

PREVENTION et SERVICES INNOVANTS



Mode **éphémère**

OU

évolution logique de l'assurance ?



00 | Préambule

La prévention est un immense sujet, médiatisé à souhait par les politiques, l'Assurance Maladie, les assureurs, les géants du numérique, ou encore les insurtechs, le corps médical, l'industrie pharmaceutique.

Rarement trouvons-nous un tel consensus dans un secteur où la santé et la protection sociale tendent plutôt à cristalliser des positions idéologiques.

La doxa du « *mieux prévenir que guérir* » écrase tout débat.

Mais la richesse d'un sujet ne se trouve-t-elle pas dans les questions qu'il suscite plutôt que dans un consensus légitime bien que parfois lénifiant ?

Aussi, souhaitons-nous à travers cet article revenir sur un sujet plus complexe qu'il n'y paraît en essayant tout d'abord de mesurer le regain d'intérêt des assureurs vis-à-vis des initiatives de prévention dans le domaine de la santé.

S'agit-il d'une mode éphémère portée par la révolution digitale ou d'une évolution logique des assureurs au regard de leur rôle historique dans la prévention des risques... industriels ?

Une cartographie d'acteurs et de programmes de prévention santé vient, dans un second temps, questionner les complémentarités des assureurs avec d'autres acteurs institutionnels ou privés.

Cette interrogation est d'autant plus nécessaire que la profusion de programmes créés ces dernières années ne s'est pas traduite opérationnellement par une consommation de ces services de prévention et d'accompagnement.

Une question centrale est donc posée : ***ce décalage entre l'effervescence des acteurs et la faible consommation des services ne préfigure-t-il pas le début d'un nouvel hiver de la prévention santé ?***

Ce qui nous incite à explorer, dans une troisième partie, les freins et les leviers du développement de la prévention et des services.

Comme nous le verrons dans la dernière partie à travers le développement des plates-formes de santé digitale et l'usage expérimental du Big data par l'école polytechnique et la CNAM, les opportunités existent.

Les plates-formes souhaitent entre autre encourager le développement et la préservation du capital santé des individus et contribuer à l'amélioration de leur suivi et de leurs parcours de soins. Le Big Data promet des progrès sensibles dans la médecine prédictive et dans la pharmacovigilance¹.

Plus globalement, la prévention santé et les services pourraient redessiner à terme le paysage de l'assurance.

Les écueils organisationnels, techniques, financiers, éthiques ou ...politiques existent.

Ils ne seront certainement pas insurmontables éternellement.

¹ Les opportunités et défis du Big Data dépassent le seul cadre du volume gigantesque de données stockées et traitées. La variété des formats, la vélocité, la véracité, la valeur et la visualisation de ces données sont des facteurs essentiels conditionnant leur exploitation.

01 | Un survol historique

Du feu à la santé : la prévention des assureurs

Parmi les catastrophes naturelles, sources d'effroi et de prières au Moyen âge et au-delà, le risque d'incendie fut longtemps le grand fléau des villes.

Chaque ville brûle plusieurs fois et chaque événement constitue une étape dans son histoire, le facteur accidentel étant surtout d'origine thermique comme à Cambrai où une volée d'étincelles s'échappa d'un four, d'une « *queminée qui estoit de bois et pilleuse de feu* »².

Pour faire face à ces embrasements récurrents, les autorités municipales mirent en place les premiers soldats du feu ainsi qu'un service de lutte contre les incendies. Pour autant, la gestion des risques est largement déficiente et le métier d'assureur n'existe toujours pas.

Puis ce fut le **Great fire** du 2 au 5 septembre 1666 qui, parti d'un four de boulangerie, consuma 13 200 maisons londoniennes, essentiellement faites de bois, 87 églises et la cathédrale Saint-Paul.

Cherchant un bouc émissaire, on incrimina les papistes et les Français³. Les lynchages commencèrent. D'autres hommes moins vindicatifs, comme le britannique **Nicholas Barbon**, préférèrent une analyse rationnelle et pratique, propre à développer une activité commerciale. Inquiet de voir son patrimoine immobilier partir en fumée lors d'un nouvel incendie,

ce physicien spéculateur immobilier décida de créer la première compagnie d'assurance « *The Insurance Office for Houses* »⁴.

Le mouvement est lancé. L'assurance privée en tant que technique de prévention des risques et d'indemnisation prend son envol dans un effervescent 17^{ème} siècle, bénéficiant des travaux de **Huygens**, **Fermat** et **Pascal** sur les probabilités, de **Hudde** et **Witt** sur les tables de mortalité pour calculer le juste prix des rentes ou de **Bernoulli** sur la loi des grands nombres⁵.

