



JANVIER 2024

LA PRÉVENTION EN SANTÉ

État des lieux et innovations

ÉTUDE EXCLUSIVE

 KleinBlue



À RETENIR – Les insights clés de l'étude



Un marché à fort potentiel mais qui peine à se développer

Le vieillissement de la population française, l'augmentation du nombre de certaines pathologies chroniques ou graves (cancers, diabète, etc) et la prise de conscience croissante des enjeux de santé sont autant de facteurs qui composent un **environnement propice au développement de solutions de prévention en santé**. Pourtant, les acteurs traditionnels de la prévention apparaissent relativement passifs et **peinent aujourd'hui à développer des modèles rentables et pérennes**.



Un écosystème d'acteurs émergents de plus en plus diversifié

Le constat précédent illustre la **nécessité de repenser les approches traditionnelles de services**, actuellement inadaptées aux besoins réels du marché. Un grand nombre d'acteurs, relativement émergents et encore immatures, tentent de saisir cette opportunité d'innovation en **proposant de nouvelles approches ou en adressant de nouvelles cibles**.



L'Intelligence Artificielle : une révolution pour les acteurs de la prévention en santé

En facilitant notamment l'analyse de données, l'Intelligence Artificielle (IA) offre aux acteurs de la prévention une meilleure compréhension des risques et des comportements de leurs assurés. Ce changement de dimension permet aux organismes complémentaires de **cibler de manière plus précise, de personnaliser leurs approches et d'anticiper plus précocement la survenue de problèmes de santé**. *In fine*, l'utilisation de l'IA conduit à une augmentation de l'efficacité des actions préventives et devrait, à terme, **réduire significativement la sinistralité**.



Le développement d'un modèle d'avenir : la *prevention-as-a-service*

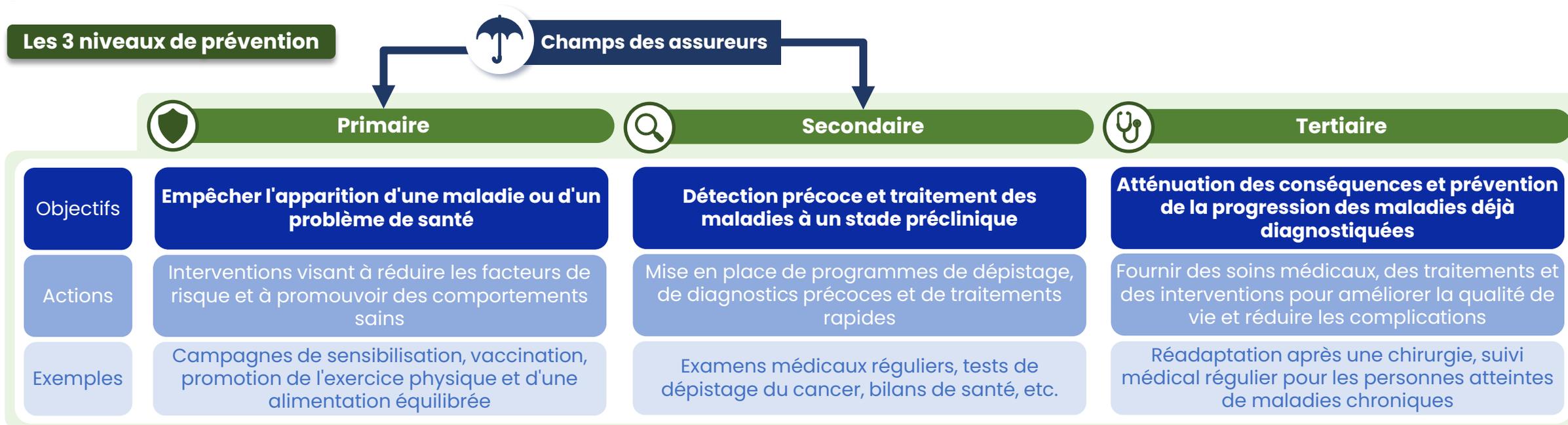
A l'instar d'autres marchés avant lui (banque, etc), le marché de la prévention en santé évolue progressivement vers un modèle ouvert et intégré : la ***prevention-as-a-service***. Cette approche, qui repose sur la capacité des acteurs à nouer des partenariats fondés sur l'intégration de services ou de produits tiers, facilite le développement d'écosystèmes et **favorise l'éclosion de solutions innovantes**.

SOMMAIRE

- 1 Définition et contexte**
- 2 Le marché de la santé et de la prévention en France
- 3 Enjeux et défis clés pour les assureurs
- 4 Panorama des acteurs innovants
- 5 Zoom sur des initiatives startups différenciantes
- 6 Et demain ? Bonnes pratiques à adopter pour les assureurs

Définition – La prévention en santé

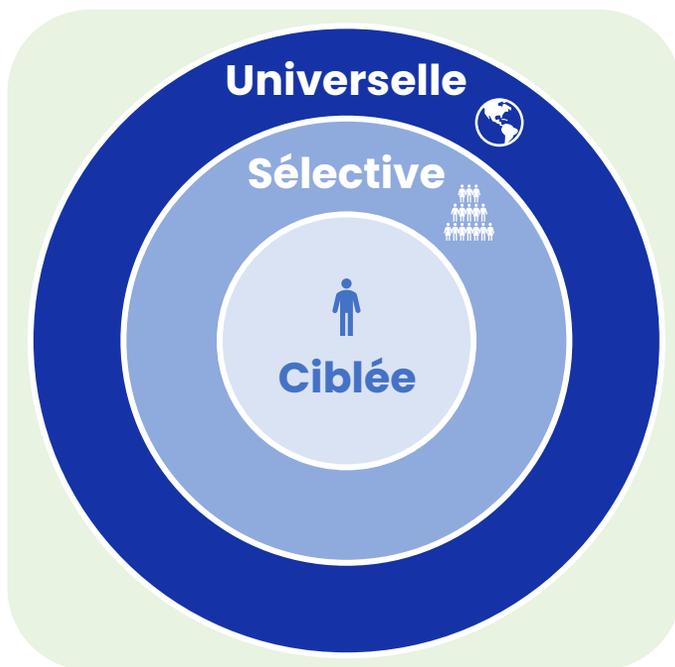
- La prévention en santé se définit par la prise de mesures visant à **éviter ou à réduire les risques de maladies et de problèmes de santé**. Cela inclut des actions dont l'objectif consiste à promouvoir la santé, à détecter précocement les maladies et à minimiser les complications chez les personnes déjà malades.
- Il convient de distinguer la **prévention positive** qui met l'accent sur la promotion de la santé et du bien-être, et la **prévention de protection** qui se concentre sur la réduction des risques de maladies et de problèmes de santé spécifiques. Les deux approches sont complémentaires et permettent d'établir une approche holistique de la prévention en santé.
- L'OMS distingue **3 niveaux de prévention tels que mentionnés ci-après** : primaire, secondaire et tertiaire.



✓ Avis Klein Blue

- En France, les **assureurs** se concentrent principalement sur la **prévention primaire et secondaire**. Cela s'explique par la possibilité de développer des services de prévention intégrables dans leurs offres d'assurance.
- À l'inverse, la prévention tertiaire, étroitement liée aux professionnels de la santé, demeure **hors de leur portée** en raison de son traitement d'informations confidentielles et de la protection des données privées. Il est important de noter que ce modèle peut **varier selon les régions du monde**, comme aux États-Unis, où la réglementation est moins contraignante pour les assureurs en matière de protection des données, offrant ainsi de nombreuses opportunités dans le domaine de la prévention tertiaire pour les assureurs.

Définition – Les 3 stratégies de prévention



	Cibles	Actions	Exemples
	Ensemble de la population, indépendamment des facteurs de risque individuels	Promouvoir la santé et prévenir les problèmes avant qu'ils ne surviennent	Grandes règles d'hygiène
	Groupes spécifiques de la population considérés comme étant à risque accru	Identifier des sous-groupes susceptibles de développer des problèmes de santé pour mettre en place des interventions spécifiques	Dépistage du cancer du sein pour les femmes de plus de 50 ans
	Individus spécifiques qui présentent des signes précoces de problèmes de santé ou des facteurs de risque élevés	Intervenir précocement chez les personnes présentant des signes précurseurs de problèmes de santé ou chez celles ayant des facteurs de risque élevés	Glycosurie chez les femmes enceintes

✓ Avis Klein Blue

- **L'évolution de modèles fondés sur la prévention plutôt que sur la réaction et la réparation** marque un changement majeur dans l'assurance, les acteurs du secteur privilégiant désormais le développement d'une approche proactive pour anticiper les risques et encourager les comportements sains chez les assurés. Cette dynamique vise à **minimiser les coûts de réparation** post-sinistre tout en **renforçant la résilience** de la population assurée.
- L'accent mis sur la prévention offre aux assureurs l'opportunité d'établir des relations avec leurs clients pour promouvoir la santé à un niveau plus large. Par le biais d'incitations financières ou de programmes de bien-être, les assureurs peuvent jouer un **rôle actif dans la promotion de modes de vie sains**.

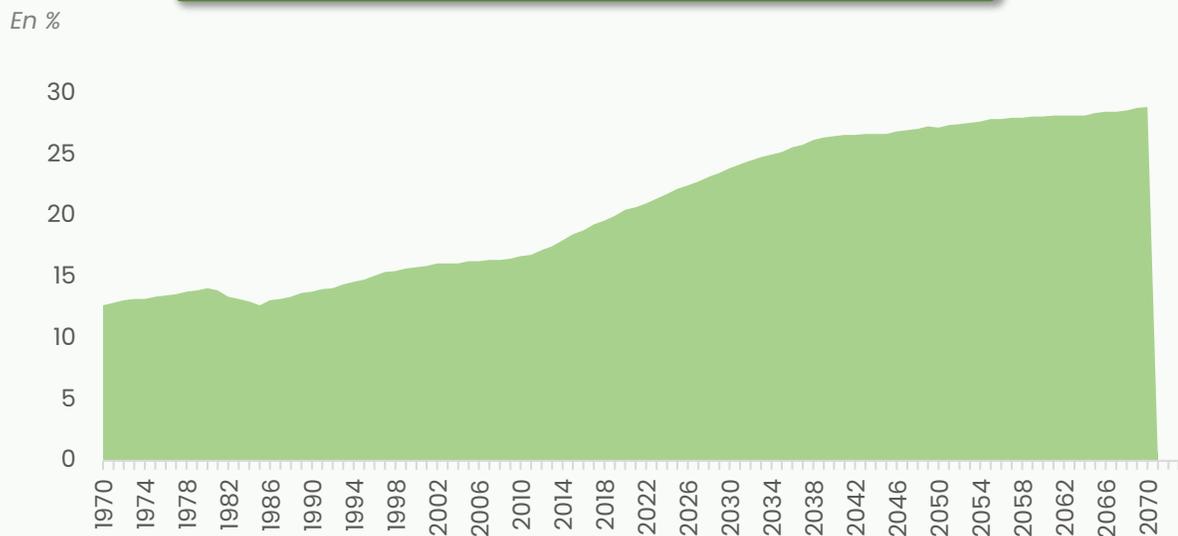
SOMMAIRE

- 1 Définition et contexte
- 2 Le marché de la santé et de la prévention en France**
- 3 Enjeux et défis clés pour les assureurs
- 4 Panorama des acteurs innovants
- 5 Zoom sur des initiatives startups différenciantes
- 6 Et demain ? Bonnes pratiques à adopter pour les assureurs

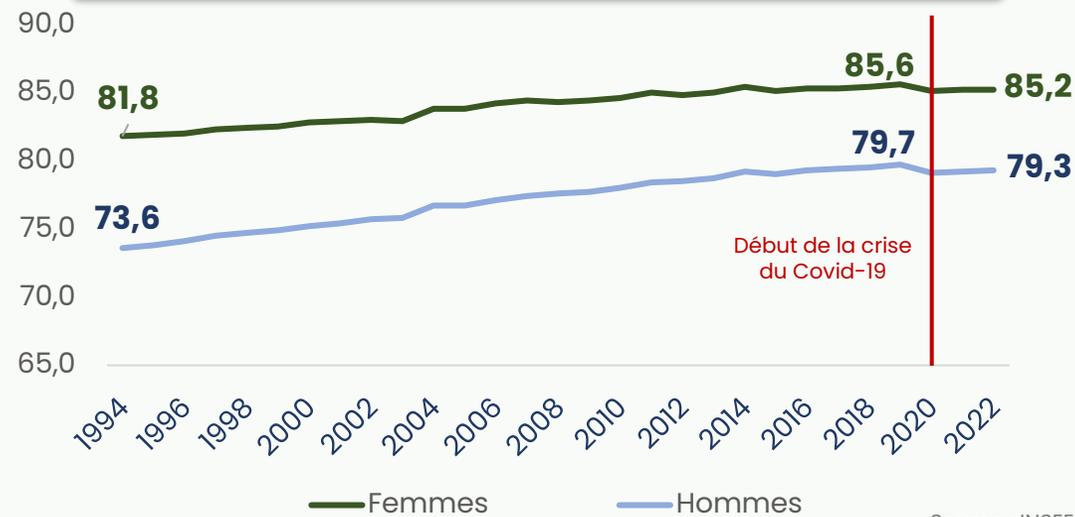
L'état de santé des Français – Une population vieillissante

A l'image de la grande majorité des pays occidentaux, la France rencontre un phénomène de vieillissement de sa population. Les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent aujourd'hui 22% de la population française totale (contre 13% en 1970) et les principales estimations démographiques avancent qu'elles pourraient représenter jusqu'à 30% de la population totale en 2070.

