

Prévention

4 PISTES POUR AGIR

LIVRE
BLANC



PARITÉ
ASSURANCE

JUIN 2023



CONTACTS

JOSETTE GUÉNAU

Twitter: @josettegueniau

E-mail: josette.gueniau@orange.fr

Membre du Conseil d'Administration
de Parité Assurance

VÉRONIQUE LACAM-DENOËL

Twitter: @LacamVeronique

E-mail: vlacam@pariteassurance.com

Membre du Bureau de Parité Assurance

PUBLICATION Juin 2023

CRÉATION GRAPHIQUE

Marie Paule Stéphan — mstudio@netc.fr

ILLUSTRATION DE COUVERTURE

©Wanlee - Vector Point Studio — Adobe Stock.com

PARITÉ ASSURANCE. @PariteAssurance

Tous droits réservés.

Parité Assurance est une association créée en 2008 par des dirigeantes de l'assurance et de la Protection sociale, pour promouvoir la place des femmes dans les fonctions de direction opérationnelle dans ces métiers et ceux de la santé. Dans ce cadre, l'Association agit en favorisant notamment le fonctionnement en réseau, l'entraide, en soutenant ses membres dans la recherche de postes et en mentorant des femmes à des moments-clés de leur carrière.

Les femmes de Parité Assurance partagent la passion, l'expertise et l'expérience de leur métier et l'Association porte naturellement leur voix dans le débat public sur les sujets relatifs au système de santé et de protection sociale. Parité Assurance a ainsi organisé en 2019 un cycle sur les sujets de santé spécifiques des femmes, aujourd'hui mieux connus et reconnus, publié trois livres blancs sur les sujets de la dépendance et de l'articulation entre Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire dans le financement des soins.



POUR EN SAVOIR PLUS

www.pariteassurance.com

LE DÉBAT

PISTE 01

P. 07

Participer à l'atteinte des objectifs de santé publique (vaccination, dépistage des cancers)

ISABELLE LEROY
MARIE SOYER-CONTENT

PISTE 02

P. 09

Améliorer l'espérance de vie professionnelle en bonne santé : un intérêt majeur à agir pour les assureurs de personnes

ÉMILIE DELPIT
VÉRONIQUE LACAM-DENOËL

PISTE 03

P. 12

Participation des complémentaires à la prévention des maladies chroniques et de l'absentéisme dans le monde professionnel (Branches Professionnelles, Entreprises, Fonction Publique)

- *Prévention des maladies chroniques*
JOSETTE GUÉNIAU
MARTINE VAREILLES
MARIANNE DE CIDRAC
- *Absentéisme*
ARIANE SUARD
ANNE ANDRÉ

PISTE 04

P. 16

Piloter et valoriser la contribution des acteurs de l'assurance par l'évaluation

ALIX PRADÈRE

INTRODUCTION

DELPHINE BENDA
JOSETTE GUÉNIAU

P. 05

CONCLUSION

DELPHINE BENDA
JOSETTE GUÉNIAU

P. 20

SYNTHÈSE DES THÉMATIQUES

P. 22

INTRODUCTION

PAR DELPHINE BENDA
& JOSETTE GUÉNIAU

Dans la dynamique des élections de mai 2022, les pouvoirs publics ont annoncé vouloir engager le virage de la prévention dans un système de santé encore jugé à raison plus tourné vers le « curatif ». Un ministre de la Santé et de la Prévention a été nommé pour impulser ce changement de braquet, et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 a acté les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, mais aussi la gratuité des préservatifs pour les moins de 26 ans, le dépistage totalement pris en charge des infections sexuellement transmissibles ou encore la gratuité de la contraception d'urgence pour toutes les femmes, sans restriction. À l'occasion de ses vœux 2023, le ministre François Braun a confirmé vouloir amorcer un « *virage radical* ». Mais un an après, la machine semble grippée et la belle ambition cale, face aux urgences d'un système de santé sous tension.

Au-delà de ces quelques mesures ciblées, rien n'a vraiment changé : une approche renouvelée de la prévention santé, moins descendante, moins centralisée, moins publique-publique, reste largement à imaginer et à construire. C'est dans ce contexte qu'un groupe de femmes de Parité Assurance a été constitué pour réfléchir, discuter et élaborer une contribution commune, qui vise à éclairer le rôle que les complémentaires peuvent tenir vis-à-vis du parent pauvre de notre système de santé, non seulement en termes de financement et de résultats mais avant tout, en termes de connaissances : la prévention.

Ce sont bien les trois niveaux de prévention qui sont analysés :

- **La prévention primaire**, dont les objectifs sont de diminuer les facteurs de risque, avant que ne surviennent des pathologies ou un accident, via notamment une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et une bonne hygiène de vie, une protection physique et mentale adaptées, au plan personnel mais également dans un cadre professionnel spécifique.
- **La prévention secondaire**, qui désigne les actions pour traiter de manière précoce des maladies, notamment de dépistage. Ce deuxième niveau comprend aussi la vaccination.
- **La prévention tertiaire**, qui concourt à limiter la progression et les séquelles d'une maladie avérée. Elle a aussi pour objectif de maintenir dans l'emploi les collaborateurs souffrant déjà d'une pathologie, dans des conditions satisfaisantes de santé et de bien-être. Leur proportion va augmenter du fait du vieillissement de la population active, d'absentéisme important et de perte d'attractivité dans bien des secteurs.

Cette contribution se veut concrète et envisage le rôle des complémentaires vis-à-vis de leurs différents publics : entreprises publiques et privées, actifs et retraités, vis-à-vis également des principales évolutions des modes de vie et des conditions de travail, notamment du fait de l'usage des nouvelles technologies, et vis-à-vis enfin de leur collaboration avec les autres acteurs de l'écosystème santé, notamment les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Aujourd'hui ces initiatives existent déjà, des milliers d'assurés en ont bénéficié, les impacts pour la santé ont pu être mesurés, évalués. C'est à la fois beaucoup et peu. Il faut aller plus loin et favoriser

le déploiement à grande échelle de ce type de programmes proposés par les complémentaires santé et prévoyance, comme financeurs et/ou opérateurs de service, si nous voulons transformer notre rapport individuel et collectif à la santé et au bien-être et faire progresser la prévention. À travers cette contribution, Parité Assurance rappellera l'état des lieux des actions existantes des organismes complémentaires santé en matière de prévention mais surtout proposera des améliorations, globalement au niveau du système de santé mais également spécifiquement au niveau des complémentaires santé, en donnant les dimensions sous-jacentes,

notamment en termes de modèle économique. Ceci, dans un cadre renouvelé de coopération avec les pouvoirs publics et de réelle complémentarité entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires santé.

En effet, les pouvoirs publics ont le devoir de fixer un cap et des priorités en matière de prévention ; ils ont aussi pour rôle de soutenir les initiatives innovantes à impact social positif, comme celles que mènent les organismes complémentaires. Les initiatives publiques et privées ne doivent plus se penser comme concurrentes mais comme complémentaires dans la prévention, voilà la vraie révolution.

Participer à l'atteinte des objectifs de santé publique

VACCINATION, DÉPISTAGE DES CANCERS

Le constat

Selon Santé Publique France, le poids du cancer, première cause de mortalité prématurée en France devant les maladies cardiovasculaires dans les dépenses de santé, va continuer d'augmenter dans les années à venir. On estime ainsi qu'un homme sur cinq et qu'une femme sur six développeront un cancer au cours de leur vie. En 2017, les dépenses en lien avec les cancers en phase active représentaient 14 Mds€, soit 10 % de toutes les dépenses étudiées par la Cartographie médicalisée des dépenses d'Assurance maladie.

Dans les dernières décennies, la France a beaucoup travaillé et investi pour **améliorer la prévention et la prise en charge du cancer**. Nous notons en particulier :

- Une formation de haut niveau pour nos médecins et l'excellence mondialement reconnue des oncologues français ;
- Depuis 2003, une approche intégrée de lutte contre le cancer à travers les Plans Cancer successifs et la stratégie décennale plus récemment mise en place ;
- Des campagnes de prévention primaire pour sensibiliser régulièrement le public à l'importance d'une hygiène de vie sur la durée et d'une vigilance accrue pour certaines populations particulièrement exposées et diverses mesurant, entre autres effets, à la réduction du tabagisme ;
- L'investissement dans les centres de traitement dédiés (CLCC) ;
- L'information sur la réduction des risques et le dépistage pour les principaux cancers : colorectal, du col de l'utérus et du sein.

Ce dispositif atteint toutefois certaines limites, parmi lesquelles nous identifions :

- **Le faible suivi** par les Français et les Françaises des actions de dépistage organisé. Il est d'ailleurs à craindre que la crise sanitaire ait contribué à éloigner le public de ces actions ;
- **L'absence de mesure de leur efficacité intrinsèque**, en termes de retour sur investissement et d'impact sur l'état de santé et l'espérance de vie en bonne santé dans notre pays ;
- Selon les données épidémiologiques de Santé Publique France, des **inégalités territoriales** au sein de la métropole, mais aussi entre celle-ci et les départements d'outre-mer, ainsi que des inégalités sociales, notamment pour ce qui concerne la prévention, l'accès au dépistage et le retard au diagnostic.



