accidents de voiture, par exemple, leurs cotisations augmentent. Bien sûr, il est indispensable d'intégrer des dispositifs pour que personne ne reste au bord du chemin. Il est aujourd'hui indispensable de définir clairement la place de l'Assurance Maladie et celle des complémentaires santé. Ces organismes ne doivent pas être la remorque de l'Assurance Maladie. La pire des choses serait de laisser le système figé. Les assureurs n'ont jamais failli par le passé. Il faut leur faire confiance, s'appuyer sur leurs expertises. Le chantier est tellement immense pour transformer notre système de santé, que les complémentaires santé sont les bienvenues, bien sûr, dans le cadre d'une démarche sanitaire globale.

CLAUDE
EWIN

AVOCAT - ANCIEN MINISTRE DE LA SANTÉ

Comment voyez-vous fondamentalement le rôle de la politique sur les stratégies nationales de santé publique ?

La politique de santé publique se doit d'avoir des engagements forts et durables et doit intervenir sur trois tableaux complémentaires : la réduction des inégalités de santé, la prévention et l'accès aux soins. La politique de santé publique doit également s'inscrire dans la durée et concerne simultanément un certain nombre de politiques publiques : l'environnement, le travail, le logement, la lutte contre le tabagisme... La politique de santé publique doit garantir l'accessibilité, quel que soit notre lieu d'habitation. Il est indispensable d'avoir accès à des soins de qualité tout en se posant, bien-sûr, la question de son financement qui doit être abordée avec intelligence et efficience.

L'État définit les politiques de santé et les politiques de financement via la loi de financement de la Sécurité sociale, votée chaque année. L'état, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, doit tout mettre en œuvre pour assurer la plus grande égalité face à la maladie, améliorer la qualité des soins, promouvoir la santé publique, et moderniser notre système. Au-delà, la multiplicité des acteurs aux périmètres d'intervention et aux statuts très divers rend finalement le système de santé français particulièrement complexe avec une incidence probablement négative sur sa lisibilité. Est-ce que l'efficacité, l'efficience, de notre système de santé devraient/pourraient être améliorées ?

Notre système a des fragilités, le premier étant son cloisonnement qui a pour conséquence de ne pas faire travailler ensemble tous les acteurs, autour du patient. Notre système de santé est riche en termes d'acteurs mais il est insuffisamment organisé, coordonné. Il suffit de regarder aujourd'hui le parcours du patient qui dans beaucoup de cas a la nécessité de multiples contacts avec des typologies d'acteurs différentes. Il faut s'engager pour une meilleure organisation entre les différents acteurs pour faciliter, fluidifier le parcours du patient.

Vous évoquez le parcours du patient. Quel est le rôle du patient ? Doit-il être acteur de son parcours de soins ?

Le patient est acteur de sa santé et de son parcours de soins, il est le premier concerné. Il est responsable de son comportement et il lui faut un environnement qui facilite son parcours de santé, de soins. De plus, il est nécessaire qu'il soit reconnu comme tel par tous les acteurs du soin. Il faut reconnaître le droit au consentement, le consentement du patient doit être libre et éclairé. Il doit être informé et être capable de donner son avis.

Concernant la prévention, l'anticipation des risques de santé. Nous entendons qu'il faut sortir de la logique du « tout soin » et rééquilibrer les moyens en faveur de la prévention ?

La prévention santé ne peut pas être globalisée. Elle doit être ciblée en fonction des risques auxquels la population

est confrontée. La prévention crée les conditions permettant d'éviter une pathologie ou le développement des pathologies. La prévention doit véritablement mobiliser tous les acteurs : l'état, les citoyens, les collectivités territoriales, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé. Mais la prévention ne peut être dissociée des politiques publiques générales. Elle s'intègre dans une démarche globale qui touchent beaucoup de secteurs, par exemple le transport, le logement...

De votre point de vue, l'entreprise est-elle aussi un lieu privilégié d'actions de prévention ou de suivi ?

Bien sûr. Le salarié passe une majeure partie de son temps conscient dans l'entreprise. L'entreprise, lieu de production de richesse, a un rôle majeur de sensibilisation, de communication et d'action pour la prévention de certains risques pour ses collaborateurs. C'est d'ailleurs un intérêt partagé, car l'entreprise peut éviter l'apparition de certains risques et par exemple réduire l'absentéisme.

Comment voyez-vous l'articulation des actions de santé publique et celle des acteurs du secteur de l'Assurance ?

Les complémentaires santé, compte tenu de la proximité avec leurs assurés doivent proposer de la prévention et développer les services attendus. À défaut, il me semble que la complémentaire santé risque d'être totalement anonyme, sans caractéristiques particulières, sans valeur autre que celle de rembourser une petite partie de certains soins. Les complémentaires santé qui ont une relation directe avec leurs assurés doivent proposer des actions, par exemple : comment est-il possible d'éviter une pathologie, comment est-il possible d'avoir accès à des soins de qualité ?

En complément des actions publiques nationales, locales et celles du régime obligatoire, selon vous, un acteur de la complémentaire santé (Assureur, Mutuelle, Institution de Prévoyance...) devrait-il également être présent dans l'ensemble du parcours de soins, de santé des assurés ?

Les complémentaires santé sont totalement légitimes de s'intégrer dans le parcours de santé et de soins de leurs assurés. Ce n'est pas un rôle dédié et unique, mais les complémentaires santé sont déjà financièrement et en matière de services, acteurs, avec d'autres, du parcours de santé. Il est utile de rappeler un point complémentaire très positif, et pour ce qui est spécifiquement le cas pour les Mutuelles. Elles sont animées par des militants qui s'engagent sur le terrain et leurs réseaux de proximité constituent un maillage territorial intéressant et fluide.



GÉRARD
RAYMOND

PRÉSIDENT DE FRANCE ASSO SANTÉ

©Vincent MACHER

La découverte de ce début du 21^e siècle, n'est pas le numérique, mais le droit des patients, la naissance de la démocratie sanitaire, la loi du droit des patients et l'émancipation des patients vis-à-vis du parcours de soins et des professions de santé. Rappelons que les droits des patients, depuis la loi Kouchner de 2002, reposent sur deux textes de loi du début de ce siècle : la loi du 4 mars 2002 dont le titre II s'intitule Démocratie sanitaire, complété depuis par la loi du 22 avril 2005 sur les droits des malades en fin de vie.

Chaque patient a donc des droits et peut exiger d'avoir ses informations de santé et participer à son traitement et l'évolution de sa santé. Il s'agit plus généralement de donner plus de démocratie pour les usagers dans l'élaboration des politiques de santé. Même si depuis quelques années, l'application du droit des patients, monte en puissance, il subsiste encore quelques freins à son application, en particulier à cause de la peur du changement. Les corps constitués de professionnels de santé ont encore quelques réticences et certains encore, en les paraphrasant, n'hésitent pas à dire « ce n'est pas les patients qui doivent nous dire ce que l'on doit faire ».

Il faut constater que la France n'a pas une politique de santé mais plutôt une certaine organisation des soins, conditionnée dans son financement public par une nécessité d'équilibre comptable, avec des financeurs, en particulier l'Assurance Maladie et les complémentaires santé. Notre capacité au changement est plus que compliquée et, ne nous le cachons pas, il y a une difficulté d'introduire la reconnaissance du patient dans notre système de santé global. Il y a un énorme travail de pédagogie à faire auprès des Français sur les droits du patient. Les Français sont tellement loin du soin, de la santé, peu de personnes d'ailleurs perçoivent la notion de capital santé. Il faut dire « à décharge » que nous n'avons pas réalisé l'éducation à la santé, la valorisation de la prévention et que notre système de santé est un système essentiellement de soins, axé sur le curatif. Il faut véritablement faire de l'éducation à la santé, sortir du « tout curatif » et entrer dans une culture de la prévention, et de l'accompagnement des personnes à risques et des malades. Les Français ne savent pas ce qu'est la démocratie sanitaire. Si nous devons collectivement faire un gros effort pour éduquer sur ce point l'ensemble des citoyens, il faut que les Français comprennent également que le système de santé a aussi besoin d'eux !

J'espère que la crise sanitaire que nous traversons va permettre une évolution des prises de conscience et nous faire comprendre les limites, pour la santé publique, d'une gestion uniquement comptable et restrictive. La crise sanitaire révélatrice des fragilités du système de santé et probablement un accélérateur vers plus de démocratie sanitaire. Cette accélération doit également tendre vers plus de participation directe ou représentative dans les politiques de santé, dans les territoires et la société. Il faut noter que l'indignation de certains qui critiquent, à juste titre, certains pans de notre système de santé, en particulier certaines associations, doit se transformer pour aller vers une co-construction positive et responsable.

J'ai la conviction qu'il faut repenser l'ensemble du système de santé, prendre de la hauteur et du temps pour redéfinir le financement et l'organisation du système de santé. Il faut redessiner le champ des acteurs et des financeurs. Nous devons coordonner l'ensemble car toutes les actions sont très cloisonnées et chacun fait son chemin, de son côté. À tel point que nous pourrions nous demander « Y- a-t-il un pilote dans le système de santé ? ». Sans faire de révolution, il y a matière à progresser sur la gouvernance. Autre point essentiel et structurant, aucune réforme de fond du système de santé, durable et compréhensible par tous, ne se fera si nous ne nous saisissons pas d'une façon proactive de l'outil numérique. Par exemple, ne pas avoir un dossier médical partagé et sécurisé pour tous est une aberration. Il s'agit d'un retard majeur. De mon point de vue, il s'agit là d'une urgence absolue, même d'un préalable à toutes réformes du système de santé, avec l'obligation pour les professionnels de santé d'ouvrir le dossier médical partagé de chaque patient et bien sûr, de le remplir !

Il était indispensable, de mon point de vue de voir le cadre général, pour aborder plus spécifiquement le rôle de la complémentaire dans le parcours de santé ou de soins, objet de votre ouvrage. Nous pourrions réfléchir au fait que les organismes de complémentaire santé, au-delà du rôle historique de financer une partie des soins, s'engagent plus fortement sur l'éducation à la santé et la prévention. Ces organismes sont totalement légitimes, tout comme l'Assurance Maladie, pour porter des actions de cette nature.

HÉLÈNE
GRIGNON-BOULON

DIRECTRICE DES RESSOURCES HUMAINES DE SOPRA STERIA

Commençons par évoquer les garanties complémentaires santé collective. Constatez-vous aujourd'hui des faiblesses concernant les contrats complémentaires santé ?

La réforme des contrats responsables de 2016 a eu un impact sur le niveau de garanties des salariés, notamment sur la limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires. Les entreprises, pour maintenir le niveau de garanties des salariés, ont été obligées de mettre en place des options non responsables, obligatoires ou facultatives. D'autre part, certaines prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale ou très peu, ne sont pas bien remboursées alors qu'elles sont très utilisées et très visibles (ostéopathie, sophrologie, parodontie...). Enfin, la mise en place de la réforme 100 % santé a demandé un effort important de communication et de pédagogie aux entreprises à destination des salariés.

Pensez-vous que les garanties complémentaires santé collectives sont aujourd'hui proche de l'uniformisation, voire de la banalisation ? Quelles seraient les éventuelles évolutions à prévoir ? et à quel horizon ?

Banalisation oui, car il est aujourd'hui devenu incontournable d'avoir des garanties élevées, cela devient un droit pour le salarié et non plus un avantage donné par les entreprises, ce qui minore la différenciation pour les employeurs. Avec la mise en place du 100 % santé, il est devenu difficile de comparer les garanties d'un assureur à l'autre, les évolutions à prévoir seraient une uniformisation des tableaux et libellés de garanties pour une plus grande lisibilité sur l'ensemble du marché. Mais cela pourrait prendre quelques années avant que nous puissions aboutir à une grille unique.

Si nous occultons l'aspect « tarif » (certes important) de la complémentaire santé collective, quels sont selon vous, les éléments qui feront la différence pour conquérir de nouvelles entreprises clientes ?

Les services proposés en inclusion (téléconsultation), une garantie assistance qui réponde vraiment aux besoins des salariés. Un réseau de soins efficace, c'est à dire avec un large éventail de services attractifs et un taux d'utilisation performant.

Selon vous, un acteur de la complémentaire santé collective devrait-il être présent dans l'ensemble du parcours de santé des salariés des entreprises assurées ?

Certains services pourraient effectivement être mis en place pour un suivi plus régulier. Cependant, en fonction des soins et de la santé de chaque assuré, nous devons évoquer les données de santé confidentielles, dont l'accès est réservé aux médecins. Les assureurs complémentaires santé sont confrontés à l'impossibilité d'avoir accès à ces informations.

Est-ce que les services santé, associés aux garanties de remboursement des contrats complémentaires santé, seraient un moyen d'augmenter la valeur perçue par les salariés, par les entreprises ? Pourquoi ? Les services santé ne peuvent être considérés comme

des valeurs perçues mais plutôt comme de l'accompagnement personnalisé, et ne doivent pas être mis au même niveau que des remboursements de garanties. Dans le cadre de la garantie assistance, certains services peuvent aussi être perçus de manière restrictive, comme le nombre de jours de garde d'enfants, ou le nombre d'heures d'aide-ménagère. Il faudrait pouvoir donner accès à un réseau de prestataires qualifiés et labellisés par l'assistance ou le réseau de soins. Les services santé sont bien perçus par les salariés, car outre les garanties, les entreprises et salariés ont l'impression d'être mieux couverts et mieux accompagnés.

Dans cet esprit, la prévention, le dépistage, l'orientation, l'accompagnement des salariés, assurés, s'intègrent-ils à la chaîne de valeur servicielle de la complémentaire santé ?

Ces 4 typologies de services s'inscrivent effectivement dans la promesse servicielle de certains assureurs qui considèrent les services santé comme une part importante de leur métier. Ces assureurs complémentaires santé innovent donc tous les ans avec de nouvelles propositions de services. De plus, l'évolution des éléments de la garantie santé donnent aux DRH, des occasions de communiquer auprès de nos salariés sur la pertinence des couvertures proposées et surtout financées.

Voyez-vous, en tant qu'entreprise, des freins majeurs pour l'intégration de plus de services santé, par les complémentaires santé collective ?

Pas de frein majeur hormis le fait important qu'il convient de ne pas utiliser les données collectées à des fins commerciales, ce qui seraient en contradiction avec le but premier de ces services.

Voyez-vous un d'autres éléments, d'autres services à intégrer, selon vous, dans la chaîne de valeur de la complémentaire santé collective ?

Il faut préalablement une communication plus importante du réseau de soins qui propose ces services santé sachant que la majorité des salariés n'utilise pas ces services, soit parce qu'ils sont habitués à leur praticien soit parce qu'ils sont mal informés. Par exemple, sur les ateliers et visites d'opticiens, sur l'accès à des prestataires labellisés et cautionnés par le réseau. Un service intéressant serait un accompagnement pour les salariés atteints de certaines pathologies, par exemple de cancer, avec une aide sportive, ou une garantie supplémentaire les concernant. Les services de bien-être des salariés sont aujourd'hui de plus en plus prisés, la majorité des sociétés de taille importante propose déjà ce type de services via leur comité d'entreprise. Cela pourrait effectivement être un service également proposé par des complémentaires santé.

N'avez-vous pas l'impression que cette intégration « traîne » à être proposée dans les offres ? N'est-ce pas aujourd'hui important d'accélérer cette intégration ?

Plusieurs assureurs ont aujourd'hui intégré d'office ces services dans leurs offres. Cependant, il faut constater qu'il aura fallu attendre la crise sanitaire pour étendre



le droit à la téléconsultation... Il y a effectivement un retard sur la proposition de services santé innovants, la crise sanitaire aura permis de le constater. L'intégration des services santé peut faire la différence en fonction de certains secteurs d'activités, nécessitant plus de services que d'autres.

Selon vous, les coûts (directs/indirects) de l'intégration des services santé souhaités dans la complémentaire santé doivent-ils être toujours supportés et intégrés dans la cotisation? Le modèle de l'inclusion des coûts de tous ces services à la cotisation mensuelle du contrat complémentaire santé, est-il à faire évoluer?

La mutualisation des coûts des services dans les cotisations est la formule la plus intéressante car elle reste transparente pour les salariés. Certaines entreprises seraient favorables à séparer les coûts des services, des cotisations afin de distinguer deux contrats spécifiques. Cela poserait la question de la facturation, serait-elle via la Déclaration Sociale Nominative sachant que la majorité des entreprises ne souhaitent plus de bordereaux papiers.

Ne serait-il pas judicieux que les acteurs de la complémentaire santé, afin de mutualiser les coûts, externalisent à des tiers de confiance: des plateformes santé, des gestionnaires externes (TPA), des startups...

L'externalisation est de plus en plus courante notamment lorsqu'une entreprise cliente est suivie par un courtier. Des acteurs majeurs de la gestion santé sont aujourd'hui très connus et travaillent afin d'apporter le meilleur suivi à nos entreprises. De notre point de vue, la facturation, est effectivement plus facile lorsque le prestataire est l'interlocuteur unique.

D'ailleurs, sur le sujet des plateformes santé ou réseaux de soins, historiquement intégrés dans la complémentaire santé, pensez-vous qu'elles doivent être au cœur de la chaîne de valeur servicielle et proposer aux entreprises des services santé à mettre à disposition de leurs salariés?

Si d'autres services étaient à leur confier, il faudrait former des équipes et probablement augmenter leurs coûts de gestion, à l'heure où l'économie est la principale préoccupation des sociétés.

Concernant plus spécifiquement les nouvelles technologies (objets connectés, intelligence artificielle...), pensez-vous que leur intégration dans les services déployés par les complémentaires santé est indispensable?

Certaines complémentaire santé ont déjà commencé à utiliser les nouvelles technologies, par exemple, l'utilisation de la montre connectée pour l'activité sportive qui devient l'un des thèmes importants. Cependant, les données générées pourraient être utilisées à d'autres fins, contestables. Ces données de santé confidentielles pourraient potentiellement servir à majorer les tarifs en fonction de la santé des assurés. Dans ce contexte, l'utilisation des objets connectés proposée par la complémentaire santé n'est pas indispensable, la majorité de la population étant par ailleurs déjà connectée. L'utilisation d'objets connectés est cependant intéressante dans certains cas, mais doit uniquement servir dans le cadre d'accompagnement personnel.

Pensez-vous que des menaces concurrentielles peuvent se développer « contre » les acteurs traditionnels de la complémentaire santé? (par exemple, des offres de complémentaires santé avec beaucoup plus de services, de technologies...)

De nouveaux acteurs apparaissent sur le marché de la complémentaire santé et proposent des services innovants avec une offre 100 % digitalisée, mais le contact client reste malgré tout important pour un suivi optimal. Il faut cependant que les acteurs de la complémentaire santé se renouvellent afin de continuer à être performants dans ce secteur qui devient de plus en plus concurrentiel.

En conclusion, quels seront les principaux traits, les principales caractéristiques de la complémentaire santé collective de demain?