Part des plus de 65 ans dans la population française



La hausse de l'espérance de vie



Source : INSEE

- La diminution de la fécondité et le recul de l'âge de la première grossesse depuis 1960 ont mécaniquement conduit à une **baisse du nombre d'enfants par femme**.
- Combinés à une hausse de l'espérance de vie résultant de meilleures conditions de vie, ces facteurs entraînent un **vieillissement de la population**.

- 15%

La France compte 723 k naissances en 2022, soit 15% de moins qu'en 1970

- L'espérance de vie des Français a **fortement augmenté** en moins de 30 ans.
- Néanmoins, elle **stagne depuis 2022** et demeure en-deçà de son niveau pré-crise en raison notamment de la crise sanitaire de 2019, des récentes épidémies de grippe, et des épisodes caniculaires intenses qui ont contribué à une augmentation de la mortalité.

L'état de santé des Français – Une évolution très inégalitaire du niveau de santé général de la population

- Malgré une espérance de vie en croissance, la population française connaît une **augmentation du nombre de personnes touchées par certaines pathologies chroniques ou graves** (cancers, maladies cardiovasculaires, etc). Le vieillissement et l'augmentation du nombre de pathologies liées à l'âge expliquent en partie cette dynamique, tout comme l'augmentation des négligences en termes d'hygiène de vie inhérentes aux modes de vie modernes (sédentarité, manque d'activité physique régulière, alimentation déséquilibrée et trop riches en glucides, exposition quotidienne aux particules fines etc).
- Aussi, cette dégradation de l'hygiène de vie et l'apparition de certaines de ces pathologies **dépendent fortement du niveau social des populations concernées**, de très fortes inégalités pouvant ainsi être constatées entre elles.

Une hausse du nombre de pathologies

Nombre de personnes atteintes au moins par l'une des pathologies suivantes



Ces chiffres ont tendance à être **sous-évalués**. Par exemple pour le cas du diabète, le chiffre n'inclut ni les diabétiques non diagnostiqués (environ 763k personnes), ni les diabétiques diagnostiqués qui ne sont pas traités sur le plan pharmacologique (environ 270k). Près de 5 millions de personnes en France seraient ainsi touchées par cette pathologie, pourtant **¼ d'entre elles l'ignorent**, ce qui souligne **l'importance des initiatives de dépistage**.

Une dégradation généralisée mais très inégalitaire de l'état de santé

des Français souffrent d'obésité.

17%

C'est près de 2x plus qu'il y a 20 ans (9% en 2000). Cette proportion diminue lorsque le niveau de diplôme ou de vie augmente. Et ce sont près de 47% des Français qui sont en situation de surcharge pondérale.

Les 10% les plus pauvres ont 2,8x plus de chances de souffrir de diabète que les 10% les plus riches.

2,8x

Ces personnes ont également 2,2x plus de chances de développer des maladies du foie ; 2x plus pour les maladies psychiatriques ; et 1,6x plus pour les maladies respiratoires.

1 Français sur 5 souffre d'un trouble psychique.

1/5

La prévalence des épisodes dépressifs a par ailleurs augmenté, passant de 9,8% des Français en 2017 à 13,3% en 2021. Cette dynamique est encore plus prononcée chez les jeunes adultes avec une augmentation de 11,7% à 20,8%.

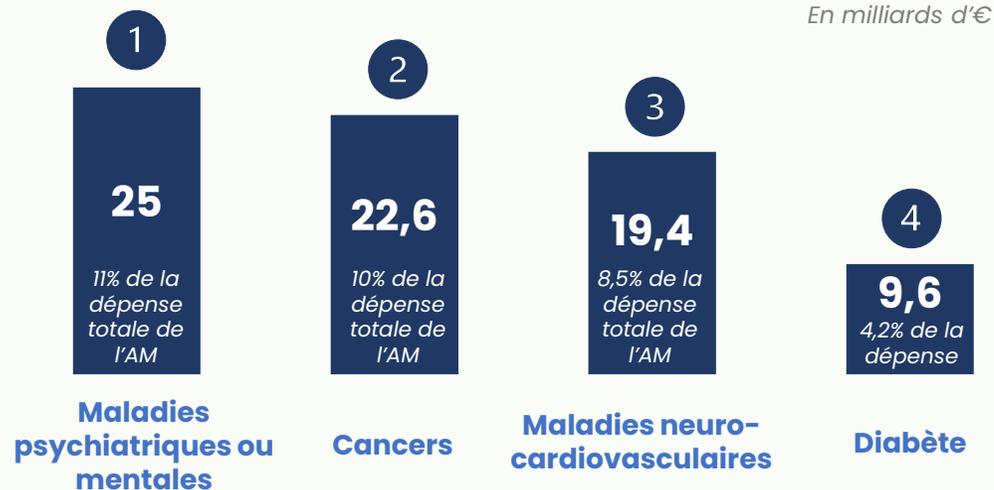
Malgré d'importants efforts financiers entrepris par les acteurs de la prévention (Etat, assurance maladie, organismes complémentaires, etc)*, les résultats sur l'évolution de l'état de santé des Français apparaissent, à date, comme particulièrement médiocres.

L'état de santé des Français – Quels coûts pour la société française ?

- Les pathologies psychiatriques et mentales apparaissent comme étant la typologie de pathologies la plus coûteuse **pour la sécurité sociale**.
- Viennent ensuite les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète, qui sont à l'origine d'une **mortalité prématurée élevée** qui pourrait être évitée par une lutte déterminée et efficace contre les 3 facteurs de risques qu'elles ont en commun : **l'alcool, le tabac et l'obésité**. Leurs prévalences affectent plus particulièrement les populations défavorisées, ayant un accès plus limité au système de santé, notamment dans sa dimension préventive. Par exemple, en 2019, 42,7 % des chômeurs fumaient quotidiennement, comparativement à 25 % dans la population générale. Seule une forte action de prévention ciblée permettra de freiner leur incidence.
- Outre le coût direct pour l'assurance maladie, **ces pathologies génèrent un « coût social »** qui inclut un coût externe (valeurs des vies humaines perdues*, perte de qualité de vie, perte de production pour les entreprises) et un coût pour les finances publiques (déficit malgré les taxes, lié aux dépenses de prévention et de soins).

Pathologies les plus coûteuses pour la sécurité sociale en 2021

En milliards d'€



- Les dépenses remboursées liées à la souffrance psychique et aux maladies psychiatriques sont le principal poste de dépenses de l'Assurance Maladie, totalisant un **coût global de plus de 100 mds €, en incluant les pertes de revenus et de bien-être associées**.
- Les dépenses d'assurance maladie consacrées au diabète, aux cancers et aux maladies neuro-cardio-vasculaires ont dépassé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie entre 2015 et 2019.

Tabac et alcool : quel « coût social » ?

Données : 2019



- Les drogues légales, telles que le tabac et l'alcool, **génèrent des coûts pour les finances publiques dépassant largement les recettes fiscales qu'elles génèrent**.
- Néanmoins, les décès liés à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites entre 2010 et 2019 ont respectivement diminué de -16%, -7%, et -23%. Les politiques publiques ont contribué à une nette réduction de la consommation de tabac, à une amélioration de la prise en charge des usagers de drogues illicites, et à un renforcement de la prise en compte des risques liés à l'alcool.

* Par convention, le coût d'une année de vie perdue est fixé à 115 000€

Le système de santé français – Un système unique et particulièrement protecteur pour les Français

La structure de financement des dépenses de santé diffère selon **3 systèmes** entre les pays : **systèmes d'assurance maladie, systèmes nationaux de santé et systèmes libéraux de santé**. Dans les systèmes d'assurance maladie, comme en France, les assurances obligatoires publiques financent la majeure partie des dépenses ; dans les systèmes nationaux de santé, l'État est le premier financeur. Enfin, les systèmes libéraux de santé s'appuient en grande partie sur les assurances privées pour la couverture des dépenses de santé. Depuis une dizaine d'années, la **part des assurances privées obligatoires a augmenté** en Allemagne et en France, où une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire.

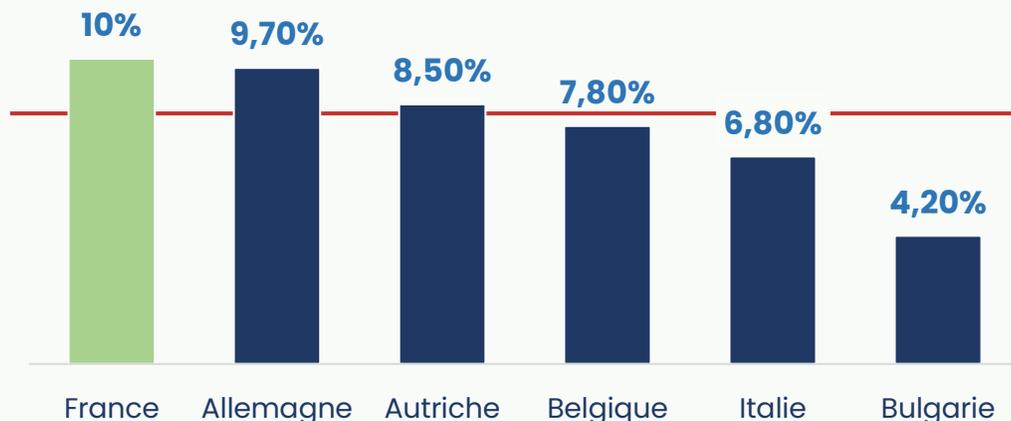
La France : le pays le plus dépensier en matière de protection sociale en santé en Europe

Dépenses publiques de protection sociale en santé pour une sélection de pays de l'UE en 2022

en % du PIB



Moyenne UE : 8,1%



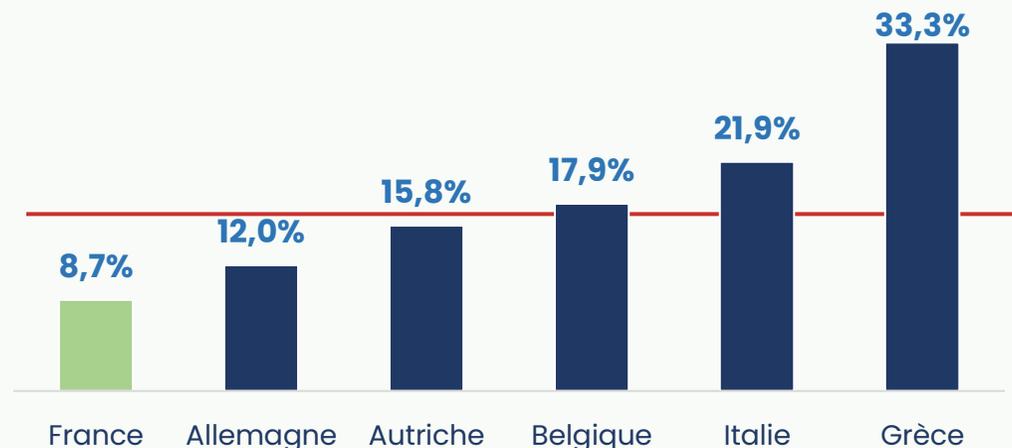
La France reste en Europe le pays le plus dépensier en matière de protection sociale en santé. En ajoutant les dépenses privées à ces dépenses publiques en matière de santé, la France se situe néanmoins à la 2ème place du podium (11,9% du PIB) derrière l'Allemagne (12,6%).

Reste à charge des ménages dans les dépenses courantes de santé (DCSI*) pour une sélection de pays européens en 2021

En % de l'ensemble des dépenses de la DCSI



Moyenne UE : 17,3%



La France est le pays où le **reste à charge des ménages est le plus faible dans l'UE** (et même au sein de l'OCDE) représentant seulement 8,7% des dépenses courantes de santé, contre 17,3% en moyenne dans l'UE.

