



L'avenir incertain de l'assurance collective au Canada

Changements dans le secteur de la santé :
incidence sur les compagnies d'assurance de
personnes du Canada

Des changements sont à venir

Les fournisseurs d'assurance collective sont-ils prêts?

Comme les organisations de tout autre secteur, les compagnies d'assurance de personnes ne sont pas immunisées contre les forces externes qui agissent sur leur domaine. C'est particulièrement le cas des fournisseurs d'assurance collective, qui subiront des conséquences disproportionnées découlant de la transformation du modèle traditionnel canadien en un système axé sur le patient.

Cette importante transformation est déjà en cours. Les nouvelles technologies et les nouveaux services en ligne, par exemple les technologies prêt-à-porter, les applications liées à la santé et les tests de généalogie grand public, produisent des quantités inégalées de données hautement personnalisées sur la santé.

Les modes de prestation de soins décentralisés et distribués améliorent l'accès des Canadiens aux professionnels de la santé.

Les innovations pharmacologiques permettent la création de thérapies de haute précision, ouvrant la voie au diagnostic prédictif qui met l'accent sur la prévention plutôt que sur le traitement des symptômes.

Cette transition progressive, mais fondamentale, vers une plus grande personnalisation représente des occasions sans précédent pour les fournisseurs d'assurance collective au Canada. Grâce à un meilleur accès à des données personnalisées sur les comportements et la santé, de même qu'à une meilleure compréhension des déterminants sociaux connexes, ils seront en mesure de créer des produits plus innovateurs et mieux adaptés aux besoins de chaque client, malgré les lois qui restreignent de plus en plus l'utilisation de ces données.

Or, les fournisseurs d'assurance collective ne sont pas nécessairement bien préparés pour profiter de cette vague de changements.

Le problème ne concerne pas la couverture : environ 26 millions de Canadiens ont actuellement une assurance maladie complémentaire¹ et en 2018, 95 % des 36 milliards de dollars versés en indemnités aux Canadiens provenaient d'un régime d'assurance collective parrainé par l'employeur².

Le problème est peut-être le sous-investissement. Selon un récent sondage de Deloitte, seulement 18 % des plus importantes compagnies d'assurance de personnes canadiennes planifient apporter des changements à leurs régimes d'assurance collective³. Étant donné l'importance de ces régimes pour le secteur, cette proportion semble particulièrement faible.

Pour aider les fournisseurs d'assurance collective du Canada à s'adapter au nouveau contexte, Deloitte a réalisé une importante étude sur les facteurs de changement dans les secteurs de la santé et des assurances. Après une analyse approfondie, nous avons développé quatre scénarios décrivant des situations futures plausibles dans lesquelles le segment canadien des assurances collectives pourrait se trouver au cours des 5 à 10 prochaines années. Nous espérons que les assureurs s'en inspireront pour faciliter la mise en œuvre du processus de transformation qui leur permettra de se démarquer dans un environnement où les soins de santé seront axés sur les données et hautement personnalisés. Dans un tel contexte, l'accent est moins sur la maladie et son traitement que sur la santé et le bien-être. ➔



Transition vers des soins de santé personnalisés

Des forces externes définissent l'avenir des assurances collectives

Les produits et services fournis par les compagnies d'assurance de personnes sont étroitement liés à la situation qui prévaut dans le secteur des soins de santé; les fournisseurs d'assurance collective doivent donc suivre de près les changements qui s'y produisent et les tendances liées à la santé des consommateurs.

Le système de santé actuel met l'accent sur le diagnostic et le traitement. L'avenir s'annonce différent, pour plusieurs raisons.

1. Options non traditionnelles de soins

L'explosion des données personnalisées sur la santé crée de nouvelles occasions pour les entreprises spécialisées dans les soins non traditionnels et allège par le fait même le fardeau des systèmes de santé provinciaux. À titre d'exemple, mentionnons des sociétés de technologies médicales telles que Dot Health⁴, qui donne aux patients accès à leur dossier médical et à leurs ordonnances, et Dialogue⁵, qui offre des services de télémédecine pour les programmes de mieux-être et de santé mentale des entreprises.

Cette tendance vers le recours à des fournisseurs non traditionnels ira en s'accéléralant à mesure que les technologies prêt-à-porter, les plateformes de soins virtuels et les applications liées à la santé gagneront en popularité. Un tiers des Canadiens font déjà un suivi de leur santé au moyen d'applications en ligne⁶ et 17% utilisent des dispositifs de conditionnement physique portables⁷.

On assiste également à l'émergence d'acteurs commerciaux non traditionnels (p. ex., League⁸), et d'employeurs qui ont compris que le bien-être des employés est une priorité stratégique permettant de fidéliser les talents et de contrôler les coûts liés aux demandes d'indemnisation découlant des maladies évitables ou traitables. Concrètement, il s'agit d'employeurs qui voient les programmes de bien-être comme un avantage concurrentiel.

2. Cartographie du génome humain

Les tests de généalogie s'adressant aux consommateurs offrent un accès inédit à des données très personnalisées, tandis que l'innovation technologique rend possibles d'autres tests génétiques et interprétations.