Un accompagnement plus important, des services innovants, des occasions de communiquer sur la qualité du programme de la complémentaire santé proposée aux salariés, des ateliers ciblant chaque secteur d'activité, car les problématiques sont différentes d'un secteur professionnel à un autre, tout en gardant à l'esprit que le suivi client reste important à l'heure où nos modes de consommation santé évoluent.

E
X
P
E
R
T
S
I
N
T
E
R
V
I
E
W
S



PATRICE-MICHEL
LANGLUMÉ

DIRECTEUR PÉDAGOGIQUE DE L'ECOLE SUPÉRIEURE D'ASSURANCES



Les garanties complémentaires santé ne répondent plus à l'attente de tous les Français et ce quelques soient leurs lieux d'habitation, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les Français souhaitent avoir un accès rapide et de proximité à un médecin généraliste, à un médecin spécialiste notamment les radiologues, à un kinésithérapeute, à un ostéopathe, à un chirurgien-dentiste, à un podologue... qu'ils soient à leur domicile ou en déplacement en France. Je suggère, par exemple, aux complémentaires santé en France d'étudier le modèle de l'assureur santé espagnol SEGURO ADESLAS qui a su mettre en œuvre un dispositif d'immédiateté d'accès aux soins. Ce dispositif suppose de créer un réseau de professionnels de santé, qui acceptera contre rémunération la contrainte de l'astreinte. Ainsi l'assuré appelle un numéro dédié de la plateforme santé qui prend pour lui le rendez-vous et le rappelle pour lui donner l'heure du rendez-vous et les coordonnées du professionnel de santé recherché. La plateforme a l'avantage de pouvoir rappeler au professionnel de santé qui répondrait négativement son engagement contractuel pour lequel il est rémunéré. Cet exemple image, me semble-t-il, le fait que les complémentaires santé doivent aller bien au-delà de leur caractère indemnitaire et se positionner dans l'accompagnement et l'orientation santé de leurs assurés. À défaut d'offres servicielles répondant aux besoins d'immédiateté par exemple, les garanties complémentaires santé sont complètement uniformisées, banalisées sur les garanties. Seules, quelques différences subsistent sur les tarifs.

Les acteurs de la complémentaire santé, devront impérativement développer de la valeur ajoutée et donc reconsidérer et étendre leur périmètre serviciel dans un horizon maximum à 3 ans et être présents dans l'ensemble du parcours de santé de leurs assurés. Cela est d'autant plus simple que les outils de prévention, de dépistage, d'orientation, d'accompagnement des assurés existent pour la plupart et peuvent donc s'intégrer à la chaîne de valeur servicielle de la complémentaire santé.

Il faut reconsidérer le fait que certains pensent que c'est impossible. Les dirigeants se doivent de relever le défi et se convaincre que leur organisme a pour objectif d'apporter des solutions servicielles à leurs assurés confrontés à des situations délicates et pour certains immédiates, comme pouvoir consulter un professionnel de santé dans un délai de 24 heures.

Autre orientation, sur un sujet sociétal et à enjeu majeur pour le secteur de l'assurance, la création de la 51^e branche de Sécurité sociale pour financer le risque de perte d'autonomie. Les complémentaires santé ont de mon point de vue vocation et intérêt à accompagner cette branche, sachant que les objets connectés et l'intelligence artificielle auront, sur la perte d'autonomie, un rôle capital à jouer.

Pour terminer sur le rôle et les objectifs de la formation dans l'ingénierie des risques liés à la complémentaire santé, j'ai la conviction que nous devons privilégier les risques stratégiques et plus particulièrement celui de se voir concurrencer. Si les complémentaires santé se limitent à leur rôle actuel, elles pourraient être « disruptées » par une offre complémentaire santé de l'Assurance Maladie.

Même si l'avenir de la complémentaire santé pourrait être porté par des assureurs complémentaires santé, aujourd'hui, force est de constater que l'évolution la plus significative me paraît être, l'absence d'évolution!

INTÉRIEWS
CROISÉS



BRUNO
HUSS

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS
DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Banalisation / uniformisation de la complémentaire santé ?

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES
DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Aujourd'hui, les garanties complémentaires santé sont essentiellement structurées autour du contrat responsable et centrées sur des remboursements complémentaires à la prise en charge de la Sécurité sociale, et sont de fait, limitées à une approche essentiellement curative. La dimension prévention apparaît trop limitée, ainsi que les prises en charge de soins et de médecines moins académiques. Le lien avec la prévoyance n'est pas assez fort et fait l'objet souvent de garanties supplémentaires et non en inclusion.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Nous ne pouvons pas parler de faiblesse dans les garanties des complémentaires santé. Je dirais plutôt que certaines garanties ne correspondent pas, ou plus, aux besoins de ceux qui les ont souscrites. Notons également que les besoins de nos assurés évoluent dans le temps avec leur situation personnelle, leur âge, ... Il faut donc être très vigilant à la fois lors de la souscription du contrat complémentaire santé mais aussi plus tard, dans la vie du contrat, pour adapter l'offre aux besoins et faire évoluer les garanties.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCI

La faiblesse majeure des garanties actuelles est directement liée à la réforme CAS/non CAS (Contrat d'accès aux soins) devenu OPTAM/non OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et qui limite le remboursement des honoraires des médecins n'ayant pas signé les accords mentionnés ci-avant. Cela peut entraîner un reste à charge pour l'assuré, notamment lors d'une opération en clinique, avec des dépassements d'honoraires facturés par le chirurgien et/ou l'anesthésiste. Ceci est d'autant plus regrettable que l'on est face à un risque lourd et peu « contrôlable » par le patient (à l'inverse de l'optique par exemple), qui devrait donc être particulièrement bien pris en charge par la complémentaire santé.

Plus un système est régulé et imposé, plus il est difficile de se différencier. Paradoxalement les pouvoirs publics accélèrent le fait que la Sécurité sociale, qui ne peut proposer de remboursements aussi larges que souhaités par les Français, doit se libérer de certaines charges financières et simultanément essayent d'imposer une Sécurité sociale « bis » avec comme tronc commun une uniformisation des garanties des complémentaires santé.

Culturellement, l'assurance complémentaire santé en France est considérée comme un service de consommation courante. Les comportements sont souvent « Je paye

une complémentaire santé et je dois y gagner. À minima je dois être remboursé de ce que j'ai payé ». Les assurés oublient ce qu'est exactement l'assurance et ses principes avec en plus le réflexe de considérer que la santé « c'est gratuit ». Nous devons constater le peu de responsabilité individuelle de chaque citoyen par rapport aux dépenses de santé. Le 100 % santé conforte aussi le sentiment que la santé n'a pas de prix, n'a pas de coût. De plus, si l'automatisation des processus de remboursement est une bonne chose, elle conforte le rôle que l'assureur n'est qu'un payeur. Nous devons faire évoluer ce modèle vers un modèle de responsabilisation des dépenses de santé.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Les contrats complémentaires santé offrent des couvertures très larges, parfois trop larges qui ne permettent finalement pas de faire de vrais choix entre ce qui serait indispensable et ce qui ne le serait pas. Par ailleurs le manque de connaissance en général des assurés du mode de fonctionnement entre le régime de base et la complémentaire santé affaiblit le dispositif, les assurés n'ayant pas toujours la perception de la composition de leur remboursement.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

La principale faiblesse des contrats complémentaires santé tient dans l'impossibilité aujourd'hui d'avoir une forte personnalisation des produits. Les contraintes liées à la reconnaissance du caractère responsable du contrat sont très structurantes. Elles conduisent à une forte normalisation des offres et à une quasi-impossibilité à proposer une offre différenciante. Une autre faiblesse découle du « statut » de la complémentaire santé. Les garanties que nous proposons complètent celles apportées par la Sécurité sociale, ce qui limite fortement notre lisibilité dans l'expression même de nos garanties. Même avec tous les efforts de lisibilité déjà effectués,

nous sommes enfermés dans une terminologie, utilisée par la Sécurité sociale pour exprimer ses garanties, peu compréhensible. Un travail de fond mené par la Sécurité sociale en lien avec les complémentaires santé serait souhaitable afin de parvenir à des garanties qui pourraient être aisément comprises par nos clients. En l'état, la seule différenciation possible pour les assureurs complémentaires réside dans l'offre de services.

BERTRAND GUÉGUINIAT - DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Aujourd'hui, les contrats « sur-mesure » qui sont gérés par l'intermédiaire des courtiers sont plutôt adaptés aux besoins des entreprises. Ils s'inscrivent dans l'équilibre entre le budget alloué par l'entreprise et les salariés, et les besoins constatés. Néanmoins, la génération de contrats collectifs complémentaires tels que nous les connaissons aujourd'hui sont uniformes, peu flexibles et ne permettent pas d'adapter les garanties aux besoins spécifiques d'un individu ou d'un groupe d'individus au sein de l'entreprise. En effet, même si la réglementation permet de constituer des collèges « responsables » ou de proposer des options, ces approches ne répondent pas entièrement à la demande d'individualisation des garanties qui émerge au sein des entreprises et sont administrativement très lourdes. Cette individualisation est pourtant la clé de la valorisation des packages proposés par les entreprises à leurs salariés. Selon nos études (étude GBAS 2017 par WTW), moins de la moitié des salariés (47 %) considéraient que

leur programme d'avantages sociaux répond à leurs besoins. À l'inverse, 69 % des salariés à qui on offre un choix sont satisfaits de leur complémentaire. Proposer un choix aux salariés est donc un enjeu de valorisation pour l'entreprise mais aussi d'attractivité et de rétention. En parallèle, certains postes de garanties peuvent encore être optimisés. L'hospitalisation est peut-être le premier poste à regarder. Dans de nombreux contrats, nous avons dû développer des garanties surcomplémentaires non responsables pour couvrir les risques de dépassement très forts. Même s'il s'agit là d'un risque subi peu fréquent, les sommes en jeu peuvent s'élever à plusieurs milliers d'euros pour un individu. Par ailleurs, d'autres garanties mériteraient d'être plus fréquemment intégrées dans les contrats de base : l'implantologie, les médecines douces... Répondant à des besoins légitimes de santé, elles restent encore l'apanage de certains contrats haut de gamme.

Les complémentaires santé proche de l'uniformisation, voire de la banalisation ? Des éventuelles évolutions à prévoir ?

PIERRE FRANÇOIS • DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

La régulation nous pèse et nous enferme dans des contraintes, qui forment un goulet d'étranglement pour les contrats complémentaire santé. J'aimerais signaler que nous entendons presque toujours la même chose « les offres complémentaires se banalisent ». Mais cette offre « banalisée », est-ce finalement un problème pour le client ou pour les assureurs que nous sommes. Je crois qu'il convient de se poser les bonnes questions. Est-ce que cela gêne les clients ? Si les clients veulent tous la même chose, n'est-ce pas à eux de décider ? Qui décide ? Qui veut quoi ? Le client n'est-il pas finalement le centre de toutes nos attentions ?

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Les garanties santé sont de plus en plus uniformisées par la réglementation et, de fait, banalisées au niveau du marché, pour ne pas dire administrées par la puissance publique. Les pouvoirs publics ont de plus en plus tendance à considérer la santé et les soins comme un domaine régalien, qui s'étendrait, au-delà de l'Assurance Maladie, sur les complémentaires santé, avec une volonté forte d'en harmoniser l'offre afin de la faire rentrer dans les objectifs de santé publique. Les complémentaires santé conservent donc peu de latitude dans la détermination des garanties qui finissent par rentrer dans un certain moule uniforme.

De plus, une certaine difficulté de lecture des contrats et de compréhension exacte des taux de remboursements rendent la vision concurrentielle parfois difficile et pousse également à une uniformisation de présentation des garanties par respect pour l'assuré.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCI

Sans être Normand, je dirais oui et non... Oui, car effectivement la liste des actes garantis est souvent la même. Mais non, car la prise en charge de certains frais non remboursés par la Sécurité sociale, comme les implants dentaires, le sevrage tabagique, les différentes médecines douces...et plus globalement le très grand nombre de postes de remboursements différents, couplé au choix très large de niveaux de garanties pour chacun de ces postes, permet à tous et spécifiquement à nous intermédiaires, d'ajuster la proposition faite aux besoins spécifiques du client. L'évolution à prévoir, et qui est déjà en cours (travaux du CCSF notamment), est la plus grande

lisibilité des garanties afin de permettre aux clients de mieux comprendre et comparer. La complémentaire santé est probablement la « langue » la plus compliquée à comprendre après l'informatique ! Déterminer par exemple pour tous les contrats, une bonne fois pour toute, si la garantie exprimée inclue ou pas le régime obligatoire, serait un énorme progrès en ce sens...

Les évolutions règlementaires (contrat responsable, 100 % santé ...) ont pu donner l'impression d'une certaine uniformisation des garanties mais cela ne nous empêche pas d'être mieux disant ou d'innover en proposant de nouvelles prises en charge ou de nouveaux services.

CHRISTIAN OYARBIDE • VICE-PRÉSIDENT ET CO-FONDATEUR DE LA MUTUELLE LES SOLIDAIRES, PRÉSIDENT CO-FONDATEUR DU CERCLE VIVIENNE, PRÉSIDENT DU GROUPE MUTLOG

L'avenir des « complémentaires santé » – si l'on s'en tient strictement à cette appellation – est sombre. Pas tant à cause de la concurrence, en partie à cause de la pression de la réglementation prudentielle européenne inadaptée à cette activité, mais surtout parce que c'est l'État qui, en France, donne le « la » : il définit les espaces d'intervention (en les réduisant), la nature des garanties (en les encadrant), les modes d'exercice de nos métiers (en les normalisant et les limitant). Imaginer une différenciation par les garanties dans un tel contexte relève du fantasme. Et d'ailleurs le marché se bat sur les prix avec une intensité jamais connue.

En revanche, si l'on revient à la mission originelle des mutuelles (puisqu'il s'agit de celui-là) qui n'est pas d'assurer un risque, de proposer des produits ou d'empiler des tableaux de remboursements mais de favoriser l'accès de tous à la santé, alors, l'horizon des possibles s'élargit brusquement.

Par exemple, il est possible de penser « voies d'accès aux professionnels de santé », de travailler sur la reconquête d'enjeux de santé publique comme la vaccination

(un sujet majeur dans cette période de pandémie). Si l'on se souvient que, pour les mutuelles, l'accès de tous au système de santé est notre mission, alors on peut aller au-devant de populations qui en sont éloignées pour de multiples raisons et repenser nos modes de mutualisation. Si, enfin, nous sommes convaincus que la santé n'est pas qu'une affaire de financement ou de solutions thérapeutiques, mais surtout d'écoute des situations concrètes vécues par des individus concrets, alors nous pouvons faire éclore un rapport aux populations qui renouvelle notre inscription dans les territoires. Si nous travaillons avec les professionnels de santé – et au-delà avec toutes les professions du soin et de l'attention aux autres – de ces territoires, d'autres espaces s'ouvriront. Mais évidemment, cela suppose de se redéfinir – il faut le dire et le redire – comme « acteur de l'accès à la santé » et pas comme « payeur en complément de la Sécurité sociale » ; encore moins comme assureur d'un risque dont il a été constaté, lors de la pandémie Covid-19, qu'il échappait en grande partie à la logique assurantielle.

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

Les acteurs de la complémentaire santé doivent être déterminés à aller au-delà du périmètre de l'indemnisation, désormais standardisée. Le bien-être, l'accompagnement santé, la prévoyance, et bien sûr le conseil permettront de se différencier. La condition étant l'efficacité opérationnelle sur notre cœur de métier, le remboursement des prestations santé. Nous devons évoluer dans un périmètre plus large, avoir de la créativité et proposer une expérience client globale autour du parcours de santé et de bien-être.

Le contrat responsable, le 100 % santé, induisent une forme d'uniformisation et effectivement de banalisation renforcée par les messages marketing qui formatent les arguments et la présentation des produits, sans parler des besoins de standardisation liés à l'industrialisation des offres. Concernant d'éventuelles évolutions à prévoir, le choix est assez limité. Soit la standardisation est au maximum afin de diminuer les coûts et faciliter, en apparence, la distribution, le chemin est différent en déployant plus de personnalisation et d'adaptation des offres aux besoins.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

BERTRAND GUÉGUINIAT – DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Effectivement, si nous neutralisons les effets de gamme (contrat haut de gamme versus contrat de base, individuel versus collectif), les contrats se ressemblent tous en termes de garanties. Il s'agit de l'effet de la réglementation qui a encadré les contrats depuis plusieurs décennies. Les salariés qui passent d'une entreprise à l'autre ne voient que peu de différence entre les régimes et il est très difficile de valoriser cet avantage social vis-à-vis d'un nouveau collaborateur ou même au sein de l'entreprise.

Pour autant, le regard des salariés sur les contrats n'est plus focalisé sur les garanties uniquement et les services sont aujourd'hui aussi importants à leurs yeux. Ainsi la garantie casse sur les lunettes, la téléconsultation, la gestion en ligne de son compte, la possibilité d'adresser une photo de sa facture ou de son devis depuis son smartphone sont les services incontournables d'un bon contrat. La qualité de gestion est aussi un différenciateur fort : une réponse rapide, sûre, a de la valeur pour l'utilisateur ; l'automatisation de l'onboarding avec les Echanges de Données Informatiques, les formulaires sur Internet intuitifs et l'accompagnement des salariés simplifient le quotidien des entreprises ; un équilibre entre le digital pour les demandes simples et la réponse humaine en cas de problèmes ou de sinistres graves assure aux usagers une expérience client à valeur ajoutée.

Les évolutions à prévoir me semblent donc relever de deux challenges tout aussi importants l'un que l'autre : faire évoluer nos contrats au plus proche des besoins des usagers (avec les impacts réglementaires, informatiques ou d'accompagnement et de conseil des salariés), transformer les complémentaires santé de simples « rembourseurs » de frais en véritables gestionnaires, assembleurs et fournisseurs de services.

Ces évolutions ont déjà commencé mais prendront encore plusieurs années. Les grands gestionnaires/assureurs ont déjà entrepris de grands travaux informatiques sur leurs systèmes pour mieux intégrer ces nouvelles dimensions. Ils travaillent sur l'optimisation des parcours digitaux, les prémices du profilage et de l'automatisation dans les process simples de réponse aux clients (par exemple, les chatbots). Le déploiement de services toujours plus nombreux impose d'organiser à grande échelle leur mise à disposition et leur facturation.

En parallèle, les grands groupes internationaux déploient des stratégies mondiales d'avantages sociaux qui s'appuient sur des offres à tiroirs (approche anglo-saxonne) dans l'optique de proposer à leurs collaborateurs des choix qui viendront renforcer leur satisfaction et la fierté d'appartenance vis-à-vis de l'entreprise. La France, avec son cadre réglementaire stricte, freine encore ces déploiements mais les enjeux pour ces entreprises sont importants.



CHRISTIAN OYARBIDE

VICE-PRÉSIDENT ET CO-FONDATEUR DE LA MUTUELLE LES SOLIDAIRES, PRÉSIDENT CO-FONDATEUR DU CERCLE VIVIENNE, PRÉSIDENT DU GROUPE MUTLOG

En occultant l'aspect « tarif » de la complémentaire santé, quels éléments pour faire la différence, pour conquérir de nouveaux clients/adhérents ?

