

Vient de paraître, l'étude de référence sur :

Les stratégies dans l'assurance santé Constitution de pôles fédérateurs et politiques de différenciation

Madame, Monsieur,

La reconfiguration de l'assurance santé s'accélère, préfigurant la structuration du secteur autour de grands pôles fédérateurs. Cette évolution est impulsée par le vaste mouvement de consolidation touchant à la fois mutuelles « 45 » et groupes de prévoyance. Confrontés à de nouvelles exigences réglementaires et à une perte progressive de leurs avantages historiques (disparition de monopoles, harmonisation des conditions fiscales, etc.), ces deux catégories d'opérateurs sont en quête de partenaires. La recherche d'un effet taille devient impérative pour tout à la fois renforcer leur assise financière, se donner les moyens de résister aux assauts des assureurs, banques et autres mutuelles sans intermédiaires et, dans certains cas, mener à bien des stratégies de développement plus ambitieuses.

Les liens qui se sont déjà tissés entre les opérateurs prennent des formes multiples, s'étageant de simples accords de coopération technique ou commerciale, à la sous-traitance, jusqu'à l'intégration financière. Mais la tendance est claire : le nombre d'opérateurs isolés diminue désormais très rapidement et la concentration du secteur est désormais inexorable. Des 800 mutuelles encore présentes sur le marché, à terme ne resteront notamment que quelques dizaines d'acteurs-clés. Cette logique de regroupement progresse selon trois grands axes :

1. **des rapprochements « affinitaires »** entre opérateurs : c'est actuellement la dimension la plus visible, et la plus rapide. Elle intervient plus spécifiquement au sein d'unions de mutuelles et de groupes de prévoyance. Le nombre de mutuelles a ainsi été divisé par deux en l'espace de 5 ans. Et dans le monde de la prévoyance, 5 grands pôles émergent consécutivement aux multiples rapprochements engagés ou annoncés ;
2. **la constitution de pôles « inter-familiaux »** : elle prend de l'ampleur à l'initiative des bancassureurs et des groupes de prévoyance, qui cherchent à rallier des mutuelles isolées au sein de leurs pôles mutualistes, avec des marges d'autonomie plus ou moins larges. Le phénomène est d'ores et déjà consistant : les 10 premières mutuelles et unions de mutuelles adossées à des IP ou des bancassureurs pèsent à elles seules de l'ordre de 10% du marché de la complémentaire santé. Plus récemment, s'est ouverte également la piste de rapprochements entre groupes de prévoyance et assureurs (AG2R-La Mondiale, Groupama-Réunica), misant sur leurs complémentarités en termes d'offre et de publics cibles ;

3. **les accords de « co-opétition »** (*compétition + coopération*) : moins spectaculaires, et souvent moins visibles ces types de liens se multiplient. Ils se concrétisent par des rapprochements plus limités, noués autour d'outils ou de savoir-faire spécifiques développés par des opérateurs sur des maillons-clés de la chaîne de valeur du métier. Axa en constitue un parfait exemple dans le domaine de la réassurance. Santéclair (filiale d'AGF, de Maaf-MMA et d'Ipeca), un second, dans la gestion du risque santé (réseaux de professionnels de santé, traitement de l'information et services associés). Ces acteurs se posent ainsi en noyaux fédérateurs de la profession, selon un modèle « hub and spoke », qui peut dans certains cas préfigurer des alliances, voire rapprochements futurs plus étroits.

Le marché de la complémentaire santé dispose pour autant d'un potentiel de croissance considérable. Une dynamique favorable, bien sûr renforcée par de nouveaux désengagements du régime obligatoire d'assurance maladie en vue à partir de 2009. Il convient d'analyser les implications de ces transferts de charge en fonction des postes de santé concernés, et leur conséquence sur la stratégie des différents types d'acteurs. Au cœur des enjeux de cette nouvelle répartition : l'évolution du degré de connexion entre régime obligatoire et complémentaires. Sur ce plan, une déconnexion croissante favorise les opérateurs qui ont pris le parti de privilégier un positionnement en « supplémentaire » du régime obligatoire plutôt qu'en « complémentaire » : il s'agit en premier lieu des assureurs, banques et MSI, qui ont décidé de miser en priorité sur une approche consumériste de la consommation de soins, sur une gestion sophistiquée de l'information et sur la mise en place d'accords avec les professionnels de santé.

L'étude PRECEPTA apporte une grille d'analyse très structurée pour comprendre les conséquences stratégiques de ce nouveau partage des rôles. Elle prend en compte les enjeux afférents aux différents postes de soins (optique, dentaire, médicaments, dépassements d'honoraires, etc.) et les relations professions de santé / distributeurs de soins correspondants.