En 13 ans, 3 milliards de dollars US ont été investis dans le Projet Génome humain visant le séquençage complet du génome. Aujourd'hui, une personne peut obtenir un séquençage de son ADN pour environ 1 000 \$ US, et ce coût pourrait chuter à 100 \$ US⁹. Des cliniques et des laboratoires privés comme Medcan¹⁰ et LifeLabs¹¹ offrent des services de consultation génétique afin d'aider les patients à interpréter leurs données génétiques et à s'en servir pour obtenir certains résultats en matière de santé.



3. Montée de la médecine de haute précision

Grâce aux connaissances que nous avons sur notre code biologique unique, l'analyse prédictive peut associer des mutations génétiques à l'apparition de maladies. Il en résulte des innovations pharmacologiques qui favorisent le développement de médicaments de haute précision, dont bon nombre ont déjà passé l'étape des essais cliniques et sont commercialisés. Jumelées à des tests pharmacogénétiques, ces innovations permettent de prédire les réponses positives (ou négatives) des patients à certains médicaments et de traiter la cause génétique des maladies plutôt que les symptômes.

4. Soins de santé axés sur les données

L'adoption des soins de santé axés sur les données s'accélère. Selon un récent sondage mondial de Deloitte sur l'éthique et la confidentialité des données, 61 % des répondants accepteraient de divulguer leurs antécédents médicaux pour aider la recherche de traitements curatifs contre des maladies mortelles¹². Plus le volume des données personnelles sur la santé augmentera, plus il sera nécessaire de protéger leur confidentialité.

Les entreprises auront toutefois une occasion unique d'utiliser des données privées sur la santé pour créer de la valeur et améliorer l'expérience de leurs clients avec leurs produits et leurs services.

Les soins de santé évoluent au Canada. Profitant d'un accès élargi à de meilleures données et plus approfondies, les professionnels de la santé peuvent prescrire des soins préventifs tels que des modifications au régime alimentaire et aux habitudes de vie ou des programmes d'exercice¹³.

Les données prédictives peuvent également servir à concevoir des plans de soins personnalisés visant l'atténuation des risques futurs. Plutôt que d'attendre l'apparition de symptômes, les patients pourront prédire, parfois même prévenir, les maladies.



Préparer une réponse

Ce que la personnalisation signifie pour les fournisseurs d'assurance collective

La transition progressive vers des soins de santé personnalisés représente des occasions sans précédent pour les fournisseurs canadiens d'assurance collective.

Ces derniers ont toujours utilisé des données actuarielles pour orienter l'évaluation des risques et innover, mais l'accès accru à des données personnalisées sur les comportements et la santé devrait permettre la création de produits et de services encore plus innovateurs et adaptés aux besoins des clients.

Expériences de soins de santé personnalisés

Bon nombre d'assureurs utilisent déjà les données des clients pour offrir une expérience numérique améliorée. Par exemple, le programme Manuvie Vitalité¹⁴ remet des récompenses liées à de grandes marques de bien-être et de style de vie ainsi que des rabais sur des produits d'assurance aux clients qui partagent les données sur la santé liées à leurs habitudes de vie. De nouvelles entreprises canadiennes de technologies liées à l'assurance telles que League⁸, Vivametrica¹⁵ et Optimity¹⁶ élaborent des services de santé et de bien-être adaptés à chaque participant à ces régimes collectifs.

Enfin, les régimes collectifs des trois plus grandes compagnies d'assurance offrent des options de pharmacogénétique permettant de choisir des traitements en fonction du profil génétique d'une personne, ce qui réduit le gaspillage de médicaments et augmente l'efficacité des soins¹⁷.

La personnalisation des données peut aller encore plus loin.

Dans le Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé de 2018, 66 % des participants à un régime collectif accepteraient de recevoir de l'information sur la santé de la part d'assureurs en fonction de leur utilisation personnelle des avantages sociaux¹⁸.

Ils sont aussi très intéressés par les avantages de nature préventive qui tirent parti de données personnalisées sur la santé pour repérer, atténuer et gérer des risques de cancer, de maladie du cœur, de diabète et de maladie mentale¹⁹.

Obstacles possibles

Malgré l'abondance des occasions, certains obstacles pourraient empêcher les fournisseurs d'assurance collective de profiter pleinement des volumes grandissants de données personnalisées sur la santé.

La loi canadienne visant à interdire et à prévenir la discrimination génétique (connue auparavant sous le nom de projet de loi S-201) a pour but de protéger les personnes contre toute discrimination sur la base de mutations génétiques et de marqueurs de risque. Elle interdit aux assureurs d'utiliser les résultats de tests génétiques pour déterminer la couverture d'une personne ou fixer un prix. Même si la Cour d'appel du Québec a statué récemment que cette question n'est pas de compétence fédérale, de telles lois existent dans d'autres pays du G7.

Le resserrement des règles entourant la protection de la vie privée ainsi que l'utilisation appropriée et la propriété des données pourrait limiter encore plus la portée de certaines initiatives fondées sur l'utilisation des données.

Ces changements surviennent alors que la composition des régimes d'assurance collective pourrait également changer.

