

Les clés de la réussite sur le marché
de l'assurance de particuliers

Réflexions à partager

Les clés de la réussite sur le
marché de l'assurance
de particuliers

Préface	7
Maxime Letribot, Associé, EUROGROUP CONSULTING	
Innover pour tirer son épingle du jeu de l'hyperconcurrence	17
Jean-François Lequoy, Délégué général, Fédération française des sociétés d'assurances	
Remoderniser le modèle mutualiste.....	33
Gérard Andreck, Président du conseil d'administration, Macif ; Président, Groupement des entreprises mutuelles d'assurance ; Président, Association française de l'assurance	
Comment reconquérir le marché du grand public avec un réseau d'agents généraux ?	47
Jacques de Peretti, Directeur général, AXA Particuliers Professionnels	
La proximité client, mission citoyenne de La Banque pour tous.....	63
Danielle Wajsbrot, Directrice du pôle assurance, Membre du comité exécutif, La Banque Postale	
Le courtier grossiste, moteur de l'innovation.....	73
Bruno Rousset, Président-directeur général, APRIL	
La confiance s'impose pour se développer sur le marché des particuliers.....	87
André Renaudin, Directeur général, AG2R LA MONDIALE	
Mix gagnant de l'innovation et du multicanal sur le marché de l'individuel.....	99
Christophe Scherrer, Directeur du développement, Malakoff Médéric	
Savoir gérer les paradoxes	115
Patrick Sagon, Président, La Mutuelle Générale ; Vice-Président, Fédération nationale de la mutualité française	
La solidarité érigée en valeur exige l'efficacité de gestion.....	127
Anne-Marie Cozien, Directeur général, Unéo	
L'assurance directe est à l'assurance traditionnelle ce qu'Amazon est au libraire ...	141
Godefroy de Colombe, Président-directeur général, Direct Assurance	
Si tu ne peux arrêter la vague, tu peux apprendre à surfer.....	155
Martin Coriat, Directeur général, LeLynx.fr	
Services et nouvelles technologies : repenser l'accompagnement.....	171
Nicolas Gusdorf, Président, Syndicat national des sociétés d'assistance ; Directeur général, Mutuaide Assistance	
La marque d'assurance : une idée à renouveler ?.....	181
Olivier Grenier, Directeur général <i>corporate branding</i> , Dragon Rouge	
Biographies	197
Remerciements.....	215

NB : La plupart des contributions à cet ouvrage ont été rédigées et finalisées avant l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.

Depuis la Seconde Guerre mondiale, le marché français de l'assurance des particuliers n'a cessé de se développer, de se diversifier et de se transformer. Loin de se stabiliser à un équilibre, ce marché, pourtant assez mature maintenant, continue de se transformer et le constat partagé par la plupart des acteurs est que cette transformation ne cesse de s'accélérer. Impacté, comme le reste du monde marchand, par le développement d'Internet, le marché de l'assurance des particuliers n'est plus le même qu'il y a dix ans. Les conditions pour réussir aujourd'hui sur ce marché ont donc aussi fortement évolué.

EUROGROUP CONSULTING accompagne depuis plus de trente ans un grand nombre d'acteurs du secteur dans leurs réflexions autour de ces transformations et anime le débat depuis dix ans, au travers notamment du « Baromètre des décideurs de l'assurance ». Cette année, après avoir traité des modèles relationnels, de distribution et de performance, de la qualité de service et des offres, nous voulions proposer aux dirigeants du secteur de répondre à une question plus globale, LA question qui résume toutes les autres : « quelles sont aujourd'hui les clés de la réussite sur le marché de l'assurance des particuliers ? ». Quels sont, s'il ne fallait en retenir qu'une petite poignée, les trois ou quatre ingrédients les plus discriminants pour réussir et faire la différence sur un marché où un client gagné est forcément « pris » à son voisin ?

Avant que vous ne découvriez, au fil de ces pages, les points de vue et les actions engagées par les contributeurs à cet ouvrage, nous souhaitons partager avec vous les convictions que notre cabinet a développé au gré de ses travaux et qui constituent, selon nous, les principaux axes de travail des assureurs pour améliorer leurs performances ou se différencier sur le marché des particuliers.

1. L'expérience client, sans oublier les prospects !

L'expérience client commence par l'expérience prospect, c'est-à-dire la façon dont est proposé l'univers de la marque et de l'entreprise à tout consommateur d'assurance. Ainsi, tout ce que nous allons développer ci-après au sujet des clients est d'abord valable pour tous ceux qui ne le sont pas encore.

L'expérience client est influencée, en premier lieu, par la façon dont l'entreprise parle d'elle-même et dont l'ensemble de ses parties prenantes – clients, salariés, actionnaires actuels ou anciens – en parlent. Ainsi, aujourd'hui plus que jamais du fait du développement des moyens de communication et notamment des médias sociaux, la qualité, la pertinence et l'impact des messages véhiculés sur l'entreprise prédéfinissent l'expérience des clients ou des prospects avec l'enseigne.

De ce fait, le premier champ d'investigation porte sur la puissance (réelle) de la proposition de valeur et de la force du message, dans un secteur où beaucoup mettent en avant les

mêmes avantages ou valeurs. Il conviendra ensuite de vérifier, suivre et encourager la reprise de ces messages par les acteurs en proximité de l'enseigne, afin d'en démultiplier la force et l'impact par l'effet réseau.

Quels que soient cette proposition de valeur et ces messages, certains fondamentaux deviennent des exigences minimales attendues par les consommateurs aujourd'hui, qu'il convient de parfaitement intégrer à son modèle.

Le premier fondamental concerne les chemins d'accès. Le développement d'Internet et d'autres nouveaux moyens de communication ont rendu le consommateur, en à peine quelques années, hyperexigeant en matière de possibilité d'échange, de contact et d'accès au sens large avec les entreprises du monde marchand. Non seulement le consommateur veut pouvoir choisir son canal et le moment auquel il peut l'utiliser (de moins en moins de limites sont acceptées à ce sujet, comme le démontre le débat sur l'ouverture des magasins le dimanche), mais en plus, il exige qu'il soit simple d'utilisation et lui apporte une réponse de qualité, dans des délais de plus en plus courts, quand il ne réclame pas l'immédiateté du traitement de sa demande.

La seconde exigence des consommateurs réside dans la qualité de la relation dans un véritable esprit de service. Qui d'entre nous n'a jamais souffert et ne s'est jamais plaint de la façon très impersonnelle dont sa demande avait pu être prise en compte, du manque d'écoute et d'empathie de son interlocuteur face

à son problème, de la formulation trop technique, parfois incompréhensible du courrier répondant à sa demande ou encore des multiples itérations nécessaires à l'obtention d'une réponse ? En résumé, qui ne s'est jamais plaint d'un manque flagrant de posture de service client d'une enseigne à son égard ? Aujourd'hui, cela ne passe plus. Les consommateurs tranchent plus vite en changeant de fournisseur et, lorsqu'ils passent du temps pour s'en plaindre, c'est sur les médias sociaux qu'ils se déchaînent, engendrant un effet repoussoir pour les prospects potentiels.

Ces deux éléments fondamentaux de l'expérience client que sont les chemins d'accès et la qualité de la relation n'ont pas forcément vocation à être traités exactement de la même manière par tous les acteurs. En ce sens, une segmentation client pourra déterminer des niveaux différents de développement et d'effort en la matière. A titre d'illustration, l'accompagnement et la personnalisation de la relation avec des clients patrimoniaux ayant une valeur client supérieure pourra bien évidemment amener à développer des approches plus poussées. De la même manière, un assureur direct, par exemple, n'aura pas à se soucier des horaires d'accueil et d'ouverture d'agence du fait de son *business model*. Toutefois, les clients d'aujourd'hui ont placé leur niveau d'exigence sur ces thématiques bien au-delà de ce qu'elles étaient il y a dix ans. Des standards se dégagent clairement sur les niveaux minimaux d'attente des clients en la matière. En dessous de ces standards, la sanction est plus rapide qu'avant. Or le

respect de ces standards est loin d'être simple tant le nombre d'opportunités de contacts est grand et les moyens nombreux : face-à-face, téléphone, mail, site Internet, courrier, sms, etc.

2. La cohérence et l'excellence du modèle pour un effet démultiplicateur

Parce que les opportunités et les moyens de contacts avec les clients ou prospects sont nombreux et enclins à se développer chez les assureurs, ils ont, soit un effet démultiplicateur fort s'ils sont bien exploités et optimisés, soit un effet annihilateur dans le cas contraire.

La cohérence se résume dans la capacité de l'entreprise à ne présenter qu'un seul visage.

En ce sens, le premier enjeu consiste à garantir une parfaite homogénéité et fluidité de l'information entre les canaux. Un client ou un prospect, lorsqu'il passe d'un canal à un autre, ou en utilise plusieurs en même temps, doit recevoir une même information. Le second enjeu vise à assurer une cohérence parfaite entre chaque élément composant la perception globale que le client a de l'enseigne : la proposition de valeur, les messages de l'enseigne, le modèle relationnel proposé, la qualité de la prestation délivrée, la qualité de la relation, ou encore la présentation des offres. Il faut considérer que tous ces items forment une seule chaîne et ne jamais oublier que la force d'une chaîne n'est égale qu'à la force de son maillon le plus faible.

C'est la raison pour laquelle se pose la question de l'excellence !

Chaque entreprise, en fonction de son positionnement, va déterminer le niveau de service qu'elle souhaitera proposer à ses clients. Elle devra alors veiller à respecter son engagement, et cela, à chaque point de contact client. Ces derniers comprennent bien ce qu'ils achètent et ne supportent plus que la promesse qu'on leur fait ne soit pas tenue !

3. L'agilité pour rester au top !

Les exigences et standards d'aujourd'hui seront peut-être obsolètes demain. Ainsi, les acteurs sont amenés à développer leur agilité, c'est-à-dire leur capacité à anticiper, à répondre avec justesse et de manière coordonnée aux attentes de leurs clients. Contrairement aux enseignes de l'univers high tech ou de la grande distribution, les assureurs peuvent se contenter de suivre ce que d'autres ont imposé comme des standards dans l'esprit du consommateur. Toutefois, ils ont un handicap : leur inertie, celle de leur système d'information, mais aussi parfois celle de leur modèle opérationnel, voire social ou managérial.

Au-delà de leur capacité à faire évoluer rapidement leurs offres, leurs processus de gestion et leurs tarifs en fonction du marché, cette agilité réside aussi dans leur aptitude à « jongler » d'un canal à l'autre tout en garantissant de façon constante la même qualité de service. Enfin, le niveau « ultime » de l'agilité consiste à maintenir cette performance multicanal (ou peut-être

devrions-nous maintenant parler d'omnicanal) tout en intégrant de façon très régulière des évolutions de fonctionnalités, de services ou d'offres pour toujours être *up to date* en matière de réponse aux demandes des clients et du marché.

4. Et, pour réussir tous ces défis, remettre l'humain au cœur du moteur

Qu'il s'agisse de garantir l'excellence de l'expérience client ou encore davantage la cohérence et l'agilité de leur modèle, les assureurs doivent prendre conscience (et c'est en général le cas) que leurs ressources humaines constituent la clé de la réussite de ces défis.

Le client est très réceptif et sensible à la proposition, par l'enseigne, d'un vrai contact humain avec un interlocuteur à son écoute, bien formé et accueillant, en mesure de répondre à sa demande. Cela ne veut pas dire que les nouvelles technologies ne doivent pas être déployées, bien au contraire. Mais, justement parce que les nouvelles technologies répondent de plus en plus, et de mieux en mieux, à de multiples problématiques « simples », la qualité de la relation humaine, lorsqu'elle est nécessaire et demandée par le client, devient essentielle !

Les processus et parcours clients sont définis et rodés de façon de plus en plus fine, mais la perfection est impossible du fait de la complexité des modèles. Aussi, la présence de l'intelligence humaine est primordiale pour gérer, avec discernement et de

façon non perceptible par le client, une situation imprévue. Le client n'a que faire de la coupure réseau qui empêche d'avoir accès à son dossier pourvu que l'on traite sa demande du mieux possible ! Dans le cas présent, il convient d'être attentif à sa demande et de tenter d'y répondre sans accès au système informatique, en s'engageant, s'il le souhaite, à le rappeler dans un délai acceptable. Seule une « interface humaine » bien formée à la gestion de ce type de situation saura parer à ce désagrément : c'est ce qu'attendent les clients.

Comment les différentes familles qui composent ce secteur perçoivent-elles ces enjeux ?

C'est exactement ce que cet ouvrage a, pour partie, l'ambition de dévoiler. En effet, nous avons souhaité donner la parole à chaque grande famille d'acteurs présente sur ce secteur (compagnies traditionnelles, mutuelles d'assurance, mutuelles 45, bancassureurs, institutions de prévoyance, assureurs direct, courtiers grossistes, assistants, comparateurs et fédérations) afin que toutes s'expriment sur ce qui, à l'aune des forces et faiblesses de leurs propres modèles, représente pour elles les clés de la réussite sur ce marché de l'assurance des particuliers.

Pour cet ouvrage, nous avons aussi proposé au Directeur général *corporate branding* de Dragon Rouge de nous livrer son point de vue sur la façon dont le secteur s'adresse aujourd'hui à ses cibles de clientèles et, ainsi, alimenter le débat avec son œil « d'observateur du secteur ».

Enfin, avant de leur laisser « la parole », je souhaite remercier très chaleureusement chacun des dirigeants qui a accepté de partager, dans cet ouvrage, ses idées pour répondre à cette question.

En espérant pouvoir en discuter prochainement avec chacun d'entre vous...

Maxime Letribot
Associé d'EUROGROUP CONSULTING

Innover pour tirer son épingle du jeu de l'hyperconcurrence

Jean-François Lequoy

*Délégué général, Fédération française
des sociétés d'assurances*

Tous les opérateurs du marché de l'assurance française le savent : la concurrence y est féroce. A la différence d'autres secteurs de l'économie, le nombre d'acteurs est considérable. On compte plus d'un millier d'organismes assureurs, dont 351 sociétés d'assurances (anonymes ou mutuelles), 672 mutuelles relevant du Code de la mutualité, 51 institutions de prévoyance ; du côté des intermédiaires, plus de 13 000 agents généraux, 3 500 courtiers, près de 18 000 commerciaux salariés et plus de 28 000 guichets de banques distribuant principalement de l'assurance vie ; des groupes transnationaux comme des TPE ; des opérateurs Internet, des bancassureurs, etc. Cette diversité des acteurs est une richesse dont bénéficie en premier lieu le consommateur, mais il constitue aussi un redoutable faisceau de contraintes s'imposant à l'ensemble des opérateurs.

C'est pourquoi, cet ouvrage pose une question parfaitement légitime et simple dans son énoncé. La réponse n'est cependant pas évidente. Elle n'est en tout état de cause pas unique, comme le montrent les contributions des autres auteurs.

1. Le triangle de l'hyperconcurrence de l'assurance des particuliers

Les marchés d'assurances de particuliers sont extrêmement concurrentiels, sous l'effet combiné de quatre phénomènes : un grand nombre d'acteurs, des marchés souvent matures, des consommateurs de plus en plus volatils et des marges sous pression.

1.1. Un grand nombre d'acteurs

En décembre 2010, Christine Lagarde, alors ministre de l'Economie et des Finances avait commandé à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) un rapport faisant le point sur les causes des hausses tarifaires annoncées par les assureurs en auto et multirisques habitation (MRH).

Si tant est qu'il faille un rapport expert pour le démontrer, ce rapport conclut au caractère hautement concurrentiel du marché de l'assurance auto et MRH. Il montre sans ambiguïté que les comportements tarifaires sont très congruents avec l'évolution du coût des sinistres et celle des produits financiers, et que les hausses de tarifs constatées pour 2011 ne peuvent donc en aucun cas être imputées à un quelconque pouvoir de marché des assureurs.

Et pour cause : non seulement le nombre d'intervenants est considérable (pour les seules sociétés d'assurances, 103 font de l'assurance auto, 120 de la MRH), mais de surcroît aucun acteur ne détient plus du cinquième des parts de marché. Le même constat vaut pour l'ensemble des autres garanties proposées aux particuliers (près de 500 organismes assureurs en santé et environ 300 en assurance vie). L'assurance complémentaire santé et l'assurance vie, à l'instar des garanties auto et MRH sont donc des produits proposés par de nombreux acteurs, de formes et de tailles variables.

Les grands mouvements de regroupement d'acteurs observés au sein des sociétés d'assurances dans les années soixante-dix, quatre-vingts et quatre-vingt-dix se sont achevés sans qu'aucun groupe n'ait acquis de position dominante. Même la création de sociétés de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) n'affecte pas le degré de concurrence du secteur : si certains moyens sont mis en commun, les entités qui les constituent demeurent en concurrence entre elles.

C'est donc aujourd'hui au tour du monde mutualiste de connaître ce phénomène de recomposition. Les contraintes posées aux petites structures, par exemple avec Solvabilité 2, exercent sans aucun doute une pression vers le regroupement. Mais ces mouvements n'affectent pas, là encore, le caractère hautement concurrentiel du monde de l'assurance des particuliers, dont la diversité n'est pas remise en cause et sur lequel le nombre d'intervenants reste très élevé.

Enfin, la montée en régime des réseaux de bancassurance depuis le début des années quatre-vingts, après le développement des mutuelles sans intermédiaires à partir des années soixante, ajoute de la concurrence à la concurrence. Si les réseaux bancaires ont d'abord investi le segment de l'assurance vie – au point d'en détenir aujourd'hui 60 % de parts de marché –, leur offre en MRH, santé et auto tend à se développer (17 % en MRH, 12 % en santé et 9 % en auto).

La concurrence résulte également de la grande variété des canaux de distribution car, aux réseaux bancaires et aux réseaux salariés, s'ajoutent diverses catégories d'intermédiaires.

Au surplus, même si l'on constate que peu d'acteurs étrangers cherchent à se positionner sur le marché français en libre prestation de service (LPS), cette modalité d'intervention sur les marchés, inscrite dans les traités européens, n'est pas de nature à réduire le nombre d'intervenants sur un marché déjà saturé.

1.2. Des marchés souvent matures

S'ajoute à cela la maturité des principaux marchés d'assurance de particuliers.

En auto, si l'on exclut la non-assurance, et en MRH, si l'on met de côté les situations de plus en plus rares où le logement n'est pas assuré, le taux d'équipement est très élevé et les perspectives de croissance de la masse assurable sont donc très limitées.

En santé, la proportion de personnes couvertes par l'assurance est supérieure à 94 %, une moitié des 6 % restants étant constituée de personnes estimant disposer de moyens financiers suffisants pour pouvoir se passer d'un complément assurantiel aux régimes de sécurité sociale. La seule piste d'évolution de la matière assurable réside dans le partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires (OC) : tout transfert de charge de la première

vers la seconde (ce qui est la tendance observée en moyenne période) accroît le chiffre d'affaires global de l'assurance. Mais on mesure les difficultés politiques posées par cette question.

En assurance vie, il est difficile de parler de « saturation ». Néanmoins, le taux d'équipement des ménages est élevé (c'est le produit d'épargne le plus détenu après le Livret A et le LDD, qui bénéficient tous deux de régimes fiscaux et réglementaires très attractifs). Les difficultés de collecte nette, constatées depuis maintenant plus d'un an, combinées à une érosion structurelle, mais lente, du taux de rendement ne permettent pas d'espérer, au moins à court terme, des perspectives de développement particulièrement favorables.

22

Bien sûr, d'autres marchés n'ont pas encore atteint leur maturité. C'est le cas des garanties dépendance, dont le taux d'équipement de la population reste faible (six millions de contrats) ou des contrats de retraite.

1.3. Des consommateurs de plus en plus volatils, actifs et divers dans leurs besoins et leurs rapports à l'assurance

Pléthore d'acteurs, maturité des marchés. Au surplus, l'assuré n'est pas captif, mais de plus en plus actif dans la gestion de son portefeuille d'assurances.

L'assuré se vit de plus en plus comme un consommateur. La notion de fidélité à un opérateur tend à s'effacer au profit de

la recherche du « juste prix ». Moins fidèle, il est plus enclin précisément à faire jouer cette concurrence et ce, d'autant plus qu'il y est encouragé par la puissance publique, toujours prompte à rechercher le moyen d'accroître la protection du consommateur. La loi Chatel de 2005 a, par exemple, modifié les règles entourant les modalités de résiliation pour les contrats à tacite reconduction, de telle sorte qu'aujourd'hui, de l'aveu même de la DGCCRF, la fluidité est élevée et le *turn over* important (il peut attendre 17 % du portefeuille par an). Convaincre le prospect, le fidéliser et anticiper ses besoins sont des axes stratégiques incontournables. Enfin, n'oublions pas que la crise met sous pression le budget des ménages et les incite à rechercher la meilleure offre au meilleur prix.

23

Le consommateur n'est donc pas captif, encore moins que par le passé. Il est mobile et même de plus en plus rodé aux différents leviers de comparaison mis à sa disposition : des outils à valeur ajoutée pour lui, qui, comme les comparateurs, renforcent sa capacité d'arbitrage et de choix en exploitant les écarts tarifaires constatés à garanties équivalentes en raison de stratégies de tarification et de segmentations différentes. On peut considérer que la comparaison fait partie des grandes innovations de l'assurance depuis une quinzaine d'années. Si la France n'a pas inventé le système comparatif, elle dispose aujourd'hui d'un nombre conséquent de sites de comparaison. On estime que plus de sept clients sur dix ont eu recours à un comparateur avant de souscrire un contrat d'assurance : même si le taux de transformation immédiat de la comparaison en souscription

reste faible, le recours à un comparateur comme outil d'aide à la décision est désormais banal. Et il tendra à se généraliser à mesure que le réflexe digital aura été incorporé par l'assuré.

Enfin, en prenant le « contrôle », le consommateur de produits d'assurance exprime aussi ses spécificités. Quel point commun y a-t-il entre un jeune couple urbain habitué aux nouvelles technologies et une senior âgée de quatre-vingts ans ? Les besoins d'assurance ne sont pas les mêmes, la propension à payer sans doute différente, tout comme l'appétence pour la souscription entièrement dématérialisée ou, au contraire, le contact avec un réseau physique. Pour connaître l'assuré, le nombre de critères à croiser est considérable. Dans l'avenir, et parce que les technologies permettent un *profiling* plus fin, l'offre sera sans aucun doute plus personnalisée.

1.4. Des marges sous pression

Tel est cet environnement de marché : hyperconcurrentiel.

Mécaniquement, les marges sont mises sous pression. Les séries longues des ratios combinés en dommage montrent qu'elles sont maigres, jusqu'à, dans certains cas, mettre la branche globalement en situation de déséquilibre technique. En automobile, par exemple, ce déséquilibre technique existe depuis 2006 et les ratios combinés ont évolué entre 101 % et 109 %. Sur la période 2000-2012, la moyenne des ratios combinés dépasse 100 %.

La puissance publique émet parfois des doutes sur le caractère concurrentiel du secteur de l'assurance des particuliers. Force est de constater qu'elle ignore largement la réalité d'un marché que ses acteurs et ceux qui le côtoient de près savent impitoyable.

2. Tirer son épingle du jeu hyperconcurrentiel en optimisant tous les éléments le long de la chaîne de valeur et en innovant

2.1. Tous les métiers doivent participer à la recherche de la compétitivité et de la rentabilité

La chaîne de valeur de l'assurance peut se décomposer en cinq compartiments : l'allocation et la gestion du capital, les fonctions de conception des produits, la gestion administrative, la gestion financière et la distribution.

Assurer signifie faire travailler ensemble ces cinq métiers. Détenir les « clés de la réussite » sur le marché des particuliers est impossible sans leur bonne maîtrise. Aucun ne peut être ignoré. Pour être compétitif et offrir de bons produits au meilleur tarif, il est nécessaire de rechercher l'excellence dans ces cinq métiers, ce qui signifie :

- Professionnaliser la gestion du capital en l'allouant à des activités correspondant aux niveaux de rentabilité moyenne et de volatilité de cette rentabilité qui ont été déterminés ;

- Construire les produits au plus près des besoins des clients ;
- Disposer des process de gestion les plus efficaces possibles en production comme en sinistres ;
- Optimiser la gestion des placements en recherchant des optima rendement/risque ;
- Rechercher l'efficacité maximale des forces commerciales sur les clientèles qui sont ciblées.

Ainsi, de multiples modèles sont possibles pour se positionner au mieux sur ces cinq leviers de compétitivité. Les *business models* des assureurs sont même de plus en plus nombreux et ceci ne fait qu'alimenter encore la concurrence au bénéfice des consommateurs. Le maître mot du marché de l'assurance est désormais la diversité : diversité des canaux de distribution, des solutions de gestion (*off-shoring*, gestion personnalisée, gestion en plateaux, etc.), des modèles de gestion financière (internalisée ou externalisée, stratégies d'allocations d'actifs plus ou moins risquées, etc.). Il y a mille façons d'être assureur.

2.2. Des stratégies diverses, mais l'impérieuse nécessité d'innover pour survivre

Outre l'optimisation des différents éléments de la chaîne de valeur de l'assurance, c'est également par l'innovation qu'un acteur peut tirer son épingle du jeu hyperconcurrentiel.

Sur ces marchés, rien n'est définitivement acquis. La remise en cause doit être permanente et les stratégies retenues par les

principaux assureurs de la place le montrent clairement. Les cinq compartiments décrits précédemment doivent, chacun, être optimisés.

En tout état de cause, si chacun peut tirer son épingle du jeu de l'hyperconcurrence, tant la diversité des modèles possibles est grande, sans innovation, point de salut. Sur des marchés très matures où règne une concurrence intense, l'innovation devient une question de survie, pour réduire les coûts, pour offrir de nouveaux services aux clients. Et, contrairement à des idées reçues, le secteur de l'assurance des particuliers invente en permanence.

Premier exemple : de nouveaux produits et de nouvelles garanties modifient en permanence l'offre. On se souvient de la création de la « garantie accident de la vie » en 2000, diffusée aujourd'hui à hauteur de quatre millions de contrats environ, ou des garanties dépendance dont les premières ont été proposées au milieu des années quatre-vingts et dont le taux d'équipement augmente régulièrement. Plus récemment, des couvertures contre les risques digitaux à destination des particuliers sont apparues. L'offre de services s'enrichit elle aussi (par exemple, l'adjonction de services d'accompagnement psychologique en cas d'accident pour l'assurance auto) et peut même, à la limite, s'affranchir d'une logique périphérique à l'assurance pour devenir un élément de diversification des activités d'un groupe.

Deuxième exemple : les techniques de segmentation et de tarification se complexifient, parfois pour aboutir à une

tarification dépendant directement du comportement, comme dans le cas du *pay as you drive*. La segmentation est un enjeu d'innovation majeur. Un bon *scoring* prédictif peut faire rentrer un acteur dans un cercle vertueux : j'attire par mon *scoring* plus de bons risques que mes concurrents. Je diminue de ce fait ma sinistralité et peux en conséquence abaisser mes tarifs. A l'inverse, une mauvaise segmentation peut avoir des effets désastreux par un enchaînement contraire de résultats.

Troisième exemple : au niveau collectif, le système conventionnel français bâti par la profession en assurance de masse est unanimement reconnu comme le plus performant en Europe. Par des barèmes simplifiés, des expertises uniques, des recours automatisés et forfaitisés, il permet à la fois d'accélérer les processus d'indemnisation et d'alléger substantiellement les coûts de gestion des petits sinistres. Plus de vingt conventions permettent aujourd'hui ces recours entre assureurs, entre assureurs et Etat, entre assureurs et organismes sociaux. Par ailleurs, les mécanismes d'arbitrage professionnel permettent de régler rapidement, professionnellement et sans engorger les tribunaux, les litiges entre assureurs. Il s'agit là de leviers qui ont permis d'améliorer le service rendu aux assurés et de limiter les coûts.