Isabelle LEROY

Directrice du marketing et de la vente directe à La Mutuelle Générale



Marie SOYER-CONTENT

Directrice générale d'Alptis Assurances

Le dépistage du **cancer colorectal** est une bonne illustration des limites relatives du dispositif actuel. Les résultats des campagnes de dépistage organisées à l'échelle nationale depuis 2008 indiquent ainsi un **taux de couverture stagnant autour de 32 % depuis 2016**, à mettre en regard de l'objectif européen de dépistage fixé à 65 % qui permettrait d'éviter chaque année 6 600 décès (La stratégie nationale de santé 2018-2022).

Les chiffres du dépistage organisé du **cancer du sein**, lancé en 2004, sont également parlants. En 2020, 2,5 millions de femmes ont effectué une mammographie de dépistage organisé, soit un **taux national de participation de 42,8 %**. S'il est meilleur que pour d'autres cancers, il était en nette régression par rapport aux années précédentes. Ces fluctuations dans le temps de la participation à l'un des dépistages les plus médiatisés montrent les limites du plan actuel et l'importance d'une action constante, de messages répétés voire d'actions conjuguées multiples.

L'insuffisance d'un ancrage territorial d'une coordination des forces sur le plan local

Nous avons la conviction que les organismes complémentaires d'assurance maladie pourraient accompagner les démarches de l'Assurance maladie et contribuer à leur impact.

L'une de nos principales forces est, en effet, notre maillage territorial et notre ancrage local. Les occasions régulières de contact avec nos assurés au travers des réponses que

nous leur apportons sur leurs remboursements, des conseils et avis qu'ils sollicitent sur les devis des professionnels de santé ainsi que des ateliers de prévention qui peuvent leur être proposés — participent à cette proximité et contribuent à instaurer et conforter une relation de confiance. Ces liens et occasions de contact constituent autant d'atouts pour relayer les campagnes nationales de prévention au bon endroit et au bon moment pour la bonne personne protégée.

Sur le terrain, nous pourrions être un appui efficace, avec nos propres structures locales mais aussi avec l'aide des dirigeants des entreprises dont nous assurons les salariés. Nous partageons tous le même intérêt — aider les collaborateurs assurés à rester en bonne santé le plus longtemps possible — et en alliant nos forces, nous donnerions plus de puissance à ces programmes.

Aujourd'hui, les organismes d'assurance complémentaire sont déjà présents sur le champ de la prévention primaire et secondaire, notamment au travers des dépistages proposés gratuitement à tous, y compris aux non adhérents, par les centres de santé des Mutuelles Livre III, des actions menées par les institutions de prévoyance dans certaines branches professionnelles, des réseaux de bénévoles de certaines mutuelles ou associations d'assurés proposant des solutions globales associant services de prévention et assurance. L'ensemble de ces acteurs complètent leurs actions par des articles dans leurs bulletins et newsletters, des emailings aux adhérents et des communications sur les réseaux sociaux. Cependant, ces actions ne sont pas, pour l'essentiel, organisées en relais des opérations nationales de promotion de la santé et de dépistage. Chaque acteur reste dans son « couloir de nage », alors que la combinaison des actions leur donnerait du sens et de l'efficacité. Le tout pourrait être bien plus que la somme des parties en accordant les efforts.

Des obstacles à surmonter

Des freins existent cependant pour la mise en œuvre d'une telle coordination. Citons en premier la difficulté à évaluer l'efficacité des actions, élément pourtant indispensable à l'optimisation d'un dispositif global. Pour faciliter les mesures d'impact, il faudrait permettre aux organismes complémentaires de cibler, dans leurs portefeuilles, les assurés ayant marqué leur consentement et pour lesquels l'appui en termes de promotion de la santé apporterait le plus d'effet. Puis vérifier si les personnes ainsi contactées présentent à terme une meilleure observance des actions de dépistage qui leur ont été proposées; ceci, par rapport à un échantillon de personnes n'ayant pas bénéficié des communications de leur organisme d'assurance complémentaire en appui de celles de l'Assurance maladie.

Un tel dispositif suppose un accès autorisé des organismes complémentaires à certaines données qu'ils ne possèdent pas et ne peuvent utiliser aujourd'hui, ce qui rend difficile voire impossible une coopération efficace des acteurs de la prévention santé.



NOS PROPOSITIONS

Ces différents constats et réflexions nous amènent à émettre trois propositions :

PROPOSITION 01

Utiliser la force des complémentaires santé sur le terrain et leur fréquence de relations avec leurs assurés pour appuyer plus efficacement les campagnes des programmes nationaux de prévention. Cela nécessite une coopération plus étroite entre les complémentaires santé et l'Assurance maladie, pour notamment cibler avec précision les assurés qui n'ont pas effectué le dépistage recommandé et qu'il est utile de relancer, ainsi que les assurés les plus éloignés de ces programmes et les plus difficiles à toucher (résidents des territoires ultra-marins, CSS...).

PROPOSITION 02

Évaluer l'efficacité des démarches réalisées par les complémentaires santé, en soutien et relais des campagnes du programme national de dépistage du cancer. Pour ce faire, travailler avec un bureau d'étude agréé SNDS, pour mesurer l'éventuelle différence de suivi des dépistages, entre des groupes d'assurés ayant été exposés à des campagnes de relais par leur complémentaire santé versus des groupes d'assurés n'y ayant pas été exposés.

PROPOSITION 03

Susciter une négociation avec les représentants des entreprises et des salariés, via les branches professionnelles, pour offrir aux salariés la possibilité de faire les dépistages du programme national sur leur temps de travail. Et relancer les salariés dans le cadre de leur régime d'assurance collective.

Améliorer l'espérance de vie professionnelle en bonne santé : un intérêt majeur à agir pour les assureurs de personnes

Le constat

En France, le taux d'emploi des seniors est plus faible que dans d'autres pays d'Europe. Il était inférieur de 4,5 points en 2021 à celui de la moyenne de l'Union européenne (56,2 % vs 60,5 %) et de plus de 15 points à l'Allemagne.

Toute politique visant à repousser l'âge de liquidation de la retraite ne peut faire l'économie d'une réflexion et de mesures relatives à l'amélioration de l'état de santé des salariés de plus de 50 ans. En effet, leur état de santé ne permet pas toujours aux salariés de continuer à travailler jusqu'à l'âge de liquidation des droits à la retraite à taux plein. **En 2021, près d'une personne sur trois entre 55 et 60 ans n'est ni en emploi ni à la retraite. Parmi elles, près d'un tiers perçoit une pension ou des allocations pour raison de santé (handicap, invalidité...).** Or, tout laisse à penser que l'âge de liquidation des droits à taux plein va continuer à augmenter sous l'effet des réformes successives des retraites, ne faisant qu'accroître le phénomène si rien n'est entrepris pour améliorer la santé des salariés seniors. L'allongement de la durée de vie professionnelle est en effet dépendant de la capacité des personnes à prolonger leur activité professionnelle au-delà de 60 ans au regard de leur état de santé.

Le taux d'emploi des seniors doit augmenter, pour préserver l'équilibre des régimes de protection sociale obligatoires et complémentaires, qui, sinon, feront face à de graves déséquilibres et coûteront de plus en plus cher. Il doit également augmenter du fait de la pénurie de main-d'œuvre disponible dans certaines activités économiques, parfois stratégiques. C'est pourquoi les entreprises, les branches professionnelles et les assureurs prévoyance ont des intérêts convergents à coopérer pour augmenter le taux d'emploi des seniors. **L'enjeu est donc bien celui d'une amélioration de « l'espérance de vie professionnelle en bonne santé des actifs ».**

“ Nous définissons l'espérance de vie professionnelle en bonne santé, par analogie avec l'espérance de vie sans incapacité [ou en bonne santé], comme un indicateur visant à évaluer le nombre d'années qu'une personne peut compter travailler sans que son état de santé n'impacte sa vie professionnelle au point d'être confronté à des difficultés, voire à l'incapacité, d'effectuer certaines tâches de la vie professionnelle et d'occuper son poste.



Émilie DELPIT
Associée Proxicare



Véronique LACAM-DENOËL
Présidente de Proxicare

Le faible taux d'emploi des seniors en France est dû en partie à des problèmes de santé

Selon l'INSEE, en 2021, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance se situe à 67 ans pour les femmes et 65,6 ans pour les hommes. **La question de l'espérance de vie professionnelle en bonne santé se pose.** En effet, les récentes réformes des retraites tendent à faire converger l'âge légal de départ à la retraite avec celui de l'espérance de vie en bonne santé. Elles ont contribué à augmenter le taux d'emploi des 55-64 ans de 32 % à 56,2 % entre 2014 et 2021. Mais dans le même temps, la part d'inactifs non retraités augmente, passant de 15 % à 25 % entre 55 et 60 ans. Elle augmente ainsi jusqu'à 61 ans puis diminue avec le passage à la retraite. Parmi eux se trouvent des personnes en incapacité de travailler pour une cause médicale, en maladie ou en invalidité.

Plusieurs études ont mis en évidence un **effet de sélection de la santé** sur le statut socio-économique des personnes. Ainsi, l'enquête SIP de 2010 montre que les personnes qui sortent de l'emploi avant 60 ans ont été confrontées à plus de pénibilité. Par ailleurs, l'INSEE a mis en évidence qu'en 2020, 5,2 % des plus de 50 ans ont subi une rupture de contrat pour invalidité (contre 2,8 % pour les 25-49 ans).

