

Les Ocam en quête de positionnement stratégique

Chiffre d'affaires en hausse, concurrence accrue, fiscalité, solvabilité 2, regroupements et fusions, innovations et relations clients, sont autant de questions d'actualité que se posent les organismes complémentaires d'assurance maladie. Sans oublier le thème central de la place des Ocam dans la politique de santé. Tour d'horizon des enjeux.

L'assurance santé est le nouvel Eldorado des assureurs. Sur le marché des particuliers, la bataille s'est déplacée vers ce marché à forte croissance et super rentable », déclarait aux *Échos*, en mars dernier, Cyrille Chartier-Kastler, PDG du cabinet Facts & Figures, « c'est fabuleux, la sinistralité ne cesse de baisser et le ratio sinistres sur primes est toujours inférieur à 65 % (55,8 % en 2008). » Pas sûr toutefois que tous les opérateurs en complémentaire santé partagent ces propos enthousiastes.

Pour la énième année consécutive, le marché 2009 des Ocam (*Ese* n°932) est florissant. Avec, toutefois, de nettes différences, puisque les mutuelles ne progressent que de 3,2 % alors qu'institutions de prévoyance et assureurs, ont vu leur CA croître respectivement de 6,7 % et 11,3 %. Pertes d'adhérents pour les mutuelles au profit des assurances commerciales, ainsi que le laissent entendre ces dernières ou simplement imputation immédiate de la hausse (de 2,5 à 5,9 %) de la contribution des Ocam au financement du Fonds CMU-C, pour les I.P. et les assureurs, sur les cotisations et primes de leurs clients ? Un peu des deux, mais le second facteur paraît le plus probable, comme le retrace l'évolution par trimestre des CA 2009.

Dérapages des primes

Ce qui est certain, c'est que la progression des dépenses médicales financées par les Ocam en 2009 ne légitime en aucun cas un tel dérapage des cotisations. Exceptées quelques situations particulières, en moyenne nationale (dépenses



avec T.M. et reste à charge des ALD inclus), le ticket modérateur réassuré par les complémentaires n'a progressé que de 1,5 voire 1,7 % tout au plus. Les données CNAMTS sont nettes à ce sujet. Les bilans 2009 des Ocam au fur et à mesure de leur présentation, notamment des plus gros (cas de la MGEN en particulier) confirment la modération générale des coûts de santé. 2010 infirmera-t-il ce constat ? Sur le plan des hausses de coût des couvertures complémentaires, on peut s'attendre à un effet "rattrapage" (non effectué en 2009) de la part des mutuelles sur l'imputation de la contribution au Fonds CMU-C. Le modèle médico-économique des Ocam est perçu comme inflationniste (nombre de projections se font parfois "au doigt mouillé") et peu articulé avec une vision partagée de la

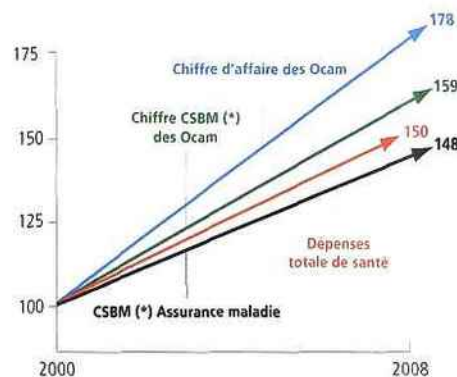
gestion du risque. "Un modèle à bout de souffle" constate Michel Chassang, président de la CSMF. Sur les dix dernières années, l'évolution comparée des dépenses de santé, d'assurance maladie, de remboursements, illustre cet écart (notre graphique).

Restes à charge

L'extension de la couverture complémentaire, l'existence des dépassements tarifaires, les quelques transferts de charges Amo-Ocam, incontestables, ne justifient pas de tels différentiels de progression des indicateurs. Depuis 2005, le taux moyen de remboursement des frais médicaux serait resté étale si les gouvernements n'avaient pas instauré les contributions et autres franchises médicales (1,7 Md € d'économies en 2009) non prises en charge par les complémentaires. C'est là que se situe d'ailleurs la grande variable, récente d'évolution du financement des soins.