CHRISTIAN OYARBIDE • VICE-PRÉSIDENT ET CO-FONDATEUR DE LA MUTUELLE LES SOLIDAIRES, PRÉSIDENT CO-FONDATEUR DU CERCLE VIVIENNE, PRÉSIDENT DU GROUPE MUTLOG

Dans le contexte de la vision précédemment évoquée, la prise en charge financière de soins devient accessoire et ce que d'aucuns appellent, abusivement, « service » pourrait devenir essentiel. Mais, là non plus, l'empilement n'est pas la solution.

Nombre de services existent et sont déjà inclus dans les contrats santé, mais ils ne parviennent pas aux populations qui en ont besoin. Ils sont invisibles parce qu'ils ne partent pas du vécu des gens et singulièrement de ceux auxquels ils seraient le plus utile.

Le Président d'un grand syndicat de médecins s'est opposé (avant le confinement lié à la pandémie Covid-19) à la téléconsultation au motif qu'elle allait servir aux cadres supérieurs pressés pour se soigner sur l'heure du déjeuner. Si c'est cela, alors oui la téléconsultation est inutile. Mais il n'a pas répondu à une question que nous nous posons à la Mutuelle Les Solidaires : et si la consultation était utile aux parents de familles mono parentales qui manquent de temps eux aussi, mais pas dans le même contexte ? Il n'a pas répondu à une question que nous nous posons au sein de Mutlog à propos du maintien dans le logement des personnes en situation de perte d'autonomie : comment faire en sorte qu'elles puissent bénéficier d'outils pour se soigner, respecter les prescriptions médicamenteuses sans avoir à mobiliser leurs aidants au-delà de leurs possibilités ?

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

La pression exercée par le Gouvernement, souvent relayée par des associations de consommateurs, sur les frais de gestion tend à niveler l'offre sur le strict respect des contrats responsables. Cela s'impose sur le marché individuel, mais encore plus sur le marché collectif où la pression tarifaire est presque à la limite de la pratique de dumping. Les mutuelles sont donc amenées à valoriser les aspects solidaires, voire affinitaires, de leurs offres, permettant aux adhérents de se sentir sécurisés, dans le temps et l'espace, par leur adhésion avec des prises en charge plus larges que les simples compléments à la Sécurité sociale.

Le sujet d'une distanciation, voire d'une certaine déconnexion, à la stricte offre de l'Assurance Maladie peut même se poser, tout en laissant à l'Assurance Maladie le rôle central de la protection sociale.

La complémentaire santé, perçue désormais comme un produit de consommation courante, a véritablement des difficultés à sortir de son prix de vente. Si nous occultons cet aspect, des services comme la téléconsultation vont accélérer assez rapidement l'approche servicielle des complémentaires santé. Cependant ce service ne permettra plus de se différencier, car d'une certaine façon, accélérer son intégration dans nos offres amènera par conséquence une forme de standardisation. Les services autour de l'utilisation de la donnée de santé pourront apporter une véritable valeur ajoutée de conseils aux clients et accélérer nos stratégies servicielles. Il y a un enjeu majeur autour des données de santé malgré la frilosité contrainte de la plupart des acteurs. Les outils prédictifs permettront de délivrer du conseil, de faire de la prévention individualisée, par exemple ; l'analyse des meilleurs moments d'intervention médicale. Cela constituera probablement des leviers d'amélioration de nos services. Bien sûr il conviendra de s'engager préalablement à aucun usage détourné ou à mauvais escient de la donnée récoltée et gérée.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Plusieurs leviers permettent de faire la différence. D'abord n'oublions pas avant tout que l'attente des consommateurs est d'être bien remboursé ! Une bonne prise en charge financière est essentielle. Ensuite, la personnalisation est indispensable car si la complémentaire santé repose sur un socle de prise en charge commun, elle doit être adaptée en fonction des besoins spécifiques de chacun. La personnalisation permet d'emporter souvent l'adhésion. Dernier élément, les services sont indispensables pour aller plus loin que le simple rôle « d'assureur payeur », ils permettent de mettre de l'humain dans le contrat, de l'accompagnement, de la prévention, et de l'assistance.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

Les éléments qui feront la différence pour conquérir de nouveaux clients/adhérents, seront la lisibilité et la clarté de l'offre. Et si beaucoup de chemin a déjà été fait en la matière, la simplification et la fluidité dans l'utilisation au quotidien de la complémentaire santé doivent s'imposer, par exemple, la capacité à avoir rapidement, un devis clair, des délais de remboursement rapides.

Incontestablement la qualité des offres, les services, à condition qu'ils soient concrets et perceptibles par les clients.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

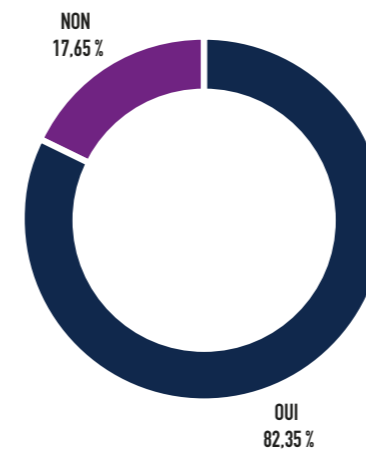
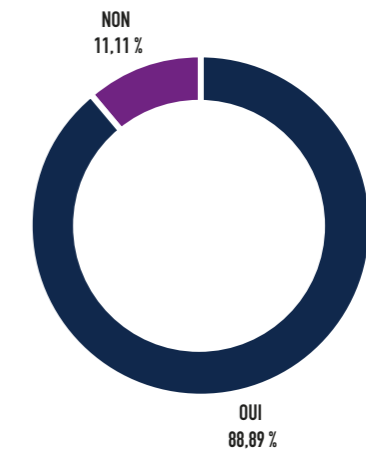
Les principaux secteurs de différenciation sont l'offre de services, leur facilité d'accès ainsi que la qualité globale de l'expérience client tant dans la mise en œuvre des services que dans la gestion du contrat et des remboursements. Dans le domaine de la complémentaire santé collective, il me paraît essentiel de concentrer nos efforts sur l'accompagnement des entreprises dans l'amélioration du bien-être au travail.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Le premier élément est la qualité du conseil et de l'accompagnement de l'entreprise. Les complexités actuelles sur le plan juridique et technique sont telles que les entreprises ont besoin d'être confortées dans la qualité de leurs dispositifs, du pilotage des régimes et dans l'appréhension des évolutions incessantes qui affectent leurs contrats. Le second élément est l'expérience client. On choisit une complémentaire santé pour offrir à ses salariés une expérience sans couture, à la fois digitale et humaine. C'est aussi pour l'entreprise le gage que peu de réclamations remonteront et viendront perturber le fonctionnement de l'entreprise. Le troisième élément est la perception de la qualité du régime. Il s'agit là d'un équilibre entre les garanties assurancielles, des services proposés et de la communication qui accompagnera le déploiement du régime.

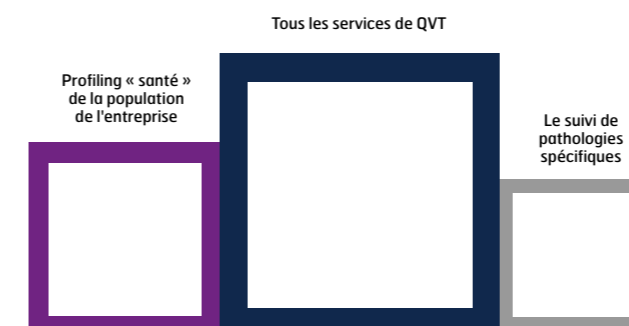
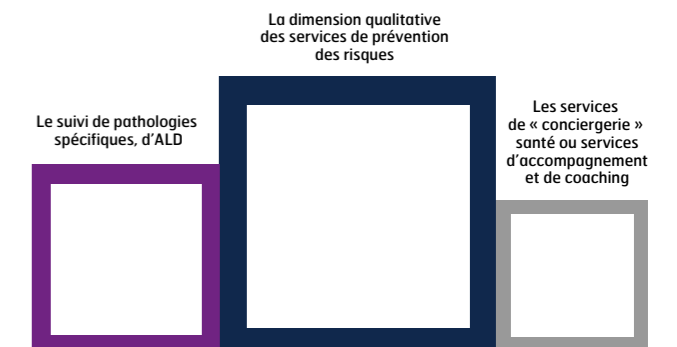
FOCUS ENQUÊTE

D'APRÈS VOUS, LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ « INDIVIDUELLES » SONT-ELLES AUJOURD'HUI PROCHES DE L'UNIFORMISATION, VOIRE DE LA BANALISATION ?



D'APRÈS VOUS, LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ « COLLECTIVES » SONT-ELLES AUJOURD'HUI PROCHES DE L'UNIFORMISATION, VOIRE DE LA BANALISATION ?

SI NOUS OCCULTONS L'ASPECT « TARIF » DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, QUELS SONT SELON VOUS, LES ÉLÉMENTS DE DIFFÉRENCIATION DE L'OFFRE POUR CONQUÉRIR DE NOUVEAUX CLIENTS/ADHÉRENTS POUR LES CONTRATS INDIVIDUELS ?



SI NOUS OCCULTONS L'ASPECT « TARIF » DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, QUELS SONT SELON VOUS, LES ÉLÉMENTS DE DIFFÉRENCIATION DE L'OFFRE POUR CONQUÉRIR DE NOUVEAUX CLIENTS/ADHÉRENTS POUR LES CONTRATS COLLECTIFS ?

* Enquête réalisée par L'assurance en Mouvement, en ligne du 04/03/2020 au 26/03/2020 auprès de professionnels de l'assurance (Assureurs, Mutuelles, Institutions de prévoyance, Courtiers grossistes) concernés par ce sujet. 302 professionnels ont répondu intégralement à ce questionnaire. Les questionnaires et les résultats ont été totalement anonymisés. Chaque répondant ne pouvait répondre qu'une fois au questionnaire

Les complémentaires santé, doivent-elles impérativement développer de la valeur ajoutée et donc reconsidérer et étendre leur périmètre serviciel ?

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

C'est la grande tendance actuelle. Mais avant d'étendre le périmètre serviciel, il faut déjà satisfaire pleinement les clients sur les services de base ! L'accès et la fluidité de l'information via les applications et autres services où le client est acteur de son remboursement sont des avancées majeures. L'idéal serait que le praticien puisse également être partie prenante de cette interaction.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

L'enjeu de l'extension du périmètre serviciel est essentiel pour les acteurs de la complémentarité santé. La majorité des mutuelles en font un sujet d'actualité immédiate, de différenciation indispensable et de fidélisation incontournable. La valeur ajoutée perçue par les adhérents va passer de plus en plus par les services fournis, au-delà des simples remboursements de plus en plus normés et automatisés. D'ailleurs, la notion de services peut être très étendue et recouvrir un spectre très large. Les mutuelles ont, donc là, nature à apporter à leurs adhérents ce qui correspond le mieux à leurs besoins et leurs attentes.

L'association des mutualistes et de leurs élus travaillent à la définition et à l'évolution du périmètre serviciel avec une prise en compte des besoins remontants, plutôt que descendants. Cela contribue au fonctionnement démocratique des mutuelles, enjeu différenciant majeur.

Cette extension du périmètre serviciel doit, bien sûr, s'intégrer dans des modèles économiques de plus en plus contraints et une régulation de plus en plus exigeante.

Finalement, je reste assez perplexe sur ce discours ambiant « sans le service les complémentaires santé sont condamnées ». Qui a été condamné par manque de services, aujourd'hui ? Certes, cela fait plaisir aux équipes marketing, mais la méthode « Coué » sur les services ne fonctionne pas. Je ne suis pas, de principe, contre les services proposés par nos organismes, mais il faut vraiment demander l'avis aux clients et intégrer les services qui marchent et qui sont utiles. La question complémentaire à se poser est-elle, d'ajouter ou d'empiler des services ou bien de faire en sorte que les services existants soient totalement automatisés, utiles et faciles d'utilisation par les assurés.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Oui c'est une nécessité de développer de la valeur ajoutée et d'étendre le périmètre serviciel, mais surtout de communiquer précisément. La valeur ajoutée ne se décrète pas elle se démontre.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Les services sont présents dans les complémentaires santé depuis déjà de nombreuses années. Mais face au risque d'une perception uniformisée des complémentaires santé, il faut savoir se réinventer entre autres grâce à la dimension servicielle. L'enjeu c'est de mieux accompagner notre adhérent dans la gestion de son capital santé entre autres par la prévention et aussi tout au long de son parcours de soin par la proposition de service d'aide et d'accompagnement.

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

À ce jour, aucun acteur ne réussit à réellement faire choisir des clients sur un bouquet de services. Le client ne vient pas pour acheter des services, mais uniquement pour le prix de la complémentaire santé. Il faut donc un véritable effort d'industrialisation des services santé, qui ne doivent pas seulement être « mis sur l'étagère », mais intégrés dans le cadre de parcours. Il devient urgent de développer de la valeur ajoutée en passant aujourd'hui au stade de la démonstration de son intérêt pour toutes les parties prenantes.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Les acteurs de la complémentaire santé devront effectivement poursuivre l'extension de leur périmètre serviciel mais avec le souci permanent de faciliter l'accès des clients à ces services. Ils doivent toutefois être en nombre limité pour : répondre aux besoins essentiels des clients et ne pas constituer pour l'assureur complémentaire santé un simple catalogue ou une vitrine marketing et pouvoir être efficacement promu auprès de l'ensemble des clients.

Il ne faut pas se contenter de les valoriser au moment de la vente, mais aussi assurer une promotion durable de ces services durant l'adhésion. Les services offrent une fréquence de contacts avec les clients bien supérieure aux seuls contacts liés au produit d'assurance et peuvent générer une perception de valeur plus forte que celle tirée du produit d'assurance.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Oui. Le métier a changé et va encore changer. Une complémentaire sans service ou avec très peu de services n'est pas compétitive sur des segments de marchés fortement concurrentiels. Le sujet n'est pourtant pas de proposer des services dans un contrat. Il s'agit de les faire vivre, de faire adhérer les usagers et de démontrer leur valeur dans la durée. C'est un enjeu de mise en œuvre opérationnelle et d'expérience client réussie.

Prenons l'exemple d'un service d'aide, avant, pendant et après hospitalisation. Ce service a une grande valeur ajoutée pour le patient qui peut être guidé pour trouver le bon hôpital, se voir rappeler les garanties de l'assistance dont il bénéficie et se faire aider en revenant à son domicile pour éviter une nouvelle hospitalisation. Sur le plan humain voire même assuranciel, il s'agit d'un service qui a de la valeur. Mais que se passe-t-il si l'assuré ignore l'existence du service ou l'a oublié ? C'est tout l'enjeu pour les complémentaires santé : être en proactivité avec les assurés sans les inonder de communication : emails ou SMS au mauvais moment. Cette évolution reste encore à venir. Même si les outils de marketing automation existent, peu d'acteurs ont investi véritablement ce territoire. Même si certains ont pris de l'avance...



NICOLE
COLONNA DE LECCA

DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Les complémentaires santé, dans l'ensemble du parcours de santé des assurés ?

NICOLE COLONNA DE LECCA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Oui, il faut être présent, mais à mon sens il faut laisser le libre choix et ne pas moduler la prise en charge selon que l'adhérent a choisi de requérir ou non au service proposé. La prestation financière doit être la même. Nous ne pouvons pas obliger l'adhérent dès lors qu'il s'agit de sa santé, ses choix ne doivent pas influencer notre intervention. Il doit être libre.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Il semble essentiel pour une mutuelle de se positionner comme un acteur de santé global, qui accompagne ses adhérents de la naissance à la fin de vie et sur l'ensemble de leurs déterminants de santé. Que ce soit le soin, la prévention, mais aussi l'alimentation, le logement, les conditions de travail... Les mutuelles doivent également être présentes plus largement sur la prévoyance, la retraite, la dépendance, le décès et proposer à leurs adhérents des offres adaptées.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

Je suis partagé: Il serait logique, notamment sur certains postes, comme l'optique, que la complémentaire santé soit plus présente à l'origine, c'est-à-dire la prescription de l'ophtalmologiste et prenne quasi intégralement en charge le coût. Cependant, il faut aussi respecter le rôle de chacun, la complémentaire santé n'a pas vocation à remplacer le régime obligatoire et sa dimension de contrôle, par exemple.

La complémentaire santé peut accompagner, mais pas réguler les politiques et problématiques nationales de santé publique. Nous sommes là, ne l'oublions pas, pour servir des assurés avec un fonctionnement compatible avec nos règles et avec les cotisations demandées. Je pense, par ailleurs, qu'il y a une erreur de fond, les complémentaires santé ne peuvent s'intégrer dans l'ensemble du parcours de santé ou de soins. Mais, par contre, il faut leur faire confiance sur ce qu'ils savent très bien faire. Il faut accepter de nous confier, certains process, certaines actions. Prenons l'exemple du 100 % optique pour le panier B très utilisé par nos assurés. Le remboursement de la Sécurité sociale est de quelques centimes et ensuite la complémentaire santé applique son remboursement. Nous pourrions gérer intégralement cette partie, si nous étions considérés par les pouvoirs publics, comme un interlocuteur de valeur. D'ailleurs bon nombre d'opticiens adressent désormais directement les remboursements du 100 % optique panier B directement à nos organismes, sans passer par la Sécurité sociale. Sur certains sujets nous sommes meilleurs que la Sécurité sociale, sur bien des points nous pourrions piloter avec plus d'efficacité, mais malheureusement ce n'est pas dans « l'air du temps » politique. Les organismes complémentaires sont de fait mal utilisés et notre valeur n'est pas mise en avant auprès des assurés.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Sauf sur l'optique aujourd'hui les complémentaires santé ne sont pas présentes dans le parcours de soin et restent « payeur » de la prestation en « fin de parcours ». Il est nécessaire de modifier le rapport à la complémentaire santé qui doit pour cela offrir des services de conseils, en amont de l'engagement de soin et donc de la dépense.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Point de vue spécifique sur la complémentaire santé collective

L'assureur complémentaire santé doit être présent dans l'ensemble du parcours de santé des assurés, de la prévention au dépistage, à l'accompagnement du client dans son parcours ainsi que dans son orientation. Mais l'assureur doit s'appuyer, autant que de besoin, sur des partenaires spécialisés pour certaines étapes de ce parcours.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

La complémentaire santé est un acteur de confiance pour l'assuré. Elle est donc légitime et peut être présente sur l'ensemble du parcours. Pour autant, il faut savoir se concentrer sur son savoir-faire et exceller dans son métier, exceller plutôt que de vouloir être sur toute la chaîne de valeur et finalement mal servir ses clients. Le rôle de la complémentaire est d'être le point de contact de l'assuré dans ses démarches. Les stratégies de chaque acteur peuvent ensuite être différentes en étant un acteur direct ou en sous-traitance du service.

Les services santé, associés aux contrats complémentaires santé, seraient-ils un moyen d'augmenter la valeur perçue par les assurés ?

