



# Le rôle des compléments santé dans le processus d'innovation

# Table des matières

<b>À propos des auteurs</b>	<b>2</b>
<b>A propos de l'Institut Sapiens</b>	<b>3</b>
<b>A propos d'Asterès</b>	<b>4</b>
<b>Disclaimer</b>	<b>4</b>
<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>1. LES SOINS : un élargissement de l'offre favorisé par les ocam</b>	<b>7</b>
1.1.    Innovations de Produits : la prise en charge de nouveaux soins	<b>7</b>
1.2.    Innovations de Procédés : l'amélioration des parcours de soins	<b>9</b>
<b>2. Le financement : des innovations qui réduisent le coût de l'assurance santé et améliorent l'expérience client</b>	<b>15</b>
2.1.    Innovations de Produits : de nouvelles solutions de paiement et de contractualisation	<b>15</b>
2.2.    Innovations de Procédé : Le numérique au service de l'efficacité et de l'expérience client	<b>18</b>
<b>Conclusion : les ocam, des atouts pour faire avancer l'innovation en santé</b>	<b>21</b>

# À propos des auteurs



## Josette Guéniau

Directrice de l'Observatoire santé et innovation. Professionnelle et ex-dirigeante de l'assurance santé, devenue conseil auprès des assureurs complémentaires depuis plus de 10 ans, notamment sur les sujets de la réglementation, de l'innovation et de la stratégie marketing. A ce titre elle s'intéresse depuis plus de 5 ans à l'apport de la téléconsultation dans la prise en charge au plan de l'accès et de la qualité à la santé mais aussi à son financement.



## Guillaume Moukala Same

Diplômé de Sciences Po Grenoble et titulaire d'un MA de Philosophie, Politique et Economie. Après un passage à l'Institut Sapiens puis au service économique de l'Ambassade de France en Estonie, il a rejoint Asterès en tant que chargé d'études économiques. Il est le co-auteur d'une étude publiée par la Fondapol sur le rôle des complémentaires santé dans l'innovation.

# A propos de l'Institut Sapiens

L'Institut Sapiens est un laboratoire d'idées (*think tank*) indépendant et non partisan réfléchissant aux nouvelles conditions d'une prospérité partagée à l'ère numérique. L'humanisme est sa valeur fondamentale. Son objectif est d'éclairer le débat économique et social français et européen par la diffusion de ses idées.

Il fédère un large réseau d'experts issus de tous horizons, universitaires, avocats, chefs d'entreprise, entrepreneurs, hauts fonctionnaires, autour d'adhérents intéressés par les grands débats actuels. Sapiens s'attache à relayer les recherches académiques les plus en pointe.

Les travaux de Sapiens sont structurés autour de **sept observatoires thématiques** : développement durable ; IA et éthique ; science et société ; santé et innovation ; travail, formation et compétences ; politiques, territoire et cohésion sociale ; innovation économique et sociale.

Sa vocation est triple :

**Décrypter** — Sapiens aide à la prise de recul face à l'actualité afin d'aider à la compréhension des grandes questions qu'elle pose. L'institut est un centre de réflexion de pointe sur les grands enjeux économiques contemporains.

**Décloisonner et faire dialoguer** — Sapiens met en relation des mondes professionnels trop souvent séparés : universitaires, membres de la sphère publique, praticiens de l'entreprise ou simples citoyens. L'institut est un carrefour où ils peuvent se rencontrer pour réfléchir et dialoguer.

**Se former** — Le XXI<sup>e</sup> siècle est celui de l'information ; il doit devenir pour l'individu celui du savoir. Les immenses pouvoirs que donnent les technologies appellent un effort nouveau de prise de recul et d'analyse. Grâce à ses publications, événements et rencontres, Sapiens se veut un lieu de progression personnelle pour ceux qui veulent y prendre part.

Pour en savoir plus, visitez notre site internet : [institutsapiens.fr](http://institutsapiens.fr)



# A propos d'Asterès

Fondé en 2006 par Nicolas Bouzou, ASTERES est un cabinet d'études économiques et de conseil. Nos missions nous orientent vers l'analyse des évolutions structurelles dans les sphères économiques, politiques et sociétales. Nos travaux s'inscrivent notamment en amont de stratégies de communication, d'affaires publiques et de décisions stratégiques.

ASTERÈS  
producteur d'idées

## Disclaimer

*La présente note a été rédigée par l'Institut Sapiens et le cabinet Asterès en partenariat avec Aesio. Les auteurs ont bénéficié d'une indépendance totale et les propos tenus n'engagent que l'Institut Sapiens et le cabinet Asterès.*





## Introduction

**À l'heure où le Haut Conseil sur l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) s'interroge sur l'avenir des complémentaires santé <sup>1</sup>, il est nécessaire de rappeler que les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) contribuent à injecter de l'innovation dans le système de santé.** L'innovation est définie par l'Insee comme l'« introduction sur le marché d'un produit ou d'un procédé nouveau ou significativement amélioré par rapport à ceux précédemment élaborés par l'unité légale ». Cette innovation peut viser les produits (biens ou services) vendus par l'entreprise, ou ses procédés (organisation interne, tâches administratives, tarification, etc.). Il existe trois raisons fondamentales pour lesquelles les OCAM sont particulièrement bien placés pour stimuler l'innovation en santé. Premièrement, la concurrence régnant sur le marché de l'assurance complémentaire (on dénombrait en 2020 428 organismes exerçant une activité de complémentaire santé <sup>2</sup>) incite les OCAM à

---

1 « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire » (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 14 janvier 2022), <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20HCAAM-%20Quatre%20scenarios%20articulation%20AMO-AMC%20-%20janvier%202022.pdf>.