Pour la Cour des comptes, l'augmentation des dépenses d'invalidité a été portée pour l'essentiel par le recul de l'âge légal de la retraite de 60 à 62 ans. Selon la DREES, il aurait entraîné à lui seul, **un surcroît de dépenses de 1,2**

à 1,5 Md€ et une hausse des effectifs de pensionnés de 20 à 25 % dans les régimes de salariés et d'indépendants. Elle souligne les deux effets collatéraux de l'allongement de la durée de cotisation : d'un côté, la durée de versement des pensions d'invalidité s'est allongée, qui, en l'absence de réforme, seraient parties plus tôt à la retraite ; d'autre part, le flux annuel de mises en invalidité a augmenté (82 600 en 2018 contre 73 000 en 2011).

L'enjeu économique et social du maintien en emploi des seniors

L'une des conditions de l'efficacité des réformes sur la durée du travail tient donc à la possibilité pour les salariés de se maintenir en emploi. Il est nécessaire de préserver voire d'améliorer leur état de santé pour leur permettre de continuer à occuper leur poste ou à conserver un emploi sur un autre poste plus adapté. À défaut, l'allongement de la durée du travail envisagé par les pouvoirs publics pour améliorer l'équilibre de l'assurance retraite risque de se traduire par un accroissement des revenus de remplacement dans les régimes santé et prévoyance et menacer l'équilibre des organismes de protection sociale de base et complémentaires. La hausse de la sinistralité pour maladie et invalidité pourrait même conduire certaines entreprises à ne plus pouvoir s'assurer.

Bien que largement méconnue, l'assurance invalidité tient une place importante dans la protection sociale. En 2017, près de 820 000 assurés, majoritairement âgés et à l'état de santé fragile, bénéficiaient d'une pension d'invalidité. Pour cette même année, les dépenses de prestations d'invalidité ont dépassé 10 Md€, dont 7,4 Md€ au titre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le solde versé par les assurances complémentaires privées. Les indemnités journalières versées par les régimes de prévoyance aux personnes en arrêt de travail de longue durée avant leur mise en invalidité s'ajoutent aux montants ci-dessus. Doivent également être comptabilisées les indemnités et pensions versées par la branche AT-MP aux seniors au titre des incapacités temporaires ou permanentes à la suite d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

L'identification d'axes prioritaires d'action pour améliorer l'espérance de vie professionnelle en bonne santé

Lorsque l'on considère les pathologies à l'origine des invalidités et qui impactent en priorité l'espérance de vie professionnelle en bonne santé, on identifie les domaines sur lesquels concentrer l'action concernée : troubles de la santé mentale (25,8 % en 2018), maladies du système ostéoarticulaire (29,6 %) et tumeurs malignes (11,9 %).

Pour répondre au nombre et à la complexité des causes et facteurs de risque, l'implication des assureurs de personnes ne sera pas de trop, bien que nombre d'actions soient de la responsabilité des autorités de santé.

Ces dernières peuvent ainsi intervenir aux côtés des entreprises pour les aider à réduire les risques directement liés au travail. Qu'il s'agisse des troubles musculosquelettiques, de certains cancers (4 à 8 % des cancers seraient dus à des conditions professionnelles), et même de souffrances psychologiques que les conditions de travail contribuent dans certains cas à déclencher ou accroître, des mesures d'organisation du travail ou de formation des salariés peuvent être proposées ou soutenues par les assureurs santé ou prévoyance aux entreprises.

Les assureurs santé et prévoyance sont également légitimes à accompagner leurs assurés, salariés des entreprises adhérentes, à modifier certains facteurs de risque de santé. Consommation d'alcool ou de tabac, sédentarité ou surpoids sont impliqués dans ces pathologies : des actions de sensibilisation et accompagnements peuvent être proposées sur le lieu de travail ou en dehors de l'entreprise. C'est le cas également des actions de dépistage du cancer, par exemple, proposées et prises en charge par le système de santé, mais dont on connaît l'insuffisant recours par la population (dépistage du cancer colorectal, du col de l'utérus ou du sein). Là encore, il est possible de contribuer à renforcer le recours à la prévention.

Nos propositions d'amélioration

Partenaires naturels des branches professionnelles et des entreprises, engagés en faveur de la prévention des risques de santé, les assureurs complémentaires ont un intérêt à agir et sont bien positionnés pour contribuer à cet enjeu social et économique, en proposant des moyens d'action aux entreprises et branches professionnelles qu'ils assurent. Certaines mesures ont déjà été prises dans d'autres pays européens, à l'image de l'Allemagne, où les secteurs industriels ont mis en place, à travers des conventions collectives, des mesures d'adaptation du travail au vieillissement et de promotion de la santé des salariés. Au Danemark, à la suite de l'accord sur le bien-être de 2006, un fonds de prévention a été créé. Il accorde une aide financière aux entreprises qui sont intéressées par des mesures novatrices pour réduire l'usure au travail. Enfin, aux Pays-Bas, la loi sur le travail flexible permet aux employés d'augmenter ou de diminuer temporairement ou de manière permanente le nombre d'heures de travail contractuel et d'organiser leur horaire de travail différemment, ce qui peut permettre de s'adapter à des contraintes personnelles en particulier liées à la santé.

En France, la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, entrée en vigueur le 31 mars 2022, traduit l'attention nécessaire à porter à cet enjeu important et mobilise les entreprises. Aux côtés des entreprises, les assureurs de personnes peuvent prendre leur part à l'amélioration de l'espérance de vie professionnelle en bonne santé. À cette fin, plusieurs actions mériteraient d'être engagées, certaines relevant de leur stratégie propre et de leur besoin différenciation, d'autres qu'il serait utile de mener collectivement.



NOS PROPOSITIONS

Les actions qui mériteraient d'être engagées collectivement par les assureurs complémentaires :

PROPOSITION 01

Se doter d'un Observatoire des situations et motifs d'inactivité pour cause médicale des salariés de 55 ans et plus, en se donnant les moyens de rapprocher les données de la DSN qui comportent les informations relatives aux arrêts de travail, des données du SNDS, qui comportent les données relatives aux diagnostics médicaux. La création de cet Observatoire permettrait de mieux comprendre les causes de désinsertion professionnelle liées à des problèmes de santé qui font l'objet de peu voire d'aucune publication récente.

PROPOSITION 02

Étudier la possibilité d'étendre le cadre juridique et légal permettant de constituer des fonds dédiés au financement d'actions de prévention de risques de santé au sein des régimes de prévoyance au niveau des branches professionnelles ou des grandes entreprises. L'objectif est de consolider, favoriser la mise en œuvre et prolonger les dispositifs liés au haut degré de solidarité (HDS) des accords de branche, mis en place à la suite de la réforme de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise et qui prévoit le financement de prestations solidaires que les salariés n'ont pas à financer. En effet, ces actions visant à infléchir la sinistralité en arrêt de travail et invalidité, les prestations de prévention correspondantes doivent être prises en charge par les contrats prévoyance et non par l'assurance santé. Ce cadre juridique et financier constitue un prérequis pour donner aux assureurs les moyens d'agir en faveur de l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et de financer des actions pertinentes.

PROPOSITION 03

De façon alternative, définir le cadre juridique, contractuel et technique permettant d'inclure ces prestations de prévention dans les tableaux de garanties des contrats d'assurance prévoyance et de les comptabiliser au titre des risques assurables malgré l'absence d'aléas et non plus dans les frais de gestion des assureurs santé pour garantir leur visibilité. Ces prestations pourraient légitimement constituer des garanties accessoires aux garanties principales d'indemnisation des arrêts de travail, des invalidités et incapacités permanentes.

PROPOSITION 04

Définir les conditions d'une extension des services de tiers-payant aux garanties de prévention incluses dans les contrats de prévoyance décès-incapacité/invalidité. Aujourd'hui, les mécanismes en place pour le contrôle

des droits des assurés et de leur éligibilité à la couverture d'une garantie n'existent que sur les prestations d'assurance frais de santé. Cette action doit permettre aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre de ces actions de prévention d'être payés directement par les assureurs prévoyance et de dispenser leurs patients assurés du paiement des prestations de soins et de prévention délivrées.

Les actions qui devraient logiquement relever de la stratégie propre et de l'objectif de différenciation de chaque assureur de personnes

Il est important de mettre les enjeux du vieillissement au cœur des politiques de prévention et de santé au travail, dès le début de la carrière, pour limiter l'usure professionnelle et limiter la vulnérabilité des salariés. L'amélioration de la santé des salariés repose sur deux dimensions. D'un côté la **réduction de la pénibilité au travail** et de l'autre la **prévention des risques de santé**.

Pour agir efficacement en faveur de l'augmentation de l'espérance de vie professionnelle en bonne santé, chaque assureur doit pouvoir définir des actions sur ces deux dimensions.