Les dépenses de médicaments des Ocam illustrent bien, par ailleurs, le changement de paradigme. Elles baissent en part relative depuis plusieurs années. 36,5 % chez les mutuelles en 1995 soit le premier poste de coût, désormais à 27 %. Pis, le reste à charge des ménages au titre des médicaments est désormais supérieur au total des dépenses des Ocam pour ce même poste ! Le recul de la prise en charge par l'assurance maladie des soins avec ticket modérateur est compensé par l'irréversible montée

Évolution contrastée des grands baromètres (2000-2008)



CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux. Source : Comptes de la santé (Drees)

en puissance des ALD. 84 % de la croissance des dépenses d'assurance maladie relève de cette dynamique, qui bouleverse totalement la logique de la consommation médicale des Français et par là de l'assurance maladie.

Didier Tabuteau, dans un récent article au *Monde*, avançait un taux de remboursement hors ALD de 55 %. Un chiffre exagéré (il serait plutôt en moyenne autour de 62 %), mais l'écart est bien là. Avec ses conséquences sociales.

Le "modèle" social et économique des Ocam est bousculé. D'autres enjeux amplifient les interrogations. Comme le rôle dévolu à l'assurance santé dans la réforme HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) portée par Roselyne Bachelot. Si la réforme de 2004 avait consacré l'assurance maladie dans sa mission de contrôle et de régulation des dépenses de soins ambulatoires au travers de compétences, de règles fortes (le parcours du médecin traitant) et d'outils

nouveaux, celle de 2009 sur la réorganisation de l'offre de soins change les paramètres de la politique de santé du pays. Aux dépens de l'assurance maladie, confinée à une quasi seule gestion

du risque sous contrôle d'État et, par voie de conséquence, en ignorant ou presque tout vrai rôle opérationnel confié aux Ocam.

Pascal Beau

L'évolution du CA des Ocam 2001-2009 (en Mds€)

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances	Total assiette	Evolution N-1
2001	10,6 (60,2 %)	3,28 (18,6 %)	3,7 (21,2 %)	17,6	
2002	11,3	3,58	3,99	18,83	+ 7,16 %
2003	12,13	3,81	4,54	20,47	+ 8,6 %
2004	13,37	4,04	5,24	22,65	+ 10,60 %
2005	14,45	4,22	5,79	24,46	+ 8,03 %
2006	15,32	4,38	6,34	26,04	+ 6,45 %
2007	15,95	4,70	6,79	27,37	+ 5,11 %
2008	16,43	5,01	7,33	28,78	+ 5,13 %
2009	16,96 (55,7 %)	5,34 (17,5 %)	8,17 (26,8 %)	30,47	+ 5,87 %
Évolution 2001/2009	60,3 %	63 %	120,7 %	73 %	

Source : Fonds CMU-C

« Santéclair a acquis une vraie légitimité »



Santéclair a constitué depuis dix ans des réseaux de professionnels de santé dans les domaines du dentaire, de l'optique, de la pharmacie et de l'audioprothèse, non sans mal.

Témoignage avec sa directrice générale, Marianne Binst.

Ces réseaux qui apparaissent comme une évidence aujourd'hui sont-ils le résultat d'une progression linéaire ?

Pas exactement. Il y a eu une première phase d'attentisme durant laquelle nous n'avons pas eu beaucoup de soucis... et pas beaucoup de crédibilité. Les opticiens comme les dentistes se disaient que tout cela était superficiel. Au bout de deux ou trois ans, avec les premiers réseaux et l'extension des contrôles qui ont montré que les engagements des professionnels n'étaient pas tenus, tout a basculé. Nous avons dû essayer plusieurs opérations de *boycott*. Celles de l'Ordre des dentistes et du syndicat des ophtalmologistes ont été depuis sanctionnées par les autorités de la concurrence. Puis, indépendamment des procès, nous avons acquis une vraie légitimité. J'ai l'impression depuis deux ans que le vent a tourné. Les professionnels de santé opposent toujours des résistances, mais de façon moins frontale. Aussi bien de leur côté que de celui des assureurs, chacun sait aujourd'hui que notre métier existe et continuera d'exister.