2 DREES : rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. 301 mutuelles, y compris mutuelles substituées, 102 sociétés d'assurances et 25 institutions de prévoyance

se différencier et donc à innover. Deuxièmement, la quasi-obligation pour les OCAM de maintenir leurs comptes à l'équilibre, qui résulte à la fois de la régulation (Solvabilité II) et de la loi du marché, les oblige à déployer des innovations favorisant une réduction de leurs coûts. Troisièmement, la gestion des contrats implique une proximité avec le client qui permet aux OCAM de mieux cerner leurs besoins concrets et d'y répondre par des produits et des procédés adaptés et nouveaux.

**Historiquement, les OCAM, et plus particulièrement les mutuelles, ont introduit plusieurs innovations qui ont contribué à améliorer l'accès aux soins.** L'invention du principe même de protection sociale par les ancêtres des mutuelles, les « sociétés de secours mutuel » formés à l'initiative des ouvriers et des artisans, constitue déjà en soi une innovation d'ampleur. Les mutuelles sont également à l'origine du tiers-payant, pratique aujourd'hui très répandue que les pouvoirs publics cherchent à généraliser un maximum (*cf. encadré 2*).

Les innovations récentes des OCAM présentées dans cette note s'articulent autour de deux axes principaux, les soins (partie I) et le modèle assurantiel (partie II), déclinés selon les deux types d'innovation définis par l'Insee (produit et procédé). Les innovations relatives à la prévention ne seront pas développées ici et feront l'objet d'une note dédiée, publiée ultérieurement. Ces innovations contribuent toutes à améliorer le service rendu aux assurés, que ce soit en élargissant l'offre de soins, en améliorant l'expérience des assurés au sein du parcours de soins, en perfectionnant le rapport qualité-prix des contrats ou en améliorant l'efficacité des processus internes.



# 1. LES SOINS : un élargissement de l'offre favorisé par les ocam

## 1.1. Innovations de Produits : la prise en charge de nouveaux soins

À de nombreuses reprises, les OCAM ont été précurseurs dans la prise en charge de nouveaux soins de santé, là où l'intervention de la Sécurité sociale fait défaut. Les OCAM peuvent intervenir pour couvrir un nouveau risque (l'exemple de la santé mentale), rembourser un traitement complémentaire aux traitements plus conventionnels (l'exemple de l'activité physique sportive adaptée) ou encore répondre à une nouvelle demande de la part des patients-assurés (l'exemple de l'ostéopathie) :

- **L'exemple de la santé mentale illustre la capacité des OCAM à faire avancer le système de santé vers une couverture plus étendue des risques**<sup>3</sup>. Avant la crise sanitaire, la Sécurité sociale n'avait jamais donné suite aux expérimentations menées dans divers départements sur la prise en charge des consultations de psychologue. Un manque d'investissement dénoncé par la Cour des comptes<sup>4</sup>. En 2021, alors que les indicateurs de santé mentale de la population, mesurés par l'étude COVIPREV<sup>5</sup>, se dégradent fortement, les organismes complémentaires ont mené une expérimentation à l'échelle nationale en proposant, dans un contexte de crise sanitaire, économique et sociale, de rembourser à leurs assurés au moins quatre consultations de psychologue par an – après orientation d'un médecin et dans une limite de 60€ par consultation. Grâce

---

3 La dernière étude COVIPREV nous apprend que la prévalence des états anxieux est toujours élevée (25% vs 14% dans le baromètre santé de 2017), que les troubles du sommeil sont à des niveaux élevés (68% vs 49% en 2017) et que le pourcentage de personnes ayant une perception positive de leur vie (80%) est inférieur à celui 2017 (85%).

4 Cour des Comptes, « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie », Rapport public thématique, 2021, <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>.

5 La dernière étude COVIPREV nous apprend que la prévalence des états anxieux est toujours élevée (25% vs 14% dans le baromètre santé de 2017), que les troubles du sommeil sont à des niveaux élevés (68% vs 49% en 2017) et que le pourcentage de personnes ayant une perception positive de leur vie (80%) est inférieur à celui 2017 (85%).



à une décision conjointe des fédérations représentant les trois types d'acteurs (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance), cette innovation a bénéficié à l'ensemble des personnes couvertes par un contrat d'assurance complémentaire, soit 64 millions de Français. En aval de cette décision, en septembre 2021, le Président de la République Emmanuel Macron a annoncé la prise en charge par la Sécurité sociale des consultations de psychologues libéraux. Cette annonce a été confirmée dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2022, pour enfin faire l'objet d'un décret le 18 février dernier. Le dispositif devrait être opérationnel dès le printemps 2022. Nul ne peut affirmer que cette avancée n'aurait pas eu lieu si les OCAM n'étaient pas intervenus pendant la crise mais force est de constater que ces derniers ont joué un rôle pionnier. Cet exemple met en lumière les vertus de la coexistence d'un acteur public et d'acteurs privés au sein du même système de financement des soins.

