

Les complémentaires santé doivent-elles se recentrer sur leur cœur de métier ?



Xavier Toulon,
conseillé en stratégie marketing,
auteur de " Complémentaires santé,
il va falloir assurer ! "

La Revue du Courtage : *Est-il aisé de souscrire une assurance santé, à ce jour ?*

Xavier Toulon : Pour une personne souhaitant souscrire une assurance santé, comparer les offres est un exercice redoutable car connaître au juste le montant des remboursements est quasi-impossible. Certes, l'Unocam a établi des règles afin d'améliorer la lisibilité des contrats mais, d'une part, cet effort de clarté avait été sollicité par Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, et non par les complémentaires elles-mêmes, ce qui est à déplorer ; d'autre part, cet effort a consisté à ajouter une trentaine de pages aux contrats. Or, qui parcourt cette littérature ? Peu d'assurés, en réalité. Pour une clarté maximale, il aurait été plus judicieux de lister une trentaine de dépenses médicales et de soins types et de préciser les tarifs de remboursement. N'oublions pas que la complémentaire santé est le produit assurantiel le plus coûteux qu'achètent les ménages. Vendre aussi cher une assurance dont le fonctionnement reste abscons, voilà qui pose problème. Comme les assurés ne sont pas en mesure de comparer les offres, ils se reportent sur d'autres critères comme la visibilité de la marque pour évaluer une complémentaire santé. Ce ne sont donc pas les acteurs les plus compétitifs qui engrangent des parts de marché mais ceux qui parlent le plus fort. Résultat : les coûts d'acquisition des complémentaires santé ont

" Complémentaires santé, il va falloir assurer ! "*, tel est le titre d'un ouvrage qui vient d'être publié et qui revisite les modalités de fonctionnement de ces assurances optionnelles. Xavier Toulon, son auteur, développe pour *La Revue du Courtage* les points clés exposés dans ce livre. Après s'être penché sur la complémentaire santé chez Athéna, MAAF et la Mutuelle Générale, ce conseil en stratégie marketing a fondé un cabinet, Merypta, du nom de la première femme médecin connue dans l'antiquité égyptienne.



* " Complémentaires santé, il va falloir assurer ! ", Editions Tribune Santé, mai 2012.
Cf : www.merypta.com

explosé ces dernières années. Bien entendu, ces coûts ont été répercutés sur le montant des primes et peuvent aller jusqu'à 35 % du total, coûts de gestion compris. A cela s'ajoutent les 13,27 % de taxes (TSCA + taxe CMU). En conséquence, sur le total du montant d'une assurance santé, quasiment un euro sur deux sert à toute autre chose qu'à la prise en charge des dépenses de santé.

RdC : *Les assurances santé sont-elles efficaces ?*

XT : Une complémentaire santé est d'autant plus efficace qu'un assuré n'a pas de problème de santé majeur. Selon les Comptes nationaux de la santé 2010, le reste-à-charge d'une personne n'ayant que des dépenses mineures parce qu'elle est en bonne santé est pris en charge par sa mutuelle à 82 %. En revanche, une personne en affection longue durée, qui a des restes à charge très élevés, ne sera remboursée qu'à hauteur de 58 %. Cela veut dire que les complémentaires santé ne remplissent pas bien leur rôle. On laisse croire aux assurés qu'ils sont protégés mais le jour où ils sont confrontés à un problème de santé sérieux, ils prennent alors conscience de l'insuffisance de leur couverture complémentaire. Les complémentaires se sont éloignées de l'assurance car elles dérogent à ses principes de base et leur rôle consiste en grande partie à avancer les frais. C'est un point qu'a souligné la Cour des Comptes dans un récent rapport. En France, 7 % de la population n'ont pas de complémentaire santé. Or, selon des études publiées dernièrement, 29 % des Français ont déjà renoncé à des soins pour des raisons financières. N'est-il pas paradoxal que ces personnes aient une assurance complémentaire et que, malgré tout, elles renoncent à se faire soigner ? En fait, les principaux postes de sélection d'une complémentaire santé sont l'optique, le dentaire et les dépassements d'honoraires. Or, plus de 70 % des contrats individuels ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires et l'optique et le dentaire sont très mal remboursés. En revanche, les quelques euros de dépense non couverts par le régime obligatoire suite à une consultation chez le généraliste vont être bien pris en charge. Est-ce cela l'essentiel ? Non. Les complémentaires santé doivent trouver des alternatives pour s'adresser à leurs assurés et donner la possibilité de mieux rembourser les gros risques ou les risques au coût élevé comme les dépassements de spécialistes, le dentaire. C'est-à-dire se concentrer sur les fondamentaux du métier d'assureur.



RdC : *Pour quelle raison se sont-elles éloignées des fondamentaux du métier ?*

XT : Prenons un exemple simple : pour que le principe de l'assurance fonctionne, il faut qu'il y ait un risque à ne pas être assuré. Si vous choisissez de ne pas assurer votre voiture contre le vol, vous prenez un risque. Or, l'absence de délai d'attente, fréquemment mise en avant dans la communication des acteurs du marché de l'assurance santé, fait qu'on peut contractualiser à tout moment. De la même manière, le fait de pouvoir adapter sa couverture à des dépenses connues bien à l'avance est contraire au principe même de l'assurance. Un peu comme si vous pouviez assurer votre véhicule une fois qu'il a été volé. Il va bien falloir tenir compte d'une spécificité des complémentaires santé : la majeure partie des gros sinistres peut être anticipée (prothèses dentaires, hospitalisation programmée...). Un certain marketing a fait du tort à l'assurance santé car il a poussé à s'écarter des règles de base de toute activité d'assurance au profit d'arguments promotionnels trop faciles. Afin de se démarquer les unes des autres, les complémentaires santé ont multiplié les avantages qu'elles pouvaient afficher (deux mois gratuits, forfaits optiques de bienvenue, produits ultra modulaires, possibilité d'adapter sa couverture à tout moment en fonction de ses besoins...). Et qui paye ? Les assurés qui leur restent fidèles, consomment peu de soins médicaux et disposent d'un contrat de milieu de gamme. Il serait peut-être temps d'en faire un peu plus pour ces clients au lieu de se focaliser sur des prospects dont les comportements deviennent de plus en plus opportunistes. On s'étonne ensuite que 60 % des Français entendent rentabiliser leur mutuelle, selon le baromètre de l'équité en santé réalisé pour April. Prenons l'exemple des contrats collectifs où, quel que soit le prix d'une paire de lunettes, celle-ci est couverte par la complémentaire. De ce fait, les fréquences de consommation en optique explosent. Le contrat responsable devrait intervenir dans ce domaine pour mettre son haut-là !