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

La valeur perçue par un assuré est un indicateur cruel. En effet, il a toujours tendance à considérer qu'une prise en charge rapide, automatique et complète de ses soins est la norme. Tout « accrochage » et toutes difficultés de remboursement seront considérés comme négatifs. Dès lors, les services santé supplémentaires, sont le moyen d'apporter, pour le client, une valeur supplémentaire.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

L'offre sanitaire mutualiste portée par les Livres III est un élément incontournable d'une prise en charge globale de santé : de par la nature et la qualité des prestations proposées, l'adéquation tarifaire et le respect du secteur I, leurs présences dans des territoires délaissés luttant ainsi contre une désertification médicale, rurale mais aussi périurbaine. L'offre sanitaire est un vrai plus pour l'offre complémentaire santé, permettant un meilleur accès aux soins pour les patients. La présence des services de santé mutualistes contribue aussi à une certaine modération tarifaire des soins en honoraire libre ou relativement encadré. Les services de soins mutualistes devant s'articuler en lien avec l'hôpital public et les réseaux de soins. L'intervention dans l'offre de soins donne l'accès à des données de santé permettant aux complémentaires de sortir d'une logique de payeur aveugle, non compatible avec celle d'un acteur global de santé.

Oui, parce que ces services facilitent grandement la vie dans des moments qui peuvent être difficiles (assistance à la suite d'une opération, rapatriement, garde d'enfant...) mais également car ces services peuvent permettre de bénéficier de meilleures prestations (réseau de soins optique, audio-prothétique...).

La différenciation par le service est très compliquée. Je rappelle que ce n'est pas le service qui permet la vente de la complémentaire santé. La prise en charge de la médecine douce, par exemple, est certes utilisée par nos assurés, mais est-elle différenciante ? Les services qui peuvent vraiment prouver leur valeur ajoutée existent peu, nous ne constatons pas de vrais succès de services santé proposés par les complémentaires santé. Soit le service est très compliqué et peu accessible, soit le service ne plaît pas aux assurés. Sauf peut-être la téléconsultation, prise en charge par certaines complémentaires santé. Quoique si le remboursement de la téléconsultation est de 100 % par la Sécurité sociale, nous pourrions nous poser la question de l'intérêt de ce service proposé par les complémentaires santé. J'ai véritablement la conviction qu'il convient d'abord de faire en sorte d'automatiser des services, quand on est hors Régime Obligatoire, hors schéma de la carte vitale. Nous avons, de notre côté, testé des services, par exemple « le retour à l'emploi ». Nous sommes pour l'instant septiques, nous n'avons pas réussi à démontrer la valeur client et économique de ce service. Peu d'acteur de notre secteur arrive à chiffrer la valeur économique finale des services. Les services de prévention restent pour l'instant des budgets marketing.

Oui, mais il faut que le service apporte une valeur ajoutée aux soins engagés.

Se poser cette question impose - il s'agit d'un impératif catégorique au sens kantien - deux postures :
- Une posture d'écoute tout d'abord : il n'est pas du tout certain que moi, qui ne suis ni mono parent, ni en situation de perte d'autonomie, ni en situation d'aidant, je sache mieux que les personnes concernées les freins et les assurances dans l'utilisation de ces services.
- Une posture qui considère que l'outil en lui-même n'est qu'une toute petite partie de la solution (ou à tout le moins une partie qui existe déjà) et que ce qui manque c'est le « petit bout d'humain » en proximité de l'adhérent qui fera que cet outil sera utile, utilisable et utilisé.

La question en corollaire est celle-ci : comment proposer ces services ? La démarche doit être construite en trois temps et les mutuelles ont des atouts pour arriver au bout de ce processus :

- Aller au-devant des populations et investir en expérimentations pour bâtir avec elles les modèles utiles. Cette démarche est à la portée de tous, y compris des plus petites mutuelles. Elles pourraient par exemple mobiliser leurs bénévoles « de terrain » mieux placés que quiconque par leur proximité et leur ancrage.
- En tirant les leçons de ces « écoutes », configurer ces services et l'accompagnement à l'utilisation pour des « communautés » (territoriales, professionnelles, de destin ...) est parfaitement jouable : des financements sont en partie d'ores et déjà disponibles pour cela.
- Enfin, pour alléger à terme la charge de financement de ces offres (de service et d'accompagnement), il sera possible de concevoir des formes de mutualisation élargies pour ces mêmes communautés.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

Oui, aujourd'hui, les services santé sont les éléments du contrat qui semblent le plus visibles pour les salariés. Cela s'explique facilement : un salarié ne comprend en général pas la grille de garanties de son contrat ; il ne jugera de la qualité de son contrat qu'après avoir été remboursé sur une paire de lunettes ou sur des soins dentaires. Par contre, pour les services, c'est totalement différent. Le salarié peut rapidement juger s'il y a du service ou non dans son contrat complémentaire santé. De plus, il attend certains services comme le réseau de soins, la téléconsultation, la garantie casse pour les lunettes... et peut rapidement juger de la qualité de son contrat. Au final, le salarié gardera en tête cette première évaluation liée aux services associés.

ÉTIENNE
DELAVERGÈRE

DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Les réseaux de distribution ont-ils besoin impérativement de services « santé » intégrées dans l'offre pour se différencier auprès de leurs assurés/clients ?

ÉTIENNE DELAVERGÈRE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Le premier service d'un réseau de distribution est le conseil et sa qualité, l'adaptation de sa proposition de services aux besoins de son client. Trop souvent la distribution repose sur la valorisation d'offres normées, stéréotypées sur la base de besoins eux-mêmes pré-établis. L'effet miroir devient évident, les acheteurs se polarisent sur le prix par facilité sans trop regarder ce qu'ils achètent et parfois sans avoir la réflexion nécessaire de leurs besoins réels. Les services proposés devraient simplement venir concrétiser le conseil par leur adaptation aux besoins exprimés par le client.

BRUNO HUSS - PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Les réseaux de distribution ont besoin de réponses aux demandes et aux besoins des adhérents et des prospects. L'offre complémentaire santé en est la base, mais comme elle a tendance à s'uniformiser et à se banaliser, il apparaît nécessaire, pour se différencier, de pouvoir proposer des services plus larges. Ces services doivent être intégrés dans l'offre de base, afin d'éviter une diffusion à la carte. Avec une contrainte à gérer cependant : que le coût de l'acquisition de la complémentaire santé ne devienne pas moins concurrentiel, voir dissuasif.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

La première différenciation restera pour moi la qualité d'écoute de l'intermédiaire, afin de comprendre les besoins du client, et le conseiller au mieux dans la multitude d'offres, de garanties et de services.

Il faut noter, que sur le sujet de la complémentaire santé, nous avons un impact majeur de la distribution. Le client vient avec une certaine idée, mais finalement il souscrit ce que le réseau, dans le cadre de son rôle de conseil, lui propose. La banalisation éventuelle des complémentaires santé, peut d'une certaine façon « faire plaisir » au vendeur, qui se positionne sur le tarif. Les forces commerciales de terrain ne positionnent pas les services pour emporter un contrat. La concurrence ne se joue pas sur le service, mais sur le tarif et les prestations de type: optique, dentaire, hospitalisation et dépassement d'honoraires. Sur la distribution directe, via Internet, à la différence d'un voyage par exemple, les Français qui achètent seul sont peu nombreux. Il y a des raisons à cela, essentiellement la complexité du produit et de la sémantique. Quel est le client qui peut « avoir envie » de BR ou de TM! De fait le client a nécessité à se faire accompagner.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Non, parce que l'essentiel reste le rapport qualité/prix des prestations et le montant des remboursements. Mais les services santé sont indéniablement un plus qui permet de se différencier. Ces services donnent également « de la matérialité » à la prestation financière et montre que l'assureur va au-delà de son métier de base pour répondre aux préoccupations de son adhérent.

CHRISTIAN OYARBIDE • VICE-PRÉSIDENT ET CO-FONDATEUR DE LA MUTUELLE LES SOLIDAIRES, PRÉSIDENT CO-FONDATEUR DU CERCLE VIVIENNE, PRÉSIDENT DU GROUPE MUTLOG

Une fois ceci acquis, les réseaux devront eux-mêmes changer de posture. Pour les réseaux mutualistes, et d'ailleurs aussi les militants, les bénévoles, ce sera en quelque sorte un retour aux fondamentaux, pour poursuivre la métaphore sportive.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Oui, car la différenciation ne peut pas se faire par le produit d'assurance, trop banalisé par l'encadrement réglementaire.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Les réseaux de distribution ont besoin de services. Pour autant, attention à ne pas généraliser des catalogues de services intégrés qui seront coûteux et ne se déploieront pas. Il vaut mieux proposer quelques services utiles que « d'inonder » l'assuré avec des prestations qu'il n'utilisera jamais. La différenciation se fera donc par le conseil apporté à l'entreprise dans le choix de ces services, en fonction de leur utilité, de leur coût et de l'image que l'entreprise souhaite valoriser.

La prévention, le dépistage, l'orientation, l'accompagnement des assurés s'intègrent-ils à la chaîne de valeur servicielle de la complémentaire santé ?

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

Je crois aux services santé proposés et portés par l'employeur. L'intérêt pour ces services est convergent : intérêt pour l'employeur, pour le salarié, pour l'assureur complémentaire santé. Comme pour la téléconsultation où les intérêts sont cumulés. Compte-tenu des politiques RSE des entreprises, les services permettant d'améliorer la qualité de vie au travail doivent s'intégrer dans nos offres. Cependant il faut créer des combinaisons d'offres plus denses avec une augmentation du « sur mesure ». En ce qui concerne les contrats complémentaires santé individuels, je suis moins confiant sur l'intégration de services santé qui ont de facto un coût. Nous sommes souvent sur des populations très appétentes à sélectionner le contrat par rapport à l'attractivité du tarif.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Oui, mais il est nécessaire de laisser l'adhérent libre de ses choix et ne pas conditionner nos prestations aux seuls adhérents qui auraient été « vertueux ».

CHRISTIAN OYARBIDE • VICE-PRÉSIDENT ET CO-FONDATEUR DE LA MUTUELLE LES SOLIDAIRES, PRÉSIDENT CO-FONDATEUR DU CERCLE VIVIENNE, PRÉSIDENT DU GROUPE MUTLOG

La prévention est, et doit devenir de plus en plus, un élément central de la chaîne de valeur de la complémentaire santé. Elle devrait même prendre le pas sur le curatif.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Oui, tout ce qui a vocation à prévenir la maladie donc la dépense en améliorant la santé, tout ce qui est en amont de l'engagement de soins en orientant vers les meilleures techniques de prévention puis de soins adaptés aux pathologies est utile à la qualité de relation qui doit s'installer entre l'assureur et son client.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Dans ce cadre, un accompagnement des adhérents par la sensibilisation, l'éducation sanitaire, les dépistages, l'orientation médicale, les vaccinations, la lutte contre les addictions, le suivi thérapeutique, font complètement partie des priorités à mettre en œuvre. La prise en charge d'acte de prévention devrait se renforcer dans les garanties.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

La crise sanitaire actuelle vient de démontrer l'importance de service de la téléconsultation, que certains considéraient il y a encore peu comme un gadget. Les offres qui la prévoyaient se sont clairement démarquées, en apportant une valeur supplémentaire au client.

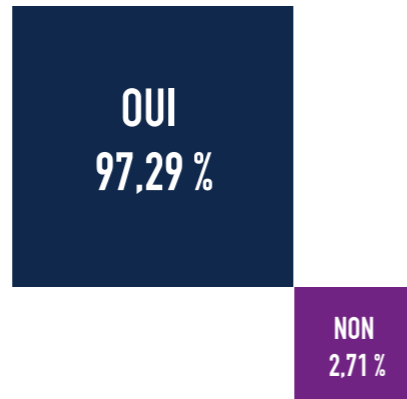
POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

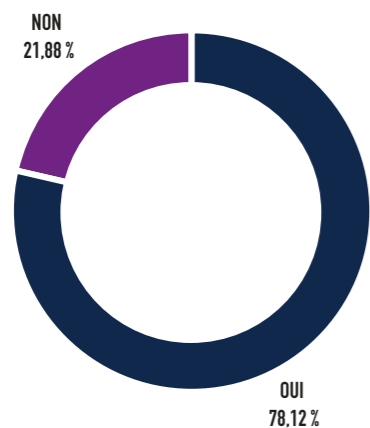
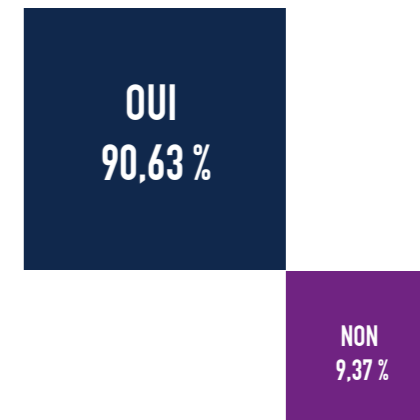
Oui, ce sont des services qui s'intègrent complètement à la chaîne de valeur servicielle de la complémentaire santé. Cependant, les freins principaux pour l'intégration de plus de services santé sont le financement, la mise en œuvre opérationnelle et le déploiement de l'offre.

FOCUS
ENQUÊTE

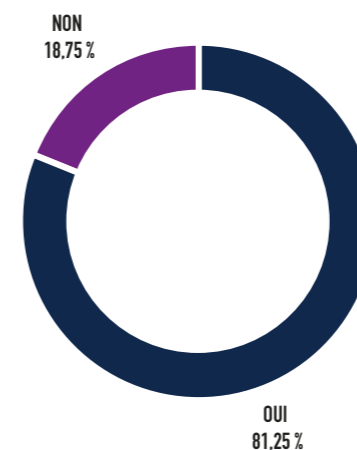
LES SERVICES ASSOCIÉS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET LIÉS AU PARCOURS DE SANTÉ DES ASSURÉS VOUS SEMBLent-ILS INDISPENSABLES ?



SELON VOUS, LE DÉPISTAGE (PAR EXEMPLES : DENTAIRE, AUDIO...) S'INTÈGRE-T-IL À LA CHAÎNE DE VALEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

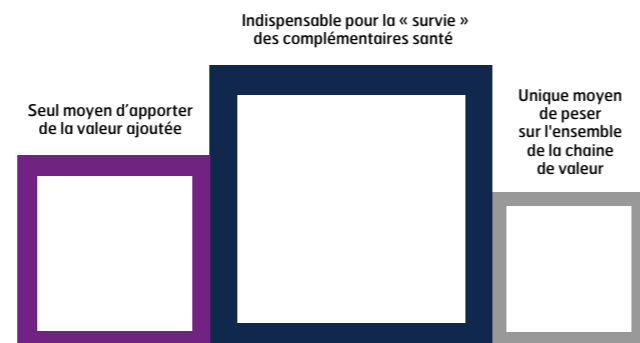


SELON VOUS, UN ACTEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DOIT-IL ÊTRE PRÉSENT DANS L'ENSEMBLE DU PARCOURS DE SANTÉ DES ASSURÉS ?

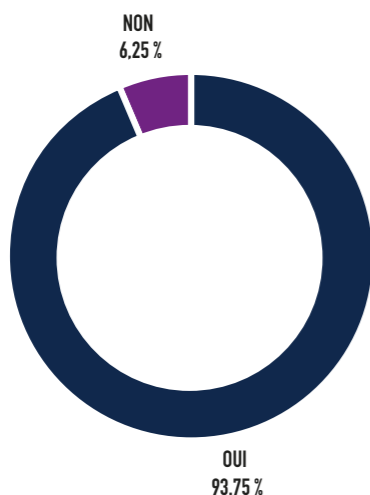
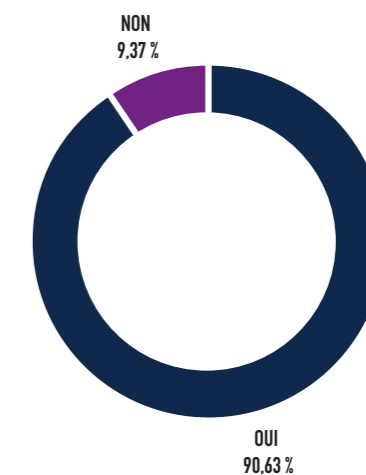


SELON VOUS L'ORIENTATION DES ASSURÉS VERS DES PROFESSIONNELS OU ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SPÉCIALISÉS S'INTÈGRE-T-ELLE À LA CHAÎNE DE VALEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

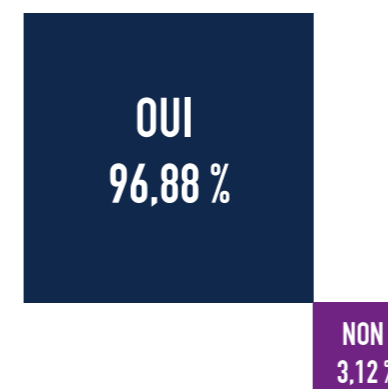
POURQUOI, UN ACTEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DOIT-IL ÊTRE PRÉSENT DANS L'ENSEMBLE DU PARCOURS DE SANTÉ DES ASSURÉS ? (RÉPONDANTS : OUI À LA QUESTION PRÉCÉDENTE)



SELON VOUS, L'ACCOMPAGNEMENT DES ASSURÉS (PAR EXEMPLES : SOLUTIONS DE E-SANTÉ, PRISE DE RENDEZ-VOUS EN LIGNE, ÉVALUATIONS, ...) S'INTÈGRE-T-IL À LA CHAÎNE DE VALEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

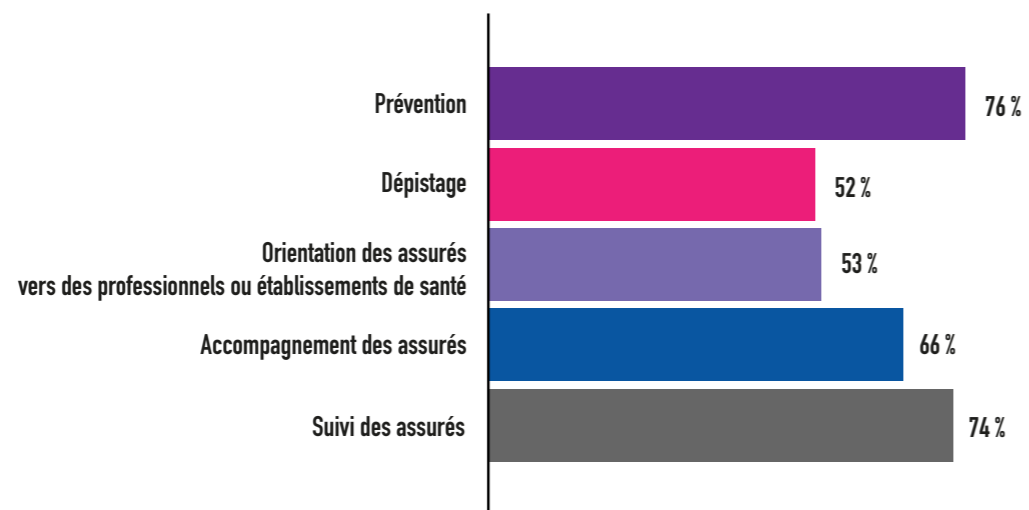


SELON VOUS, LA PRÉVENTION S'INTÈGRE-T-ELLE À LA CHAÎNE DE VALEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?