Une attention particulière a également été apportée aux stratégies d'offre. Les nouveaux transferts de charges entraînent le secteur dans un nouveau cycle de hausses tarifaires. Adapter son offre (évolution des tarifs et/ ou des prestations) sans sacrifier ses parts de marché jouera un rôle capital. Ce, dans un contexte où le choix d'une assurance santé complémentaire suscite une attention toujours plus forte de la part des ménages et donne lieu à des choix de moins en moins automatiques.

A cet égard, l'expérience des dernières années tend à montrer qu'une sophistication croissante du marketing de l'offre, autour de garanties innovantes et de nouveaux services, prend une dimension centrale. Le développement d'offres « low-cost », exploitant l'axe compétitivité prix mais de manière ciblée et avec un effort majeur autour de la formulation et de la lisibilité des garanties, fournit un bon exemple d'une telle orientation.

Pour mieux comprendre ces évolutions, les experts de PRECEPTA ont mené une analyse des logiques de différenciation mises en œuvre en se concentrant plus spécifiquement sur deux aspects clés modifiant les enjeux concurrentiels :

- La réorientation des « plates-formes santé » (Santéclair, etc.) dont le rôle devient déterminant dans la formulation de garanties innovantes ;
- Les potentialités offertes par les nouvelles technologies dans les stratégies de conquête et de fidélisation.

Grâce à cette étude approfondie sur le marché de l'assurance santé, PRECEPTA met à la disposition des dirigeants du secteur un véritable outil pour organiser et hiérarchiser l'information, stimuler la réflexion et préparer les décisions. Nous sommes à votre disposition pour vous apporter des compléments d'information concernant cette étude de référence dont vous trouverez ci-joint la présentation. Pour la recevoir, il vous suffit de nous retourner le bon de commande au verso de la plaquette après l'avoir complété.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Emmanuel SEVE
Directeur d'études - PRECEPTA



Les stratégies dans l'assurance santé

Constitution de pôles fédérateurs et politiques de différenciation

- Les menaces et opportunités du marché
- Désengagements du régime obligatoire et scénarii d'évolution du marché
- La reconfiguration du paysage concurrentiel autour de pôles fédérateurs
- Les ensembles stratégiques et leurs axes de développement prioritaires
- Les stratégies de différenciation

La meilleure synthèse pour stimuler la réflexion et préparer les décisions ; des entretiens en face-à-face et plus de 300 pages d'analyses et données pour étayer les conclusions

PRECEPTA et XERFI ont joint leurs moyens d'analyse et de recherche pour faire une étude approfondie sur les laboratoires pharmaceutiques en France en dégagant les enjeux stratégiques majeurs. Depuis 1985, le cabinet PRECEPTA est l'un des grands experts français de l'analyse concurrentielle, désormais filiale du groupe Xerfi. Xerfi est le premier Institut français d'études sur les secteurs et les entreprises.

Les travaux de recherche et d'analyse ont été dirigés par Emmanuel Sève, directeur d'études au sein du cabinet Precepta et spécialiste des secteurs assurance / santé. PRECEPTA a publié au cours des dernières années de nombreuses études sur les stratégies dans l'assurance, les industries et les services de santé. La direction méthodologique a été assurée par Jean-Pierre Détrie, conseiller scientifique de PRECEPTA, HEC, créateur du Mastère « Strategic Management » du groupe HEC, coordinateur de STRATEGOR (4ème édition, Dunod).

L'étude a été menée sur la base d'entretiens en face-à-face avec de nombreux dirigeants du secteur. Ils ont été complétés par l'accès systématique à toutes les bases de données disponibles au sein du groupe Xerfi. Ces travaux de recueil d'informations, d'entretiens en face-à-face et d'analyse ont été effectués au cours du premier semestre 2008.

L'étude la plus complète pour comprendre le marché de l'assurance santé en France, les enjeux et les perspectives ainsi que le contexte concurrentiel spécifiques à la profession. Un document exceptionnel qui comprend trois parties : 1. la « synthèse exécutive », qui tire tous les enseignements de 4 mois d'enquêtes, d'analyses et d'entretiens avec des dirigeants du secteur ; 2. un rapport « stratégies et concurrence », qui analyse et décrypte les stratégies des opérateurs ; 3. un dossier « recherche de données et analyses », qui traite une somme exceptionnelle d'informations quantitatives sur le marché des médicaments et ses opérateurs.