Naturellement, c'est du côté du digital que l'on trouve aujourd'hui le foyer d'innovations le plus visible et le plus structurant, selon plusieurs axes :

- **Les modes de distribution** : le canal web est devenu incontournable et le canal mobile devrait lui aussi se

développer à mesure que le recours à l'Internet mobile prendra le pas sur l'Internet classique. Si aucun acteur ne délaisse désormais le canal Internet, et si on laisse de côté les *pure players*, les positionnements « multicanal » sont variés ;

- **Les stratégies produits** : la rencontre entre l'espace digital et l'offre assurantielle permet de proposer des gammes de produits étendues, adaptées aux besoins et attentes des assurés, allant des *commodities*, produits d'assurance basiques proposés à des tarifs *low cost*, à des produits plus complets, incluant des offres de services sophistiqués ;
- **La réduction des coûts de gestion** : en confiant à l'assuré la gestion directe partielle de son contrat, le digital peut réduire les coûts de gestion. De même, pour l'assureur, la fonction SI est centrale, source d'économies éventuelles ;
- **La prospection** (utilisation ou non des réseaux sociaux, référencement web, etc.).

De manière plus transversale :

- La recherche de coûts de gestion limités conduit mécaniquement à compter sur le digital ;
- *L'analytics* commence d'ores et déjà à offrir des possibilités larges de réduction des coûts (aide à la lutte contre la fraude, analyse de la sinistralité) ou de fidélisation du client (analyse de ses besoins présents et futurs).

Diversité des stratégies possibles, mais ardente nécessité d'innover. Il n'existe pas de formule gagnante *a priori*. L'envie

de tester de nouvelles solutions, de nouvelles méthodes doit désormais faire partie du génome de l'assureur. L'essai suivi d'un échec ou d'un succès ne peut lui-même avoir qu'une valeur normative limitée pour un marché. L'exemple du *pay as you drive* est significatif : quelle expérience, entre la britannique (échec) et l'italienne (succès), peut servir de référentiel pour la France ?

3. Jouer collectif sur les enjeux d'intérêt général de la profession

Que les stratégies à développer soient par nature individuelles ne signifie cependant pas que certains enjeux ne soient pas collectifs. Plusieurs problématiques ont ainsi vocation à être traitées au niveau de la profession dans son ensemble car, pour pouvoir « faire des affaires », faut-il encore que les conditions de fonctionnement du marché et sa réglementation le permettent.

L'assurance est un secteur très réglementé. Les entreprises sont étroitement contrôlées et le corpus de règles qu'elles appliquent est lourd et complexe. Les cinq fonctions stratégiques décrites plus haut sont presque toutes exercées dans un cadre juridique contraint, national et/ou communautaire. Il est d'intérêt général pour la profession de l'assurance que les producteurs de normes trouvent des interlocuteurs représentatifs, en nombre limité, capables le cas échéant de parler d'une même voix sur les sujets d'intérêt général pour la profession.

Au-delà du nécessaire travail de pédagogie à conduire auprès des décideurs publics concernant la réalité de la concurrence sur le marché de l'assurance des particuliers, on peut distinguer quatre enjeux collectifs :

- **Maintenir l'égalité de traitement des acteurs, c'est-à-dire le *level playing field***, sur le marché français comme sur le marché européen. La réglementation comme la fiscalité peuvent en effet entraîner des distorsions de concurrence et pénaliser une catégorie d'acteurs, voire même un marché national dans sa globalité ;
- **Accroître le champ d'intervention de l'assurance**. Pools d'assurances, négociation et gestion de la convention AERAS, discussion avec les pouvoirs publics sur la fiscalité et la réglementation des produits, articulation équilibrée entre assurance dépendance et couverture publique, etc. : autant de sujets sur lesquels les organisations professionnelles sont les interlocuteurs naturels des pouvoirs publics et recherchent les voies et moyens d'augmenter l'assurabilité et l'acceptabilité sociale de la solution assurantielle ;
- **Limiter les charges réglementaires et fiscales grevant les activités assurantielles**. D'abord, rechercher un point d'équilibre sur les questions de protection du consommateur. Ensuite, préserver les règles et principes fondamentaux de l'assurance (par exemple, la capacité à segmenter avec les questions de l'usage du critère d'âge ou de la conservation des données). Enfin, s'efforcer de limiter la « créativité » fiscale et les charges afférentes. Sur tous ces sujets, il s'agit de protéger à la fois l'assureur et

l'assuré, sur lequel se répercute, *in fine*, les coûts supportés par les entreprises ;

- **Contribuer à la réflexion et à l'effort d'innovation.** Des organismes tels que l'Aredoc, SRA ou la MRN permettent à la profession de concentrer des expertises sur des sujets d'intérêt commun : le dommage corporel, la connaissance du risque auto ou celui des risques naturels...

Ces missions sont celles des organisations professionnelles du secteur de l'assurance qui, loin de se substituer aux acteurs, contribuent à leur donner la possibilité de déployer leurs propres stratégies dans un environnement contraint et hyperconcurrentiel.

Remoderniser le modèle mutualiste

Gérard Andreck

*Président du conseil d'administration, Macif ; Président,
Groupement des entreprises mutuelles d'assurance ;
Président, Association française de l'assurance*

Le Groupe Macif est créé en 1960, au moment où l'assurance automobile devient obligatoire, par un groupe de commerçants et d'industriels niortais, d'où son nom d'origine : Mutuelle d'assurance des commerçants et industriels de France.

Jacques Vandier, premier Directeur général de la Macif, croit à l'époque au modèle de développement basé sur un triptyque : coût, relation sans intermédiaires et industrialisation.

Durant dix ans, de 1960 à 1970, la Macif se développe selon une stratégie monoproduit et connaît une croissance très forte pour atteindre 200 000 sociétaires en 1969.

Dans les années 1970-1980 se pose la problématique de la fidélisation de ce sociétariat. Pour retenir nos adhérents, nous proposons du multi-équipement en élargissant notre offre dans le domaine de l'assurance dommages du particulier. Nous lançons nos premiers contrats multirisques habitation (MRH) et des produits de loisirs comme la navigation de plaisance ou le caravaning. Nous ne faisons pas de « sur-mesure » mais du « prêt-à-porter » ; selon la même logique industrielle d'origine, nous proposons à nos sociétaires des contrats simples, avec deux ou trois formules et sans options. La Macif connaît alors une croissance exponentielle à deux chiffres avec 700 000 sociétaires en 1975 et 1 million en 1978.

Pendant cette période, nous conservons les mêmes méthodes industrielles mais constatons que toutes les demandes convergent

vers Niort et que nous devons nous rapprocher davantage de nos sociétaires. Nous procédons alors à la décentralisation technique des centres de gestion et créons 13 *back offices* répartis sur le territoire. Puis, nous voyons rapidement que cette décentralisation technique ne suffit pas ; nous optons pour un découpage régional avec des entités de quasi plein exercice, un peu à l'inverse des autres compagnies à l'époque. Nous parvenons ainsi à l'organisation actuelle de la Macif, avec 11 régions. En 1985, nous dépassons les 2 millions de sociétaires.

À la fin des années 1990 et aux alentours des années 2000 nous sommes confrontés aux limites de notre modèle. Même si nous sommes diversifiés, nous ne répondons plus totalement aux aspirations de nos sociétaires. Nous nous lançons alors dans une nouvelle étape de diversification de nos activités avec la santé et la prévoyance en premier lieu, puis la distribution de nos produits IARD dans une logique intermédiée, avec Macifilia, et enfin dans les produits financiers et d'épargne avec Macif Banque. En 2012, le groupe Macif compte près de 4,9 millions de sociétaires.

Ces orientations nous ont permis de devenir l'un des principaux acteurs de l'assurance française. Cependant, nous devons continuer à faire évoluer notre modèle mutualiste et à le moderniser en permanence pour rester à cette place. Dans les paragraphes qui suivent, je dresse le bilan de ce qui me paraît indispensable pour suivre cette voie.

Pour faire face aux enjeux de demain, le groupe Macif évolue et se revitalise sur la base de six axes directeurs.

1 - L'évolution et la modernisation de notre gouvernance

Notre Groupe s'est doté de comités spécialisés de contrôle et d'audit, présents dans les grandes sociétés d'assurance, avec une approche risque sophistiquée qui est récente. En même temps, nous avons ouvert notre gouvernance (élus et administrateurs) à la société civile. Car auparavant, pour être élu et occuper une fonction, il fallait avoir le parrainage d'une collectivité, soit en tant que syndicat, soit en tant que commerçant, professionnel indépendant ou membre d'une structure de l'économie sociale.

Nous avons également ouvert notre recrutement à des ressources externes, de manière à sortir d'une culture historique forte de promotion interne, laquelle rendait l'intégration difficile pour les personnes venues de l'extérieur. De fait, nous nous sommes réorganisés pour introduire des compétences nouvelles, tant au niveau des instances de gouvernance que des instances techniques.

En 2005, nous avons créé notre propre université d'entreprise afin de former et sensibiliser nos administrateurs et nos élus à la culture économique et financière et améliorer ainsi les échanges avec les équipes techniques.

Ces principes nous ont permis de mieux faire respirer notre modèle avec l'ouverture à d'autres professionnels et à l'ensemble des sociétaires. Les premiers nous apportent leurs savoir-faire et les seconds peuvent maintenant participer à la gouvernance de la société. Ce qui nous a conduits, au final, à nous améliorer aussi dans l'écoute et la prise en compte des attentes et besoins de nos sociétaires.

Les larges prérogatives déléguées aux régions les ont amenées à se professionnaliser encore davantage, tant au niveau des techniciens que des élus. C'est aujourd'hui un atout majeur dans l'entretien de cette proximité avec nos sociétaires.

2 - La différenciation par le service pour une meilleure fidélisation

Le « consommateur » d'assurances est de plus en plus zappeur. C'est incontestable. Les assurés ont tendance à changer plus fréquemment de compagnie, surtout ceux qui s'intéressent à l'assurance par le biais d'Internet. Ce phénomène sensible, surtout depuis 2005, est influencé par deux facteurs.

Le premier facteur, je viens de le citer, c'est Internet. Avec l'apparition des sites comparatifs, les consommateurs accèdent plus facilement aux informations sur les produits, que ce soit en matière de garanties comme de prix. Les comparateurs d'assurance (Assurland, Le Lynx.fr, ...) jouent un rôle d'intermédiaire et activent le marché.

Deuxième facteur d'explication de l'évolution du taux d'attrition : les pouvoirs publics ont conduit plusieurs réformes réglementaires (loi Chatel, ...) pour développer la concurrence. Tous ces phénomènes entraînent une mutation de notre métier. Et ce n'est pas terminé avec les projets du Gouvernement en matière de concurrence et, plus spécifiquement, les résiliations des contrats.

Comme il est plus rentable de conserver un client que d'en acquérir un nouveau, il est important de poser les nouvelles bases de la relation client, d'optimiser la fidélisation mais également de densifier la qualité du lien, basée sur les valeurs du Groupe. Nous pensons que nos adhérents attendent aujourd'hui une réponse rapide leur assurant une prise en charge dans la continuité. C'est la raison pour laquelle nous travaillons nos offres de la façon suivante :

- **Adopter une vision élargie de l'offre qui dépasse la simple fourniture d'une garantie**, en intégrant notamment des services associés à la couverture assurantielle. A titre d'exemple : l'introduction des services à la personne dans notre contrat d'offre dépendance à destination du public des aidants ;
- **Passer d'un schéma d'indemnisation à un schéma de prise en charge du sinistre et des désagréments collatéraux** : intégration de prestations d'assistances à la personne, aux animaux, réparation en nature...
- **Inclure dans l'offre les engagements de la Certification de service**, en particulier au niveau de la qualité et du délai du

traitement d'un sinistre. Ainsi, sur la Garantie Décès nous nous engageons à verser une partie de capital en moins de 48 heures ;

- **Maximiser et industrialiser la possibilité de personnalisation de la couverture**, notamment via une structure modulable (garanties, plafonds, franchises...);
- **Orienter l'offre sur un événement de la vie** en combinant les produits et garanties de divers domaines pour apporter une solution globale. Tel est le cas, par exemple, avec le pack investisseur Macif qui combine une assurance de biens, un diagnostic immobilier, un financement, des services travaux et une garantie loyers impayés ;
- **Intégrer les problématiques sociétales pour favoriser le comportement responsable** en matière d'environnement ou de gestion de risque. Comme le Groupe Macif l'a incité dès 2006 avec la tarification « Voitures propres et sûres », ou encore la mise en place d'un pacte de prévention jeune pour les cyclomotoristes ;
- **Proposer des solutions sur-mesure à destination de certaines populations, en suivant une démarche de marketing affinitaire**, comme nous le faisons avec l'offre d'assurance spécifique auto-entrepreneurs, ou l'offre à destination des travailleurs saisonniers ;
- **S'appuyer sur la gouvernance mutualiste pour détecter des besoins sociaux mal couverts ou émergents** au travers de l'expression des délégués : la prestation solidarité chômage (dispositif destiné à prendre en charge, sous certaines conditions, une partie des cotisations des sociétaires

demandeurs d'emploi et en difficultés financières), la Fondation Macif (dispositifs territoriaux d'insertion par l'activité économique et le développement d'une économie solidaire aux côtés d'acteurs sociaux)...

Dans sa recherche de différenciation, le Groupe Macif a créé des structures dans toutes les régions pour identifier les produits lui permettant de se différencier et de montrer son originalité dans l'économie sociale. Nous avons donné aux régions la capacité de faire des analyses fines pour adapter les produits à leurs zones de chalandise. Une fois encore, cela démontre que cette proximité du terrain nous permet d'identifier et de développer les services et la nature d'accompagnement sur lesquels nos sociétaires nous attendent.

3 - Le multicanal au service de notre modèle

Le multicanal est un axe de développement primordial pour notre modèle basé sur la relation directe. En ce sens, le Groupe Macif s'est doté d'une structure *full web* reconnue par la communauté web : idmacif.fr, « le premier distributeur automatique d'assurance en ligne ». S'appuyant sur la force du Groupe Macif, idmacif.fr offre à ses clients, et exclusivement sur Internet, l'accès à une gamme auto (assurance et crédit), ainsi qu'un contrat de complémentaire santé responsable. Les solutions apportées par idmacif.fr sont en adéquation avec les évolutions et les perspectives constatées sur le marché de l'assurance. C'est une réponse simple, claire et rapide pour

ceux qui sont attirés par le prix et pour lesquels la Macif n'a pas de réponse adéquate.

Pour la Mutuelle et le cœur de notre activité, le média Internet est devenu un canal de prescription incontournable car le sociétaire doit pouvoir communiquer et rentrer en relation avec nous comme il le souhaite et utiliser différents accès pour acheter nos produits et services, les gérer ou suivre l'avancement de ses dossiers. En réponse au parcours client traditionnel, les sites Internet sont à la fois canal de recherche, canal de souscription et canal de gestion. Ce média est d'autant plus performant qu'il est associé aux autres canaux dans une logique multicanal. L'enjeu est de fluidifier les connexions, les complémentarités entre les canaux. C'est le cas notamment dans la banque avec l'articulation entre l'utilisation d'Internet, des plateformes téléphoniques et des agences.

Disposer aujourd'hui d'un modèle multicanal performant et répondant aux exigences de nos sociétaires est une nécessité absolue. Ce n'est pas en soi un élément de différenciation positif mais, en la matière, être en dessous des standards du marché peut vite devenir un élément de différenciation négatif.

4 - Des stratégies d'alliance

Malgré notre place sur le marché, nous pensons que dans les années à venir, sur certains sujets, nous n'aurons plus la taille critique (comme Covéa ou AXA). Nous avons donc initié une

stratégie d'alliance par métier. À ce titre, par exemple, la Macif est actionnaire à hauteur de 25 % de BPCE Assurances. Dans le cadre de ce partenariat, nous fabriquons et gérons la santé de BPCE Assurances. Nous gérons également leur réassurance, les risques graves, leur protection juridique et, de façon générale, tout ce qui sort de l'ordinaire. De son côté, BPCE nous a aidé à développer notre offre bancaire et à intégrer le capital de notre société de crédit, la Socram, qui est devenue Socram Banque.

Une autre logique d'alliance très importante pour nous est SFEREN, la Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) créée avec nos consœurs Maif et Matmut. Cette alliance s'appuie sur des valeurs de solidarité, d'éthique et de responsabilité sociale, fondements même de chaque mutuelle. Les charges hors assurance, la gestion des réseaux de garages agréés (avec des économies importantes à faire) font partie de nos premiers axes de travail en commun.

Enfin, notre alliance avec AG2R LA MONDIALE, initiée en 2010, a pour but de nous développer sur le marché de la santé et de la prévoyance collective. Il s'agit d'un partenariat commercial, technique et de gestion en assurances collectives santé et prévoyance. Depuis le 1^{er} janvier 2012, AG2R-Macif Prévoyance conjugue les ambitions et les savoir-faire des deux acteurs avec pour objectif de développer 170 millions d'euros de chiffre d'affaires d'ici à 2016. Dans le cadre de cette alliance, nous avons engagé la construction d'une plateforme avec les professionnels de santé pour arriver à la taille critique, laquelle

doit nous permettre de gérer 4 à 5 millions de personnes bénéficiant d'une complémentaire santé.

Dans le secteur de la dépendance, un secteur porteur, nous aurons également certainement besoin d'une mise en commun de moyens qui pourra justifier la création d'alliances et de partenariats. Au sein du Groupe, ces alliances sont superposées à nos pôles métier.

5 – Passer le cap de la segmentation commerciale

Nous devons, demain, être en mesure de mieux segmenter nos approches produits/clients et nous adapter aux aspirations des fractions de clientèles présentant des demandes homogènes, liées à leur âge, leurs loisirs ou encore leurs métiers. C'est cette seconde grande révolution culturelle – après celle de la gouvernance – qui doit nous permettre de compléter nos segmentations techniques liées aux risques à des segmentations comportementales en lien avec les habitudes de consommations. Cela nous amènera peut-être parfois à développer des approches affinitaires de nature à nous adresser à ces populations de façon spécifique. Il nous faut être vigilant et veiller à ne pas rater ce virage.

Bien souvent, la stratégie de segmentation est perçue comme un frein au projet mutualiste mais il ne faut pas confondre segmentation technique et segmentation commerciale. Nous devons identifier clairement les besoins des générations futures

de façon à mieux segmenter nos approches. Au sein du Groupe Macif, l'âge moyen des sociétaires en portefeuille est de 48 ans. Sur cette catégorie de population, le risque est limité mais ce n'est pas le cas pour les populations plus jeunes, plus exigeantes et plus volatiles... Il ne s'agit pas de mettre en place une segmentation technique basée sur l'évaluation des risques, mais au contraire une segmentation comportementale tenant compte des habitudes de consommation et des attentes en matière de services. Il faut savoir allier, sans opposer, segmentation technique et segmentation commerciale ou comportementale vis-à-vis de l'acte d'achat. L'idée est de déconnecter la logique technique de l'approche commerciale car le produit technique ne doit plus être confondu avec le produit commercial. De fait, nous pouvons rester sur une base de mutualisation technique mais avec une approche spécifique liée à une segmentation sur les besoins, les services et les comportements. Cette nouvelle approche nécessite d'insuffler et de renforcer une vraie culture marketing et commerciale. L'utilisation des réseaux sociaux comme support au développement implique d'avoir déterminé, au préalable, pourquoi nous souhaitons les utiliser. Une fois la segmentation définie sur des populations vers lesquelles il paraît pertinent de développer des démarches affinitaires, il est intéressant d'utiliser les communautés et les sous-communautés gérées par les réseaux sociaux. C'est dans ce cadre que l'utilisation des réseaux sociaux et du marketing affinitaire est à l'étude au sein du Groupe Macif.

6 – La recherche de l'excellence dans la qualité de service

La qualité de service est une force de la Macif. Preuve en est notre taux de résiliation autour de 4 %, l'un des plus bas du marché. En ce sens, nous avons fait beaucoup d'efforts sur les plateformes téléphoniques qui concernent, à la Macif, plus d'un collaborateur sur dix (soit environ 1 200 personnes). Cela s'est traduit par une montée en compétence technique des téléopérateurs et une réduction des temps de réponse. En matière d'engagement de qualité de service, la Macif est d'ailleurs devenue, depuis le 13 décembre 2010, le premier assureur à obtenir une certification de service en assurance dommages, délivrée par Afnor Certification. Renouvelée depuis 2 ans, cette certification atteste que le Groupe Macif répond aux 23 engagements Qualité qui ont été pris dans les domaines de la relation client, de la gestion des sinistres et de la gestion des réclamations. Le succès du Groupe Macif, et la croissance à deux chiffres que nous avons connue pendant des années, étaient liés à l'époque à notre compétitivité tarifaire. Notre modèle économique était précurseur du modèle low cost actuel (de moins 20 à moins 30 % par rapport au prix du marché). Pour continuer de nous développer, nous devons maintenant trouver le juste équilibre prix/qualité de service, apporter des réponses adaptées aux différents segments de clients et viser l'excellence dans la qualité de service. Cette démarche est bien amorcée au sein du Groupe.

En appliquant des règles conformes aux principes mutualistes, le Groupe Macif a su démontrer qu'il était possible de conjuguer

performance économique et utilité sociale. Le Groupe se construit sur une organisation démocratique, fondée sur une économie humaine, solidaire et responsable. Il accompagne ses sociétaires à chaque étape de leur vie. La qualité de service et l'accompagnement de nos clients, jusqu'aux actions sociales venant en relais des services proposés dans le cadre de nos contrats, sont nos points forts et doivent être considérés comme des éléments de différenciation majeurs. Nos actions sociales, poursuivies dans le cadre de notre politique globale de responsabilité sociale et environnementale, sont essentielles car, pour nous, « la solidarité est une Force » !

Comment reconquérir le marché du grand public avec un réseau d'agents généraux ?

Jacques de Peretti

Directeur général, AXA Particuliers Professionnels

Le marché de l'assurance des particuliers est un marché hétérogène et les stratégies à retenir dépendent fondamentalement de la clientèle visée (grand public, clientèle aisée, populations ciblées) et de la nature des couvertures proposées (contrats d'assurance automobile ou habitation, assurance vie, complémentaire santé, etc.).

Pour mon propos, j'ai souhaité me concentrer sur le segment du grand public dans la mesure où ce segment fait l'objet, en France, d'une concurrence particulièrement féroce entre acteurs de par ses enjeux en termes de poids financier, et qu'il nécessite donc d'imaginer des stratégies novatrices multidimensionnelles.

48

Pour mémoire, ce segment a vécu les arrivées successives de nouveaux acteurs qui ont à chaque fois déstabilisé les équilibres en place, sans jamais totalement se substituer aux acteurs déjà présents.

Traditionnellement détenu par les réseaux intermédiés, le grand public a ainsi connu les arrivées successives des mutuelles sans intermédiaires dans les années soixante-dix, des bancassureurs dans les années quatre-vingt-dix et d'Internet dans les années deux mille.

Aujourd'hui on peut considérer que quatre modes de distribution coexistent sur le segment du grand public, et particulièrement dans le domaine de l'assurance de dommages aux biens et de l'assurance automobile.

Les parts de marché de chacun de ces modes de distribution reflètent, en grande partie, leur antériorité mais également leur dynamisme.

En 2010, selon les données de la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances), le chiffre d'affaires de l'assurance automobile du particulier était détenu à 40 % par les sociétés avec intermédiaires, à 38 % par les mutuelles sans intermédiaires, à 10 % par les bancassureurs et à 2 % par les assurances directes.

Dans cet environnement en pleine mutation, AXA France, premier assureur en France, présente des caractéristiques qui lui garantissent une certaine stabilité et pérennité, en termes tant de taille (grâce aux 34 000 personnes qui travaillent au service de ses neuf millions de clients) que de positionnement, avec une gamme de produits complète pour répondre aux besoins de couverture de ses clients.

49

Pour autant, et compte tenu de l'intensification de la concurrence sur le marché français, il est apparu indispensable pour AXA France de repenser sa stratégie sur le segment du grand public.

Cette stratégie, AXA France l'a déclinée sur son réseau des agents généraux, premier réseau de France de ce type, avec 3 500 agents généraux et 10 000 collaborateurs. Il est très présent sur le marché IARD et notamment sur la clientèle

grand public, et donc plus sensible que d'autres réseaux aux questions de concurrence exacerbée.

Cette stratégie, AXA France l'a construite autour de cinq axes spécifiques :

- Les nouveaux territoires ;
- Internet et le multi-accès ;
- La productivité commerciale et administrative ;
- La professionnalisation ;
- La qualité de service.

Les nouveaux territoires

L'exploration de nouveaux territoires repose sur le principe selon lequel si le marché français de l'assurance est saturé sur certaines gammes de produits, notamment en assurance automobile et habitation, ce n'est pas le cas dans le domaine de la santé ou de la prévoyance, par exemple.

Les nouveaux territoires sont de nouvelles ressources qui sont à portée de main et dont nos agences ont besoin. Ce sont aussi des métiers qui ne sont pas éloignés de ceux que nous exerçons, et qui répondent à un véritable besoin de nos clients.

Mais c'est surtout un moyen de fidéliser nos clients en leur apportant des solutions d'assurance pour répondre à des besoins qu'ils n'exprimaient pas, faute d'offre.

Au niveau d'AXA France, nos nouveaux territoires, ce sont la prévoyance et la banque.

En ce qui concerne la prévoyance, nous avons déjà retrouvé notre place de leader en matière de protection familiale, et nous avons dépassé les 300 000 clients en 2012.

Nous avons l'intention de mettre en place la même dynamique de conquête sur les marchés de la dépendance et des obsèques, ainsi que sur le marché de la santé.

En ce qui concerne la banque, son rôle dans notre stratégie grand public est fondamental, bien au-delà des nouvelles ressources apportées et de leur impact sur la fidélisation.

Nous visons un nouveau positionnement, celui du banquier, qui connaît mieux que nous ses clients et leurs moyens, et qui a une fréquence de contacts plus soutenue avec eux (quatre fois supérieure à la nôtre).

Ce choix de la banque, la plupart des grandes compagnies d'assurance l'ont abandonné. Chez AXA France, nous le jugeons incontournable en termes de positionnement marché, de relation client et d'avenir de notre réseau.

Là encore, nos résultats sont à la hauteur de nos espoirs et nous poursuivons notre développement dans ce secteur. En effet, AXA Banque regroupe d'ores et déjà 750 000 clients et assurés, que

nous voyons donc plus régulièrement, à qui nous proposons des solutions de banque et d'assurance adaptées, et que nous fidélisons par ce biais.

Pour illustrer cette fidélisation, deux chiffres suffisent : selon la Fédération française des sociétés d'assurances, le taux de résiliation de l'assurance automobile est de 14 % en moyenne pour ces dernières années ; lorsque notre assuré automobile est également client d'AXA Banque, ce taux de résiliation « tombe » à 3 %.

Internet et le multi-accès

Le deuxième grand axe est l'adaptation de notre modèle, construit autour de notre agence, de notre vitrine, de notre relation de proximité, avec l'évolution de la société.

L'avènement d'Internet dans notre économie, dans notre industrie, bouleverse les équilibres auxquels nous étions habitués et fait naître de nouveaux comportements.

Si Internet aujourd'hui, sur le marché de l'IARD, n'a pas pris une place prépondérante, son poids demeure encore très relatif. Il a démontré sa capacité sur d'autres secteurs d'activité à fondamentalement rebattre les cartes (cf. les agences de voyage qui ont vu leur nombre diminuer de moitié en seulement cinq ans).

Il ne s'agit plus simplement de l'apparition d'un nouveau canal de distribution mais bien d'un nouveau mode de consommation.

Certes, et c'est clair, ce qui attire nos clients existants ou potentiels sur le net aujourd'hui c'est, à la fois, dans l'immense majorité des cas :

- La recherche d'un bon tarif ;
- La facilité d'accès à une réponse rapide et à toute heure.

En fait, on constate le développement de comportements dits hybrides : un même client peut être séduit par l'approche Internet pour un besoin simple, et avoir besoin d'un véritable conseil « physique » pour un besoin plus complexe. Ce comportement est présent, les études le montrent, chez la grande majorité d'entre nous.

Afin de nous adapter à ces nouveaux comportements, notre stratégie est de développer des offres simples et compétitives sur le net, et de placer l'agence au cœur de ce dispositif, de manière à satisfaire les attentes de nos prospects.

C'est dans cet esprit qu'AXA France a décidé de créer un nouveau produit d'assurance automobile, en plus du produit déjà commercialisé. Ce produit, dénommé « Clic&Go », est disponible au même tarif, à la fois sur Internet et chez nos agents généraux.