SELON VOUS, LE SUIVI DES ASSURÉS (PAR EXEMPLES : TIERS PAYANT, GARANTIES OU SERVICES SPÉCIFIQUES PROPOSÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ...) S'INTÈGRE-T-IL À LA CHAÎNE DE VALEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

CONCERNANT LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, AU-DELÀ DE L'INDEMNISATION DES PRESTATIONS SANTÉ, QUELLES SONT LES SERVICES ADDITIONNELS QUI VOUS SEMBLENT PRIORITAIRES ? NOTE DE 1 À 5 (1 ÉTANT LE MOINS PRIORITAIRE, 5 ÉTANT LE PLUS PRIORITAIRE). POURCENTAGE CUMULÉ (NOTE 4+5)



VOYEZ-VOUS D'AUTRES SERVICES À INTÉGRER DANS LA CHAÎNE DE VALEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

- > Services quotidiens de bien être
- > Coaching de santé & Suivi d'activité physique
- > Formation & pédagogie
- > IOT santé
- > Téléconsultation & second avis expertise médicale
- > Certaines thérapies de suivi psychologique
- > Soutien et suivi médical des aidants

C
R
O
I
S
È
S

I
N
T
E
R
V
I
E
W
S

YANICK
PHILIPPON

DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

* Enquête réalisée par L'assurance en Mouvement, en ligne du 04/03/2020 au 26/03/2020 auprès de professionnels de l'assurance (Assureurs, Mutuelles, Institutions de prévoyance, Courtiers grossistes) concernés par ce sujet. 302 professionnels ont répondu intégralement à ce questionnaire. Les questionnaires et les résultats ont été totalement anonymisés. Chaque répondant ne pouvait répondre qu'une fois au questionnaire.

Des freins majeurs pour l'intégration de plus de services santé, par les complémentaires santé ?

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Le principal frein à l'intégration des services est évidemment l'acceptabilité pour le client du paiement de ces services santé. Ces derniers induisent souvent des coûts importants d'investissement et de fonctionnement que la faiblesse des marges en assurance collective ne permet pas à l'assureur de couvrir. Les clients dans leur grande majorité, même s'ils sont assez appétents aux services proposés, sont peu enclins à en supporter le coût. Par ailleurs, il est souvent objecté aux assureurs que lorsque les clients ont une perception claire de la valeur apportée par le service, ils sont prêts à en accepter le financement. Ce n'est pas encore ce que nous constatons.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

En théorie non, en pratique il est nécessaire que les clients comprennent et acceptent le coût. Pour cela il faut travailler à enrichir la communication, la distribution afin que le client ait bien conscience de l'utilité des services qu'il va devoir ou souhaiter financer.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Les contraintes de modèle économique peuvent constituer des freins à l'intégration massive de services santé par les complémentaires santé. Les services santé intégrés doivent permettre, pour être généralisés, un retour sur investissement à court terme, qui doit pouvoir se mesurer d'un point de vue financier, de développement et de fidélisation.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

L'informatique est malheureusement toujours un frein, par l'ampleur de son coût, au développement de services. La naissance des gestionnaires délégués s'explique en grande partie par l'obsolescence de l'informatique des services gestion des assureurs, et la concentration actuelle par le coût croissant de cette activité. L'ajout de services, à l'heure du numérique, n'échappera pas à cette contrainte !

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Le frein reste le coût. Cela conditionne le fait que le service soit consommé pour amortir ses coûts de mise en place et d'intégration. Pour certains services, ils relèvent de l'assurance (ou de l'assistance) et donc d'un équilibre technique global.

D'autres services à intégrer, selon vous, dans la chaîne de valeur de la complémentaire santé ?

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Le bien-être constitue la finalité de la santé et de l'accès aux soins. Il fait d'ailleurs partie de l'objet social historique des mutuelles. Tous les éléments contribuant à ce bien-être peuvent et doivent être intégrés dans la chaîne de valeur, de l'univers familial, au monde professionnel, aux loisirs, aux vacances, à la culture. Une autre dimension est la sécurisation, réelle et ressentie, des parcours de vie qui intègre la prévoyance, la dépendance, l'assurance perte d'emploi, l'assurance dommage, la retraite, le décès.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

Comme souvent, il est intéressant de regarder ce qu'il se fait dans d'autres pays : par exemple, une offre comportant un seuil de déclenchement comme cela se fait en Suisse. En France, chaque soin déclenche un remboursement, quel que soit la somme, avec une prise en charge partielle ou totale. En Suisse, il est possible d'opter pour le système suivant : les premiers remboursements de l'année sont intégralement à la charge de l'assuré jusqu'à un seuil de déclenchement. Une fois ce seuil atteint, les assurés ont de très bons remboursements. L'idée principale est que chacun peut supporter un montant annuel à sa charge, mais que nous avons tous besoin d'être couverts au-delà de ce montant.

PIERRE FRANÇOIS • DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Si nous évacuons les discours, qu'avons-nous vu comme amélioration récente et significative dans les complémentaires santé ? Au-delà d'inclure des services, certains évoquent le fait d'intégrer des garanties, par exemple la perte d'autonomie, dans la complémentaire santé. Il s'agit là d'une idée difficile. Les assurés le comprendraient-ils ? et ce n'est pas ce qu'ils attendent à priori. Comment concilier le temps immédiat de la complémentaire santé où l'assuré peut avoir un remboursement le lendemain de sa souscription avec le temps long d'une prestation de perte d'autonomie ? Je ne suis pas convaincu que nos assurés attendent cela, il faudra expliquer et montrer l'intérêt.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Je pense que le champ d'action des services santé peut être extrêmement large. Je suis plus prudente sur les liens avec d'autres garanties assurantielles, par exemple le décès ou la dépendance, au sein de la complémentaire santé. Cela peut entraîner des confusions dans l'esprit des assurés avec des garanties qui restent souvent très faibles.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Pour être utile à la santé il faut devenir un partenaire de santé et donc axer notre positionnement sur l'amont et non plus seulement sur l'aval.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

La période si particulière que nous traversons aujourd'hui a bien mis en valeur l'intérêt d'être en bonne santé et d'entretenir régulièrement sa forme physique et son bien-être mental. Tous les services, permettant l'amélioration du bien-être de nos clients dans leurs vies privées et professionnelles, sont bienvenus à condition qu'ils soient aisément accessibles. Nous devons également nous réinventer sur la manière, pour nos clients, d'accéder à ces services et de les animer avec davantage de digital et de formats distanciels, tout en préservant les relations humaines. C'est un vrai challenge!

C
R
O
I
S
E
S

I
N
T
E
R
V
I
E
W
S

TANGUY
POLET

DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE



L'intégration des services « traîne » à être proposée dans les offres, dans les argumentaires commerciaux ? N'est-ce pas aujourd'hui important d'accélérer cette intégration ?

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

Effectivement c'est très lent, trop lent. Il y a plusieurs raisons à cela : l'arbitrage de l'ensemble des projets de transformation de l'entreprise, l'intégration des services et la convergence avec nos systèmes d'informations, la capacité de temps disponible et le coût associé à cette intégration de services. Sur ce sujet, pour accélérer la mise en œuvre, il faut que tous les acteurs internes soient mobilisés mais également, tous se convaincre que cela va servir la croissance économique de l'entreprise. Aujourd'hui, il est très difficile de calculer le retour sur investissement de l'intégration de services santé dans les offres.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Oui, il faut aller plus loin et plus vite car la concurrence est plus vive et les consommateurs peuvent avoir un sentiment d'uniformisation des offres. Mais il faut reconnaître aussi que si cette intégration des services santé traîne, c'est aussi parce que nous avons eu beaucoup d'autres chantiers réglementaires extrêmement lourds ces dernières années sur la complémentaire santé. Je pense en particulier au 100% santé, au contrat responsable, et aujourd'hui à la résiliation infra annuelle.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Cette intégration n'est pas nouvelle et repose pour les mutuelles d'une approche de prise en charge globale de la santé dans laquelle l'offre de soins du Livre III est un élément constitutif historique. Le sujet est que cette offre de soins n'est pas générale et homogène sur l'ensemble du territoire national. Il est donc nécessaire d'élargir et d'accélérer les partenariats avec d'autres opérateurs de services de santé avec la finalité de renforcer l'accès aux soins à des tarifs les plus adéquats. L'approche consumériste de certains et donc la pression induite sur les tarifs a certainement joué contre cette généralisation, même si cette dernière devrait avoir un impact positif sur les coûts.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Oui. Cela traîne parce qu'il est encore trop facile, pour les complémentaires santé, de ne pas se préoccuper de l'amont. Ainsi, si la prévention est développée par les assureurs IARD depuis que l'assurance existe, il n'en est pas de même pour l'assurance de personnes. Cependant il est vrai qu'il est moins « culturel » de dire à un client qu'il doit respecter une certaine hygiène alimentaire que de lui dire qu'il doit fermer sa porte pour ne pas être cambriolé.

Il faut donc engager une véritable évolution culturelle, mais aussi une évolution sémantique car parler de complémentaire santé induit forcément la complémentarité à un existant.

Il est nécessaire de sortir de cette notion de « complémentaire » santé pour entrer désormais dans une notion de « services pleins ».

Nous devons travailler l'intégration de services au parcours de soins et anticiper les pathologies ou apporter des services destinés à en limiter les impacts.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Point de vue spécifique sur la complémentaire santé collective

Aujourd'hui, ces services sont régulièrement présentés et proposés en réponse aux appels d'offres des clients. Les services santé sont des arguments plutôt efficaces. Cependant, nous pouvons ressentir un sentiment de lenteur, car le déploiement de l'usage est faible et nous notons une absence de volumes quant à l'utilisation de ces services. Il me semble que notre paradigme doit changer dans la mise en place de services. Longtemps, nous avons cherché le service universel qui allait répondre aux besoins de tous, il s'agit là d'une erreur majeure. Nous devons accepter que certains services santé ne concernent qu'une tranche de la population, à un moment donné, mais que la valeur apportée alors est suffisante pour justifier le service. Ensuite, nous devons évaluer la juxtaposition des différents services et l'usage qui en est fait par tous. Il y a une véritable nécessité de conseiller l'entreprise sur son package de services et de ne pas « standardiser » une offre de services qui risque alors d'être coûteuse et souvent déceptive.

Les coûts (directs/indirects) de l'intégration des services santé souhaités par les assurés dans leurs complémentaires santé sont-ils supportables et intégrables dans la cotisation de l'assuré (modèle inclusion)? Le modèle économique lié à l'inclusion des coûts de tous ces services à la cotisation mensuelle du contrat complémentaire santé, est-il à faire évoluer?

PIERRE FRANÇOIS • DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Si nous notons une augmentation significative de l'utilisation des services par nos assurés, systématiquement cela aura un coût pour nos entreprises avec un effet immédiat d'augmentation des tarifs. Dans une concurrence tarifaire assez forte, nous sommes confrontés à cette problématique: proposer un service utile et utilisé aura pour effet de risquer de nous sortir d'un positionnement tarifaire concurrentiel satisfaisant.

Nous pourrions nous poser la question de tarifier les services, en tant que tel, de les intégrer en mode totalement optionnel. Cela existe en dommages, mais pour l'instant, à ma connaissance, cela a peu de succès.

Je ne pense pas que la demande client, pour ce type de scénario, soit très forte. De plus cela aurait pour conséquences que chaque organisme complémentaire santé ou délégataire de gestion devienne, en plus de sa fonction première, un gestionnaire de services. Le scénario de services, d'une certaine façon, payés séparément par l'assuré n'est pas exclu, mais ce n'est pas la priorité sachant que les contraintes techniques sont fortes.

Si un organisme complémentaire santé le propose à ses assurés, nous le ferons peut-être. Mais cela ne sert à rien d'être le premier à le proposer.

Les tarifs des complémentaires santé sont soumis à une pression forte, de la part du marché concurrentiel, des pouvoirs publics qui souhaitent les rendre les plus accessibles et des associations de consommateurs qui sont très critiques sur ce secteur. De fait, intégrer des services supplémentaires aura un impact sur les tarifs ou sur les marges. Les services peuvent être facturés à la demande sur certaines garanties ou faire l'objet des garanties spécifiques. Cela ayant pour conséquence de les réserver à certains assurés.

L'inclusion apparaît comme une meilleure manière de permettre à l'ensemble des adhérents d'accéder à des services supplémentaires, permettant ainsi une mutualisation des coûts et donc de rendre ces services, en termes de tarifs, plus accessibles. Il faut cependant vérifier le degré d'acceptabilité d'une variation de la cotisation au regard d'un marché aujourd'hui très concurrentiel. Face à cela, il pourrait être envisagé une proportionnalité des tarifs des services dans le cadre d'une inclusion différenciée.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Le modèle de l'inclusion s'inscrit dans la logique de la mutualisation des risques, la base de l'assurance. Il s'agit donc d'un excellent moyen d'intégration des services santé mais il requiert une condition : celle de l'aléa. L'absence d'aléa crée une rupture du principe de la mutualisation possible et de fait, le modèle de l'inclusion devient impossible. La solution passe alors par un partenariat, avec un prestataire de service, qui permet de proposer pour un coût négocié et mutualisé des services santé de qualité.

Les mutuelles ne pourront pas gagner seules ce qu'il faut bien appeler une révolution. Nous devons renverser la vision du métier et explorer des « terrains de jeu » qui échappent aux réglementations prudentielles, à la Sécurité sociale. Dans ce contexte, nous, mutualistes avons une longueur d'avance : notre engagement historique au bénéfice de nos adhérents. Mais nous devons « jouer collectif « bien au-delà : !!!! ». Travailler avec d'autres acteurs des soins et des territoires ; trouver des partenaires, des sources et des modèles de financements. Les mutuelles ne pourront plus inclure ces services gratuitement dans leurs contrats en priant pour qu'ils soient peu utilisés – d'ailleurs ils le sont peu – sous peine de ne plus pouvoir les financer. Les partenaires potentiels sont multiples. Les partenaires sociaux, par exemple, dans le cadre de l'utilisation des fonds collectés au titre du degré élevé de solidarité ; les bailleurs dans le cadre de leurs investissements pour le maintien à domicile ; les associations qui pourraient mutualiser des couvertures de besoins de services ; les collectivités dans leur lutte contre les déserts médicaux... Et tant d'autres qui partagent, qu'elles qu'en soient les raisons, cette idée qu'en étant en proximité avec les besoins, les sommes à investir pour rendre un service utile, utilisable et utilisé ne sont pas si considérables dans un moment d'innovations digitales et solidaires comme celui que nous vivons. Ces partenaires seront les meilleurs porte-paroles des mutuelles et de leur « valeur » s'ils la perçoivent eux-mêmes, évidemment.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Le modèle économique lié à l'inclusion banalise et neutralise. Ce n'est donc pas le modèle susceptible de valoriser, de positionner et de légitimer les services santé.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

Le principe de base de l'assurance reste la mutualisation. L'antisélection qui s'est développée avec les options a entraîné des hausses significatives des coûts de gestion. Il en sera de même pour les services, et donc au final pour le client, si nous n'utilisons pas le modèle économique de l'inclusion. Leur coût ne sera supportable individuellement que réparti sur un ensemble significatif de clients. Après, la notion de blocs de services santé, comme pour les bouquets dans les offres de télévision, peut être vu comme un juste milieu entre la souscription individuelle de chaque service, et le tout en inclusion.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Les assureurs complémentaires santé ne pourront durablement proposer des services non financés par les clients. Sinon ces services disparaîtront ou ils resteront dans les brochures commerciales, les outils d'aide à la vente des assureurs, et compte tenu de leur coût il n'y aura pas d'incitation durable à leur utilisation. Il faut éviter le « catalogue de services » dont le nombre ne permet ni une promotion efficace, ni une utilisation efficace. Au sein de Generali, nous considérons que le nombre de services doit être limité mais chacun avec une valeur reconnue par nos clients. Si leur valeur est effectivement aisément perçue, alors l'acceptabilité de leur coût se trouvera un peu améliorée.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Dans le contexte réglementaire actuel, il me semble en effet que le modèle économique lié à l'inclusion est la meilleure approche. Les services sont assimilables à des garanties du contrat. Il convient cependant de bien s'assurer que ces services ont un lien légitime avec la santé des salariés et que le coût supporté par le contrat reste raisonnable.

C
R
O
I
S
E
S

I
N
T
E
R
V
I
E
W
S



PIERRE
FRANÇOIS

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Compte-tenu du coût, du temps à mettre en place des services santé à réelles valeurs ajoutées pour l'assuré, n'est-il pas judicieux de proposer rapidement ces services, de mutualiser les coûts et donc d'externaliser à des tiers de confiance : plateformes santé, gestionnaires externes (TPA), startups...

PIERRE FRANÇOIS • DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Bien sûr, nous pouvons travailler avec des structures qui n'ont pas notre marque, mais qui partagent nos valeurs, si elles apportent de vraies valeurs ajoutées pour un très grand nombre d'assurés qui utiliseraient le service en question. Nous sommes enthousiastes par l'idée de partager le service d'une plateforme, si ce service ne peut être fait en interne. Il est à noter que la marque, en tant que telle, est un sujet majeur dans notre secteur, elle est très importante pour la distribution.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Oui, l'externalisation est nécessaire et ne fait pas de doute dès lors que le service apporté ne peut pas être proposé directement par nos entreprises.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Les complémentaires santé n'ayant pas la maîtrise de l'ensemble des services potentiels, il semble naturel de rechercher des partenariats permettant d'accélérer leur déploiement et de mutualiser leur coût. Cette recherche devrait intégrer des partages de valeurs et de finalité, évitant le risque d'une relation clients/fournisseurs.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

La limite majeure de l'acteur extérieur réside dans l'ajout d'un interlocuteur, d'un intermédiaire supplémentaire pour le client. Au moment du sinistre, le client peut avoir la sensation d'être « baladé » entre différents interlocuteurs, ne tenant pas forcément le même discours car n'ayant pas la totalité ni les mêmes informations.

CHRISTIAN OYARBIDE • VICE-PRÉSIDENT ET CO-FONDATEUR DE LA MUTUELLE LES SOLIDAIRES, PRÉSIDENT CO-FONDATEUR DU CERCLE VIVIENNE, PRÉSIDENT DU GROUPE MUTLOG

Pour les mutuelles, abandonner la relation directe, au sens de ce que l'on appelle « l'expérience sensible », au profit de plateformes, offreurs de services divers, serait la fin de la fin, si l'on considère que le début de la fin a déjà commencé.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Il faut effectivement inventer le modèle économique permettant de mettre en place des services santé à réelles valeurs ajoutées pour l'assuré. La mutualisation des services en fait partie intégrante.