Les stratégies dans l'assurance santé

Constitution de pôles fédérateurs et politiques de différenciation L

Partie I : Synthèse exécutive

Destiné aux décideurs, ce document est volontairement concis, et met en relief les principaux enseignements à tirer de l'étude. Il a été conçu comme un document de travail pour stimuler la réflexion et préparer la prise de décision.

Partie II : Rapport « stratégies et concurrence »

1. Les fondamentaux du secteur

- 1.1. Comprendre les spécificités du marché
 - *Données et acteurs clés du marché*
 - *Saisir la dynamique d'adaptation permanente propre au secteur*
- 1.2. Identifier les forces en présence
 - *Identifier les groupes en présence*
 - *Evaluer les parts de marché*
 - *Classement des opérateurs sur les deux grands marchés (individuel et collectif)*

2. Le marché : analyser les opportunités et les menaces

- 2.1. Prendre en compte les nouveaux arbitrages de consommation
 - *Les approches de la consommation de soins, le choix de sa complémentaire santé*
- 2.2. Préparer de futurs désengagements du régime obligatoire
 - *L'arbitrage sur les postes visés structurant pour les différentes familles d'acteurs*
- 2.3. Développer la dimension service du métier
 - *Nouvelles technologies, réseaux de professionnels de santé, politiques de prévention*
- 2.4. Affiner les prestations pour préparer l'entrée dans une nouvelle phase de cycle
 - *Scénario d'évolution du marché à l'horizon 2012*

3. L'analyse concurrentielle

- 3.1. Consolidation : décrypter la recomposition des forces en présence
 - *Les grands pôles de regroupement*
- 3.2. Clients : se positionner sur les zones de mobilité du marché
 - *Jeunes, jeunes seniors, TNS, TPE, fonction publique*
- 3.3. Professions de santé : analyser les marges de manœuvre
 - *Structure de l'offre, enjeux et modalités d'action auprès des différentes professions de santé (opticiens, dentistes, médecins, pharmaciens, audioprothésistes, etc.)*

4. La segmentation stratégique

- 4.1. Les ensembles stratégiques
 - *L'analyse des principaux critères discriminants : nature du contrôle et approche du marché, spécificité des clientèles, taille, distribution, etc.*
- 4.2. Analyses Swot par famille d'opérateurs
 - *Les mutuelles « 45 »*
 - *Les institutions de prévoyance*
 - *Les assureurs*
 - *Les mutuelles d'assurances*
 - *Les bancassureurs*

5. Les stratégies de développement

- 5.1. Mener une stratégie compatible avec le rapprochement ou l'adossement à d'autres acteurs
 - *Stratégies de fédération / Intégration : complémentarités, logiques d'action et modèles d'agglomération*
- 5.2. Saisir les nouveaux outils pour se différencier
 - *Exploiter les potentialités des nouvelles technologies pour fidéliser et conquérir*
 - *Peser sur l'offre de soins pour orienter les assurés et formuler des garanties innovantes*

Partie III : Recherche de données et analyses

1. **Le système de santé français**
 - 1.1. Grands fondements et évolutions du système d'assurance maladie
 1. **Analyse et perspectives du marché**
 - 2.1. **L'environnement du marché de l'assurance santé**
Données du cadrage sur les dépenses de santé : comparaisons internationales, structure et évolution de la consommation de soins, structure du financement
 - 2.2. **L'activité des OCAM**
Evolution du poids des OCAM dans le financement des soins par grands postes
Dynamiques des prestations par postes de soins et par familles d'acteurs
Répartition des cotisations santé par marchés (collectives / individuelles) et familles d'acteurs
Evolution comparées des prestations et des cotisations par familles d'acteurs
 3. **Panorama concurrentiel**
 - 3.2. **Forces en présence**
Panorama des forces en présence (types d'acteurs, classements, démographie du secteur...)
Données clés sur les principaux groupes en présence (mutuelles, assureurs, bancassureurs, institutions de prévoyance)
 4. **Les monographies des opérateurs**
Les monographies présentent en quelques pages les organismes complémentaires d'assurance :
 - ⇒ *Les données clés et la présentation du groupe*
 - ⇒ *Un panorama de l'offre en assurance santé, et autres produits et services*
 - ⇒ *Les outils support*
 - ⇒ *Les vecteurs de distribution*
 - ⇒ *Les principaux réseaux partenaires*
 - ⇒ *Les principaux axes stratégiques et perspectives*
- Les mutuelles et groupements de mutuelles :**
- *Harmonie Mutuelles*
 - *MGEN*
 - *MNH*
 - *Mutaris (MG & MNT)*
- Les assureurs :**
- *AGF*
 - *AXA*
 - *Generali France*
 - *Groupama*
 - *Swiss Life France*
- Les MSI :**
- *Maaf*
- Les banques :**
- *ACM (Crédit Mutuel)*
- Les institutions de prévoyance :**
- *AG2R-La Mondiale*
 - *Apicil*
 - *Apri*
 - *Malakoff-Médéric*
 - *Novalis*
 - *ProBTP*
- Société de « gestion du risque santé » :**
- *Santclair*