Sur Internet, il est accessible sur notre seul site axa.fr. Nous avons fait le choix de ne pas être référencés sur les sites des comparateurs, contrairement à la majorité de nos concurrents, afin de personnaliser l'accompagnement de nos futurs assurés.

Cette démarche de personnalisation est essentielle dans notre stratégie car elle permet l'accompagnement de nos clients, lorsque ceux-ci le souhaitent (c'est l'immense majorité des cas), vers notre réseau d'agents généraux pour apporter conseil et rassurer le client dans ses choix de couverture d'assurance.

La productivité commerciale et administrative

Le troisième levier de notre stratégie consiste à améliorer l'efficacité commerciale et administrative en agence.

La capacité à accueillir nos clients, à comprendre leurs besoins et à y répondre rapidement constituent des objectifs clés de différenciation avec nos concurrents.

Un de ces moyens a été la création du télémarketing, il y a maintenant dix-huit mois.

Le télémarketing, c'est un collaborateur supplémentaire pour chacun de nos agents généraux. Il partage son temps entre plusieurs agences, ce qui permet de répartir son coût et de gérer son activité au plus près des besoins des clients des agences et des besoins de soutien des agents eux-mêmes. Il a pour fonction

de contacter les clients des agences auxquelles il est rattaché pour leur présenter des offres d'assurance, réaliser des appels de suivi des contrats et prendre des rendez-vous pour le compte de l'agent général.

Ce collaborateur, certes extérieur à l'agence, est formé aux métiers de l'assurance, connaît les agences pour lesquelles il travaille ainsi que leur environnement. Il est capable de prolonger l'action commerciale des agences, à un coût compétitif permettant de réduire les frais généraux pesant sur nos produits d'assurance.

Le second moyen que j'aborde ici porte sur la numérisation des échanges « papier ».

Ce moyen n'est pas spécifique à AXA France dans son volet dématérialisation. L'ensemble des marchés de l'assurance, comme de nombreux secteurs d'activité, se sont engagés dans des démarches de dématérialisation des échanges dans la mesure où cela permet de transformer les flux entre chaque agence, la compagnie et leurs clients, avec comme objectifs de fluidifier et tracer les échanges et de baisser les coûts administratifs, et donc de fournir un meilleur service au client.

Ce qui est plus spécifique à AXA France, c'est notre volonté de digitaliser au maximum l'ensemble des échanges afin d'être en mesure de réduire nos coûts, mais également de disposer de la capacité à fournir des services supplémentaires à nos clients et assurés, dans toutes les dimensions de leur vie d'assuré.

L'amélioration de la mobilité de nos commerciaux, avec l'utilisation toujours plus importante des tablettes, constitue un premier exemple de ce que les nouvelles technologies offrent comme possibilités de services à nos clients.

Ces deux moyens doivent donc nous permettre d'être plus souvent présents auprès de nos clients, d'être mieux présents pour les accompagner et les protéger dans tous les aspects de leur vie.

La professionnalisation

Je considère qu'il est de la responsabilité des compagnies d'assurances de bâtir et de proposer des cursus de formation avec les écoles, les universités et les coachings, qui favorisent la professionnalisation de leur réseau.

En effet, la formation continue constitue un élément clé de la professionnalisation de tout réseau commercial.

Dans des domaines très spécifiques, AXA France a souhaité développer des cursus internes de formation aux démarches commerciales, que nous avons baptisés école pour le premier niveau et université pour le niveau supérieur.

Le premier niveau permet d'améliorer les compétences des collaborateurs d'agence en les sensibilisant à des techniques modernes de vente. Le second niveau en fait des spécialistes du secteur en question.

Au sein d'AXA France, nous avons ainsi développé le parcours découverte, l'école et l'université de l'entreprise pour l'assurance des entreprises, et formé des conseillers en *risk management*, des multispécialistes des solutions de prévention et de protection en IARD et en collectives sur les TPE, les PME et les ETI.

Nous avons développé l'école et l'université des professionnels pour former des experts des solutions d'assurance des professionnels, autonomes en IARD et actifs en protection sociale.

Nous avons également développé l'école de la retraite et de l'épargne, ainsi que l'université du patrimoine, pour former des experts de ces problématiques pour clients aisés.

Enfin, nous avons créé pour la banque une école et une université associées à une démarche de coaching pour former des « assurbanquiers » professionnels.

La qualité de service

Le 11 avril 2012, nous lançons le programme « Axa votre Service », dont l'objectif est de faire d'AXA France la première société de service.

Ce programme ambitieux repose sur deux piliers :

- Une charte de service, qui s'adresse tant en interne qu'aux réseaux de distribution ;

- La mise en ligne sur Internet du premier comparateur de services dans l'assurance, Quialemeilleurservice.com.

La charte de service d'AXA France est un engagement pris par l'ensemble de la compagnie et de ses réseaux pour que le service apporté à nos clients soit irréprochable, voire qu'il aille au-delà de leurs attentes dans une relation personnalisée et réactive. Il s'agit de nous différencier de nos concurrents par le niveau de qualité que nous leur apportons.

La charte vise à la simplicité dans les démarches de nos assurés par des échanges plus fluides, plus efficaces et plus rapides, plus clairs dans les réponses apportées. Elle vise à apporter des conseils adaptés à nos clients en analysant leur situation et leurs besoins, en faisant évoluer leurs contrats ou leurs placements au mieux de leurs intérêts et en leur proposant des solutions de prévention contre les risques auxquels ils sont exposés.

C'est encore une présence engagée à leurs côtés en cas de sinistre ou de coup dur pour leur apporter des solutions concrètes et adaptées. C'est enfin, une écoute permanente pour mieux comprendre leurs attentes et continuer d'innover et leur apporter le meilleur service.

Le comparateur de services dans l'assurance, c'est l'innovation dans un marché de l'assurance se focalisant sur les seuls garanties et prix des produits d'assurance.

Partant du constat selon lequel 94 % des Français estiment que le service est une composante du contrat d'assurance et que la moitié d'entre eux méconnaissent les services proposés par leur assureur, nous avons développé un site Internet centré sur cette notion.

Le comparateur que nous avons développé s'attache à comparer les services associés aux contrats d'assurance, et non pas la nature des couvertures proposées ni la qualité des services rendus.

Il a pour objectif d'apporter un véritable éclairage aux consommateurs sur ces services en leur donnant accès rapidement et simplement à une information transparente, objective et vérifiable sur les services proposés par les principaux assureurs du marché.

Le comparateur Quialemeilleurservice.com repose sur une approche qui part de l'internaute et se décompose en quatre étapes :

1- Vous choisissez un « moment de vie » (dégât des eaux, accident ou panne de voiture, hospitalisation, préparation de la retraite, etc.), c'est-à-dire une situation concrète dans laquelle il est généralement important de pouvoir bénéficier de services d'assurance. Aujourd'hui, le comparateur propose aux internautes seize moments de vie.

2- L'outil vous permet pour ce moment de vie de sélectionner parmi une liste de services possibles, jugés comme les plus importants par les Français, celui pour lequel vous souhaitez connaître le meilleur assureur.

3- Sur la base des services que vous avez sélectionnés, le comparateur vous fournit un podium qui fait apparaître les assureurs répondant le mieux aux attentes de services que vous avez exprimées. Ce classement prend en compte trois critères : le service attendu est-il proposé par l'assureur ? Si oui, quelles sont les conditions auxquelles l'assureur rend ce service accessible aux consommateurs ? Et enfin quelle est la profondeur (en termes de contenu, qualitatif ou quantitatif) du service proposé par l'assureur ?

4- Le comparateur vous fournit enfin le descriptif détaillé de tous les services proposés par les principaux acteurs du marché en réponse à vos attentes, avec leurs principales caractéristiques. Le tableau vous précise aussi si ces services sont fournis en option ou en inclusion du contrat d'assurance considéré.

A chaque moment de vie est associé un univers de concurrence (par exemple, le moment de vie « ma voiture est en panne ou accidentée » est associé à l'univers de l'assurance automobile, le « dégât des eaux » à l'assurance habitation, « l'hospitalisation » à l'assurance santé, etc.). Pour chaque univers de concurrence, le site compare les douze premiers acteurs en termes de chiffre d'affaires.

Conclusion

Cette double démarche d'amélioration permanente de notre qualité de service en interne et d'affichage de nos résultats et de notre positionnement en public, doit nous conduire à l'excellence en la matière.

Ce souci d'excellence irrigue déjà et doit continuer d'irriguer toute notre activité, de l'élaboration de nos produits jusqu'à l'accompagnement du client dans toutes ses démarches relatives à ses contrats.

La proximité client, mission
citoyenne de La Banque pour tous

Danielle Wajsbro

Directrice du pôle assurance, Membre du comité exécutif,

La Banque Postale

Avec près de 20 millions de clients, La Banque Postale incarne un positionnement singulier, celui de « La Banque pour tous ». Nous servons nos clients quel que soit leur niveau de vie et nous répondons à leurs demandes au travers d'une gamme complète d'offres bancaires et assurantielles. En assurance, nous sommes actuellement en phase de construction de portefeuille, puisque nous avons lancé notre offre prévoyance il y a dix ans, notre offre IARD il y a cinq ans et notre offre santé l'an dernier. Notre stratégie est d'ores et déjà couronnée de succès, 510 000 clients ayant à ce jour plébiscité nos offres IARD.

La réussite de La Banque Postale sur le marché des particuliers résulte de divers éléments qui relèvent tous d'un dénominateur commun : l'orientation et la proximité client. Nous sommes convaincus que ces ingrédients sont les plus importants à développer pour réussir sur ce marché dans les années à venir.

Une image forte, solide, sincère, inspirant confiance et proche des gens

Contrairement à d'autres acteurs bancaires, La Banque Postale bénéficie d'une image positive auprès du grand public. Elle est perçue comme un partenaire de vie solide à qui l'on peut faire confiance. Nous avons acquis cette réputation en servant continuellement l'intérêt de nos clients. L'exemple de l'épargne est probant. Dans un contexte de marché difficile à la recherche de liquidités, nos concurrents orientent volontairement leurs clients vers de l'épargne bilancielle au profit de la banque, avant

parfois celui du client. La Banque Postale, qui est une banque jeune, n'a pas de problème de liquidité. Nous conseillons de manière non arbitraire nos clients, les orientant en fonction de leur besoin, vers les produits d'épargne les plus adaptés à leur situation. Cet engagement est facilité et rendu transparent pour nos clients par le fait que nos conseillers ne disposent d'aucune rémunération variable qui orienterait la vente vers certains produits plus que d'autres.

Issue du Groupe La Poste, La Banque Postale bénéficie de son image d'entreprise citoyenne au travers de ses actions de service public, qui se retrouvent dans son positionnement vis-à-vis des populations les plus fragiles. Elle propose systématiquement des offres à des prix de marché attractifs, transparents et ajustés et attache une attention particulière à des populations parfois jugées non solvables par d'autres établissements.

Contrairement à d'autres enseignes qui ont fait le choix de définir des marques différentes pour chaque positionnement choisi, nous croyons à la force de notre marque et de notre mission universelle de « Banque pour tous », pour adresser tous les segments possibles sans investir sur le développement, souvent très coûteux, d'une stratégie de marques complexe. Ainsi, nous nous adressons aussi bien aux plus fragiles qu'aux patrimoniaux, qui représentent près de 40 % de notre clientèle en assurance vie, soit autant que certains établissements pourtant davantage perçus sur ce segment que nous. Concernant les patrimoniaux, cette stratégie nous a conduits à racheter la

BPE pour augmenter notre visibilité auprès de cette clientèle. Ainsi, nous développons clairement une image de banque qui s'adresse à tous les Français mais aussi aux associations, aux collectivités et aux entreprises.

Dans un monde de la finance souffrant de son implication dans la crise que nous vivons, La Banque Postale, qui ne dispose d'aucune activité de marché, développe au contraire cette image de proximité auprès de la population et du monde économique réel. Notre volonté de ne pas faire de distinction ou de sélection malgré des écarts de performances évidents entre nos différents segments de clientèle (par exemple, les patrimoniaux qui représentent 40 % de notre clientèle contribuent à 80 % de notre résultat) renforce notre image et donc notre performance générale sur le marché.

Enfin, notre appartenance au Groupe La Poste nous fait également bénéficier d'un réseau de 17 000 points de contacts, dont 10 000 bureaux répartis sur le territoire, et cela nous confère bien évidemment une puissance commerciale hors norme. Cependant, notre proximité avec nos clients n'est pas seulement géographique, elle se matérialise aussi au travers du modèle relationnel que nous leur proposons.

A chaque client, son modèle relationnel

Parce que nous sommes convaincus que c'est le client qui choisit sa relation, nous avons construit un modèle relationnel

multicanal le plus ouvert et souple possible. Ainsi, quelle que soit sa demande, le client pourra la formuler sur n'importe lequel de nos canaux de contact – bureau, téléphone ou Internet – et la suivre sur n'importe lequel de ces mêmes canaux. C'est à nous de nous adapter aux modes de contact de nos clients et non l'inverse. Nous devons tout faire pour faciliter la vie de nos clients et leur permettre d'utiliser tous les moyens de communication à leur disposition pour gérer les relations qu'ils ont avec nous. Cet objectif est un immense défi organisationnel, humain et technologique, mais nous construisons notre modèle sur cette ambition depuis le début et poursuivons, chaque jour, nos efforts dans ce sens.

De la même manière que nos conseillers ne sont pas rémunérés pour pousser un produit plutôt qu'un autre, ils disposeront du même intéressement quel que soit le canal utilisé par leur client en portefeuille.

Dans sa stratégie volontairement multicanal, La Banque Postale tient toujours sa promesse d'accompagnement humain, quel que soit l'endroit où se trouve son client. Au travers du projet « La Banque Postale chez soi », nous garantissons à notre client la prise en charge de son dossier par un conseiller nominatif lors de ses différents appels téléphoniques. Le client peut ainsi souscrire à un contrat ou demander des renseignements, avec un accès sécurisé, depuis son domicile, tout en gardant une relation personnalisée.

Même si notre modèle multicanal est très ouvert et permet à tous les clients d'accéder au parcours qui lui convient le mieux, certains clients, en fonction du segment de clientèle auquel ils appartiennent ou des produits dont ils disposent, pourront bénéficier de fonctionnalités spécifiques de gestion et de suivi de leurs contrats (par exemple, la valorisation à J de leurs supports s'ils détiennent le contrat d'assurance vie « Cachemire » destiné à la clientèle haut de gamme).

De même, puisque nous privilégions l'accompagnement personnalisé et adapté au besoin et profil du client, nous avons mis en place des réseaux de conseillers dédiés à chaque grande cible de clientèle :

- Les conseillers de clientèle (CoCli) sont consacrés à notre clientèle fragile ainsi qu'aux prospects qui visitent nos bureaux de poste pour souscrire des produits simples ;
- Les gestionnaires de clientèle s'adressent à notre clientèle « grand public » ;
- Les conseillers spécialisés en patrimoine (CSP) servent notre clientèle haut de gamme ;
- Les conseillers en gestion en patrimoine (CGP) accompagnent notre clientèle très favorisée.

Lorsque nos conseillers ou nos clients appellent nos plateformes téléphoniques, ils sont pris en charge par de véritables experts soit en assurances dommages, soit en assurances santé, contrairement à la plupart de nos concurrents qui ont mis en place une plateforme unique avec des téléopérateurs qui se

disent « experts » de tous les sujets. Pour chaque offre, nous avons recherché un partenariat avec les meilleurs acteurs de la place. Il ne serait pas cohérent de ne pas garder cette logique dans l'expertise directement mise à disposition de nos clients. Plutôt qu'une polyvalence « produits », nous avons donc privilégié une polyvalence du téléconseiller concernant les actes de gestion sur lesquels il peut accompagner le client pour un produit donné (souscription, renseignement, gestion du contrat ou des sinistres, etc.).

Dans ce modèle, la qualité et la profondeur de la formation de l'ensemble de nos conseillers représente un enjeu très fort. C'est la raison pour laquelle nous avons développé de nombreux moyens pour avoir un dispositif le plus complet possible (experts produits, moniteurs de ventes, e-learning, etc.).

Des offres simples, claires et bien placées

La Banque Postale déploie un positionnement clair à travers des produits simples adaptés à la distribution « de masse ». Nous créons des produits répondant aux besoins réels, parfois très variés, de chacun de nos segments de clientèle. Nous avons ainsi créé une assurance regroupant des garanties essentielles à des prix compétitifs pour nos clients défavorisés, sans y ajouter automatiquement des garanties auxquelles ils n'ont que très rarement recours.

Nous souhaitons que nos clients disposent de toutes les informations utiles pour se construire leur contrat « sur mesure ». La Banque Postale leur offre cette possibilité grâce à des produits transparents et modulaires qu'ils peuvent assembler. Cette modularité exige pour notre réseau physique une capacité à conseiller très précisément nos clients dans les différents assemblages possibles et surtout ceux qui répondent le mieux à leur situation. Pour ce faire, nous avons mis en place un dispositif de vente à trois où le conseiller peut appeler, quand il le souhaite, un expert afin de construire, avec le client, la meilleure offre possible.

Une autre illustration de cette attention se trouve dans la façon dont nous présentons nos produits de manière didactique et pédagogique. Ainsi, nous refusons de faire de nos conditions générales d'obscurs traités juridiques. Bien au contraire, celles-ci intègrent, par exemple, un mode d'emploi donnant entre autres au client la marche à suivre en cas de sinistre.

Enfin, pour garantir la lisibilité de nos offres, nos tarifs sont les mêmes quels que soient les canaux de distribution sollicités. En pratiquant une tarification maîtrisée, nos produits bénéficient du service La Banque Postale à un prix compétitif, sans toutefois être *low cost*.

Utiliser nos atouts de bancassureur

A travers un guichet unique, physique ou virtuel, nous accompagnons nos clients tout au long des événements de

leur vie. Etant donné qu'ils contactent nos centres financiers plus souvent pour leurs contrats bancaires qu'assurantiels, nous profitons de ces opportunités pour les équiper de nos solutions d'assurance de plusieurs manières. Cela passe en premier lieu par une intégration systématique de notre offre assurantielle avec notre offre bancaire.

D'autre part, nous formons depuis 2004 nos conseillers des centres financiers aux ventes sur rebond. Ils peuvent ainsi rediriger les appels de leurs clients vers nos plateformes spécialisées, si ces derniers désirent se renseigner sur nos offres d'assurance. A titre d'illustration, nous proposons systématiquement une assurance automobile lors de toute souscription à un crédit consommation pour l'achat d'une voiture, et les deux tiers de nos propositions se soldent par une vente croisée ! En cas de changement d'adresse, nous suggérons de souscrire à une assurance multirisque habitation, ou une assurance santé chiens et chats si nos clients possèdent des animaux de compagnie. De la même manière, lorsque nos clients perdent leurs cartes ou leur téléphone mobile, nous leur présentons « Alliatys », assurance des moyens de paiement.

A l'occasion d'appels entrants de nos clients, nos centres financiers ont ainsi vendu sur rebond près de 80 000 contrats prévoyance en 2012. 450 conseillers ont ainsi contribué à 20 % des ventes totales, alors que nos 10 000 vendeurs du réseau ont contribué à 80 % des ventes. Nos centres financiers ambitionnent de vendre 10 000 contrats santé d'ici fin 2013.

Au vu de leur excellente performance, nous les formons désormais pour vendre toutes nos offres sur rebond, y compris l'assurance IARD.

Enfin, nos conseillers sont désormais formés aux appels sortants de relance des prospects qui avaient demandé un devis sans y souscrire par la suite. Nous avons adapté le système d'intéressement à la vente pour les inciter à reprendre contact, ce qui est alors l'occasion de comprendre les motifs de non-adhésion et d'ajuster notre proposition.

En conclusion, notre conviction profonde, pour réussir sur le marché de l'assurance des particuliers, est qu'il est indispensable, aujourd'hui encore plus qu'hier, de jouer la carte de la proximité et de l'orientation client. La vraie, celle qui se met effectivement à la place de chaque client, pas celle qui pense à sa place. Ainsi, tout acteur qui, comme La Banque Postale, pourra proposer cette posture et ce modèle avec une cohérence parfaite de A à Z, devrait gagner ou garder sa place sur ce marché.

Le courtier grossiste, moteur de l'innovation

Bruno Rousset

Président-directeur général, APRIL

C'est par la volonté de transformer l'existant, de « changer l'image de l'assurance », qu'APRIL a créé le métier de courtier grossiste, qui s'est naturellement trouvé être un maillon essentiel de l'innovation dans l'assurance.

Dès sa création, APRIL a pensé ses produits en mettant le client au cœur de ses préoccupations. Ainsi, les positionnements traditionnels du marché ont été remis en question pour améliorer le service en pensant « client », dans la relation avec l'assuré mais aussi avec son conseil, le courtier. « Pourquoi ne pas traiter les demandes de remboursement des frais de santé en moins de quarante-huit heures ? » est une question que s'est posée APRIL dès 1988, là où le marché traitait les demandes de remboursement en un mois en moyenne. Une piste est très vite devenue une réalité et reste aujourd'hui encore un facteur de différenciation de la gestion APRIL par une réduction continue de ce délai.

De même, innover dans la relation téléphonique est rapidement apparu prioritaire. La mobilisation des équipes n'a cessée de croître depuis, pour devenir aujourd'hui une marque de fabrique d'APRIL. Qu'un conseiller décroche en moins de trois sonneries est, depuis bientôt vingt-cinq ans, un objectif dans l'excellence de la relation client recherchée par toutes les sociétés du groupe. Cette excellence constitue d'ailleurs un des éléments clés de l'intégration de nouvelles entités au groupe.

L'innovation est aussi née d'une nouvelle appréhension des marchés, par exemple grâce à la mise en œuvre d'une segmentation des offres plus fine. Sur un produit tel que l'assurance de prêt, la démutualisation des risques pour des cibles particulières telles que les jeunes, les seniors ou les populations à risques aggravés, a apporté de vrais axes de différenciation et d'avantages en terme de prix pour le client.

Tant d'exemples qui démontrent bien la spécificité du modèle de développement de courtier grossiste et annoncent aussi les conditions de sa croissance future. Ils illustrent la valeur d'imagination, aujourd'hui inscrite comme l'une des quatre valeurs du groupe, avec la convivialité, la simplicité et la responsabilité.

La culture entrepreneuriale, levier d'adaptation à un marché en mutation

Le modèle de développement d'APRIL a longtemps reposé sur des entreprises autonomes dont le dirigeant, parfois aussi fondateur, était naturellement un entrepreneur. Dans un secteur où la concurrence s'accroît, avec un client moins fidèle, et où les évolutions s'accélèrent, nos gènes d'entrepreneur s'inscrivent plus que jamais au cœur de notre modèle de développement. Un modèle qui n'incarne nullement la réplique du passé, mais une nouvelle dynamique qui associe entrepreneuriat et coopération, pour construire une marque forte et un groupe uni et fédéré.

La culture de l'entrepreneuriat est donc un des fondements du modèle de management du groupe. Elle permet d'aller de l'avant. Elle permet d'oser, ce qui est indispensable pour innover, en promouvant l'initiative au plus près de la réalité du terrain et en reconnaissant le droit à l'erreur.

La responsabilisation est, bien sûr, une condition de cette approche entrepreneuriale. Le modèle de management d'APRIL vise donc à responsabiliser les individus, quelle que soit leur position dans l'entreprise. Cette responsabilité décentralisée permet à chacun de sentir l'effet de ses actions au quotidien, de pouvoir ainsi réagir en conséquence et d'en rendre compte.

76 | L'indépendance des entités du groupe implique d'avoir une vision commune, partagée et largement communiquée. Chaque acteur doit bien connaître la direction prise par le groupe pour pouvoir construire son chemin en cohérence avec cette dernière.

Indépendance et coopération doivent ainsi se conjuguer pour aboutir à une interdépendance essentielle à la construction de valeurs en commun. Une des conséquences est un fonctionnement de l'entreprise en réseau, où l'individu est un maillon essentiel de la création de valeur. La force de conviction et le leadership y sont donc décisifs pour construire ses relations dans le groupe, promouvoir ses idées et créer une forte adhésion.

Enfin, l'esprit entrepreneurial place naturellement l'innovation au cœur du modèle de management, puisqu'il est synonyme d'un réel sens du commerce. Ce dernier peut se caractériser, en dehors des qualités relationnelles, par un grand pragmatisme mais surtout par la capacité à conserver une « proximité client » et de s'en nourrir.

Dans un marché dont le rythme de mutation s'accélère, la culture entrepreneuriale permet de conserver l'agilité indispensable à notre adaptation. Cette agilité est d'ailleurs nécessaire à chacun des acteurs, quelle que soit sa place dans la chaîne de valeurs.

Donner plus dans la relation client

Avec le développement des médias sociaux, et d'Internet plus généralement, le client s'informe largement avant de réaliser ses achats, ce qui le rend plus averti lorsqu'il vient acheter un produit d'assurance.

Par ailleurs, la relation avec le client dans le monde de l'assurance peut se limiter au mieux à des appels de cotisation, auxquels s'ajoutent parfois des sinistres plus ou moins douloureux. Il existe donc très peu de motifs de satisfaction naturels dans la relation avec nos clients.

Il est de ce fait vital, en particulier dans cette période où le marché se tend, de s'assurer que le moindre contact avec le

client devienne un moment agréable, voire « mémorable ». Nous sommes convaincus que cela doit nous permettre de maintenir et même de renforcer nos positions dans l'univers de l'assurance.

Transformer un échange téléphonique avec le client en expérience réussie résulte de l'attention qui lui aura été apportée, du climat de l'entretien et bien sûr de la qualité et de la pro-activité de la réponse. Tous ces éléments font l'objet de formations et constituent un « standard de service » respecté dans toutes les filiales d'APRIL. L'empathie et la capacité d'écoute dont savent faire preuve nos collaborateurs, dans des contextes parfois délicats pour le client, sont des motifs de satisfaction et de recommandation importants. Plusieurs baromètres mesurent ces multiples dimensions de la relation client.

Des sondages prennent aussi régulièrement « le pouls » de la satisfaction des collaborateurs d'APRIL, essentielle à la qualité du contact. L'enjeu est ici d'entrer dans un cercle vertueux qui fait d'un collaborateur heureux un client heureux. Ces deux indicateurs de satisfaction sont donc rapprochés, mis en parallèle et suivis au plus haut niveau de l'entreprise par une même instance issue de notre conseil d'administration.

S'assurer de la satisfaction donnée au client par la qualité de la relation à distance est un point essentiel dans la pérennité de notre modèle. Cette relation à distance se nourrit de deux

de nos valeurs, la simplicité et la convivialité, qui animent l'ensemble de nos collaborateurs, qu'ils soient au contact direct du client ou non.

Par ailleurs, le fait de travailler avec des courtiers nous permet d'avoir une démarche de spécialiste qui est essentielle pour conseiller au mieux les clients et leur fournir un service de qualité. Cela nous permet d'identifier les besoins du client dans une réelle relation de proximité, qui répond en outre à une véritable attente des clients aujourd'hui, comme nos études le soulignent. Ce positionnement permet non seulement de créer une proximité lors de la souscription mais aussi dans le suivi humain du client tout au long de la vie du contrat.

Enfin, l'usage des nouvelles technologies doit nous permettre d'offrir de meilleurs services aux clients. D'autres industries, telles que le commerce en ligne, innovent et développent des services différenciants. Qui aurait cru que l'on pourrait bientôt acheter sur Internet la si belle paire de chaussures de son voisin dans le métro en la prenant simplement en photo ? Cette application combinant reconnaissance visuelle et commerce en ligne existe pourtant déjà aux Pays-Bas. Cette simplicité d'achat poussée à l'extrême doit son existence à l'évolution technologique, mais aussi à une importante analyse du comportement d'achat centrée sur le client.

Une telle approche client et l'utilisation des technologies peuvent indubitablement faire la différence sur un marché

tel que l'assurance. Elles trouveront naturellement leur place dans l'optimisation des processus de gestion, et la réduction de leurs coûts, mais aussi au cœur de nos offres. Cela donne une dimension nouvelle à la relation client et la valeur de nos services de demain.