Un rapport du Dr Eric Hoskins, président du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, présenté plus tôt cette année au gouvernement fédéral, indique qu'environ 20 % des Canadiens ont une assurance-médicaments inadéquate ou n'en ont aucune²⁰. Le Conseil a recommandé que le Canada mette sur pied, avant le 1^{er} janvier 2022, une nouvelle agence des médicaments pour gérer le régime qui couvrira une liste

initiale de médicaments courants et essentiels. Par ailleurs, un régime de couverture complète devrait être mis sur pied le 2 janvier 2027. Si cette mesure est adoptée (et il semble probable que ce sera le cas), les assureurs verraient leurs ventes d'assurance-médicaments diminuer à mesure que les gouvernements fédéral et provinciaux instaureraient un régime national plus robuste; la baisse est estimée à 5 milliards de dollars par année pour ce qui est des dépenses en médicaments d'ordonnance²¹. La mise en place d'un régime national d'assurance-médicaments a été un enjeu lors des élections fédérales de 2019, et les fournisseurs d'assurances attendent avec impatience d'autres directives du nouveau gouvernement.

Un avenir incertain

En raison de ces obstacles, l'avenir est incertain pour les fournisseurs d'assurance collective. Leur capacité à concevoir des régimes réellement personnalisés dépendra de leur faculté à accéder aux données et à les utiliser efficacement pour élaborer des produits, mais qui pourrait être limitée par une loi. Par ailleurs, l'intérêt des consommateurs pour les services prédictifs et préventifs pourrait forcer le système de santé canadien à offrir des soins de plus en plus personnalisés. Ce sont principalement les centres de soins de santé privés qui offrent ce genre de services et, dans le secteur public, ce sont les médecins qui décident du niveau d'accès aux soins financés publiquement.

L'accès aux données médicales demeure crucial pour faciliter la prestation de soins personnalisés. Pour ce faire, le gouvernement fédéral a entrepris de démocratiser les données en lançant les programmes ACCÈS Santé et PrescripTlon.

Armés d'un volume accru de données, les assureurs pourront aider les participants aux régimes collectifs à gérer et à atténuer leurs risques, à obtenir des traitements sur mesure, et à accéder à des soins préventifs.

Outre la plus grande précision des ordonnances et l'amélioration de la prestation des soins, les assurances collectives personnalisées contribueront également à réduire les coûts des médicaments et amélioreront l'efficacité des régimes d'avantages sociaux et la santé des travailleurs. Cela augure bien pour les employeurs souhaitant améliorer la productivité des employés tout en réduisant le coût total de leurs régimes.

Se préparer aux changements à venir n'est pas une mince tâche.

La plupart des produits et des services d'assurance collective sont conçus pour résoudre des problèmes de santé génériques, ce qui signifie qu'ils sont normalement conçus pour réagir à l'apparition de symptômes. À mesure que les soins de santé prédictifs et préventifs évolueront, il y aura une remise en question de toute la structure des régimes collectifs.

Les assureurs devront alors se poser des questions difficiles. À quoi ressemblerait un régime axé sur les soins préventifs? Qu'arriverait-il si les services de gestion des soins aidaient les personnes à combler plus efficacement leurs besoins individuels et à gérer leurs risques? Les régimes d'assurance collective existants seraient-ils encore pertinents? Comment les assureurs devraient-ils réagir? Enfin, comment ces derniers mesureraient-ils l'efficacité de ces programmes?

Quatre scénarios pour l'avenir

Un regard sur l'assurance collective au cours des 5 à 10 prochaines années

Pour aider les fournisseurs d'assurance collective à répondre à ces questions, Deloitte a réalisé une étude sur les facteurs de changement sous-jacents dans les secteurs de la santé et des assurances collectives. L'objectif était d'utiliser la planification par scénario pour concevoir des situations futures plausibles pour le secteur des assurances collectives au cours des cinq à dix prochaines années.

Nous avons d'abord pris en compte deux grandes incertitudes : le niveau de réglementation possible des données sur la santé et la probabilité que des solutions prédictives et préventives soient adoptées par les fournisseurs de soins de santé et les clients.

Nous avons ensuite intégré plusieurs facteurs de changement à l'analyse. Parmi ces facteurs, mentionnons la sensibilité à l'égard de la confidentialité des données, le niveau d'intérêt et d'aisance des consommateurs en ce qui concerne les soins prédictifs et préventifs, les progrès en matière de souscription des assureurs et l'émergence de fournisseurs privés de soins de santé, pour ne nommer que ceux-là.

Puis, nous avons examiné les huit principaux acteurs susceptibles d'avoir une influence sur ces scénarios : les gouvernements fédéral et provinciaux; les sociétés d'assurance; les participants aux régimes; les conseillers et les consultants; les fournisseurs de soins de santé; les nouveaux acteurs du secteur; les promoteurs de régimes; et les tiers administrateurs.