- **L'exemple de la prise en charge des frais liés à la pratique d'une activité sportive dans le cadre du traitement d'une affection de longue durée illustre la capacité des OCAM à financer des traitements complémentaires aux traitements plus conventionnels.** Depuis 2017, les médecins traitants peuvent prescrire aux patients atteints de certaines affections de longue durée (ALD) une « activité physique adaptée » à leur pathologie (APA) (une proposition qui pourrait être élargie à l'ensemble des ALD, selon une proposition parlementaire). Alors que le décret en vigueur ne prévoit pas la prise en charge des frais liés à l'APA par la Sécurité sociale, certaines complémentaires santé le proposent <sup>6</sup>. Ces frais peuvent couvrir un bilan personnalisé, une consultation auprès d'un médecin référent sport santé, l'évaluation de la condition physique de l'assuré, l'élaboration d'un programme physique adapté et l'abonnement à une salle de sport labellisée. Étant donné qu'il a été démontré par la littérature<sup>7</sup> que la pratique régulière d'une activité sportive permettait de lutter contre les maladies cardiovasculaires, ce type d'offre contribue à améliorer la qualité et l'accès aux soins pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et vient palier une carence du système public dans la prise en charge financière de ce type de prévention.

---

<sup>6</sup> Voir par exemple : <https://www.mutuelle-des-sportifs.com/ss0.aspx>

<sup>7</sup> Désiré Honozon Pepe. Les activités physiques comme moyen de lutte contre les maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire. Sociologie. 2017. fhal-01668848

- **L'exemple de l'ostéopathie illustre la capacité des OCAM à s'adapter à l'évolution de la demande et des pratiques.** L'ostéopathie est une médecine dite douce qui traite de nombreuses pathologies (musculosquelettiques, neurologiques, cardio-vasculaires, digestives, ORL et pulmonaire, neurovégétatives). L'ostéopathie est très plébiscitée en France : 86% des Français ont confiance en la discipline et y voient un intérêt pour leur santé <sup>8</sup>. Les ostéopathes ont d'ailleurs obtenu depuis d'être répertoriés en tant que professionnels de santé sur le répertoire ADELI (le répertoire national d'identification des professionnels de santé). Les OCAM ont, bien avant le ministère de la Santé, accrédité les ostéopathes en fonction de la qualité de leur formation via leurs réseaux de soins et ont largement contribué à rendre ces soins accessibles au plus grand nombre : le registre des ostéopathes recense plus d'un demi-millier de formules d'assurance santé prenant en charge le remboursement des actes d'ostéopathie <sup>9</sup> et presque la moitié des Français bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge au moins partielle des soins ostéopathiques via leur complémentaire santé <sup>10</sup>. La légitimité de la prise en charge collective des traitements ostéopathiques étant débattue, les OCAM se positionnent ici sur un segment qui n'a pas vocation à être pris en charge par la Sécurité sociale mais qui a toute sa légitimité à être remboursé, en fonction des besoins et attentes de santé et de leur apport en termes de santé individuelle, dans un cadre réglementaire clarifié.

## **1.2. Innovations de Procédés : l'amélioration des parcours de soins**

**Les partenariats noués par les OCAM avec d'autres plateformes permettent aux patients-assurés d'avoir accès à de nouveaux professionnels de santé et d'être orientés vers des soins de bonne qualité.** Ces partenariats donnent accès à un médecin dans un délai très rapide grâce aux plateformes de téléconsultation, à l'avis d'un expert médical grâce aux plateformes de second avis, et à des conseils médicaux personnalisés grâce aux OCAM eux-mêmes ou aux réseaux de soins :

---

<sup>8</sup> Selon un sondage Odoxa datant de 2019 « Les Français et l'ostéopathie » (Odoxa, septembre 2019), <https://holistea.fr/ressources/Odoxa%20pour%20UPO-septembre%202019.pdf>.

<sup>9</sup> Registre des Ostéopathes de France, « Les mutuelles qui remboursent l'ostéopathie », consulté le 20 juillet 2021, <https://www.osteopathie.org/mutuelles.html>.

<sup>10</sup> Selon le sondage Odoxa de 2019

- **La démocratisation de l'accès aux plateformes de téléconsultation répond à une demande d'immédiateté de la part des assurés et permet de fluidifier le parcours de soins.** Avant la crise sanitaire, la téléconsultation n'était prise en charge par la Sécurité sociale qu'à 70 % et à condition d'avoir consulté le praticien au moins une fois au cours des douze derniers mois. Dans le contexte de crise sanitaire, le taux de remboursement par la Sécurité sociale a été temporairement porté à 100% et les conditions de prises en charge assouplies, un service déjà proposé par les OCAM à leurs assurés. Les OCAM ont fait appel à des plateformes partenaires (ou parfois des filiales de leurs groupes), pour offrir à leurs assurés un accès à des médecins généralistes ou spécialistes, par internet ou téléphone, à des horaires élargis (et quelques fois 24H/24 et 7J/7), sans surcoût (service inclus dans les cotisations de complémentaire santé pour un usage illimité) et dans un délai très court. Les téléconsultations bénéficient à l'assuré individuellement mais aussi au système dans son ensemble, en réduisant les prescriptions inutiles, en désengorgeant les services d'urgence et en améliorant l'orientation du patient au sein du parcours de soins <sup>11</sup>.
- **L'accès à des plateformes proposant un second avis médical permet de rassurer le patient et de mieux l'orienter dans son parcours de soins.** Aujourd'hui, les consultations en présentiel pour obtenir un deuxième avis médical sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire dans les mêmes conditions qu'une première consultation. Cependant, certains problèmes de santé requièrent une expertise poussée pour être décelés. Il faut souvent se déplacer loin pour la trouver et consentir à payer des dépassements d'honoraires. Certaines complémentaires santé proposent en conséquence des services de second avis médical, en partenariat avec des sociétés spécialisés comme la plateforme Deuxième Avis. Aujourd'hui, 25 millions de Français ont accès sans frais à cette plateforme grâce à leur complémentaire santé. Dans 25% des cas, le recours à ce service permet d'éviter une opération inutile ou accélérer l'accès à un traitement plus approprié <sup>12</sup>, générant ainsi une amélioration du traitement des patients et une diminution des dépenses de santé non-pertinentes.