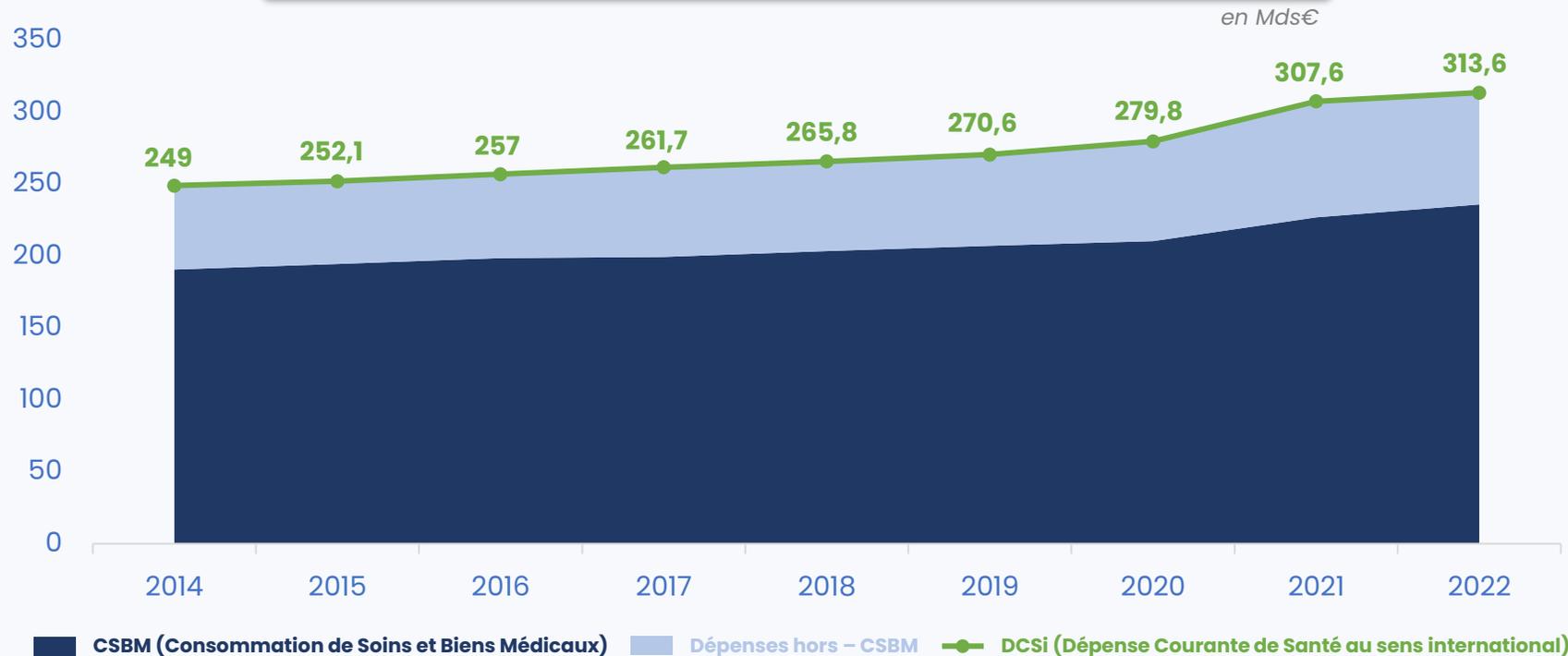
Sources : Commission Européenne, DREES Comptes de la santé

Le système de santé français – Une nette augmentation de la dépense courante de santé (DCSi) ...

La **Dépense Courante de Santé au sens International (DCSi)** représente la totalité des sommes dépensées, en France, au cours d'une année en santé. Elle est composée de 2 grands sous-ensembles :

- **La Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)** – qui constitue la majeure partie de la dépense (environ 75% de la DCSi) – et qui regroupe les soins hospitaliers court terme, les soins courants (visites médicales, laboratoires d'analyses, soins dentaires, etc), les médicaments, les biens médicaux (audioprothèses, masques, pansements, etc) ainsi que les transports sanitaires.
- **Les dépenses hors-CSBM** (environ 25% de la DCSi), qui regroupent les soins de longue durée, les soins de prévention et la gouvernance.

L'évolution de la Dépense Courante de Santé (DCSi) depuis 2014 en France



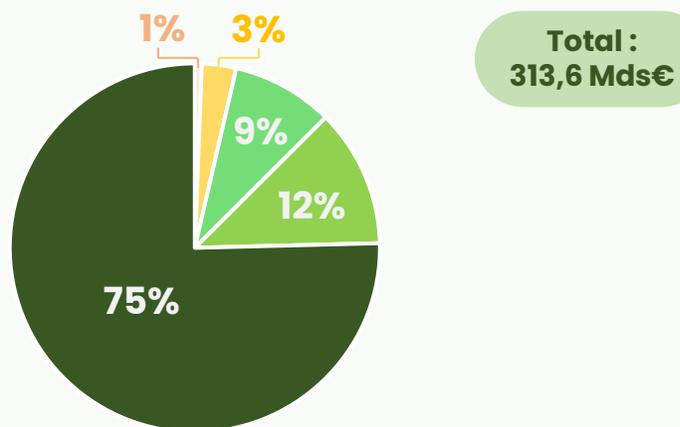
✓ Avis Klein Blue

- Les surcoûts liés à la crise sanitaire ont conduit à une **nette accélération de l'augmentation des dépenses de santé** à partir de 2020.
- Principalement portée par la forte hausse de la CSBM (+12,1% entre 2020 et 2022), cette dernière représente en moyenne **3 475€ par habitant et par an** (contre 3 100€ en 2020).
- Cette hausse s'explique en particulier par **l'augmentation des prix des soins hospitaliers** (+23% entre 2019 et 2022), ainsi que par **l'augmentation des volumes de ventes de médicaments** (+5,3% en 2022, après +4,3% en 2021).
- Néanmoins, le recul de l'épidémie a permis un **ralentissement de cette hausse de la DCSi en 2022**.

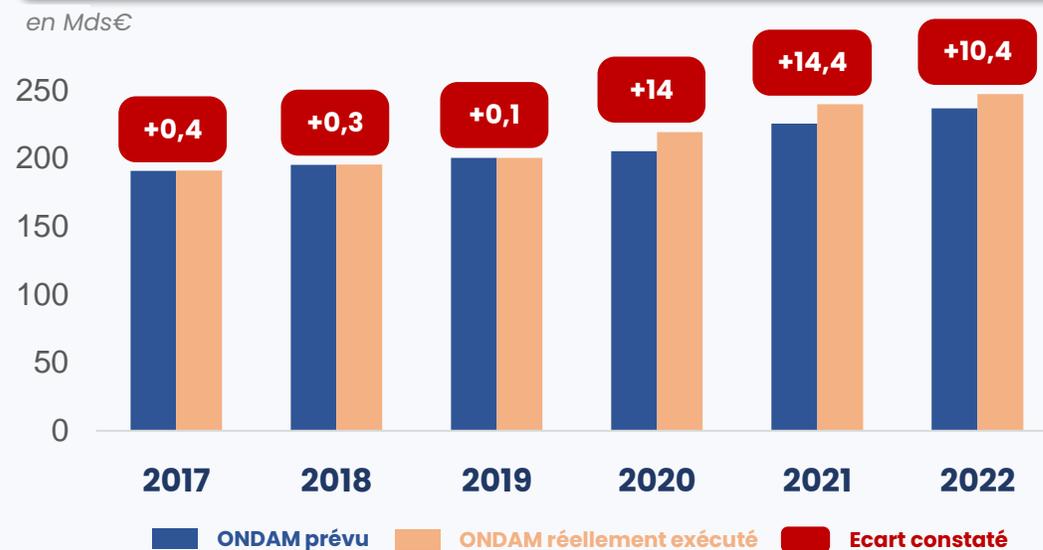
Le système de santé français – ... qui pèse de plus en plus fortement sur les acteurs qui la financent (1/2)

- La dépense courante de santé (DCSi) est **financée par différents acteurs** : l'Assurance Maladie (Sécurité Sociale), l'État, les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), les entreprises privées et les ménages.
- Avec 236Mds€ versés, **l'Assurance Maladie finance 75% de cette dépense**, loin devant les organismes complémentaires (12%) et les ménages (9%).
- Mécaniquement, **l'augmentation actuelle de la DCSi pèse fortement sur le système de financement français** et notamment sur le budget de l'Assurance Maladie alloué annuellement selon l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) fixé, tous les ans, par le législateur.
- Depuis 2019 et la forte hausse de la DCSi, **les dépenses de santé constatées annuellement s'éloignent de plus en plus de cet objectif, creusant ainsi davantage le déficit de l'Assurance Maladie**.

Répartition du financement de la DCSi en France en 2022



Des dépenses d'assurance maladie supérieures aux objectifs fixés



La crise sanitaire a fortement modifié les équilibres des dépenses de santé entraînant une modification importante de leur financement, les dépenses exceptionnelles liées à la crise ont été en **majorité prises en charge par les administrations publiques***.

* Plus exactement par la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (Cades)

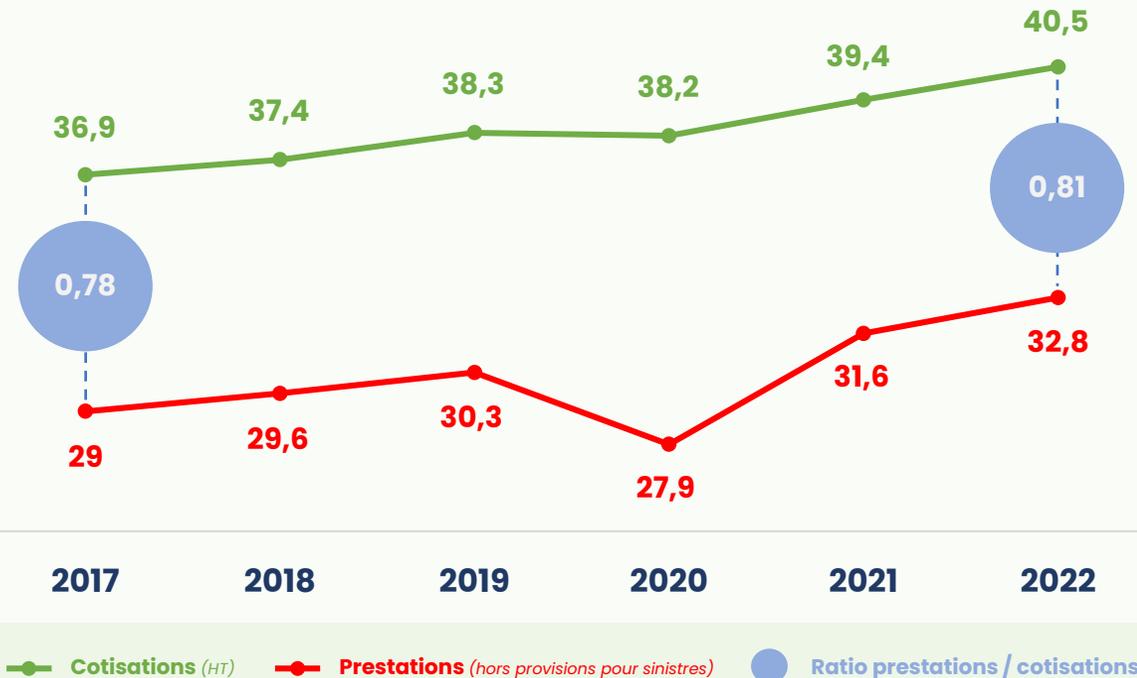
Le système de santé français – ... qui pèse de plus en plus fortement sur les acteurs qui la financent (2/2)

- Les organismes complémentaires (mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance) forment le **deuxième groupe d'acteurs chargés du financement des dépenses de santé en France**.
- Ces acteurs subissent eux aussi la **pression exercée par l'augmentation des dépenses de santé**, imputable à la fois à la crise sanitaire mais également à la hausse du nombre de personnes présentant une pathologie chronique ou grave (causée notamment par le vieillissement de la population et l'apparition de maladies liées à l'âge).
- Aussi, malgré une incidence encore difficilement évaluable et mesurable, **la réforme 100% santé*** – progressivement appliquée depuis 2019 – semble également renforcer cette pression financière qui pèse sur les organismes complémentaires.

Evolution des prestations et des cotisations des organismes complémentaires en santé

en Mds€

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention



✓ Avis Klein Blue

- La **hausse progressive des prestations versées aux assurés** accompagne la dynamique observée de hausse de la dépense courante de santé. Cette hausse s'inscrit dans un contexte inflationniste où les assureurs répercutent la hausse des coûts (notamment sur l'optique, le médicament ou l'hôpital) sur les cotisations.
- En addition des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire et majoritairement financées par l'Assurance Maladie, la croissance du nombre de pathologies chroniques ou graves pèse sur les charges de prestations des organismes complémentaires. Néanmoins, **un grand nombre de ces pathologies pourraient être évitées, retardées et/ou plus rapidement détectées par une prévention efficace**.
- Enfin, cette compression des finances des organismes complémentaires est également liée à **l'introduction de la réforme 100% santé**. En effet, sa mise en place aurait entraîné, en 2022, un surcoût de 363m€ pour les organismes complémentaires dont 280m€ rien que pour le dentaire (soit une augmentation moyenne de +6,9% des prestations versées pour ce poste). Le transfert de charges visant à alléger les dépenses de l'Assurance Maladie au détriment des organismes complémentaires s'avère donc particulièrement pesant pour les assureurs et **renforce, là encore, le besoin de prévention sur les 3 postes de dépenses du panier 100% santé (audio, optique et dentaire)**.