La France accuse pourtant un certain retard puisque ce n'est qu'en 1786 que sont créées la **Société d'assurances générales contre l'incendie** des frères **Périer** et la **Compagnie d'assurances contre l'incendie** de **Clavière** et **Batz**.

Si la prévention des risques contre l'incendie accompagne la diffusion des premières assurances populaires, contribuant à l'extinction des toits de chaume, ce n'est qu'à la fin du 19^{ème} siècle que les compagnies d'assurance françaises et leurs inspecteurs investissent massivement le champ de la prévention, imposant des cotisations élevées si les industries ne respectent pas certaines dispositions pour améliorer les normes techniques⁶.

La prévention santé en France : une faiblesse historique et structurelle...

L'implication des assureurs dans la prévention des risques de santé est moins spectaculaire, du moins en France. Pour autant, elle n'est pas inexistante puisque ces professionnels du risque furent pionniers dans la traque de l'anémie des mineurs ; maladie provoquée par l'ankylostome, un parasite prospérant dans la moiteur des galeries.

L'Historien **Georges Vigarello** revient sur cette maladie dont les compagnies d'assurances suivent la trace en comparant sur leurs livres de caisse, les dépenses variant d'un lieu à l'autre avec les virulences épidémiques : « *Les compagnies avouent bruyamment leurs intérêts dans l'effacement du mal. Elles négocient avec les houillères jusqu'à revendiquer l'implantation de latrines à l'entrée et à l'intérieur des mines : seul moyen, selon les experts, d'endiguer les effets du parasite propagé par les défécations répandues sur le sol des galeries* ».



2 Jean-Pierre Leguay, *Les catastrophes au moyen-âge*, Gisserot Histoire, 2005

3 Bernard Cottret, *Histoire de l'Angleterre*, Éditions Tallandier, 2011. Un horloger rouennais, Robert Hubert, débarqué en Angleterre deux jours après les premières flammes, sera arrêté puis pendu.

4 Jacques Mistral, *Le climat va-t-il changer le capitalisme ? La grande mutation du 21^{ème} siècle*, Eyrolles, 2015

5 Jacques Pelletan, *Sociétés sécuritaires ou sociétés de confiance ?* L'Harmattan, 2017

6 Thomas Le Roux, *Risques industriels - Savoirs, régulations, politiques d'assistance, fin 17^{ème}-début 20^{ème} siècle*, Presses Universitaires Rennes, 2016



Ces exigences sont d'autant plus remarquables que les politiques de santé publique sont largement insuffisantes, comme le déplore le célèbre médecin **Adrien Proust**, dans un ouvrage de 1880 consacré à l'hygiène : « *On commence à comprendre en France l'utilité des médecins hygiénistes tels qu'ils existent en Angleterre et en Allemagne...* »⁷.

La lutte contre l'ankylostome constitue néanmoins une exception. Force est de constater la grande discrétion des assureurs dans la prévention des risques santé tout au long du 19^{ème} et 20^{ème} siècle.

Cette faible implication fut-elle compensée par les pouvoirs publics puis dès sa création par la sécurité sociale ? Nullement.

Les formidables gains d'espérance de vie s'expliqueraient en France par une médecine bien plus curative que préventive, un système de soins plutôt performant et une protection sociale généralisée et inclusive.

Le constat de **Francesca Colombo**, directrice de la division santé de l'**OCDE**, est d'ailleurs sévère. La prévention en France serait un maillon faible avec 2% des dépenses courantes de santé, contre 3% en moyenne dans les pays de l'Union Européenne⁸.

Patrick Negaret, Directeur Général de la CPAM des Yvelines et concepteur de la démarche **Santé Active** de la CNAM résume la situation : « *Quant à la prévention, elle reste le parent pauvre du système de santé. Or elle est, avec les soins primaires, une composante essentielle de la lutte contre les affections chroniques. C'est ainsi que selon la Cour des comptes, les moyens consacrés à la prévention sont dix fois moins importants que ceux consacrés à la sécurité routière* »⁹.

02 | Cartographie des acteurs

Un contexte favorable, un foisonnement spectaculaire

Ce retard structurel est-il déterminé, irréversible ?



Nullement, d'autant que notre modèle essentiellement basé sur le curatif s'essouffle financièrement (coûts exorbitants liés aux progrès technologiques et à l'explosion des maladies chroniques ou des affections longue durée) et ne répond plus aux exigences croissantes des individus, de plus en plus conscients ou soucieux de la nécessité de préserver leur capital santé.