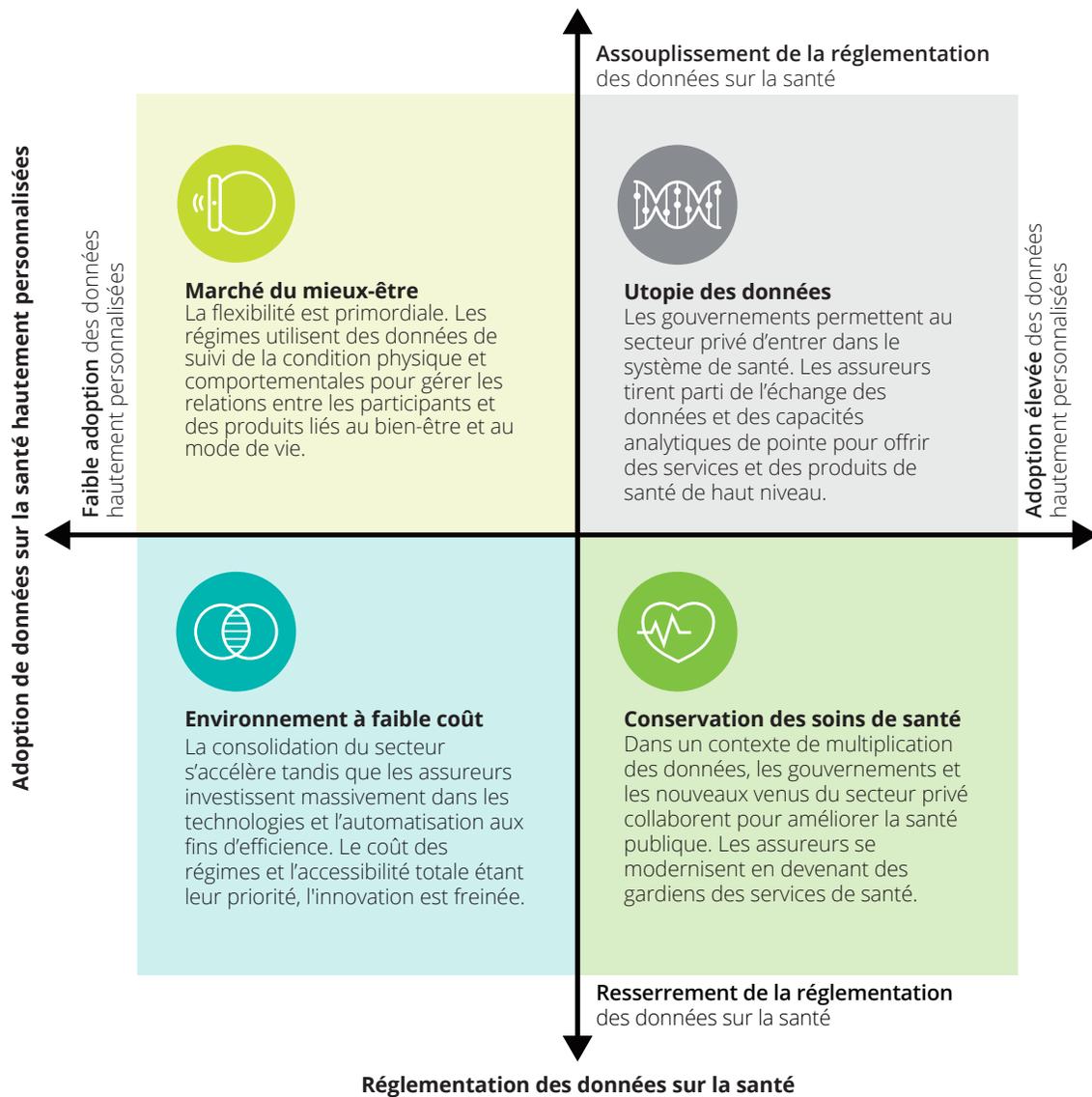
En dernier lieu, nous avons inclus dans chaque scénario trois certitudes :

1. Les compagnies d'assurance continueront d'investir dans la transformation numérique.
2. Les soins de santé deviendront une expérience plus fondée sur les données pour les patients et les professionnels de la santé.
3. L'expansion des soins de santé complémentaires se poursuivra et les fournisseurs privés de soins de santé y joueront un rôle clé.

Nous avons établi quatre scénarios futurs plausibles (voir la figure 1).



Figure 1 : Quatre scénarios pour l'avenir de l'assurance collective





SCÉNARIO 1

Marché du mieux-être

Axés sur la flexibilité, les régimes utilisent des données de suivi de la condition physique et comportementales pour gérer les relations entre les participants et des produits liés au mieux-être et au mode de vie.

Dans ce scénario, un contexte réglementaire peu contraignant permet aux assureurs d'utiliser des données individuelles non seulement pour évaluer les risques, mais aussi pour favoriser l'innovation de produits et de services.

Les gouvernements fédéral et provinciaux facilitent l'utilisation de données de suivi de la condition physique et de technologies prêt-à-porter en collaborant avec des programmes privés de mieux-être.

L'accès aux données sur le bien-être s'étant répandu et démocratisé, il est désormais plus facile de prendre des décisions éclairées et d'adopter des comportements adéquats en matière de santé.

Voyant l'avantage d'utiliser des données pour améliorer le bien-être individuel, les employeurs font la promotion de programmes incitatifs au sein de leurs organisations afin de favoriser la productivité et de réduire les demandes d'indemnisation. Bon nombre d'entre eux fournissent déjà à leurs nouveaux employés un dispositif de suivi du bien-être et de la condition physique dès leur premier jour de travail.

Pour obtenir des avantages sociaux collectifs encore plus individualisés, les participants et les employeurs commencent à exiger des comptes de dépenses flexibles ainsi que des rabais sur des produits liés au mode de vie et au bien-être dont les avantages uniques sont offerts sur des places de marché.