* Cette réforme vise à « donner à tous les Français un accès à des soins de qualité, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire et complémentaire, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire ».

Sources : France Assureurs ; Ministère de la Santé et de la Prévention

La prévention en santé – Le poids limité des dépenses en prévention et la très faible implication des OCAM

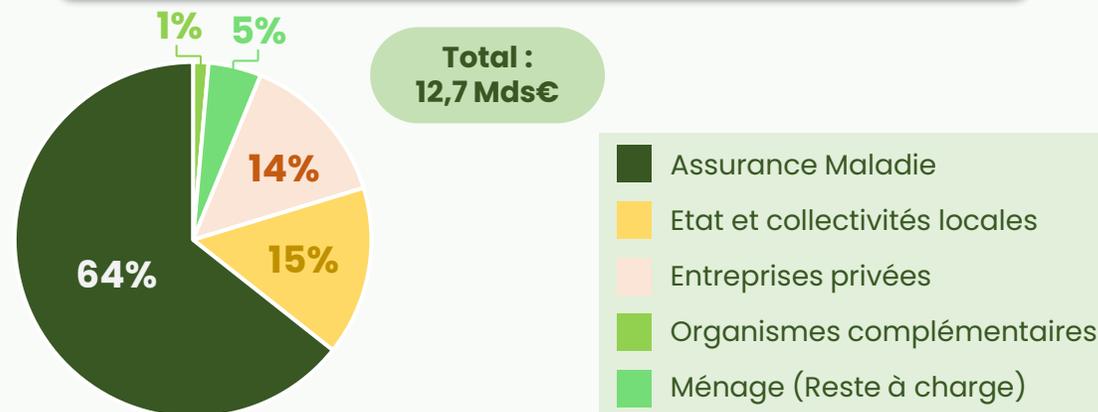
Indispensables pour permettre une amélioration de la santé générale de la population française et faire baisser la sinistralité, **les dépenses totales consacrées à la prévention en santé restent cependant relativement limitées**, atteignant seulement 4% de l'ensemble des dépenses de la DCSi, avec un montant de 12,7Mds€. **Les contributions des organismes complémentaires (OCAM) à ces dépenses sont mineures**, ne constituant que 1 à 2% du total.

Montant des dépenses annuelles de prévention

en Mds€



Répartition du financement des dépenses de prévention



✓ Avis Klein Blue

- **La très faible part des organismes complémentaires dans les dépenses de prévention** s'explique par plusieurs facteurs parmi lesquels : la difficulté de trouver un business model rentable, un taux d'engagement relativement bas des assurés pour ce type d'offres mais aussi le modèle économique de la prévention en lui-même, perçu comme peu vertueux pour l'assureur qui porterait la dépense sans que l'économie espérée ne lui revienne significativement.
- Cependant, l'interprétation des données relatives aux dépenses de prévention en santé en France nécessite une considération approfondie. La complexité des services de santé, la distribution des responsabilités, et l'hétérogénéité des financeurs et des intervenants **complexifient la délimitation précise des dépenses de prévention, et peuvent biaiser les données officielles.**
- Cette complexité alimente la **perception d'un investissement insuffisant de la France dans la prévention**, comparé à d'autres pays de l'UE. L'OCDE et la Commission européenne estiment à 2% la part de la prévention dans le budget de la santé française, inférieur à la moyenne de l'UE de 3,1%. Toutefois, **ces chiffres peuvent être nuancés et tendent à sous-estimer les investissements réels de la France dans la prévention** alors que le budget du pays en santé demeure parmi les plus importants de l'UE. En effet, l'agrégation de certaines dépenses de prévention figurent sur d'autres postes de dépenses dans le budget de santé, sous-évaluant ainsi les dépenses de prévention dans les chiffres officiels.

La prévention en santé – Quelle efficacité ?

- La mesure de la dépense liée à la prévention est encore basée sur des estimations anciennes, avec une incertitude quant à son exhaustivité.
- Les **résultats de la politique de prévention sont en deçà des objectifs**, soulignant la nécessité d'un changement d'échelle des interventions de promotion de la santé ou de prévention médicalisée. Actuellement, ces politiques **touchent une partie limitée de leur cible** et ne parviennent pas à inverser la tendance des maladies chroniques.

Evaluation de l'efficacité des actions de prévention menées par les assureurs selon les différents niveaux



Freins et efficacité pour des actions de prévention menées par les assureurs

Freins	Ciblage imprécis, difficulté de mesure	Ciblage imprécis, dépistages trop tardifs, faible taux de participation	Règlementation contraignante (RGPD, etc.), manque de moyens pour un déploiement à grande échelle
Efficacité			Pas d'actions concrètes, à date, sur ce segment en France

✓ Avis Klein Blue

- Évaluer le **rapport coût-efficacité** de la prévention non-médicalisée (niveau primaire) est **complexe**, car elle s'appuie sur les sciences sociales et vise un large public, donnant des **résultats souvent vagues**. Pour les préventions secondaire et tertiaire, plus médicales, les données sont plus fiables. Cependant, le **niveau secondaire** (dépistages) présente une **faible efficacité** en raison de dépistages insuffisamment ciblés, réalisés trop tardivement et avec une participation limitée (par exemple, 22% pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en 2020 contre une moyenne européenne de 50%).
- Bien qu'efficaces sur le plan médico-économique, les **programmes de prévention tertiaires sont coûteux et peu répandus**, comme le montre le programme Prado* de l'Assurance Maladie qui a réduit la mortalité et les ré-hospitalisations du public cible mais qui n'a atteint que 0,25% des patients à risque cardiovasculaire en 2019. De plus, les **assureurs français** sont actuellement **limités par la réglementation** dans la création de programmes de prévention tertiaire. Seuls des changements réglementaires pourraient permettre leur expansion.

SOMMAIRE

- 1 Définition et contexte
- 2 Le marché de la santé et de la prévention en France
- 3 Enjeux et défis clés pour les assureurs**
- 4 Panorama des acteurs innovants
- 5 Zoom sur des initiatives startups différenciantes
- 6 Et demain ? Bonnes pratiques à adopter pour les assureurs

Défis et enjeux clés pour les assureurs – Vue d'ensemble



Des pathologies aux coûts variables pour les organismes complémentaires

Le coût et le niveau de prise en charge des dépenses par les organismes complémentaires **varient fortement entre les différents postes de santé**. Alors qu'ils ne représentent que 12,6% du financement de la CSBM, ces acteurs prennent en charge 73% des dépenses de soins optiques, 45% en dentaire et 42% des audioprothèses.



Les Français ne sont pas prêts à payer pour de la prévention

- Comparativement à d'autres pays, les Français semblent **moins se soucier de leur santé et de la prévention en raison de la forte prise en charge des frais médicaux** par le système de santé.
- Ce constat pose un **défi important pour les organismes complémentaires** quant au développement de services de prévention au sein de leurs offres.



La prévention collective comme vecteur d'opportunités

- En France, il incombe à l'employeur de **garantir la santé et la sécurité de ses employés**.
- Combiné à un **cadre réglementaire favorable**, le constat de l'importance croissante de la QVCT favorise le développement d'initiatives sur le marché de la prévention collective.



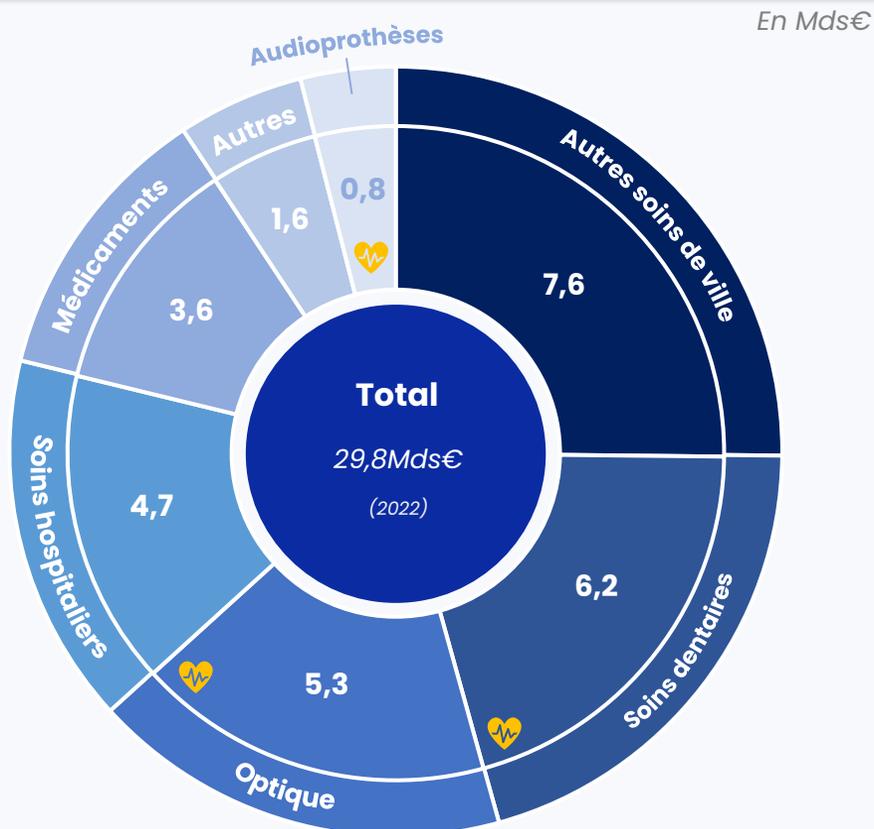
La difficulté à développer un business model rentable autour de la prévention en santé

- Les modèles économiques développés par les OCAM apparaissent aujourd'hui **relativement fragiles**.
- **Deux grands effets freinent l'atteinte des objectifs de rentabilité** des actions en prévention des OCAM : le manque d'engagement des utilisateurs et le manque de recul historique quant au retour sur investissement possible.

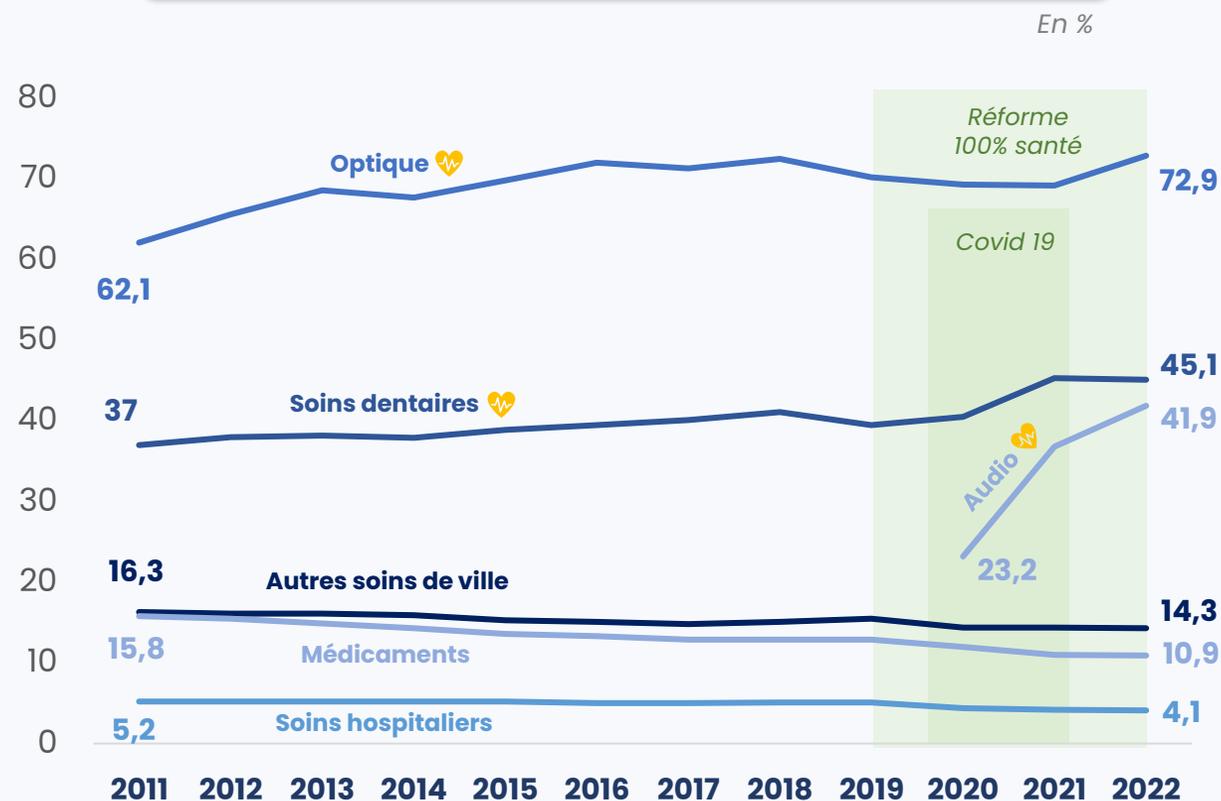
Enjeu n°1 – Des pathologies aux coûts variables pour les organismes complémentaires (1/2)

- Le coût et le niveau de prise en charge des dépenses par les organismes complémentaires **varient fortement entre les différents postes de santé**. Alors qu'ils ne représentent que 12,6% du financement de la CSBM, ces acteurs prennent en charge 73% des dépenses de soins optiques, 45% en dentaire et 42% des audioprothèses.
- Ces 3 postes de dépenses pèsent de plus en plus fortement sur les finances des organismes complémentaires**, en raison notamment de l'introduction en 2019 de la **réforme 100% santé** qui vise à améliorer l'accès aux soins de santé en garantissant une couverture totale des frais pour certaines prestations dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire. Les organismes complémentaires, fortement impliqués dans le financement de ces dépenses sont désormais tenus d'adapter leurs offres pour couvrir les coûts de ces prestations du panier 100% santé, sans frais supplémentaires pour les assurés.