Un des premiers exemples d'application pour nos clients permet l'utilisation sur les bateaux de plaisance de smartphones non seulement pour être géolocalisés mais aussi pour envoyer des photos, en cas de sinistre.

Les nouvelles technologies pourront trouver d'autres applications dans l'assurance de biens et dans le domaine des prestations de santé.

Développer la valeur du portefeuille de nos courtiers

La fidélisation des clients est un enjeu considérable dans le marché actuel de l'assurance. En effet, le client est à la fois plus courtisé, avec l'arrivée de nouveaux entrants puissants, mais aussi plus actif dans la mise en concurrence, en particulier grâce au développement des acteurs *full web*, qui accroissent nettement la pression tarifaire.

Or APRIL a un modèle spécifique, où la très large majorité des clients sont ceux de courtiers partenaires. La qualité du développement de leur portefeuille est donc essentielle, et réside en particulier dans la construction d'offres de fidélisation dédiées.

Pour aider les courtiers à accroître leur activité, APRIL les classe par catégorie, afin de pouvoir adapter son offre à leurs attentes. En fonction du volume d'affaires nouvelles, de la nature des produits vendus et des clients en portefeuille, APRIL module et adapte ainsi l'animation des courtiers. Un véritable dispositif d'animation multicanal est donc mis en œuvre. Il repose sur la relation en face-à-face créée par le réseau commercial, mais aussi par la relation téléphonique, le marketing direct et le web, via IntraApril, l'intranet du groupe APRIL. Cet outil est en train d'évoluer d'une plateforme de souscription vers un outil de relation avec le courtier et de développement de son business.

La première étape dans le développement commercial du courtier passe par la *cross-fertilisation*, c'est-à-dire la proposition de produits de la gamme APRIL que le courtier ne vend pas, mais pour lesquels notre segmentation indique que le courtier a du potentiel (au regard de son profil et de son portefeuille de clientèle). Cette approche permet de l'accompagner dans un sens toujours plus favorable au développement de ses affaires.

La seconde étape consiste à donner des outils aux courtiers pour valoriser eux-mêmes leur portefeuille. Il s'agit de leur permettre de travailler leur portefeuille, à travers des actions de *cross-selling* en particulier, tout en restant maître du ciblage et du timing.

Pour cela, l'enjeu consiste à les aider à développer la qualité du suivi de leur portefeuille clients, mais aussi à leur fournir

des kits de marketing direct régulièrement renouvelés. Ces kits couvrent la création d'une campagne marketing en quelques clics, jusqu'à l'impression et le routage par le courtier lui-même, voire par un tiers à des conditions négociées. Un tel dispositif permet de laisser au courtier la maîtrise de sa relation avec ses clients.

Ces outils s'avèrent cruciaux pour permettre aux petits courtiers d'accéder à des mécaniques de fidélisation, parfois complexes à mettre en œuvre seuls.

L'amélioration de la performance commerciale passera également par la capacité à construire une véritable relation multicanal pour les clients des courtiers détenant l'un de nos produits. En effet, les clients, aujourd'hui « nomades », attendent d'une marque comme APRIL d'être reconnus et servis quel que soit le point de contact.

Pour tenir la promesse de « simplifier la vie de nos clients », le courtier joue un rôle central dans le dispositif, puisqu'il anime cette relation de proximité avec eux. Nos canaux de relation à distance, téléphone comme web, sont là pour garantir une disponibilité indispensable au client à tout moment.

Les vecteurs de fidélisation sont donc multiples, ils vont du meilleur équipement du client à un meilleur service. Ces axes de fidélisation des clients se construisent autour du besoin d'une réelle liberté d'interaction. Laisser la capacité de choisir

le canal par lequel ils contacteront la marque, tout comme le moment, est en effet devenu essentiel. Cette transformation est aujourd'hui un challenge pour toute marque, mais aussi son réseau, qu'il soit fait de courtiers, d'agents ou en propre.

Une approche responsable sur un marché en prise avec l'avenir

La position d'APRIL à la croisée des chemins entre le client, le courtier et l'assureur, nous inscrit dans un rôle de modérateur. Ce positionnement nous confère de ce fait une responsabilité toute particulière dans l'évolution du marché sur la durée.

La réforme de la protection sociale en France et le désengagement progressif de l'Etat mettent le monde de l'assurance santé dans une tension jamais atteinte jusque-là. Pouvoir maintenir un accès à l'assurance pour tous constitue un enjeu de taille, alors que l'assuré devient progressivement un consommateur de prestations de santé et non plus une victime à assurer contre un aléa de l'existence.

Dans un contexte où certains clients comparent maintenant les assurances avec leurs devis de soins dentaires en main, innovation et responsabilité doivent ici naturellement être conjuguées.

Le rôle d'APRIL est alors de construire les outils de pilotage technique et les modèles prédictifs qui permettent aux différents acteurs de la chaîne de retrouver un modèle vertueux. Un

modèle où l'assuré ne paie pas sur la durée pour d'autres qui s'assurent eux temporairement, en vue de « consommer » des soins. Ce type de comportements opportunistes se développe, jusqu'à voir des prospects présenter leurs devis de soins pour choisir la « meilleure » couverture. Il nous faut trouver les leviers pour corriger ces abus et mieux protéger nos clients fidèles, mais aussi pour permettre à l'assureur de construire un portefeuille pérenne.

De même, la responsabilité d'APRIL couvre la conduite proactive des grands chantiers réglementaires. APRIL connaît bien le premier d'entre eux, Solvency II, pour l'avoir abordé très tôt afin de préparer l'ensemble de la chaîne de distribution à intégrer les contraintes et recommandations induites.

Savoir prendre des risques pour trouver de nouveaux modèles

Face à la transformation du marché, qu'il s'agisse de la fin de la segmentation homme/femme depuis le début de cette année, de la réflexion pour faire de même avec l'âge ou l'état de santé, ou des changements de comportements des clients, la capacité à questionner les modèles en place et à définir des alternatives s'avère primordiale.

APRIL doit pour cela relever plusieurs challenges :

- Innover sans cesse, au service du client et de la performance interne de la société. C'est pour cette raison que l'imagination tient une place de choix dans nos

valeurs. Elle s'exprime bien entendu dans le domaine de la technologie, des produits et services, mais aussi dans le mode de management, les processus ou encore les modes de distribution ;

- Savoir rester simple, dans notre approche des problèmes. La simplicité s'inscrit au cœur de nos actions car les courtiers comme les clients attendent avant tout une offre pertinente et facile à comprendre ;
- Garder au quotidien le sens client dans nos décisions et la qualité de la relation avec ce dernier. Elle est symbolisée chez APRIL par la convivialité de ses collaborateurs, et reste naturellement présente dans toutes les évolutions de notre modèle ;
- Se diversifier conjointement avec nos courtiers partenaires, pour trouver de nouvelles niches à développer. Cela commence, par exemple, par l'identification des lacunes du marché, et la création de solutions dédiées à ces besoins exprimés mais non (ou mal) satisfaits, ou dont la structure des offres pourrait être sensiblement améliorée ;
- Enfin, être responsable : APRIL, au cœur de ces évolutions, se doit de contribuer à construire un marché et une société plus justes, avec des contrats clairs, utiles à ses clients et durables dans le temps.

La confiance s'impose pour
se développer sur le marché
des particuliers

André Renaudin

Directeur général, AG2R LA MONDIALE

Face à la crise qui a marqué pour longtemps l'image des marchés financiers et des acteurs de ce monde, les assureurs doivent changer de paradigme pour répondre au besoin croissant de transparence, de probité, et restaurer la confiance vis-à-vis de leurs différentes parties prenantes : clients, grand public, employés et partenaires.

Premier groupe de protection sociale en France, AG2R LA MONDIALE totalise 16,2 milliards d'euros de collecte pour l'ensemble de ses activités en 2012. Cette position nous confère un double avantage. Celui d'acteur de l'économie sociale, dont l'image de raison, d'équité, de transparence et d'indépendance contribue à rassurer face à d'autres acteurs tirillés par leurs exigences de profits. Celui ensuite de la taille et de la position de leader qui, même si la « loi » *too big to fail* a été écornée ces derniers temps, nous confère une image de solidité, sécurisante pour nos clients.

Les retraites complémentaires, Agirc et Arrco représentent la moitié de notre activité, tandis que les assurances de personnes (vie épargne, retraite, santé et prévoyance) représentent l'autre moitié. Le fait qu'une part significative de la gestion de la retraite complémentaire obligatoire soit confiée à AG2R LA MONDIALE est un autre facteur de confiance pour nos clients. De plus, cette situation nous donne aussi une véritable légitimité pour conseiller nos clients dans l'ensemble des domaines de la protection sociale.

Ces acquis sont une aubaine pour notre groupe mais ils ne sont pas suffisants. La confiance, il faut aussi la gagner et surtout l'entretenir. Trois leviers sont indispensables pour atteindre ces objectifs : la qualité et la performance de nos offres, de notre service client et de notre distribution.

1. La capacité à proposer en permanence une offre adaptée aux attentes des particuliers

1.1. L'importance du time to market

En réponse aux comportements plus « zappeurs » des consommateurs, AG2R LA MONDIALE a fortement accéléré le rythme d'adaptation de ses produits sur ce marché. A titre d'illustration, en dix ans, la durée de vie moyenne d'un produit d'assurance santé est passée de huit à quatre ans. Les cycles de vie des produits convergent actuellement vers ceux de marchés plus matures comme l'industrie automobile. Dès lors, les assureurs doivent être plus fortement à l'écoute du marché et capables de répondre de façon beaucoup plus réactive qu'il y a quelques années encore. Par exemple, nous avons été parmi les premiers à proposer à nos clients d'investir dans la « pierre papier », support rassurant en ces temps de défiance face aux marchés financiers. Cette réactivité nous a été très positive à la fois en terme de collecte et en matière d'image (« un acteur capable de proposer les bonnes offres au bon moment »). Les exigences accrues des consommateurs pour des produits toujours d'actualité sont

encore plus marquées au sein de notre clientèle patrimoniale, en expansion constante.

1.2. La modularité des produits, la logique du sur-mesure industriel

AG2R LA MONDIALE développe depuis quatre ans des offres très modulaires que nous gérons ensuite de manière industrialisée. L'arrivée des comparateurs dans le paysage commercial de l'assurance n'est certainement pas étrangère à cette nouvelle exigence, puisqu'ils présentent un panorama instantané des offres du marché et les mettent en concurrence. Par exemple, pour nos contrats santé, AG2R LA MONDIALE s'est inspiré du modèle « Ikea » pour créer des briques, produits standardisées que le client assemble afin de créer le contrat qui correspond précisément à son besoin ou souhait de garantie. Cette technique a plusieurs avantages.

D'abord, elle répond à la demande croissante des consommateurs de n'acheter que ce dont ils ont besoin. Ensuite, elle nous permet de pousser vers le marché, notamment sur les comparateurs, des offres d'entrée de gamme tarifairement intéressantes, composées des briques élémentaires, que le client complétera ensuite à sa guise. Elle facilite également notre réactivité (cf. point précédent) puisque, pour adapter rapidement nos offres, il nous suffit alors de revoir ou d'ajouter des briques, sans refondre systématiquement tout le produit. Enfin, cette modularité facilite également le suivi des équilibres techniques et l'adaptation des tarifs de nos produits.

1.3. Des services additionnels à valeur ajoutée

AG2R LA MONDIALE implique de plus en plus ses clients dans la co-crédation de nouvelles offres et services associés. Nous sondons avant tout les motifs d'éventuels mécontentements exprimés par nos clients, dans leurs conversations téléphoniques avec nos conseillers, et sur les réseaux sociaux ou forums.

Ensuite, nous développons nos nouveaux produits et services en réunissant tous les trimestres une centaine de correspondants d'Amphitéa, association de souscription qui représente nos clients individuels. Véritable *focus group*, ces réunions sont l'occasion pour nos clients de tester nos nouveaux produits et nos nouveaux services (applications sur smartphones et tablettes, espaces clients en ligne, géolocalisation des professionnels de santé, téléchargement du carnet de santé, simulation des remboursements médicaux). Nous testons aussi plusieurs tunnels de vente sur Internet pour comprendre selon quel enchaînement nos clients préfèrent que l'on agence les étapes du processus de vente en ligne. Ainsi, ayant constaté que les formulaires à remplir multiplient le taux d'abandon des clients, nous avons opté pour des devis en ligne anonymes. Une fois son devis reçu, le client doit préciser son adresse mail s'il décide de créer son espace personnel. De la même manière, nos clients ont manifesté une certaine méfiance à l'égard du paiement en ligne par carte bleue. Nous proposons ainsi principalement un paiement en ligne par prélèvement bancaire.

2. La capacité à délivrer en permanence une qualité de service irréprochable

La qualité de service est un facteur déterminant de réussite sur le marché des particuliers. Pour AG2R LA MONDIALE, elle est stratégique à double titre, puisque nous devons répondre aux exigences de nos clients finaux, mais aussi à celles des intermédiaires (courtiers, banques, CGPI) qui vendent nos offres. Dans un marché de plus en plus mature où les offres se banalisent fortement, la qualité de service devient un élément de différenciation majeur. D'autant plus que les médias sociaux apparaissent comme de nouveaux outils mis à la disposition du consommateur pour évaluer et juger ses fournisseurs sur cette dimension. Chez AG2R LA MONDIALE, cet axe est travaillé sur deux dimensions très complémentaires.

2.1. Un modèle industriel performant

Notre modèle permet d'optimiser, par exemple, nos délais de traitement et, de façon générale, de répondre aux nouvelles attentes de réactivité des clients. Leurs standards d'exigence de réactivité ne sont plus les mêmes aujourd'hui qu'auparavant. Pour y répondre, nous devons adopter un modèle industriel performant et agile à la fois. Ainsi, le développement de l'usage du mail exige une réactivité bien plus grande aujourd'hui que celle que nous avions hier avec le courrier : c'est à nous de nous adapter !

2.2. Le développement d'un esprit de service client

Quelle que soit la performance des « usines », la perception du service client passe toujours à un moment par la qualité de la relation humaine, qu'elle soit physique, téléphonique ou même écrite. C'est la raison pour laquelle nous attachons beaucoup d'importance à développer, dans nos équipes, ce « sens » de la relation client et du service qui doit être perçu par nos clients au moins autant que la fiabilité de notre expertise technique. Les trois notions (performance de l'usine – qualité de la relation – niveau d'expertise adapté à la question) sont indissociables pour maximiser la satisfaction des clients particuliers de plus en plus exigeants.

3. La capacité à proposer un modèle de distribution adapté aux offres proposées et à la clientèle ciblée

Ainsi, nous avons privilégié deux approches différentes pour nous positionner sur les marchés de la vie et de la santé.

3.1. Un modèle principalement multi-distributeur en vie individuelle

En assurance vie, nous avons favorisé, en plus de notre réseau propre, le développement de multiples partenariats pour répondre à chacune de nos clientèles, au premier rang desquelles la clientèle patrimoniale.

Nous disposons tout d'abord d'un réseau salarié performant qui représente 20 % de notre collecte en épargne. Il se compose de cellules d'expertise patrimoniale, dont les conseillers, spécialistes de l'assurance vie, accompagnent une clientèle haut de gamme, et aussi de cellules d'expertise sociale, spécialistes des bilans retraite et produits de prévoyance.

Ensuite, 40 % de notre activité est réalisée auprès de banques privées, toujours pour développer notre positionnement sur la clientèle patrimoniale, et 20 % avec des banques de réseaux (pour des raisons historiques ou pour des motifs de diversification de leur offre – sur des produits moins standards que ceux qu'elles ont en catalogue). Enfin, les conseillers en gestion de patrimoine indépendants (CGPI), courtiers et autres partenaires contribuent aux 20 % restants.

Cette stratégie nous permet non seulement d'élargir significativement notre capacité de présence sur le marché mais aussi, sur un marché pouvant connaître une forte hausse ou baisse d'activité, d'atténuer ces effets par la diversité des réseaux utilisés (en fonction des périodes, certains réseaux se développeront ou résisteront mieux que d'autres).

3.2. Un modèle principalement multicanal en santé individuelle

En ce qui concerne le marché de la santé individuelle, nous avons opté pour un positionnement unique et fort, capitalisant sur notre marque, avec un modèle de distribution multicanal

optimisé. Soucieux de diffuser une image de marque cohérente quel que soit le canal de vente choisi par le client, nous n'avons pas choisi de développer d'offre *low cost* pour Internet. Celle que nous proposons en ligne est exactement la même que celle proposée en agence et au téléphone ; la modularité de celle-ci permet juste de proposer une offre d'entrée de gamme compétitive.

L'approche multicanal est devenue indispensable. Alors qu'il y a dix ans AG2R LA MONDIALE distribuait ses contrats santé exclusivement en agence ou au téléphone, nous en avons vendu 20 % sur Internet en 2012. La moitié de ces ventes, en forte croissance, correspond à des achats *full web*, tandis que l'autre moitié débute sur Internet et se conclue en boutique ou au téléphone.

Lancé il y a quatre ans, le canal Internet n'a pas remplacé les plateformes téléphoniques et les agences physiques. Les trois font partie d'un modèle complet où les canaux se complètent en fonction de l'acte et du profil du client. Ainsi les 20-40 ans réalisent majoritairement leur processus d'achat sur Internet, tandis que les 40-60 ans établissent un devis sur Internet avant de valider leur achat par téléphone, soucieux d'un contact humain. Enfin, les plus de 60 ans réalisent leur devis sur Internet mais souscrivent majoritairement en agence.

Aujourd'hui, 50 % de nos demandes de devis en ligne proviennent du site Internet AG2R LA MONDIALE. Notre priorité

est d'améliorer le trafic sur notre site Internet avec un meilleur référencement naturel. Ce levier *webmarketing* exige un contenu pertinent que nous relayons par une forte présence sur Internet (minisites, sites des mutuelles partenaires, sites de sponsoring...). 30 % de nos devis en ligne proviennent des comparateurs tels que LeLynx.fr ou LesFurets.com avec des taux de transformation en général très intéressants. Enfin, les 20 % restants sont générés par le référencement payant : achats de mots clés et de bannières publicitaires. Ce référencement permet d'attirer de nouvelles visites depuis les moteurs de recherche, même s'il peut s'avérer parfois coûteux.

AG2R LA MONDIALE développe également son trafic en ligne en recontactant les prospects qui ont émis un signal d'intérêt pour notre marque, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas souscrit à nos offres après les avoir visionnées. Nous tentons de convertir ces « *leads* qualifiés » en les relançant par e-mail ou par reciblage publicitaire. Cette dernière technique, aussi appelée *retargeting*, consiste à afficher des bannières sur les sites Internet que le prospect visite.

Le marché de la santé individuelle est clairement un marché de masse où ces techniques de distribution sont aujourd'hui nécessaires pour réussir.

Enfin, AG2R LA MONDIALE est aussi un groupe très présent en assurance collective. Nous travaillons, en accord avec nos entreprises clientes, pour proposer des offres individuelles

surcomplémentaires à leurs salariés. Cette démarche permet à chaque salarié d'optimiser sa protection sociale par des garanties individuelles adaptées à sa situation personnelle et cohérente avec les régimes collectifs dont il bénéficie. De la même manière, lorsqu'un salarié senior quitte son entreprise pour partir en retraite, nos offres lui permettent de mettre en place des garanties (santé, prévoyance, etc.) adaptées à ses besoins et à son budget et cohérentes avec celles dont il bénéficiait en tant que salarié.

Cette double expertise en assurance individuelle et en assurance collective nous permet de mieux répondre aux attentes de tous nos clients actifs et retraités, salariés ou indépendants.

Mix gagnant de l'innovation et
du multicanal sur le marché
de l'individuel

Christophe Scherrer

Directeur du développement, Malakoff Médéric

L'ambition stratégique du groupe Malakoff Médéric est de « prendre soin de la santé, du bien-être et du bien-vieillir de nos cotisants et de leur famille tout au long de leur vie ».

Sur le marché fortement concurrentiel de l'individuel, il est indispensable pour un acteur tel que Malakoff Médéric de trouver un positionnement novateur et différenciant pour asseoir son développement.

L'objectif est ambitieux : entrer dans le top 10 des assureurs santé en France, en refusant catégoriquement toute approche basée sur des pratiques tarifaires agressives encore trop souvent observées sur le marché.

Acteur majeur de la retraite complémentaire depuis plus de quarante ans, Malakoff Médéric protège plus de six millions de personnes au titre de la retraite ou de l'assurance.

Dès 2008, la société est engagée dans une stratégie très offensive dont la marque de fabrique est la « gestion active du risque ». Cette politique s'appuie sur un encadrement en amont, en anticipant le risque pour le prévenir, et en aval, pour réduire les impacts et les coûts tout en garantissant l'accès à des soins de qualité.

Notre stratégie s'appuie sur des produits intégrant systématiquement une dimension services, qui ont pour but d'aider à mieux maîtriser le risque et, *in fine*, le budget protection sociale.

Pour relever le défi de l'individuel, nous articulons notre approche autour de trois axes principaux :

- La priorité à la cible affinitaire, avec une segmentation et une approche appropriées à chaque profil qui intègrent la dimension comportementale ;
- Une offre de produits et services innovante assurant la continuité entre le collectif et l'individuel et proposant des solutions globales autour de la santé, du bien-être et du bien-vieillir tout au long de la vie de l'assuré ;
- Un accès multicanal (web, boutiques et vente à distance) pour assurer une proximité et une accessibilité maximales, de la phase commerciale à l'après-vente.

Une double évolution particulièrement nette se dessine depuis deux ans avec l'exigence sans précédent des comportements individuels et un contexte économique marqué par la crise. Le souci d'un meilleur rapport qualité/prix domine chez les assurés et l'utilisation de comparateurs de prix sur Internet, avant de procéder à un achat, se systématise y compris pour l'achat de services d'assurance.

Crise économique oblige, les clients arbitrent de plus en plus entre les garanties qu'ils ne considèrent pas comme indispensables. Ils privilégient un socle de protection de base solide, de qualité et bien adapté.

Parallèlement, les processus de sortie de produit sur l'ensemble du marché sont de plus en plus courts, on assiste à une véritable

course à l'innovation, et les tentations de *dumping* se multiplient. S'appuyant sur ces constats forts, notre offre individuelle en santé et prévoyance a été entièrement revisitée.

L'affinitaire : un axe stratégique essentiel

Avec plus de six millions de personnes couvertes au titre de la retraite complémentaire ou de l'assurance de personnes, nous avons choisi d'asseoir notre développement sur nos clients à qui nous pouvons, en toute légitimité, proposer une continuité de couverture à toutes les étapes de la vie.

Le départ en retraite est une parfaite illustration de notre capacité à accompagner nos clients sur le sujet de la protection sociale dans une étape marquante de la vie. Nous avons mis en œuvre un processus spécifique découpé en trois étapes distinctes : la préparation de la retraite, le départ en retraite, puis la vie de retraité à proprement parler.

La première phase consiste à proposer un bilan personnalisé de leur protection sociale à nos clients couverts par un ou plusieurs contrat(s) collectif(s) au sein de leur entreprise. Dès cinquante-sept ans, cette rencontre baptisée « Ma retraite clé en main », nous permet de faire un point complet aussi bien sur l'aspect retraite que sur leur niveau de couverture en santé et en prévoyance. Grâce à nos boutiques, nous pouvons valoriser une relation de proximité ancrée dans le conseil et l'accompagnement.

Mais les futurs retraités peuvent aussi privilégier le web, puisqu'un « Entretien Conseil Retraite » est proposé sur le site malakoffmederic.com avec la possibilité de rendez-vous avec un expert pour aller plus loin, par téléphone ou en visioconférence dans nos boutiques, favorisant ainsi les synergies entre canaux.

Nos conseillers leur proposent une solution globale de protection sociale, calquée au plus près des couvertures collectives dont ils pouvaient bénéficier : une couverture santé, complétée par « Ma Prévoyance Evolutive » pour couvrir l'ensemble des besoins en décès et en dépendance, de façon viagère et sans évolution de cotisations pour l'âge. Ce premier bilan leur permet d'amorcer une réflexion sur leurs futurs besoins en protection sociale, et d'anticiper les incidences financières.

Lors du passage en retraite, le besoin de couverture santé domine largement. Pour maintenir le lien privilégié avec nos nouveaux retraités, qu'ils souscrivent ou non à notre solution santé PEPS individuel, nous axons notre message sur les services du Cercle Malakoff Médéric, une offre de loisirs et services à tarifs préférentiels, et nous leur offrons une couverture décès gratuite durant six mois. Au terme des six mois, une campagne e-mailing et téléphone nous permet de rebondir sur le sujet de la couverture prévoyance pour les sensibiliser sur la protection de leur entourage.

Pour la cible particulière des futurs retraités sortant d'un contrat santé collectif de nos entreprises clientes « Grands Comptes »,

un régime d'accueil frais de santé spécifique dénommé « PEPS Affinité » a été créé. En proposant l'adhésion à un contrat santé individuel à un groupe de salariés quittant l'entreprise, nous leur permettons ainsi de maintenir une couverture santé de qualité à un coût préférentiel.

Lorsque le retraité s'est installé dans son nouveau mode de vie, nous mettons l'accent sur la protection de la famille et de l'entourage, soit par le levier du parrainage santé solidaire avec les ascendants ou descendants qui peuvent par ce biais bénéficier de tarifs privilégiés, soit par des offres obsèques pour les plus âgés.

104 | Sur ce thème sensible, nous testons actuellement en boutique un atelier intitulé « Le décès dans le cycle de la vie » pour aborder sans tabous la mort, le deuil et la mémoire. A l'issue de l'atelier de deux heures, chaque participant repart avec son « Cahier à l'usage des gens que j'aime ». Encore un exemple de l'investissement du Groupe pour accompagner ses clients dans toutes les étapes de la vie, y compris les plus délicates et douloureuses.

Une offre individuelle renouvelée

Nous avons identifié quatre besoins clients essentiels, qui ont été au centre de notre réflexion et de l'élaboration de notre offre :

- Être protégé en santé et en prévoyance pour moi et ma famille à un coût raisonnable ;

- Être protégé en fonction de mes besoins et ceux de ma famille ;
- Être conseillé et protégé en fonction des événements de la vie ;
- Comprendre très clairement et très facilement l'étendue de ma protection.

L'offre individuelle de Malakoff Médéric s'attache à apporter à tous ses clients particuliers, actifs comme retraités, une couverture sociale complète et évolutive, adaptée à leurs ressources et à leurs besoins, tout au long de leur vie.

En totale adéquation avec cette approche de la protection sociale, deux nouveaux produits phares ont vu le jour : « Ma complémentaire santé PEPS individuel » et « Ma Prévoyance Evolutive ».

« PEPS individuel » repose sur une structure modulaire de garanties et de tarifs pour tenir compte de l'âge, de la situation de la famille et du budget. L'alliance entre des garanties de qualité, l'accès à des réseaux de soins et des services innovants de géolocalisation, d'orientation et d'analyse de devis, en fait un produit inédit.

« Ma Prévoyance Evolutive » propose une garantie performante et évolutive en cas de décès ou de perte d'autonomie. L'originalité et la force de ce contrat tiennent à la progressivité de la couverture du risque et au dosage constant proposé entre

capital décès et garantie dépendance, selon l'âge de l'assuré. Cette offre unique sur le marché a été récompensée par le « Trophée d'argent de l'assuré » en 2011.

Pour prendre soin du bien-être et du bien-vieillir de chacun, Malakoff Médéric décline une gamme complète de produits individuels d'assurance étoffés de nombreux services qui répondent au mieux aux besoins des clients mais aussi à ceux de leur entourage.

Un des enjeux commerciaux importants sur les produits individuels de prévoyance est de faire prendre conscience aux clients de l'importance de ses couvertures lorsque l'on avance en âge. Ces offres sont perçues comme moins urgentes, les impacts sur l'entourage ne sont pas mesurés à leur juste valeur.

Notre offre individuelle décline des garanties dépendance, décès accidentel ou toutes causes, des solutions obsèques, toutes parfaitement personnalisables selon les situations familiales.