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

L'assureur complémentaire santé ne doit pas tout construire, seul. Il doit être considéré comme un hub, un agrégateur de services mais doit impérativement en être le chef d'orchestre. Il doit veiller à une orchestration optimisée et dans ce contexte faire appel à des partenaires, des marques crédibles et expertes de certains services pour les intégrer dans sa chaîne de valeur au bénéfice de ses assurés et de fait de son entreprise. À mon avis, l'entièreté des services santé proposée par l'assureur complémentaire santé ne doit pas constituer un patchwork, un catalogue indigeste où le client ne peut pas se retrouver, mais bien s'intégrer dans un parcours d'expérience fluide à forte valeur dégagée.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Etant donné la nécessité d'abaisser le coût des services facturés à nos clients, il importe de rechercher la mutualisation la plus large possible, de renoncer à l'utilisation exclusive du service et de partager l'offre de ce service avec d'autres. Nous sommes convaincus que l'assureur ne peut et ne doit pas tout faire lui-même, qu'il doit se tourner vers les partenaires les plus compétents et ayant la taille critique sur le service concerné. L'assureur aura de plus en plus un rôle d'assembleur de services santé au bénéfice de ses clients. Hormis quelques services « blockbuster » pour notre marque, la différenciation doit se faire dans : le parcours clients d'accès au service (qui doit être le plus fluide possible) et la façon de promouvoir et d'animer le service auprès de nos clients afin qu'il soit utilisé par le plus grand nombre.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Certainement, c'est d'ailleurs le choix que nous faisons depuis longtemps en nous appuyant sur des fournisseurs experts de leurs métiers. Néanmoins, cela passe également par une intégration informatique et de process pour délivrer les services. En effet, le gestionnaire de la complémentaire santé reste le point de contact incontournable, bien avant la Sécurité sociale. Aujourd'hui, les gestionnaires de la complémentaire santé reçoivent 99% des premiers appels et messages des assurés via les plateformes téléphoniques ou Internet. Il y a donc un enjeu fort dans la capacité des acteurs à normaliser ces connexions de services pour garantir un équilibre financier et un service client de qualité dans des délais de mise en œuvre plus courts.

C
R
O
I
S
E
S

I
N
T
E
R
V
I
E
W
S

D'ailleurs, sur le sujet des plateformes santé ou des réseaux de soins, historiquement intégrés dans la complémentaire santé, pensez-vous qu'ils doivent être au cœur de la chaîne de valeur servicielle et proposer à ses clients (Assureurs, Mutuelles, Institution de prévoyance...) des services santé à mettre à disposition de leurs assurés ?

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Les réseaux existent et ils ont pris une place et acquis une légitimité, même si trop souvent ils sont axés sur les économies de coûts. Les plateformes santé ou réseaux de soins peuvent aujourd'hui réfléchir à une autre logique, plus en amont du parcours de soins.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Les plateformes de services santé et les réseaux de soins sont intégrés dans une grande partie des offres complémentaires. Elles doivent s'intégrer dans la chaîne de valeur servicielle, en parallèle d'autres services demandés par les adhérents.

PIERRE FRANÇOIS • DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Les plateformes santé ou réseaux de soins ne sont pas dans l'acte de santé. L'état fixe la politique et les règles générales. Les plateformes santé peuvent être dans l'orientation du parcours de santé, dans le suivi, le pilotage, proposer des services et outils pour le suivi de la qualité des soins, être dans l'optimisation technologique de certains services. Les plateformes santé ou réseaux de soins ont une dynamique intéressante, mais il faut absolument montrer, démontrer aux assurés leur utilité et

leur intérêt. Le bénéfice et l'impact direct des plateformes santé n'est pas percutant s'il n'y a pas la preuve de la valeur dégagée. Aujourd'hui, ces structures ont essentiellement prouvé leur valeur sur l'optique, car elles agissent directement sur le reste à charge. Si nous effectuons un parallèle avec l'assistance en inclusion de l'assurance automobile, pendant des années nous nous sommes posés des questions, désormais, il y a une utilité prouvée, l'assistance s'est standardisée dans les offres.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Oui il y a une cohérence à enrichir les services proposés par les réseaux de soins.

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

Une plateforme, donnant accès aux différents services santé que pourrait consulter le client en ligne, et qui permettrait à l'intermédiaire et au gestionnaire santé, d'interagir, semble dès lors une bonne solution. Attention toutefois à ne pas créer une « usine à gaz » qui compliquerait plus la vie du client qu'elle ne lui simplifierait...

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

Les plateformes santé ou réseaux de soins acteurs, comme Carte Blanche Partenaires, qui proposent des services santé doivent apporter leurs services aux bons moments. Tous les efforts, tous les services, doivent être intégrés dans les parcours clients (de la prospection commerciale au parcours santé du client). Aujourd'hui le parcours n'est pas suffisamment pensé client, mais efficacité opérationnelle par l'assureur complémentaire santé. De mon point de vue, les services doivent être positionnés sur la prévention, sur l'accompagnement et sur l'orientation santé. Concernant les plateformes santé ou les réseaux de soins, la coopération est gagnante. Elle apporte des services santé additionnels importants, utilisés dans le cadre de l'expérience client avec une mutualisation des coûts. Les complémentaires santé doivent continuer de s'appuyer sur ces partenaires, soit sous leurs propres marques soit sur celle de l'assureur.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

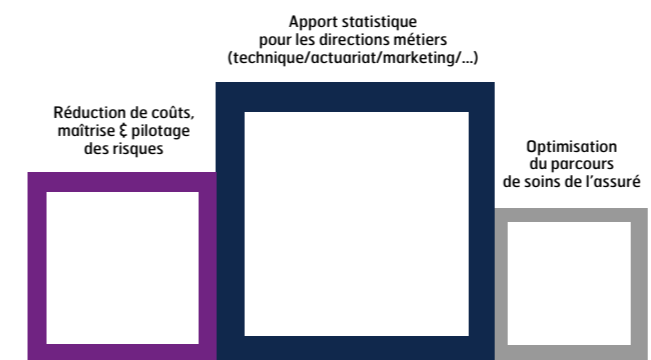
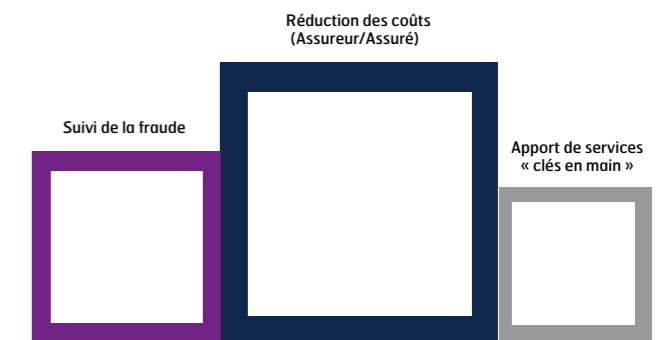
Les réseaux de soins ont évidemment un rôle à jouer dans la mutualisation des services entre différents assureurs mais ne seront pas les seuls pôles de fourniture de services santé.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Les plateformes santé et réseaux de soins ont un rôle à jouer, cependant le marché des services santé est encore loin d'être stabilisé. Il est encore tôt pour dire s'il émergera un acteur plus qu'un autre. En revanche, ces plateformes santé ou réseaux de soins, ont une longueur d'avance sur d'autres acteurs car elles sont déjà intégrées dans les offres et les systèmes d'information des complémentaires santé.

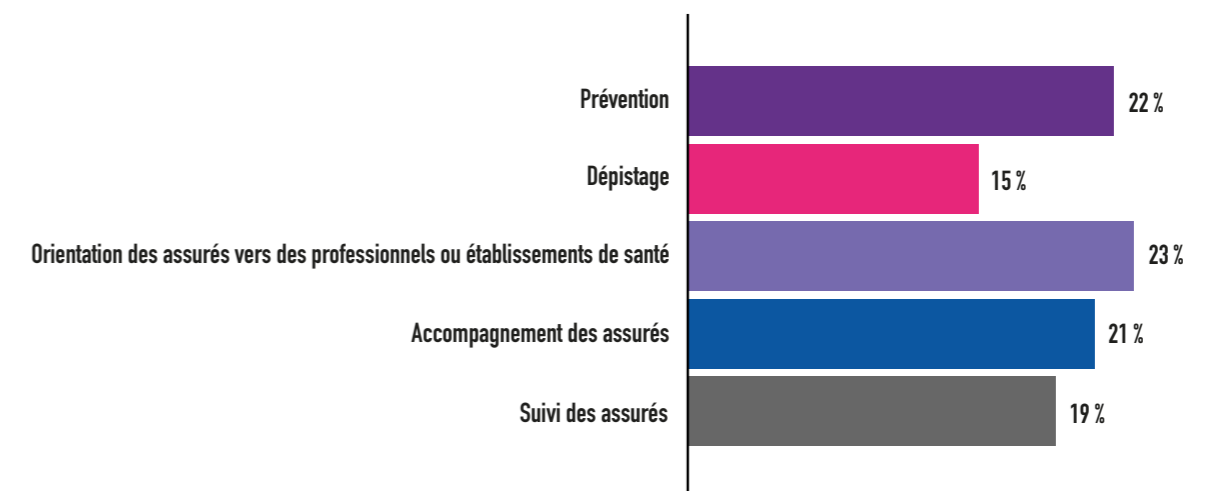
FOCUS ENQUÊTE

DANS LES CONTRATS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ « INDIVIDUELS », QUEL EST AUJOURD'HUI, SELON VOUS, L'APPORT DES RÉSEAUX DE SOINS AUPRÈS DES ASSURÉS ?

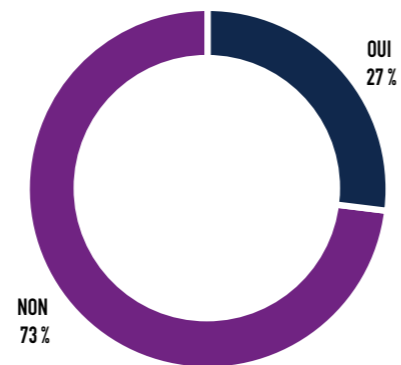


DANS LES CONTRATS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ « COLLECTIFS », QUEL SERA DANS LES ANNÉES À VENIR, SELON VOUS, L'APPORT DES RÉSEAUX DE SOINS AUPRÈS DES ASSURÉS ?

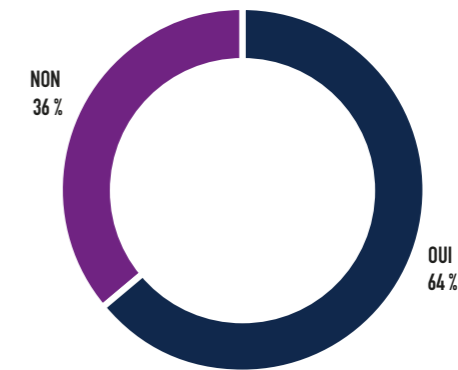
SELON VOUS, DANS QUELLES ÉTAPES DE LA CHAÎNE DE VALEUR DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, UN RÉSEAU DE SOINS PEUT-IL APPORTER DES SERVICES ?



PENSEZ-VOUS QU'UN RÉSEAU DE SOINS PROPOSE AUJOURD'HUI AUX ASSUREURS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, POUR LEURS ASSURÉS, DES SERVICES POUR LA PRÉVENTION ?



PENSEZ-VOUS QU'UN RÉSEAU DE SOINS PROPOSE AUJOURD'HUI AUX ASSUREURS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, POUR LEURS ASSURÉS, DES SERVICES POUR LES PRESTATIONS SANTÉ/SUIVI (TIERS PAYANT...)?



OUI
18 %

NON
82 %

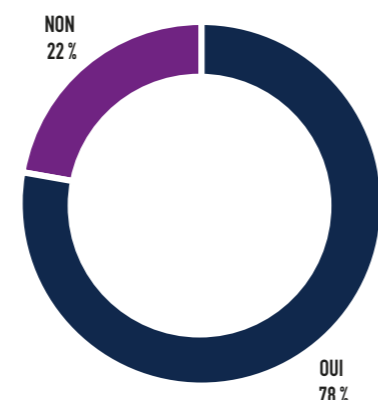
PENSEZ-VOUS QU'UN RÉSEAU DE SOINS PROPOSE AUJOURD'HUI AUX ASSUREURS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, POUR LEURS ASSURÉS, DES SERVICES POUR LE DÉPISTAGE ?

OUI
26 %

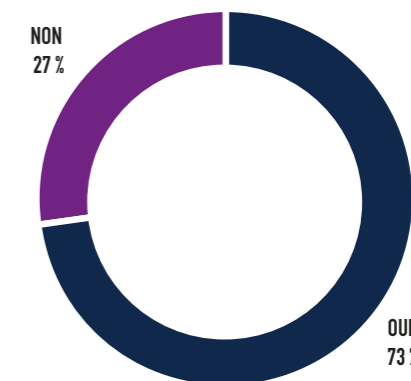
NON
74 %

PENSEZ-VOUS QUE VOTRE ORGANISME, SEUL, PEUT DÉVELOPPER L'ENSEMBLE DES SERVICES SANTÉ ET S'INSTALLER DANS LE PARCOURS DE SANTÉ DE SES ASSURÉS ?

PENSEZ-VOUS QU'UN RÉSEAU DE SOINS PROPOSE AUJOURD'HUI AUX ASSUREURS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, POUR LEURS ASSURÉS, DES SERVICES POUR L'ORIENTATION VERS UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ ?



RESSENTEZ-VOUS LA NÉCESSITÉ D'AVOIR DES PARTENAIRES QUI PROPOSENT DES SERVICES SANTÉ (PRÉVENTION, DÉPISTAGE, ORIENTATION, ACCOMPAGNEMENT, SUIVI...)?



OUI
41 %

NON
59 %

PENSEZ-VOUS QU'UN RÉSEAU DE SOINS PROPOSE AUJOURD'HUI AUX ASSUREURS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, POUR LEURS ASSURÉS, DES SERVICES POUR L'ACCOMPAGNEMENT (TÉLÉMÉDECINE, PRISE DE RENDEZ-VOUS EN LIGNE...)?

* Enquête réalisée par L'assurance en Mouvement, en ligne du 04/03/2020 au 26/03/2020 auprès de professionnels de l'assurance (Assureurs, Mutuelles, Institutions de prévoyance, Courtiers grossistes) concernés par ce sujet. 302 professionnels ont répondu intégralement à ce questionnaire. Les questionnaires et les résultats ont été totalement anonymisés. Chaque répondant ne pouvait répondre qu'une fois au questionnaire.

LAURENT
BOULANGEAT

PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

Les nouvelles technologies (objets connectés, intelligence artificielle...) intégrées dans les services déployés par les complémentaires santé ?

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

Les assureurs ont pensé à une certaine époque que les nouvelles technologies et notamment Internet, serait un nouveau mode de distribution. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Il ne faut pas refaire la même erreur avec d'autres nouvelles technologies qui sont des outils qui doivent, au final, faciliter la prestation que le client attend et transformer la manière dont elle est délivrée. L'intelligence artificielle, et sa capacité à répondre instantanément et à toute heure à beaucoup de question des clients, va bouleverser à court terme la gestion des prestations santé, et notamment la partie devis.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Les soins et la santé sont des domaines qui sont intrinsèquement liés à une approche innovante des pratiques, des techniques, des technologies, des thérapies. La qualité d'un système de soins est aussi déterminée par sa capacité à intégrer les évolutions. L'innovation fait partie des sujets partagés par les mutuelles et les nouvelles technologies sont déjà intégrées dans les offres de mutuelles, en particulier sur l'accès aux dossiers adhérents, l'établissement des prises en charge, les prises de rendez-vous médicaux... Les mutuelles poursuivront dans ce sens et soutiennent des startups en investissant dans des programmes de recherche et en intégrant leurs innovations. La finalité étant de servir toujours mieux les adhérents, en utilisant tous les vecteurs d'amélioration du service et de la relation. L'utilisation de ces technologies nouvelles doit se faire en gardant la proximité comme élément différenciant de la relation avec l'adhérent. Cette proximité pouvant être, en fonction de son souhait et de son besoin spécifique, physique et/ou distanciée. Le canal de relation doit être choisi par chaque adhérent et peut varier selon la nature de la demande. Il peut et doit pouvoir passer d'une modalité à une autre selon ses choix et l'intensité de son besoin.

L'intégration des nouvelles technologies se fait depuis plus de 10 ans. Elle est progressive dans tous les éléments de la chaîne de valeur. C'est une amélioration constante du service par une meilleure connaissance des attentes et comportements, par une fluidification des échanges, par une plus grande réactivité, par des outils de souscription et de gestion en ligne, par le déploiement du self care, des prises en charges spécifiques des objets connectés, Tous cela continuera et s'amplifie déjà considérablement.

Il faut utiliser les nouvelles technologies, intégrées dans la société, dans les services déployés par les complémentaires santé. Ces nouvelles technologies constituent un des moyens pour développer ces services santé.

Pour la partie cœur de l'activité de la complémentaire santé, aucun nouvel entrant ne prendra le risque d'investir massivement au risque de voir ses investissements rendus obsolètes par une décision de l'état: rappelons l'ANI, la fin du régime étudiant, la centralisation du RSI, la fin de l'ACS...
En revanche, sur les « terrains de jeu » que j'ai esquissés précédemment, les nouveaux entrants gagnants potentiels ne seront pas les assureurs, mais ceux qui prétendront connaître les besoins par la collecte de données. L'autre segment de la chaîne de valeur qu'il reste à capter – comme je l'ai expliqué – est dans la qualité des « interfaces » (au sens très large du terme) digitaux, humains, collectifs, individuels qui permettront d'amener des solutions d'accès à la santé aux populations, utiles, utilisables et utilisées; il est important d'insister sur ces trois exigences. Les détenteurs de données auront, sur ce plan, un avantage à court terme, à plus long terme l'issue de la bataille est plus incertaine.
Et c'est tant mieux.

Économiquement, il est assez difficilement concevable de fournir à tous les assurés un objet connecté « en cadeau ». La tendance est à l'optimisation des coûts et à la recherche d'économies sur les tarifs des complémentaires santé. Je pense qu'il n'est pas possible de généraliser cette distribution d'objets connectés sans l'associer à une démarche médicale. Cela peut être le cas pour des assurés en Affection de Longue Durée à qui nous proposerions des outils de contrôle ou de suivi de leur pathologie, dans un circuit médical approprié. S'agissant des autres technologies comme l'intelligence artificielle, la visioconférence, le diagnostic à distance... les premiers pas sont concluants. Les chatbots se répandent et répondent à des besoins d'information des usagers en 24/7, la visioconférence et la téléconsultation ont fait un bond dans les esprits et les usages avec la crise sanitaire de la Covid-19. Nous voyons également arriver des expérimentations autour de l'analyse de devis par des robots. Ces technologies vont transformer nos métiers en profondeur dans les prochaines années, à condition de répondre aux véritables enjeux de notre marché: améliorer l'expérience client, optimiser les coûts.

Les nouvelles technologies seront de plus en plus présentes dans les services déployés par les assureurs complémentaire santé par l'accessibilité qu'elles peuvent offrir, ainsi que par la fluidité et la proximité du parcours digital. Notre programme Generali Vitality fonctionne d'ores et déjà en lien avec de nombreux objets connectés.

Des menaces concurrentielles « contre » les acteurs traditionnels de la complémentaire santé ?

