

Armez votre réseau Outil d'aide à la vente
face à la concurrence
 Cliquez ici

PRODUITS

Le modulaire, c'est pas automatique

Tweet 0 | Share 0 | Viadeo 0 | +1 0

Si la tendance est au lancement de produits "à la carte", certains acteurs continuent de miser sur des formules classiques, plus faciles à vendre et à piloter en matière de gestion des risques. Décryptage.

Comment proposer une offre santé adaptée aux besoins des clients tout en s'assurant un succès commercial ? L'équation n'est pas simple à résoudre pour les organismes de complémentaire santé. D'autant que le cadre réglementaire imposé aux contrats responsables réduit les marges de manœuvre. Pour rappel, ce cadre, qui permet de bénéficier d'un avantage fiscal, impose une prise en charge minimum de garantie : au moins 30 % du tarif de base pour les consultations du médecin traitant et du tarif des médicaments à vignette blanche, et au moins 35 % du tarif opposable des analyses médicales prescrites par le médecin traitant (voir LTA février 2012, p. 59), entre autres. Et les obligations ont encore été renforcées l'an dernier (lire p. 48).

Des contraintes imposées par les pouvoirs publics auxquelles s'ajoute une tendance forte des assurés à rechercher le meilleur rapport qualité/prix. « La forte hausse des cotisations influe nécessairement sur le comportement des assurés. De plus en plus de trentenaires ne s'assurent pas et les assurés s'orientent vers des gammes moins chères au détriment des garanties. Ce phénomène est récent », constate Christophe Courtin, PDG de Santiane.fr. Une tendance que confirme David Dorn, directeur santé, prévoyance et dépendance individuelles chez Axa France. « Aujourd'hui, 40 % de nos affaires nouvelles se font sur des garanties dites d'entrée de gamme, alors qu'en 2009, elles n'étaient que de 30 %. » Un phénomène constaté sur l'ensemble du marché (voir graphique p. 46) : le nombre de contrats d'entrée de gamme est passé de 33 % avant 2011 à 41 % cette année, au détriment des contrats plus haut de gamme qui ont reculé de 39 à 32 %.

MAAF, UN PRÉCURSEUR

[Revenir en haut](#)

Alors face aux contraintes de budget des assurés, les offres modulaires ont envahi le marché. L'idée de ces contrats est de permettre à l'assuré d'ajuster le niveau des garanties souscrites, et donc la cotisation, en fonction de ses besoins. Autrement dit, pour l'assuré, il s'agit de ne payer que ce qu'il consomme. Maaf a été précurseur de ce type de contrats avec sa gamme Biorythm au début des années 2000. « Ce produit modulaire a permis à Maaf une forte progression, parce qu'il y avait une réelle attente des clients », confie Didier Bazzocchi, directeur général délégué santé et prévoyance de Covéa. Le mouvement s'est poursuivi et même accéléré l'année dernière. Ainsi, chez les assureurs et les mutuelles sans intermédiaire, la progression est impressionnante : 6 % de l'offre santé était modulaire avant 2011 contre 54 % aujourd'hui. Les produits "compacts", c'est-à-dire les produits sur lesquels l'assuré ne peut pas moduler le niveau de sa garantie, sont donc devenus minoritaires pour ces acteurs.

Les bancassureurs poursuivent la même stratégie. C'est le cas notamment du produit de BNP Paribas Cardif ("Cardif santé"). Même politique chez Axa, qui lancera dans les prochaines semaines un produit composé d'une quarantaine de formules possibles. « Nous voulons nous adapter à la baisse du pouvoir d'achat des assurés, explique David Dorn. La nouvelle offre permettra à l'assuré d'ajuster son budget en mettant les garanties accessoires, comme le remboursement des frais de médecine douce par exemple, en option. »

Mais la palme du modulaire revient à Allianz, qui a lancé son offre Compositio en avril 2011. L'assuré peut choisir entre sept niveaux de remboursement pour trois blocs de garanties : l'hospitalisation et les soins courants, l'optique et enfin le dentaire. Au final, les forces de vente peuvent proposer 833 combinaisons différentes pour une protection qui se veut sur mesure et en fonction du profil ("Compositio budget", "Compositio classic" ou "Compositio plus").