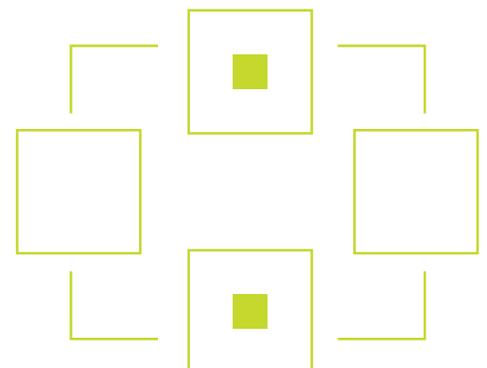
Bien que la structure traditionnelle des régimes ne change pas, les assureurs font face à de nouveaux concurrents qui offrent des régimes flexibles, des expériences numériques reposant sur une meilleure gestion des données des participants et des écosystèmes de partenariats avec des marques de style de vie et de bien-être.

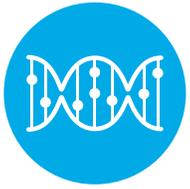
Les flux de rentrées ne sont plus seulement liés aux primes et aux frais de gestion ou d'administration. Les assureurs sont désormais rémunérés lorsqu'ils recommandent des produits de leurs partenaires.

En revanche, leurs marges bénéficiaires sont sous pression, car ils font l'objet d'une plus grande surveillance en vertu des lois plus strictes sur la transparence.

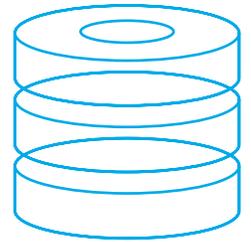
Grâce à ce modèle, la distribution numérique de services devient essentielle. La modernisation de leurs systèmes administratifs permettra aux principaux assureurs d'offrir à leurs clients des produits et services robustes.

Les conseillers en assurance continuent à gérer les relations, mais l'utilisation de la vente en gros et de la distribution hybride directe est en hausse, ce qui réduit les commissions perçues dans l'ensemble de du secteur.





SCÉNARIO 2

Utopie des données

Les gouvernements permettent au secteur privé d'entrer dans le système de santé grâce à l'échange des données, tandis que les assureurs tirent parti de capacités analytiques de pointe pour offrir des services et des produits de santé de haut niveau.

Dans ce scénario, les gouvernements fédéral et provinciaux considèrent que les soins préventifs sont essentiels pour assurer la prestation des soins et la réduction des coûts connexes à long terme. Ils ont entrepris un projet de génome de population afin de favoriser les progrès dans ce domaine.

Les biopsies liquides de routine améliorent considérablement le diagnostic précoce de maladies et rendent moins nécessaires les interventions pharmacologiques et les soins à long terme.

Les tests génétiques contribuent à détecter les risques individuels pour la santé avant que les problèmes se manifestent et à réduire la surutilisation de médicaments.

La détection précoce des maladies réduit également l'utilisation de médicaments très coûteux, et améliore les paramètres de santé et de productivité des entreprises.

Le coût de ces options de soins personnalisés est beaucoup moins élevé grâce à l'écosystème de services créé par les entreprises privées du secteur de la santé.

Pour les employeurs, les données personnalisées sur la santé sont essentielles pour offrir des régimes collectifs à coût efficient.

Les régimes collectifs mettent davantage l'accent sur les soins personnalisés et tendent à être axés sur l'accès des participants à des soins préventifs.

En fait, l'utilisation de ces régimes repose sur l'analytique prédictive et les diagnostics qui permettent de recommander des soins préventifs tels qu'un régime alimentaire, un programme de conditionnement physique personnalisé ou un programme familial complet.

Cette vision s'appuie sur un cadre de protection de la vie privée numérique qui est plus solide que jamais et des partenariats public-privé visant la création de systèmes de sécurité des données de prochaine génération.

Pour se préparer à cet avenir plus centré sur les données, les sociétés d'assurance réalisent des transformations numériques efficaces pour renouveler leurs capacités et mieux interagir avec les nouvelles formes de données.

De nouveaux intervenants innovateurs menacent les entreprises établies qui tardent à s'adapter.

Les innovations ne cessent d'affluer.

Les assureurs, qui sont spécialisés dans l'atténuation et la gestion des risques, créent des services de santé prédictifs et préventifs en utilisant l'intelligence artificielle et les données personnalisées sur la santé pour concevoir des prévisions et des stratégies individualisées.

De même, ils n'utilisent plus les données simplement pour calculer les risques potentiels. Désormais, ils s'en servent pour aider leurs clients à gérer leurs risques biologiques. Comme pour la gestion du patrimoine, qui utilise des données historiques pour faire des prévisions et concevoir des stratégies, la gestion de la santé est de plus en plus formalisée et les avantages sociaux sont fournis par l'intermédiaire de plateformes numériques et de soins virtuels.

Les sociétés d'assurance forment des réseaux de conseillers et de planificateurs qui offrent des services de soins préventifs et un accès instantané au système de santé selon les besoins.



SCÉNARIO 3

Environnement à faible coût

La consolidation du secteur s'accélère tandis que les assureurs investissent massivement dans les technologies et l'automatisation aux fins d'efficacité. L'accessibilité totale et le coût des régimes étant leurs priorités, l'innovation est freinée.