Répartition des dépenses de la CSBM financées par les organismes complémentaires



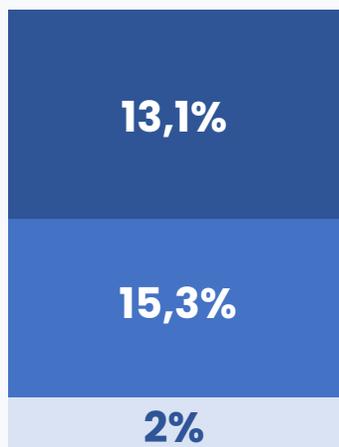
Parts prises en charge par les organismes complémentaires pour les principaux postes de dépenses de la CSBM



Enjeu n°1 – Des pathologies aux coûts variables pour les organismes complémentaires (2/2)

Poids des dépenses audios, optiques et dentaires couvertes par les organismes complémentaires (OCAM) ...

... face à l'ensemble des cotisations collectées

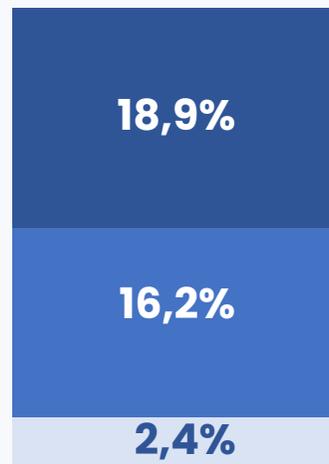


30,4%

des **cotisations** collectées par les OCAM sont reversées pour couvrir ces 3 postes de dépenses.

■ Audio ■ Optique ■ Soins dentaires

... face à l'ensemble des prestations reversées



37,5%

Ces 3 postes de dépenses représentent 37,5% des **prestations** en santé reversées par les OCAM.

■ Audio ■ Optique ■ Soins dentaires

✓ Avis Klein Blue

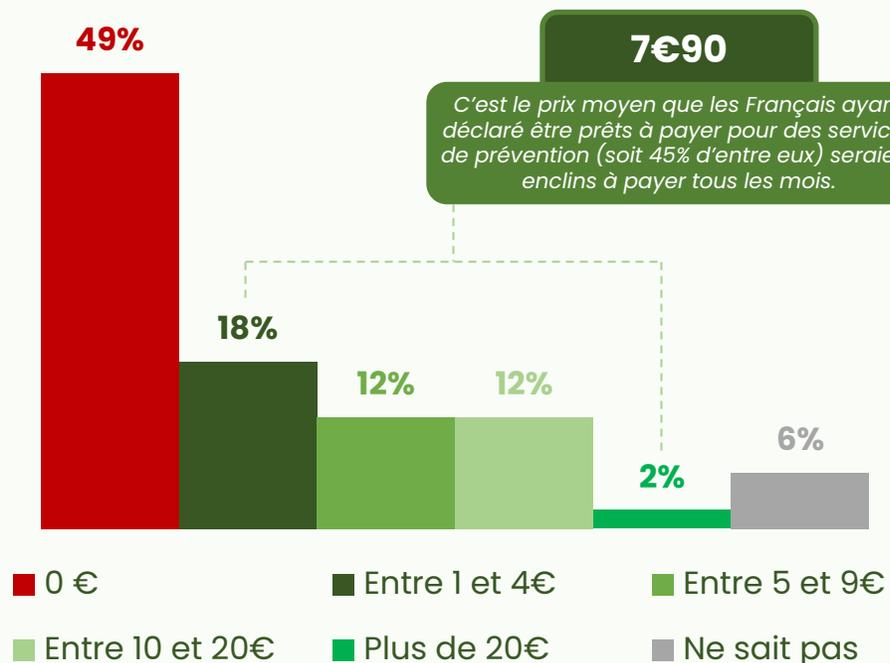
- La hausse généralisée des dépenses de santé et la réforme 100% santé **compressent les marges et les états financiers des organismes complémentaires**.
- En facilitant l'accès aux soins, cette réforme pourrait entraîner une hausse continue des volumes de dépenses financées par ce dispositif, et donc une hausse des **coûts additionnels significatifs pour ces acteurs**. Le recours au 100% santé devrait par ailleurs continuer à prendre de l'ampleur dans les prochaines années, le gouvernement prévoyant notamment d'élargir son périmètre en 2024.
- Les organismes complémentaires sont alors invités à **repenser leurs modèles pour tenter d'amortir cette dynamique globale de compression de leur ratio prestations / cotisations** et réduire la charge liée au remboursement des dépenses de santé, notamment en dentaire, en optique et en audiologie.
- Le développement **d'actions de prévention efficaces et ciblées** pourrait permettre d'atténuer cette dynamique de compression en réduisant les risques de détection tardive d'un problème de santé et donc de complications : par exemple, la pratique d'un détartrage dentaire une fois par an diminue d'environ 25% le risque d'accidents cardiovasculaires et de 13% le risque d'AVC. Pourtant près d'1 Français sur 3 déclarent ne pas se rendre chez le dentiste tous les ans.

Enjeu n°2 – Les Français ne sont pas prêts à payer pour de la prévention

- Comparativement à d'autres pays, les Français semblent **moins se soucier de leur santé et de la prévention en raison de la forte prise en charge des frais médicaux** par le système de santé. Ce phénomène, appelé « **aléa moral** », décrit la tendance à prendre moins de précautions contre un risque dont les conséquences – ici les frais médicaux – sont davantage couvertes ou protégées. En effet, les dépenses qui restent à la charge des patients en France demeurent parmi les plus faibles des pays de l'OCDE (8 % des dépenses totales de santé contre 20 % en moyenne). De la même manière, la **gratuité des soins de santé semble conduire à certains abus spécifiques**, comme l'augmentation du nombre de rendez-vous médicaux non respectés. Pour y remédier, le développement d'une nouvelle législation, surnommée « **taxe lapin** », est en discussion depuis 2023.
- Toutefois, cette hypothèse n'est pas systématiquement vérifiée et peut varier d'une personne à l'autre, selon une variété de facteurs, y compris culturels, sociaux et économiques.

L'intention des Français de payer pour des services de prévention

Question : Quel est le prix que vous seriez prêts à payer **chaque mois** pour des services de prévention ?



- Moins de la moitié des citoyens français rapportent adopter des comportements préventifs** autres que la réduction de la consommation de tabac et d'alcool (57 %) et le maintien d'une vie sociale active (52 %). Ils tendent à favoriser la recherche de satisfactions immédiates (alcool, tabac, etc) à la recherche de modes de vie plus sains et préventifs, qu'ils jugent trop restrictifs. Ce comportement, particulièrement observé chez les jeunes (62 %), diminue avec l'âge (29 % chez les personnes âgées).
- D'autres éléments impactent le **manque d'engagement des Français envers leur santé** : 26 % manquent de motivation, 25 % préfèrent ne pas changer leurs habitudes et 25 % se disent limités par des contraintes financières.

✓ Avis Klein Blue

- Ce constat pose un **défi important pour les organismes complémentaires** quant au développement de services de prévention au sein de leurs offres.
- Néanmoins, depuis la crise sanitaire, de plus en plus de Français disent vouloir agir plus directement pour leur santé, et plus d'1 Français sur 3 considère sa mutuelle comme un acteur légitime pour l'accompagner sur de la prévention.
- Il s'agit désormais pour les assureurs de **réussir à transformer leurs modèles pour proposer des services innovants et surtout plus engageants**.

Enjeu n°3 – La prévention collective : un vecteur d'opportunités pour les acteurs de la prévention

- En France, il incombe à l'employeur de **garantir la santé et la sécurité de ses employés** en instaurant des mesures de prévention, d'information et de formation. Le non-respect de ces obligations peut entraîner sa responsabilité civile et/ou pénale.
- La **Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT)** est ainsi devenue un **enjeu stratégique majeur pour les entreprises**, son optimisation impactant fortement la productivité mais également la fidélisation et le recrutement de collaborateurs.
- Combiné à un **cadre réglementaire favorable**, ce constat de l'importance croissante de la QVCT favorise le développement d'initiatives sur le marché de la prévention collective. En addition de leurs couvertures assurantielles, les organismes complémentaires jouent notamment un rôle important dans ce domaine en sensibilisant les employeurs et les travailleurs aux risques professionnels et en assistant les employeurs dans l'élaboration de stratégies de prévention.
- Cependant, en raison d'un manque de contrôles efficaces et de la difficulté à prouver l'efficacité des actions de prévention déployées, **ce marché demeure relativement mal adressé.**

+21%

Le taux d'absentéisme en France est passé de 5,5% en 2019 à 6,7% en 2022 soit une augmentation de 21%.

Un marché encore mal desservi ...

66%

Seules 66 % des entreprises ont entamé une démarche de prévention des risques professionnels

... malgré une législation en faveur du renforcement de la QVCT et de la prévention en santé au travail

En France, la qualité de vie et des conditions de travail est encadrée par la législation. Cette dernière se concentre particulièrement sur la prévention en matière de risques pour la santé et le bien-être des employés.



Focus sur la loi du 2 août 2021

Cette réglementation porte une **avancée majeure dans le domaine de la prévention collective en étendant les fonctions des Services de Prévention et de Santé au Travail**. Ces derniers doivent désormais incorporer à leurs actions des initiatives telles que la promotion des avantages liés à la pratique régulière d'activités physiques, l'organisation de campagnes de vaccination, ou encore la création d'un volet santé au travail dans le dossier médical partagé de chaque collaborateur.

✓ Avis Klein Blue

- Les grandes entreprises disposent de davantage de ressources (comités de santé et de sécurité, etc) et sont donc généralement plus ouvertes et mieux équipées pour adopter des mesures de prévention. En revanche, **les TPE/PME rencontrent plus de difficultés à accéder à ces services.**
- Pour adresser efficacement ce marché de la prévention collective et combler le déficit d'accompagnement des TPE/PME, les OCAM tentent d'adapter leurs stratégies, leurs approches et leurs offres en fonction de la taille et des spécificités des entreprises. L'une des approches les plus efficaces consiste à **souligner le lien étroit entre le niveau de santé des employés et la performance globale de l'entreprise.**
- A ce stade, l'absence de contrôles efficaces et le manque de recul historique ne permettent pas de **mesurer significativement l'impact des mesures préventives déployées au sein des entreprises.** Cependant, **près de 70% des organismes complémentaires ont signalé un manque d'utilisation** et, *in fine* de rentabilité, de leurs services de prévention collective, en raison notamment d'une grande difficulté rencontrée dans le ciblage des besoins réels des assurés (plus de détails [page suivante](#)).

Enjeu n°4 – La difficulté à développer un business model rentable autour de la prévention en santé

- Les modèles économiques développés par les organismes complémentaires autour d'offres et de services de prévention en santé apparaissent aujourd'hui **relativement fragiles**. L'absence de recul et le manque de rentabilité des initiatives entreprises par ces acteurs limitent souvent l'étendue de leurs programmes à des actions de prévention primaire et universelle (sites web, promotion de bonnes pratiques, organisation de conférences, coaching, etc).
- **Deux grands effets freinent l'atteinte des objectifs de rentabilité** des actions et des services en prévention des organismes complémentaires : le manque d'engagement des utilisateurs et le manque de recul historique quant au retour sur investissement possible, nécessaire à une bonne projection dans le temps pour les organismes complémentaires.