Idéalement, les assureurs pourraient privilégier les modèles d'actions ayant d'ores et déjà fait la preuve de leur valeur (POV) ou ayant été évalués au plan médico-économique. Parmi elles, il est notamment possible de citer les programmes suivants :

- **Vigisanté**, mis en œuvre par Malakoff Humanis et Klésia, pour son volet de dépistage des risques cardiovasculaires en entreprise. Celui-ci a démontré sa valeur pour dépister des salariés éloignés des soins, qui méconnaissaient leurs facteurs de risque et les orienter vers une prise en charge de droit commun dans le cadre du parcours de soins ;
- **Vivoptim**, mis en œuvre par MGEN, programme d'évaluation de la santé et de prévention personnalisée déployé auprès d'un portefeuille de 2,5 M d'assurés qui a également été évalué ;
- « **Bien avec mon dos** », programme de prévention de la chronicisation de la lombalgie mis en œuvre par Santéclair et Allianz, mené auprès des entreprises volontaires de la branche de la répartition pharmaceutique et dont les résultats sont probants ;
- Les consultations de prévention des risques de santé spécifiques aux branches professionnelles, telles que la consultation conçue par Carcept-Klésia avec la CSMF pour les salariés de la branche du Transport routier ou les actions de prévention de la santé bucco-dentaire, des allergies respiratoires, du risque diabétique ou encore de l'hypertension artérielle par AG2R La Mondiale pour la branche de la Boulangerie artisanale.

Participation des complémentaires à la prévention des maladies chroniques et de l'absentéisme dans le monde professionnel

BRANCHES PROFESSIONNELLES, ENTREPRISES, FONCTION PUBLIQUE

PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES



Josette GUÉNIAU
Conseil expert en santé,
directrice de l'Observatoire
Santé et Innovation de
l'Institut Sapiens



Martine VAREILLES
Membre de
Parité Assurance



Marianne DE CIDRAC
Directrice de l'Expérience
Clients/Opérations
Assurances

ABSENTÉISME



Ariane SUARD
Directrice chargée
de mission,
Membre de
Parité Assurance



Anne ANDRÉ
Consultante expert
en assurances et
protection sociale

Le constat

Des impacts massifs de l'absence de prévention au travail mais une équation économique ténue pour les complémentaires en termes d'investissement

- La prévention santé s'est depuis longtemps largement invitée dans la sphère professionnelle – entreprises, branches, fonction publique – avec des objectifs essentiellement de réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cependant, il reste difficile de mesurer les résultats des actions de prévention primaire et secondaire. Il serait en effet nécessaire de réfléchir en grands nombres et en très longues périodes, pour gommer l'effet multifactoriel propre aux déterminants de santé de chaque individu. Or les investissements nécessaires à la conception et à la diffusion de dispositifs de prévention performants sont très significatifs, tant en termes d'ingénierie, de système d'information que de communication et leur évaluation médico-économique demeure donc un défi.

- Nous souffrons d'une faible culture individuelle et collective de prise en main de notre santé. Le manque, voire l'absence d'éducation à la santé dans le milieu scolaire puis dans le milieu professionnel, la rapidité des avancées médicales, couplée à la générosité de notre système collectif de Sécurité sociale et au positionnement d'un État hyperprotecteur, ont ancré l'idée d'une médecine curative « miracle », aux ressources illimitées, qui nous exonérerait de notre responsabilité de prendre soin de nous et d'éviter de tomber malade.
- Nous souffrons également d'une nomenclature des dépenses de santé, qui comptabilise en soins au titre de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) bon nombre d'actions de prévention secondaire (ex. vaccins) et tertiaire (ex. soins de support, télésurveillance, éducation thérapeutique du patient), ce qui rend difficile l'évaluation, ainsi d'ailleurs que la comparaison internationale en termes de prévention, en déclassant souvent la France.

Les complémentaires santé, qui sont, de plus, très souvent actrices du financement des risques arrêt de travail et invalidité, n'ont paradoxalement pas toute leur place aux côtés de l'Assurance maladie, en termes de prévention tertiaire, c'est-à-dire lorsque la maladie est avérée ou l'accident survenu. Leur intervention permettrait pourtant un déploiement plus rapide des bonnes pratiques, qui ont fait leur preuve en termes d'efficacité des soins, de confort de vie du patient, de moindre perte de chance. Un des freins à la mise en œuvre concrète de la prévention tertiaire est en effet son financement. On le constate notamment dans les difficultés de négociation des forfaits de télésurveillance, dans le cadre de la généralisation de celle-ci pour certains malades chroniques.

De plus, pour les complémentaires, la problématique du retour sur investissement (ROI) du financement de la prévention se heurte au fait que, les clients pouvant changer facilement de complémentaire santé, l'assureur tenant n'a pas un intérêt direct à mettre en place des actions de prévention, notamment les actions de prévention primaire et

secondaire touchant la population générale, sans ciblage de risque spécifique.

- Si les **accidents du travail et les maladies professionnelles** déclarés sont bien répertoriés, il subsiste beaucoup d'incertitudes concernant le volume de cet absentéisme, que ce soit pour en attribuer la cause à la sphère professionnelle, en raison de non-déclarations possibles ou pour en évaluer finement sa progression, par tranche d'âge, par genre, par profession dans le privé, comme dans le public. Il est établi que le nombre d'accidents du travail se stabilise à un niveau élevé depuis 2013. En revanche, **le taux de maladies professionnelles a été multiplié par 2 en 20 ans**,

Sans grande surprise, 88 % des maladies professionnelles sont des troubles musculosquelettiques, dont les causes sont facilement objectivables.

Les maladies psychiques reconnues comme maladies professionnelles ne représentent certes qu'une très faible part du total mais elles sont en croissance exponentielle, passant de 400 par an en 2013 à 1 500 en 2020. Leur coût est élevé, de l'ordre de 1,9 à 3 Mds€ par an et l'on estime ainsi que 50 à 60 % des journées de travail perdues dans l'Union européenne ont un lien avec le stress au travail.

Par ailleurs, une récente étude de Santé publique France (SPF) montre que, pour la période 2012 à 2018, le taux de signalement des Maladies à Caractère Professionnel (MCP), qui sont des maladies en lien avec le travail mais non reconnues par la Sécurité sociale en tant que maladies professionnelles MCP, principalement des troubles musculosquelettiques (TMS) et de la souffrance psychique, a été multiplié par 1,4 chez les hommes et 1,5 chez les femmes.

Les chiffres de l'absentéisme toutes causes montrent également une forte croissance : de + 37 % depuis 2017 (baromètre WTW), pour atteindre en 2021 un taux de 4,6 %. De l'ordre de 30 à 40 % des salariés, selon les observateurs, se sont vu prescrire au moins un arrêt de travail en 2021 (sources WTW et Malakoff Humanis). La part des arrêts longs de plus de 90 jours augmente, et représente 60 % du total des jours d'arrêt, pour seulement 11 % du nombre d'arrêts, avec un taux d'absentéisme sur cette durée, clivé entre les plus de 41 ans à 4,17 %, et les 20 ans et moins à 1,93 % (Source AG2R La Mondiale). Au global, le coût moyen annuel de l'absentéisme au travail en France est estimé, par an, en fourchette basse à 25 Mds€ (source Previa), soit environ 3 500 euros annuels par salarié et en fourchette haute, à 107 Mds €, soit 4,7 % du PIB (source Institut Sapiens).

- L'évaluation de l'impact économique de la prévention santé au travail ou de son absence, est plus difficilement mesurable pour la Fonction publique.

Pourtant, entraînant des répercussions organisationnelles et humaines, elle s'objective facilement sur l'opérationnalité des services, jugée particulièrement critique dans des secteurs comme la Santé, la Sécurité, l'Éducation nationale ou les Collectivités territoriales pour lesquelles, à la fois l'absentéisme et le mauvais état de santé général des agents commencent à être connus voire reconnus.

Selon une source DARES en 2019, 10,1 % des agents de la Fonction publique ont déclaré avoir subi au moins un accident du travail dans l'année : 7,9 % ont déclaré un ac-

cident, 1,5 % deux accidents et 0,8 %, trois accidents ou plus. Selon cette étude, les chiffres avec le secteur privé sont comparables. Toutefois, c'est au sein de la Fonction publique qu'ils montrent des variations de forte amplitude: si dans la Fonction publique d'État, 7,4 % des agents déclarent avoir subi au moins un accident du travail dans l'année, ils sont 11 % dans la Fonction publique territoriale et 14,5 % dans la Fonction publique hospitalière.

Ce que les complémentaires font déjà dans les branches professionnelles

Dans les branches professionnelles, les complémentaires agissent déjà significativement, au niveau d'un certain nombre de branches professionnelles, comme dans les secteurs bien documentés du transport routier ou de la boulangerie artisanale, en mettant en œuvre des programmes de prévention dédiés aux risques de santé particuliers encourus par les salariés dans ces professions pour, à la fois, lutter contre l'absence de ressources humaines touchées par la maladie ou l'accident, et favoriser l'attractivité des postes dans des métiers en tension.

■ C'est le cas du programme de la Carcept-groupe Klesia destiné aux salariés non-cadres du transport routier, de marchandises et de personnes. Les grands principes de ce programme sont :

- Inclusion dans la garantie prévoyance-santé, pour laquelle Carcept-Klésia est recommandée par la branche Transport; financement via le Haut Degré de Solidarité (HDS) et les fonds d'action sociale.
- Programme accessible aux salariés non-cadres du transport via le site dédié « Transportez-vous bien », qui propose des services de prévention secondaire et tertiaire:
 - **Aux bénéficiaires de la Branche:** bilan, coaching et e-learning personnalisé et d'autre part,
 - **Aux entreprises:** ateliers participatifs sur site sur les thématiques de la nutrition, des risques cardiovasculaires, de la gestion du stress, des gestes et postures, des maladies chroniques, de l'addictologie et de l'hygiène de vie.