---

11 Pierre Bentata, « Le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise : quel impact économique attendre en France? » (Institut économique molinari, 18 janvier 2022), [https://www.institutmolinari.org/wp-content/uploads/2022/01/etude-telemedecine-janvier2022\\_fr.pdf](https://www.institutmolinari.org/wp-content/uploads/2022/01/etude-telemedecine-janvier2022_fr.pdf).

12 Ce sont les statistiques affichées sur le site : <https://www.deuxiemeavis.fr/#whySecondOpinion>.

- **L'accompagnement fourni par les OCAM permet une meilleure orientation de l'assuré au sein de son parcours de soins, contribuant ainsi à la qualité des soins et à l'efficacité du système.** Les assurés se posent de nombreuses questions qui vont de la simple recommandation du professionnel de santé à des demandes liées à leurs contrats ou des inquiétudes par rapport à un proche. Conscients de ces enjeux, les OCAM mettent à disposition de leurs assurés des services d'orientation et de conseil, soit via le réseau de soins partenaire (*cf. encadré 1*), soit via un service développé en interne. Les réseaux de soins ont notamment développé des services d'orientation comme la géolocalisation des professionnels de santé partenaires et des praticiens pratiquant le tiers payant, la prise de rendez-vous par internet, ainsi que des guides des services hospitaliers en fonction des pathologies (fréquence des actes, qualité de l'équipement, etc.). À l'occasion du 100% Santé, le réseau Carte Blanche a développé un service d'accompagnement complet des patients-assurés dans le décryptage des devis obligatoires et normalisés, instaurés par la loi (par exemple, pour aider à la compréhension des différences de qualité, de prix et de reste à charge sur équipements optiques et les plans de traitement dentaires). De nombreux OCAM mettent également à disposition de leurs assurés un assistant personnel pour les orienter et les conseiller dans leur parcours de soins<sup>13</sup>. Les OCAM innovent également sur le parcours hospitalier. Par exemple, le projet « récupération améliorée après chirurgie » (RAAC) fournit au patient, en amont de son opération chirurgicale, les clés d'une bonne récupération post-opératoire <sup>14</sup>.

---

13 Voir par exemple : <https://www.axa.fr/complementaire-sante/service-angel.html>

14 « Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : accélérer le rétablissement des patients après une intervention chirurgicale | AÉSIO Santé », consulté le 24 février 2022, <https://www.aes-io-sante.fr/recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac-accelerer-retablissement-patients-apres-intervention>.

### ***Encadré 1 : Les réseaux de soins, une innovation en faveur d'un reste à charge faible***

Les réseaux de soins reposent sur le principe d'une contractualisation entre les professionnels de santé et des plateformes de gestion. Pour les OCAM, l'intérêt est de garantir à leurs assurés des soins de bonne qualité à un prix raisonnable, sans avance de frais (tiers payant) et avec un reste à charge limité voire nul. Pour les professionnels de santé, le gain est un apport de clientèle/patientèle, les assurés étant incités à se rendre chez un des praticiens du réseau. Les réseaux de soins sont nés au début des années 1990 à l'initiative de certains OCAM, via l'adhésion et/ou la participation en tant qu'actionnaires à des « plateformes de gestion du risque et de services » spécialisées, qui gèrent le référencement, la contractualisation, le contrôle et le suivi des professionnels de santé, ainsi que les services auprès des assurés (gestion de la dispense d'avance de frais, avis sur devis, orientation) pour le compte des complémentaires santé. En 2020, six réseaux de soins couvraient plus de 55 millions d'assurés <sup>15</sup> : Kalixia, qui compte 16 millions de bénéficiaires, Carte Blanche, plus de 12,5 millions d'assurés <sup>16</sup>, Santéclair et Itelis, qui comptent chacun plus de 10 millions d'assurés. Les réseaux de soins se sont surtout développés sur les postes de soins où les complémentaires sont les plus présentes, à savoir l'optique, le dentaire et l'auditif et sur le marché des médecines complémentaires dites douces. Selon un rapport Igas datant de 2017 (avant le 100% santé), les négociations menées par les OCAM auprès de professionnels de santé dans le cadre des réseaux de soins ont permis de diminuer drastiquement le reste à charge des ménages (-50% sur les verres, -15% sur les prothèses dentaires et -18% sur les prothèses auditives) <sup>17</sup>.

---

15 Josette Guéniau -JGSC: études sur les plateformes santé - réseaux de soins avril 2021.

16 « Qui sommes-nous ? », Carte Blanche, consulté le 18 février 2022, <https://www.carteblanche-partenaires.fr/sante/qui-sommes-nous>.