PIERRE FRANÇOIS • DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Quant aux éventuelles « menaces » concurrentielles, nous pouvons peut-être craindre certains acteurs internationaux, comme Google pour sa puissance de distribution, mais si ils interviennent en porteur de risque, je ne suis pas sûr que la rentabilité du marché soit dans leur cible.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

Les mutuelles doivent être vigilantes à l'ambition de certains acteurs, de tailles et de moyens importants, souhaitant pénétrer le marché de l'assurance santé, en jouant sur des logiques industrielles et massifiées qui pourraient séduire, temporairement, certains assurés raisonnant plus en terme consumériste. Face à cela, l'approche solidaire et intergénérationnelle, la qualité de la relation et la prise en compte des besoins des adhérents comme des évolutions technologiques sont les meilleures réponses.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Oui, mais cela reste encore limité pour le moment, en dehors des approches et stratégies de niches avec des services dédiés très spécifiques qui justifieraient à eux seuls la souscription, la principale attente reste l'adéquation entre les prestations financières et les besoins d'être remboursé.

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

En Europe nous n'avons pas de réels disrupteurs pour le moment, mais de nouveaux concurrents. Je ne vois pas de menace actuellement en France. Mais il faut être attentif à ce qui se passe en Chine avec la création d'écosystèmes de santé, basés sur une utilisation débridée des données (y compris la santé) qui, à court terme du moins, crée de la valeur ajoutée essentiellement sur les services. La data et tous ses acteurs doivent être scrutés de près.

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

Il n'y a pas plus de menaces aujourd'hui qu'hier.

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

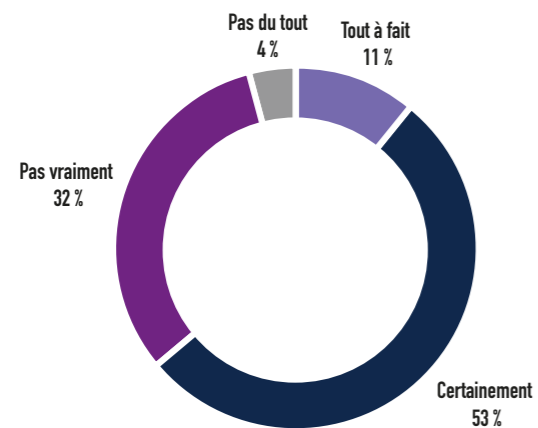
YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Nous ne sommes jamais à l'abri de menaces concurrentielles de la part de nouveaux acteurs. Cependant le fort encadrement réglementaire de l'assurance santé, générateur d'investissements récurrents pour adapter les produits, couplé à une rentabilité assez faible réduit l'attractivité de notre marché pour de nouveaux entrants. L'intervention de nouveaux entrants sera plus sur certains éléments ou une certaine partie de la chaîne de valeur que sur l'ensemble de notre activité.

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

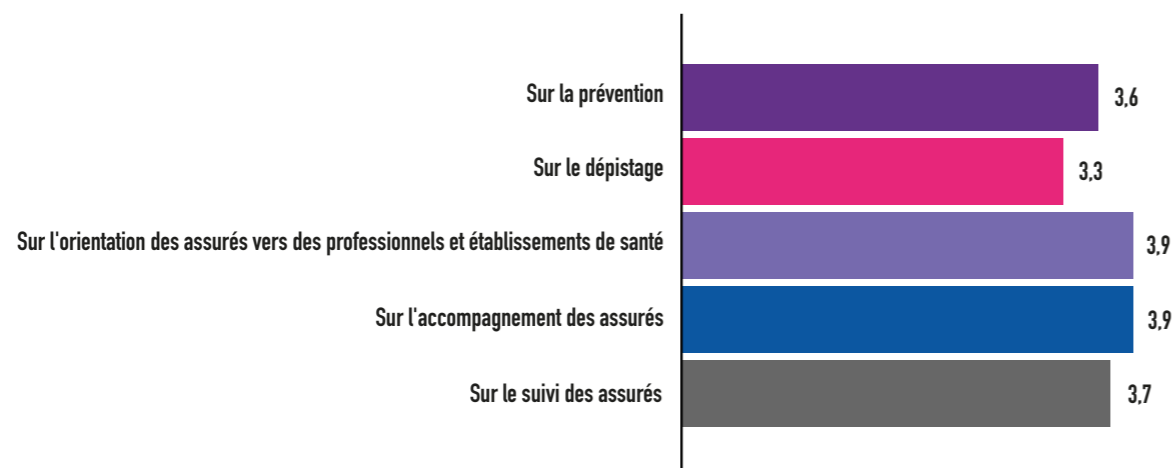
Nous sommes sur un marché en pleine concentration et cela va continuer dans les prochaines années, pour faire face à une double contrainte : un cadre juridique très contraignant et une demande des clients toujours plus exigeante. Cela implique d'investir significativement dans les outils de production pour faire progresser nos offres et optimiser les coûts. Dans ce contexte, nous avons vu de nouveaux challengers arriver, il y a quelques années, avec des approches digitales plus innovantes. Ces challengers n'ont pas encore bouleversé le marché. Certains autres acteurs ont déployé des services pléthoriques mais ils n'ont pas non plus su convaincre et les usages de ces services restent timides. Les GAFAs sont des acteurs potentiels qui ne sont pas encore vraiment entrés en scène. En décidant d'investir le marché avec des technologies adaptées, à la fois à la gestion industrielle et à la personnalisation de la relation clients, les GAFAs représenteraient les vrais challengers de demain. Toutefois, il y a encore quelques barrières à l'entrée aujourd'hui : la technicité et les contraintes réglementaires du métier d'assureur.

FOCUS
ENQUÊTE



CONSIDÉREZ-VOUS QUE DÉSORMAIS, LA CHAÎNE DE VALEUR SERVICIELLE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ A SIGNIFICATIVEMENT ÉVOLUÉ ?

DANS VOTRE ORGANISME, PENSEZ-VOUS QUE LA CHAÎNE DE VALEUR SERVICIELLE DE VOS OFFRES DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (INDIVIDUEL OU COLLECTIF) DOIT ÉVOLUER ? (NOTATION DE 1 À 5 : DE 1 PAS DU TOUT À 5 INDISPENSABLE). SCORE MOYEN DES RÉPONDANTS.



C
R
O
I
S
È
S

I
N
T
E
R
V
I
E
W
S

BERTRAND
GUÉGUINIAT

DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES
FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

* Enquête réalisée par L'assurance en Mouvement, en ligne du 04/03/2020 au 26/03/2020 auprès de professionnels de l'assurance (Assureurs, Mutuelles, Institutions de prévoyance, Courtiers grossistes) concernés par ce sujet. 302 professionnels ont répondu intégralement à ce questionnaire. Les questionnaires et les résultats ont été totalement anonymisés. Chaque répondant ne pouvait répondre qu'une fois au questionnaire.

Les principaux traits, les principales caractéristiques de la complémentaire santé de demain ?

POINT DE VUE SPÉCIFIQUE SUR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

BERTRAND GUÉGUINIAT • DIRECTEUR OFFRES & SOLUTIONS ASSURANCES DE PERSONNES FRANCE DE GRAS SAVOYE WILLIS TOWERS WATSON

Il me semble que la complémentaire santé collective de demain est un package de garanties assurancielles et servicielles proposé aux entreprises et aux salariés dans le cadre d'une expérience client ininterrompue (24/7). Ce package apportera aux assurés à la fois la garantie d'être remboursé de leurs frais médicaux mais aussi la possibilité de se maintenir en bonne santé dans une démarche de prévention personnelle.

YANICK PHILIPPON • DIRECTEUR EN CHARGE DU MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DES ENTREPRISES, MEMBRE DU COMITÉ EXÉCUTIF DE GENERALI

Les principales caractéristiques de la complémentaire santé de demain se concentreront sur l'aptitude des assureurs complémentaire santé à accompagner leurs clients tout au long de leur vie et de leur parcours de soins, en liaison avec les opérateurs de santé publics et privés. Generali, a l'ambition de devenir le « Life Time Partner » de tous nos clients et s'exprime, dans le domaine de la complémentaire santé, à travers notre volonté d'être présent auprès de nos clients dans les domaines de la prévention, de l'orientation et de l'accompagnement dans leur parcours de soins.

BRUNO HUSS • PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES ORGANISMES DE MUTUALITÉ FRANCOPHONE, INTER-LIVRES ET INTER-CODES

La complémentaire santé de demain devra s'orienter vers une prise en charge globale des adhérents, leur permettant d'être sécurisés sur leurs parcours de vie pour l'ensemble des sujets de protection, sociale bien sûr et plus largement. Les mutuelles doivent être présentes sur l'ensemble des déterminants de santé, bien plus largement que la simple complémentaire santé. Une approche de la santé dans son environnement permettrait de tenir compte de ces déterminants de santé dans l'état et la situation de chacun et approcher les suivis thérapeutiques les plus appropriés. L'éducation à la santé fait également partie des éléments que les mutuelles peuvent également intégrer. La finalité étant de permettre au maximum de gens d'être en bonne santé, et donc en bien-être!

LAURENT BOULANGEAT • PRÉSIDENT-ADJOINT D'AGÉA ET PRÉSIDENT DE L'ANCIA

J'espère que nous saurons collectivement faire la synthèse entre le besoin croissant de proximité (accentué par la crise sanitaire) et de conseils humains et personnalisés d'un côté, et de l'autre, la montée en puissance de services automatisés par les nouvelles technologies et développant l'autonomie des clients, dans la réalisation des actes quotidiens.

NICOLE COLONNA DE LECA • DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE DU MÉDECIN

Elle est simple, personnalisée avec des prestations et des propositions de services en adéquation avec la situation de chacun. Mais surtout, elle est compétitive parce que le prix reste un critère déterminant dans l'achat.

TANGUY POLET • DIRECTEUR DIVISION CLIENTS ET TRANSFORMATION DIGITALE DE SWISS LIFE FRANCE

Une manière de repositionner notre chaîne de valeur est d'intégrer également notre rôle sociétal, notre raison d'être. Il faut passer du parcours de soins, au parcours de santé, et même de bien-être. Cette approche changera fondamentalement le rôle et le positionnement de l'assureur complémentaire santé. Nous avons tous les moyens aujourd'hui de le faire : digitalisation, outils de prévention et d'accompagnement. Nous devons réunir nos efforts pour nous positionner sur le bien-être de l'assuré et sur son budget santé.

Cela est également nécessaire sur la complémentaire santé collective, co-financée par l'employeur, il faut que nos clients nous considèrent comme un « gestionnaire » du bien-être plutôt que comme un simple processus de remboursements de prestations. Mais pour cela, il faudrait une véritable inflexion culturelle portée par tous les acteurs de la complémentaire santé en France, un véritable élan vers cet engagement de « gestionnaire du bien-être » qui dessinera les principaux contours de la complémentaire santé de demain. Contextuellement, la terrible crise sanitaire a au moins eu la « vertu » d'emmener le citoyen et les acteurs de la santé vers un questionnement sur le mode de consommation et la façon de vivre la santé. C'est le moment pour que les citoyens, les assureurs et les prestataires de santé favorisent plus le parcours vertueux du « consom-acteurs ».

ÉTIENNE DELAVAQUERIE • DIRECTEUR DISTRIBUTION DU GROUPE ALPTIS

La « complémentaire santé » ne doit plus se limiter à une logique de complément mais s'orienter vers une logique plus active d'intégration dans le parcours de soins.

CHRISTIAN OYARBIDE • VICE-PRÉSIDENT ET CO-FONDATEUR DE LA MUTUELLE LES SOLIDAIRES,
PRÉSIDENT CO-FONDATEUR DU CERCLE VIVIENNE, PRÉSIDENT DU GROUPE MUTLOG

Il est temps pour les mutuelles de livrer bataille, en partant de ce qu'elles sont et en se positionnant clairement comme des « professionnels de santé », démocratiques, solidaires, au service de tous et pas seulement des populations cibles des GAFAM.

PIERRE FRANÇOIS • DIRECTEUR GÉNÉRAL DE SWISSLIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ

Il y a deux directions possibles, complètement différentes. Si les complémentaires santé continuent d'être sous d'énormes contraintes réglementaires, je doute fortement que dans les prochaines années elles évoluent. Nos organismes resteront des « payeurs aveugles ». Par opposition, avec une véritable réflexion politique qui redéfinit et élargit le rôle des complémentaires santé, notre positionnement pourrait énormément évoluer. Compte-tenu de la crise sanitaire actuelle, je n'ai pas le sentiment que nous constaterons des évolutions significatives dans les prochaines années. Sauf peut-être si le coût de la Sécurité sociale et de la protection sociale augmente significativement. À ce moment-là, les complémentaires santé pourraient être considérées comme de véritables acteurs du parcours de santé et de soins.

C
O
N
V
I
C
T
I
O
N
S

LAURENT
OUAZANA

PRÉSIDENT D'ENTORIA

Le sujet « dessine-moi une complémentaire santé » abordé maintenant, dans le cadre d'une crise sanitaire d'ampleur mondiale, revêt une dimension qui aurait été toute autre si le même sujet avait été posé fin 2019. Rappelons que dans cette période très spéciale liée à la Covid-19, jamais le grand public n'avait autant parlé d'assurance (automobile ou pertes d'exploitation...). Il a été remis au centre de la vie de chacun l'importance d'être bien assuré.

Précédemment, l'assurance complémentaire santé était en effet devenue un bien de consommation classique, dont le choix reposait (comme tout autre bien) sur le ratio bénéfice/prix. En d'autres termes, pour un assuré, la meilleure assurance complémentaire santé remboursait tout et coûtait le moins possible, voire « presque rien » quand elle était prise en charge quasi-intégralement par l'employeur. Peu importe qu'elle ait coûté à un assureur, ou à la collectivité, nous gérons notre complémentaire santé comme un abonnement Netflix (qui est perçu pas cher si consommation, très onéreux si pas de consommation).

Et comme pour Netflix, l'ergonomie des applications santé est devenu incroyable (carte de tiers payant dématérialisée, prise en charge envoyée automatiquement depuis son smartphone, géolocalisation d'un professionnel de santé...). Il ne manquait plus qu'un « UberDrugs » à l'instar des UberEats. Bref, tout était fait pour rendre indolore le coût de la santé, l'effet pervers étant de déresponsabiliser totalement la population. Quel assuré sait aujourd'hui ce qu'il a coûté à ses assureurs santé (obligatoire et complémentaire) chaque année ?

La « vertu » de cette crise est sans doute qu'elle aura fait « glisser » les esprits et les consciences du sujet de la prise en charge des prestations/remboursements, vers le sujet de la prise en charge de la maladie, avec une connotation saine d'anticipation et de prévention sur laquelle nous devons tous capitaliser. La prise de conscience collective commande désormais à la population de se soucier de ne pas être malade, plus que d'être bien remboursée. La qualité du système de santé d'un pays ne sera plus jugée sur sa capacité à bien rembourser, mais sur sa capacité à mieux anticiper, à mieux dépister et prévenir, à mieux connaître, et donc à mieux soigner. La France est le pays le plus généreux de l'OCDE (ticket modérateur le plus bas), et pourtant elle était, il y a quelques temps, dans le Top10 de la mortalité COVID la plus haute au Monde (au sein des pays de plus d'un million d'habitants). Où seront demain les priorités ? Rembourser ou soigner ? Et pour bien soigner, accepterons-nous une Charte citoyenne avec des règles strictes ?

J'animais, il y a deux ou trois ans, un groupe de travail au sein de l'Institut de la Protection Sociale, et déjà, après avoir rencontré les acteurs de la santé en France (en particulier les syndicats de médecins), certaines de nos conclusions étaient simples. Par exemple, les Français acceptent de payer une amende de 135 euros quand le contrôle technique de leur voiture n'est pas fait (ce contrôle intégrant des points de surveillance sur le danger que la voiture peut causer à son conducteur et ses passagers, mais aussi sur le danger que la voiture peut causer à l'environnement - pollution entre autres -). Par analogie, et ce sera sans doute le sujet de demain, ne

pas contrôler sa santé par des visites de prévention à partir d'un certain âge, peut causer du tort à soi-même, mais aussi à la collectivité (les places sont « rares » en réanimation) et aux finances publiques. Rappelons que pour être efficace un médecin doit passer 45 minutes pour une visite annuelle de prévention, pour un contrôle de 30 points sensibles, à un tarif minimum de 75 euros, pris en charge par les régimes obligatoires et complémentaires. Pour chaque année l'état de santé général des Français pourrait être mis à jour sur une base nationale, la plus complète au monde, chacun étant dirigé individuellement sur un parcours personnalisé en fonction de sa situation. Le coût ? Environ 3,75 Milliards d'euros par an, pour les 50 millions de Français de plus de 20 ans (sur 67 millions). N'est-ce pas peu de chose quand on compare ce coût, à celui des dépenses annuelles nationales de publicité autour des pathologies diverses (cancer colorectal, cancer de la prostate, cancer du sein etc...), publicités bien entendues intéressantes, mais absolument pas ciblées !

Les régimes obligatoires et complémentaires doivent travailler ensemble sur ces sujets, quitte à bousculer la Sécurité sociale, cette vieille dame de 75 ans qui a déjà subi une cinquantaine de lifting depuis 1945. Pour répondre plus directement au sujet, la complémentaire santé de demain sera « forte » si elle participe à ces changements et ces transformations, en particulier en prenant en charge la prévention plus qu'auparavant, mieux, et en incitant les assurés à s'y soumettre, avant qu'un jour elle ne devienne obligatoire. Tout en sachant que la toute nouvelle résiliation infra-annuelle ne va pas inciter les complémentaires santé à investir sur la prévention. Nous ne pouvons que regretter que de ce point de vue, les réformes ne soient pas alignées sur les objectifs nationaux de santé publique.

Le débat sur la prévention étant posé, il est en effet regrettable de gérer chaque année une réforme, désormais conditionnant le statut de contrat responsable (donc avec la sanction d'une taxe majorée). Ces textes quasi annuels bouleversent l'assurance santé complémentaire, en gérant ses minimas, ses maximas, son contenu, sa forme, sa durée ... Le message est rassurant pour les adeptes de la Sécurité sociale universelle qui doit absorber l'assurance santé complémentaire, mais très inquiétant pour celles et ceux qui souhaitent investir pour innover sur la prévention et sur le confort attendu légitimement par la population.

Désormais les points de comparaison sur l'ergonomie et le confort de l'assurance complémentaire santé sont au niveau d'Amazon, ce qui induit un parcours clients, une « expérience » plus proche du plaisir que celle de la réponse à un besoin. Le niveau d'exigence est donc très haut, le ticket d'entrée financier également et les partenariats qualitatifs sont désormais indispensables au sein de l'écosystème de la santé.