UNE FAUSSE BONNE IDÉE ?

[Revenir en haut](#)

Mais, est-ce que trop de modulaire peut tuer le modulaire ? La question se pose, au regard des inconvénients de ces formules (lire page suivante). Pour Michel Collombet, associé Eurogroup Consulting, « ces produits sont difficiles à commercialiser et, au final, peu de formules sont vendues ». Un constat appuyé par Christophe Courtin. Chez Allianz France, Christine Nonnenmacher note que « la palette des formules vendues est très large, même si certaines le sont plus que d'autres ».

Alors, le contrat modulaire est-il une fausse bonne idée ? C'est possible, d'autant que ces produits ont tout de même quelques effets pervers : une plus grande volatilité des assurés et, surtout, un risque élevé d'anti-sélection. Sans préjuger des intentions des assurés, la tentation d'augmenter sa garantie dentaire juste avant une intervention est tout de même forte... D'où la nécessité d'un pilotage renforcé chez les assureurs au risque de dégrader les rapports sinistres à primes, faute de réelle mutualisation.

Pour Didier Bazzocchi, « ces produits étaient plus adaptés ces dernières années, mais avec l'évolution actuelle du marché, il faut envisager d'autres formules comme une modularité couplée à une segmentation par cible. Avec l'augmentation du coût des complémentaires, des catégories de clients se sont formées avec des besoins différents ». C'est la démarche suivie par la Mutuelle générale, qui vient de faire évoluer son offre monchoix.santé, lancée en 2008. Stéphane Lecocq, directeur des assurances et des partenariats, explique que « la modularité présente l'avantage du sur mesure, mais reste parfois compliquée pour le client. Nous avons donc introduit, en juin dernier, une segmentation par type de clientèle : solo, famille et senior, avec des services adaptés à chaque catégorie de cible, pour une prime moyenne autour de 60 € ».

L'ÉMERGENCE DES "HYBRIDES"

[Revenir en haut](#)

Dès lors, le marché reviendrait-il en arrière sur le modulaire ? Certains n'hésitent pas à l'affirmer. « Ce qui revient à la mode aujourd'hui, ce sont les produits avec un socle de base et des options complémentaires », indique Michel Collombet. En quelque sorte des produits "hybrides", à la fois compacts et modulaires, qui permettent d'opter pour des blocs de prestations de niveaux supérieurs. AG2R La Mondiale a ainsi renforcé sa gamme senior avec deux renforts supplémentaires (actes médicaux/hospitalisation et optique/dentaire). Plus qu'un retour en arrière, il s'agit davantage d'une réorientation des offres en tenant compte d'une segmentation ciblée. D'autant que certains produits, se présentant commercialement comme modulaires, ne laissent en réalité aucune marge de manœuvre à l'assuré dans le choix de son niveau de couverture.

Pour d'autres acteurs, la politique est de maintenir des produits dits "compacts purs". L'offre de La Banque postale assurance santé en est l'illustration la plus récente. Elle propose trois gammes (solo, famille et senior), avec quatre niveaux de garantie par gamme. Un concept simple et qui fait recette. « L'offre est plus facile à comprendre pour les clients, mais aussi plus facile à s'approprier pour les conseillers », explique Catherine Kerrevel. Même parti pris dans l'offre "Efficience santé" de la MGEN et de la Maif, gérée par MGEN Filia, ou encore chez Matmut mutualité. Quant à l'offre du groupe MGEN, qui se veut globale, elle ne permet pas de distinguer santé, prévoyance et dépendance. Un choix qui présente tout de même un inconvénient : l'offre n'est pas présente sur les comparateurs d'assurances puisqu'elle intègre ce volet prévoyance et dépendance, à la différence de la plupart des autres offres santé individuelle.