Comment peut-on travailler avec les professionnels et contre leurs représentants ?

Je n'ai jamais travaillé contre les professionnels, mais effectivement souvent contre leurs représentants qui leur ont fait adopter des positions anticonsuméristes hors des grands mouvements d'évolution du XXI^e siècle. Je n'ai jamais réussi à trouver que c'était défendre des professionnels de santé que de leur interdire d'afficher leurs tarifs, de mesurer la qualité et de le faire savoir.

Quels ont été les obstacles les plus forts ?

Les campagnes de *boycott*. Cette période très difficile nous a fait nous poser des questions existentielles. Pouvaient-on faire notre métier ou fallait-il y renoncer ? Nous avons eu la chance d'avoir des actionnaires qui ne nous ont pas lâchés. Ça a été notre chance par rapport à d'autres plateformes qui ont eu au même moment les mêmes problèmes et ont cédé.

Comment avez-vous pu faire la différence ?

Sur chaque dossier nous avons correctement analysé les risques et les réactions auxquelles nous aurions à faire face et nous avons constamment informé nos actionnaires. Ils exercent un métier où on n'aime pas le risque, mais quand on a su le prévoir, on l'assume très bien. Ils ont été inébranlables.

Propos recueillis par Isabelle Eudes

Un Grenelle des Ocam ?

Quand bien même la situation d'ensemble des Ocam paraît confortable, plusieurs rendez-vous difficiles les attendent, et pourraient les fragiliser.

Le dossier de la fiscalité ne semble pas réglé. Bruxelles n'est toujours pas convaincue par les arguments de l'État français. La piste d'une obligation de traçabilité comptable du contrat complémentaire (*Ese* n° 931), avec un marqueur de ristourne des bénéficiaires au profit du souscripteur, suffira-t-elle à calmer les critiques des Européens sur l'aspect seulement formel des contrats solidaires et responsables ? Tarifs excessifs, inégalité de traitement entre contrats collectifs et adhésions individuelles (une redistribution à l'envers, au profit des salariés aisés), niveau et gestion des réserves au-delà des actuelles marges réglementaires de solvabilité exigées et contrôlées... Autant d'aspects encore non consolidés. On trouvera savoureux que l'un des arguments pour mettre en avant la non-lucrativité du secteur est le financement total du Fonds CMU-C, alors qu'en son temps, cette réforme était dénoncée...

Solvabilité 2 l'épouvantail

Solvabilité 2 contraindra-t-il les opérateurs à rehausser une nouvelle fois leurs tarifs ? D'après les données bilancielles connues, des marges d'autofinancement existent. Solvabilité 2 occupe tous les esprits. L'étude d'impact QIS 5 pourrait calmer un peu les craintes qui motivent une course effrénée aux fonds propres. On ne peut qu'être dubitatif sur une exigence communautaire sans rapport avec le risque santé réel, tel qu'il existe en France, compte tenu que les Ocam "co-assurent" une dépense de soins avec l'assurance maladie...

Les relations Assurance maladie-Ocam ne sont pas vraiment dynamisées. On est loin encore d'une articulation partagée de la gestion du risque, des modes de prise en charge des soins et des processus qualité. On se demande comment les Ocam peuvent espérer peser sur la qua-

Répartition des hausses du C.A. par trimestre en 2009 (en %)

	T1	T2	T3	T4
Mutuelles	+2,5 %	+5 %	+3 %	+2,2 %
IP	+10,3 %	+9,5 %	+3,3 %	+3,9 %
Assurances	+13,8 %	+9,7 %	+12 %	+8 %

