



ENTREPRISE

PARTAGE D'EXPERTS

N3
MAI
2019

LA REVUE
THÉMATIQUE
MMA ENTREPRISE
POUR LES COURTIERS

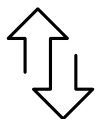


ASSURANCE
SANTÉ

**VERS UN
NOUVEAU
MODÈLE**

INSIGHTS

LES CHANGEMENTS SOCIÉTAUX ET L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES PAYS LES PLUS RICHES, À L'EXEMPLE DE LA FRANCE, LAISSENT PRÉSAGER UNE CROISSANCE CONSTANTE DES DÉPENSES DE SANTÉ, À LAQUELLE S'AJOUTE UN NOUVEL ENJEU MAJEUR: LA RÉVOLUTION NUMÉRIQUE.



2,3

milliards de gigaoctets: le volume mondial des données de santé d'ici à 2020

(Source: étude LIR/EY - 2018)



325 000

applications mobiles de santé seraient disponibles sur les différentes plateformes de téléchargement dans le monde

(Source: Research2guidance, 2018)



410

milliards de dollars seront investis en 2022 sur le marché des objets connectés, des logiciels et des services numériques pour la santé

(Source: Rapport du cabinet d'étude Grand View Research du 23 mai 2016)

10

jours d'hospitalisation en moyenne en France, la durée la plus élevée des pays de l'OCDE derrière le Japon et la Corée

(Source: «Panorama de la santé 2017», Les indicateurs de l'OCDE)

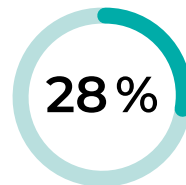


LA FRANCE EST À LA POINTE DE LA RECHERCHE MONDIALE.

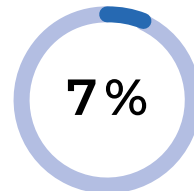
UNE RECHERCHE MÉDICALE QUI EST AUSSI EN TRAIN DE FAIRE SA RÉVOLUTION. GRÂCE AU *BIG DATA* DE SANTÉ ET DONC, INDIRECTEMENT, GRÂCE AUX APPLIS ET OBJETS CONNECTÉS QUI PERMETTENT DE COLLECTER CES DONNÉES DE SANTÉ

Éric Sebban,

fondateur du laboratoire d'électronique médicale et de produits de santé Visiomed



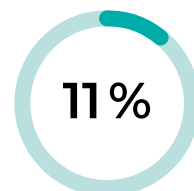
de la population des pays de l'OCDE sera âgée de plus de 65 ans en 2050 contre 17% en 2015



des frais de santé sont à la charge des patients français, les plus faibles parmi les pays de l'OCDE



de médicaments génériques en France, contre 52% en moyenne dans l'OCDE



du PIB français est consacré aux dépenses de santé (5^e rang des pays de l'OCDE, après les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne et la Suède)

(Source: «Panorama de la santé 2017», Les indicateurs de l'OCDE)

87%

DES FRANÇAIS SE DÉCLARENT PRÊTS À RENDRE ACCESSIBLES LEURS DONNÉES DE SANTÉ PERSONNELLES À LEUR MÉDECIN TRAITANT

(Source: «Les Français et la santé», OpinionWay, 2018)

2977

euros: le montant de soins et de biens médicaux par habitant en France en 2017

(Source: étude La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques/DREES - septembre 2018)

PARTI PRIS



MMA ET LES COLLECTIVES

L'AXE PRÉVENTION



MMA est de retour sur le marché de la santé prévoyance collective. Sur le long terme, notre ambition est d'être, auprès de vous, un acteur de référence en collectives comme nous le sommes déjà en risques d'entreprises IARD. Si ce marché reste ouvert, avec les récentes évolutions réglementaires, il est aussi très concurrentiel avec une forte bataille sur les prix qui ne favorise pas toujours l'équilibre des portefeuilles.



@XPBroker

L'innovation en termes de services et la prévention seront les leviers de différenciation et de création de valeur pour vos clients. Ensemble, nous avons vocation à préempter ce sujet d'intérêt général. La prévention nous permet en effet d'agir sur le volet économique et sur celui de la santé publique. En jouant votre rôle de conseil, vous répondrez aux attentes à la fois des salariés et des chefs d'entreprise. Objectifs ? Préserver le capital santé pour les premiers à des coûts raisonnables et protéger l'activité et la bonne marche de l'entreprise pour les seconds.

MMA souhaite vous apporter, chers partenaires, son expertise en la matière mais surtout être à votre écoute pour trouver des solutions adaptées aux besoins de chacun de vos clients.

Xavier Poinson,
directeur commercial courtage
et développement des assurances collectives MMA

LA TRANSFORMATION DU SECTEUR DE L'ASSURANCE SANTÉ

L'ASSURANCE SANTÉ, DÉJÀ AU CŒUR DE NOS VIES, LE SERA DE PLUS EN PLUS DANS UN MONDE ENRICHİ DE DONNÉES. ELLE DOIT POUR CELA TRANSFORMER SON MODÈLE VERS PLUS DE SERVICES, DE PERSONNALISATION MAIS AUSSI DE PRÉVENTION.