Cette démarche commerciale est relayée par des campagnes de communication, télévision et radio, qui illustrent notre approche de la protection sociale, pour accompagner chacun, et son entourage, tout au long de sa vie, dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

Une stratégie multicanal ambitieuse

Pour commercialiser ces nouvelles solutions, le groupe propose à ses clients un maillage attractif et multicanal.

Nous ne possédions pas à proprement parler de points d'accueil. Nos clients individuels étaient essentiellement contactés par téléphone. Pour nous démarquer et bâtir une véritable signature de marque, nous avons travaillé sur un nouveau concept de boutiques tout en menant une réflexion de fond sur la relation commerciale et le positionnement.

Malakoff Médéric compte, à ce jour, vingt-six boutiques. Chacun de ces points d'accueil se décline sur le même schéma architectural. L'espace est entièrement ouvert pour créer un sentiment de convivialité, de confort et de modernité. Un espace pédagogique en libre-service permet de découvrir les solutions et les services du groupe, en particulier notre espace personnalisé « ToutM ».

Une attention particulière a été portée sur l'espace réservé aux rendez-vous avec les clients afin de casser l'image opaque et compliquée des produits d'assurance. Nous avons donc conçu des « box d'entretien » de forme arrondie, dans lesquels le client est assis non pas en face, mais à côté de son conseiller. Ensemble, ils établissent un diagnostic personnalisé, analysent et construisent les solutions possibles. Le client échange avec son conseiller et visualise au gré de l'entretien la découverte

et l'analyse de ses besoins qui aboutiront à la proposition personnalisée qui lui sera remise.

Pour ancrer la relation client sur le conseil et l'accompagnement, nous nous appuyons également sur un référentiel de services, qui reste une approche encore peu répandue dans le monde de l'assurance. Il prévoit, entre autres, un parcours client et des rituels de service afin de faire d'une visite en boutique une expérience marquante pour nos clients.

Autre spécificité, l'organisation d'ateliers de prévention gratuits et ouverts à tous, clients mais aussi à leur famille ou leur entourage. Les thèmes, développés par des experts, portent sur la nutrition, le sommeil ou encore les accidents domestiques. Ces rencontres participent à la création de trafic, appuyé par un ambitieux plan d'action de *street marketing*, des campagnes commerciales et de fidélisation cadencées sur l'année ainsi que des actions locales de partenariat.

Pour accompagner le client quel que soit le parcours qu'il a choisi d'emprunter, Malakoff Médéric a conçu un dispositif multicanal de contacts client reposant sur une synergie très opérationnelle entre les différents canaux de communication que sont le web, le téléphone et le face-à-face.

La boutique en ligne est un espace dédié, avec l'ensemble de nos offres individuelles santé et prévoyance, sur lequel les internautes peuvent réaliser rapidement et simplement des devis

ou souscrire à 100 % en ligne avec une approche par moment de vie et besoin. Une assistance téléphonique est proposée dès la page d'accueil, permettant aux clients potentiels d'aller plus loin de vive voix avec un conseiller.

C'est ainsi que notre plateforme de vente à distance accompagne les internautes qui souhaitent des compléments d'information lors de leur parcours en ligne, mais aussi finalise les ventes auprès de nos clients et prospects ayant répondu à nos mailings ou e-mailings de promotion. Les conseillers de la vente à distance peuvent ainsi s'appuyer aussi bien sur le levier web que sur celui des boutiques pour permettre au client de trouver l'accompagnement qui répondra le mieux à ses attentes et ses besoins.

Tous les canaux sont de véritables leviers commerciaux les uns pour les autres, et jamais des concurrents. Opérationnellement, cette stratégie multicanal se concrétise jusque dans la structure de la part variable des rémunérations des commerciaux : chacun des canaux contributeurs est rémunéré sur une vente réalisée.

Une relation clients innovante

Renforcer la présence du groupe Malakoff Médéric auprès de ses clients implique également que l'après-vente soit la prolongation de cette relation commerciale multicanal. Grâce à notre numéro de téléphone unique, le 3932, nos clients dialoguent avec des conseillers sur toutes les questions

concernant la santé, la prévoyance, la retraite ou l'action sociale, avec des plages horaires élargies.

Nous avons également mis en place une plateforme dédiée aux personnes sourdes et malentendantes.

Sur le portail particulier du site Internet du groupe, notre espace client « ToutM » permet à chaque assuré en santé et prévoyance de connaître le détail de ses garanties, d'analyser un devis ou simuler un remboursement, de consulter ses remboursements sur une année et recevoir une alerte e-mail pour chaque remboursement, de poser une question à un conseiller, de changer ses coordonnées ou recevoir une attestation. Il a également accès aux services et avantages réservés aux clients Malakoff Médéric : géolocalisation des réseaux de soins Kalivia optique et audioprothèses, comparateur d'établissements de santé et le Cercle, offre de loisirs et services à tarifs préférentiels.

La chaîne « Les Experts », espace exclusivement dédié à la retraite, est accessible sur notre site. Des spécialistes Malakoff Médéric fournissent des explications sous forme de vidéos et guident pas à pas les internautes dans leurs démarches, tout en répondant à leurs questions.

Les experts Malakoff Médéric sont également présents sur les réseaux sociaux Facebook, Viadeo et Twitter, au service des internautes sur les sujets de la retraite et de la santé.

Une volonté persistante de mieux appréhender les besoins clients

Nous avons identifié des macrosegments d'âges, déterminés par des événements créant une rupture, tels la fin des études et l'entrée dans la vie active, la naissance d'un premier enfant et la construction de la famille, ou le départ à la retraite, etc. Le bon produit, le bon service, à la bonne personne et au bon moment avec le bon argument et le bon langage, tel est notre credo. Ils nous permettent de cerner les besoins spécifiques, le pack d'offres produits et services pertinents et les moments de vie opportuns pour les proposer.

A ces besoins assurantiels homogènes, nous croisons des profils comportementaux qui déterminent les arguments et leviers d'achat, ainsi que les éléments de langage à mettre en avant. Nous avons ainsi conçu des offres packagées adaptées pour chacune de ces cibles, incluant systématiquement des services gratuits et le Cercle Malakoff Médéric pour répondre aux besoins et attentes en fonction de l'âge et des moments de vie.

Une « offre Drapeau » est associée, qui permet d'éveiller le besoin non perçu pour les actifs, ou moins urgent pour les seniors. Il s'agit de produits offerts, notamment les offres décès, permettant de solliciter la cible pour créer des opportunités de rebond sur des offres payantes. Enrichis d'une communication centrée sur les valeurs et les éléments de langage du profil client, ces packs permettent de coller au plus près des besoins clients.

En parallèle de cette stratégie de développement sur le marché de l'individuel, Malakoff Médéric multiplie les initiatives en « B to B to C » auprès de ses clients individuels assurés dans le cadre de contrats collectifs, que ce soit en retraite, santé ou prévoyance. Les contrats collectifs répondent par essence aux besoins du plus grand nombre. Dans cet esprit, notre gamme santé collective permet aux employeurs de souscrire un contrat de base pour l'ensemble des salariés, avec la possibilité de le compléter par des garanties surcomplémentaires en vue de bénéficier d'une prise en charge individuelle élargie, déconnectée du contrat global de l'entreprise. Chaque individu peut ainsi adapter son niveau de couverture au plus près de ses besoins et de son budget, tout en bénéficiant des avantages tarifaires et fiscaux des contrats collectifs.

112

Malakoff Médéric a voulu aller encore plus loin en allant directement à la rencontre des salariés couverts en collectif sur site, au sein de l'entreprise. Nous proposons au chef d'entreprise ou au DRH d'animer un temps de rencontre avec ses collaborateurs pour faire un point sur leur protection sociale. A cette occasion, ils peuvent trouver des réponses sur leurs garanties collectives auprès des conseillers Malakoff Médéric, et envisager des solutions personnalisées, pour eux-mêmes mais aussi pour leur entourage, correspondant à leur situation personnelle.

Les commerciaux disposent d'un kit de communication clé en main à orientation très pédagogique sur les mécanismes de la protection sociale et les services à leur disposition.

Nous promouvons ainsi, dans le même temps, la couverture collective mise en place au sein de l'entreprise tout en informant sur les opportunités individuelles qui peuvent renforcer la protection sociale collective en place, en s'adaptant aux situations particulières de chacun.

En conclusion, en tant que nouvel acteur sur un marché en transformation, Malakoff Médéric devait d'entrée de jeu opter pour une stratégie de différenciation forte s'appuyant sur un mix marketing moderne et innovant. Le groupe s'est à ce titre engagé dans une stratégie ambitieuse fondée sur l'innovation et la différenciation par les services.

Pour devenir l'acteur de référence de « la santé, du bien-être et du bien-vieillir », Malakoff Médéric a aussi vocation à nouer des partenariats pour être en situation de proposer une offre large à forte valeur ajoutée, tel le maintien à domicile.

Des partenariats de distribution sont également envisagés pour accélérer notre rythme de développement et élargir notre présence au-delà de l'affinitaire et de notre dispositif multicanal propriétaire.

113

Savoir gérer les paradoxes !

Patrick Sagon

Président, La Mutuelle Générale ; Vice-Président, Fédération nationale de la mutualité française

Les métiers et l'identité même de La Mutuelle Générale nous exposent à une gestion permanente de paradoxes.

Si le succès pour une mutuelle santé peut être avant tout défini par sa capacité à servir ses adhérents, et non au premier chef à réaliser du chiffre d'affaires, du résultat, nous devons pourtant le faire dans un contexte où priment le prix, l'alignement sur la concurrence et la performance de nos canaux de distribution.

La Mutuelle Générale ne peut isoler l'individu de la collectivité à laquelle il appartient. Si nous accueillons les « particuliers » au travers de contrats collectifs, nous les fidélisons également en tant qu'individus. La performance de La Mutuelle Générale sur le marché des particuliers nécessite donc de consolider notre position vis-à-vis des entreprises.

Pour bâtir notre succès sur le marché de l'assurance des particuliers, nous devons composer en permanence avec ce type de paradoxes, et ils sont nombreux !

Premier paradoxe : apporter de la valeur ajoutée, malgré une pression tarifaire accrue

Arrimée à la Sécurité sociale, la complémentaire santé est longtemps apparue comme incontournable aux yeux des Français, ou du moins comme un mal nécessaire, alors qu'elle est en réalité l'une des rares branches d'assurance à ne pas être obligatoire. De leur côté, s'appuyant sur un fort attachement

à la couverture du risque maladie et profitant d'un capital sympathie lié à leurs valeurs, les mutuelles ont jusque-là bénéficié d'un « relatif » effet d'aubaine. Elles n'avaient pas à démontrer leur valeur ajoutée, l'esprit mutualiste suffisait.

Cette période est révolue. En dix ans, la prime moyenne d'une complémentaire santé a crû de plus de 90 %. Celle-ci porte une part de taxes de plus en plus élevée, destinée à combler les déficits de la Sécurité sociale, sans lien avec le contrat qui lie l'individu à sa mutuelle. Etonnés d'avoir à payer le double sans avoir l'impression d'être vraiment plus couverts qu'il y a dix ans, les Français s'interrogent de plus en plus sur la valeur ajoutée de leur mutuelle. Poussés en cela, il est vrai, par les comparateurs qui ramènent tout au prix et ignorent la valeur même du produit ou du service proposé.

La Mutuelle Générale ne peut faire totalement abstraction de ce nivellement par le prix. Nous sommes donc présents sur les comparateurs en positionnant nos offres comme les plus compétitives de chaque catégorie budgétaire. Nous devons néanmoins combattre en permanence les effets pervers de ce positionnement. En réduisant notre offre à une simple étiquette prix, nous prenons le risque de décevoir certains de nos clients et prospects, perplexes face à un taux de reversement de leur cotisation qu'ils sont de plus en plus nombreux à juger insuffisant.

C'est pourquoi, nous considérons que seule la valeur ajoutée apportée à l'adhérent est porteuse de succès à terme. Cette valeur va bien au-delà du simple rôle de remboursement de soins. Poursuivre cet objectif n'est pas tâche facile, quatre raisons l'expliquent :

- Les complémentaires santé sont de plus en plus règlementées et taxées ;
- Les Français qui désirent se protéger contre les aléas santé/prévoyance imaginent paradoxalement que les accidents de la vie n'arrivent qu'aux autres et, donc, que les services qui les aident à se prémunir sont peu ou pas utiles ;
- Ils attachent d'autant moins de valeur aux services de santé que la Sécurité sociale, offre publique de soins, a longtemps fait apparaître la santé comme un droit public et gratuit ;
- Les bénéficiaires d'une complémentaire santé, au-delà des remboursements qu'elle effectue, sont *a priori* moins perceptibles que ceux d'un assureur de biens. Si l'on considère que l'un des bénéficiaires d'une complémentaire santé est de contribuer sur le long terme à l'augmentation de l'espérance de vie en favorisant la prévention et l'accompagnement dans la maladie, on comprend que sa valeur soit moins facilement comprise que celle d'un assureur automobile qui dépêche une dépanneuse lors d'un sinistre. Les assurés en santé ont donc plutôt tendance à développer un raisonnement à court terme ne considérant que la prime, le remboursement et le reste à charge.

Toutefois, nous considérons qu'il existe une « vraie valeur » qui consiste à informer, accompagner et orienter nos adhérents tout au long des événements de leur vie, et des accidents qu'ils peuvent connaître. Notre nouvelle plateforme de marque en 2013 sera conforme à cette promesse client d'accompagnement tout au long de la vie.

Ainsi, moyennant une prime acceptable, nous proposons de prendre en charge l'adhérent/patient dans un système de soins complexe, avec des professionnels de santé souvent exclusivement techniciens tant par formation que faute de temps. Pour cela :

- Nous disposons d'un centre de soins à Paris qui garantit à nos patients une prise en charge par des médecins de secteur 1. Cet établissement, équilibré financièrement, regroupe 21 cabinets de consultation médicale, 6 salles de radiologie et 20 fauteuils dentaires, soit plus de 100 médecins pour une capacité d'accueil de 80 000 patients ;
- Nous sommes également présents aux côtés de nos adhérents en les orientant dans le système de soins grâce à notre plateforme d'accompagnement Ligne claire, en partenariat avec deux autres mutuelles, la MNH (Mutuelle nationale des hospitaliers) et la MNT (Mutuelle nationale territoriale). Nos adhérents disposent ainsi d'un outil leur permettant « de tout savoir pour mieux décider, tout simplement », en accédant à des informations sur la santé, la réalisation de démarches sociales ou encore l'analyse de devis en optique ou en dentaire. A titre d'illustration,

La Mutuelle Générale les conseille en vue des formalités administratives à accomplir pour placer leurs proches en établissement spécialisé ;

- Côté garanties, nous avons créé, par exemple, une offre prévoyance en cas d'invalidité ou de décès, ainsi qu'une exonération de cotisation santé en cas de chômage pour motif économique de plus de douze mois ;
- Nous déployons, par ailleurs, de nombreuses actions de prévention en santé publique : prévention des accidents domestiques, coaching en sevrage tabagique, espace nutrition.

Deuxième paradoxe : oser la différenciation, malgré un environnement peu propice

Innover dans l'assurance complémentaire santé n'est pas chose facile.

La réglementation encadre de plus en plus les contrats. Et l'avenir nous réserve vraisemblablement un tour de vis supplémentaire dans ce sens.

Au-delà, il semble exister un triptyque intangible qui « fait » la couverture santé aux yeux des Français : l'optique, le dentaire et le tiers-payant. Celui-ci semble être, sinon le seul critère de choix, du moins le principal lorsqu'ils cherchent à acquérir une couverture. La persistance de ce prisme d'analyse peut paraître étrange dans la mesure où le reste à charge relatif à

ces deux premiers postes s'est très sensiblement réduit sur les dix dernières années, alors que celui des dépenses hospitalières explosait.

Néanmoins, nous considérons que l'innovation et la différenciation sont obligatoires pour exister à terme. En effet, la complémentaire santé, centrée sur des produits et services uniformisés, normés, deviendrait un quasi-service public et ne répondrait pas à la diversité des besoins des Français. La Mutuelle Générale s'engage donc progressivement dans une politique de différenciation, dont quelques pistes peuvent être esquissées ici :

- Couvrir les besoins de soins ne passe pas nécessairement par une solution assurantielle, mais aussi par des alternatives d'accompagnement financier (crédit, épargne) et dans la consommation des soins ;
- Limiter le rôle d'accompagnateur face aux accidents de la vie au seul métier de remboursement des soins est réducteur. La mutuelle entend offrir un panel complet de services et de garanties : la prévoyance, généralement mal couverte chez les fonctionnaires, la dépendance demain pour ne citer que quelques exemples ;
- Développer le *cross canal* avec une offre 100 % Internet pour faciliter l'accès à la mutuelle et à ses services, via smartphones et tablettes.

Ce sont sur de telles voies que s'est engagée la Mutuelle Générale. Tout l'art dans ce domaine consiste à oser se démarquer sans

le faire trop fortement, trop vite, dans un marché comportant des produits qui ne sont pas tout à fait comme les autres, et où l'acceptation du changement demande du temps.

Troisième paradoxe : segmenter, sans renier les valeurs de solidarité de la mutuelle

Etre solidaire, ce n'est certainement pas être uniforme. Au-delà du service et de la valeur offerte à nos clients, nous considérons que la compréhension de leurs besoins et notre capacité à « pousser » la bonne garantie et le bon service, précisément en fonction de leurs besoins, constitue une clé importante du succès.

Pour l'instant, l'approche marketing au sein de notre mutuelle est restée à un niveau relativement « basique ». Les « solos », généralement jeunes, recherchent le moindre prix, sont moins sensibles aux services, mais doivent être rassurés quant à la présence de la mutuelle en cas de coups durs. Les « seniors » cherchent également le prix mais, pour avoir, pour une majorité d'entre eux, déjà connu des accidents de la vie, ils sont plus sensibles aux services d'accompagnement et de prise en charge. Les « familles » sont le plus souvent assurées par le biais du contrat groupe, mais elles doivent l'être en n'oubliant pas que le conjoint et les enfants n'ont pas nécessairement les mêmes besoins que l'assuré principal.

Si la réglementation ne vient pas mettre un frein à cette approche, il est clair qu'elle devra être poursuivie car, à ce stade, elle est peu différenciante. L'âge n'est en effet pas l'unique critère de segmentation, s'agissant des besoins. La façon de répondre aux besoins peut évoluer : davantage de garanties multiples (santé, prévoyance, dépendance, services plus présents), financement, accompagnement, etc.

Cela nécessitera des outils marketing différents, d'une toute autre ampleur pour gérer des segments moins triviaux et faire comprendre, encore une fois, que solidarité ne veut pas dire uniformité.

La Mutuelle Générale doit réinventer sa culture de secours mutuel au service d'une solidarité renouvelée, adaptée aux évolutions sociodémographiques et comprises par les nouvelles générations au moment où celles-ci affrontent une crise économique et sociale sans précédent.

Quatrième paradoxe : savoir gérer la proximité, alors que l'affinitaire s'efface progressivement

Initialement mutuelle affinitaire des postiers et des télécoms, La Mutuelle Générale a longtemps bénéficié d'un réseau de distribution dense en France, par l'intermédiaire des agents au sein des services postaux. Aujourd'hui, elle désire maintenir la proximité qu'elle a développée avec sa clientèle.

Cette proximité se travaille de plusieurs façons.

Tout d'abord en offrant un contact direct (en face à face, au téléphone) dans le processus de conquête commerciale. Nous privilégions le dialogue avec nos adhérents, lors de leur passage en agence – plus de 30 % d'entre eux sont encore concernés, ce qui demeure un chiffre élevé. Au-delà, le contact humain reste indispensable, y compris lorsque le futur adhérent passe par Internet.

Ensuite, en instaurant un suivi régulier de nos adhérents en portefeuille, notamment lors des moments clés de la vie. La Mutuelle Générale les contacte donc régulièrement par téléphone, en ciblant en priorité les populations susceptibles de recevoir des offres de la concurrence : les « solos » et les actifs en fin de carrière. Ce programme de rappel est couronné de succès, car nous parvenons à fidéliser de nombreux adhérents parmi les 300 000 contactés chaque année, soit un tiers de notre clientèle.

Toutefois, l'affinitaire ne se décrète plus. Il doit se travailler encore et encore, s'affiner, s'expérimenter, sous réserve que l'avenir ne soit pas de nouveau porteur de mesures contribuant, en raison d'une uniformisation contrainte, à un nivellement de la qualité de relation qu'une mutuelle comme la nôtre s'attache à maintenir avec des adhérents.

En synthèse, réussir en assurance des particuliers, c'est un peu affronter paradoxe après paradoxe. Or, gérer les paradoxes, c'est s'engager sur l'avenir. S'engager, c'est accepter l'idée que toutes les initiatives ne seront pas nécessairement fructueuses ; que dans certains cas, on pourra perdre, c'est-à-dire avoir investi à fonds perdus. L'un des moyens de s'en prémunir, puisque cela ne correspond pas à la finalité d'une mutuelle, est sans aucun doute de développer des partenariats pour investir à plusieurs sur des marchés importants ou difficiles, ou encore dans des services exigeants en expertise et en coût. Nul doute que, dans le métier de l'assurance complémentaire santé, spécifiquement sur le marché des particuliers, construire des partenariats constitue un facteur clé de succès.

La solidarité érigée en valeur exige
l'efficacité de gestion

Anne-Marie Cozien
Directeur général, Unéo

L'objet de ma contribution à cet ouvrage consiste à définir les quelques ingrédients discriminants qui déterminent, aujourd'hui, la réussite sur le marché de l'assurance santé des particuliers, du point de vue d'une mutuelle affinitaire.

Comment sélectionner les éléments de discrimination positive, facteurs de réussite dans un contexte partagé par tous les acteurs et globalement morose ?

L'aspect affinitaire modifie-t-il la donne et de quelle manière ?

Le marché de l'assurance santé est-il d'ailleurs un marché particulier ? Son *business model* diffère-t-il de celui des autres marchés et de celui de l'assurance en général ?

Le marché de la santé connaît une croissance de 5 % par an (en valeur de primes). Le désengagement progressif de la Sécurité sociale et l'accroissement du coût des soins expliquent en grande partie ce potentiel de développement. Les acteurs assurantiels s'engagent, bien souvent, dans une stratégie de multi-équipement.

De l'avis général, le marché de la santé se décroïssonne brutalement et la santé devient un produit de consommation courante. Les médicaments, les dépassements d'honoraires, l'optique, le dentaire : une bonne mutuelle s'appréhende au « reste à charge minimum » pour le consommateur de soins, à moindre coût.

Par ailleurs, l'accord sur la généralisation de la complémentaire « secoue » l'assurance-santé alors que quatre millions environ de salariés n'ont pas de couverture santé ; que 32 % des entreprises de moins de dix salariés et 91 % de celles de plus de 250 salariés sont équipées en santé.

Le terme « mutuelle » n'a d'ailleurs sans doute, malheureusement, plus grand-chose de significatif. C'est une inscription sur une carte annuelle renouvelée, qui voisine la marque de tiers-payant.

A leur création, les mutuelles, issues de corporations, avaient essentiellement une vocation sociale et de prévoyance. Petit à petit, les mutuelles se sont repositionnées sur la santé et, depuis les années 2000, sont passées du statut de « payeur aveugle » dans un monde non concurrentiel à une sophistication dans leurs produits, copiant le plus souvent les assureurs tout en conservant leurs valeurs.

L'enjeu, au-delà de la prise en charge du ticket modérateur, est devenu la maîtrise du reste à charge, voyant fleurir des plateformes d'information et d'orientation santé. Une nouvelle marque est alors venue s'ajouter à celle du tiers-payant. L'adhérent ignore souvent à quel type de réseau de professionnels il appartient, ainsi que les polémiques sur les dispositifs permis ou non aux mutuelles versus ceux des assureurs.

Mais le sujet occupe, encore à ce jour, le devant de la scène car l'enjeu demeure l'accès aux soins. Les mutuelles doivent dès à présent investir sur la raréfaction programmée de l'offre de soins, au-delà des dépassements d'honoraires, au regard des disparités géographiques déjà existantes. Ainsi, l'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste ou un spécialiste peut aller au-delà de huit semaines. Internet a apporté au public des réponses médicales vulgarisées pour challenger son médecin, s'auto-diagnostiquer, entretenir à l'envie son hypocondrie. On peut même « chatter » entre patients !

Dans le cadre des réflexions menées sur la stratégie digitale, un consensus se dégage sur l'enjeu prioritaire pour les mutuelles d'exploiter au mieux les possibilités du digital en soutien au développement d'une nouvelle approche adhérent, basée sur une relation personnalisée :

- Les sujets de compétitivité doivent évidemment être menés en parallèle, mais ne constituent pas un enjeu prioritaire ;
- Une vision partagée sur l'intérêt d'orienter la collaboration interne au service de l'ambition que constitue cette nouvelle approche adhérent.

L'avenir, à court terme, pour une mutuelle affinitaire repose notamment sur une politique de fidélisation efficace, s'articulant autour de deux thématiques :

- **La proximité** : la mutuelle doit devenir un acteur de référence pour l'adhérent et les ayants-droit en s'appuyant sur une meilleure connaissance, une écoute de leurs attentes,

des parcours personnalisés et un accompagnement santé adéquat. Cette relation de proximité devra s'appuyer, entre autres, sur des services additionnels adaptés aux adhérents (téléconsultation, télésurveillance, e.santé, etc.) ;

- **La continuité** : Le lien avec l'adhérent et ses ayants-droit doit être entretenu à la fois pendant la vie du contrat et lors de leur évolution professionnelle, hors du domaine militaire. Ceci passe notamment par la proposition d'une offre de produits et services adaptés au nouveau contexte professionnel (Indémnités Journalières, contrat collectif), la satisfaction de l'adhérent et le multi-équipement sur des produits fidélisants (IARD, épargne-retraite). Dans ce cadre, la gestion des périodes critiques est à gérer autant que possible de manière anticipée par la mutuelle et non lors du départ de l'adhérent.

Il est à noter que les actions de fidélisation permettront, de par leur portée :

- De faciliter le recrutement, notamment via leur contribution, au rayonnement de la marque auprès de la communauté de prospects (bouche-à-oreille) ;
- D'effectuer des propositions de multi-équipement plus efficaces, via la construction de parcours adhérents favorisant la remontée des attentes/centres d'intérêt des adhérents et des ayants-droit.

Dans ce cadre, la stratégie digitale s'adressera en priorité aux trois leviers que constituent la connaissance adhérent,

le parcours adhérent ainsi que le parcours santé. La mise en œuvre de ces orientations a été imaginée en trois temps.

Un premier temps de « mise à niveau de la relation adhérent » vise à sécuriser les fondamentaux, à savoir l'enrichissement de la connaissance adhérent et la définition d'un premier niveau de parcours adhérent :

- L'enrichissement de la connaissance adhérent en récoltant les données de base est une priorité. Ces données concernent notamment la durée d'activité, le grade, la zone d'affectation, la situation familiale, la structure familiale, les données de contact (téléphone, mail). La mutuelle doit donc veiller à mettre en place une politique de recueil et d'enrichissement systématique de ces données via les différents contacts avec l'adhérent ;
- La définition de parcours adhérent de base repose sur les cycles de vie du contrat (nouvel adhérent, réclamation), en capitalisant sur les premiers éléments disponibles à la Direction du développement. Il est nécessaire que toutes les parties prenantes participent à la définition de ces parcours « multicanaux » (tout en spécialisant les canaux de contact). Dans ce cadre, la mise à niveau des canaux de la relation adhérent, et notamment du site Internet, constitue une étape importante. Ayant lancé un certain nombre d'initiatives d'enrichissement des canaux, la mutuelle doit aller jusqu'au bout de cette logique (changement de données personnelles, changement d'offre via le web, espace adhérent personnalisé).

Un deuxième temps « d'ouverture vers l'adhérent » viendra enrichir les fondamentaux et développer une relation adhérent approfondie, basée sur ses moments de vie :

- L'enrichissement de la connaissance adhérent doit être poursuivi dans une logique davantage orientée autour de la compréhension des moments de vie et des centres d'intérêts/attentes des adhérents, afin d'aller plus loin dans l'interaction avec eux. Cet enrichissement passe par des moyens complémentaires pour être en mesure de récolter et d'exploiter ces données ;
- La mise en place de premières innovations via des actions focalisées d'accompagnement santé de certaines populations (devis prestations, conseil/prévention). Le recours à un partenaire pour gérer cet accompagnement peut s'avérer nécessaire.