La prévention deviendrait ainsi l'une des pierres angulaires des réformes du système de santé. D'où le foisonnement actuel des programmes et initiatives d'acteurs aussi divers que l'assurance maladie (CNAM), les assureurs privés, des acteurs associatifs et universitaires, des fournisseurs d'objets connectés en santé et bien-être, des éditeurs, des industriels de la santé, des assistants, des prestataires de services informatiques, des opérateurs télécom, des start-ups ou des géants du numérique.

⁷ Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé*, Seuil, 1999

⁸ Et l'OCDE de souligner qu'en 2013 plus de 1,2 million de personnes sont décédées dans l'UE des suites de maladies ou de blessures qui auraient pu être évitées grâce à des politiques de santé publique et de prévention plus efficaces. La France fait notamment figure de mauvaise élève en matière de lutte contre le tabagisme, avec un taux de fumeurs quotidiens (22,4%) supérieur à la moyenne européenne (21%) et presque deux fois plus élevé qu'en Suède (12%)

⁹ Patrick Negaret, *De l'assurance maladie à l'assurance santé*, Fondation pour l'innovation politique, 2017

Les acteurs et pouvoirs publics s'illustrent ainsi depuis plusieurs années dans le développement de services tels que *Sophia* (suivi du diabète) ou *Coaching Activ* (e-coaching) de l'Assurance Maladie, ou bien *Tabac-Info-Services* de Santé Publique France (ex INPES), ou encore avec les 17 centres de prévention *Bien Vieillir* de l'AGIRC-ARCO (bilan santé, ateliers/conférences...).

La prévention santé fait à présent partie intégrante des piliers de la stratégie nationale de santé.

« Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux » constitue le premier des quatre axes complémentaires¹⁰. La décision du gouvernement d'imposer aux bébés 11 vaccins au lieu de 3 dès le 1er janvier 2018 illustre le volontarisme actuel.

Les acteurs de l'assurance santé et de la prévoyance multiplient les initiatives envers leurs assurés : *plates-formes prévention, téléconsultation, services d'assistance santé, ...* Certains font le choix de développer leurs propres outils comme la **MGEN** avec sa plate-forme

Vivoptim (accompagnement des maladies chroniques cardio-métaboliques, réservée aux adhérents) ou encore **CNP Assurance** avec son programme **Lyfe**, véritable courtier de services à destination des assureurs.

Tandis que des acteurs plus traditionnels, les réseaux de soins ou encore les assistants, étoffent également leur offre à l'égard des AMC en matières de prévention : **IMA** avec

son programme **IMA S@nté** (prévention des risques cardiovasculaires et accompagnement en entrée et sortie d'hôpital), ou encore **Santéclair** qui propose depuis très récemment un service de téléconsultation pour les assurés de ses clients.

Le monde de l'entreprise n'est pas en reste ! L'entreprise devient un territoire de prévention comme le constate un cadre dirigeant : « Dans le cadre de l'ANI, on a vu fleurir des demandes beaucoup plus claires de services de prévention et de maîtrise du risque pour minimiser les coûts. Il faut s'attendre à ce que ces personnes demandent aux assureurs de tenir compte de leur souci de prévention. Les assureurs seront alors dans l'obligation de répondre positivement. Nous assistons à un phénomène inévitable »¹¹.

L'accord du 20 avril 2016 créant un **fonds dédié au haut degré de solidarité** piloté par les partenaires sociaux favorise le développement de la prévention¹².

Certaines branches professionnelles ont élaboré des accords sur la santé au travail et sur la prévention des risques professionnels liés à leur secteur afin de mieux organiser et coordonner leurs actions (ex. Branche des télécommunication, branche du travail temporaire, etc.). De plus, essentiellement dans les grandes entreprises, certains postes sont apparus récemment : des très médiatisés « **chief happiness officer (CHO)** » ou « **responsable du bonheur en entreprise** », aux responsables QVT, aux conseillers prévention / préventeurs, etc.

Par ailleurs, les offres dédiées aux entreprises se sont aussi considérablement développées. De nombreux cabinets spécialisés sur la santé au travail proposent directement au sein des entreprises des dépistages, des interventions d'ostéopathes, etc. Ainsi, le courtier **SIACI Saint-Honoré** commercialise un bouquet de services aux entreprises et aux salariés qui porte une double promesse envers l'employé mais surtout son employeur.