17 Durand et Emmanuelli, « Les réseaux de soins ».

### *1.3. Les OCAM investissent dans les produits et procédés du futur*

**Les OCAM contribuent à l'accès futur de leurs assurés à des soins et produits innovants en investissant dans la recherche et le développement.** La logique concurrentielle régissant ce marché incite fortement les OCAM à investir pour préempter les futures technologies médicales pouvant améliorer la pratique de la médecine, la gestion du risque, la qualité et l'efficacité des soins. Cet engagement est une condition à l'émergence de nouvelles pépites pouvant structurer l'écosystème et assurer la souveraineté de la France en matière d'e-santé. C'est aussi une facilité offerte aux acteurs innovants de trouver des financements et un soutien solide pour développer leur activité et ainsi ne plus avoir à traverser la « vallée de la mort », qui se solde trop souvent par un dépôt de bilan ou une acquisition par un groupe étranger. Il existe plusieurs moyens pour les OCAM d'investir dans la santé du futur : expérimenter des thérapies innovantes au sein des cliniques ou laboratoires, investir une partie de leurs bénéfices dans des fonds ou des start-ups ou participer à l'incubation de start-ups en e-santé.

- **Les OCAM expérimentent de nouveaux produits qui relèvent les grands défis à venir, comme celui du vieillissement.** Un projet en cours co-dirigé par une mutuelle et une école d'ingénieur vise à reconstituer un jumeau numérique d'une personne âgée dans son habitation afin de « simuler différents scénarios d'évolution de l'activité de la personne » et ainsi prédire l'apparition de fragilités physiques ou cognitives <sup>18</sup>. À terme, l'ambition est d'équiper les foyers des personnes âgées de capteurs afin de détecter les risques avant qu'un accident ne survienne. Dans le contexte de vieillissement de la population, cette innovation s'avère très utile pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées, tout en garantissant leur sécurité.
- **Les OCAM investissent dans les start-ups prometteuses du secteur de la santé.** L'intérêt pour les OCAM est ici double : travailler leur image de marque en devenant des acteurs de la santé de demain et accélérer le développement de produits ou traitements qui pourront ensuite être proposés en exclusivité à leurs assurés. Pour ce faire, les OCAM montent au capital de start-ups innovantes ou créent leurs propres fonds

---

<sup>18</sup> « Le MedtechLab de Saint-Etienne veut prévenir la fragilité par la simulation », Data Analytics Post, 16 juillet 2020. <https://dataanalyticspost.com/au-medtechlab-de-saint-etienne-la-prevention-de-la-fragilite-par-la-simulation/>

d'investissement <sup>19</sup>. Un exemple récent est le premier fonds d'investissement à impact social et environnemental lancé par une quarantaine de mutuelles pendant la crise <sup>20</sup>. Après une première levée de fonds de plus de 50 millions d'euros, cinq investissements ont été réalisés dans les domaines de la prévention, de l'accès aux soins ou de l'accompagnement des patients et des aidants.

- **Les OCAM contribuent à accélérer les progrès en e-santé via leur présence dans les incubateurs de start-ups.** Un incubateur a par exemple été ouvert en décembre 2021 avec pour mission d'accompagner les start-ups qui proposent des solutions innovantes en matière de prise en charge à distance des patients et de personnalisation des traitements <sup>21</sup>. La présence des organismes complémentaires, qui se situent au carrefour du système de santé, est un réel atout pour les start-ups qui souhaitent mieux appréhender leur marché et ainsi consolider leur modèle d'affaires.

---

19 Pour en savoir plus voir : N. Bouzou et G. Moukala Same, « Complémentaires santé : moteur de l'innovation sanitaire », publié par la Fondapol, Octobre 2021.

20 Le fonds « Mutuelles Impact », <https://www.mutualite.fr/presse/six-mois-apres-son-lancement-le-fonds-mutuelles-impact-realise-ses-cinq-premiers-investissements/>

21 Plus d'informations sur l'incubateur Future4Care : <https://www.generalif.fr/institutionnel/actu/creation-future4care/>

## 2. Le financement : des innovations qui réduisent le coût de l'assurance santé et améliorent l'expérience client

### 2.1. Innovations de Produits : de nouvelles solutions de paiement et de contractualisation

**Les OCAM améliorent l'accès aux soins en proposant des solutions de paiement nouvelles et en créant de nouvelles solidarités.** Deux exemples permettent d'illustrer ce type d'innovation : la Carte avance santé, qui réduit le coût psychologique des soins et les regroupements de contrats, qui permettent à un groupe de proches de bénéficier de tarifs avantageux.

- **La Carte avance santé est une innovation en faveur d'un parcours de soins sans avance de frais, dans le sillage du tiers-payant inventé plus tôt par les mutuelles.** La pratique du tiers payant est dans l'ensemble bien répandue (*cf. encadré 2*), mais très contrastée selon les professions : le taux d'actes facturés en tiers-payant intégral peut aller de 5% chez les chirurgiens-dentistes à 92% chez les pharmaciens (données 2017) <sup>22</sup>. Les assureurs et réseaux de soins sont confrontés à un nombre non négligeable de refus de la part des professionnels de santé. Pour contourner ce problème, certains acteurs de l'assurance proposent une carte avance santé : une carte bancaire qui peut être utilisée auprès de tout professionnel de santé équipé d'un terminal de paiement électronique. Concrètement, l'assuré paie ses dépenses de santé avec sa carte et son compte courant n'est débité qu'après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire. Cette solution est satisfaisante pour le patient qui n'a pas à avancer de frais mais aussi pour le professionnel de santé qui n'a pas à fournir d'effort particulier – s'il est déjà muni d'un TPE.