Tableaux et matrices : la source d'information la plus complète sur le secteur

Partie II – Rapport stratégies & concurrence

T1	Les fondamentaux du secteur : données et acteurs clés du marché
T2	Les fondamentaux du secteur : la logique de développement « inversée » du marché
T3	Principaux acteurs : mapping de positionnement sur la base du CA santé et de l'origine des opérateurs
T4	Principaux acteurs : mapping de positionnement sur la base du CA santé en individuelle et en collective
T5	Principaux acteurs en individuel : mapping de positionnement sur la base du CA et de l'origine des opérateurs
T6	Principaux acteurs en collectif : mapping de positionnement sur la base du CA et de l'origine des opérateurs
T7	Matrice de positionnement des postes de dépenses de soins en fonction du RAC total et de la part à la charge par les OCAM
T8	Enjeux clés d'une nouvelle répartition Régime obligatoire / OCAM par postes de dépenses
T9	Scénario d'évolution du marché à l'horizon 2012
T10	Mapping de positionnement : taille des familles sur le marché de l'assurance santé et poids des activités santé dans le portefeuille global
T11	Les rapprochements des groupes de prévoyance
T12	Les rapprochements au sein de la mutualité
T13	Les partenariats : logiques à l'œuvre
T14	La co-opération entre OCAM
T15	Zones de mobilité du marché et axes de segmentation des clientèles
T16	Structure de l'offre, enjeux et modalités d'action auprès des différentes professions de santé (opticiens, dentistes, médecins, pharmaciens, audioprothésistes, etc.)
T17	Facteurs discriminants de la segmentation stratégique
T18	Segmentation stratégique des acteurs en fonction de leur approche du marché et des spécificités de leur clientèle
T19	Matrice d'analyse SWOT des mutuelles
T20	Comportements stratégiques types des mutuelles professionnelles
T21	Comportements stratégiques types des mutuelles interprofessionnelles
T22	Matrice d'analyse SWOT des institutions de prévoyance
T23	Comportements stratégiques types des institutions de prévoyance
T24	Matrice d'analyse SWOT des assureurs généralistes
T25	Comportements stratégiques types des assureurs généralistes

T26	Matrice d'analyse SWOT des mutuelles d'assurances
T27	Comportements stratégiques types des mutuelles d'assurances
T28	Matrice d'analyse SWOT des bancassureurs
T29	Comportements stratégiques types des bancassureurs
T30	Mapping de positionnement des OCAM en fonction de la structure de leur portefeuille santé (contrats individuels v/s contrats collectifs)
T31	Performances des principaux opérateurs : taille et croissance 2003-2006 pour les activités d'assurance santé

Partie III – Recherche de données et analyses

T1	Régimes juridiques et statuts des OCAM
T2	Récapitulatif des mesures réglementaires concernant les OCAM
T3	Organisation des régimes d'assurance maladie obligatoire
T4	Éléments clés de la réforme de l'assurance maladie de 2004
T5	Nouvel organigramme de l'assurance maladie
T6	Comparaison de la part des dépenses dans le PIB des principaux pays de l'OCDE
T7	Structure de la consommation de soins et de biens médicaux
T8	Évolution de la consommation de soins et de biens médicaux
T9	Contributions des postes à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux
T10	Évolution de la structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux
T11	Solde du régime général l'assurance maladie
T12	Structure du financement des soins et biens médicaux par grands postes
T13	Évolution du poids des OCAM dans le financement des soins et biens médicaux par grands postes
T14	Évolution des prestations d'assurance santé complémentaire
T15	Évolution des dépenses des OCAM par postes de soins
T16	Évolution comparée des prestations par grands postes et par financeur (Sécurité sociale, OCAM, ménages)
T17	Évolution des prestations des mutuelles par grands postes
T18	Évolution des prestations des sociétés d'assurances par grands postes
T19	Évolution des prestations des IP par grands postes
T20	Évolutions comparées des cotisations et des prestations santé des OCAM
T21	Structure des cotisations d'assurance santé (collectives / individuelles)