De nombreuses start-ups s'appuient sur les nouvelles technologies pour investir de nouveaux champs de la

prévention : de **H4D** et sa « **Consult Station** » (cabine de télémédecine offrant la possibilité de mener à distance des consultations avec des dispositifs d'auto-mesure connectés), à **Medissimo** ou **Dipilmed** qui proposent des piluliers connectés afin d'améliorer l'observance des traitements, aux multiples applications mobiles.

En effet, en 2017, plus de 325 000 applica-

tions mobiles dédiées à la santé existaient à travers le monde¹³. Ces applications mobiles ont un champ très large et peuvent par exemple vous former au secourisme (**Salvum**), aider vos enfants à se brosser les dents (**Ben le koala**), vous aider à mieux dormir (**Mon Coach sommeil**), ou encore à mieux surveiller vos éventuels problèmes de santé (ex. **Doado sur le dos**), etc.

La problématique principale concernant cette multitude d'applications mobiles étant leur fiabilité.

C'est sur ce créneau de labellisation d'applications que certaines start-ups se sont également lancées (**Medapcare** ou **DMD santé**).

Les laboratoires pharmaceutiques sont aussi nombreux à avoir développé des applications, souvent gratuites, et en partenariat avec des associations de patients, ciblées sur certaines pathologies, et le font parfois en partenariat avec des associations de patients : **Arthrocoach** (laboratoires Expanscience), **Gucli-Chek** pour le suivi du diabète (**Roche**), ...

10 La Stratégie nationale de santé 2018-2022 du Ministère des solidarités et de la santé s'est notamment focalisée sur les objectifs suivants : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ; Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

11 Marc Nabeth (dir.), *Quelle sera la protection sociale des Français en 2025?* Ibid.

Les offres de prévention sont donc nombreuses et peuvent se regrouper schématiquement selon plusieurs thématiques :



03 | Printemps de la prévention ou début d'un nouvel hiver ?

Obstacles et leviers de la prévention santé

Alors assistons-nous finalement au printemps de la prévention ? Sommes-nous dans l'antichambre d'un changement de paradigme des assureurs s'orientant vers un modèle d'agrégateurs de services ? Ce serait trop simple pour plusieurs raisons.

Premièrement, le foisonnement spectaculaire de programmes de prévention s'apparente parfois à un maquis fait d'enchevêtrements peu lisible pour les citoyens. Le ciblage pose question. La multiplication des programmes est source de confusion. Elle témoigne surtout d'une absence de concertation et de complémentarité entre les pouvoirs publics et les assureurs privés. Cette absence est préjudiciable. Elle s'illustre dans l'absence totale de parcours de soins et donc de suivi des assurés.

Deuxièmement, le modèle économique pose question. Qui doit assumer le coût des services ? Les assurés ? Nombre d'assureurs s'y refusent jugeant que la cotisation aurait déjà atteint un seuil critique en raison notamment d'une inflation réglementaire et concurrentielle impactant des coûts opérationnels reportés eux-mêmes sur les assurés¹⁴. On observerait d'ailleurs sur le marché des résiliations pour des raisons financières, une baisse de la prime moyenne en collectif, une réorientation des assurés vers des garanties moins protectrices, et des comportements opportunistes (prise de garantie pour couvrir ses travaux dentaires puis décision de prendre une garantie moins chère)¹⁵. Les assureurs ne seraient pas plus prêts à offrir ces services... gratuitement. L'assurance santé ne fait déjà pas partie des produits les plus rémunérateurs, notamment en collectif.

Troisièmement, nombre d'assureurs s'interrogent sur la pertinence de leurs services de prévention. Ces derniers ne trouvant pas leur « public » ou restant largement sous-consommés. Sans compter que leurs actions préventives pourraient fort bien bénéficier à un compétiteur pourtant moins investi au regard de la durée moyenne de détention d'un contrat : 3 ou 4 ans pour un contrat individuel, 7 à 8 ans dans le cadre d'un contrat collectif, plus longtemps pour un retraité.

¹² Pour rappel, le Code du travail stipule que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

¹³ Source : R2G

¹⁴ A titre d'exemple, l'ANI et les contrats responsables auraient entraîné une augmentation des cotisations de 3% à 5%.

¹⁵ Marc Nabeth (dir.), *Quelle sera la protection sociale des Français en 2025?* Nouveaux enjeux, nouveaux défis, L'Harmattan, 2016

Des leviers essentiels

De l'importance de la concertation et du ciblage

Ces obstacles ne sont pourtant pas insurmontables. Ils renvoient surtout à la nécessaire concertation entre le secteur public et privé, à une répartition des rôles plus efficace ¹⁶.