---

22 Emilie Fauchier-Magnan et al., « Évaluation de la généralisation du tiers payant » (Inspection Générale des Affaires Sociales, octobre 2017), <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-111R.pdf>.



- **Les OCAM sont aussi producteurs de solidarités et mutualisations nouvelles, en cohérence avec leur fonction historique.** Récemment, une mutuelle a introduit sur le marché une offre qui permet de regrouper plusieurs contrats en une seule « communauté d'assurés ». Les assurés membres de cette communauté peuvent souscrire à un contrat personnalisé tout en bénéficiant de tarifs avantageux. Contrairement aux contrats familiaux traditionnels, qui sont réservés au noyau familial, cette offre s'adresse de manière plus large aux personnes qui peuvent justifier d'un lien entre eux, par exemple des parents, neveux, cousins, colocataires, voire l'aide-ménagère ou l'assistante maternelle. Cette nouvelle offre est particulièrement bénéfique aux personnes qui vivent seules et ne peuvent par conséquent pas bénéficier des tarifs avantageux des contrats familiaux – qui sont en moyenne 15% à 20% moins chers <sup>23</sup>. Les mutuelles remplissent ici une de leurs fonctions historiques essentielles : la création de solidarités nouvelles (rappelons que les ancêtres des mutuelles, les sociétés de secours mutuel, sont nées de la volonté des ouvriers de mettre en commun une partie de leurs revenus pour se protéger des aléas de la vie).

---

<sup>23</sup> « Pourquoi choisir une mutuelle familiale », <https://www.radins.com/service/sante-mutuelle/mutuelle-familiale-economique/4921>

## *Encadré 2 : l'invention du tiers payant par les mutuelles*

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les mutuelles ont ouvert leurs propres établissements de santé afin de favoriser l'intégration des financeurs et des offreurs de soins, permettant ainsi une approche plus globale de la santé <sup>24</sup>. La première officine mutualiste fut créée en 1857, dans un souci de réduction des frais pharmaceutiques pour les ouvriers <sup>25</sup> qui pouvaient se procurer des médicaments sans avance de frais, à condition de présenter une ordonnance du médecin : c'est l'ancêtre du tiers-payant <sup>26</sup>. Le modèle d'établissement mutualiste se répandit ensuite progressivement dans le territoire français et trois variantes de tarification émergèrent : le paiement au comptant, le compte courant (paiement trimestriel) et l'abonnement. Pour des raisons de complexité administrative, le paiement à l'abonnement sera abandonné et laissera place, dans les années 1950, au tiers-payant que nous connaissons. Aujourd'hui, la pratique du tiers payant est étendue à tous les professionnels de santé, et pas seulement ceux exerçant dans le cadre mutualiste : au deuxième semestre 2017, le tiers-payant intégral (AMO et AMC) représentait 87% des actes facturés par les professionnels de santé (et 92% pour le tiers-payant AMO) <sup>27</sup>. Cette invention des mutuelles est aujourd'hui perçue comme un élément fondamental de l'accès aux soins, au point que l'ambition des pouvoirs publics est de le généraliser.

---

24 Aujourd'hui, on dénombre plus de 2800 établissements gérés par le réseau mutualiste (pharmacies, Ehpad, cliniques mutualistes, etc.).

25 Charlotte Siney-Lange, « L'innovation mutualiste : le cas du tiers payant pharmaceutique », La Mutualité Française, consulté le 20 juillet 2021, <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/serie-dete-saison-1/innovation-au-coeur-de-action-mutualiste-le-cas-du-tiers-payant-pharmaceutique/>.

26 Siney-Lange.

27 Fauchier-Magnan et al., « Évaluation de la généralisation du tiers payant ».

## 2.2. Innovations de Procédé : Le numérique au service de l'efficacité et de l'expérience client

**Les OCAM adoptent les outils numériques afin de réduire leurs coûts tout en améliorant la qualité de leur service.** Les OCAM ont tout intérêt à saisir les opportunités offertes par les nouvelles technologies en matière d'optimisation de la gestion administrative, de lutte contre la fraude et d'amélioration de l'expérience client. Dans le contexte de concurrence qui est celui du marché des complémentaires santé, les organismes les plus efficaces proposant les tarifs les plus attractifs disposent d'un avantage compétitif certain. Les OCAM ont d'autant plus intérêt à rechercher l'efficacité que, depuis 2020, la loi dite de résiliation infra annuelle les oblige à communiquer à leurs assurés (et aux potentiels assurés) les détails de leurs frais de gestion. Les assurés étant sensibles à l'utilisation de leurs cotisations, les OCAM qui optimisent leur gestion administrative sont susceptibles d'attirer davantage de clients. Enfin, à l'ère numérique, les attentes des usagers en matière de numérisation et simplicité sont élevées :

- **L'automatisation permet de réduire les frais liés à la gestion des prestations.** Une complémentaire santé gère au quotidien un volume considérable de sinistres : des milliers voire des centaines de milliers selon leur taille. La gestion de ces prestations engendre un coût qui pèse sur les cotisations des assurés – 1,5 Mds€ en 2018, soit environ 24€ par assuré <sup>28</sup>. Pour les réduire, les acteurs historiques du marché de la complémentaire peuvent recourir à des solutions de digitalisation (des plateformes en ligne permettant d'automatiser les tâches administratives), à des délégataires (comme les courtiers gestionnaires) ou à des prestataires de gestion sous-traitants (par exemple dans le cadre du tiers payant) qui gèrent eux-mêmes jusqu' à 85% des flux de facturation pour une population donnée, à travers des process industriels et automatisés qui représentent jusqu'à moins 2 % du coût total de gestion des sinistres. Les nouveaux acteurs du marché de la complémentaire, les « Assurtech », ont quant à eux misé dès le départ sur le numérique. Ils proposent des offres 100% en ligne où tous les flux sont dématérialisés et

---

<sup>28</sup> Voir la première note de la série, « La vérité sur les frais de gestion », publié par l'Institut Sapiens, février 2022.

présentent des taux d'automatisation pouvant atteindre 90% des demandes de remboursement <sup>29</sup>.