Ainsi, une étude menée par Opinion Way en 2020 auprès d'un échantillon de 500 dirigeants et de 1 234 salariés d'entreprises privées appartenant à la branche transports routiers, indique que près de 100 000 personnes s'étaient inscrites aux programmes, qu'environ 6 000 avaient suivi des formations prévention santé et que 3 500 coachings avaient été effectués sur la nutrition, le sommeil, la prévention des maladies chroniques.

■ C'est le cas également du programme de prévention destiné aux salariés de la Boulangerie artisanale (139 000 en 2021), dont la moitié a moins de 30 ans (beaucoup d'apprentis) et aux patrons artisans boulangers (25 000 en 2021). Au-delà des grands thèmes de Santé publique, qui concernent naturellement également cette profession (diabète, HTA, lutte contre les récurrences du cancer), il y existe des risques spécifiques comme les allergies respiratoires (rhinite et asthme du boulanger), provoquées par

les farines. Les grands principes de ce programme sont :

- Inclusion dans la garantie santé, pour laquelle AG2R La Mondiale est recommandée par la branche de la Boulangerie artisanale;
- Programme accessible via un site dédié, qui propose des services de prévention secondaire et tertiaire;
- Dépistage par un professionnel de santé, sur le lieu de travail ou d'apprentissage et à distance;
- Prise en charge des soins consécutifs au dépistage;
- Coaching téléphonique par des infirmières:
 - Orientation et prise en charge de l'Activité Physique Adaptée (APA),
 - Soutien motivationnel et accompagnement à une alimentation saine, d'une durée de 12 mois, doté d'un entretien tous les 3 mois.
- Accès à des séjours de repos au vert, en chambres individuelles, pour le suivi d'un programme en 4 étapes accompagné par des sophrologues, coachs en activité physique adaptée (APA) et des socioesthéticiennes.

Les résultats connus sont :

- 120 000 apprentis en CAP Boulangerie ont été sensibilisés au risque d'allergie à la farine lors de campagnes de sensibilisation dispensée par des infirmiers.
- Des enquêtes par questionnaires ont permis d'identifier près de 10 000 salariés présentant des risques de rhinite majeure ou d'asthme et 7 500 d'entre eux ont été contactés pour un coaching, 12 % y ont participé, dont 70 % ont finalisé le programme.

Ce que les complémentaires font déjà dans la Fonction publique

Des initiatives des complémentaires santé sont portées en coopération avec les ministères pour en renforcer le nombre, en étendre le champ, toucher les familles. Parmi elles, les actions des mutuelles opérant dans le champ de la Fonction publique, qui considèrent la prévention comme un pilier de leurs missions au même titre que le remboursement des frais de santé.

Ces actions de prévention sont alors construites en forte proximité avec les besoins spécifiques des agents actifs qu'elles protègent.

Nous pouvons ainsi citer les exemples de la MGEN avec l'appli Vocal'iz, pour aider les enseignants à préserver leur voix, de la MNT avec des actions de prévention concernant les TMS à destination des assistantes maternelles, ou encore d'Unéo, avec des informations touchant aux troubles du sommeil ou à la santé mentale pour contribuer au maintien opérationnel des militaires.

INTERIALE est allée un cran plus loin en créant la première mutuelle de Livre III dédiée à la prévention pour accompagner les employeurs et aider les agents de la fonction publique à être les acteurs de leur santé. Elle s'adresse aux DRH des ministères concernés (Intérieur, Justice et Enseignement

supérieur) par des études sur la santé des agents de la fonction publique qui leur permettent d'établir des plans d'action plus ciblés. Pour les agents, sont organisées des actions terrain et des sessions de sensibilisation sur le lieu de travail, sur des thématiques recommandées par les ministères. De plus, de l'accompagnement dans la durée est accessible sur simple demande dans le cadre du programme « Impulsion Santé » lancé en janvier 2022. Parmi ses trois thématiques de santé, deux sont particulièrement orientées prévention tertiaire, pour le maintien au travail : santé mentale et maladies chroniques. À noter que Prévention plurielle a créé un modèle économique pour la prévention avec une cotisation mensuelle par membre participant.

Nos propositions d'amélioration

Au vu des résultats obtenus par ces différents programmes, nous appelons de nos vœux la **généralisation** des actions de prévention et tout particulièrement secondaire et tertiaire car plus ciblées sur des risques spécifiques inhérents à une profession particulière, dans toutes les branches, collectivités et entreprises privées et publiques.

La mise en place de ces plans de prévention pourrait être l'objet d'une concertation, dans une logique gagnant-gagnant entre la Sécurité sociale, les partenaires sociaux et les organismes complémentaires, qui pourraient proposer des parcours adaptés aux salariés, en fonction de leurs risques spécifiques de santé. Ils pourraient par ailleurs être intégrés dans les **négociations employeurs/organismes complémentaires dans le cadre des contrats collectifs**.

Ces actions contribueraient à maintenir les salariés en santé, et donc en activité plus longtemps, à réduire la durée des arrêts de travail et le nombre de mises en invalidité, voire la consommation évitable d'actes et de produits de santé. Ainsi, elles participeraient à l'augmentation de la productivité, à l'économie, en même temps qu'à l'humain.

Via un accompagnement optimisé et un meilleur suivi des maladies chroniques notamment, ces actions réduiraient, à terme, d'une part les dépenses de la Sécurité sociale, et d'autre part les dépenses d'assurance santé et prévoyance des entreprises, tout en maintenant une population vieillissante dans de bonnes conditions de travail.

Elles pourraient aussi contribuer au développement d'un sentiment d'appartenance aux entreprises et aux métiers exercés. C'est d'ailleurs sur ces deux registres, que jouent les deux branches professionnelles citées en exemple *Supra*, pour inscrire entreprises et salariés résolument dans une attitude préventive.

La prévention peut intégrer le volet social de la politique RSE des entreprises, avec des sujets tels que le bien-être au travail (coaching pour les aidants, coaching sommeil ou nutrition) qui débordent vers le bien-être global. Elle pourrait s'inscrire dans une politique RH de fidélisation des collaborateurs et de différenciation pour attirer de nouveaux talents. Il pourrait également être envisagé de :

- Mettre en place des bilans de santé pour des populations spécifiques (changement de poste exposé, âge charnière, etc.) permettant le maintien en emploi ;

- Améliorer l'articulation entre recommandations issues desdits bilans et médecine du travail, dans le cadre de programmes dédiés ou de parcours de soins dédiés, qui pourraient être effectués par exemple par les plateformes santé ou les assistants.

Concernant le ROI pour les complémentaires, il convient de l'analyser, non seulement sur les frais de santé mais aussi sur la prévoyance et d'examiner l'impact de la prévention secondaire, non seulement sur la consommation de soins mais aussi sur la baisse de l'absentéisme et de l'entrée en invalidité des personnes malades. Ce ROI serait d'ailleurs partagé avec les entreprises, en limitant la hausse des cotisations en prévoyance.

Une mise en place d'actions de prévention tertiaire par les complémentaires possède cependant un prérequis, qui est la connaissance des meilleures pratiques et parcours de soins en fonction de la pathologie ou de l'accident, de l'âge, des facteurs de comorbidité, du sexe...



NOS PROPOSITIONS

PROPOSITION 01

Permettre l'accès aux données anonymisées du Système national des données de santé (SNDS), dans le cadre d'études à finalité d'intérêt général, en capacité d'identifier par parcours de soins (population et pathologie), des facteurs d'efficacité dans la prise en charge de la prévention tertiaire, notamment des malades chroniques, en capacité de réduire leurs frais de soins et les arrêts de travail.

PROPOSITION 02

Créer un « passeport Prévention » par branche professionnelle, ou à l'échelle d'un versant de la Fonction publique, à l'image du compte formation, qui suivrait la vie professionnelle du salarié/agent, en répertoriant les programmes de prévention dont il a bénéficié et en cumulant des « droits à prévention ».

PROPOSITION 03

Miser sur l'approche par les pairs, pour faire porter les messages et actions de prévention au sein des entreprises ou collectivités, via des témoignages concrets et ciblés sur des populations affinitaires formées et animées par les acteurs de la protection sociale complémentaire, en lien avec les DRH et syndicats professionnels.

Piloter et valoriser la contribution des acteurs de l'assurance par l'évaluation

Le constat

Une vague idée de l'action des organismes d'assurance santé en matière de prévention santé

La promesse de la couverture complémentaire santé est triple : mutualisation des reste-à-charge après intervention de la Sécurité sociale, mobilisation des entreprises au financement de la couverture de leurs salariés et contribution à l'amélioration de la santé des assurés.

Sur les deux premiers pans de cette équation, la promesse est tenue : l'assurance santé complémentaire permet de lisser 60 % du reste-à-charge (13 % des dépenses prises en charge par l'assurance santé et 9 % restant à la charge des ménages) ; la contribution des entreprises au financement des reste-à-charge était importante et s'est généralisée depuis 2016.

Sur la contribution à l'efficacité de la santé, la démonstration est moins probante. Le rôle des complémentaires est souvent mis en relief sur la lutte contre le renoncement aux soins pour des motifs économiques. En revanche, la démonstration en matière de contribution à l'amélioration des indicateurs de santé ou à l'efficacité des actions de prévention bute d'une part sur la nature des actions mises en œuvre mais aussi sur l'absence d'évaluations médico-économiques solides – objet de la présente réflexion.