L'Assurance Maladie pourrait centrer ses actions de prévention sur les maladies chroniques, les risques cardiovasculaires, le diabète, le tabagisme, l'alcoolisme, l'obésité ou encore la préoccupante augmentation des cas d'anorexie chez les adolescents ¹⁷.

Les assureurs du collectif pourraient de leur côté se concentrer sur la prévention des maladies professionnelles, les campagnes de réinsertion professionnelle suite à des affections longue durée (ALD), l'amélioration du bien-être des salariés, l'aide aux aidants familiaux ou salariés.

Les appels d'offres des entreprises ou des partenaires sociaux incluent ainsi de plus en plus une demande de services de prévention ou d'aides aux aidants. Citons par exemple le travail important d'**AG2R LA MONDIALE** dans les dépistages et l'accompagnement thérapeutique sur la carie du boulanger, l'asthme, la gestion du stress et du sommeil (agenda smartphone et coaching en cas de problème) ou celui du **FASTT** (Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire) soucieux de protéger des populations particulièrement vulnérables comme les intérimaires du BTP.

La prévention était déjà essentielle bien avant l'ANI dans certaines conventions collectives comme celles des 'Activités Industrielles de Boulangerie et Pâtisserie' ou le 'BTP'.

Le ciblage des assureurs positionnés sur l'individuel est plus complexe et coûteux. Le manque de relais est évident et la sous-consommation des services de prévention rejoint celle plus globale de tous les autres services dont la plupart sont proposées par des assistants partenaires.

Revoir la relation assuré - assureur

Favoriser l'utilisation des services de prévention invite à revoir complètement le mode de communication et la relation qu'entretiennent les assureurs avec leurs assurés. Car, la faible appétence des assurés pour les services de prévention s'expliquerait d'abord par une méconnaissance des services auxquels ils ont droit voire par une circonspection quant à la capacité des assureurs de répondre correctement à leurs besoins.

La fatalité là encore n'explique en rien la faible consommation des assurés, comme nous avons pu le mesurer lors de nombreux focus groups réalisés dans les pays en développement parmi les populations à faibles revenus.

A Port-au Prince, des haïtiens nous dressèrent la liste des pathologies subies (hypertension, malaria, diabète, infections mal soignées) et leurs vecteurs.

« *Ne pas manger suffisamment entraîne des problèmes [carences] en vitamines. Toutes les maladies nous attaquent* » ou « *Nos enfants et nous-mêmes souffrons de problèmes, de la malaria et de la tuberculose, à cause de l'eau qui est polluée par les chiens, les porcs, ...* ».

A la question « **Comment faites-vous pour éviter la maladie ou celle de vos enfants ?** », les participants répondent : « *Il faut éliminer les déchets ! toxiques ou pas.* », « *La maladie la plus grave, c'est de ne pas avoir accès aux prestataires de santé* », « *Pour éliminer la pauvreté, il faut manger ! Manger, c'est la base. Il nous faut une alimentation consistante. Manger et être propre, c'est notre premier devoir !* » ¹⁸.

Mais que faire quand l'État n'est pas présent et que les populations sont livrées à elles-mêmes ?

La situation est fort heureusement différente dans l'hexagone. Nous en retrouvons pourtant un certain écho dans cette solitude des aidants, des personnes handicapées, des patients en ALD, ou des familles d'assurés victimes d'accident, affrontant des situations kafkaïennes.

Les assurés paieraient volontiers le coût des services si ces derniers démontraient leur réelle utilité. **Jacques Pelletan** écrit à juste titre : « *On se rend compte que la majorité des agents économiques a un comportement très particulier : plus il y a de sécurité, plus ils sont prêts à payer pour faire baisser encore leur niveau de risque* » ¹⁹.

Fort heureusement, nombre d'assureurs revisitent depuis quelques années leur modèle de relation-client en tendant vers l'omnicanal, mesurant que l'expérience client proposée est bien dégradée en comparaison de celles proposées par des acteurs de l'E-commerce, des GAFAs ou d'autres industries.

Cette relation client est particulièrement sensible lorsqu'il s'agit de sa santé et celle de ses proches. Elle constitue même un moment de vérité. L'enjeu est important. Il conditionne la possibilité des assureurs à changer de paradigme, c'est-à-dire dépasser leur rôle traditionnel de liquidateur de prestations. Ce que nous résume fort bien le Directeur Général d'une grande mutuelle : « *Nos assurés souhaitent que nous soyons pour eux des assembleurs de solutions, que nous puissions les accompagner dans leur parcours de santé. Lorsque nous avons lancé des programmes de prévention par le Web, nous étions persuadés de tenir un sujet exceptionnel. Un an plus tard, nous observons un foisonnement d'initiatives de la part d'autres assureurs* » ²⁰.