- **La dématérialisation des flux est une opportunité de lutter efficacement contre les erreurs, les abus de facturation et la fraude.** La fraude à l'assurance santé représente chaque année à 300 millions d'euros, soit environ 1% des prestations <sup>30</sup>. Pour réduire ces trop versés à tort, les complémentaires santé sont de plus en plus nombreuses à s'appuyer sur l'intelligence artificielle (IA). En se nourrissant des flux de données, l'IA peut en effet détecter rapidement les cas suspects et les traiter de manière automatique ou les faire remonter à une cellule anti-fraude dédiée, à qui appartient la décision finale. Lorsque la gestion est entièrement automatisée, tous les dossiers peuvent être systématiquement analysés par l'IA, avant même que le remboursement soit effectué (notamment dans le cas de la dispense d'avance de frais sur prise en charge préalable en hospitalisation, optique, audioprothèse, dentaire). Les clients sont répertoriés selon leur potentiel de fraude, l'IA leur attribuant ainsi un score de fiabilité, récompensant les moins risqués. Plus le score sera élevé, plus le remboursement sera réalisé rapidement, car il ne nécessitera pas de contrôle supplémentaire. En dentaire par exemple, les prestations versées après contrôle de leur existence et conformité ont été divisées par trois grâce aux efforts des OCAM dans ce domaine. Un effort qui augmente mécaniquement les frais de gestion mais reste bénéfique pour le système dans sa globalité. <sup>31</sup>
- **La numérisation des processus permet également d'améliorer la qualité du service.** L'automatisation des processus internes permet non seulement de réaliser des économies mais aussi de réduire les délais de traitement. Ainsi, la grande majorité des complémentaires santé s'engagent sur un règlement en moins de 48 heures (à partir de dossiers complets) et certains organismes revendiquent que plus de 70% des soins déclarés par leurs assurés sont remboursés en moins d'une heure <sup>32</sup>, ceci alors que le délai de traitement

---

29 Voir : <https://www.heylix.fr/blog/Elixir-assurance-digitale/> ; [https://static.alan.com/solvency\\_financial\\_reports/f1af0d42256f443c9367d385595cf8e6\\_Alan\\_SFCR\\_2020\\_-\\_VF\\_validated.pdf](https://static.alan.com/solvency_financial_reports/f1af0d42256f443c9367d385595cf8e6_Alan_SFCR_2020_-_VF_validated.pdf)

30 « Assurance santé et prévoyance : la performance opérationnelle dopée par l'intelligence artificielle », Shift Technology, 11 janvier 2022, <https://insights.shift-technology.com/fr/livreblanc-sante>.

31 J. Guéniau et G. Moukala, « La vérité sur les frais de gestion des complémentaires santé », janvier 2022, <https://www.institutsapiens.fr/la-verite-sur-les-frais-de-gestion-des-complementaires-sante/>.

32 Voir notamment : [https://static.alan.com/solvency\\_financial\\_reports/f1af0d42256f443c9367d385595cf8e6\\_Alan\\_SFCR\\_2020\\_-\\_VF\\_validated.pdf](https://static.alan.com/solvency_financial_reports/f1af0d42256f443c9367d385595cf8e6_Alan_SFCR_2020_-_VF_validated.pdf)

est environ d'une semaine pour l'Assurance maladie <sup>33</sup>. Les démarches dématérialisées ont aussi l'avantage d'être plus simples pour l'assuré et contribuent à la qualité de l'expérience client. La numérisation favorise aussi la personnalisation des contrats. L'uniformité de l'action d'un acteur national comme la Sécurité Sociale ne peut constituer une réponse efficiente à la demande des patients à une plus grande personnalisation de leur protection, et à la nécessité territoriale d'avoir une approche spécifique. Cette innovation de procédé est une condition à l'efficience du système de santé, mais aussi une possibilité offerte aux assurés de disposer d'un contrat et d'une protection correspondant à leurs attentes et à leurs besoins. Une logique d'individualisation qui est portée par les OCAM et qui constitue l'un des points essentiels de l'avenir de notre système de santé.

---

33 Ameli, « Suivez vos délais de remboursement et consultez vos relevés sur votre compte ameli », <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/suivre-remboursements/delai-remboursement>

# Conclusion : les ocam, des atouts pour faire avancer l'innovation en santé

**Les OCAM, par leur action, leur proximité avec le terrain, la connaissance fine de leurs assurés et par l'intensité concurrentielle à laquelle ils sont soumis, figurent parmi les acteurs les plus pertinents pour porter l'innovation en santé.** Leur histoire l'a démontré, les complémentaires sont à la pointe de changements qui ont structuré notre système actuel et améliorer l'accès aux soins des Français. Les innovations récentes portées par les OCAM permettent d'améliorer l'accès aux soins à de nombreux niveaux : prise en charge de nouveaux risques, diversification des traitements d'une même pathologie, accès à de nouveaux professionnels de santé via des plateformes de téléconsultation, conseil et orientation dans le parcours de soins, production de nouvelles solidarités, baisse des coûts.