Force est de constater que les assureurs santé questionnent parfois eux-mêmes la logique d'investissements de leur part dans la prévention santé de leurs assurés, tant le temps long de la prévention semble asynchrone avec le temps court du contrat d'assurance et tant l'équation économique de la prévention est difficile pour eux. Au niveau macroéconomique, en tant qu'acteurs de prévention, ils en supporteraient les coûts, mais n'en récolteraient que marginalement les fruits, puisque c'est l'Assurance maladie, payeur de plus des trois quarts de la dépense de santé, qui en bénéficierait plus directement. Au niveau microéconomique, l'assuré bénéficiant de la prévention est statistiquement envolé, assuré par un autre acteur au moment de recueillir les fruits des actions de prévention dont il aurait été le destinataire.

Ainsi l'action des assureurs santé en matière de prévention est foisonnante, multiforme mais en réalité timide en termes de démonstration de valeur apportée aux assurés ou au système de santé. De fait, même si les organismes d'assurance santé sont des acteurs perçus comme légitimes sur le champ de la prévention¹, leur action reste mal évaluée et donc mal valorisée.

1. Enquête UNOCAM 2019, Enquête IPSOS pour FNMF 2020.



Alix PRADÈRE
Directrice exécutive Santé
Accenture France

L'hypothèse étant posée d'actions efficaces des organismes d'assurance santé en matière de prévention santé (traité dans les pistes 1 à 3 de cette note), c'est par leur évaluation que pourra se concrétiser leur valeur pour les assurés, pour les organismes assureurs eux-mêmes et pour le système de santé dans son ensemble – selon l'adage *you get what you measure*.

L'évaluation serait aussi un levier pour passer d'une obligation de moyens à une obligation de résultat, à savoir l'obligation d'être aussi artisan de l'amélioration de la santé des assurés.

Problématique

Installer l'évaluation des actions de prévention comme critère de performance d'un organisme complémentaire santé

Les actions pertinentes de prévention sont inscrites dans des objectifs d'amélioration de la santé, que ce soit sur la santé publique, la santé personnelle ou la santé en entreprise ; l'évaluation des actions ainsi que des bénéfices directs et indirects permettrait de guider et valoriser l'action des organismes d'assurance en matière de prévention.

Aboutir à faire de la performance mesurée et démontrée en matière de santé un critère de choix de préférence, de fidélisation d'un contrat d'assurance santé suppose de définir et produire des indicateurs clairs, partagés, évaluant l'impact des complémentaires de santé sur la santé, et de s'astreindre à les faire communiquer. Le prérequis étant évidemment de mettre l'évaluation à l'agenda stratégique des organismes d'assurance santé et d'y installer une culture de l'analyse médico-économique solide.

Que peut-on et que faut-il mesurer en matière de prévention portée par les organismes assureurs ? Pourquoi préférer des indicateurs intermédiaires ?

Avant toute chose, il est nécessaire de définir la temporalité qui est visée dans les actions faisant l'objet d'évaluation.

Il y a une temporalité de court terme, consistant en la réduction des facteurs de risque et une temporalité de long terme consistant en la traduction de ceux-ci en effets sur l'état de santé, la qualité de la vie ou la survie ainsi que sur le risque d'assurance. La littérature scientifique permet de corréler les deux, de telle sorte qu'améliorer les actions de court terme induit des résultats de long terme que l'on peut estimer. Ainsi réduire la survenue de caries de l'enfance réduit le recours aux prothèses de l'adulte à un âge avancé; la réduction des facteurs de risque liés au style de vie ou à l'environnement réduit la survenance des 60 % de maladies dues ou aggravées par des facteurs évitables; la vaccination peut avoir des effets de court terme (grippe) ou de plus long terme (polio, tétanos...).

La temporalité des organismes complémentaires santé étant de court terme alors que l'effet sur la santé se mesure sur le long terme, il est intéressant de considérer des indicateurs intermédiaires permettant de réconcilier les deux dimensions. Des indicateurs intermédiaires pourraient mesurer des actions de court terme dont les effets futurs et de long terme sur la santé sont établis et démontrés. Ainsi en utilisant ces indicateurs, ils pourront à la fois mesurer leur action immédiate tout en alléguant leur effet sur la santé, en s'appuyant sur une documentation scientifique solide.

La prévention santé, que portent ou pourraient idéalement porter les organismes d'assurance santé, relève de plusieurs natures : des services et des programmes de prévention des actions de sensibilisation, des séances de prévention et d'éducation à la santé, incluant du suivi au long cours, des examens médicaux préventifs et bilans de santé. Les indicateurs doivent refléter cette diversité d'action pour mesurer leur contribution à l'amélioration de la santé de la population assurée autant que la pertinence de leur action. Ainsi plusieurs types d'indicateurs sont à mesurer :

- **Les indicateurs de performance de santé :**
 - De court terme bâtis à partir d'indicateurs d'actions dont l'efficacité a déjà été démontrée en santé publique comme les diagnostics anticipés et le recours aux dépistages organisés mesurés (cancer du sein, de l'utérus, colorectal, vaccination grippe, papillomavirus...), la réduction des facteurs de risques connus, le suivi des patients malades chroniques...
 - De long terme par exemple des indicateurs d'actions sur la santé environnementale ou de suivi de programmes de longue durée (via des branches, des entreprises ou des groupes affinitaires).
- **Les indicateurs de performance organisationnelle** mesurant :
 - L'efficacité des canaux ou des modalités d'organisation des campagnes et actions de prévention, leur persistance auprès des assurés ;
 - La performance du ciblage et donc de la personnalisation obtenue, ainsi que l'intensité relationnelle ;
 - L'articulation avec leur consommation de santé et leurs parcours de soins.
- **Les indicateurs économiques**, incluant le coût des programmes de prévention, autant que l'impact sur le risque et la dépense de santé ou les aspects indirects liés par exemple à l'arrêt de travail ou la dépendance ;

- Enfin, l'impact sur la satisfaction des assurés et des entreprises clientes.

Ces indicateurs permettront de déterminer à la fois les effets et – espérons-le – les bénéfices en matière de santé, les moyens effectivement mobilisés par les organismes assureurs, et enfin de mesurer le rapport coût-efficacité en termes de maladies évitées, d'années de vie gagnées, d'amélioration de la qualité d'années de vie et *in fine* de coût-efficacité de la prévention portée par les organismes assureurs santé.

Comment collecter les données à l'échelle ?

Pour aboutir à ces indicateurs, des données de natures différentes sont à collecter, ce qui rend évidemment l'exercice technique et complexe :

- Des données internes, issues de la relation assurés, collectées lors de l'accès aux actions et programmes de prévention, dans le cadre de la vie du contrat ou d'enquêtes *ad hoc* :
 - Données de déploiement (taux de contrats concernés), taux de recours, persistance de l'usage...
 - Enquêtes auprès des assurés et candidats aux programmes de prévention, etc.
 - Données issues de l'usage des objets connectés.
- Des données internes, autour des dépenses de santé et de la consommation de soins :
 - Dépenses liées aux actions de prévention et soins en général ;
 - Coût direct et indirect des risques prévoyance et dépendance : arrêt de travail, invalidité, décès, dépendance.
- Des données externes de santé incluant des données d'état de santé :
 - Ces données sont disponibles dans le SNDS (Système national des données de santé), dans des enquêtes de santé notamment publiques, les registres et les cohortes.

Cependant, il se pose la question de l'accès, autant que du délai d'accès, par les organismes d'assurance santé aux données de santé en général et au SNDS en particulier.

Concernant l'accès aux données par les organismes assureurs, les réticences et suspicions sont sans doute aussi tenaces que sont méconnus les avantages qui pourraient en résulter en retour pour chaque assuré comme pour le système de santé en général. Si les organismes assureurs santé respectent strictement la loi, et qu'aucun acteur français n'a été pris en défaut en matière de traitement des données de santé, des gages forts et répétés doivent être donnés concomitamment à l'accès à ces données sensibles. Parmi ces gages, il doit être envisagé l'externalisation auprès de tiers de confiance en matière de traitement voire d'évaluation et dressée une muraille de Chine avec l'activité d'assurance emprunteur qui pollue inutilement ce débat sensible.

Sur le délai d'accès, qui est excessivement long, le traitement des assureurs ne fait pas exception à l'ensemble des acteurs concernés. Les données nationales de santé doivent devenir un bien public, dont l'usage permettrait d'améliorer la connaissance et la recherche, de guider les acteurs, y compris payeurs, et ainsi d'améliorer l'efficacité du système de santé, avant tout dans l'intérêt général : les organismes

assureurs santé doivent continuer à prendre leur part à ce changement de paradigme et on peut espérer que, étude après étude, leurs démonstrations portées à grande échelle contribueront à cette évolution.

L'accès aux données de santé n'est pas la question d'un assureur en particulier mais d'une profession et, dans ce domaine, il est indispensable d'ouvrir le champ de la collaboration entre organismes complémentaires d'assurance santé, ainsi qu'avec les organismes publics (Drees, Santé publique France, Irdes, Assurance maladie...) ou avec les acteurs du soin (IHU, Samu...). La collaboration peut aussi concerner des acteurs soucieux de contribuer au bien-être et à la santé autour de l'alimentation, de l'activité physique ou de la santé environnementale – acteur de la grande distribution ou de la distribution spécialisée par exemple – avec l'avantage d'unir les efforts de collecte comme d'action. Cela peut évidemment également concerner les entreprises en tant qu'employeurs et financeurs de nombreuses actions et programmes de prévention car la persistance de leurs financements dépendra de la faculté de mesurer leur efficacité.