La révolution numérique, les nouvelles attentes des clients, le vieillissement de la population... Autant de facteurs qui bousculent les anciens modèles de l'assurance santé. Aujourd'hui, le rôle des assureurs n'est plus seulement de rembourser des frais de santé. Une mutation qui intervient alors qu'avec le renforcement des contraintes réglementaires et juridiques il est de plus en plus difficile de proposer des produits différenciants. Les assureurs tendent donc à devenir des partenaires qui accompagnent leurs assurés tout au long de leur vie.

Jusqu'ici limités à des relations fugaces (contrats reconductibles...) et à des échanges à teneur négative (sinistres, franchises...), ils misent plus que jamais sur leur rôle de conseil. Via l'information, la prévention, l'assistance, les assureurs ont vocation à proposer non seulement des produits mais aussi des services. «L'assurance transforme et enrichit sa relation avec l'assuré – habitué aux standards de simplicité et de réactivité des acteurs digitaux – grâce à la technologie (chatbot, drones, reconnaissance d'image, etc.)», écrivait Bernard Spitz, président de la Fédération française de l'Assurance, dans une tribune publiée en septembre 2018 dans *Les Échos*.

UN NOUVEAU MODÈLE DE DISTRIBUTION AVEC LE DIGITAL

L'assurance santé de demain se joue en grande partie sur le terrain du digital. Rendre le client plus autonome dans la gestion, par exemple, d'actes administratifs simples ou lui donner la bonne information au bon moment où qu'il soit passe par le développement d'outils numériques et mobiles. Commencent ainsi à émerger une offre à la carte sans engagement sur le long terme et un dialogue régulier via des applications mobiles. Plus qu'une redéfinition des produits d'assurance, c'est celle du modèle de distribution qui s'annonce. En cela, les courtiers les plus avancés en matière de formation et d'équipements numériques seront



L'assurance transforme et enrichit sa relation avec l'assuré – habitué aux standards de simplicité et de réactivité des acteurs digitaux – grâce à la technologie

Bernard Spitz,
président de la Fédération française de l'Assurance.





26
MILLIARDS DE DOLLARS :
CE QUE LE MARCHÉ DE
LA TÉLÉCONSULTATION
PÈSERA D'ICI À 2020



Frédéric Bizard,
professeur d'économie
et spécialiste des
questions de protection
sociale et de santé

La gestion du risque en amont, un rôle clé pour les assureurs

Quels sont les nouveaux risques et les nouveaux besoins en matière de santé ?

Frédéric Bizard : Les transitions démographiques avec le vieillissement de la population et épidémiologiques avec le développement de pathologies chroniques imposent une refondation de notre système de santé. Dans cette perspective qui privilégierait autant le maintien en bonne santé que les soins à apporter aux patients, les assureurs ont un rôle clé à jouer, celui d'une nouvelle stratégie de gestion du risque santé en amont. Mais dans le secteur de la santé, cette approche reste marginale.

Comment sortir du système dominant actuel, que vous jugez inadapté ?

F. B. : Il faudrait instaurer un système à payeur unique avec l'Assurance maladie comme pilier solidaire sur certains soins essentiels et les assureurs privés sur les autres types de soins essentiels. Les financeurs auraient ainsi intérêt à investir dans le maintien en bonne santé pour diminuer les frais. La digitalisation y contribue en redonnant à l'assuré la maîtrise de ses *data*.

Mais les Gafa (Google, Amazon, Facebook, Apple) ne sont-ils pas mieux placés pour accompagner cette transformation ?

F. B. : Le vrai risque concerne la distribution des produits d'assurance, à savoir le courtage, où il faut avoir une bonne connaissance du client, point sur lequel les Gafa sont très présents. La seule façon de contrer ce risque est de gérer le capital santé des individus ce qui demande une certaine expertise sur laquelle les Gafa ne vont pas forcément investir.

 @fredericbizard

les plus à même de faire la différence et d'apporter une valeur ajoutée à leurs clients.

Pour développer cette nouvelle approche et ces nouveaux services, les assureurs peuvent compter sur leurs propres ressources et leur expertise du secteur mais ils doivent aussi se préparer à l'arrivée de nouveaux entrants, les fameuses *assurtechs*, telles Alan, +Simple, Dreamquark, Fluo et Otherwise. Ces jeunes pousses de l'assurance peuvent être certes une menace dans la perspective d'une possible « ubérisation » du marché, mais elles représentent aussi une chance pour les assureurs. En scellant des partenariats financiers, technologiques ou commerciaux avec ces nouveaux acteurs, les groupes d'assurance peuvent concevoir de nouveaux services et modèles plus difficiles à développer en interne par manque de souplesse et d'agilité.

C'est une manière aussi de résister à une éventuelle concurrence des géants du Web : les Gafa (Google, Apple, Facebook et Amazon). Amazon propose déjà des services d'assurance dans certains pays. Toutefois, la rentabilité du secteur et les contraintes réglementaires en France laissent plutôt présager que les Gafa se positionneront davantage comme prestataires de services ou fournisseurs de données que comme acteurs à part entière de l'assurance santé.



LE GRAND CHANTIER DE LA PRÉVENTION

Aux assureurs donc d'innover ! L'e-santé (télémédecine, m-santé...), l'assurance collaborative (communautés d'assurés partageant les mêmes besoins et les mêmes risques) ou encore l'assurance comportementale (offres adaptées à l'état de santé et au mode de vie des assurés via notamment des objets connectés) sont des voies à explorer. Le seul secteur de la téléconsultation devrait représenter un marché de 26 milliards de dollars en 2020 contre 14 milliards en 2016, selon le cabinet Roland Berger.