Source : Fonds CMU-C

lité des soins, alors qu'ils ne sont pas perçus comme légitimes pour le faire et que, par voie de conséquence, on leur refuse les vrais moyens pour agir (le code Cip pour les médicaments par exemple). Si l'association Uncam-Unocam fonctionne pour la création à venir d'un secteur optionnel, c'est parce qu'il requiert un financement explicite des Ocam. L'expérience à venir d'un programme de prévention de l'hypertension artérielle (HTA), cofinancée par l'assurance mala-

die et plusieurs mutuelles (Matmut, Eovi, MGEN, Mgefi, Previadès), et menée avec les médecins traitants et les centres de santé mutualistes est un pas intéressant. Au-delà de ces modestes exemples, la situation paraît figée. Le "chacun pour soi" l'emporte. Pour le dentaire et l'optique, pour lesquels la loi prévoit une articulation des démarches, on en reste aux échanges de principe. Dans les trois secteurs du soin où les Ocam pèsent économiquement (les prothèses dentaires, l'optique, l'audioprothèse), on se heurte aux obstacles traditionnels que sont les réticences des professionnels, les carences de l'information (le projet Monaco ne sera pas opérationnel avant 2012) sur le couplage des dépenses de soins de base et complémentaires, le peu d'intérêt de la CNAMTS à porter ces dossiers.

« Il faut garder l'esprit mutualiste »



Les associations de consommateurs exercent leur esprit critique. Démonstration avec **Patrick Potelet**, rédacteur en chef adjoint à *Que Choisir*.

Pensez-vous que les complémentaires doivent améliorer leur politique de prix et de qualité ?

C'est un débat de l'association. Nous avons vu en faisant notre enquête* qu'il n'y avait plus beaucoup de différences entre assurances et mutuelles, si ce n'est une différence juridique. On se rend compte que les mutuelles commencent à sélectionner leur clientèle et instaurent des questionnaires de santé. Elles renvoient la responsabilité sur l'économie et les transferts opérés par la Sécu. On a parfois l'impression qu'elles se servent de la bonne image mutualiste en ayant perdu l'esprit.

Que préconisez-vous ?

Faire une politique de qualité doit conduire à recouvrer l'esprit des fondateurs. Peut-être faut-il jouer sur les frais généraux et sur la qualité du service ? On pourrait imaginer de faire payer davantage les personnes plus riches en valorisant cette démarche qui sert le corps social. Nous avons vu des assureurs qui arrivaient à faire des tarifs plus intéressants et beaucoup de petites mutuelles, artisanales garder l'esprit mutualiste.

Que pensez-vous des plateformes ?

C'est intéressant à condition qu'elles proposent de véritables avantages aux consommateurs et que cela ne soit pas juste une démarche marketing avec des budgets communication ou publicité disproportionnés.

Propos recueillis par **isabelle Eudes**

(*) *Que Choisir Argent*, N°117, janvier 2010.

Les cotisations en assurance santé et prévoyance



Source : Les Échos / Ctip

Réseaux de soins

On ne peut que s'interroger sur la volonté des uns et des autres de développer des réseaux de soins. Cela requiert en effet des conditions évidentes : une taille critique (au moins plusieurs millions de bénéficiaires potentiels), des besoins objectifs que le marché ne satisfait pas spontanément, des outils performants de gestion, une pleine implication et un maillage suffisant des professionnels, un duo qualité-prix garanti. L'optique rentre par exemple aisément dans un tel schéma. Pour débloquer la situation, un cadrage préalable des rôles et champs de

responsabilité assurance maladie, Ocam et professionnels concernés, est impératif. Sans porter atteinte au principe de libre initiative, de libre concurrence et de non-discrimination (cf. l'avis de l'Autorité de concurrence de septembre 2009), on ne peut que s'étonner que cette impulsion ne soit toujours pas donnée.

"Last but not least", la nouvelle donne du débat est celle de l'information et des services rendus à la population. Sur ce domaine, déjà occupé par les Ocam, force est de constater une maigreur des résultats. Aucune plateforme de santé ne génère des résultats économiques probants. L'explosion de l'information santé s'opère souvent en dehors des canaux traditionnels. C'est là que la CNAMTS et son réseau national des caisses préparent une offensive majeure. La Cog 2010-2013 voit émerger une véritable politique de services sur l'information et l'accompagnement de l'assuré, la fluidité de la relation client. *Ameli.fr* devient l'un des tout premiers sites français. Ses plateformes d'appels, renouvelées dans leur contenu (34 mil-



Les Ocam peuvent-elles mener une politique de gestion du risque différente de celle de l'assurance maladie ?