Alors que les entrepôts de données de santé se développent notamment dans les établissements de santé, il est temps pour les organismes d'assurance santé de se doter, à leur tour, d'une stratégie dans ce domaine : **stratégie de partenariat autour de l'alimentation et l'accès ainsi que d'une stratégie d'investissement dans les entrepôts de données de santé**. À ce stade, il est crucial de regarder vers le futur plus que vers un passé dans lequel on trouvera des projets qui n'ont pas abouti, sans doute arrivés trop tôt ou pas assez portés stratégiquement. L'heure est venue pour les organismes d'assurance santé de les raviver, d'en faire un retour d'expérience lucide et surtout de se mettre à la proue de l'aventure de la donnée de santé, pour en faire un levier de performance et d'avenir.

Mais beaucoup peut et doit d'ores et déjà être réalisé, via un recueil sur la base des actions existantes, sous toutes les réserves de gestion du consentement, de finalité de traitement et de méthodologie d'évaluation. Le recours massif aux solutions numériques de santé aurait, entre autres, la vertu de doter les organismes d'assurance santé de moyens de recueil de données utiles à l'évaluation. Il permet aussi d'enrichir les sources d'évaluation : aux méthodes d'évaluation à froid auxquelles sont habitués les assureurs, qui pilotent leur activité sur la base de données annuelles disponibles après plusieurs mois, vont se développer des méthodes d'évaluation à chaud et en continu que seul le numérique permet à grande échelle.

Professionnaliser et systématiser l'évaluation médico-économique des actions de prévention, et plus globalement de la complémentaire santé, suppose de développer un savoir-faire solide, consistant notamment à connaître et analyser la littérature scientifique internationale dans ce domaine, maîtriser l'élaboration des protocoles d'évaluation selon les standards scientifiques admis, enfin analyser les données de manière rigoureuse et transparente. C'est une nouvelle fonction à installer entre les directions actuariat et santé, et articulée avec le marketing et la relation client.

L'effort de démontrer et faire connaître l'action sur la santé des organismes d'assurance santé

Bien sûr, l'effort d'évaluation sert avant tout à guider l'action de prévention, à s'assurer qu'elle est efficace et valorisée. Il n'en reste pas moins qu'il est indispensable de communiquer autour de la performance des actions entreprises, de façon à s'assurer que les clients, particuliers et entreprises ont conscience du bénéfice adjoint à l'activité d'assurance, que les pouvoirs publics valorisent la contribution de la complémentaire santé à la performance du système de santé et enfin que les soignants voient en eux des alliés dans le domaine exigeant de la prévention, qu'ils n'ont que peu le temps de couvrir dans leur pratique courante.

La communication des complémentaires santé sur leurs actions de prévention et leur évaluation pourrait être intensifiée à plusieurs niveaux : au niveau institutionnel, pour montrer, à l'échelle, l'impact de leur action sur la santé publique et leur contribution à l'atteinte des indicateurs de santé ; au niveau commercial, pour montrer aux assurés et aux entreprises le bénéfice direct et indirect qu'ils peuvent retirer de leur couverture d'assurance santé ; au niveau de l'écosystème, pour faire alliance avec les acteurs du système de santé notamment avec les soignants.

In fine cela permettrait un classement des meilleures complémentaires santé non pas sur le seul rapport garantie-prix, mais sur l'impact sur la santé à travers l'évaluation des actions de prévention de chaque organisme d'assurance santé.

Mettre l'évaluation médico-économique à l'agenda stratégique des organismes d'assurance santé

Tout ce qui précède serait un virage stratégique important pour ce secteur de *mass market*, qui a beaucoup misé dans le passé sur l'efficacité commerciale et opérationnelle. La création d'une culture de l'analyse médico-économique implique un changement majeur dans l'approche de la prise de décision.

Cela suppose une prise de conscience, au plus haut niveau des organismes d'assurance santé, de l'importance stratégique de leur performance médico-économique, qui est par ailleurs un volet de leur responsabilité sociale et environnementale. **Leur performance médico-économique conditionnera à terme le maintien d'un espace d'intervention, qui s'est réduit réforme après réforme, ainsi que l'évolution du cadre réglementaire et fiscal qui traduira l'intérêt ressenti par les pouvoirs publics.**

La diffusion volontaire d'une culture de l'évaluation médico-économique au service de l'enjeu stratégique passe par :

- La sensibilisation des décideurs autant que des partenaires, y compris du monde médical et leurs représentants syn-

dicaux, à l'analyse médico-économique par la formation, l'information et la communication ;

- Le développement de normes d'évaluation médico-économiques pour donner plus de puissance à leur communication dans ce domaine et faciliter l'accès à des données de qualité ;
- Le développement de collaborations industrielles entre pairs et avec d'autres acteurs — professionnels de santé, organismes de recherche, pouvoirs publics — et investissements en infrastructures de données de santé ;
- L'effort de communication dans la durée sur les résultats des évaluations médico-économiques.



PROPOSITION POUR AGIR

Faire de l'évaluation médico-économique l'impératif d'une profession qui a pour ambition d'avoir un impact sur la santé en France

LES ACTIONS QUI MÉRITERAIENT D'ÊTRE ENGAGÉES COLLECTIVEMENT PAR LES ASSUREURS COMPLÉMENTAIRES

- ① Se donner les moyens d'accès aux données publiques de santé (SNDS) et parallèlement créer des indicateurs d'action et d'efficacité en prévention santé, par les organismes d'assurance santé eux-mêmes, au niveau de la profession sous l'égide d'un collège d'économistes de la santé et des sociétés savantes impliquées dans les domaines visés. Ces indicateurs permettraient de mesurer l'impact de l'assurance santé complémentaire sur la santé en France et de le valoriser auprès des patients comme des pouvoirs publics.
- ② Développer une stratégie offensive en matière d'entrepôts de données de santé, incluant des partenariats et des réalisations réunissant la profession, avec pour finalité l'amélioration de l'état de santé, par l'action de prévention ou l'accès à des soins de qualité, ainsi que leur évaluation.
- ③ Faire connaître au grand public, autant qu'à la communauté scientifique et aux décideurs publics, l'impact de l'action des organismes d'assurance sur la santé publique en France, en le traduisant en années de vie gagnées, en maladies évitées, en qualité de vie améliorée.

LES ACTIONS QUI RELEVENT LOGIQUEMENT DE LA STRATÉGIE PROPRE ET DE L'OBJECTIF DE DIFFÉRENCIATION DE CHAQUE ORGANISME D'ASSURANCE SANTÉ

- ① Mettre à l'agenda stratégique l'objectif d'amélioration des indicateurs de santé de ses clients, particuliers et employeurs, en le traduisant en bénéfices économiques actualisés issus de la satisfaction future, de la fidélisation ou la performance commerciale ainsi que *in fine* – et sans que ce ne soit l'unique mesure – l'évaluation des gains sur le risque.
- ② Diffuser une culture de l'évaluation médico-économique, pour faire connaître celle de la performance médico-économique dans l'ensemble des fonctions y contribuant : métiers de l'actuariat, du pilotage, de la santé, du marketing, du commerce ainsi que des systèmes d'information, du numérique et de la data.
- ③ Investir massivement dans le domaine du numérique santé, pour disposer de moyens d'action intégrant *by design* l'évaluation médico-économique.

CONCLUSION

Les exemples d'actions concrètes de prévention, menées par des complémentaires santé et prévoyance au bénéfice de leurs assurés ne sont pas la juxtaposition de projets, certes réussis mais mal connus, traduisent en fait l'ADN de l'ensemble des acteurs complémentaires, qui placent naturellement la prévention des risques au cœur de leur métier d'assureur. Ils illustrent aussi le rôle encore trop méconnu que les complémentaires ont eu dans l'innovation en santé (télémédecine, santé psychique, assistance à la personne...).

Les initiatives prises par les complémentaires santé, foisonnantes et multiformes mais encore limitées, ont permis d'atteindre de premiers résultats intéressants, en coordination avec les partenaires sociaux, les entreprises et bien sûr les assurés. Ils ont été obtenus par une connaissance des populations couvertes pour leurs frais de soins mais aussi pour leurs arrêts maladie, leur invalidité et le décès, par une analyse approfondie de leurs besoins d'accompagnement en santé et des attentes des employeurs publics et privés en matière de meilleure qualité de vie au travail et grâce à une relation de proximité avec ces parties prenantes, incontournable dans la prévention. Les dispositifs sont également pensés, conçus et déployés en associant étroitement les professionnels de santé – et c'est clé.

En complément des programmes construits par les pouvoirs publics, dont les actions de masse contribuent fortement à la sensibilisation générale du grand public, les dispositifs mis en œuvre par les complémentaires laissent des marges d'appréciation aux acteurs de terrain dans leur mise en œuvre et s'appuient sur les assurés-patients-citoyens, dont l'autonomie devra être renforcée, en particulier avec le déploiement d'outils numériques et l'éducation santé.