Un engagement très limité des utilisateurs de services en prévention qui s'explique par 3 facteurs :

Le manque d'intérêt des Français pour la prévention en santé

Comme vu précédemment*, l'intérêt perçu par les Français des services de prévention en santé semble relativement faible. Par ailleurs, les utilisateurs de ce type de services sont généralement ceux qui adoptent déjà des comportements sains et préventifs. Par conséquent, ce sont ceux qui nécessitent le moins d'un programme de prévention de type primaire (sensibilisation, information, etc).

15%

Seuls 15% des Français attendent de leur mutuelle des services en prévention.

0% à 5%

C'est le taux d'engagement moyen des services digitaux en assurance (contre 10% à 15% pour les banques).

Le manque d'engagement client des services d'assurance

De manière générale, le taux d'engagement des utilisateurs de services digitaux en assurance est relativement faible. Cela s'explique notamment par le manque de connexions régulières des assurés aux solutions digitales proposées par leur assureur. Hors-souscription, l'utilisation de ce type de solutions est principalement réduite à des actions très ponctuelles de déclaration de sinistres.

Un ciblage des besoins des assurés encore trop imprécis

Les assureurs rencontrent des difficultés à promouvoir leurs services de prévention auprès de leurs bénéficiaires en raison de difficultés à cibler leurs besoins réels par manque de données et donc de connaissance sur ces derniers. Aussi, 25% des assureurs disent rencontrer des difficultés à engager les DRH des entreprises dans la diffusion de ces services au sein de leurs organisations.

93%

Pour 93% des assureurs, le manque de données clients est le principal frein au déploiement de services en prévention.

Un retour sur investissement opaque et non-garanti

La prévention en santé s'inscrit sur le **long-terme**, l'interprétation des résultats des actions menées n'étant pertinente qu'au terme de plusieurs années. Dans ce contexte, il peut apparaître risqué pour un assureur de s'investir dans un programme de prévention coûteux : les **incertitudes liées à la fidélité de l'assuré** sur le long-terme, ainsi qu'à la **difficulté de mesure des conséquences réelles** de ce type d'actions, peuvent décourager les assureurs de s'engager pleinement sur ce segment de la prévention.

✓ Avis Klein Blue

- Les assureurs sont aujourd'hui invités à redéfinir leurs actions et leurs approches pour renforcer l'engagement des assurés, notamment par le **développement de mécanismes d'incitation****.
- De plus, la mutualisation de services en prévention par le biais de **partenariats inter-assureurs** s'impose ici comme une tendance intéressante pour les assureurs. La mise en commun de données, de financements et de clients leur permettrait de mieux les cibler et de mieux suivre les résultats sur le long terme.

SOMMAIRE

- 1 Définition et contexte
- 2 Le marché de la santé et de la prévention en France
- 3 Enjeux et défis clés pour les assureurs
- 4 Panorama des acteurs innovants**
- 5 Zoom sur des initiatives startups différenciantes
- 6 Et demain ? Bonnes pratiques à adopter pour les assureurs

Sélection de startups européennes innovantes opérant sur les marchés de la prévention primaire et/ou secondaire.

PURE PLAYERS

QVCT & TMS *

OUTILS DE MESURE DU RISQUE ET SUIVI DE SANTÉ EN ENTREPRISE



SERVICES ET ACTIVITÉS SANTÉ/BIEN-ÊTRE POUR LES COLLABORATEURS



SOLUTIONS DE SUIVI ET DE GESTION DE POLITIQUE QVCT



OUTILS DE FORMATION ET DE SENSIBILISATION



SOLUTIONS POUR PARTICULIERS

SOLUTIONS D'AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE DE VIE



SOLUTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE



BILAN, ANALYSE ET SUIVI DE SANTÉ



SOLUTIONS DE PRÉVENTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES



AUTRES SOLUTIONS DE PRÉVENTION VERTICALISÉES



OUTILS & SERVICES AUX ASSUREURS

SOLUTIONS D'EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ POUR MIEUX COMPRENDRE ET ANTICIPER LES RISQUES DES UTILISATEURS



SOLUTIONS DE PRÉVENTION B2B2C



SOLUTIONS D'ACQUISITION ET DE FIDÉLISATION CLIENT



CAMPAGNES DE PRÉVENTION



SOLUTIONS DE MODÉLISATION DES DONNÉES ENVIRONNEMENTALES EN TEMPS RÉEL POUR MESURER LE RISQUE



INSURTECHS **



* QVCT : Qualité de la Vie et des Conditions de Travail / TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

** Néo-assureurs ou néo-courtiers proposant des services de prévention innovants, en addition de leurs offres d'assurance



Un marché peu concentré constitué de nombreux acteurs de petite taille

- Un grand nombre de startups se sont développées sur le marché de la prévention en santé. Les pure-players représentent la plus grande proportion de ces acteurs.
- Néanmoins, une majorité de ces acteurs semble encore à la **recherche de son market fit** et la plupart d'entre eux apparaissent comme étant de taille limitée (en termes d'effectifs, de clients et/ou de ressources).
- Cette observation illustre le **manque de maturité de cet écosystème** dont la quête de *business model* viables et rentables s'avère être relativement ardue.



Le segment B2C à la peine

- En raison notamment d'un **manque d'attention et de considération portée par les particuliers à leur santé**, les solutions de prévention en santé à destination de cette cible peinent à se développer.
- Exceptés quelques *leaders* de marché comme HelloBetter en Allemagne ou Withings, les acteurs qui tentent de se déployer sur ce segment semblent **rapidement disparaître ou pivoter vers d'autres cibles**.
- Un mouvement de **pivot de certaines de ces solutions vers le B2B** est en effet observable : le cadre réglementaire favorable et l'intérêt des entreprises pour ce type de solutions dynamisent le marché.



L'émergence de nouveaux acteurs verticalisés

- La **prise de conscience récente de certains enjeux de santé auparavant négligés** entraîne une hausse importante du nombre de solutions verticalisées.
- C'est notamment le cas de la **prévention en santé mentale**. La demande croissante du marché portée par une hausse des pathologies liées au stress, à l'anxiété ou aux troubles psychiques, a entraîné une forte hausse du nombre de solutions dédiées, en B2C comme en B2B.
- Le segment de la prévention pour la santé des femmes rencontre aujourd'hui le même engouement. Néanmoins, le manque de recul et de données sur ces pathologies jusqu'alors négligées agit comme un frein au déploiement de solutions dédiées.

SOMMAIRE

- 1 Définition et contexte
- 2 Le marché de la santé et de la prévention en France
- 3 Enjeux et défis clés pour les assureurs
- 4 Panorama des acteurs innovants
- 5 Zoom sur des initiatives startups différenciantes**
- 6 Et demain ? Bonnes pratiques à adopter pour les assureurs

Métriques clés

Création 2004	Segment Insurtech
Employés 2147	Marché
Assurés 4,4m	Fonds levés 29 k€ (subvention)

Présentation de Vitality

- Vitality propose des polices d'assurance santé et décès destinées aux particuliers, ainsi que des solutions de couverture santé pour les entreprises.
- Vitality s'appuie sur l'exploitation d'objets connectés tels que les smartphones ou l'Apple Watch pour **collecter des données sur leurs assurés et proposer un système de récompenses**. L'utilisateur gagne des points échangeables contre diverses récompenses lorsqu'il pratique une activité physique.
- Ce modèle de **gamification de l'assurance** vise à encourager la pratique du sport, à favoriser les modes de vie sains et à diminuer les problèmes de santé chez les assurés, contribuant ainsi à accroître la rentabilité de l'assureur en **réduisant les sinistres liés à la sédentarité**.

Dispositif d'incitation à l'adoption d'une bonne hygiène de vie

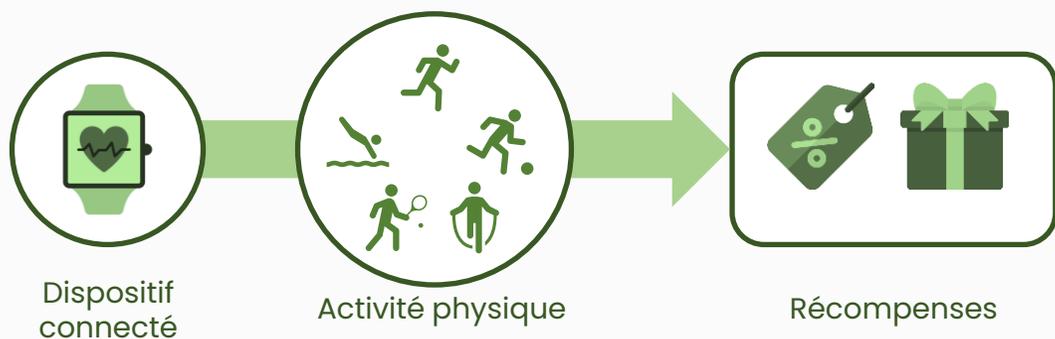
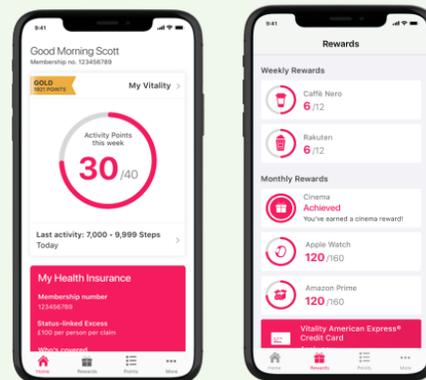


Illustration de l'interface de l'application



Plus l'assuré fera de l'exercice et/ou sera en mouvement, plus il recevra des points qui pourront être échangés contre des récompenses telles que des **réductions sur les primes d'assurance (jusqu'à 40%), des cadeaux ou encore des réductions tarifaires chez les partenaires de Vitality.**

✓ Avis Klein Blue

- L'utilisation croisée de données comportementales et d'un mécanisme d'incitation permet aux assureurs **d'impliquer activement les assurés dans les dynamiques de prévention**. Cette approche permet le développement d'offres comportementales **favorisant une orientation préventive plutôt que réparatrice**.
- Cette approche **favorise l'engagement des utilisateurs** et retarde la survenue de certaines pathologies. Mécaniquement, la démocratisation à plus grande échelle de ce type d'initiatives pourrait ainsi permettre aux assureurs de **limiter le versement de certaines prestations en santé**.

Métriques clés

Création 2010	Segment Exploiter les données de santé
Employés 62	Marchés
Clients n.d	Fonds levés 63,9 M€

Présentation de Dacadoo

- Dacadoo développe des solutions qui favorisent l'engagement des particuliers et la quantification des risques santé pour les assureurs.
- Par l'intermédiaire d'une application mobile, Dacadoo permet aux particuliers de mesurer leur santé grâce à un « **indice de santé** » allant de 0 à 1000.
- Dacadoo permet par la suite aux assureurs d'utiliser les données collectées auprès des particuliers pour mesurer et analyser, grâce à l'IA, le niveau de risque de chaque assuré et adapter la tarification en fonction. Cette solution, disponible en marque blanche et nommée « **Risk Engine *** » favorise le déploiement d'une approche « **Pay-as-you-Live **** ».

Partenaires



Le mécanisme innovant de mesure et d'analyse des risques santé de Dacadoo



✓ Avis Klein Blue

- En exploitant l'IA et la donnée, Dacadoo permet aux assureurs de **mieux comprendre les risques** de leurs assurés. Ce mécanisme fondamental leur permet de cibler plus précisément les comportements à risque et de développer des **actions préventives sur-mesure**.
- Ce type de solution permet également aux assureurs d'ajuster leur tarification en fonction des risques liés aux modes de vie des assurés et donc d'encourager les modes de vie sains par des **incitations économiques**.
- Les modèles de la tarification dynamique et sur-mesure fondés sur l'IA constituent aujourd'hui l'une des tendances les plus dynamiques du secteur de l'assurance. Cette nouvelle approche pousse les assureurs à **repenser leurs modèles autour de partenariats technologiques en ouvrant leurs infrastructures** et en s'orientant vers des logiques de « **prevention-as-a-service** » (plus de détails [page 37](#)).

Métriques clés

Création 2022	Segment Santé mentale
Employés 12	Marché
Clients n.d	Fonds levés -

Présentation de Mentalport

- Mentalport propose aux entreprises une **plateforme de coaching en santé mentale** permettant d'évaluer les risques psychosociaux et de visualiser la santé mentale globale des collaborateurs. Elle permet aux entreprises d'auditer les risques psychosociaux et le bien-être des collaborateurs.
- Mentalport propose également **aux particuliers et aux salariés** son application en santé mentale avec un **coach personnel et des recommandations** (chatbot) **propulsées par l'IA**.
- Mentalport offre un service en temps réel, disponible 24h/24. Les utilisateurs peuvent également bénéficier d'un **quota mensuel de coaching humain** dispensé par des praticiens qualifiés.