Repères

- **4** grands opérateurs de tiers payant électronique (TPE) des Ocam sont en concurrence : Almérys et SP Santé avec 12 millions de personnes chacun, ISanté avec 7,5 millions et Viamédis avec 3,5 millions.
- **8 000** familles sélectionnées par le projet Monaco, échantillon des ménages pour la consommation médicale, conçu par l'Institut des données de santé avec la CNAMTS (Sniiram), les mutuelles Eovi et Santévie (tiré du SNDM) et la FFSA.
- **1,4** million de bénéficiaires mutualistes de l'assurance maladie ont leurs droits inscrits dans leur carte Vitale 2, 200 000 cartes Duo émises par la FFSA, 400 000 autres cartes Cleyris émises par Almérys.
- **6,4 Mds€** d'aides fiscales et sociales aux contrats complémentaires en 2005, selon la Cour des comptes (Madelin, contrats collectifs versant entreprises et versants salariés, etc.), une donnée contestée en partie par le Ctip.
- **2** millions seulement de contrats souscrits et un petit plus de 11 800 adhérents en 2009 pour l'assurance dépendance. Effet crise ? Faible sensibilité des actifs à la question ? absence de lisibilité du produit ?
- **56 %** des Français ont une complémentaire santé collective obligatoire.
- **88 %** des Français se déclarent satisfaits de leur complémentaire santé.

lions d'appels en 2009), écrasent la concurrence. Plus qu'un simple changement de taille, c'est à une véritable rupture organisationnelle et conceptuelle de l'assurance maladie que l'on assiste.

Ce bref tour d'horizon permet de constater qu'il est nécessaire de clarifier les missions, les règles et les pratiques. À l'occasion d'un Grenelle des Ocam ? À l'Élysée, on y songe... P. B.

Taux de couverture bilancielle de marge, avec prise en compte des plus-values latentes (en %)

	2006	2007	25 ^e percentile en 2007	Médiane en 2007	75 ^e percentile en 2007	2008 moyenne	25 ^e percentile en 2008	Médiane en 2008	75 ^e percentile en 2008
*Stès d'assurance non-vie	562,8 %	593,7 %	241,8 %	464,6 %	997,4 %	401,5 %	188,8 %	365,5 %	944,2 %
Mutuelles	437,2 %	378,0 %	241,0 %	323,4 %	465,1 %	367,8 %	250,4 %	332,9 %	467,9 %
**IP	490,3 %	567,7 %	289,3 %	368,0 %	693,1 %	514,6 %	272,3 %	373,0 %	743,7 %

Source : Acam-données brutes. *Sociétés d'assurance non-vie. **Institutions de prévoyance.

Les différentes facettes des regroupements

Le marché de la complémentaire santé poursuit, voire accélère, son mouvement de concentration. En toile de fond : Solvabilité 2, concurrence et préservation des spécificités.

C'est clair, les Ocam se concentrent et se regroupent de plus en plus. 781 opérateurs en santé complémentaire en 2009 (1 800 en 2001). Six Ocam dépassent désormais le milliard d'euros d'assiette déclarée et pèsent 25 % du marché.

Les institutions de prévoyance représentent 4,5 % du nombre des organismes et génèrent 18 % du marché. Les mutuelles quant à elles représentent 84 % des structures et 56 % du marché. Et lorsque 90 % des IP font plus de 10 millions de cotisations, la moitié plus de 100 millions, ce ne sont que 30 % des mutuelles qui dépassent le premier seuil et 5 % le second...

Chez les sociétés d'assurances, qui représentent 12 % des structures et 27 % du marché, coexistent encore grandes et petites compagnies. Si 55 sociétés enre-

gistrent plus de 10 millions d'assiette "santé" et 21 dépassent les 100 millions, les 38 autres ont une moyenne d'assiette de 2 Ms€.