¹⁶ Au-delà de ces évolutions plus ou moins attendues, plus ou moins importantes, un consensus existe sur la nécessité de revoir la répartition des rôles entre les pouvoirs publics et le privé. La viabilité du système en dépend. La prise en charge à 76% environ par l'Assurance Maladie et l'État ne permet toujours pas une maîtrise des dépenses : « Les coûts liés à la médecine libérale et aux dépenses hospitalières restent très difficiles à juguler, alors même que le service rendu est en dessous des attentes ». Peu viable, le système serait donc surtout inefficace : Une analyse du coût global par habitant des dépenses de santé, incluant les complémentaires, montrerait que le système français manque d'efficacité comparé à d'autres systèmes ayant eu le courage ou le souci du bien commun pour se réformer. Cette inefficience invite à mieux détecter dans la répartition RO/RC les mécanismes permettant une régulation de la base

¹⁷ Service sophia s'adresse aux personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2, de plus de 18 ans, prises en charge à 100% par le régime général de l'Assurance Maladie, au titre d'une ALD, dépistage de cancer...

La majorité des plates-formes du marché sont attrayantes, ergonomiquement abouties et dotées de fonctionnalités intéressantes visant à susciter l'intérêt de l'utilisateur (challenges, gamification, collaboration...). Les résultats observés chez les différents assureurs démontrent des taux de connexion relativement élevés au lancement de ces plates-formes, en bénéficiant d'un effet « buzz » et disruptif, lorsque celui est accompagné d'une communication offensive.

Le constat n'est en revanche pas le même dans le temps. En effet, une érosion progressive du taux d'utilisation de ces plates-formes peine à susciter l'intérêt collectif et individuel, et ce pour diverses raisons, parmi lesquelles :

- Elles sont trop généralistes et pas assez personnalisées, ou bien trop spécialisées et donc très limitées en cible potentielle.
- Elles sont trop intrusives aux yeux des utilisateurs ou bien noyées dans la multitude de services proposés par l'assureur et donc mal identifiées.

Assureurs, comme développeurs de plates-formes, mesurent ainsi l'importance de travailler sur la valeur d'usage sans lequel l'intérêt de la plate-forme de prévention santé est limité. Nombre de travaux sont aujourd'hui lancés pour remédier à cette situation. La plate-forme digitale n'est pas une fin en soi mais un moyen. Elle doit s'inscrire dans une stratégie de prévention plus globale afin de renforcer les actions déjà entreprises par l'assureur. Les modèles économiques proposés par les développeurs de ces plates-formes sont à ce jour non encore réellement aboutis, et tendent à évoluer vers une indécision à l'usage par les assurés.

... et nous amenant à formuler les convictions suivantes

Sans aucune prétention d'exhaustivité, nos convictions en matière de déploiement de plate-forme de prévention santé digitale sont les suivantes :

- Définir une stratégie Services de prévention avant tout déploiement de plate-forme digitale,
- Définir les parcours clients pour que la plate-forme s'inscrive parfaitement dans ceux-ci,

- Doter la plate-forme de services à valeur ajoutée favorisant son usage et répondant à des besoins, soit communs (ex : téléconsultation), soit très ciblés (ex : accompagnement femmes enceintes),
- Positionner la plate-forme en tant que maillon du parcours de soins sans prétendre à en faire l'élément principal (pour nous, le médecin traitant reste la clé de voûte de ce parcours).

Big Data et Intelligence : de l'usage des data pour les assureurs

Dans un ouvrage stimulant œuvrant à une belle utopie, l'économiste **François-Xavier Albouy** revient sur les prédictions de **Leroy Hood** et d'**Eric Topol** concernant une médecine radicalement plus efficace et plus économe, une médecine « 4P ».

Celle-ci deviendra ainsi prédictive, préventive, personnalisée et participative.

La miniaturisation des technologies qui instaure des protocoles de prévention efficaces (surveillance continue, nanocapteurs, prévention des infarctus, etc.) permettra ainsi, selon **Eric Topol**, une individualisation des soins par des analyses ADN facilitant la définition des traitements, une réduction des coûts grâce à leur efficacité, une baisse du nombre d'erreurs médicales et un développement de la télémédecine²³. Ce qui, au-delà même des citoyens, aurait un impact considérable pour l'assurance maladie et les assurances privées.