Dans ce scénario, les établissements de santé cherchent à réduire leurs dépenses à mesure que les coûts des soins augmentent et grugent les budgets des gouvernements, ce qui impose un fardeau accru aux employeurs, qui doivent offrir des soins de santé complémentaires à leurs employés.

Le contexte réglementaire de plus en plus hostile empêche les assureurs de participer activement aux innovations en matière de santé.

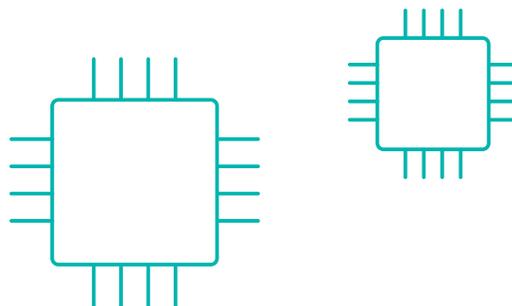
Par ailleurs, le public est très sensible aux questions touchant la protection de la vie privée et les échanges entre les personnes et les entreprises. L'accès aux données sur la santé est perçu comme un avantage potentiellement injuste qui renforce le clivage entre les nantis et les démunis.

La structure des régimes demeure traditionnelle, ponctuée d'avancées minimales telles que les comptes de dépenses flexibles qui compensent la réduction du nombre de régimes. Les produits et la structure des régimes sont encore difficiles à différencier, et la pression accrue sur les prix banalise encore plus les produits d'assurance.

Les assureurs de taille petite et moyenne ont du mal à concurrencer sur le plan des prix et de l'adaptabilité, tandis que les grands acteurs font des acquisitions ou concluent des partenariats avec des tiers administrateurs et des agents généraux administrateurs pour croître et réduire les coûts dans l'ensemble de la chaîne de valeur. D'autres utilisent la vente en gros pour réduire les coûts intermédiaires.

Face à la banalisation accrue des produits, à la consolidation du secteur et à la pression sur les prix, les employeurs tentent de soutenir une valeur minimale des options génériques de leurs régimes.

Pour les assureurs, les investissements dans les technologies visent à automatiser davantage les tâches routinières de fabrication et de gestion des relations. Les plateformes numériques simplifient les interactions entre les participants et les sociétés d'assurance. La transparence des frais donne plus de pouvoir aux employeurs et les processus de distribution sont de plus en plus automatisés.





SCÉNARIO 4

Conservation des soins de santé

Dans un contexte de multiplication des données, les gouvernements et les nouveaux venus du secteur privé collaborent pour améliorer la santé publique. Les assureurs se modernisent en devenant des gardiens des services de santé.

Dans ce scénario, les gouvernements fédéral et provinciaux font d'importants investissements pour moderniser l'infrastructure de santé publique et offrir des soins prédictifs et préventifs.

Ils parrainent et financent des programmes de génome de population ainsi que des études utilisant les données recueillies par des dispositifs de suivi de la condition physique et des technologies prêt-à-porter.

En outre, la loi interdit aux assureurs l'utilisation de données hautement personnalisées sur la santé aux fins de souscription.

Les gens sont quant à eux généralement réticents à donner accès à leurs données génétiques.

D'où la conclusion de partenariats public-privé pour créer un écosystème de collaboration entre fournisseurs de services s'appuyant sur des réseaux d'échange de données sécurisés et contrôlés par le gouvernement.

Comme les services prédictifs et préventifs restreignent la surutilisation des médicaments, l'utilisation des garanties des régimes traditionnels diminue, les participants étant orientés vers d'autres types d'intervention tels qu'un régime alimentaire ou un programme de conditionnement physique. Les régimes collectifs sont conçus pour couvrir ces interventions et offrir aux participants un accès spécial et des rabais auprès de fournisseurs privilégiés de services préventifs.

Les sociétés d'assurance investissent beaucoup dans les expériences numériques visant à différencier leur proposition de valeur.

Les applications mobiles aident les participants aux régimes collectifs à s'orienter dans le système de santé pour combler leurs besoins particuliers.

La conservation des services de santé, notamment les options de soins distribués et virtuels, réduit le fardeau des établissements physiques et contribue à démocratiser l'accès à des conseils et à des soins médicaux.

Nous assistons à la naissance d'une expérience en étoile dans laquelle le régime d'assurance est un carrefour qui fournit aux participants un accès à un éventail de professionnels, de fournisseurs, de spécialistes et de produits.

Les avantages sociaux sont principalement distribués dans le cadre d'expériences numériques en matière de santé.

Les investissements dans l'automatisation des processus robotisés et les technologies numériques permettent aux sociétés d'assurance de simplifier la structure des régimes, la sélection des prestations, la couverture, la marge de dépense et la gestion des demandes d'indemnisation. Ces éléments rehaussent l'efficacité et réduisent les coûts d'administration.

Les fournisseurs de soins de santé jouent un rôle accru dans la distribution des produits et services en raison de leur complexité et du besoin pour ces fournisseurs de se démarquer. Les conseillers sont soutenus par des outils numériques, mais leur rôle global dans le processus de distribution est de plus en plus limité.