Toutes les innovations, les transformations nécessaires ne pourront être menées que si les Pouvoirs Publics reconnaissent définitivement que nous sommes dans une industrie concurrentielle, certes réglementée, mais dont les dépenses de R&D ne peuvent être freinées par des évolutions règlementaires permanentes et coûteuses



en termes de système d'information et de nécessaire pédagogie dans le service après-vente. Avec une stabilité réglementaire retrouvée, les acteurs de ce secteur sauront réinventer l'assurance santé complémentaire, et l'intégrer comme un moment de vie dans un parcours général. La santé de chacun, et sa gestion par chacun, deviendra un compagnon de tous les jours, et plus seulement un service que l'on actionne en cas de besoin. Autour de ce compagnon, d'autres acteurs rejoindront l'assureur complémentaire santé et son gestionnaire : les médicaux, les paramédicaux, les pharmaciens, les établissements hôpitaux/cliniques/Ehpad, les opticiens, les acteurs du service à domicile, Uber, Amazon et bien d'autres.

L'assurance santé complémentaire devra apparaître dans la vie de chacun comme un sujet « sous contrôle », donc ne générant aucun souci. Elle devra intervenir aussi simplement qu'une ampoule s'allume. Aux soucis de santé ne peuvent plus s'additionner des soucis administratifs, sous peine d'élimination de certains du terrain de jeu. J'ai déjà mesuré cette sensation et je la connais bien. C'est la règle connue de tous les « health insurance's players ». Elle est redoutable, mais aussi motrice en termes de progrès et d'innovations dans la construction d'un programme et ses services associés. Mais un excellent programme d'assurance santé complémentaire a un coût, et il est nécessaire de conserver des différences, des spécificités, à l'instar d'un abonnement à CanalSat, par exemple, qui propose des dizaines de bouquets possibles à ses clients.

Pour ce qui est des contrats complémentaire santé collectifs, une entreprise peut vouloir le meilleur en termes de programme d'assurance santé pour ses collaborateurs, ne serait-ce que pour être différent de ses concurrents. Et ce programme devra aller désormais au-delà de l'assurance, en intégrant des abonnements à des services complémentaires, rebattant ainsi les cartes du modèle économique de l'assureur santé traditionnel.

C'est parce que l'assurance, et son grand principe « fondateur » de mutualisation des risques, est désormais mieux connu du grand public, qu'il faut songer au futur. Comment l'assurance complémentaire santé sera organisée en respectant ce grand principe de mutualisation, au moment même où les objets connectés vont individualiser les données collectées. Ma conviction est que les « grands gagnants » seront ceux qui partageront tout, leur vie, leur discipline de vie, leur état de santé, leur vie personnelle, leurs données personnelles... et ils seront nombreux, souvent jeunes et en bonne santé. Les autres, car ils sont également nombreux, perdront comme les fumeurs pour l'assurance emprunteur, le jour où cette segmentation a été tarifante. Jusqu'au jour où de nouveaux acteurs arriveront, et « re-mutualiseront » des individus « laissés de côté » au sein de communautés de risques homogènes, par des courtiers grossistes, par exemple.

C
O
N
V
I
C
T
I
O
N
S



ALAIN
PLOUZENNEC

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE MUTUALIA

Les garanties complémentaires santé sont depuis quelques années l'objet d'un encadrement croissant, cela nous oriente inmanquablement vers une uniformisation des pratiques et des offres. Vouloir proposer des garanties différenciantes est certainement indispensable mais de plus en plus compliqué compte tenu, au-delà du caractère réglementaire, des incertitudes sur les attentes réelles des adhérents et des surcoûts techniques et de gestion, occasionnés par les « innovations » qui poursuivent l'objectif de différenciation.

Sur le fond, je pense qu'il convient de distinguer les deux marchés : celui de la complémentaire santé individuelle et celui de la complémentaire santé collective.

S'agissant de la complémentaire santé collective, il serait réducteur de raisonner sur le seul périmètre de la complémentaire santé. Les enjeux des entreprises sont à la fois la santé de leurs salariés et son corollaire naturel, la limitation des risques d'absentéisme. Dès lors, la création de valeur ajoutée réclame logiquement la prise en considération des questions de santé des salariés dans leur globalité assurancielle. Ainsi, la complémentaire santé et l'ensemble des garanties de prévoyance sont cette réponse globale qui pourrait être assortie de propositions de services. Toutefois, aujourd'hui à l'exception de quelques entreprises, la motivation des employeurs à rechercher plus de services pour leurs salariés se heurte à certaines réalités économiques : les services ont un coût.

J'ajoute que les acteurs mutualistes du marché de la complémentaire santé sont le plus souvent absents sur les garanties de prévoyance. Par voie de conséquence, la recherche de l'équilibre économique entre garanties santé, garanties prévoyance et services relève pour les mutuelles traditionnelles d'une équation bien difficile à résoudre.

En ce qui concerne la complémentaire santé individuelle, au-delà des réelles difficultés d'équilibre des résultats techniques qui apparaissent sous l'effet de la pression concurrentielle, le frein majeur au développement de la logique de services, reste la très faible appétence de nos concitoyens à payer le juste prix des services autour de la santé. Or, il devient impossible d'intégrer ces services dans nos offres selon le principe du coût marginal, pour des raisons que chacun comprendra : un service de qualité et utile a un coût et celui-ci doit aujourd'hui être supporté économiquement par le bénéficiaire. Les acteurs de notre marché ont sur ce sujet un travail considérable d'explication et de communication à organiser pour favoriser et obtenir la prise de conscience indispensable du grand public, mais aussi des pouvoirs publics.

La notion de services santé est extrêmement large et revêt de multiples réalités. Les services santé proposés n'ont pas tous la même valeur, certains relevant parfois d'une habile communication ou d'une réflexion marketing subtile. En conséquence de quoi certains « montages » d'offres de services santé présentent le risque de tomber dans le gadget, installant une certaine confusion entre l'utile et l'accessoire, le plus souvent au détriment de services qui présentent de réels intérêts car ils répondent fondamentalement à un besoin identifié par tous. Nous devons, à mon sens, faire preuve d'un meilleur esprit de responsabilité sur ce point.

S'agissant des services santé, la difficulté majeure reste l'absence d'expression d'une attente réelle de la part de nos adhérents vis-à-vis du monde de l'assurance complémentaire santé. Manifestement la majorité de la population ne nous reconnaît pas, pour l'heure, de légitimité naturelle à proposer ces services. S'agissant du retard objectif de l'intégration des services santé dans la chaîne de valeur servicielle, l'explication doit sans doute être recherchée autant sur la valeur ajoutée réelle que les services portent vis-à-vis de la population, que sur la motivation économique de l'ensemble des acteurs (porteurs de risque, courtiers, entreprises, individus) à les voir réaliser par des acteurs hors de la sphère publique. En outre, dans un marché concurrentiel (de reprise) et dans lequel les concentrations sont nombreuses et se traduisent par la création d'organisations qui peuvent peser réellement de tout leur poids sur le marché, le secteur des plateformes santé ou réseaux de soins va certainement se transformer au gré de la création de « consortiums » plus ou moins homogènes qui accepteront (ou pas) de mutualiser des innovations et de partager des leviers de différenciation. S'agissant du positionnement de ces plateformes santé / réseaux de soins actuels, il peut y avoir des développements sur la santé visuelle, la santé bucco-dentaire ou encore l'audition, toutefois ces questions importantes se situent, me semble-t-il, à la marge des sujets centraux de la population lorsque l'on parle de questions de santé. Ainsi, il ne faut pas exclure que demain les grands acteurs – les leaders – disposeront de leurs propres dispositifs (parfois partagés) et que ceux qui n'auront pas la taille critique continueront à utiliser les services de plateformes externalisées.

Le principal risque pour l'assurance complémentaire santé réside dans le développement de la perception de la baisse du ratio Valeur ajoutée / Cotisations payées, perception partagée aujourd'hui par certains responsables politiques. L'enjeu va être de démontrer auprès des clients (entreprises, adhérents) que la « mutuelle » est capable d'aider concrètement face aux aléas de la vie, en les évitant tant que possible grâce à la promotion d'actions de prévention efficaces, et en étant présente lorsqu'ils se réalisent. Nous devons collectivement nous atteler à cette tâche, et faire preuve en cette occasion de convictions solides et légitimes qui sont celles partagées depuis toujours par les mutuelles.

La complémentaire santé de demain devra, et c'est une évidence, maîtriser et gérer efficacement les données, n'oublions jamais qu'il s'agit du cœur même de notre activité, un « bon assureur » est avant tout un excellent gestionnaire de l'information. À l'ère du numérique et des technologies de demain, cette réalité est plus prégnante encore et présente une importance stratégique majeure. En parallèle, nous devons aussi maintenir les liens d'écoute et de proximité avec les adhérents. Dans une société numérisée, portée par l'explosion des réseaux sociaux, nous devons développer et promouvoir les effets positifs d'une relation de proximité attentive à l'humain et aux réalités du terrain, et porteuse de valeur. Bien sûr la proximité fait écho aux valeurs portées par la mutualité, et aujourd'hui encore (et pour longtemps sans doute) elle constitue un atout essentiel et incontournable pour participer légitimement aux transformations de l'accès à la santé sur les territoires.

C
O
M
M
U
N
I
C
I
T
I
O
N
S



ERIC
CHEVALLEREAU

DIRECTEUR DES SYSTÈMES D'INFORMATION D'ADRÉA MUTUELLE

Complémentaire Santé et non Assurance Santé Complémentaire marque bien un changement de paradigme avec une évolution structurante de son périmètre d'activité. La complémentaire santé devient fournisseur de services et doit être présente tout au long de la vie de l'adhérent, se préoccuper de son bien-être et être présente, à ses côtés, lors des accidents de santé qu'ils soient d'ordre physique ou psychologique. La marque de fabrique d'une complémentaire santé doit naturellement jaillir à travers la cohérence et la complémentarité des offres et des services qu'elle propose à ses adhérents tout au long de son parcours de vie.

Le système d'information est la « clef de voute » des activités d'une complémentaire santé sans laquelle aucun véritable développement ne peut être envisagé. Le système d'information ou les systèmes d'information ? La complexité des systèmes, les évolutions réglementaires, l'explosion des nouvelles technologies, les regroupements et les fusions des organisations créent autant de freins, de menaces mais aussi d'opportunités dont le pilotage s'apparente de plus en plus à celui d'une voiture de course (électrique bien sûr...). Il s'agit en permanence d'être en anticipation avec le pied sur le frein et l'accélérateur quasi simultanément.

L'anticipation est le graal du Directeur du Système d'Information. Les évolutions permanentes du système d'information sont autant la conséquence d'éléments exogènes, qu'endogènes de notre environnement. Impossible en effet d'anticiper certaines décisions ou injonctions gouvernementales parfois provoquées et/ou amplifiées par le lobbying de diverses corporations. Le système d'Information doit ainsi être en mesure d'intégrer rapidement de nouvelles dispositions réglementaires sans stopper ses projets stratégiques. L'explosion des nouvelles technologies offrent de nouvelles opportunités qu'il convient d'intégrer rapidement dans les systèmes d'Information sous peine de passer à côté de nouvelles offres et de capacités de développement.

L'apisation et la data sont au cœur de la stratégie du système d'Information d'une complémentaire santé. Le système d'information d'une complémentaire santé n'est pas (ou plus) l'agrégation des applications et des données qu'elle administre et supervise dans son propre Datacenter ou dans le Cloud et avec ses propres équipes IT. Les stratégies de développement des offres et services ont poussé les organisations à conclure des partenariats stratégiques avec des acteurs de toute taille. L'agilité et la rapidité de mise en œuvre sont déterminantes pour se positionner en tant que leader du marché. L'apisation donne cette capacité en échangeant des quantités importantes de données de façon synchrone ou asynchrone. On parlera ainsi de « système d'information étendu » d'autant plus que la responsabilité des acteurs peut être fortement engagée dans le cadre de la réglementation générale sur la protection des données personnelles (RGPD) en fonction des données traitées.

Une API est une interface, un contrat passé entre deux systèmes informatiques pour leur permettre de communiquer. L'apisation participe ainsi à l'ouverture du système d'information de la complémentaire santé permettant de proposer de nouveaux services à des acteurs externes. Le système d'information doit être structuré ou urbanisé avec les bonnes technologies de façon à permettre la réalisation rapide de ces interfaces avec l'extérieur.

La data constitue également un enjeu majeur dans la stratégie d'offres et de services de la complémentaire santé. Elle est par nature le capital de l'entreprise. Les nouvelles technologies (Data hub, Data Lake) permettent depuis peu une exploitation massive et rapide des données. Des nouveaux métiers (Data Scientiste par ex) et de nouveaux outils (l'intelligence artificielle) permettent d'exploiter des quantités importantes de données encore enfouies, il y a peu de temps, dans nos systèmes d'informations. La mise à disposition de sources externes de données permet de décupler les possibilités d'analyse et d'exploitation (objets connectés, réseaux sociaux, données publiques de toute nature...). La qualité et la sécurité des datas sont les pré requis incontournables avant tout usage industriel. La sécurité est souvent vécue comme un frein au développement mais Il ne peut pas y avoir de compromis face aux menaces internes ou externes (cyberattaques). Elle fait partie des risques majeurs auxquels la complémentaire santé est soumise en permanence.

C
O
N
V
I
G
T
I
O
N
S

C
A
R
T
E
B
L
A
N
C
H
E

CAROLINE
DEMOUCELLE

DIRECTRICE SANTÉ DE CARTE BLANCHE PARTENAIRES



À la lecture des différents points de vue exprimés dans cet ouvrage, on comprend que le modèle « assureur payeur » est désormais révolu: il ne correspond plus aux missions que les acteurs de l'assurance se sont fixées. Il ne répond pas non plus aux besoins d'assurés de mieux en mieux informés et de plus en plus exigeants, surtout en matière de santé.

La complémentaire santé, on l'a vu, doit faire face à une standardisation croissante de ses offres amenée par de nouvelles réglementations, qui, loin de diversifier l'offre, ont tendance à niveler les propositions de valeurs des assureurs et mutuelles. Au point qu'aujourd'hui, conquérir et fidéliser des clients se joue, non pas sur des détails, mais sur des critères réellement discriminants.

L'assureur santé a longtemps été sacralisé dans sa fonction de couverture et de remboursement des soins. Les missions se sont étendues au fur et à mesure des transformations de la société et de besoins ignorés jusqu'alors: prévoyance, assistance, aides financières... Des services pensés et développés en inclusion. Mais ces missions qui ne cessent de s'étendre peuvent-elles s'installer durablement à partir d'un modèle bâti sur l'inclusion? Car répondre à ces nouveaux besoins suppose de forts investissements financiers et humains qui laissent à penser que les assureurs santé vont devoir tendre vers des modèles de co-financement (employeurs ou encore assurés).

Aujourd'hui, les besoins des assurés ont évolué, leurs attentes diffèrent selon les moments de la vie, les technologies et le traitement des données ouvrent le champ des possibles. La demande vise à plus de personnalisation, au développement de services sophistiqués qui seront utilisés par les assurés. Ces nouveaux services, adossés aux contrats, singularisent les garanties et s'attaquent également à des territoires peu explorés: télé-médecine, dépendance, épidémies... Ils doivent également répondre à un parcours de santé balisé de la prévention primaire au suivi des soins, en passant par l'accompagnement des assurés.

La récente crise sanitaire l'a prouvé: il est des situations où il faut savoir réagir vite, proposer des solutions prêtes à l'emploi. L'essor de la téléconsultation relatif à la pandémie de la Covid-19 a été rendu possible par deux facteurs: une réglementation plus souple et des acteurs prêts, à l'instant, à mettre leurs services à disposition du plus grand nombre.

Agilité et disponibilité seraient-elles l'alpha et l'oméga du développement des services?

Le développement des services consiste en des projets, souvent lourds, qui nécessitent la mobilisation de collaborateurs et experts ainsi que de forts investissements financiers. La demande, forte, fait que la chronologie du développement d'un projet n'est pas en adéquation avec la chronologie des besoins des assurés.

L'intégration des nouvelles réglementations, la compréhension des nouvelles normes demandent du temps, une organisation spécifique, des schémas inédits. L'assureur santé d'aujourd'hui est constamment sollicité et ne peut mettre en œuvre cette stratégie de service en toute autonomie.

Chez Carte Blanche Partenaires, nous sommes convaincus que pour développer de nouveaux services, les assureurs doivent avoir recours à des tiers experts.

Le marché fourmille d'acteurs, d'incubateurs d'idées, de la startup à la structure plus avancée.

En tant que plateforme de services santé, Carte Blanche Partenaires a toute capacité à accompagner les acteurs de l'assurance santé dans le déploiement de nouveaux services.

Le recueil et le traitement des données nous ouvre une connaissance fine des assurés et de leurs besoins. Notre structure, basée sur l'agilité, nous permet de faire éclore les idées et d'envisager leur développement rapide. Notre mission nous pousse à réfléchir bien au-delà de l'activité de réseau de manière à intégrer le parcours de santé des assurés au sens large.

Notre rôle ne se limite pas à la dimension « Assuré »: par le déploiement de solutions novatrices, nous libérons l'assureur en lui redonnant du temps et en lui évitant des investissements coûteux.

À titre d'exemple, l'année 2020 a été marquée par le lancement du service Mon devis décrypté. Pensé en anticipation des bouleversements imposés par la réforme 100 % Santé, ce service accompagne les assurés dans la compréhension des devis émis par les professionnels de santé. L'analyse de devis n'est pas nouvelle, mais elle se limitait jusqu'alors à une simulation du remboursement de l'assuré et éventuellement à une appréciation du plan de traitement proposé par le professionnel de santé.

Si ces services permettaient de répondre à la demande des assurés, ils relevaient pour les assureurs d'une gestion chronophage et peu efficiente. Insuffisant aujourd'hui: les assureurs tendent vers une optimisation de leur processus de gestion et l'assuré quant à lui s'attend à bénéficier de services en lien avec les nouveaux usages: compréhension des équipements ou actes proposés par son professionnel de santé grâce à une réponse en temps réel. Mon devis décrypté répond à ces nouvelles attentes: la proposition du professionnel de santé est scrutée à la loupe, le résultat fourni à l'assuré, en temps réel, lui permet d'avoir accès au détail des caractéristiques de l'équipement optique ou de la prothèse dentaire proposée; des options sont suggérées pour lui permettre de faire un choix éclairé en toute connaissance de cause. Pour l'assureur, ce nouveau service permet de valoriser sa mission d'accompagnement des assurés, bien au-delà de sa mission de remboursement des soins. En outre, ce service s'intègre rapidement et facilement dans l'offre de l'assureur, ce qui constitue un gain de temps indéniable.

Outil d'accompagnement et d'orientation, Mon devis décrypté illustre bien la philosophie générale: imaginer des services utiles et utilisés, de manière à adresser la bonne personne, au bon endroit, au bon moment, tout au long du parcours de santé des assurés.



Thierry Beaudet • Laurent Boulangeat • Éric Chevallereau • Nicole Colonna de Leca • Étienne Delavaquerie • Caroline Demoucelle •
Claude Evin • Pierre François • Jean-Carles Grelier • Hélène Grignon Boulon • Bertrand Guéguinat • Bruno Huss •
Patrice-Michel Langlumé • Florence Lustman • Laurent Ouazana • Christian Oyarbide • Yanick Philippon • Alain Plouzenec •
Tanguy Polet • Dominique Pon • Gérard Raymond • Djamel Souami • Jean-François Tripodi •