T22	Structure du chiffre d'affaires de l'assurance santé complémentaire par OCAM
T23	Évolution comparée des cotisations par familles d'OCAM
T24	Évolutions comparées des cotisations et des prestations santé des mutuelles
T25	Évolutions comparées des cotisations et des prestations santé des IP
T26	Évolutions comparées des cotisations et des prestations santé des sociétés d'assurance
T27	Évolution du nombre d'OCAM
T28	Évolution par grande famille d'opérateurs
T29	Parts de marché cumulées des leaders
T30	Répartition de la population des OCAM selon leur origine
T31	Tableau récapitulatif des principaux leaders de l'assurance santé individuelle
T32	Tableaux récapitulatifs des principaux leaders de l'assurance santé collective
T33	Top 30 des organismes d'assurance maladie complémentaires

Les monographies

T1	Monographie des mutuelles & groupements mutualistes : Harmonie Mutuelles
T2	Monographie des mutuelles & groupements mutualistes : MGEN
T3	Monographie des mutuelles & groupements mutualistes : MNH
T4	Monographie des mutuelles & groupements mutualistes : Mutaris
T5	Monographie des assureurs : AGF
T6	Monographie des assureurs : AXA
T7	Monographie des assureurs : Generali France
T8	Monographie des assureurs : Groupama
T9	Monographie des assureurs : Swiss Life France
T10	Monographie des MSI : MAAF
T11	Monographie des banques : ACM (Crédit Mutuel)
T12	Monographie des institutions de prévoyance : AG2R-La Mondiale
T13	Monographie des institutions de prévoyance : Apicil
T14	Monographie des institutions de prévoyance : Apri
T15	Monographie des institutions de prévoyance : Malakoff-Médéric
T16	Monographie des institutions de prévoyance : Novalis
T17	Monographie des institutions de prévoyance : ProBTP
T18	Monographie des sociétés de « gestion du risque santé » : Santéclair

Principales sociétés et groupes étudiés ou cités dans l'étude (*)

Les groupes analysés

AG2R-LA MONDIALE
AGF
APICIL
APRI
AXA
CREDIT MUTUEL (ACM)
GENERALI FRANCE
GROUPAMA
HARMONIE MUTUELLES
MAAF
MEDERIC-MALAKOFF
MGEN
MNH
MUTARIS (MG & MNT)
NOVALIS
PROBT
SANTECLAIR
SWISS LIFE FRANCE

Principales filiales et structures des groupes analysés

ACM IARD
ACTIL
AG2R-ISICA
AGMUT
APICIL ASSURANCES
APICIL PREVOYANCE

APRI PREVOYANCE
ARIAL ASSURANCE
AXA FRANCE
BTP PREVOYANCE
CARTE BLANCHE
CARTE SANTE
CHOREGIE
ETIKA
GAN ASSURANCES
GAN EUROCOURTAGE
GENERALI GESTION SANTE
GROUPAMA SANTE ACTIVE
HARMONIES MUTUALITE
IPSEC
LA BOETIE PREVOYANCE
LIGNE CLAIRE
MAAF ASSURANCES
MAAF SANTE
MEDERIC DIRECT
MEDERIC MUTUALITE
MEDERIC PREVOYANCE
MGEN FILIA
MICILS
MNH PREVOYANCE
MNIL
MUTALIS
MUTUELLE DES FLANDRES ET DU
LITTORAL
NETIMA
NOVALIS PREVOYANCE

(*) Liste non exhaustive

PREVIADES
PRIMA
PRIMAMUT
PROBT SANTE
QUATREM
RADIANCE GROUPE APRI
RADIANCE SUD
RELEYA
SANTE PHARMA
SMAPRI
SMI-NOVALIS
SMM
SOPRESA
SWISS LIFE PREVOYANCE ET SANTE
TERCIANE
UMIGA
UNMI
VIAMEDIS

Principaux autres opérateurs cités ou analysés

ADREA
AGRICA
ALMERYS
AUDIENS
CAISSE D'EPARGNE
CNG-MG
CNP
CREDIT AGRICOLE
D&O

EOVI
GMF
HUMAVIE
INSTITUT MONCEY
IONIS
IPECA
IRCEM
IRP AUTO
MAIF
MATMUT
MCD
MACIF MUTUALITE
MGET
MIP
MMA
MORNAY
OCIANE
PACIFICA
PRISME PREVOYANCE
RESEAU ENSEMBLE
REUNICA-BAYARD
SANTEVIE
SMATIS
SMME
TAITBOUT
UGIM
UNEO
VAUBAN-HUMANIS...