Mais dans tout ça, que veut le client ? Réduire son budget, certes ! Mais encore ? Selon l'étude "Santé complémentaire 2012", réalisée par Optimind en partenariat avec OpinionWay, 26 % assurés se disent principalement en attente de produits « à la carte » ; la demande de produits proposant des remboursements de cotisation si les garanties ne sont pas consommées, comme les franchises cautionnées, arrive en tête pour 17 % des répondants. Et, plus ennuyeux, 13 % des personnes interrogées estiment qu'aucune offre actuellement présente sur le marché ne correspond à leurs besoins ! Un chiffre qu'il convient toutefois de relativiser dans la mesure où, en matière de santé, l'incompréhension règne chez les assurés. Ainsi, 59 % des Français ne connaissent pas, ou peu, les montants de prise en charge de leur complémentaire santé. D'où l'insistance de l'Unocam, l'an dernier, pour que les organismes de complémentaires santé simplifient la rédaction des garanties et tendent à les exprimer en euros au lieu d'un pourcentage de la base de remboursement, parfois minime, de la Sécurité sociale.

INADÉQUATION DES OFFRES

[Revenir en haut](#)

Outre l'analyse de l'attente des clients, Optimind a sondé les assureurs (santé ou non). On y apprend notamment que plus d'un quart souhaiterait voir se développer des produits dits « à garanties essentielles », c'est-à-dire des produits à faible remboursement, alors que 1 % seulement souhaite que se développent des produits de type franchises cautionnées. « Si les assureurs sont conscients que le budget maximal des dépenses pour la santé est atteint par les assurés, ils sont loin d'être en phase en termes d'offres », relève Christophe Eberlé, président d'Optimind. Pour les assurés, ce sont les garanties les plus coûteuses qui sont déterminantes dans leurs choix : le dentaire, l'optique, mais surtout l'hospitalisation. « Là encore, quand on examine les réponses des assureurs, on s'aperçoit que l'importance de la garantie hospitalisation est sous-estimée par rapport à la demande des assurés. »

Cette inadéquation entre l'offre et les besoins réels ne pourra sans doute pas durer. Les professionnels seront bien obligés de faire évoluer leurs produits vers la prise en charge des risques lourds au détriment des risques courants, comme dans toutes les autres branches de l'assurance. Mais le cadre du contrat responsable constitue un frein dans la mesure où il impose la prise en charge de certaines dépenses de santé. Alors, « si le contrat responsable empêche de trouver des solutions intelligentes, il faut lever le tabou et en sortir », ose Xavier Toulon (cabinet Merypta). En sortir ou repenser son contenu, dans tous les cas, la balle est aussi dans le camp des pouvoirs publics...

AUTRES ARTICLES DU DOSSIER

- Traitement de choc en vue
- Le modulaire, c'est pas automatique
- Une pilule dure à avaler

PARTAGER

- Envoyer à un ami
- Imprimer

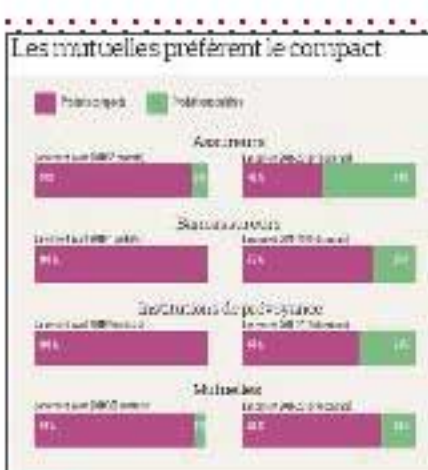
ACCÈS DIRECT

- Maaf, un précurseur
- Une fausse bonne idée ?
- L'émergence des "hybrides"
- Inadéquation des offres



« La modularité présente l'intérêt du sur mesure, mais reste parfois compliquée pour le client. »

