

«Le corps assuré»

Mon propos ici, en tant qu'actuaire, porte sur les assurances complémentaires santé. Mon rôle de conseiller auprès des assureurs est double. D'un côté je suis en contact avec ceux qui achètent de l'assurance de personnes et de l'autre je réfléchis avec les organismes assureurs. Je les aide à fixer un prix pour leurs produits. Ce travail est un travail de statisticien. J'ai donc un bon aperçu de ce que l'on appelle le financement des frais de soins, frais actuellement en augmentation suite au vieillissement de la population et aux avancées médicales.

Pour comprendre le contexte actuel des frais de santé, il faut se rappeler que la sécurité sociale, créée en 1945, repose sur le principe de solidarité. Mais sous l'effet de multiples facteurs (chômage, baisse en pourcentage du nombre de salariés, statut particulier des intermittents du spectacle...), le déficit de la branche maladie est de 5 milliards (2017). Ce déficit ne fait que refléter le changement de monde dans lequel nous vivons (diminution des ressources naturelles, libéralisme, crise économique, mondialisation, numérique...) Mon exposé a donc lieu au cours d'une phase d'adaptation à un monde nouveau. Ce nouveau monde est dominé, dans le domaine de la santé, par le numérique : celui-ci est à la fois une aide aux soins et un facilitateur d'accès aux soins mais il coûte de plus en plus cher. A côté de cela se profile la problématique des données personnelles. Celles-ci sont collectées à partir de tous les échanges mettant en action une « connexion » et donc un serveur. Ainsi la montre connectée, le téléphone portable, Facebook, achat en ligne...sont des mines de données utilisées par les GAFA qui les traitent à l'aide d'algorithmes. Ce traitement peut viser à déterminer le profil « consommateur » d'une personne mais aussi son profil « santé ». A cela s'ajoute les progrès médicaux récents et notamment en matière de génomique. Certains imaginent déjà déterminer le coût « santé » d'une personne chez qui on aurait détecté à la naissance un profil génomique comportant une ou des pathologies « en attente ».

Le financement des soins est à 78 % basé sur la solidarité (sécurité sociale), 13 % par l'assurance complémentaire santé financée par l'employeur et le salarié, 1,5 % par l'Etat et le reste est à la charge des personnes individuelles. L'assurance privée est donc peu importante en France. Mais qui sont ces assureurs ? Pour 68% des mutuelles et des institutions de prévoyance qui ont un but non lucratif. Les 32 % restant sont des compagnies privées commerciales, cotées en bourse, qui cherchent à être rentable. Sous l'influence du parlement européen, des normes sont imposées aux acteurs de ce marché de l'assurance complémentaire santé et on constate un effet de standardisation : toutes les offres se ressemblent. Pour se démarquer, les compagnies jouent sur l'offre de nouveaux services et le système assuranciel devient de plus en plus serviciel. Le jeu se joue en effet autour de la prévention. Un suivi des mesures préventives mises en place par l'assuré (à l'aide de montres connectées donnant le rythme cardiaque, la fréquence des exercices physiques...) permet à l'assureur de personnaliser le contrat individuel santé. Par ailleurs, l'envoi des données par l'assuré et leur analyse sont source de profit pour l'assureur qui peut les revendre.

La question majeure qui se pose alors concerne la confidentialité des données collectées, parfois à l'insu des personnes (achats Amazon, recherche sur Google, post sur Facebook, géolocalisation par téléphone portable...) mais souvent aussi avec leur consentement (lorsqu'il s'agit de faire diminuer le coût de la mutuelle santé ou la souscription de contrat d'assurance en ligne qui intéresse 80% des jeunes nés entre 1980 et 2000). En France, la volonté est clairement affichée de protéger les données via la CNIL. Pourtant des failles commencent à apparaître. Microsoft vient en effet d'obtenir une certification pour héberger le stockage des données de santé. Il convient donc d'être vigilant à la « troisième personne » : celle qui gère les flux entre les acteurs (pharmacie, hôpitaux, médecins de ville...).

Pour finir, je parlerai en quelques mots des dangers d'une vision trop prédictive de la santé. En France, le modèle de solidarité offert par la sécurité sociale garantit à tous un accès aux soins. En complément, le contrat collectif, pris par les entreprises pour leur salarié est favorisé. Ces deux aspects, solidarité et mutualisation permettent d'éviter actuellement une sélection médicale. Pourtant, certains commencent à réfléchir sur un modèle de tarification basé sur le génome. Pour moi, il ne s'agit plus d'une assurance. Il faut avoir en tête que les campagnes de prévention ont un coût non négligeable. Les assureurs s'emparent donc du sujet en offrant des services. Ils espèrent ainsi un retour sur investissement. Ils en sont encore aux balbutiements mais c'est un aspect de « l'assurance » qui est en pleine expansion.

Nous avons dit que plus de 80% des frais de santé étaient pris en charge par la sécurité sociale. Mais ceci est une moyenne et il ne faut pas cacher que les frais provoqués par l'état de dépendance, notamment des personnes âgées, ne sont pas remboursés à hauteur de 80%. Une véritable réflexion est à mener, au niveau de l'Etat, sur des sujets pointus tels que celui du coût induit par le vieillissement de la population. Une vision segmentarisée du coût de la santé ne doit pas être occultée.