Mais s'il est un domaine que les assureurs ont toute légitimité à préempter en vue de construire une nouvelle relation avec leurs clients, c'est bien la prévention. Le contexte s'y prête plus que jamais depuis le lancement le 26 mars 2018 par le gouvernement du plan santé Priorité Prévention avec ses 25 mesures phares dotées d'un budget de 400 millions d'euros sur 5 ans.

NOUVELLES TECHNOLOGIES, NOUVELLES SOLUTIONS

Là encore la technologie ouvre un nouveau champ des possibles pour les assureurs santé qui cherchent à prévenir les risques et réduire les coûts de traitement tout en redynamisant



Les assureurs ont un rôle clé à jouer, celui d'une nouvelle stratégie de gestion du risque santé en amont

Frédéric Bizard,
professeur d'économie
et spécialiste des questions
de protection sociale et de santé

400

MILLIONS D'EUROS :
LE BUDGET MIS EN PLACE
POUR LE PLAN SANTÉ
« PRIORITÉ PRÉVENTION »

leur relation client. Ainsi l'essor de l'Internet des objets (IoT, pour Internet of Things), qui a vu se démocratiser l'usage des bracelets, montres et autres balances connectées, permet de suivre et de surveiller en temps réel son rythme cardiaque ou son taux de sucre dans le sang. La *blockchain*, cette technologie de registre distribué sécurisé, offre également de nouvelles perspectives pour un traitement plus rapide des transactions comme les demandes de remboursement, et pour un coût réduit. Quant à l'intelligence artificielle, elle commence déjà à avoir des effets concrets tant au niveau clinique (diagnostic médical...) qu'organisationnel (gestion des ressources hospitalières...).

Toutefois, l'expérimentation voire le déploiement de ces nouvelles technologies dans l'univers de l'assurance santé soulève des questions éthiques et juridiques, d'une part en matière d'individualisation du risque pour la tarification et d'autre part en matière de gestion de la confidentialité des données de santé. Cela suppose donc un double enjeu à relever par les assureurs : proposer d'excellents produits permettant d'obtenir le consentement du client pour accéder à ses données personnelles et assurer une sécurisation optimale de ces mêmes données.

LA RÉFORME DU « 100 % SANTÉ »

ANNONCÉE LE 13 JUIN 2018
PAR EMMANUEL MACRON, LA RÉFORME
POUR L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS
DE QUALITÉ EN OPTIQUE, AUDIOLOGIE
ET DENTAIRE BÉNÉFICIERA D'UNE MISE
EN PLACE PROGRESSIVE.





PASCALE SOYEUX, DIRECTRICE SANTÉ PRÉVOYANCE CHEZ COVÉA, DÉTAILLE LES IMPACTS DE LA RÉFORME « 100 % SANTÉ » POUR LES ASSUREURS ET LES COURTIERS. À LA CHARGE DE TRAVAIL SUPPLÉMENTAIRE INDÉNIABLE LIÉE À LA MISE EN CONFORMITÉ, ELLE OPPOSE TOUTEFOIS DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS COMMERCIALES À SAISIR.

BIOGRAPHIE

2018
Directrice Santé
Prévoyance du
groupe Covéa

2015
Directrice des
acceptations en
réassurance du
groupe Covéa
et également
à la tête de la
direction
technique
depuis 2016

2011
Directrice des
Assurances
collectives et
membre du
comité exécutif
de La Mutuelle
Générale

2004
Responsable de
la tarification
des collectives à
La Mutuelle
Générale

1997
Souscriptrice au
groupe Médéric

Quelle est votre lecture de la réforme « 100 % santé » pour MMA ? Et pour les courtiers ?

Pascale Soyeux : Pour MMA comme pour les courtiers, cette réforme présente des opportunités commerciales. Une marque comme MMA, dont le portefeuille est récent, aura non seulement une moindre charge en termes de mise en conformité des contrats mais elle pourra aussi plus facilement bénéficier des mouvements de portefeuilles inhérents à tout changement de réglementation. Pour les courtiers, le conseil aux entreprises pour expliquer la réforme est une occasion de développer et fidéliser leur portefeuille de clients. Autre aspect à ne pas négliger : la lisibilité des contrats, qui oblige l'ensemble du marché à présenter des exemples similaires de remboursement sur des postes définis pour permettre aux assurés de réaliser des comparatifs. Ce dossier, concomitant à la réforme, se trouve compliqué par cette dernière avec les notions de panier « 100 % Santé » et de paniers libres, et les restes à charge, par exemple en dentaire, variant selon le positionnement de la dent et le matériel utilisé. Cette complexité va susciter beaucoup de questions. Cela nécessitera également la mise en conformité des contrats afin de rester responsable et donc de bénéficier de la taxation à 13,27%. Il va falloir répondre rapidement et avec pédagogie, même si les pouvoirs publics ont demandé aux Urssaf d'être conciliantes dans un premier temps.