Le coaching personnalisé en santé mentale propulsé par l'IA



✓ Avis Klein Blue

- L'optimisation de la santé mentale des employés induit une **augmentation constatable de la productivité et une diminution de l'absentéisme**.
- Pour les assureurs, cela se traduit par une **réduction des réclamations et une augmentation de la rentabilité** des entreprises assurées.
- L'analyse de données proposée par Mentalport pourrait également permettre aux assureurs de bénéficier d'informations précieuses sur les tendances de santé mentale. Ces données pourraient faciliter l'élaboration de **politiques d'assurance santé plus ciblées et plus personnalisées**.
- A l'instar de Mentalport, les solutions de santé mentale suscitent un vif intérêt, toutefois, elles **ne se substituent pas à une consultation chez un professionnel qualifié**. Ces solutions interviennent davantage comme un **complément à l'accompagnement humain**.

Zoom Startup n°4 – Adresser le segment collectif de manière différenciante

Métriques clés



Présentation de Lily Facilite La Vie

- Lily aide les entreprises à **réduire l'impact des problèmes personnels des employés sur leur performance professionnelle** par le biais d'un programme dédié à l'équilibre entre le bien-être des employés et l'efficacité de l'entreprise.
- Disponible par abonnement annuel en fonction du nombre de salariés, le programme d'accompagnement de Lily visent à **libérer les collaborateurs de leurs charges mentales**. Cela concerne par exemple la charge mentale des femmes enceintes ou le fait de réaliser son premier achat immobilier.
- En 2023, un partenariat avec **Galileo Lab** a été conclu pour offrir aux TPE/PME et indépendants une offre combinée d'assurance Responsabilité Civile des dirigeants et des services de Lily.

Partenaires



La solution proposée par Lily pour libérer les salariés de leur charge mentale personnelle



Résultats

67%

Taux moyen de connexion des entreprises clientes

30%

Taux d'engagement moyen (10x plus élevé que celui des autres solutions EAP* anglo-saxonnes)

9,5/10

Taux de satisfaction des bénéficiaires

✓ Avis Klein Blue

- La croissance actuelle du nombre de solutions QVCT s'explique par la **prise de conscience relativement récente des enjeux liés au bien-être des salariés**. Une grande majorité d'assureurs semble également avoir cerné ces enjeux et tend à proposer des programmes QVCT à leurs entreprises clientes pour améliorer le bien-être des salariés, réduire l'absentéisme, augmenter la productivité et fidéliser les collaborateurs.
- Néanmoins, **la plupart de ces solutions sont aujourd'hui conçues pour s'adresser aux grandes entreprises**, soumises à davantage de pressions réglementaires de la part de différentes parties prenantes (régulateurs, investisseurs, etc). Contrairement aux petites et moyennes entreprises, ces acteurs disposent également de ressources financières et humaines plus importantes.
- C'est ainsi qu'à l'instar de Lily Facilite La Vie, de nouvelles offres innovantes, aux **coûts accessibles et à l'intégration simplifiée**, apparaissent comme des **solutions permettant d'adresser plus efficacement le segment des TPE/PME**.

Métriques clés

 Création 2020	 Segment B2B2C
 Employés 3	 Marché 
 Clients n.d	 Fonds levés -

Présentation de Dépist&vous

- Dépist&vous développe une plateforme digitale visant à **améliorer la prévention et le dépistage précoce des cancers** par un **accompagnement et un suivi personnalisé** (rappel des rendez-vous par SMS, calendrier des futurs dépistages, etc.).
- La plateforme est disponible pour les particuliers, les mutuelles et leurs assurés ainsi que pour les entreprises et leurs salariés.
- Dépist&vous propose également l'organisation d'ateliers de prévention destinés à sensibiliser les collaborateurs au sein des entreprises.

40 %

des cancers pourraient être évités grâce à une prévention efficace et un dépistage précoce.

Dépist&vous

Une offre personnalisée d'accompagnement au dépistage des cancers

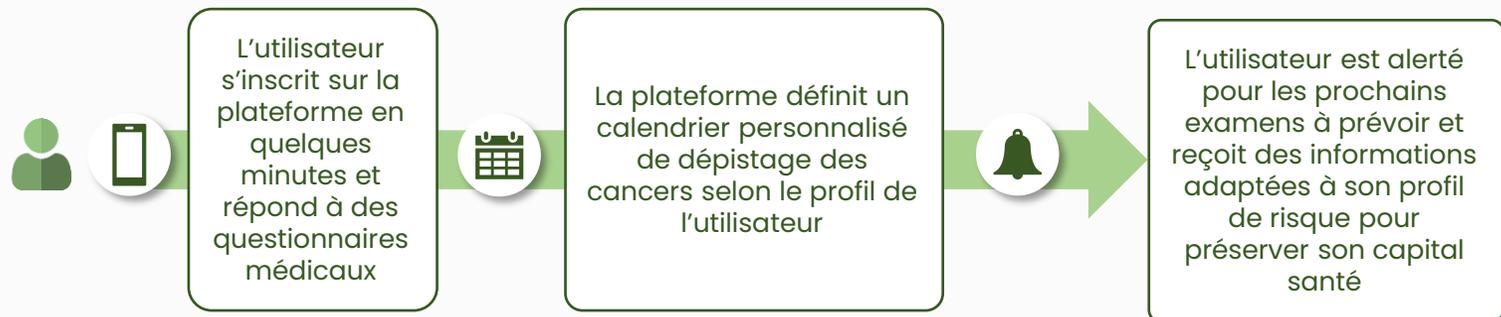


Illustration de l'interface du questionnaire



Questionnaire médical construit selon le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)

✓ Avis Klein Blue

En intégrant à leurs offres des solutions de dépistage personnalisées, les assureurs pourraient être en mesure de **cibler plus efficacement les actions préventives à mener selon les moments de vie** de l'assuré. En favorisant la détection des risques et le dépistage précoce des cancers, les assureurs pourraient encourager une **réduction de la sinistralité associée à ces pathologies**.

Métriques clés

 Création 2004	 Segment B2B/B2C
 Employés 40	 Marchés  
 Clients n.d.	 Fonds levés 12,1m€

Présentation de Predilife

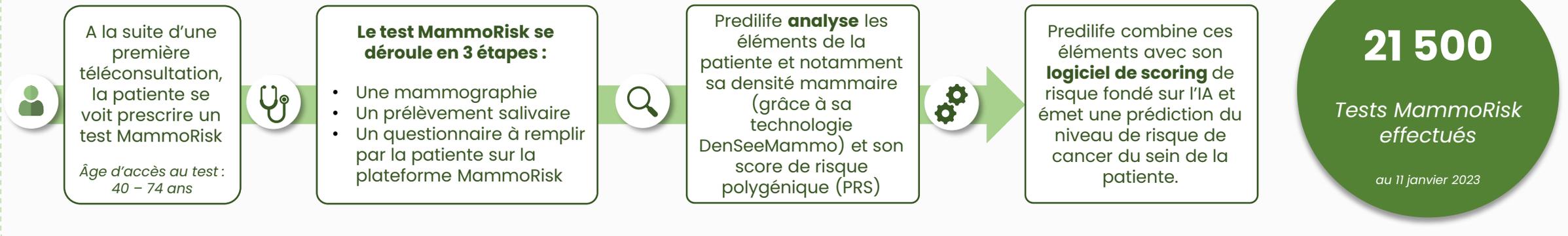
- Créée en 2004 avant d'entrer en bourse en 2018, Predilife (ex-Statlife) est spécialisée dans les statistiques et le data mining appliquées à la **médecine préventive et prédictive**.
- Predilife propose aux entreprises et aux particuliers des **bilans prédictifs permettant d'identifier le risque de maladies graves**.
- Predilife a notamment développé **MammoRisk**, un logiciel destiné au dépistage des risques mammaires. MammoRisk a fait l'objet d'un dépôt de brevet concernant la méthodologie « Nearest Neighbors » appliquée à la prédiction de pathologie. En 2021, Predilife a élargi son offre à la **détection des cancers de la prostate, du poumon et du colon**.

Clients



Le dépistage du cancer du sein est relativement bien organisé en France. La CNAM propose une mammographie tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans. Néanmoins, le programme national ne couvre pas les femmes âgées de 40 à 49 ans, or un cancer du sein sur 5 se développe avant 50 ans et essentiellement dans la tranche d'âge 40-49 ans.

L'approche prédictive sur-mesure développée par Predilife – Zoom sur MammoRisk



Métriques clés

 Création 2019	 Segment Séniors
 Employés 13	 Marché
 Clients n.d	 Fonds levés -

Présentation de Presage

- Présage commercialise auprès des acteurs de santé (services publics, praticiens) un **dispositif fondé sur l'IA capable d'analyser les données de vie des séniors et de prédire les hospitalisations avec 7 à 14 jours d'avance.**
- Le dispositif s'appuie sur les observations sur l'état de santé du senior faites par les aidants et **génère des alertes** (dénutrition, dépression, douleur, etc).
- Une console d'analyse clinique permet au médecin traitant de traiter les alertes en temps réel.
- En 2022, **4 500 séniors** bénéficiaient de la solution Presage.

Partenaire

Allianz 

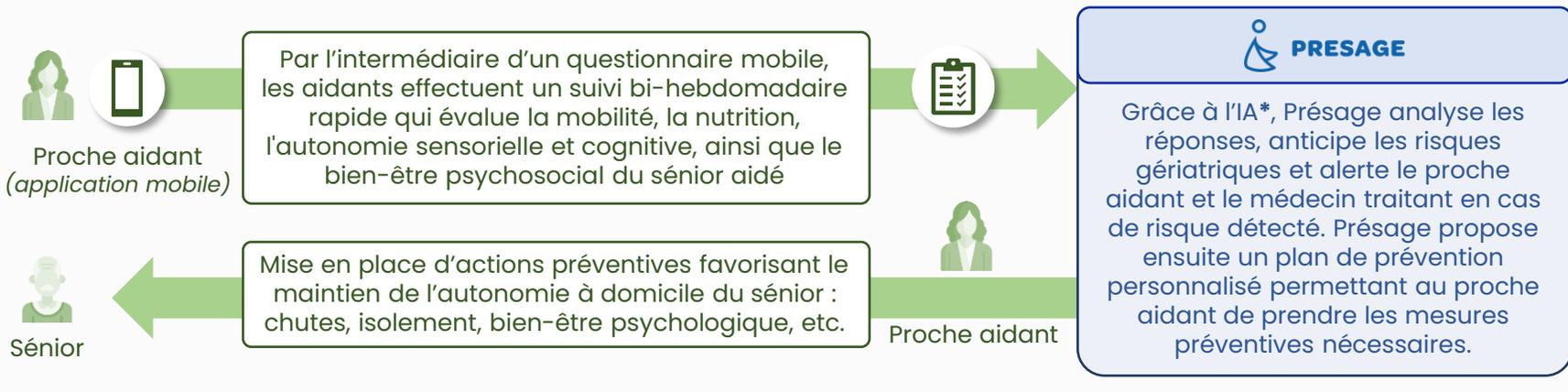
Distributeur de la solution Présage, Allianz France propose à ses clients proches aidants de tester gratuitement le dispositif.

50 %

Dans près de 50% des cas, les hospitalisations des séniors sont évitables, à condition de les anticiper

Présage

La prévention prédictive au service du maintien de l'autonomie



Résultats

99,6 %	Taux de fiabilité
-80 %	Taux de réduction des hospitalisations en urgence
94 %	Taux de satisfaction des bénéficiaires

Enquête réalisée en 2022 sur un échantillon de 739 patients suivis depuis minimum 6 mois par Présage

✓ Avis Klein Blue

- Les coûts croissants liés à l'augmentation du nombre de séniors en France et des problématiques associées (perte d'autonomie, hospitalisations, pathologies liées à l'âge comme la maladie d'Alzheimer) soulèvent de plus en plus de **préoccupations quant à l'impact de cette dynamique sur le système de santé.**
- A l'instar de Présage, l'émergence de **solutions préventives et prédictives capables de prolonger le maintien de l'autonomie à domicile** des séniors apparaît comme une dynamique d'innovation porteuse.

SOMMAIRE

- 1 Définition et contexte
- 2 Le marché de la santé et de la prévention en France
- 3 Enjeux et défis clés pour les assureurs
- 4 Panorama des acteurs innovants
- 5 Zoom sur des initiatives startups différenciantes
- 6 Et demain ? Bonnes pratiques à adopter pour les assureurs**

1

Enrichir ses services en nouant des partenariats avec des acteurs innovants

Les assureurs sont encouragés à nouer des partenariats de distribution et/ou de co-création de services digitaux en prévention avec des pure-players innovants et dont la traction commerciale est confirmée.