Un troisième temps constituerait le temps de « l'ouverture produits vers de nouvelles populations » :

- Le multi-équipement, s'appuyant sur une évaluation fine de l'appétence des adhérents et des ayants-droit pour ce type d'offres, nécessite également que l'organisation soit opérationnelle pour pouvoir commercialiser ces offres. Les produits peuvent s'appuyer éventuellement sur des partenariats externes, étant entendu que la relation avec les adhérents restera aux mains de la mutuelle ;
- L'élargissement du socle adhérents vers de nouvelles populations. Cette étape nécessite d'être précisée et quantifiée ;

- L'industrialisation des parcours santé d'accompagnement adhérents.

L'autre sujet est donc la recherche de partenaires pour l'avenir, aux fins d'aboutir au multi-équipement du portefeuille. Aujourd'hui, outre les effets de taille critique où un million de personnes couvertes vous relègue au statut de PME, générant une course aux cinq millions pour les mutualistes et aux dix pour les assureurs, avec les instituts de prévoyance entre les deux... l'idée est de ne pas rester mono-produit.

A l'instar des banques, il faut rapidement faire l'apprentissage de nouveaux métiers – pour les mutuelles santé, il s'agit généralement de la prévoyance – de façon à occuper un terrain nouveau, même si c'est au détriment de ce que l'on faisait bien, jusqu'alors.

Il s'agit désormais de réinvestir ses fonds propres, de réoccuper le personnel, d'optimiser sa fiscalité, et de justifier le déploiement de réseaux commerciaux pléthoriques. Un autre angle vient immédiatement à l'esprit : les services.

On évoque de plus en plus la nécessité d'offres en matière de services à la personne alors que l'on a perdu de vue son propre adhérent, en tant que personne. Même si les séminaires, remettant l'adhérent au cœur de nos préoccupations, permettent aux cabinets de consultants d'assurer une rente de situation, les acteurs s'accordent à dire que la Sécurité sociale devra se

réformer. Qu'elle fera nécessairement le deuil de l'optique, du dentaire et des soins de confort. La menace du bouclier sanitaire accentue l'effet de banalisation des mutuelles, qui auraient alors pour fossoyeur le régime obligatoire qu'elles portent, pour certaines, en leur sein. Le ver est dans le fruit.

Le contexte est on ne peut plus morose. Les conservateurs, entre menaces et opportunités, chercheront la survie le plus souvent par la croissance ou un mariage de raison. Les visionnaires se feront discrets en ces temps incertains. Tout est cycle. Nos amis chinois l'ont bien compris. Peut-être le temps est-il venu de revenir aux fondamentaux. De les transposer aux temps modernes. De se fixer un cap et de s'y tenir dans le mouvement perpétuel. Redémarrons par l'individu. Une réponse individuelle dans une société individualiste est-elle adaptée ? Oui, si elle est maîtrisée. C'est bien l'orientation à copier sur les superbes évolutions médicales où le patient reçoit désormais un programme de soins sur mesure et où les protocoles s'affinent. Il s'agit aussi du contraire de la segmentation telle qu'elle est pratiquée.

Comment opérer ? Le monde est maîtrisé par les bases clients depuis de nombreuses années. Elles se revendent à prix d'or dès lors qu'elles sont qualifiées et ont permis d'asseoir le développement de secteurs entiers de l'économie. Elles ont enrichi leur façonnier. Il convient de capitaliser sur sa propre richesse et de créer son référentiel. Celui-ci pourra être optimisé au fil de l'eau par un élargissement de fichiers et de données.

Pour un assureur santé et dès lors que l'on gère un groupe très affinitaire, la question de sa différenciation comportementale peut être posée à titre de comparaison avec un groupe plus large, par essence pour Unéo, mutuelle santé de tous les militaires, avec les données de consommation des Français.

Demain, avec d'autres populations spécifiques (les policiers, les pompiers, etc.). Les militaires le valent bien, parce qu'ils forment au sein de leur mutuelle santé une cohorte de 1,2 million de personnes de tous âges, de toutes CSP, population à la fois hétéroclite et spécifique, reflet parfait de la société française et de sa diversité. Ils constituent comme un laboratoire reproductible.

La première butée est l'accès aux données de santé. Aucune donnée du régime obligatoire. Toujours pas d'accès aux codes CIP, les consommations de médicaments permettant de reconstituer avec des données anonymisées les pathologies les plus courantes. Un contournement est possible par l'opérateur de tiers-payant et l'IMS (Intercontinental Marketing Services).

Ainsi reconstitués, certains constats peuvent être posés au regard des spécificités sociologiques de la population militaire (mobilité géographique durant la carrière générant des situations de célibat, d'isolement du conjoint, ou au contraire de promiscuité liée au casernement, départ à la retraite très tôt en âge pour certaines catégories de militaires nécessitant l'accomplissement d'une seconde carrière, pratique intensive

du sport puis interruption brutale, mauvaises habitudes alimentaires, addictions, difficultés liées à la sédentarité...).

Un point commun avec le reste de la population française : celui du vieillissement du portefeuille – six mois de plus chaque année –, de l'attrition des effectifs militaires avec la RGPP et le Livre Blanc, actuelle et à venir, renforcée par le refus de mutualisation des jeunes recrues de l'armée.

Une protection sociale dans ce contexte, la connaissance fine de nos populations avec un ciblage adapté aux différents moments de leur vie est un minima à atteindre, dans une optique de fidélisation affinitaire.

Unéo a notamment décidé de miser sur la prévention du maintien d'autonomie dès l'âge de cinquante-cinq ans.

Au-delà du produit dépendance en inclusion que nous venons de lancer le 1^{er} janvier 2013 – qui comporte, outre un produit classique sous format de rente pour les personnes en GIR 1 et 2, la possibilité du recours à une plateforme d'aide et d'orientation destinée aux aidants et aux proches de l'adhérent ou de la personne protégée, de l'assistance (aide-ménagère) pour aider au maintien à domicile –, nous allons accompagner nos adhérents (volontarisme) par une démarche individualisée dans le maintien de l'autonomie (remise en mouvement, lutte contre la sédentarité et l'isolement social, nutrition, addictions, etc.).

La cohorte ainsi formée fera l'objet d'un suivi individualisé par millésime et adhérent concerné et d'une étude générale (anonymisée) avec l'aide d'IMS Health.

L'objectif est d'aider nos adhérents et leur famille sur l'accompagnement de la fin de vie et surtout de prolonger le plus longtemps possible l'autonomie de la personne.

D'autres services viendront en complément de l'offre dépendance. Nous réfléchissons à l'ensemble des aspects habitat, ergonomie, financement viager, au-delà des services à la personne déjà proposés.

138 | Cette démarche s'inscrit dans le cadre de notre stratégie digitale visant un niveau d'excellence dans la construction d'un parcours adhérent et d'un parcours santé.

Au-delà, la mutuelle a positionné ses orientations stratégiques pour l'avenir sans tabou avec un modèle américain, la Usaa, qui offre une protection intégrale aux militaires américains à tous les moments et pour tous les actes de leur vie (changement de situation familiale, mutation, Opex et vie de la famille, habitat, environnement, études des enfants, patrimoine, etc.).

Dès lors, la structure doit se doter des outils *ad hoc* pour se positionner sur un terrain qui va bien au-delà de la complémentaire santé :

- Construire un référentiel client très complet avec une exigence sur la qualité de la donnée et sa gouvernance ;
- Adopter un schéma directeur des SI à la fois souple et robuste pour assurer leur sécurité, et le doter d'un bus de services efficient ;
- Permettre le pilotage de l'ensemble des activités, le calcul des centres de coûts et de profits par la méthode ABM/ABC, le pilotage des process et leur respect par les équipes ;
- Permettre le calcul de ROI de campagne et un scanner matriciel du portefeuille par notre outil décisionnel ;
- Permettre un profilage de masse des populations pour l'adapter aux évolutions du RO ;
- S'adapter à l'état du portefeuille notamment sur le contrat de non-vieillesse et de certaines situations de fragilité.

| 139

A titre conclusif, la mutuelle doit se recentrer sur son cœur de métier, la santé, et se préparer aux nécessaires évolutions des offres en la matière. La différenciation s'effectuera par l'efficience entre un offreur de soins ou un intermédiaire vertueux.

Notre patrimoine devra être enrichi par un référentiel permettant le multi-équipement avec des options partenariales ciselées.

Pour réussir, Unéo dispose de trois atouts majeurs : une gouvernance forte, des salariés motivés et le soutien de son ministère affinitaire !

L'assurance directe est à l'assurance
traditionnelle ce qu'Amazon
est au libraire

Godefroy de Colombe

Président-directeur général, Direct Assurance

L'une des principales incompréhensions relative à l'assurance directe consiste à penser qu'il s'agit d'un canal de distribution non-intermédié de l'assurance traditionnelle. Sa seule spécificité consisterait dans ses coûts d'acquisition engagés en année 1 et non de manière récurrente au long de la vie du contrat, comme le sont les commissions d'un intermédiaire. Voilà où s'arrête parfois la compréhension de l'assurance directe. Ce qui explique peut-être en partie son relativement faible développement en France. Jusqu'à présent.

1. L'assurance directe est un *business model* complet qui repose sur trois piliers stratégiques

1.1. Un positionnement low price supporté par un modèle opératoire low cost

Ce modèle est fondé sur les économies d'échelles, elles-mêmes tirées de la recherche de volumes, de standardisation maximale des processus, d'automatisation des tâches et du fameux *self-care*, process par lesquels le client effectue lui-même ses modifications et tâches administratives tout au long de la vie du contrat – ce qui le satisfait, fiabilise les données et réduit les coûts.

Les volumes nécessaires pour atteindre ce cercle vertueux, par lequel les coûts marginaux de la croissance additionnelle permettent de diminuer le ratio de coût, donc de réinvestir dans la compétitivité du tarif et de générer de la croissance, ne sont présents aujourd'hui en France qu'en assurance auto.

1.2. La maîtrise de l'offre produit

Une stratégie simple : un produit nu et des options. Largement inspiré du modèle de l'industrie aérienne *low cost*, l'assurance directe a bousculé la présentation de l'offre d'assurance auto : une offre de trois produits dénudés, de la simple (et seule obligatoire) Responsabilité civile (RC) à la RC + vol, puis à la Tous Risques. Les garanties complémentaires (Assistance 0 ou 50 km, Garantie du conducteur, etc.) sont ensuite proposées aux clients sous forme d'options sur chaque « socle ». Cette présentation, maintenant copiée (lentement) par le reste de l'industrie, est en réalité une véritable innovation qui, *in fine*, ne consiste pas à inventer une nouvelle garantie, mais à rendre lisible et transparente pour le client la nature des garanties et leur prix. L'auto est le produit phare autour duquel se construit le reste des gammes dans des stratégies de multi-équipement visant à améliorer la rétention : gammes d'options, gammes de produits complémentaires (multirisque habitation, santé ou prévoyance) ou gammes de marques.

1.3. La connaissance du client, des segmentations (marketing et technique) et la sophistication tarifaire

C'est là certainement le trait le plus essentiel de l'assurance directe et de sa différence avec l'assurance traditionnelle. La non-intermédiation a comme principale conséquence un accès direct et fiable aux données des clients. Aujourd'hui, 70 % d'entre elles sont remplies par le client lui-même via un questionnaire en ligne

et la fiabilité des données permet un investissement massif dans le métier de la « souscription » du risque. En Angleterre, le marché le plus évolué de l'assurance directe, le métier de *underwriting* (souscription), bien distinct de celui de *pricing* (tarification), est essentiel dans les organigrammes, alors que la fonction n'existe pas en général dans les sociétés d'assurance de risques du particulier. La notion que l'assurance est un jeu relatif reste essentielle dans l'assurance des grands risques, qui intègrent plus que leurs collègues du particulier : l'enjeu n'est pas d'être très sophistiqué dans l'absolu, mais de l'être plus que le marché, afin de rendre un prix compétitif pour certains risques, mais tout autant afin d'en rendre un non compétitif pour d'autres risques, qu'il faut laisser à son meilleur concurrent en train de le sous-tarifer.

Comme dans les grands risques, la culture de la souscription est indissociable de la gestion de sinistre : la connaissance, tant quantitative que qualitative de ces sinistres par type de clients, par type de sinistres et surtout de leurs évolutions doit permettre, dans un circuit court, de rétroagir sur la souscription et de la faire évoluer rapidement. Que ce soit sur l'évolution des coûts des dossiers corporels ou sur ceux des bris de glace, une fois de plus, le tout n'est pas d'être excellent partout, mais un peu plus granulaire, ou en avance sur le marché. Et il n'est alors plus surprenant de constater que les meilleurs acteurs de cette industrie, que sont Progressive aux Etats-Unis ou Admiral en Angleterre, sont des acteurs historiquement issus de la gestion des risques « non-standard » et ayant exporté leur culture de la souscription du risque au risque de masse.

2. La technologie est essentielle à l'ensemble des piliers stratégiques du modèle

Modèle opérationnel *low cost*, offre produit, segmentation et tarification : ces trois piliers sont de très gros utilisateurs de nouvelles technologies. Une société d'assurance directe se rapproche en réalité beaucoup plus des sociétés dites « du web » que des assureurs traditionnels. De même qu'Amazon se rapproche plus d'une société de logistique et d'informatique que d'un libraire.

2.1. Comprendre Internet

Dans l'assurance, Internet est parfois encore considéré comme un mode de distribution alternatif : aux centaines d'agences physiques s'est ajoutée une agence virtuelle. Dans le modèle économique de l'assurance directe, Internet est un écosystème qui a permis une accélération fondamentale de la pénétration du modèle. Sans rentrer dans des détails rapidement obscurs, pour l'assurance directe, Internet est à la fois : une vitrine de communication et d'information des clients ; une technique marketing à maîtriser (pour l'acquisition et la rétention) ; un canal de distribution (complet ou partiel, d'où le fameux multicanal) ; un écosystème social en réseau qui est un mode d'acquisition et de consommation ; un moyen de souscription ; des données et des technologies informatiques allant de l'ergonomie des sites aux langages de développement.

Comprendre Internet, c'est aussi en comprendre les limites, qui sont aussi nombreuses que les opportunités – ce qui est peut-être plus intéressant à détailler. Par exemple :

- **Le téléphone est le futur d'Internet**

Il y a dix ans, l'irruption massive d'Internet et sa maîtrise par une population réduite ont poussé en avant des modèles dits *pure web*, dans lesquels un client devait pouvoir être entièrement autonome et la relation entièrement déshumanisée et, si possible, dématérialisée. Ces modèles ont aujourd'hui fait long feu. Pour atteindre les volumes nécessaires à l'amortissement des investissements en technologie, force est de constater que la « transformation » (le passage de prospect à client) reste trop faible sans le renfort de la « voix ». Avant-hier uniquement téléphoniques ; hier ciblés *pure web* ; aujourd'hui, les clients des sociétés d'assurance directe sont dits « d'origination Internet » : la prise d'information, les devis, la saisie des coordonnées doivent idéalement être faits sur le web par le client lui-même. Mais la conclusion du process doit pouvoir être faite au téléphone, idéalement, en fonction des profils des clients. Car, quantitativement, le taux de transformation est meilleur ; aussi car, qualitativement, la transformation se fait à une prime moyenne plus élevée avec un taux d'inclusion des options potentiellement supérieur à un process *pure web*. Avant-hier comme aujourd'hui, les plateaux téléphoniques de « service client » sont stratégiques.

- **La qualité de service est centrale dans les sociétés web**

Le constat est simple : quand la relation est moins intensive en interactions humaines, les rares moments sont clés dans la perception de la qualité du service vendu. Donc, également essentiels à la rétention des clients, à leur croissance par viralité. Et tout aussi grande est leur vulnérabilité à une mauvaise e-réputation. La qualité de service, qui est en réalité le « tout sauf ce que l'on fait soi-même sur le web », est aujourd'hui l'obsession des entrepreneurs du web car ce qu'on ne fait pas sur le web est bien, dans le web, ce qui différenciera ceux qui survivront de ceux qui mourront dans la consolidation de leur secteur ou l'indifférence... Cet enjeu est évidemment d'autant plus critique en assurance que l'inversion du cycle de production résulte dans le fait de « payer pour voir », et voir en général quatre ou cinq ans après la souscription lors de la gestion du sinistre. Chez Direct Assurance par exemple, le constat est que les clients viennent pour le prix, et l'objectif, mesuré sous tous ses angles, est qu'ils restent pour les services rendus et la qualité perçue de la gestion des sinistres.

Le rôle stratégique de l'interface humaine n'invalide en rien le rôle essentiel de la technologie. Au contraire, les plateaux de service client sont parmi les plus gros utilisateurs de nouvelles technologies, comme, par exemple, pour l'intégration des systèmes téléphoniques avec les process de gestion (*workflow*), les bases de données client et, dès aujourd'hui, les bases de données analytiques des conversations.

Il est intéressant, pour finir, de constater que la plupart des sociétés faisant du commerce sur Internet en arrivent à ces mêmes conclusions et ont fait évoluer leurs *business models* en conséquence. Là encore, la proximité est beaucoup plus à rechercher du côté de voyage-sncf.com, vente-privée.com ou Free, que du côté des assureurs multiproduits à distribution en agence ou courtiers.

2.2. Le big data n'est pas né l'année dernière

Hier, on l'appelait « actuariat » et c'était une discipline austère. Aujourd'hui, aux mêmes techniques de probabilités, de corrélations et d'interprétation statistiques de gros volumes de données, s'adjoint la profusion récente de données que génèrent les applications informatiques, la maturité des technologies dites « élastiques » de recherche dans les bases de données – permettant d'améliorer la qualité des données exploitées et des capacités mémoire – et des processeurs permettant de les traiter. Le déluge fascine car il représente un fabuleux relais de création de valeur des sociétés Internet, dont la publicité ne pouvait rester éternellement le seul moteur. Facebook ou LinkedIn ne s'y sont pas trompés. Leur enjeu stratégique est aujourd'hui de savoir comment formater de manière à rendre légale la commercialisation de leurs *big datas*.

L'assurance est un débouché naturel du *big data* puisque les données sont la matière première de l'analyse de risque. Et aussi car la compréhension de ces enjeux par des sociétés dirigées par des actuaires devrait être plus rapide que pour d'autres.

Néanmoins, en dépit du programme alléchant de ces prochaines décennies, il y a encore loin de la coupe aux lèvres. Une seule chose est certaine : le mouvement, irrépensible, sera lent et il donne un avantage au départ à l'assurance directe. Non qu'elle maîtrise la chose, loin de là. Mais les sociétés directes ont quelques années d'avance sur leurs concurrents traditionnels dans l'appropriation de cette matière informatico-actuarielle complexe. Or, à nouveau, l'assurance est un jeu relatif.

Il y a encore dix ans, l'agent « souscrivait » ; il était un gage de qualité du risque du client. La faiblesse des variables tarifaires pouvait être aisément compensée par l'intermédiaire humain, qui capturerait beaucoup plus qu'une poignée de questions standard (qui plus est, « dérogeables ») ne pouvaient le faire. En fonction des antécédents, des situations personnelles particulières, du positionnement social inconsciemment associé, par exemple, à une localité ou même d'une manière d'être, bref de son « flair », un agent pouvait mettre jusqu'à 30 % de crédit commercial. Inutile donc de rechercher la décimale dans le « tarif machine ».

L'histoire des dernières années montre que la machine a fait des progrès considérables et qu'elle intègre désormais des dizaines de variables, de corrélations, de statistiques. L'assurance directe a cet avantage par nature d'avoir une qualité de données supérieure et, dorénavant, des séries longues.

3. Pourquoi le marché du direct est-il si petit, en particulier en France ?

Au sens strict, le marché de l'assurance directe représente 4 % du marché de l'assurance auto en France en 2012, 8 % en Italie, 10 % en Espagne, et de l'ordre de 50 % en Angleterre. Ce marché est en forte croissance partout en Europe (Axa Global Direct, le premier acteur global du direct, a une croissance supérieure à 10 % en Europe continentale), mais reste finalement réduit.

En réalité, les barrières à l'entrée du secteur restent plus nombreuses qu'il n'y paraît, et autant organisationnelles qu'économiques.

3.1. « Focus »

Une des erreurs maintes fois répétées dans les grands groupes d'assurances a été de traduire dans leur organisation l'idée (fausse) que le direct était juste un canal de distribution supplémentaire. Il devient donc un « département » ou une « direction » de l'organisation de l'assurance des particuliers, au même titre que les agents, les courtiers ou les partenaires. Avec deux conséquences particulièrement néfastes qui inhibent définitivement la croissance du modèle : entrer dans d'inextricables conflits d'intérêts entre canaux, particulièrement ardues à résoudre ; appliquer les contrôles de gestion, surveillance de portefeuille et contrôles opérationnels de l'assurance traditionnelle. Ce qui, à nouveau, revient à appliquer à Amazon le contrôle de gestion d'un libraire.

La spécificité du *business model* du direct se traduit opérationnellement dans la manière de contrôler la rentabilité des clients (par génération, en valeur en intégrant des durées de vie variables en fonction des profils, etc.), les modèles économiques d'acquisition (efficacité du tunnel de conversion du trafic Internet jusqu'aux clients, efficacité économique des comparateurs, efficacité de l'ergonomie des sites web, etc.), l'efficacité opérationnelle (des ventes, de la gestion client et sinistre). Cette gestion analytique poussée, qui se fonde sur 500 à 1 000 KPIs opérationnels revus au niveau des équipes de direction, n'est humainement possible que si la stratégie force à rester « focus » sur un produit dominant, un modèle qu'il faut réaliser excellentement bien, et faire rapidement atteindre une taille critique puisque son efficacité est fondée sur les économies d'échelles. Un modèle qu'il faut également savoir réaliser en restant relativement petit, à « taille humaine », car être *low cost* exige d'être économe en management intermédiaire, fonctions supports et organisationnels, mais surtout prêter une plus grande attention aux détails, aux évolutions de consommation ou de sinistralité, car rester petit est indispensable pour rester « focus ». A nouveau, des modèles opérationnels que l'on retrouve dans tous les succès des entreprises dites de la nouvelle économie.

Les deux meilleurs acteurs du marché en témoignent : Admiral, l'acteur le plus performant du secteur, est une société indépendante détenue par ses fondateurs. Axa Global Direct, le premier acteur global du secteur, est un modèle original

d'« intrapreneurship » au sein d'AXA, unique dans les grands groupes multiligne de l'assurance mondiale.

3.2. *Le ratio de coût est l'unique avantage compétitif de long terme*

Le direct n'est donc pas l'utilisation d'Internet afin de compléter l'offre d'assurance traditionnelle. Cette problématique, parfois appelée le multi-accès, est une des équations économiques et organisationnelles de l'assurance les plus complexes à résoudre aujourd'hui, dont le direct est en réalité la partie conceptuellement simple. Aucun groupe ou mutuelle d'assurances ne l'a résolue. Tous s'y essaient néanmoins. Et tous font face au « mur des coûts » : copier certains aspects du modèle direct est certainement une bonne idée, notamment l'offre produit, mais, sans une organisation opérant avec un ratio de coût sous 26-28 %, le modèle est une illusion. Car les investissements marketing et technologiques sont massifs et ne sont donc compatibles qu'avec un modèle organisationnel *lean*. Voilà sans doute la plus grande barrière à l'entrée.

Par ailleurs, l'économie du modèle étant fondée sur les volumes, le temps est un paramètre clé. Direct Assurance a fêté ses vingt ans en 2012. Il faut une constance stratégique de long terme pour constituer un outil industriel, des équipes, et activer son développement au bon moment. C'est ce qu'AXA a fait en 2009, en jugeant le moment opportun pour un regroupement de l'ensemble des activités directes mondiales, en décidant

stratégiquement de l'accélération du modèle, et en lui conférant l'autonomie et la liberté d'action qu'il requiert. Le facteur temps est aujourd'hui une barrière à l'entrée d'acteurs portés par des fonds d'investissements dont les exigences de périodes de retour seraient aujourd'hui trop courtes pour l'industrie du direct.

3.3. *Transparence*

La transparence, donc la comparabilité, est un des moteurs de l'assurance directe : transparence de l'offre, du prix, de la qualité des services. Dans le domaine de l'assurance, la France n'est traditionnellement pas un des pays les plus en avance sur le sujet. Le poids des mutuelles, de « l'affinitaire », le faible rôle du courtage (en auto du particulier) ainsi que la structure oligopolistique du marché ont historiquement moins poussé qu'ailleurs vers une transparence accrue sur le marché. Il en va de même en Allemagne ou en Belgique. A l'inverse, en Angleterre depuis quinze ans, et ces dernières années en Espagne et en Italie, la libéralisation progressive du marché a porté le développement des comparateurs d'assurances sur Internet. La France est dorénavant sans aucun doute en train de prendre le train, sous le coup certes de certains assouplissements favorables à la liberté de choix des clients (comme la loi Chatel), mais surtout du développement du e-commerce. Or les comparateurs sont un mode d'acquisition particulièrement adapté au direct, mais beaucoup moins à l'assurance traditionnelle dont l'offre est plus large. La comparabilité est donc nettement moins aisée et peut difficilement se réduire au seul prix de l'assurance auto.

Dans la galaxie de l'assurance, celle du direct est un « animal » un peu à part, fonctionnant de manière distincte du métier traditionnel, encore petit mais indiscutablement inscrit dans le sens de l'histoire. Ses caractéristiques, sa structure organisationnelle et ses enjeux opérationnels se rapprochent des sociétés du web. Comme ces dernières, Internet est très loin de se réduire au fait que les clients puissent acheter depuis leur ordinateur : c'est un *business model*, un mode de management et un mode de consommation nouveau dans une industrie ancienne. Et un actif industriel d'une grande valeur pour les rares groupes ayant su, à l'instar d'AXA, les porter puis les développer.

Si tu ne peux arrêter la vague,
tu peux apprendre à surfer

Martin Coriat

Directeur général, LeLynx.fr

De nouveaux modes de consommation émergent aujourd'hui et transforment des industries entières. Le marché français de l'assurance n'a aucune raison d'être une exception. La seule question qui demeure repose sur la vitesse du développement de ces modes de consommation.

Le monde change. L'assurance n'est heureusement pas en reste dans les transformations que subissent l'économie en général et le commerce en particulier. Face aux modifications des comportements d'achat, que nous détaillerons plus loin, les assureurs doivent relever des défis importants qui ont trait à leurs propres modes de distribution, à leur organisation et surtout aux moyens de compréhension de ces mutations. Nous nous focaliserons ici sur les enjeux liés au développement d'Internet, en prenant notamment l'exemple des comparateurs d'assurances ou des courtiers en ligne.

Essayons tout d'abord de qualifier les changements au sein même de la distribution de produits d'assurance destinés aux particuliers. Nous n'aurons pas besoin de tous les lister, tellement ils sont connus et visibles par tout un chacun. En voici donc une liste non exhaustive : désintermédiation, manque de confiance envers les acteurs institutionnels, essor des nouvelles technologies, développement des avis de pairs lors des décisions d'achat, des plus simples aux plus importantes, etc.

Daniel Burrus, l'un des spécialistes de l'analyse des mutations tant économiques que technologiques, indique dans son

ouvrage « Flash Foresight » que l'une des clés pour se préparer à l'avenir et l'anticiper réside dans la bonne séparation des tendances douces et dures. Il constate que la plupart des gens ne croient pas aux prévisions parce que celles-ci sont basées sur l'analyse de tendances et qu'on ne doit pas faire confiance aux tendances, qui sont comme des modes, un jour en vogue et le lendemain dépassées.

Mais la réalité, comme l'a démontré Daniel Burrus, est qu'il existe deux formes de tendances très différentes : les tendances douces (*soft trends*) et les tendances lourdes (*hard trends*). Une projection lourde est basée sur des faits tangibles, mesurables et prévisibles. A l'inverse, une tendance douce est une projection statistique qui n'a que l'apparence de faits mesurables et prédictifs. Autrement dit, une tendance lourde est quelque chose qui va arriver, c'est un fait à venir. Une tendance douce désigne quelque chose qui pourrait arriver, un fait potentiellement à venir.