Il est indispensable dans un premier temps de réaliser une mise en conformité au minimum afin que les contrats restent responsables



1er
JANVIER 2020

« 100 % SANTÉ » SERA GARANTI EN OPTIQUE ET POUR UNE PARTIE DU PANIER DENTAIRE (2021 : GARANTIE POUR LE RESTE DU PANIER DENTAIRE ET POUR LES AIDES AUDITIVES)

Comment limiter les effets négatifs de la réforme ?

P. S. : Ces effets négatifs sont de deux ordres : tarifaires et contractuels. Si du point de vue du client, on peut s'attendre à une plus grande satisfaction avec la baisse du reste à charge, pour les assureurs sur les contrats standards et pour les courtiers sur les contrats sur-mesure, la charge de travail va s'accroître. Cela demande donc beaucoup d'anticipation. Les courtiers devront avoir plus que jamais le réflexe d'inciter leurs clients à demander un devis afin d'éviter tout désagrément en matière de reste à charge. Enfin, la réforme nécessite une mise à jour des notices d'information et la création, si ce n'est déjà fait, d'un simulateur de reste à charge.

Quel sera l'impact du « 100 % Santé » sur le recalibrage des offres du groupe Covéa ?

P. S. : Étant donné qu'il est difficile de discuter avec tous ses clients pour présenter les différentes hypothèses liées à la réforme, il est indispensable dans un premier temps de réaliser une mise en conformité au minimum afin que les contrats restent responsables.



Quel impact cela va-t-il avoir sur la gestion des contrats collectifs ?

P. S. : Sur les contrats en sur-mesure, il va y avoir beaucoup de travail d'éditique et de paramétrage informatique, pour les assureurs évidemment, mais aussi pour les courtiers qui ont des plateformes de gestion. De même, l'explication de la réforme nécessite la mise en place d'outils adéquats : plateformes téléphoniques suffisamment dimensionnées pour répondre aux questions multiples des assurés, services de devis, simulateurs de remboursement...

Quelle évolution peut-on prévoir pour les contrats des inactifs ?

P. S. : Les assureurs doivent vérifier que les contrats relevant de la Loi Évin, qui sont proposés à titre facultatif dans les cas de sorties de contrats collectifs (invalidité, décès et surtout retraite), sont bien en adéquation avec les contrats des actifs et donc qu'ils incluent les nouvelles garanties du « 100 % Santé » de la même manière. Et ce d'autant que les nouvelles dispositions de la réforme, compte tenu des postes concernés (optique, dentaire et auditif), touchent, en termes de fréquence de consommation, au premier chef les séniors.

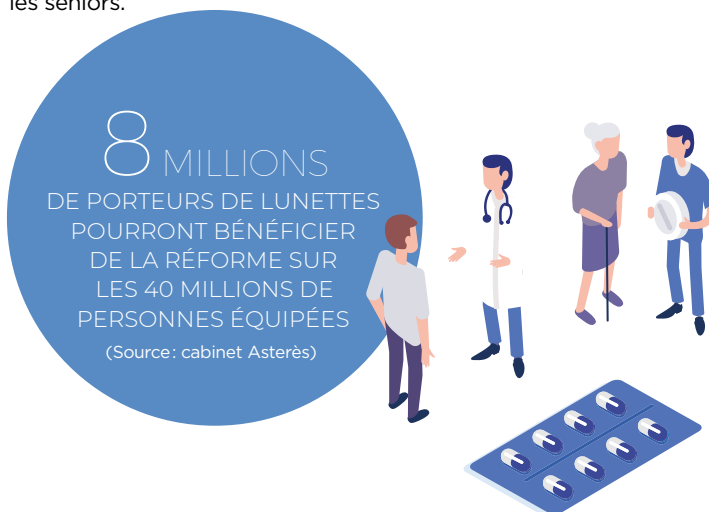
Ensuite, il faudra faire du cas par cas si besoin. Il est par ailleurs conseillé de travailler et valoriser les services connexes comme ceux liés aux devis dentaires. Car il faut éviter un effet déceptif : le public n'ayant généralement gardé de la communication autour de cette réforme que la notion de 100% pris en charge. Or le reste à charge est en fait soumis à certaines conditions.

Faudra-t-il privilégier la fidélisation et le multi-équipement aux stratégies de conquête ?

P. S. : Le multi-équipement reste une priorité et le meilleur moyen de fidéliser ses clients. Mais la réforme aura surtout un impact en termes de développement. Lorsqu'une entreprise est incitée à remettre à plat sa politique d'assurance, et c'est le cas avec le « 100 % Santé », elle demande souvent à son courtier de faire un nouveau tour de table du marché. Une opportunité donc pour les assureurs comme MMA mais aussi pour les courtiers. Les plus organisés et les plus structurés d'entre eux peuvent ainsi fidéliser par le conseil et démarcher les entreprises de leurs concurrents ou les ETI et PME, notamment celles qui ne font pas encore l'objet d'intermédiaires.


POUR EN SAVOIR PLUS, RENDEZ-VOUS SUR <http://bit.ly/100Santé-gouv>


@SoyeuxP



LA SANTÉ CONNECTÉE

UN LEVIER DE CROISSANCE POUR LE SECTEUR ASSURANTIEL ?