Préparer l'avenir

Des stratégies pour aller de l'avant

Les compagnies d'assurance entrent dans une ère où les technologies révolutionnaires et la prolifération des données ouvrent la porte à des innovations sans précédent. Les progrès actuellement en cours créent une occasion unique pour les fournisseurs d'assurance collective.

Afin de se positionner favorablement pour l'avenir, les fournisseurs doivent adopter les stratégies à court terme suivantes :

1. Investir dans les capacités numériques et analytiques

Alors que plus de 90 % des primes et des prestations sont fournies par l'intermédiaire de régimes collectifs, seulement 18 % des compagnies d'assurance de personnes canadiennes prévoient de modifier leurs régimes.

Cela devra changer si elles veulent demeurer pertinentes.

À mesure que les soins de santé personnalisés évoluent et que des données sur la santé plus robustes sont générées, les assureurs devront mettre davantage l'accent sur les régimes collectifs en faisant d'importants investissements stratégiques qui amélioreront leurs capacités numériques et analytiques.

2. Planifier en vue d'une personnalisation accrue

Avec la personnalisation des régimes collectifs, des approches innovatrices devront être adoptées pour la conception et la prestation des avantages sociaux collectifs. Les assureurs doivent donc trouver des moyens d'établir des liens entre leurs régimes individuels et collectifs afin d'offrir une expérience complète à leurs clients.

3. Créer des partenariats stratégiques

Pour s'adapter aux changements constants dans les soins de santé, les assureurs devront conclure des partenariats stratégiques avec des fournisseurs de produits et de services complémentaires, tant dans le secteur public que privé. Pour repérer les options de partenariat optimales, ils devront suivre de près l'écosystème général des soins de santé.

4. Suivre l'activité réglementaire

La prolifération des données personnalisées sur la santé offre aux assureurs une occasion d'innover en matière de produits et de services, mais ils doivent se tenir au fait des changements réglementaires qui pourraient les en empêcher. La multiplication des partenariats avec des organismes gouvernementaux, des fournisseurs de soins de santé, des leaders éclairés et de nouveaux venus innovateurs sera essentielle pour comprendre comment les changements proposés aux règles sur la protection et l'échange des données pourraient toucher les assureurs.

5. Miser sur les forces de base

Dans le futur monde axé sur les données, les assureurs auront la possibilité de s'approprier une part importante de l'expérience patient grâce à leurs forces de base dans le domaine de la gestion et de l'atténuation des risques. Cela les mettra en position d'améliorer les résultats relatifs à la santé et d'accélérer l'innovation des services de santé pour les 25 millions de Canadiens qui leur font confiance.

Comme le démontre notre analyse des scénarios futurs plausibles, les secteurs de la santé et des assurances collectives peuvent évoluer de bien des façons. Peu importe quel scénario se concrétisera, les changements qui surviennent actuellement indiquent aux assureurs canadiens qu'il est urgent de faire des investissements stratégiques dans leurs capacités numériques et analytiques.

On ignore encore si ces capacités seront utilisées pour rehausser les expériences numériques, interagir plus efficacement avec les données personnalisées sur la santé, automatiser davantage les tâches routinières ou aider les participants à mieux s'orienter dans le système de santé. Une seule chose semble certaine : les assureurs qui ne font rien pour réagir à ces changements majeurs se retrouveront en position de faiblesse par rapport à leurs concurrents.

Personnes-ressources



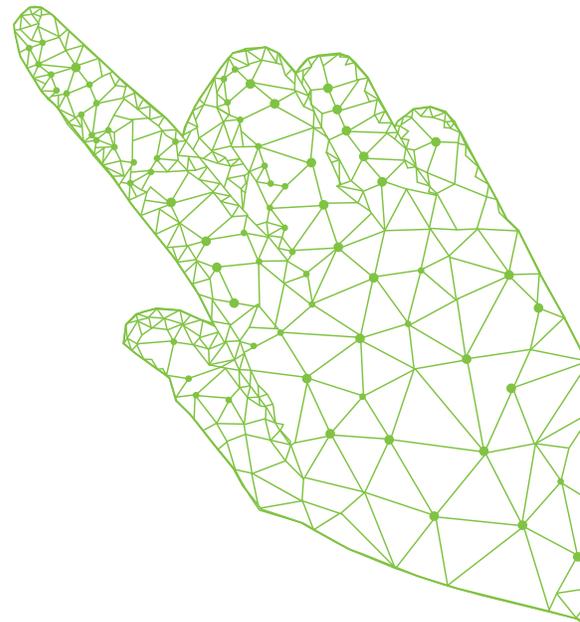
James Colaço
Associé, leader national,
Secteur des assurances
jacolaco@deloitte.ca
416-874-3152



Lisa Purdy
Associée, leader nationale
des Services de santé
lpurdy@deloitte.ca
416-601-6403



Melissa Carruthers
Leader, Stratégie et transformation,
Assurance vie et assurance maladie
mecarruthers@deloitte.ca
416-874-3731