Qu'est ce qu'un groupe dans le champ du complémentaire ? La question mérite d'être posée. Les 35 institutions paritaires se retrouvent au sein des groupes de protection sociale dont on prédit que le nombre sera inférieur à la dizaine. Du côté mutualiste, parle-t-on de fusion ou d'union, et quelle union ? UMG ou UGM ?

Dans certains cas, la proximité professionnelle catalyse les regroupements. Ainsi, Unéo, seconde mutuelle de la fonction publique, est une création permettant une véritable fusion de trois mutuelles de militaires.

Quelles alliances ?

Alliance entre interprofessionnel et fonction publique, un exemple peut être pris avec Harmonie Mutualité qui, outre la fusion définitive de ses 12 mutuelles, accueille dans son Union la **Smar** (mutuelle du ministère de l'agriculture). Autre cas, l'arrivée de la Mgas (Mutuelle des ministères sociaux) à Intériale. Souvent ces choix sont liés aux questions d'hommes et visent aussi à préserver l'autonomie des territoires professionnels plus par une démarche de complémentarité que d'absorption complète. Depuis 2001, les unions de groupes mutualistes permettent de partager l'organisation de certaines activités tout en gardant une indépendance juridique et financière totale.

Mais est-ce suffisant ? Pas aux yeux de la MGEN, la MNH, la Mget, la MNT et la MAE qui ont confirmé leur volonté de renforcer les collaborations déjà existantes en créant une Union mutualiste de groupe permettant de construire une véritable solidarité financière et d'affi-

cher des comptes combinés consolidés. Plus complexe, l'union des structures de familles différentes. Nombreuses ont été les mutuelles à regarder vers les institutions paritaires et leur proposer de constituer leur "pôle santé individuelle". Mais pas de réussite probante hormis l'AG2R. Dernière initiative en date, l'annonce de l'étude d'un rapprochement entre la Mutuelle Générale et le groupe Mornay.

Christophe Vanackère

L'avis de Patrick Sagon, président de la Mutuelle Générale



« Les regroupements seront très certainement accélérés par l'arrivée de Solvabilité 2 ». Mais, selon lui, plus encore que le pilier 1, avec en particulier le calcul des marges de solvabilité, c'est surtout la question de la gouvernance et des mécanismes de contrôle interne qui fera pression. « L'exigence en ce domaine est telle qu'il est difficile d'envisager, pour une mutuelle de taille réduite, de se doter des outils et des compétences nécessaires pour y satisfaire sans augmenter sensiblement ses coûts de gestion », indique-t-il.

« L'autre point majeur de ces regroupements, c'est qu'ils concernent tous les types d'opérateurs et, désormais, mettent parfois en jeu des opérateurs de familles différentes, comme les mutuelles et les institutions de prévoyance » commente-t-il, tout en précisant « qu'en ce domaine, les chantiers sont complexes et qu'il faut d'abord s'assurer que tous les prérequis de chacun des partenaires potentiels sont remplis et acceptables par les autres. » C. V.

Les rendez-vous à venir pour Solvabilité 2

- 2010 : la Commission européenne doit fixer les règles d'application de niveau 2.
- 4 mai 2010 : conférence de la commission européenne sur le QISS (mesure de niveau 2).
- 20 mai : clôture de la consultation ouverte aux professionnels.
- 1er juillet : publication des spécifications finales de QIS 5.
- Août-Novembre 2010 : réalisation du QIS 5.
- Mars 2011 : publication des résultats du QIS 5.
- Début 2011 : adoption des mesures de niveau 2 par la CE puis discussion avec les États membres.
- 2011 : adoption des mesures de niveau 3 par le Ceiops.
- Fin 2011-octobre 2012 : transposition dans les droits nationaux.
- 1er novembre 2012 : entrée en vigueur.

Quelles innovations produits et managériales pour les Ocam ?

L'époque est révolue ou les Ocam ne visaient à être que de simples assureurs du ticket modérateur aux prestations quasi uniformes. Comment se démarquer et maîtriser ses coûts dans un secteur réglementé, un marché de renouvellement et une intervention dépendant du régime de base ?