Nous n'en sommes probablement qu'au début mais la dynamique est lancée. Les progrès impressionnants dans le Big data et l'intelligence artificielle ouvrent des perspectives salvatrices, déjà en pharmacovigilance.



La France bénéficie d'ailleurs d'un atout majeur sur ce sujet, avec le **SNIIRAM** rassemblant plus d'un milliard de feuilles de soins annuellement, et donc les remboursements, l'âge, le sexe, l'adresse, les prescriptions et les consultations des 65 millions d'assurés dans une base de données de 200 teraoctets.

Les travaux réalisés actuellement par le CNAM et l'école polytechnique sur la détection des effets secondaires des médicaments sont donc pionniers comme le rappelle **Emmanuel Bacry - responsable de l'Initiative « Data Science » à l'École polytechnique et du partenariat avec la CNAM** : « Ce que nous avons fait est unique au monde car cette base est unique au monde... Actuellement chaque médicament doit être testé individuellement. Ce processus qui nécessite de réunir des spécialistes pour définir précisément la bonne cohorte est long tout comme l'extraction de cette cohorte en interrogeant la base de données. Avec notre méthode, on peut aller plus vite et tester plusieurs médicaments en même temps, avec un travail sur la cohorte largement simplifié et non spécifique à chaque médicament. Il est aussi possible de mettre en évidence des éventuelles interactions néfastes ». ²⁴

Certains assureurs se sont déjà inscrits dans une démarche complémentaire, également avec le même laboratoire de recherche, sans pour autant accéder à cette formidable base de données. Les pouvoirs publics et la CNIL ont toujours quelques réticences à l'égard d'un secteur privé raisonnant en termes de rentabilité.

Les dérives des courtiers de données aux États-Unis rappellent l'importance des garde-fous dont les pouvoirs publics doivent être les garants. Les audiences du 13 décembre 2013 menées par le **sénateur Rockefeller** au sein du Comité du sénat de États-Unis sur le commerce, la science et le transport ont révélé des pratiques effroyables de courtiers de données comme **Medbase200** proposant de vendre à de compagnies pharmaceutiques une liste de « souffrants de viol » au prix de 79 dollars pour 1 000 noms.

Si cette proposition est depuis interdite, d'autres listes et elles sont nombreuses sont encore vendues. **Bernard Harcourt**, professeur de droit et de sciences politiques à l'université de Columbia en recense près d'une centaine rien que pour la lettre A (agoraphobie, allergies, asthme, Asperger...) ²⁵.

La notion de privacy étant plus importante en Europe, alors même que la réglementation s'apparente parfois à une ligne Maginot dès qu'on porte son regard sur la puissance des GAFAs, un juste milieu permettrait d'apporter des solutions intéressantes.

Celles-ci s'appuieraient sur la complémentarité des acteurs. Elles n'excluront donc pas les assureurs privés.

Ces derniers pourraient, par exemple, exploiter toutes les données de santé utiles pour la prévention, comme le propose **Quentin Bériot, Directeur Général d'Unéo**, dès lors qu'elles seraient hébergées dans une plate-forme dédiée et faisant l'objet de mesures de sécurité, de traçabilité, de stockage, de mise à jour, de traitement et de droits d'accès spécifiques : « Ainsi délimitées, ces données feraient l'objet d'une reconnaissance spécifique – par exemple, une sorte de labellisation – qui permettrait ainsi à des professionnels de la prévention de les utiliser. C'est à ces conditions que les organismes complémentaires pourront pleinement jouer le rôle qui leur revient, avec efficacité et au bénéfice de leurs assurés » ²⁶.

Autre avantage et pas des moindres : « Cela constituerait une barrière distinctive vis-à-vis des nouveaux entrants qui n'ont pas les mêmes réflexions éthiques et morales quant à l'utilisation des données personnelles » ²⁷.



23 François-Xavier Albouy, *Le prix d'un homme-Plaidoyer pour un prix minimum de la vie humaine*, Grasset, 2017

24 «Premier succès du big data dans l'alerte sanitaire», *Journal Le monde*, 30 janvier 2018

25 Pierre-Michel Menger et Simon Paye (dir.), *Big Data et Traçabilité numérique-Les sciences sociales face à la quantification massive des individus*, Collège de France, 2017

26 Quentin Bériot « Cibler l'action de prévention : condition sine qua non de son efficacité », 12 septembre 2017, Paris

27 Quentin Bériot, *Ibid.*

05 | Conclusions

« **Exercice : Entretien la santé. En faire beaucoup. Préserve de toutes les maladies** » n'est pas le slogan d'un assureur communicant, d'un promoteur d'Applewatch ou d'un ministre de la santé.