Les organismes complémentaires peuvent faire plus et encore mieux pour faire avancer la prévention dans notre pays. Les marges de progrès sont immenses, à certaines conditions. La diversité des initiatives n'est pas un problème mais une richesse, dès lors qu'elles s'inscrivent dans une logique de complémentarité ou, le cas échéant, de subsidiarité : dans ou en dehors, (pour des populations aux risques spécifiques) les priorités retenues dans une stratégie nationale définie par les pouvoirs publics. C'est à cette condition que nous réussirons collectivement ce que certains appellent le « dernier kilomètre », si essentiel et si difficile.



Delphine BENDA

Membre de
Parité Assurance



Josette GUÉNIAU

Conseil expert en santé,
directrice de l'Observatoire
Santé et Innovation de
l'Institut Sapiens

Les recommandations formulées dans cette contribution de Parité Assurance dessinent un chemin pour y parvenir :

- Certaines sont à la main des complémentaires santé elles-mêmes, qui doivent continuer à investir dans la connaissance de leurs assurés et de leurs besoins de santé, avec une attention particulière sur la santé au travail, en se dotant d'une stratégie d'alimentation, d'accès et d'investissement en matière de données de santé, dans le respect de la réglementation, en développant les collaborations notamment industrielles, en systématisant l'évaluation médico-économique des actions de prévention et en valorisant mieux les actions déjà réalisées. Cela doit permettre d'asseoir leur légitimité comme acteurs de prévention auprès des assurés, des entreprises, des pouvoirs publics et des professionnels de santé et de faire émerger de nouveaux acteurs en capacité demain d'exploiter des plateformes d'accès à des services de prévention, comme ce fut le cas hier avec les plateformes d'assistance et les réseaux de soins ;
- D'autres supposent de créer les conditions d'un environnement favorable au développement de ces initiatives « prévention » et leur passage à l'échelle. Celles-ci sont à la main des pouvoirs publics, en adaptant le cadre juridique, fiscal et technique d'exercice des complémentaires santé. Il est urgent de mettre en place un cadre qui incite les organismes complémentaires à investir massivement dans le « virage préventif », qui favorise l'émulation entre les acteurs et libère les initiatives, plutôt que l'uniformisation actuelle. Cela passe notamment par une refonte du contrat « responsable », qui

est devenu un « carcan », posant des obligations et des interdictions de prise en charge, totalement au service de la consommation de soins et non à une prise en charge responsable de la gestion des risques les plus lourds économiquement et humainement et cela mérite *a minima* débat. Cela passe aussi par une approche plus coopérative avec l'Assurance maladie obligatoire, qui prend trop souvent des initiatives en solo, et avec les professionnels de santé, avec lesquels les liens doivent être resserrés. Cela passe enfin par une approche pluriannuelle des politiques de santé, seule à même de donner la visibilité et la lisibilité aux acteurs publics et privés engagés dans le champ de la prévention.

La prévention est sans aucun doute une des clés pour améliorer de façon significative l'efficacité de notre système de santé et notamment diminuer les décès prématurés, augmenter l'espérance de vie sans incapacité et la capacité de vieillir au travail en bonne santé. Ce faisant, elle représente une voie importante de réduction des coûts de santé et d'optimisation du recours aux soins dont la rareté est avérée. Cela suppose de donner aux acteurs en proximité des populations la responsabilité et la capacité d'initiative en matière médicale, médico-sociale et de prévention, comme ont su le faire, par exemple, les pays scandinaves. C'est un complet changement de logiciel qu'il faut imaginer, en coordination et collaboration avec l'ensemble des parties prenantes.

SYNTHÈSE DES THÉMATIQUES

01

Participer à l'atteinte des objectifs de santé publique VACCINATION, DÉPISTAGE DES CANCERS

Le cancer représente la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Les actions d'information et de dépistage du gouvernement semblent atteindre leurs limites.



Dans la continuité des mesures prises par les pouvoirs publics, trois propositions ont été faites :

- 1 Renforcer l'ancrage territorial du dépistage et de la prévention sur le cancer en consolidant la coopération entre l'assurance maladie et les complémentaires santé.
- 2 Pour connaître l'efficacité des démarches engagées, il serait utile de les évaluer.
- 3 Travailler avec les représentants d'entreprises/branches pour offrir la possibilité aux salariés de faire leur dépistage sur leur temps de travail.

02

Améliorer l'espérance de vie professionnelle en bonne santé : un intérêt majeur à agir pour les assureurs de personnes

Sous l'effet des réformes successives, l'âge de départ à la retraite à taux plein a progressivement été décalé. Ces réformes ont eu deux conséquences sur l'emploi des seniors : d'un côté elles contribuent à l'augmentation du taux d'emploi des 55-64 ans, de l'autre elles contribuent à augmenter la part d'inactifs parmi les 55-60 ans. Ce résultat contradictoire questionne la possibilité pour les seniors de se maintenir en emploi.



Pour contribuer à l'augmentation de l'espérance de vie professionnelle en bonne santé, plusieurs propositions ont été faites :

- 1 Créer un observatoire des motifs d'inactivité pour cause médicale des seniors non retraités en France.
- 2 Étudier la possibilité d'étendre le cadre juridique et légal permettant de constituer des fonds dédiés au financement d'actions de prévention de risques de santé au sein des régimes de prévoyance, au niveau des branches professionnelles ou des grandes entreprises.
- 3 Définir le cadre juridique, contractuel et technique permettant d'inclure ces prestations de prévention dans les tableaux de garanties des contrats d'assurance prévoyance, et de les comptabiliser au titre des risques assurables malgré l'absence d'aléas, et non plus dans les frais de gestion des assureurs santé pour garantir leur visibilité.
- 4 Définir les conditions d'une extension des services de dispense d'avance de frais aux garanties de prévention incluses dans les contrats de prévoyance décès-incapacité/invalidité.
- 5 Mettre les enjeux du vieillissement au cœur des politiques de prévention et de santé au travail, en aidant les entreprises à organiser des actions sur les deux dimensions clés, la réduction de la pénibilité au travail et la prévention des risques de santé. Privilégier les modèles d'actions ayant d'ores et déjà fait la preuve de leur valeur (POV) ou ayant été évalués au plan médico-économique.

03

Participation des complémentaires à la prévention des maladies chroniques et de l'absentéisme dans le monde professionnel

BRANCHES PROFESSIONNELLES,
ENTREPRISES, FONCTION PUBLIQUE

La prévention santé s'est depuis longtemps largement invitée dans la sphère professionnelle – entreprises, branches, Fonction publique – avec des objectifs essentiellement de réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des actions de prévention primaire et secondaire ont été parfois déployées, avec l'appui des complémentaires santé mais souffrent souvent d'une impossibilité de réelle évaluation.

Par ailleurs, les complémentaires santé, qui sont, de plus, très souvent actrices du financement des risques arrêt de travail et invalidité, n'ont paradoxalement pas toute leur place, au côté de l'Assurance maladie, en termes de prévention tertiaire, c'est-à-dire lorsque la maladie est avérée ou l'accident survenu.

Par contre, dans certaines branches professionnelles et dans la Fonction publique, les complémentaires agissent déjà significativement, en mettant en œuvre des programmes de prévention dédiés aux risques de santé particuliers encourus par les salariés/agents dans ces professions.

04

Piloter et valoriser la contribution des acteurs de l'assurance par l'évaluation

La démonstration de l'efficacité des actions de prévention bute en partie sur l'absence d'évaluation médico-économique solide. Il convient donc d'installer l'évaluation des actions de prévention comme critère de performance d'un organisme de complémentaire santé. Elles sont difficiles à mesurer car ce sont des actions de court terme (prévention/dépistage), avec des effets de long terme (amélioration de la qualité de vie). Il faut donc trouver des indicateurs intermédiaires pour concilier les deux dimensions. Ils doivent refléter la diversité des actions entreprises par les complémentaires pour mesurer leur contribution à l'amélioration de la santé de la population assurée autant que la pertinence de leur action.



Ces constats et expériences peuvent conduire aux recommandations suivantes :

- 1 Déployer des plans de prévention santé au travail ciblés via une concertation entre partenaires sociaux, Sécurité sociale et organismes complémentaires.
- 2 Mettre en place des bilans de santé pour des populations spécifiques permettant le maintien en emploi.
- 3 Améliorer l'articulation entre recommandations issues desdits bilans, dans le cadre de programmes dédiés mis en œuvre avec la participation des complémentaires santé.
- 4 Permettre l'accès aux données anonymisées du Système national des données de santé (SNDS), dans le cadre d'études à finalité d'intérêt général, pour identifier les parcours de soins efficaces pour les personnes malades chroniques en activité et analyser le ROI de la prévention secondaire et tertiaire, non seulement sur les frais de santé mais aussi sur la prévoyance.
- 5 Créer un passeport prévention par branche professionnelle à l'image du compte de formation.
- 6 Miser sur l'approche par les pairs, pour faire porter les messages et actions de prévention au sein des entreprises ou collectivités.



Pour faire émerger une culture de l'évaluation médico-économique au service de l'enjeu stratégique cinq propositions ont été faites :

- 1 Généraliser les actions de prévention et tout particulièrement secondaires et tertiaires.
- 2 Sensibiliser les décideurs et les partenaires à l'analyse médico-économique par la formation, l'information et la communication.
- 3 Développer des normes d'évaluation médico-économiques.
- 4 Développer des collaborations industrielles entre pairs et avec d'autres acteurs, et investir dans les infrastructures de données de santé.
- 5 Communiquer sur les résultats des évaluations médico-économiques.