Stéphane Lecocq
Mutuelle générale

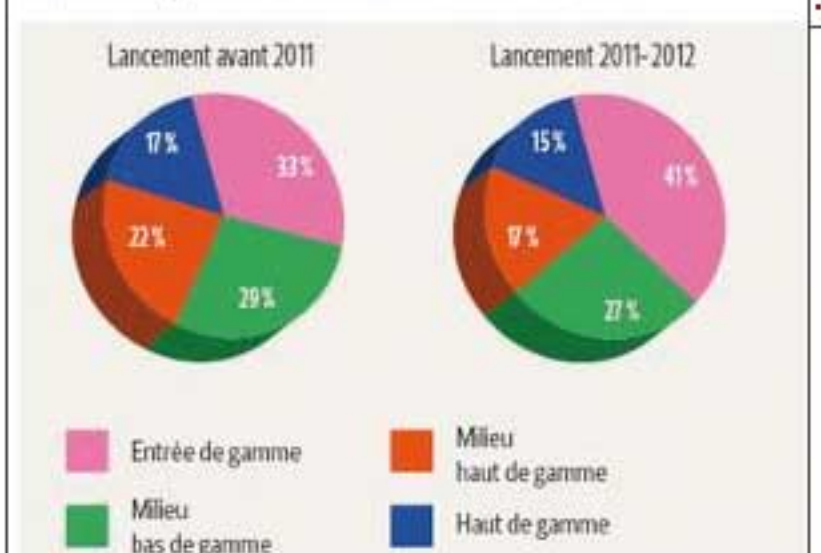


Répartition des produits par "famille"

Les produits modulaires sont devenus la tendance forte du marché. Les assureurs traditionnels ont fait une poussée

importante sur ce créneau, suivis de près par les bancassureurs et les institutions de prévoyance. Les mutuelles santé s'y sont mises également, mais la proportion de produits "compacts" reste plus importante chez ces acteurs historiques du marché.

Un réajustement à la baisse



Répartition des formules de couverture

Les récents lancements de produit montrent que les formules d'entrée de gamme gagnent du terrain. Les assureurs tentent ainsi de réajuster le positionnement de leur offre dans la mesure où les produits santé des ménages commencent à être saturés.

3 QUESTIONS À XAVIER TOULON - ASSOCIÉ-FONDATEUR DU CABINET DE CONSEIL MERYPTA



Les produits modulaires sont-ils adaptés aux besoins des assurés ?

Ils représentent une tendance forte du marché aujourd'hui et apportent une réponse face à l'augmentation des cotisations. Mais c'est une réponse très

partielle. La modularité de plus en plus débridée va à l'encontre du principe même de l'assurance qui est de couvrir un risque. Avec des produits modulaires, l'assuré peut anticiper ses dépenses les plus lourdes et ajuster sa garantie. Il n'y a donc plus d'aléa.

Les produits qui proposent des remboursements de cotisations, comme les franchises cautionnées, sont-ils plus adaptés à la problématique actuelle du marché ?

Non, je ne le pense pas. En outre, ce sont des produits qui, commercialement, ne fonctionnent pas. Ils n'ont, de fait, d'intérêt que pour les personnes qui ne sont pas malades. Il y a un risque de créer une sorte de "bonus-malus" en assurance santé. Et surtout, ces produits envoient un curieux message aux pouvoirs publics : rembourser jusqu'à 50 % des cotisations grâce à une augmentation des tarifs de seulement 15 % laisse penser que les marges sont bien importantes, ouvrant ainsi la brèche à des ponctions par les pouvoirs publics.

Quelle est, selon vous, la bonne formule ?

Il faut orienter les contrats vers la prise en charge des dépenses importantes comme l'hospitalisation. Les contrats sont trop conçus, aujourd'hui, comme des solutions de préfinancement, bien trop coûteuses. Mais pour proposer des garanties plus adaptées, il faut peut-être évoluer et envisager de sortir du cadre des contrats responsables ou, mieux encore, de le redéfinir dans l'intérêt de tous, en premier lieu des pouvoirs publics.

Propos recueillis par G.B.-F.