ENTRETIEN CROISÉ ENTRE **VINCENT GALAND**, SPÉCIALISTE DES DONNÉES DE SANTÉ ET NOUVELLES TECHNOLOGIES, MANAGER D'EMBLEEMA, ET **MINH Q. TRAN**, MANAGING PARTNER DU FONDS D'INVESTISSEMENT ODYSSEUS ALTERNATIVE VENTURES.

En quoi la santé connectée permet-elle de proposer une assurance personnalisée ?

Vincent Galand : L'assurance de demain devra être une assurance connectée. En fonction des données collectées à partir de différentes sources (objets connectés, questionnaires...), l'assureur peut proposer un suivi et des recommandations personnalisées à ses clients. Les assureurs pourraient ainsi les rediriger au mieux vers les centres de soins dont ils sont partenaires afin de maîtriser les coûts et fluidifier le parcours de soins.

Quel est l'intérêt pour les assureurs de développer des programmes de prévention santé via des objets connectés ?

V. G. : Réduire les frais liés aux actes médicaux qui auraient pu être évités avec un meilleur suivi et une incitation à l'adoption de comportements sains. C'est le cas par exemple avec Attain, la nouvelle app d'Apple disponible sur Apple Watches : cette dernière propose des défis aux utilisateurs pour améliorer leur forme. L'autre intérêt serait d'affiner les modèles prédictifs et donc les polices d'assurance grâce à ces nouvelles données. Ce suivi permettrait aussi aux assureurs d'augmenter les points de contact avec les clients et de ne pas être considérés uniquement comme des payeurs que l'on sollicite lors d'événements malheureux.

Comment gérer la question de la confidentialité des données ?

V. G. : Un récent sondage BVA nous apprend que plus de 7 Français sur 10 sont inquiets de la sécurité de leurs données personnelles. Heureusement, le RGPD a été créé pour obliger les différents acteurs à prendre les dispositions nécessaires pour rassurer le producteur de la donnée. Et n'oublions pas qu'il existe un cadre légal sur l'utilisation des données qui garantit que les assureurs tarifient de la même manière des personnes qui présentent un risque similaire sans tenir compte de critères discriminants tels que le sexe, la religion, l'orientation sexuelle, ou le mode de vie, entre autres.

L'intégration de start-up d'e-santé par les groupes d'assurance est-elle aujourd'hui suffisamment développée ?

V. G. : Pas assez. Il y a un retard par rapport aux autres acteurs de l'industrie de santé, et plus largement des autres industries, mais je vois que les groupes d'assurance s'intéressent de plus en plus à l'e-santé et investissent pour assurer le virage numérique. Et puis, il ne s'agit pas que des collaborations avec des start-up, les Gafa s'emparent aussi du sujet.

Quelles offres de service innovantes peut offrir la santé connectée à la clientèle entreprise ?

V. G. : Je vois apparaître plusieurs start-up de l'e-santé qui ont pour objectif d'augmenter le bien-être au travail et de diminuer *in fine* l'absentéisme. Par exemple, avec des *serious games* et des modules utilisant la réalité virtuelle pour prévenir le risque de burn-out. Certaines grandes entreprises voient plus loin et mettent déjà des cabines de téléconsultations à disposition des salariés. La révolution ne fait que commencer.

VINCENT GALAND

2018
Manager d'Embleema, spécialiste de la *blockchain* appliquée à la santé

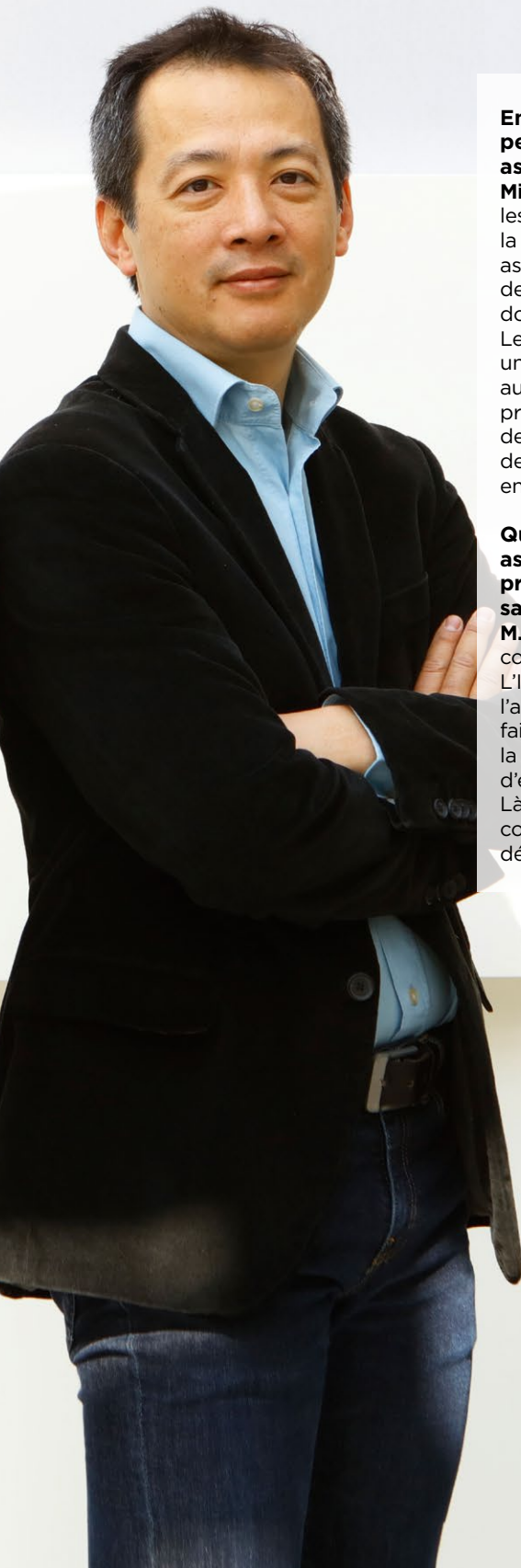
2016
Directeur des partenariats d'Ad Scientiam, éditeur d'outils digitaux (application mobile et site internet) pour le suivi des maladies rares et chroniques