Tableau 1 : Synthèse des innovations récentes des OCAM

	SOINS	FINANCEMENT
PRODUIT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture de nouveaux risques</li> <li>- Prise en charge de nouveaux traitements</li> <li>- Investissements dans les traitements futurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parcours sans avance de frais</li> <li>- Création de nouvelles solidarités</li> </ul>
PROCÉDÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès à des plateformes de téléconsultation</li> <li>- Accès à l'avis d'un expert en ligne</li> <li>- Conseil et orientation dans le parcours de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Automatisation des frais de gestion des sinistres</li> <li>- Utilisation des outils technologiques pour lutter contre la fraude</li> <li>- Amélioration de l'expérience client</li> </ul>

**La position actuelle des OCAM ainsi que leurs caractéristiques en font d'excellents postulants pour faire avancer l'innovation en santé et répondre aux grands enjeux de la santé :**

- **La lutte contre les déserts médicaux. Première préoccupation des Français** <sup>34</sup>, l'accès à un médecin généraliste dans un délai convenable est jugé difficile par un tiers des répondants. Une difficulté conduisant la moitié d'entre eux à renoncer aux soins. Si la fin du *numerus clausus* devrait contribuer à résoudre ce problème en augmentant le nombre de médecins formés, l'accès rapide à des professionnels de santé via des plateformes de téléconsultation ou par des cabines de télémedecine permettant l'auscultation complète des patients est une bonne réponse immédiate. La démocratisation de ces outils, sous l'impulsion du remboursement par les OCAM, apparait alors comme une véritable arme contre le renoncement aux soins.
- **L'accompagnement de la perte d'autonomie.** Le vieillissement de la population pose la question de la prise en charge de la dépendance : trois quarts des Français seraient préoccupés par le risque de perte d'autonomie. Le développement de moyens permettant de faciliter le maintien à domicile est ainsi une priorité pour 60% des Français. Là encore, les acteurs privés sont une source inépuisable de créativité et d'innovation - l'exemple du jumeau numérique appliqué à la dépendance en est l'illustration.

<sup>34</sup> Selon un sondage récent de Harris Interactive pour la Mutualité Française. Voir : « Le regard des Français sur le système et les enjeux de santé dans la perspective de l'élection présidentielle » Communiqué de presse de la Mutualité Française, 1er mars 2022, <https://www.mutualite.fr/presse/le-regard-des-francais-sur-le-systeme-et-les-enjeux-de-sante-dans-la-perspective-de-lelection-presidentielle/>

- **L'amélioration des soins.** Parmi les nombreuses innovations produites par l'écosystème en e-santé français, on retrouve beaucoup d'outils de surveillance en continue des constantes d'un patient. Ces terminaux favorisent le suivi du patient et permettent de développer une prédiction personnalisée et plus fine des différents risques encourus par le patient. Crises cardiaques, AVC, diabète, ou simple malaise pouvant avoir des lourdes conséquences médicales, de nombreuses pathologies peuvent être évitées grâce aux outils analysant les données des patients en temps réel. Inclure le remboursement, total ou partiel, de ces outils par les OCAM, aurait pour effet de précipiter l'avènement d'un nouveau paradigme médical.
- **La structuration d'un écosystème national et souverain en innovation.** La e-santé représente un potentiel de croissance phénoménal dans les prochaines années. Or la plupart des jeunes pousses de ce domaine, souvent très innovantes, présentent parfois des faiblesses ne leur permettant pas d'achever leur phase de développement <sup>35</sup>. Si la BPI remplit parfaitement son rôle de sélection et d'incubation de ces entreprises, force est de constater que la mise sur le marché est souvent l'occasion pour ces entreprises de disparaître. En créant un fond dédié à la e-santé, les OCAM pourraient aider à la structuration de cet écosystème, en venant, à la suite de la BPI, au soutien de ces entreprises. En leur donnant accès à des financements nouveaux mais aussi en partageant leur expérience et leur ingénierie technique et commerciale, les OCAM réduiraient le nombre de nos pépites venant à disparaître prématurément ou acquises par une entreprise étrangère, favorisant pour l'occasion la structuration d'un écosystème robuste, pouvant profiter pleinement au système de santé français.
- **Le virage de la prévention.** Dans le contexte de vieillissement de la population et de hausse du nombre de malades chroniques qui est le nôtre, les dépenses de santé sont amenées à augmenter. Le développement de l'axe préventif du système apparaît alors comme un enjeu essentiel pour limiter cette hausse. La capacité d'innovation des OCAM et leur proximité avec les parties prenantes (entreprises et collectivités dans les territoires, etc.) sont autant d'atouts pour relever le défi de la prévention, à condition que certains freins soient levés. Grâce aux outils technologiques à notre disposition, il est possible de développer une nouvelle politique de prévention, personnalisée, basée notamment sur les mécanismes de gamification en termes de prévention primaire et d'éducation

---

<sup>35</sup> Pour en savoir plus : « Construire l'Europe de la e-santé, un enjeu de souveraineté face aux Big Tech », Institut Sapiens, février 2022



thérapeutique, d'incitation forte des professionnels de santé pour pratiquer le dépistage et un suivi à distance (télésurveillance) en prévention tertiaire. Le rôle que les OCAM peuvent jouer dans la politique de prévention est l'objet de la prochaine note Sapiens - Asterès.