L'innovation se trouvera, d'abord, dans les stratégies de gamme. De nombreux opérateurs sortent du strict champ de la santé pour adopter une démarche globale. Une stratégie « *quasiment naturelle* » pour certains, comme aime à le dire Thierry Beaudet, président de la MGEN qui offre à ses adhérents un socle de base élargi. Guillaume Sarkozy (Malaloff-Médéric) en a fait, lui, le point fort de son projet d'entreprise. Et ils sont loin d'être les seuls. Bref, il faut répondre aux attentes multiples face à tous les risques de l'existence. Les premiers compléments de gamme sont en prévoyance, avec bien sûr l'incapacité-décès, mais surtout de nouveaux risques comme la dépendance (même si les opérateurs sont majoritairement en position d'attente des évolutions annoncées de l'Apa) ou l'assurance obsèques (cf. encadré).

Une autre évolution majeure de ces derniers mois est l'explosion des gammes à option. Hier très décriées, elles sont aujourd'hui en passe de devenir les premiers supports de l'assurance complémentaire santé. En collectif, cette méthode est d'ailleurs favorisée par les changements de cadres fiscaux et sociaux et la volonté des entreprises de maîtriser les coûts. En individuel, il faut à tout prix coller aux situations individuelles. De nombreux exemples peuvent être pris, retenons la nouvelle gamme des mutuelles UMC qui, avec Zentao Attitude, propose des produits de base avec des packs correspondant à des profils de consommateurs. Mais jusqu'où aller ? La segmentation des gammes s'accompagnant de celle des

risques, et donc d'un affaiblissement de la mutualisation, quel sera leur sort demain avec le renforcement des règles de prudence ? La commercialisation de gammes complexes ne le deviendra-t-elle pas également, complexe ?

L'innovation (mais en est-ce vraiment une ?), c'est aussi le renforcement de l'approche client avec la généralisation d'outils assurant la proximité : horaires d'ouverture élargis, plateformes téléphoniques, sites Internet...

Fidélisation

En matière de commercialisation, l'évolution passe par le multicanal. Pour les mutuelles, le courtage n'est plus un délit de lèse-mutualité, et Internet s'impose à tous. Pour autant, les premiers sont très courtisés et les relations peuvent être volatiles. Quant à Internet, même si le secteur de l'assurance escompte bien, grâce aux comparateurs et autres outils, miser sur la souscription en ligne, de nombreux opérateurs bien que présents sur ce canal, restent très prudents. « *La santé est un domaine de vie sensible et le public recherche plus des informations que la*



possibilité d'une souscription en ligne » indique Patrick Sagon (Mutuelle Générale). L'outil est donc indispensable mais reste complémentaire, et il est difficile de faire reposer sa stratégie dessus.

Enfin, et parce que l'on se situe dans un marché de renouvellement, il faut surtout veiller à fidéliser. France-Mutuelle l'a bien compris avec sa « franchise cautionnée ». De nombreux opérateurs font des reports de forfaits, notamment en optique ou en dentaire en cas de non-utilisation. Aujourd'hui, on s'inspire des techniques en vogue chez les opérateurs téléphoniques ou les circuits bancaires avec l'attribution de points de fidélités et de bonus selon les démarches de consommation. C'est le cas, par exemple, pour la CCMO qui lance à l'automne sa « cagnotte santé » selon ce principe.

C. V.

L'assurance-obsèques solidaire

Mutac, mutuelle d'assurance-obsèques, vient de lancer un produit innovant, répondant aux souhaits des militants du développement solidaire. "Dernier cadeau d'amour fait à ses proches", la garantie-obsèques peut désormais être aussi le dernier acte militant en faveur de la solidarité. C'est du moins le sens donné au partenariat signé officiellement le 27 avril dernier avec la Fondation de l'Avenir. La Mutac, qui compte de nombreuses mutuelles santé parmi ses partenaires, propose désormais un nouveau contrat, qui prévoit un don pour la recherche médicale à prélever sur l'éventuel reliquat de capital, après paiement des frais d'obsèques. Cela permet au souscripteur de soutenir un thème spécifique de recherche et de laisser "un message de progrès" à ses proches.