2015
MBA, Collège des ingénieurs, Paris

2012
MS Thesis, Stem Cells and Regenerative Medicine, Harvard University



L'assurance de demain devra être une assurance connectée



En quoi la santé connectée permet-elle de proposer une assurance personnalisée ?

Minh Q. Tran : En multipliant les interactions avec les clients, la santé connectée permet aux assureurs de remonter la chaîne de valeur et ainsi d'anticiper, donc d'optimiser les coûts. Les assureurs ne veulent plus être uniquement des payeurs mais aussi des partenaires. Certains proposent ainsi à leurs adhérents des services via par exemple des plateformes en ligne de mise en relation patients-médecins.

Quel est l'intérêt pour les assureurs de développer des programmes de prévention santé via des objets connectés ?

M. Q. T. : La prévention est au cœur des stratégies d'assurance. L'IARD, l'assurance vie et l'assurance santé, tout le monde fait et a intérêt à faire de la prévention. C'est une source d'économie considérable. Là encore les objets et services connectés sont essentiels pour développer ces politiques.

MINH Q. TRAN

2018
Managing partner chez
Odysseus Alternative
Ventures

2015
General partner
chez AXA Strategic
Ventures

2013
Managing partner
et fondateur d'AXA
Seed Factory

Comment gérer la question de la confidentialité des données ?

M. Q. T. : La voie de l'*opt-in* [consentement préalable] s'impose d'elle-même. Aujourd'hui, les gens donnent plus de données à Amazon, Apple ou Google qu'à leur assureur. De toute façon quand on veut un bon service, en l'occurrence une bonne assurance, il faut livrer certaines de ses données.

L'intégration de start-up d'e-santé par les groupes d'assurance est-elle aujourd'hui suffisamment développée ?

M. Q. T. : La France est en retard par rapport aux marchés américain ou asiatiques. Les contraintes réglementaires n'y sont pas étrangères comme aussi parfois le manque d'agilité. Si la start-up américaine de l'assurance Oscar a scellé un partenariat intéressant avec le fabricant de bracelet connecté Misfit en proposant de verser un dollar chaque jour à ses adhérents qui dépassent leur objectif en termes de nombre de pas effectués, les exemples de ce genre en France ont été jusqu'ici moins concluants.

Quelles offres de service innovantes peut offrir la santé connectée à la clientèle entreprise ?

M. Q. T. : Les exemples ne manquent pas comme Abi Health, un *chatbot* qui propose aux salariés des prédiagnostics pour gagner du temps avant de prendre un rendez-vous avec un médecin, ou Zenefits, qui offre des services connectés gratuits aux entreprises en échange d'une souscription à une des assurances qu'elle commercialise, ou encore Biobeats, qui calcule le rythme cardiaque pour prévenir le stress ou le burn-out.



En multipliant les interactions avec les clients, la santé connectée permet aux assureurs de remonter la chaîne de valeur



POUR ALLER
PLUS LOIN,
RENDEZ-VOUS
SUR [https://
fondation-
entrepreneurs.
mma/](https://fondation-entrepreneurs.mma/)

OLIVIER TORRÈS

LA SANTÉ DU DIRIGEANT D'ENTREPRISE

LA SANTÉ DES ENTREPRENEURS RESTE ENCORE UN TABOU, TANT DU CÔTÉ DES INTÉRESSÉS QUE DE LA SOCIÉTÉ EN GÉNÉRAL. OLIVIER TORRÈS, LE PRÉSIDENT-FONDATEUR D'AMAROK, OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ DES DIRIGEANTS DE PME, S'EMPLOIE À LEVER CE NON-DIT AVEC LE SOUTIEN NOTAMMENT DE LA FONDATION D'ENTREPRISE MMA DES ENTREPRENEURS DU FUTUR.

« Je n'ai pas le droit d'être malade. » Cette phrase, Olivier Torrès l'a entendue plus d'une fois lors de ses nombreux entretiens avec des dirigeants d'entreprise. Pour le président d'Amarok, le premier observatoire de la santé des dirigeants de PME, « le déni de ces hommes et de ces femmes sous l'emprise de

l'idéologie du leadership montre combien il y a peu d'espace dans notre société pour exprimer une faiblesse. Le dirigeant est muet et la société sourde à la souffrance patronale ». Olivier Torrès, par ailleurs professeur à l'université de Montpellier et à la Montpellier Business School, constate que « l'image des patrons du CAC 40 supplante celle des dirigeants des petites ou moyennes entreprises. Or ces derniers vivent bien souvent le quotidien de leurs salariés avec en plus 50 à 55 heures de travail en moyenne par semaine ».

