



Faut-il en finir avec les coûts cachés ?

SERVICES EN SANTÉ

La rationalisation de l'offre de services des assureurs complémentaires santé s'opère aussi par une réflexion sur son modèle économique. Sur ce point, tous les acteurs du marché ne sont pas sur la même ligne...

La différenciation par les services est devenue une évidence pour les assureurs santé, mais tous n'ont pas les mêmes atouts pour y parvenir. Des géants comme Axa, Malakoff Médéric Humanis (MMH) ou Vyv ont déployé des logiques industrielles leur permettant d'imaginer de nouveaux services pour prendre une longueur d'avance... et, à terme, avoir un meilleur retour sur investissement. « Nos services de prévention santé font l'objet d'illustrations chiffrées pour démontrer leur intérêt économique : une bonne mise en application peut faire baisser l'absentéisme de plus de 10% chez certains de nos clients », illustre Carine Kessaci, directrice marketing et promotion des services pour MMH.

En inclusion ou en option

Le groupe de protection sociale, qui a pris très tôt le virage des services en santé/prévoyance, n'entend pas faire bouger sa ligne directrice concernant leur modèle économique : « Ils ont toujours

été et seront toujours en inclusion dans l'ensemble de nos contrats », complète Carine Kessaci. Un positionnement pour l'heure encore majoritaire : « Un service comme la téléconsultation médicale est en inclusion dans tous nos contrats – sans quoi elle serait trop onéreuse », ajoute Gérald Monchanin, directeur marché santé et prévoyance du particulier chez April.

Mais cette logique est désormais remise en question : la Mutuelle générale a ainsi créé une filiale dédiée aux services, intégrant la santé (comme la téléconsultation médicale) mais aussi des services d'aide au quotidien, comme la conciergerie. De même, Vyv ne s'interdit plus de vendre des services en option pour répondre aux différents « moments de vie » de ses assurés... Un fonctionnement qui évoque davantage un modèle nord-américain plutôt qu'à la française. Ce mouvement est en tout cas suivi de près : « Les entreprises sont aujourd'hui plus intéressées par des services facturés à l'usage plu-

tôt que facturés en inclusion mais, du coup, très dilués. Le prix n'est plus la variable principale de décision, contrairement à l'usage », estime ainsi Alix Pradère, fondatrice et associée du cabinet OpusLine.

Mais en parallèle de cette confrontation entre géants, les acteurs de taille plus modeste tâtonnent encore. « Concevoir de nouveaux services a un coût non négligeable, d'autant plus dans un contexte de pressions sur les coûts de gestion, d'appels à la lisibilité et à la transparence des garanties... Un équilibre qui n'est pas évident à trouver pour des acteurs de taille intermédiaire », résume Mylène Favre-Béguet, associée au sein du cabinet Galea & Associés sur les sujets prévoyance/santé.

Des offres clés en main

Possible solution pour parvenir à suivre le mouvement, comme le note Alix Pradère : « Les plus petits acteurs auront accès à des prestataires qui leur proposeront cette même logique de services clé en main – comme cela a été le cas il y a quelques années avec l'assistance ».



Avec, toutefois, une moindre maîtrise du modèle économique de ces services... qui, par ailleurs, évolue naturellement.» «À ses débuts, la téléconsultation pouvait faire l'objet d'une option payante dans les contrats d'assurance santé. Cela n'a plus de sens aujourd'hui, car ce n'est plus un service différenciant. D'où l'intérêt d'innover ailleurs», conclut Mylène Favre-Béguet.

● GWENDAL PERRIN



APRIL

“ Je crois peu aux services comme options au contrat, mais plutôt personnalisés en fonction de la population ciblée. ”

GÉRALD MONCHANIN,
DIRECTEUR MARCHÉ SANTÉ ET PRÉVOYANCE
DU PARTICULIER CHEZ APRIL