La clé du succès sur le marché des particuliers réside dans la capacité à comprendre et à identifier les tendances lourdes, car elles permettent de voir et de prévoir l'avenir. Identifier une tendance lourde aide à comprendre, par exemple, ce que les avancées technologiques pourront apporter dans le futur.

Aujourd'hui, la question est donc de savoir si le développement de ces nouveaux modes de consommation constitue une tendance douce ou lourde. Je suis convaincu qu'il s'agit

d'une tendance lourde, qui est en train de transformer la distribution et l'organisation du secteur de l'assurance. La distribution d'assurances prend un nouveau tournant avec le développement d'Internet. Vague irrésistible, Internet déferle sur la distribution des produits assurantiels et se fonde sur une demande croissante des assurés, qui recherchent désormais un produit/service pratique, facile et personnalisé comme seul Internet peut le proposer.

L'augmentation du trafic vers les sites de comparaison d'assurances avec une croissance de 35 % par an depuis 2008 pour atteindre environ sept millions de devis d'assurance auto en 2012, en témoigne. S'il eût été logique qu'Internet ouvrît d'abord la voie à la comparaison de services financiers dont il est obligatoire de s'acquitter, comme l'assurance automobile, l'histoire a pris une direction inverse. Ce sont d'autres produits qui ont été les premiers « touchés », comme les produits culturels (livres ou disques) ou les transports (vols aériens).

La comparaison des services financiers, pour sa part, à commencer par le produit le plus standard et le plus commun, l'assurance automobile, rejoint donc cette longue liste de produits dont la distribution est profondément modifiée. Viennent ensuite des produits plus complexes, comme les produits d'épargne, l'assurance de personnes ou le risque entreprise.

Or, s'il est vrai que l'achat d'assurance a ses spécificités, ce secteur trouve toute sa place dans cette dynamique. En effet,

une police d'assurance, produit dématérialisé, est par définition adaptée à la vente/achat sur Internet. Il y a encore peu, il était inconcevable de vendre des chaussures par Internet tant ce produit, intime, nécessitait un contact physique avec l'objet avant l'achat. Aujourd'hui, il est vendu en masse et en direct par Internet, témoignant que les barrières sont le plus souvent imaginaires. Contrairement à une paire de chaussure, une police d'assurance peut s'acheter sans besoin de le toucher ou de l'essayer. Elle peut être souscrite quand et où l'assuré le souhaite. De plus, il existe une multitude d'offres, chacune avec son positionnement et son prix bien définis. Internet offre donc une valeur ajoutée supplémentaire, en proposant « enfin » une véritable transparence en termes de prix, de garanties et de services.

Les trentenaires sont depuis quelques années « victimes » de ce phénomène. Il s'agit donc bien d'une tendance lourde, qui ne peut que se renforcer avec le temps. Ces derniers « consomment » et « achètent » leur assurance auto après avoir utilisé les comparateurs pour trier les offres, les forums pour percevoir la qualité des services. Ils terminent leur acte d'achat sur les réseaux sociaux pour partager leur niveau de satisfaction. Demain, ces trentenaires deviendront des quadras puis des quinquas et il est peu probable qu'ils modifient leur comportement d'achat en vieillissant. Ils ne « s'assagiront » pas avec l'âge ! La vague ne s'arrêtera pas et ne fera que s'accroître avec les générations futures.

Cette dynamique s'accélère depuis l'année 2011. Elle repose sur quatre parties prenantes et crée avec le temps un cercle vertueux :

- **Les consommateurs modifient leurs comportements d'achat**

Comme nous l'avons décrit plus haut, avec l'arrivée de nouvelles technologies, les consommateurs ont changé leur mode de consommation et sont à l'origine de ces mutations. Ils ont évolué plus vite que certaines compagnies ne l'avaient anticipé.

- **Les assureurs doivent s'adapter**

Les assureurs ont pris conscience, peu à peu et un à un, de ces changements susceptibles d'affecter la stabilité de leur modèle. Certains ont mis en place des structures spécifiques pour proposer une offre à ces « nouveaux » consommateurs. L'on observe ainsi depuis quelques années la mise en place de stratégies Internet dans lesquelles les comparateurs ont évidemment toute leur place. De grands acteurs se sont lancés avec des marques dédiées sur les comparateurs, comme ID Macif (Groupe Macif), Amaguiz (Groupama) ou Direct Assurance (AXA). D'autres ont choisi de sauter le pas avec leur propre marque, à l'image d'Allianz qui a décidé de rejoindre MMA ou Maaf sur le panel des comparateurs. Pour autant, plusieurs grands acteurs sont encore hésitants et cherchent des voies alternatives, pas toujours lisibles.

- **Les comparateurs poussent**

Dans le même temps, les comparateurs et autres courtiers en ligne deviennent des acteurs à part entière du marché. Ils ont compris ces tendances et surfent sur la vague en faisant valoir leur modèle auprès du grand public, à grand renfort de publicité. Inexistants il y a encore quelques années, les comparateurs se développent en s'adressant directement aux consommateurs. Les budgets investis sont désormais significatifs, se comptent en dizaines de millions d'euros de budget publicitaire et continuent de croître d'année en année alors que, dans le même temps, les assureurs limitent leurs investissements médias. De ce fait, la part de voix des comparateurs ne fait qu'augmenter.

- **Les pouvoirs publics et les associations de consommateurs sont bienveillants**

Face à ces changements, les pouvoirs publics ainsi que les associations de consommateurs semblent accompagner ce mouvement à leur façon. Depuis 2011, à la suite d'une initiative de Christine Lagarde, alors ministre de l'Economie, les pouvoirs publics ont cherché à accroître la concurrence entre les compagnies d'assurances et à mettre en avant l'intérêt de la comparaison entre les produits assurantiels. C'est le sens des travaux conduits avec les comparateurs par le Comité consultatif du secteur financier en 2012. Cette instance a travaillé à renforcer la qualité des comparateurs afin d'encourager les internautes à y recourir en édictant des règles de conduite communes.

Quant aux associations de consommateurs comme le CLCV, elles préconisent même que les pouvoirs publics mettent en place leur propre comparateur d'assurances, où toutes les compagnies devront faire figurer leurs prix et leurs niveaux de garantie.

La vague n'est donc pas prête de s'arrêter.

Pour mieux comprendre ce qui est en train de se passer, il est intéressant de regarder comment cette dynamique a déjà opéré chez nos voisins européens.

En effet, la situation ne laisse aucun doute sur le déchaînement de cette vague et son ampleur. Le Royaume-Uni a connu une explosion de la comparaison d'assurances sur Internet depuis 2004. Aujourd'hui, plus de 60 % des Britanniques souscrivent leur contrat d'assurance par ce moyen quand ils n'étaient que 10 % en 2005¹. Cette transformation n'est pas encore achevée et on s'attend à ce que la proportion atteigne 64 % en 2012². Encore plus proche de nous, l'Italie vit depuis 2010 une croissance exponentielle des comparatifs sur Internet, avec une croissance annuelle de près de 80 %. Ce ne sont là que deux exemples, mais l'Allemagne, les Pays-Bas ou encore l'Espagne sont également des cas emblématiques où la vente des produits d'assurance automobile pour les particuliers a été transformée en l'espace de quelques années grâce à ces nouveaux outils que sont les comparateurs et, dans une moindre mesure, le courtage en ligne.

1 Source : *Evolution of Aggregators*, Accenture, 2011.

2 Source : *Datamonitor Forecasts*.

Tout changement apporte son lot d'opportunités pour les acteurs en place autant que pour de nouveaux entrants. Selon un proverbe américain, « si tu ne peux arrêter la vague, tu peux apprendre à surfer ». Les assureurs doivent donc apprendre à surfer s'ils veulent profiter de ces changements qui s'installent sous nos yeux.

Chez LeLynx.fr, nous accompagnons dans plusieurs pays européens les assureurs qui souhaitent mieux comprendre la puissance des changements en cours. En effet, partenaires des compagnies et des distributeurs, les comparateurs ne sont pas des intermédiaires comme les autres. Ils sont des apporteurs d'affaires et non des courtiers. Leur valeur ajoutée tient dans l'orientation des prospects à un moment clé du processus d'achat.

En apportant une réponse aux différents acteurs concernés, les comparateurs remportent un franc succès. D'une part, ils répondent à l'attente des consommateurs quant à la recherche d'une solution pratique et simple pour trouver une assurance adaptée à leurs besoins. Ensuite, ils résolvent les problèmes rencontrés par les assureurs. En effet, ces derniers se heurtent de plus en plus à la difficulté de trouver de nouveaux prospects qui assureront la croissance de leur portefeuille dans un marché toujours plus concurrentiel. Les comparateurs s'imposent donc à ce titre comme un levier de croissance important pour les assureurs de la place.

Ce partenariat gagnant/gagnant avec les assureurs constitue la clé du succès des comparateurs sur le long terme.

Les comparateurs offrent également une alternative et/ou un complément aux canaux classiques de distribution comme les agents, les courtiers ou même les agences bancaires. Nous pouvons prendre l'exemple de deux domaines où les modes classiques de distribution souffrent de la comparaison avec les comparateurs :

- **Le coût d'acquisition**

Les comparateurs permettent une maîtrise optimale de cet indicateur clé. En adoptant un mode de rémunération qui prend en compte le contrat souscrit, les comparateurs garantissent à leurs assureurs partenaires une maîtrise complète des coûts d'acquisition indépendamment des volumes ou du montant des primes. L'analyse de chaque canal de distribution et/ou de chaque média démontre la pertinence d'utiliser les comparateurs. Ainsi, vendre un contrat d'assurance automobile par l'intermédiaire d'un comparateur est deux fois moins cher que de recourir aux méthodes classiques (agents ou courtiers pour un assureur à réseau, publicité TV ou en ligne pour un assureur direct). En effet, sur une prime moyenne auto de 450 €, une compagnie versera environ 300 € à son réseau pour rémunérer l'acquisition du client sur la durée de vie du contrat, quand un comparateur pourra fournir le même contrat pour la moitié de cette somme.

- **La flexibilité dans la gestion des produits et des options**

Parce qu'ils sont des outils informatiques, les comparateurs permettent une plus grande flexibilité dans les changements à apporter sur les produits. Par exemple, il suffit de quelques minutes pour changer une garantie ou des conditions générales présentées sur un site, alors que ces changements sont bien plus chronophages lorsqu'ils concernent des documentations publicitaires et l'ensemble des contrats papier.

En aidant les assureurs à mieux surfer, les comparateurs leur permettent de comprendre les changements en cours en leur offrant un lieu d'innovation appelé « laboratoire grandeur nature ». En effet, sur un marché des particuliers aussi saturé que concurrentiel, innover reste le mode le plus pertinent pour se différencier et gagner des parts de marché. Comme l'ont très bien démontré Renée Mauborgne et W. Chan Kim dans leur ouvrage « Stratégie Océan Bleu », il convient de quitter l'océan rouge de la concurrence féroce sur le prix et le produit standard pour construire un océan bleu où la concurrence est moindre car le produit est quasiment unique. Construire cet océan bleu nécessite d'expérimenter et d'innover pour offrir un produit différent ou une présentation plus astucieuse de l'offre, en jouant par exemple sur la modularité et la personnalisation du produit en fonction du profil.

Au-delà de l'imagination, innover requiert des capacités de réactivité et d'adaptation pour « concevoir » des nouveaux

produits, les tester sur un échantillon large et les façonner en conséquence. Contrairement à une époque révolue, il faut désormais accomplir ce cycle dans un temps record. Le temps des études de marché sur un semestre, des zones test sur un an et des développements informatiques sur deux ans est, à l'heure d'Internet et des consommateurs-zappeurs, désormais révolu.

Certains marchés ont déjà suivi cette tendance. Outre-Manche, les produits sont renouvelés plusieurs fois par an et la tarification change quasiment tous les mois. En France, force est de constater que la plupart des compagnies peinent à innover à cause d'une lourdeur inhérente aux systèmes informatiques et/ou aux processus de validation. En conséquence, une « innovation » dans ce domaine est parfois caduque avant même sa mise sur le marché.

Cette adaptation constante requiert des moyens nouveaux qui s'appuient notamment sur des données suffisamment nombreuses et fiables pour être exploitables.

Aujourd'hui, les assureurs n'ont ni le temps ni les moyens de réfléchir trop longtemps au produit idéal, car il faut aller vite et prendre des décisions avec des données imparfaites. Si l'industrie du logiciel a depuis longtemps adopté des méthodes dites agiles où les spécifications évoluent au fur et à mesure des besoins et des résultats de tests itératifs, le secteur de l'assurance reste à la traîne sur ces sujets. Or, il est aujourd'hui possible d'adopter une démarche itérative où des simulations sont produites et

analysées sur des options de positionnement tarifaire d'un produit avant même que celui-ci soit commercialisé. A force de tests et d'analyses, la compagnie pourrait changer, et ainsi affiner ses niveaux de garantie et/ou sa tarification.

Les outils existent et sont à la disposition des assureurs. Les comparateurs sont un instrument parmi d'autres. Ils sont un laboratoire pour réaliser des tests grandeur nature en vue de lancer un produit ou d'affiner une offre dans une « phase de recette » et permettent de tester la pertinence d'une offre ou d'une innovation, même simple, en quelques jours et sur un échantillon de consommateurs très large. De plus, Internet permet l'accès à des données obtenues directement sans manipulation ou correction. Elles sont donc simples à analyser.

Utiliser ces « laboratoires » pour tester une offre avant sa mise sur le marché permet d'accélérer celle-ci, de gagner de précieux mois et de s'assurer de la pertinence de l'innovation.

Quand on sait que le succès d'une offre tient avant tout à son adéquation avec les besoins des clients, laquelle est en constante évolution, le gain de quelques mois peut faire toute la différence et s'avérer précieux.

Pour un assureur, les comparateurs donnent accès à des données de marché riches et précieuses sur son positionnement en termes tant de produits que de tarifs. Ils offrent également un œil nouveau sur les choix des consommateurs, en détaillant

de manière chiffrée et objective le poids de la marque dans le choix d'un contrat ou l'importance de l'inclusion d'une garantie grâce à leurs bases de données colossales. Ils offrent un outil de *benchmark* complet et puissant qui manque bien souvent aux compagnies dans leur processus de décision ou l'élaboration de leur stratégie.

Ainsi, le rôle croissant des comparateurs dans la distribution d'assurance ne se fait pas au détriment des assureurs, qui restent leurs partenaires essentiels. En effet, l'intérêt des comparateurs réside dans une meilleure compréhension de ces mécanismes par les assureurs et c'est pour cela qu'ils proposent des outils d'analyse et d'aide à la décision.

Les comparateurs jouent le rôle de révélateur sur le marché de l'assurance des particuliers. Ils surfent sur une vague qui modifie en profondeur la distribution des contrats d'assurance. De ce fait, ils acquièrent une place incontournable auprès des consommateurs, qui ne cessent de les plébisciter. Ainsi, 76 % des consommateurs ont une bonne image des comparateurs et 90 % d'entre eux les utilisent comme un outil d'aide à la décision. Ils représentent un type d'acteurs nouveaux avec lesquels les assureurs doivent travailler en bonne intelligence.

A la différence des acteurs qui ont, par le passé, pris des parts de marché aux acteurs en place (mutuelles dans les années soixante-dix, banques dans les années quatre-vingts et, dans une moindre mesure, acteurs directs dans les années quatre-

vingt-dix), les comparateurs ne jouent le rôle d'intermédiaire que pour orienter les prospects vers les assureurs, qu'ils soient banquiers, agents généraux, courtiers ou acteurs directs. Ces révélateurs montrent la voie du changement et la nécessité pour les assureurs de s'y adapter sans l'ignorer.

Comme le disait Jack Welch, l'ancien président de General Electric qui a transformé cette vieille entreprise créée par Edison en conglomérat leader dans une dizaine d'industries différentes, de l'aviation à l'énergie en passant par la banque : « *Quand le rythme de changement dans une entreprise est moindre que celui de son secteur d'activité, la fin est proche. La seule question est quand.* » Pour que les assureurs accélèrent le rythme du changement, il suffirait peut-être d'apprendre à surfer.

Services et nouvelles technologies : repenser l'accompagnement

Nicolas Gusdorf

Président, Syndicat national des sociétés d'assistance ;

Directeur général, Mutuaide Assistance

Dans un contexte de crise financière, les particuliers sont poussés à faire des arbitrages budgétaires, parfois aux dépens des produits d'assurance. Alors que 35 % de la population grecque ne s'assurent plus et que le phénomène de non-assurance prend de l'ampleur en France, les assureurs font face à une nouvelle quadrature du cercle : diffuser une gamme assurantielle engageante au-delà des produits que la législation rend obligatoires.

Mutuaide Assistance est la filiale spécialisée d'assistance du groupe Groupama. En 2012, Mutuaide, c'est 180 millions d'euros de chiffre d'affaires en France pour 4 millions de communications téléphoniques et 754 000 interventions, concernant majoritairement l'automobile, mais aussi l'assistance médicale et l'assistance à domicile. Bien que l'activité des assistants représente 1 % du chiffre d'affaires des assureurs, elle est cruciale pour leur capacité à accompagner au quotidien leurs assurés, et donc pour leur image.

Généralement adossées à des produits d'assurance, les sociétés d'assistance ont une mission d'intermédiation. Le client passe par une plateforme téléphonique pour obtenir un prestataire, tel un dépanneur. Contrairement à l'assureur, qui généralement indemnise financièrement le sinistre, l'assistant, lui, vient en aide au client en fournissant un service d'urgence.

Le service est la raison d'être des assureurs

Sur un marché concurrentiel, les assureurs doivent aujourd'hui se distinguer par la qualité de leurs services. En assurance santé, par exemple, l'enjeu consiste à régler les dossiers complets en un minimum de temps. Mais il faut aller encore plus loin, car la mission de l'assureur est d'être aux côtés du client, qui exige un service efficace et toujours plus rapide en cas d'accident. C'est dans cette logique que s'inscrit la garantie « Auto Presto » de Groupama. En cas d'accident, de vol ou de panne, le véhicule de remplacement est immédiatement acheminé au domicile ou au bureau du client. Comme l'exprime l'innovante analyse comparative d'AXA sur qualemeilleurservice.com, les services sont au cœur de la proposition de valeur des assureurs.

Pour réussir sur le marché des particuliers, les assureurs doivent être perçus comme des partenaires au quotidien et pas seulement comme des « régleurs-payeurs » en cas de sinistre. Ceci passe par une valorisation des services associés, que je défends naturellement en tant que président du Syndicat national des sociétés d'assistance (SNSA) et directeur général de Mutuaide Assistance. A mon sens, aujourd'hui plutôt développés, les services souffrent parfois d'une certaine confidentialité. Lorsque les assureurs ne présentent pas leurs produits sous l'angle des services d'assistance associés, les assurés les découvrent à l'occasion d'une déclaration de sinistre.

Les assureurs doivent développer une posture d'écoute face au client

Pour déterminer un service adéquat, encore faut-il adopter une véritable posture d'écoute client. L'assistance est un modèle en la matière, puisqu'elle évalue en permanence la satisfaction de ses clients. Bien que Mutuaide reçoive moins de lettres de remerciements qu'autrefois, son modèle est validé par un faible taux de réclamations et un taux de satisfaction clients qui approche les 95 %. Le secret de cette performance tient à un travail permanent d'étude, de recherche et de développement. Régulièrement, à l'occasion d'audits du plateau téléphonique de Mutuaide, les enregistrements téléphoniques sont soumis à l'avis d'experts indépendants. Nous adaptions ensuite la formation comportementale des chargés d'assistance en fonction des résultats de ces audits. Ainsi, parce que c'était un point faible, nous avons amélioré l'item « prise de congé » des opérateurs, qui apparaissait essentiel pour nos clients. Dans la même logique d'écoute des attentes, Amaguiz permet aux particuliers de résilier leur contrat en cours à tout moment et sans aucun motif spécifique. Cette flexibilité nouvelle ne s'est néanmoins pas accompagnée d'une fuite massive des clients à la concurrence. L'explication principale tient à la fidélité de la clientèle française, beaucoup moins versatile qu'en Angleterre. Cette même fidélité avait déjà prévalu en 1976, lorsque Gérard Athias avait introduit le contrat d'assurance vie « AFER » à versement et retrait libres. Les contrats « AFER » ont remporté un franc succès et les retraits, bien que facilités, n'ont pas explosé.

Enfin, la posture client requiert une écoute attentive des collaborateurs. Ainsi, tous les deux ans, Groupama réalise un baromètre d'opinion groupe décliné auprès de chacune de ses filiales. Ce dernier mesure la perception qu'ont les collaborateurs des actions que nous menons. Nous réunissons ensuite l'ensemble des collaborateurs de Mutuaide pour leur présenter les résultats du baromètre ainsi que les enquêtes de satisfaction clients. Grâce à ces outils d'écoute des attentes, nous avons organisé une campagne interne sur la relation client reprenant les bonnes pratiques et les comportements à changer. Alliée à une taille humaine, la posture client de Mutuaide nous permet de nous adapter rapidement et d'incarner notre nouvelle signature : « l'assistance sur mesure ».

Une performance commerciale accrue exige d'adopter une approche multiproduit

Les assureurs ne diffuseront largement leurs produits optionnels que s'ils optimisent leur performance commerciale. Pour ce faire, ils doivent tout d'abord emprunter aux bancassureurs une logique multiproduit. Bien que les bancassureurs souffrent d'une crise financière affectant particulièrement leur image, ils adoptent des stratégies innovantes qui affaiblissent la position des assureurs traditionnels sur le marché des particuliers. Une telle prouesse ne s'explique pas tant par de moindres coûts de distribution que par un positionnement multiproduit assumé, à grands renforts de campagnes en agences. En témoigne la nouvelle communication du CIC qui intègre une activité *a priori* éloignée de sa spécialité :

« Banque, assurance et téléphonie mobile ». Après s'être lancées dans les services d'assurance vie, les banques ont développé leurs offres IARD (incendie, accidents et risques divers), puis santé et parient désormais sur les services connexes.

Si les réseaux bancaires sont rompus au *cross selling*, les réseaux assurantiels craignent parfois que les services d'assistance complexifient leurs offres. A ce titre, les vendeurs d'assurances doivent répondre aux préoccupations des clients et les rassurer en parlant de sécurisation personnelle. En se limitant à des argumentations techniques complexes, ils peuvent se retrouver confrontés à des questions pointues de la part de clients remettant en cause la vente. Ils doivent au contraire mettre en avant les services adossés aux contrats d'assurance, qui font de l'assistant le premier sur le terrain. A titre de comparaison, pour vendre les produits de télésurveillance d'Activeille, spécialiste de la télésécurité des biens et filiale de Groupama, je parle de préoccupations tangibles, à partir de besoins concrets. Il s'agit de sécuriser le quotidien en prévenant, par exemple, toute présence intrusive à l'ouverture de sa maison de vacances.

Enfin, pour améliorer leur performance commerciale, les assureurs doivent redéfinir leur méthode de vente. Développés autour de la vente d'IARD classique, les réseaux de distribution d'assurance cherchent aujourd'hui à satisfaire une demande exprimée en agence. Par voie de conséquence, ils ont tendance à vendre ce que le client vient acheter. Voilà pourquoi la vente de services n'est pas dans leur culture. Il leur faut désormais créer

un besoin en présentant des services connexes et leurs avantages associés. Ainsi, les assureurs pourront mieux présenter et valoriser une offre complète d'assurance capable de répondre à toutes les situations de la vie du client.

Les assureurs développeront leur expertise en épousant une vision globale du client et de l'environnement

La réussite sur le marché des particuliers découle d'une vision globale du client et de l'environnement. Dans le cadre de cours dispensés à des juristes suivant des programmes de masters d'assurance à l'Institut de droit des assurances de Bordeaux, à la Sorbonne et à Dauphine, je constate invariablement la difficulté qu'ont les étudiants à élargir leur champ d'analyse au-delà de leur spécialité. Il me semble pourtant fondamental qu'un juriste d'assurance soit à même de dépasser les seules jurisprudences. Je crois que cette étroitesse de vue est commune à beaucoup de métiers, et qu'elle prend sa source dans la manière d'enseigner. J'aimerais créer un cours de gestion de carrière pour apprendre à sortir de son pré carré et à faire du spécialiste un observateur avisé et pluridisciplinaire.

Seule une organisation interne décloisonnée permettra aux assureurs d'intégrer une telle vision globale. Sur le terrain, la spécialisation des assureurs en IARD et en vie ne va pas dans le sens d'une efficacité partagée mais d'un repli sur soi. Les acteurs de l'assurance devraient, à l'inverse, mutualiser leurs connaissances en favorisant la co-création.

Les nouveaux usages digitaux poussent les assistants à réinventer leur métier

Enfin, Internet devient de plus en plus incontournable et représentera d'ici peu l'outil de référence pour la souscription d'assurances, le règlement et la gestion de sinistres. Le risque des nouvelles technologies et des notes attribuées sur les réseaux sociaux est d'en arriver à une dictature des consommateurs, qui se croient mieux renseignés que les professionnels. Heureusement pour les assureurs, la consultation de comparateurs en ligne est chronophage et les avis en ligne, souvent contradictoires, instillent le doute dans l'esprit du client.

Les nouvelles technologies doivent amener les assistants à évoluer. Face à l'essor du e-commerce et des techniques de géolocalisation ou de paiement par téléphone, les assistants doivent prouver leur valeur ajoutée. Il leur faut ainsi mettre en avant le gain de temps qu'ils offrent aux clients en testant en amont la qualité des prestataires. Les initiatives proactives visant à valoriser le service rendu sont bien accueillies, à l'image de l'application iPhone d'Amaguiz dont le service mobile d'assistance met immédiatement en relation le client avec un conseiller en cas de sinistre automobile.

Toutefois, le rôle d'intermédiation des assistants tel qu'il existe aujourd'hui évoluera, car la simple mise en relation accélérée ne suffira plus. Imaginons que la voiture intelligente

de demain connaisse d'emblée les garages avoisinants et puisse les contacter. Le rôle de l'assistant sera alors d'être en permanence en mesure de contrôler et d'évaluer ses réseaux de prestataires afin que le garage figurant dans sa base de données assure de façon certaine un service constant de très grande qualité.

La marque d'assurance : une idée à renouveler ?

Olivier Grenier

Directeur général corporate branding, Dragon Rouge

1. Du besoin... à la marque

1.1. Besoin de réalités nouvelles

L'aversion naturelle pour le risque est sans doute l'un des facteurs qui ont conduit les sociétés à se sédentariser, en stabilisant l'habitat et en inventant des moyens de se protéger physiquement et symboliquement (lois, tabous). On sait que les dangers du commerce maritime ou terrestre ont, dès l'Antiquité, stimulé la création de proto-solutions d'assurance, de même que les risques d'incendie dans les premiers grands ensembles urbains du début du XIX^e siècle, ou les accidents du travail après la première révolution industrielle. Et l'assurance décès, dont le concept est né au milieu du XVII^e siècle, ne reflète-t-elle pas l'existence d'un individu émancipé, conscient de sa propre finitude ?

Consubstantielle aux activités humaines et à la perception des risques liés à leur développement, au plan individuel autant que collectif, l'assurance devient peu à peu un marché de masse, surtout depuis qu'elle revêt un caractère obligatoire dans certains domaines, comme l'automobile en 1958. Car l'assurance obligatoire, c'est une nouvelle promesse : celle d'une société qui veille à la sécurité de ses membres, substrat d'une civilisation du bien-être ou du loisir. Aujourd'hui, la perception du risque s'étend à de nouveaux domaines, comme la santé, la dépendance. Car, si la nature des risques a changé, on se sent aujourd'hui plus exposé à la perte d'emploi qu'au pillage d'une

caravane marchande, le besoin de protection, lui, est toujours là, au premier échelon de la pyramide de Maslow, personnelle et collective. Ces nouveaux besoins, ces nouvelles attentes prolongent notre perception d'un individu surpuissant surfant sur les aléas de la vie, ou au contraire surexposé dans la jungle sociétale d'aujourd'hui.