Il s'agit d'une des idées reçues dont s'amuse **Gustave Flaubert** dans un dictionnaire faisant date pour « *qu'une fois qu'on l'aurait lu, on n'osât plus parler de peur de dire naturellement une des phrases qui s'y trouve* »²⁸.

L'écrivain exagère volontairement. Fils d'un grand chirurgien, il savait à quel point une bonne hygiène de vie physique influait sur l'espérance de vie qui ne dépassait pas 60 ans à son époque.

Pour autant, son souci de rire des convenances et de « *tout ce qu'il faut dire en société pour être un homme convenable et aimable.* » justifia ce propos.

Plus de 150 ans après, où en sommes-nous ?

La prévention n'est plus une question de convenance. Elle conditionne une maîtrise des dépenses de santé, dans un contexte de vieillissement de la population et d'innovations technologiques salutaires mais coûteuses.

Pourtant, les assureurs sont discrets, à l'exception de quelques acteurs pionniers dont certains inspirés par les initiatives à l'international, y compris dans des pays en développement.

La compétition sur fonds de pression tarifaire et de rapprochements ou de fusions entre acteurs, l'inflation juridique ne facilitent pas, il est vrai, une projection au-delà du court-terme.

Reste enfin la question de l'usage des données de santé. Le régulateur favorise leur exploitation du moins pour les chercheurs ou les professionnels de santé comme nous le montre encore récemment le Règlement général sur la protection des données (Règlement Générale sur la Protection des Données)²⁹. Il semble beaucoup plus prudent des assureurs privés.

Leur image de marque auprès du grand public et des politiques n'apaise pas forcément les débats comme nous le confiait le dirigeant d'une compagnie très au fait des instances gouvernementales : « *Les caisses de l'État et de la Sécurité sociale vides, les pouvoirs publics jugent qu'il est donc tout à fait moral de les taxer et de leur prendre une part de leur richesse. Il y a là une tendance très profonde. Nous en voyons les manifestations tous les ans ; la dernière en date étant la taxation de la protection juridique et de nouvelles taxes sur la complémentaire santé. Cette stratégie de taxation à tout va est beaucoup plus pratique pour un gouvernement. Il est bien plus indolore pour nos politiques de faire peser des taxes de 3,5%, 7% puis 9% sur les cotisations payées in fine par les assurés que diminuer la liste des ALD, de « dérembourser » certains médicaments ou de baisser le pourcentage des prises en charge de certains soins. Telle est la position des pouvoirs publics depuis six ans quand ils ont commencé à taxer le plus possible, y compris les contrats responsables* ».

Cette vision critique des politiques publiques, en résonance avec celle des citoyens est tragique car elle ne mesure pas le rôle essentiel de l'assurance et de la protection sociale dans l'économie d'un pays.

Il suffit de se rendre dans les pays en développement pour voir les désastres sociaux, et la dureté de la condition humaine dans les sociétés sans assurance.

Les assureurs français gagneraient donc à promouvoir une pédagogie de l'assurance pour sensibiliser les populations à l'assurance, comme cela a pu être fait en Afrique du Sud ou en Amérique Latine par des fédérations d'assureurs, l'assureur **AIC** en Haïti, des ONG comme le **CIDR** ou le **Gret** en Afrique ou en Asie du Sud Est pour les populations défavorisées. Cela vaut naturellement pour la prévention et les services.

²⁸ Michel Winock, Flaubert, Folio, 2015 et Flaubert, dictionnaire des idées reçues, Le Livre de Poche, 1997

²⁹ Le traitement des données concernant la santé est interdit sauf exceptions comme ceux concernant les soins médicaux mis en œuvre par un professionnel de santé ou par une personne soumise au secret professionnel, ou la recherche dans le domaine médical. La CNIL exige par contre de la CNAMTS une forte sécurisation des données. À la suite de contrôles réalisés sur le SNIIRAM, la Présidente de la CNIL vient ainsi de mettre en demeure la CNAMTS de renforcer la sécurisation de cette base de données comportant de très nombreuses données sur la santé des assurés sociaux. : cf <https://www.cnil.fr/fr/sante>.



9 rue Portalis - 75008 PARIS
contact@valmen.fr

valmen.fr

Auteurs :

Charles-André Cavrois, Associé
Axelle Deslandes, Consultante,
Marc Nabeth, Directeur digital et innovation