Question taboue, la santé des dirigeants d'entreprise est donc encore peu étudiée. Au-delà du travail de fond mené par l'équipe d'Olivier Torrès, des initiatives pourtant commencent à émerger comme le baromètre lancé en 2015 par la Fondation MMA des



La santé du dirigeant est le premier capital immatériel d'une PME

Entrepreneurs du Futur pour observer l'état de forme physique et mental des dirigeants d'entreprise. « *Le métier d'entrepreneur, malgré les difficultés du quotidien et l'implication qu'il nécessite, génère des facteurs positifs pour la santé. Ainsi pour 8 entrepreneurs sur 10, le travail c'est la santé ! Mais notre étude montre aussi que le travail engendre du stress. Du stress choisi, qui est stimulant pour leur travail. Du stress subi, qui est néfaste pour leur santé* », explique Hervé Frapsauce, président de la Fondation.

L'opinion et les médias ont souvent tendance à ne retenir que les facteurs pathogènes du statut d'entrepreneur : le stress, la solitude, l'incertitude du carnet de commandes et la surcharge de travail. Mais des facteurs « salutogènes », comme les qualifie Olivier Torrès, tels que le sentiment de maîtrise de son destin, l'endurance et la capacité d'adaptation, améliorent la santé. « *Quand la contrainte est choisie et non subie, cela change tout !* », lance le fondateur d'Amarok, qui souligne que globalement « *la santé des travailleurs non-salariés est meilleure que celle des salariés, mais elle est aussi plus risquée avec une variance de hauts et de bas bien plus grande.* »

Afin d'éviter ce risque, qui peut se traduire par un burn-out, il faut des filets de sécurité. À commencer par un travail de sensibilisation à travers des conférences et des séminaires notamment au sein des organismes consulaires et professionnels. « *Cela passe aussi par une véritable politique épidémiologique pour avoir enfin des statistiques fiables sur la santé des travailleurs non-salariés et par la mise en place de services ad hoc comme des numéros verts* », précise Olivier Torrès, qui rappelle que le burn-out est aussi un risque social qui peut menacer l'avenir de l'entreprise.



70%

des entrepreneurs se disent touchés par le stress dans leur quotidien



39%

des dirigeants ne parviennent pas à concilier vie privée et vie professionnelle



79%

se disent en bonne forme physique et 86 % en bonne santé mentale. Des indicateurs en baisse par rapport à 2018



90%

se disent néanmoins heureux dans leur vie

(Source : 5^e baromètre OpinionWay de la forme des dirigeants pour la Fondation MMA des Entrepreneurs du Futur - avril 2019)



CES 7 INNOVATIONS QUI VONT BOUSCULER LA MÉDECINE DU FUTUR

ROBOTIQUE, INTELLIGENCE ARTIFICIELLE, RÉALITÉ AUGMENTÉE, INTERNET DES OBJETS... LES NOUVELLES TECHNOLOGIES ANNONCENT UNE RÉVOLUTION DES PRATIQUES MÉDICALES ET DE NOUVELLES AVANCÉES TANT PRÉVENTIVES QUE THÉRAPEUTIQUES.

ÉTATS-UNIS

LES LOGICIELS EXPERTS EN DIAGNOSTIC MÉDICAL

En avril 2018, l'agence de santé américaine, la Food and Drug Administration (FDA), a autorisé pour la première fois la commercialisation d'un logiciel d'intelligence artificielle (IA) capable d'établir seul un diagnostic. À partir de l'analyse de photos de fonds d'œil, IDx-DR détecte, avec la même précision qu'un spécialiste, la rétinopathie diabétique, maladie pouvant conduire à la cécité.

ÉTATS-UNIS

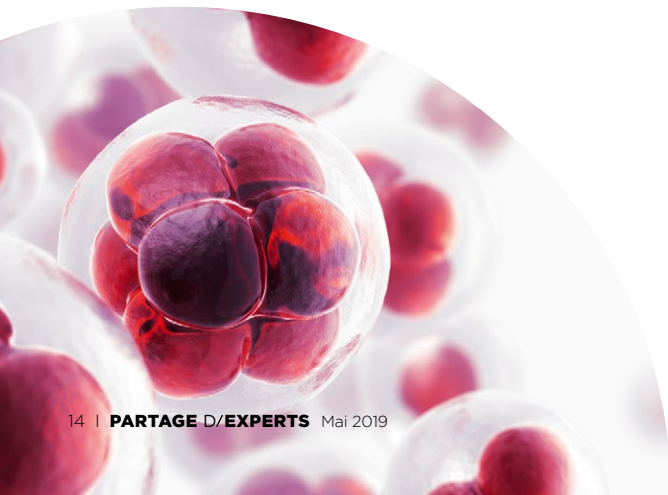
LES ROBOTS S'INSTALLENT EN SALLE D'OPÉRATION

Le système chirurgical da Vinci, de la société américaine Intuitive Surgical, permet de réaliser des interventions moins invasives et d'améliorer la qualité des soins apportés aux patients en réduisant les cicatrices et le taux de complication et en permettant une convalescence plus rapide. Autre exemple de robotique médicale: ROBO-K, un robot d'assistance à la rééducation de la marche en cours de développement en France.