Cette approche permet aux assureurs :

- d'**enrichir leur offre** avec de nouveaux services en prévention,
- de tirer parti des points forts du partenaire, notamment en termes d'**expérience utilisateur** (UX) et donc d'acquisition et de rétention,
- d'optimiser leur **image de marque**,
- de **tester des modèles fonctionnels à bas coûts** (voir gratuitement) en se positionnant en tant que distributeurs de la solution.

Néanmoins, pour envisager ce type de rapprochement, les assureurs doivent transformer leurs architectures autour de **modèles ouverts de prévention-as-a-service**, facilitant l'agrégation de services tiers en prévention*.

Exemple



Binah.ai est une startup israélienne qui développe une solution de mesure et d'analyse en temps réel de différents signaux biométriques (pression artérielle, fréquence cardiaque, stress, etc) par l'intermédiaire de la caméra frontale des appareils numériques.

En 2021, **Generali Deutschland** et Binah.ai ont co-conçu l'application « **VitalSigns&Care** », alimentée par la technologie de binah.ai et distribuée par Generali en tant que service complémentaire à son offre d'assurance santé.

Plus de détails sur cette solution en [annexe n°1](#)

2

Faire de l'IA et de la data des outils au service d'un meilleur ciblage des besoins et des clients

Les assureurs doivent réussir à tirer parti des données et des technologies existantes (IA) pour mieux cibler les besoins de leurs assurés et proposer des services plus adaptés et plus personnalisés.

Cette approche permet aux assureurs :

- de **mieux comprendre les besoins, les comportements et les risques**,
- de **privilégier la prévention sélective et ciblée** à la prévention universelle, moins efficace,
- de **cibler des segments de marché aujourd'hui mal adressés** par manque de recul et de données (femmes, seniors, etc),
- de développer des modèles de **tarification dynamique** (pay-as-you-live).

Là encore, l'approche partenariale peut être envisagée, les assureurs étant incités à se **rapprocher d'acteurs technologiques** capables de leur fournir des infrastructures, des données et des outils d'analyse avancés (GAFAs, enablers).

Exemple



Thryve Health se positionne comme un facilitateur technologique permettant aux assureurs d'accéder, de récupérer et d'exploiter les données de santé de leurs clients depuis plus de 500 dispositifs médicaux connectés (Google Fit, Apple Health, etc). Disponible par l'intermédiaire d'une API, la solution proposée par Thryve Health s'intègre aux systèmes de données des assureurs.

La compagnie d'assurance maladie allemande **AOK Baden-Württemberg** utilise l'outil proposé par Thryve Health pour mieux cerner les données de santé de ses assurés, cibler plus efficacement leurs risques et leurs besoins, et proposer des services de prévention plus adaptés.

3

Développer ou intégrer des mécanismes d'incitation

Pour résoudre le défi de l'engagement des utilisateurs, les assureurs peuvent développer des mécanismes d'incitation et de gamification.

Cette approche permet aux assureurs :

- d'inciter économiquement les assurés à devenir **acteur de leur santé** par le biais de systèmes de récompenses (tarification comportementale, bonus),
- **d'augmenter l'engagement des clients** autour des services de prévention,
- **d'optimiser l'expérience utilisateur (UX)** et de fidéliser les assurés,
- **d'encourager les comportements sains et préventifs**,
- de **toucher des cibles plus jeunes** en adaptant les mécanismes du jeu à l'assurance et à la prévention.

De manière générale, cette approche amène les assureurs à **repenser leur expérience utilisateur dans leur ensemble**.

Exemple



En 2019, l'assureur américain **Aetna** a développé **Attain**, une application de suivi et de récompense des modes de vie sains des assurés.

L'application s'appuie sur les **données collectées par l'Apple Watch** ou par un capteur fourni par Aetna pour fonctionner. Attain analyse notamment l'activité physique de l'utilisateur et **récompense les modes de vie « sains »** par des cartes-cadeaux ou des Apple Watch. Attain intègre également des défis et des rappels préventifs (médicaments, vaccins).

Plus de détails sur cette solution en [annexe n°2](#)

4

Cibler de nouveaux segments de marché en s'adaptant à leur degré de développement

Certains segments de marché n'offrent que peu de recul aux acteurs de la prévention. C'est notamment le cas du segment de la prévention de la santé des femmes, longtemps négligé.

- Par conséquent, le degré de sensibilisation et de prévention des individus qui constituent ces marchés sont très faibles : **4 femmes sur 5 disent négliger leur santé et seulement 38% d'entre elles affirment réaliser des bilans de santé périodiques***.
- Ainsi, à ce stade du développement de ce marché, ce sont les actions ciblées de sensibilisation et d'information qui apparaissent comme étant les plus adaptées.

Pour introduire ce type de marchés, il est donc essentiel **d'interroger leur degré de sensibilité et leur rythme de développement**.

Exemple

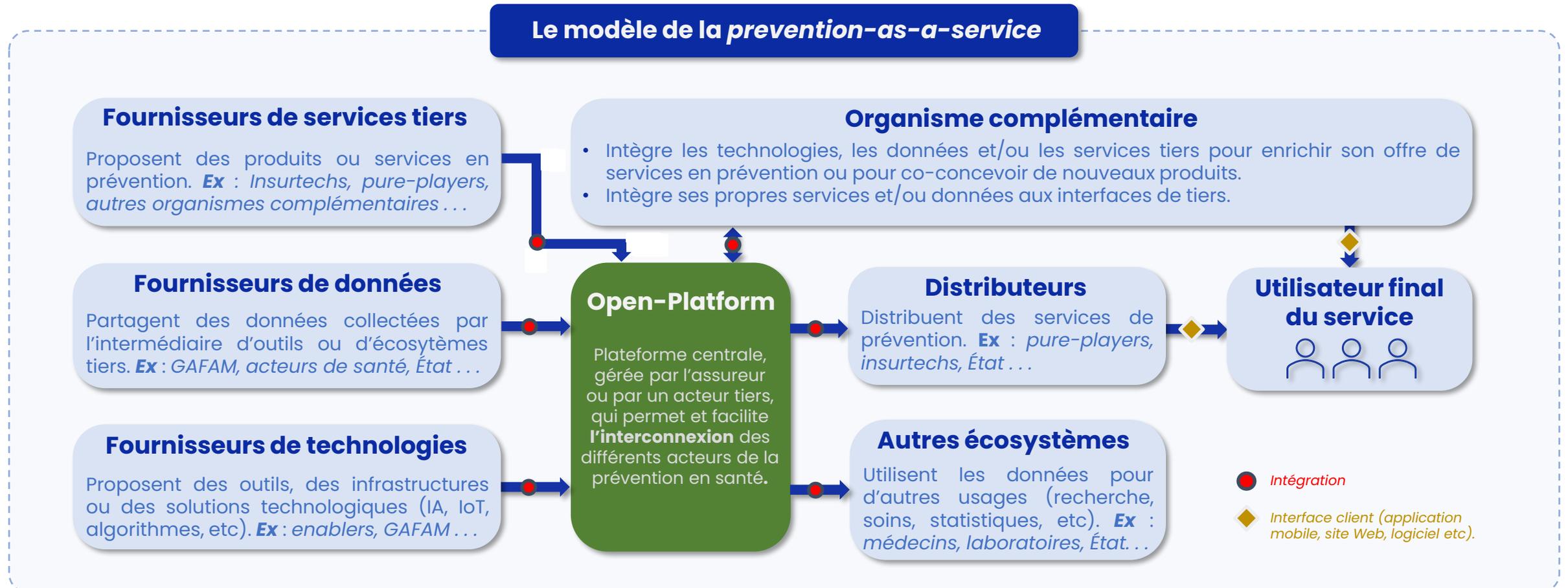


En 2022, **MGEN** a noué un partenariat avec la startup **Lyv** qui développe une plateforme digitale dédiée à **l'accompagnement des femmes souffrant d'endométriose** (un sujet qui concerne 10% des femmes en âge procréer).

Ce partenariat a permis à plusieurs femmes adhérentes de MGEN et touchées par l'endométriose, de **bénéficier d'une prise en charge** du programme d'accompagnement digital School of Endo de Lyv. Ce programme expérimental de 90 jours avait pour objectif d'aider les femmes dans la transformation de leur mode de vie au travers d'un accompagnement sur-mesure et d'un accès à des contenus, des groupes de soutien et des échanges avec des spécialistes.

Et demain ? – Le développement d'un modèle d'avenir : la *prevention-as-a-service*

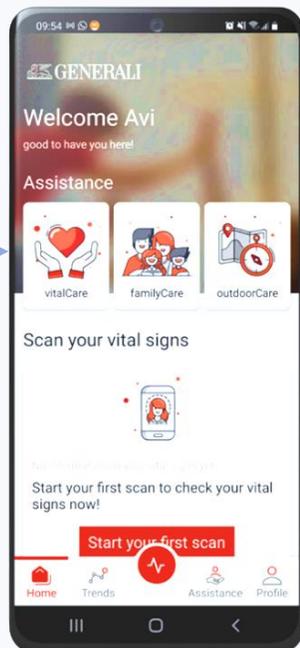
- Le marché de la prévention en santé est **à l'aube d'une transformation de son modèle et de ses approches**.
- Portée par l'open-insurance et le travail d'ouverture des infrastructures de données des assureurs, l'évolution du marché de la prévention en santé s'organise progressivement autour **d'écosystèmes intégrés et ouverts**.
- Ce nouveau modèle de ***prevention-as-a-service*** implique pour les assureurs de repenser la prévention autour d'une **logique partenariale** où l'intégration de services et de produits tiers constitue l'un des principaux facteurs clés de succès.
- La vue schématique suivante synthétise le fonctionnement de ce nouveau modèle en voie de développement :



Annexe n°1 – Zoom sur l'application VitalSigns&Care lancée par Generali Deutschland et Binah.ai

Interface client de l'application « VitalSigns&Care »

Autres services de l'application proposés par Generali



Solution intégrée dans l'interface en marque blanche

L'utilisateur se prend en selfie pour que l'outil puisse analyser ses paramètres vitaux.

En une minute environ, l'utilisateur obtient son bilan de santé avec différents indicateurs (ex : pression artérielle, fréquence cardiaque, etc.)

✓ Avis Klein Blue

- Au lancement de son application, Generali avait l'ambition de l'**exporter sur d'autres marchés** européens. Jusqu'alors, l'application est **uniquement disponible en Allemagne**.
- Contrairement à ses voisins européens, la **législation allemande** est particulièrement **propice** à l'intégration d'application de santé numérique. La loi DIGA (2019) permet notamment la prescription médicale et le remboursement de thérapies digitales (ou DTx)*.
- Le **retard des autres pays européens** en la matière pourrait supposer certaines difficultés qu'aurait pu rencontrer Binah.AI pour déployer un tel dispositif dans d'autres pays. Cette hypothèse est également renforcée par l'**absence de certification européenne « CE »** pour la solution développée par Binah.AI.

Annexe n°2 – Zoom sur l'application Attain lancée par Aetna

Interface client de l'application « Attain »



Activity 50,000 pts

550 CAL

Today's active calorie goal is 1,100.
You're just one day away from achieving your weekly goal.

This week 3 of 4 goals achieved **Activity history >**

M T W T F S S 2,250 pts

Activity Healthy Actions Challenges Rewards

Challenges 100,000 pts

Active Completed

150 PTS EARNED | AUG 1 – 31

Give your home gym a one-month trial
900 workout minutes a month

[View details >](#)

480 min completed

1,000 PTS TOTAL | AUG 8 – 19

Build up your step streaks
75,000 steps in two weeks

[View details >](#)

I'm in!

Activity Healthy Actions Challenges Rewards

50,000 POINTS Purchases

 Adidas Gift Cards \$5—\$50 5,000—50,000 points	 Amazon \$5—\$50 5,000—50,000 points
 For everything Apple App Store & iTunes \$5—\$50 5,000—50,000 points	 Best Buy \$5—\$50 5,000—50,000 points
 CVS pharmacy \$5—\$50 5,000—50,000 points	 CharityChoice \$5—\$25 5,000—25,000 points

A propos de Klein Blue

Klein Blue propose une **plateforme de market intelligence** et des **prestations de conseil en innovation** à des grands groupes opérant dans divers secteurs (Assurance, Banque, Santé, Distribution, Mobilité, etc.).



PLATEFORME DE VEILLE

Un outil permettant de détecter les startups innovantes, suivre les tendances et analyser les stratégies innovation de vos concurrents



CONSULTING

Des missions de conseil pour cadrer, définir et accélérer votre stratégie d'innovation



ETUDES THÉMATIQUES

Des études thématiques dédiées à l'innovation en Banque, Assurance, Santé, Immobilier, Distribution, Mobilité, etc.



CLUBS

Des évènements avec des contenus d'experts entre décideurs et startups