Notes de fin

1. ACCAP, 2018. Faits sur les assurances de personnes au Canada, Édition 2018. [<http://clhia.uberflip.com/i/1031531-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2018/0>] Consulté le 9 mars 2019.
2. ACCAP, 2017. Données provinciales. [<http://clhia.uberflip.com/i/1030769-canadian-life-and-health-insurance-facts-2018-appendices/1?>] Consulté le 10 mars 2019.
3. Deloitte Canada, 2019. *Consumers call for innovative transformation*, par Melissa Carruthers. [<https://www2.deloitte.com/ca/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/blog-insurance-life-and-health.html>] Consulté le 9 mars 2019.
4. [<https://www.dothealth.ca/#product>] Consulté en avril 2019.
5. [<https://www.dialogue.co/fr/>] Consulté en avril 2019.
6. Inforoute Santé du Canada, 18 septembre 2017. Diffusion de la santé connectée au Canada. [<https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/resources/reports/benefits-evaluation/3366-the-diffusion-of-smart-devices-for-health-in-canada-study-final-report>] Consulté le 11 mars 2019.
7. Deloitte Canada. Sondage mondial auprès des consommateurs mobiles de 2018. [<https://www2.deloitte.com/ca/en/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/gmcs-canadian-edition.html>] Consulté le 15 mars 2019.
8. [<https://league.com/ca/about/>, <https://league.com/ca/benefits-advisory/>] Consulté en avril 2019.
9. Bloomberg News, 27 février 2019. *A \$100 Genome Within Reach, Illumina CEO Asks If World Is Ready*, par Kristen V. Brown. [<https://www.bnnbloomberg.ca/a-100-genome-within-reach-illumina-ceo-asks-if-world-is-ready-1.1221110>] Consulté le 15 mars 2019.
10. [<http://www.medcan.com/>] Consulté en avril 2019
11. [<https://www.lifelabs.com/>] Consulté en avril 2019

12. Deloitte. La vie privée : à vendre au plus offrant. [<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/deloitte-analytics/ca-en-data-ethics-and-privacy-survey.pdf>] Consulté le 14 mars 2019.
13. Deloitte. 2019 Global health care outlook: Shaping the future. [<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>] Consulté le 16 février 2019.
14. [<https://www.manulife.com/>] Consulté en avril 2019
15. [<https://www.vivametrica.com/>, <https://www.myoptimity.com/>] Consulté en avril 2019.
16. [<https://www.myoptimity.com/>] Consulté en avril 2019.
17. Benefits Canada, 1^{er} février 2018. *Pharmacogenetic testing a growing area as pilot projects, research get underway*, par Jennifer Paterson. [<https://www.benefitscanada.com/news/pharmacogenetics-testing-offering-opportunities-in-disability-drug-cost-management-110047>] Consulté le 12 mars 2019.
18. Sanofi, 2018. Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé. [https://www.sanofi.ca/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/North-America/Sanofi-CA/Home/fr/10_Nous-connaître/12_Le-Sondage-Sanofi-Canada/sondage-des-soins-de-sante-sanofi-canada-2018-document-complet.pdf?la=fr&hash=B6EF83F008A49EE50DE4A8E7A6E7541E9AE5306E] Consulté le 8 mars 2019.
19. Sanofi, 2018. Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé. [https://www.sanofi.ca/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/North-America/Sanofi-CA/Home/fr/10_Nous-connaître/12_Le-Sondage-Sanofi-Canada/sondage-des-soins-de-sante-sanofi-canada-2018-document-complet.pdf?la=fr&hash=B6EF83F008A49EE50DE4A8E7A6E7541E9AE5306E] Consulté le 6 février 2019.
20. Dr Eric Hoskins, 5 mars 2019. Rapport provisoire du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments. [<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmacare/interim-report/rapport-provisoire.pdf>] Consulté le 19 mars 2019.
21. Kathleen Harris, 12 juin 2019. *Advisory council calls for universal, single-payer pharmacare plan*. [<https://www.cbc.ca/news/politics/pharmacare-hoskins-recommendations-final-report-1.5171517>] Consulté le 12 juin 2019.

Deloitte.

Deloitte offre des services dans les domaines de l'audit, de la certification, de la consultation, des conseils financiers, des conseils en gestion des risques, de la fiscalité et d'autres services connexes à de nombreuses sociétés ouvertes et fermées dans de nombreux secteurs. Deloitte sert quatre entreprises sur cinq du palmarès Fortune Global 500MD par l'intermédiaire de son réseau mondial de cabinets membres dans plus de 150 pays et territoires, qui offre les compétences de renommée mondiale, le savoir et les services dont les clients ont besoin pour surmonter les défis d'entreprise les plus complexes. Pour en apprendre davantage sur la façon dont les quelque 264 000 professionnels de Deloitte ont une influence marquante – y compris les 14 000 professionnels au Canada – veuillez nous suivre sur [LinkedIn](#), [Twitter](#) ou [Facebook](#).

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l., société à responsabilité limitée constituée en vertu des lois de l'Ontario, est le cabinet membre canadien de Deloitte Touche Tohmatsu Limited. Deloitte désigne une ou plusieurs entités parmi Deloitte Touche Tohmatsu Limited, société fermée à responsabilité limitée par garanties du Royaume-Uni, ainsi que son réseau de cabinets membres dont chacun constitue une entité juridique distincte et indépendante. Pour une description détaillée de la structure juridique de Deloitte Touche Tohmatsu Limited et de ses sociétés membres, voir www.deloitte.com/ca/apropos.

© Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. et ses sociétés affiliées.

Conçu et produit par le Service de conception graphique de Deloitte, Canada. 19-6202V