GRANDE-BRETAGNE

IMPRESSION 3D, LA VOIE DU SUR-MESURE

Si l'impression 3D de tissus vivants et d'organes fonctionnels est encore expérimentale, l'application de cette technologie pour réaliser des prothèses et des orthèses sur mesure se développe depuis quelques années. La société britannique Open Bionics par exemple cherche à rendre accessible son modèle de mains robotisées, Hero Arm.



EN APPRENDRE PLUS SUR LA SANTÉ CONNECTÉE: <http://bit.ly/Santé-connectée>



FRANCE

L'INTERNET DES OBJETS APPLIQUÉ AUX PROTHÈSES DE GENOU

Le CHRU de Brest, en partenariat avec l'Inserm et des entreprises innovantes, mène le projet FollowKnee, qui consiste à développer d'ici à 2022 une prothèse de genou dotée de capteurs connectés capables de déceler une infection ou un défaut mécanique.

FRANCE

LA MAIN DU CHIRURGIEN GUIDÉE PAR LA RÉALITÉ AUGMENTÉE

Le 21 novembre 2017, l'hôpital Avicenne, à Bobigny, réalisait la première intervention chirurgicale (la pose d'une prothèse d'épaule) avec les casques de réalité augmentée HoloLens, de Microsoft. Les chirurgiens avaient ainsi sous les yeux les écrans sur lesquels sont habituellement affichés radiographies, coupes de scanner et autres informations. Désormais, l'œil nu n'est plus seul à guider la main.

ALLEMAGNE

LA TÉLÉMÉDECINE AVANCE À GRANDS PAS

Le Centre de télémédecine cardiovasculaire de la Charité, à Berlin, suit 24h/24 des patients dotés pour l'occasion de quatre appareils de mesure : un électrocardiogramme, un tensiomètre, une balance et une tablette qui transmet automatiquement les mesures au Centre. Résultat : les patients suivis en télémédecine ont passé moins de jours à l'hôpital à cause d'événements cardiovasculaires imprévus et ont prolongé leur espérance de vie.

37%*

DES FRANÇAIS SEULEMENT S'ESTIMENT GLOBALEMENT BIEN INFORMÉS SUR LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

ISRAËL

UN EXOSQUELETTE POUR REMARCHER

Développé par l'entreprise israélienne Argo Medical Technologies, l'exosquelette robotisé Rewalk motorise les hanches et les genoux. Une technologie qui permet aux personnes atteintes de lésion de la moelle épinière de s'asseoir, se lever, marcher, monter et descendre les escaliers en toute autonomie.

Données de santé : le lancement en France d'un Data Health Hub

En octobre 2018, le gouvernement a annoncé la création d'un Data Health Hub. Ce projet vise à rendre accessibles les données médicales de l'ensemble des Français « au service du plus grand nombre » via une organisation en réseau ouverte aux complémentaires santé comme aux autres acteurs du privé moyennant finance. L'objectif est de constituer « de grands jeux de données » issues des dossiers des patients des centres hospitaliers, de la médecine de ville ou produites par les patients eux-mêmes, pour permettre le développement d'approches préventives, diagnostiques et thérapeutiques basées sur l'intelligence artificielle. Ce futur laboratoire d'État se veut « un tiers de confiance dans le paysage des acteurs de la donnée de santé », afin de permettre « le partage des données dans le respect du droit des patients et en assurant la transparence avec la société civile ».

* Source : Enquête Harris Interactive pour Livi - Janvier 2019





@Millet_Laure



@LaureMillet



FACILITER L'ACCÈS AUX DONNÉES DE SANTÉ POUR LE DÉVELOPPEMENT DE SOLUTIONS D'IA DE POINTE EST ESSENTIEL

LAURE MILLET, CHARGÉE D'ÉTUDES DU PROGRAMME SANTÉ DE L'INSTITUT MONTAIGNE

BIOGRAPHIE

Juin 2018

Chargée
d'études du
programme
Santé de
l'Institut
Montaigne

Septembre 2016

Chargée de
projets à
iLumens
(université
Paris-
Descartes) et
consultante
pour
Virtualisurg

Juillet 2016

Diplômée de
Sciences Po en
Economics and
Business

Dans le projet de loi santé, le numérique et les données de santé sont au cœur de toutes les dynamiques visant à faire évoluer les pratiques médicales et le système dans son ensemble. L'Institut Montaigne, à travers son étude «*Innovation en santé: soignons nos talents*», préconisait d'établir un environnement réglementaire propice à la collecte, au stockage et à l'analyse des données de santé pour permettre aux patients de bénéficier rapidement des innovations. Pour ce faire, le projet de loi entend libéraliser l'accès à ces données par la création d'une plateforme, le Health Data Hub. Ce guichet unique doit permettre de simplifier l'utilisation des données de santé en réduisant les délais pour obtenir une autorisation. À l'heure actuelle, la procédure est administrativement très complexe. Dans sa note «*IA et emploi en santé: quoi de neuf docteur?*», l'Institut Montaigne rappelle pourtant l'importance de faciliter l'accès aux données de santé pour le développement de solutions d'IA de pointe. Sans un système efficace d'exploitation de ces données en France, les ambitions de transformation de notre système de santé risquent d'être limitées.