Mais alors, comment prendre en charge cette complexité d'attentes ? A la différence de la plupart des catégories de produits actuels, qui fonctionnent sous l'angle de la désirabilité ou du plaisir, l'assurance présente plusieurs caractéristiques uniques :

- Un marché de nécessité, voire d'obligation, et non de plaisir ;
- Une faible fréquence de contacts, les occasions de « rencontre » étant réduites ;
- Des circonstances de contact le plus souvent « désagréables », en lien avec un problème ou une difficulté.

1.2. Où sont les marques d'assurance ?

En France, depuis cinquante ans, le marché des compagnies d'assurances est devenu, sous l'impulsion d'acteurs très variés, extrêmement concurrentiel : on y trouve des compagnies à réseau d'agents, des mutuelles, des « bancassureurs », des spécialistes de la protection sociale. Tous ces intervenants disposent d'atouts et de *business models* très différents, mais

ont en commun la nécessité de développer leur marque, face aux mutations fortes de leur environnement.

Qu'est-ce qu'une marque ? On pourrait la définir comme « une articulation unique et durable sur son marché, d'hommes et de femmes d'abord, de contenus ensuite (produits, services) et enfin de contenants (logo, communication, points de vente physiques ou digitalisés), qui forment tous ensemble une proposition de valeur. Cette proposition de valeur est différenciante et identifiée comme telle par ses publics (internes ou externes) ».

Les grandes marques répondent à de « grandes » attentes, des attentes universelles : logiquement, le besoin d'assurance (c'est-à-dire de sécurité) en est une. Elles manifestent une attention réelle au client, en démontrant constance, originalité, sincérité, innovation et transparence. Enfin, derrière la marque, il y a toujours une entreprise, animée par une vision, une mission, des valeurs. Ces fondamentaux doivent être complètement intégrés dans le discours, et surtout portés par les actes de la marque.

Existe-t-il de vraies « marques d'assurance » aujourd'hui ? Je n'en suis pas sûr. Et ce, en dépit de la forte notoriété de plusieurs d'entre elles et de leur forte exposition médias.

Pourquoi ?

Il y a quelque chose qui sonne faux (ou tout au moins, flou) au pays des marques d'assurance : quelque chose qui brouille la

perception d'attention sincère, d'évidence, de simplicité, qui sont les attentes de n'importe quel marché envers une grande marque.

2. Les raisons d'un malentendu

2.1. La culture métier, un frein ?

Les grandes marques projettent une idée forte du monde. Elles ont une proposition de valeur unique. Elles ne sont pas forcément dans le consensus. Elles prennent des risques ou, tout au moins, des chemins personnels pour se construire.

Or, les métiers de l'assurance semblent être pratiqués par des gens pudiques, discrets et qui, par déformation professionnelle peut-être, n'aiment guère la prise de risque. Cette réserve empêche de pleinement faire valoir le sens profond de ce métier et de donner toute leur force aux marques.

Voici en effet une activité essentielle à la vie de tous les jours, et pourtant encore trop souvent perçue par le grand public comme vague, informant mal, en déficit de communication et de pédagogie comme l'indiquent certaines études d'image.

Ce qui pose la question des « mots pour le dire ». Et si « assureur » était un mot usé ? Ne pourrait-on pas parler plutôt de « protecteur de l'individu ou de la famille », de « facilitateur de quotidien », d'« accompagnateur de vie » ? Pour un métier aussi multiple et fondamental, on pourrait peut-être, sans oser des mots plus forts,

trouver des mots qui pourraient servir de colonne vertébrale à l'ensemble des manifestations de la marque.

En effet, on sent bien qu'il y a un vrai déficit de prise de risque sur les positionnements.

Une marque forte est une marque dont le paysage catégoriel serait différent si elle n'était pas là, ce qui suppose un positionnement concurrentiel sans compromis. Aujourd'hui, tout le monde est plus ou moins situé dans le ventre du marché. Je vais être volontairement simpliste, la difficulté pour un client de comprendre et mesurer les différences de prestations entre tous ces acteurs est assez révélatrice d'opacité : une réalité qui fait les beaux jours des comparateurs, au point que certains accèdent au statut de véritable annonceur (LesFurets.com, par exemple).

De manière générale :

- Le point de repère « prix » est très peu présent ;
- Le crantage des niveaux de service aussi ;
- Les différences perçues sont bien difficiles à faire émerger.

En résumé, aucune grande marque d'assurance ne fait aujourd'hui complètement son devoir de simplicité et de différenciation de l'offre, qui est pourtant le contrat de base d'une marque forte. Certes, sur un marché aussi réglementé, l'exercice est difficile. Mais quelle prise de parole pour un assureur qui réussirait ce double challenge !

2.2. Quand la pub fait écran

Lorsqu'on observe les mécanismes publicitaires de masse mis en œuvre, recourant quasi-systématiquement à l'utilisation de sagas et d'égéries publicitaires récurrentes, on a parfois l'impression de voir un exercice de communication condescendant, voire infantilisant, en tous cas souvent éloigné de la réalité du client.

On peut comprendre que les assureurs soient en quête permanente de connivence et de proximité : il est nécessaire de dédramatiser les situations, de créer de la rémanence et de la mémorisation de produits difficiles à différencier et sur lesquels créer de l'affect est compliqué.

Mais alors, pourquoi dans ce cas basculer dans une posture de communication artificielle et stéréotypée, plus proche de la réclame à l'ancienne que de la communication de contenu ? Il y a le stéréotype « hédoniste » qui fait de l'assurance un plaisir (y croit-on vraiment ?). Il y a les « humoristes » qui adoptent le ton de la dérision et du décalage. D'autres jouent la carte de l'autorité et du leadership pour se placer au-dessus de la mêlée. Même le parti-pris humaniste, qui centre le message sur le lien émotionnel, finit par devenir un attendu de communication un peu éculé. Or une marque forte ne se cache pas derrière une posture : c'est l'originalité du contenu qui est aux commandes. Vision, talent, savoir-faire, produits piliers reconnaissables entre tous, tissent alors naturellement son expression.

Finalement, ceux qui s'en sortent le mieux répondent à deux attentes client fortes :

- Le besoin de valeurs (au pluriel) c'est-à-dire le sens, qui donne une vraie focale, un vrai prisme, c'est souvent le registre des mutuelles ;
- Le besoin de valeur (au singulier) c'est-à-dire le bénéficiaire concret, tangible, mesurable et cela se démontre (surtout lorsqu'il est construit autour d'un *insight* fort).

D'autres catégories, confrontées elles aussi à la dimension intangible de leur métier, ont viré leur cuti pour entrer dans des modes de communication plus réalistes. BNP Paribas, par exemple, met en scène des situations réelles où le client est vraiment saisi dans des situations de vie crédibles et où l'action du banquier est démontrée en termes d'utilité.

2.3. Marques « préfabriquées »

L'assurance est une industrie de volume dans un marché de masse où s'assurer est un acte obligatoire. Logiquement, les acteurs ont dû éduquer le marché, avec une démarche historique de « sachant » vers « non-sachant », donc *top down* où l'information circule de haut en bas. On retrouve d'ailleurs cette attitude de l'assureur « sauveur »/*deus ex machina* dans les postures publicitaires évoquées plus haut.

Or les Français sont inquiets pour leur santé et leur sécurité. Ils ont besoin de sérieux et d'engagement et ont envie de vérité,

de preuves. Ils attendent des marques d'être en prise directe avec le quotidien, et ce n'est pas toujours ce qui est montré par les assureurs. D'où parfois un sentiment de décalage. On peut se rassurer en rappelant que 90 % des clients sont globalement satisfaits de leur assureur, ou que plus de 50 % d'entre eux n'en ont jamais changé. Mais ne nous trompons pas, aujourd'hui, plusieurs facteurs environnementaux replacent le client au cœur du moteur :

- Grâce à Internet, c'est bien le client qui a le pouvoir. Il peut chercher du prix ou de l'information via les comparateurs qui fleurissent. Et, au fil du web, le client devient de moins en moins non-sachant... et de plus en plus acteur de sa consommation. Cette nouvelle fluidité, c'est aussi le goût de la liberté et du plaisir : combien d'acteurs de l'assurance intègrent réellement ces attentes dans la navigabilité de leur offre ?
- L'appartenance à une communauté de valeurs est de plus en plus prégnante. Derrière les marques, le client cherche l'engagement des entreprises. Il y a donc ici une attente de transparence et de sincérité à adresser, mais aussi d'engagement dans les grands sujets sociétaux d'aujourd'hui vis-à-vis desquels l'assureur est d'autant plus légitime qu'il en est déjà, au plan individuel ou collectif, acteur.

3. Quelques pistes pour demain

S'assurer ne sera sans doute jamais un acte hédoniste. En revanche, l'expérience et la relation peuvent le devenir. Voici

huit éléments de réflexion pour amorcer la discussion et susciter l'inventivité.

3.1. Ré-éclairer les fondamentaux

Ré-enchanter le métier, c'est sans doute rééduquer le consommateur sur le rôle clé de l'assurance pour permettre la continuité du quotidien. Au plan des preuves, cela supposerait de redonner de l'épaisseur au produit (« C'est quoi s'assurer ? », « A quoi ça sert ? »). BNP Paribas, avec sa campagne « Parlons Vrai », fin 2011, a assumé les véritables interrogations de ses clients en proposant d'y répondre en agence ou sur son site : une démarche de clarté et de pédagogie. Sémantiquement, nous l'avons dit plus haut, cela ouvre la question « des mots pour le dire ». « Protecteur du quotidien » ou « accompagnateur de vie » donnerait sans doute une dimension plus holistique et engageante au métier, une façon aussi d'agréger des produits ou des services nouveaux en regard du périmètre classiquement perçu de l'assurance « à l'ancienne ».

3.2. Se placer en « co-création client »

Pour sortir des solutions préfabriquées, il ne faut plus regarder les choses de haut et de loin, mais plutôt d'en bas et de près. Autrement dit : passer du *top down* au *bottom up*, envisager le client comme un co-créateur de solutions qui lui ressemblent. Ceci suppose de mobiliser plus de créativité marketing en termes de produits (dans la limite des fortes contraintes légales

du métier, bien sûr), avec une réelle prise en compte du sur-mesure. Le lancement de Free, combiné aux réactions qui ont suivi chez les opérateurs historiques, ont généré un *new deal marketing*, avec une nouvelle génération d'offres beaucoup plus ciblées, à géométrie variable et entièrement personnalisables. L'offre *Pay as you drive* proposée par Amaguiz va complètement dans ce sens. Car innover, c'est aussi faire se rencontrer l'ADN des marques (une mutuelle n'a pas le même qu'une compagnie d'assurances classique) avec les *insights* client, afin de faire émerger des idées de services positionnantes, car réellement originales.

3.3. Penser « parcours de vie »

Nous sommes devenus des individus à 360°, multi-facette, multi-activité, multi-rôle, et tous ces paramètres varient fortement au cours de notre vie. Cette complexité doit être mieux prise en compte, en intégrant plus fortement le profil *lifestyle* des clients, qui peut servir à connecter des portefeuilles plus sophistiqués d'offres et à être force de proposition vis-à-vis du client. Être mieux en prise directe avec la vie quotidienne des clients semble un passage obligé, par exemple en réarticulant l'offre à 360°, en fonction du « parcours de vie client » (chez moi, au travail, quand la famille se déplace, en vacances ou en voyage, pendant mes loisirs, quand la famille s'agrandit, etc.), et non plus de façon fragmentée selon une logique d'émetteur. Cela suppose aussi de revoir en profondeur la façon de concevoir les offres et de mesurer les occasions de « faire le point » sur le

profil du client et sur son actualisation en temps réel, tout au long de la durée des contrats.

3.4. Soigner l'expérience physique et virtuelle

A l'heure où la généralisation du smartphone abolit les frontières entre *online* et *offline*, la même question se pose sur beaucoup de marchés : comment créer une synergie entre réseaux physiques et réseaux virtuels ? Le mot-clé est l'« expérience client ». Est-il envisageable de travailler en profondeur le sentiment d'expertise, de conseil et d'empathie, au-delà de ce qui existe le plus souvent aujourd'hui sur le web par exemple des configurateurs de produits/services à l'habillage agréable ? Ainsi, la « ludification » (application des mécanismes du jeu vidéo au web marchand) gagne du terrain chez beaucoup de marques, même réputées « sérieuses », et sur des sujets peu glamour. En Suède, par exemple, l'opération *Speed Camera Lottery* organisée par Volkswagen récompense les meilleurs conducteurs. Conseillers virtuels sur le web, espaces d'échange théâtralisés en agence, bilans assurance personnalisés, jeux thématiques, voire boutiques éphémères, à l'instar de celles mises en place par Ebay, il y a sans doute encore beaucoup à imaginer pour soigner la fidélisation autant que la conquête, d'autant plus que les clients de demain ne feront plus le distinguo entre l'acte d'achat en ligne et celui dans un lieu physique.

3.5. Faire vivre ses valeurs

Aujourd'hui, il n'y a pas de communauté de marque sans partage de valeurs. Justement l'assurance se situe au confluent de nombreuses préoccupations sociétales : santé, emploi, dépendance, sécurité routière, protection des individus contre la criminalité, sécurité dans l'éducation ou le sport, etc. Les mutuelles ont compris l'utilité d'animer leur communauté de clients autour des valeurs partagées, comme en témoigne par exemple la carte de vœux participative 2013 de la Maif. S'adresser à ceux qui ne s'assurent pas ou plus (entre 2 et 3 % des conducteurs, paraît-il...) est sans doute un combat utile. Renault a officialisé voici peu sa démarche « Mobiliz », pour faciliter l'accès à la mobilité des personnes en situation de précarité. En matière d'incarnation, ce serait sans doute une bonne chose que de voir émerger un Edouard Leclerc, un Xavier Niel ou un Richard Branson de l'assurance, quelqu'un qui porterait une certaine façon de faire ce métier, sous l'impulsion de valeurs fortes et reconnaissables pour tous.

3.6. Rechercher le contact

Il est intéressant de constater que le quotidien recèle mille histoires qui pourraient servir de toile de fond à des prises de parole de l'assurance. Cela fait trente ans que la grande distribution a fait ce travail d'insertion dans le quotidien de chacun pour gagner une « part de cœur » auprès de ses clients. Le magazine virtuel *Ikea Live*, par exemple, accompagne mois

par mois l'internaute à travers de nombreuses rubriques (point sur les tendances, reportages photo de clients) plaçant la marque au cœur du quotidien et dans une actualité permanente. Ce type d'initiative instaure un lien très proactif avec le client, même quand les occasions réelles de visite ou d'achat sont plutôt rares. Une démarche intéressante pour réinsérer l'assurance dans la tessiture du quotidien des gens.

3.7. Parler (vraiment) d'argent

Parler du prix reste probablement l'un des tabous les plus tenaces dans cette catégorie : tout le monde évoquant ou suggérant l'économie d'argent... sans donner de chiffres. Easyjet, Dacia, Ikea, Free ou H&M ont osé briser certains tabous catégoriels. Il est vrai que la diversité des cas de figure rend techniquement difficile un affichage clair de la promesse/prix. Une révolution engagée depuis dix ans dans la téléphonie mobile, et que vont certainement suivre à présent d'autres acteurs. Ainsi, la nouvelle facture Direct Energie 2013 présente une réelle transparence en termes d'approche du coût, des économies réalisées ou des surconsommations relevées. Car la perception d'accessibilité est à ce prix, en particulier dans un métier de nature plutôt virtuelle... Sinon, on ne génère que de l'opacité et un manque d'engagement.

3.8. Travailler l'impact et la différenciation des marques

Dans le classement Interbrand des cent marques mondiales les plus valorisées, AXA et Allianz apparaissent respectivement

à la 58^e et 62^e places. Au-delà de la performance financière, ce *ranking* prend en compte l'influence de la marque auprès du client et sa capacité à exercer un *pricing* plus élevé, apte à sécuriser les revenus de l'entreprise.

Sur le marché français, beaucoup d'acteurs souffrent tout de même d'un manque de différenciation flagrant. Les nombreux noms historiques en « M » des mutuelles n'aident pas à porter le sens, c'est vrai. Mais un nom est une coquille vide, qui peut être chargée en contenu et en expression : identité de marque originale et engageante, signature forte, *storytelling*, iconographie propriétaire, *tone of voice*, etc. De nombreux leviers existent. Alors, pourquoi ne pas oser des identités de marque plus tranchées ? Pourquoi ne pas enfin sortir des clichés de famille épanouie issue de banques d'images, en montrant des « vrais » clients qui témoignent, des « vrais » collaborateurs qui agissent et s'engagent au quotidien et des communautés d'assurés qui partagent les mêmes valeurs ? Ainsi, dans l'univers bancaire, le Crédit coopératif donne la parole à certains collaborateurs présentant leur action sur le site du groupe. Par ailleurs, pourquoi ne pas construire de véritables architectures de marques qui éclairent, simplifient et valorisent des offres fortes portées par des produits clairs ?

Enfin, les activités de sponsoring ou de mécénat peuvent être un puissant levier d'image, qui font de la marque un vrai acteur de l'événement. La récente victoire de François Gabart au Vendée Globe avec la Macif en est une belle illustration. A quand le

sponsoring du prochain record du monde de saut en chute libre en lieu et place de Red Bull ?

Et si redonner le pouvoir au client permettait de repenser le périmètre de marque de l'assureur ?

Et si la meilleure définition d'une marque forte était la suivante : un acteur économique qui n'a pas peur de redonner le pouvoir au client, et à en faire un moteur de son développement ?

Plus que jamais, surtout par les temps qui courent, les Français ont besoin d'assurance. Dans leur vie quotidienne, autour du travail, de la santé, de la dépendance.

Mais en ont-ils envie ? Pour réussir, il s'agit d'être plus « désirable », ce qui suppose de prendre quelques risques, calculés, et quelques chemins nouveaux. En résumé : sortir des attendus du marché, dire la beauté de ce métier et son importance en s'extrayant des clichés publicitaires, regarder clients et collaborateurs dans les yeux et les faire co-crée la marque.

Biographies

Gérard Andreck

Président du conseil d'administration, Macif ; Président, Groupement des entreprises mutuelles d'assurance ; Président, Association française de l'assurance

Géologue de formation, Gérard Andreck intègre en 1969 l'administration générale de la Mutuelle assurance des commerçants et industriels de France et des cadres et salariés de l'industrie et du commerce (Macif). Rédacteur contentieux jusqu'en 1972, il devient chef de bureau de Roubaix, puis de Bordeaux, avant de rejoindre, en 1977, le centre de gestion d'Agen où il sera en charge de la gestion des sinistres.

En 1982, il devient responsable du centre de gestion de Compiègne et administrateur de la Macif. Il prend la direction de la région Ile-de-France lors de la régionalisation de 1987. Dix ans plus tard, il prend la direction générale de la Macif.

Maître d'œuvre de la modernisation de la Macif, il fait évoluer la mutuelle d'assurance automobile pour en faire un groupe d'assurances et de services diversifiés, dans le respect de ses valeurs mutualistes et solidaires d'origine.

Homme clé dans la naissance du partenariat noué entre les caisses d'épargne, la Macif et la Maif en octobre 2004, il est nommé président du directoire de la holding Cemm qui concrétise ce partenariat en novembre 2005. En 2006, Gérard Andreck est élu président du groupe Macif.

Elu président du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema) le 1^{er} juillet 2008, il est réélu en 2011 pour un nouveau mandat de trois ans.

Entre mai 2009 et décembre 2011, il occupe le poste de président du Conseil des entreprises, employeurs et groupements de l'économie sociale (Ceges). En novembre 2010, il intègre le Conseil économique, social et environnemental (Cese). Depuis juillet 2011, il est président de l'Association française de l'assurance (AFA).

Il est promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur le 6 avril 2012.

Martin Coriat

Directeur général, LeLynx.fr

Diplômé d'HEC en 2004 et d'un MBA de l'Insead en 2008, Martin Coriat a débuté sa carrière à la Société Générale.

Il rejoint en 2008 Admiral Group plc, acteur majeur de l'assurance automobile en Angleterre en tant que *Business Development Manager* pour le compte de Confused.com, comparateur d'assurances en ligne leader en Angleterre. Il en profite pour organiser la refonte de la politique commerciale du site, mener des études sur le marché des comparateurs en Europe, et superviser le lancement du site Rastreator.com en Espagne, comparateur en ligne spécialiste de l'assurance automobile.

Martin Coriat est nommé en 2010 directeur général du comparateur français LeLynx.fr.

Anne-Marie Cozien

Directeur général, Unéo

Depuis plus de quinze ans, Anne-Marie Cozien conduit des politiques de rapprochements entre différentes structures mutualistes de la fonction publique.

Directeur général de la Mutuelle des agents des impôts (MAI), elle a ensuite créé le Groupe initiatives mutuelles (GIM), fédérant la Mutuelle du ministère de la Justice (MMJ), la Mutuelle générale des affaires sociales (MGAS), la Mutuelle du ministère de l'Intérieur (MMI, devenue Intériale) et la Mutuelle civile de la Défense (MCDEF), préfigurant ainsi la naissance en 2007 de la Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie (MGEFI).

Le 2 mai 2008, Anne-Marie Cozien a été appelée aux fonctions de directeur général de la Mutuelle Unéo, issue de la fusion de la Caisse nationale du gendarme (CNG-MG), de la Mutuelle nationale militaire (MNM), et de la Mutuelle de l'armée de l'air (MAA).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, Unéo a été référencée à l'issue d'un appel à la concurrence par le ministère de la Défense et devient ainsi la première mutuelle santé des militaires en activité de service ou retraités et de leurs familles, sur le modèle américain de l'Usaa.

Godefroy de Colombe

Président-directeur général, Direct Assurance

Diplômé d'HEC en 1998 et de la John F. Kennedy School de Harvard en 2002, Godefroy de Colombe débute sa carrière au sein de l'Agence financière de la Direction du Trésor à Moscou en 1998, avant d'occuper, entre 2000 et 2004, la fonction de chargé de mission au sein du Mouvement des entreprises de France (Medef), sous la présidence d'Ernest-Antoine Seillière. En 2004, il devient directeur des affaires publiques de Scor, puis *Integration Officer* en 2007.

Il rejoint AXA en 2008 en tant qu'*Executive Assistant* du directeur des opérations. En 2010, il est nommé directeur du Centre de compétences retail d'AXA Global P&C, et en 2011, directeur des opérations d'AXA Global Direct et président d'AXA Direct Solutions.

Depuis octobre 2012, il est Président-directeur général de Direct Assurance, filiale du groupe AXA.

Jacques de Peretti

Directeur général, AXA Particuliers Professionnels

Diplômé de l'École polytechnique de Paris, de l'École nationale supérieure de l'aéronautique et de l'espace (SUPAERO), de l'Institut d'études politiques (IEP) de Toulouse et titulaire d'un MBA de l'université de Stanford, Jacques de Peretti débute sa carrière en 1987 aux ministères de la Défense puis de l'Industrie.

Il rejoint l'Union des assurances de Paris (UAP) en 1991. Il y exerce successivement les postes de directeur-adjoint de la Direction régionale Midi-Pyrénées, puis de directeur de la Direction régionale Lorraine-Champagne-Ardenne jusqu'en 1996.

Lors de l'intégration d'UAP par AXA en 1996, Jacques de Peretti devient directeur général de la Direction régionale Rhône-Alpes-Auvergne jusqu'en 2000. Il est ensuite nommé directeur du Programme marché des particuliers professionnels jusqu'en 2001, puis directeur général d'AXA Courtage en 2002. En 2003, il prend la direction générale d'AXA Entreprises et devient directeur général délégué d'AXA France.

En 2009, Jacques de Peretti est nommé directeur général d'AXA Particuliers Professionnels.

Depuis 2011, il est président du conseil d'administration de Juridica et vice-président du conseil de surveillance d'AXA Banque. Dès 2012, il préside le conseil de surveillance d'AXA Banque.

Olivier Grenier

Directeur général *corporate branding*, Dragon Rouge

Depuis 1999 chez Dragon Rouge, Olivier Grenier dirige l'activité *Corporate Branding*. Pitches, réflexion stratégique, accompagnement du client à 360°, il ne conçoit pas une marque sans idée forte et simple. Tous les types de clients l'intéressent, et il adore révéler le supplément d'âme d'une entreprise dans une catégorie peu considérée.

Avant de rejoindre Dragon Rouge, Olivier Grenier a fait ses classes dans le groupe Shell, puis au sein d'un cabinet de conseil en innovation, et enfin chez Eco-emballages.

« J'ai la conviction que le design contribue à faire avancer le monde et que l'entreprise est un levier de transformation de la société ; moteur du changement, la création ne doit pas être réservée aux designers, car c'est une discipline collective qui imprègne la façon de travailler ensemble, l'apport stratégique, la relation client. Comme Dragon Rouge est entrepreneurial et intrapreneurial, c'est l'endroit rêvé pour y faire fructifier cette énergie-là. »

Quand il n'est pas avec ses clients, Olivier Grenier joue dans son groupe de rock ou repousse ses limites à la course à pied. Son aversion pour les idées reçues l'emmène, en-dehors des sentiers battus, à réinterroger tous les jours l'utilité de la marque et le sens du design.

Nicolas Gusdorf

Président, Syndicat national des sociétés d'assistance ; Directeur général, Mutuaide Assistance

Titulaire d'une maîtrise de lettres classiques obtenue en 1971 à l'Université des sciences humaines de Strasbourg, Nicolas Gusdorf débute sa carrière par diverses fonctions commerciales, entre 1975 et 1997, au sein de l'Union des assurances de Paris (UAP), d'UAP Assistance, puis d'AXA Assistance.

Il dirige depuis 1997 plusieurs filiales de services de Groupama : Activeille, société de télésurveillance des biens ; Présence Verte, société de téléalarme de personnes ; Fourmi Verte, enseigne de services à la personne, et Mutuaide Assistance, filiale d'assistance de Groupama.

Il est, par ailleurs, président du Syndicat national des sociétés d'assistance (SNSA) et vice-président de l'Association des enseignes de services à la personne.

Jean-François Lequoy

Délégué général, Fédération française des sociétés d'assurances

Diplômé du Corps de contrôle des assurances de l'École polytechnique de Paris en 1984, de l'École nationale de la statistique et de l'administration économique (Ensaé) en 1986 et de l'Institut des actuaires (IA) en 1987, Jean-François Lequoy débute sa carrière en 1986 comme commissaire contrôleur des assurances à la Direction des assurances du ministère des Finances et du Budget.

De 1991 à 1994, il devient sous-directeur à la Direction des assurances de la Compagnie de Suez. De 1994 à 1998, il occupe le poste de *Managing Director* du groupe de courtage d'assurances J&H Marsh & McLennan. Il est ensuite nommé directeur général et administrateur de La Mondiale Partenaire (ex-La Hénin Vie) de 1998 à 2001.

En 2001, il rejoint le groupe Assurance générales de France (AGF) en qualité de directeur financier, puis il devient membre du comité exécutif de 2003 à 2008. Entre 2004 et 2009, il est directeur général-adjoint d'AGF, en charge de la comptabilité, de la fiscalité, du pilotage et du contrôle des risques ainsi que des placements d'assurance et du corporate finance. Il prend la responsabilité du pôle vie et services financiers en 2006 et la responsabilité de l'unité assurances de personnes et services financiers d'AGF France, puis de l'unité métiers en 2007.

Depuis 2008, Jean-François Lequoy est délégué général de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA).

Maxime Letribot

Associé, EUROGROUP CONSULTING

Diplômé de Paris IX Dauphine, Maxime Letribot débute sa carrière chez Ernst & Young en tant que consultant au sein de l'équipe assurance. Lors de la fusion avec Cap Gemini, il intègre l'équipe *Strategic and Management Consulting* de la division finance, qu'il quittera en 2002 pour rejoindre le pôle assurance et protection sociale du cabinet Eurogroup. Il devient associé d'EUROGROUP CONSULTING à l'été 2008 et se voit confier l'animation de la *practice assurance*. Il publie régulièrement des articles et études sur les problématiques et l'évolution du secteur. Il organise et anime par ailleurs le Baromètre annuel des décideurs de l'assurance.

Il a conseillé et accompagné tout au long de sa carrière un grand nombre d'acteurs du secteur dans les différentes familles qui le composent. Il intervient plus spécifiquement sur les problématiques d'excellence opérationnelle, de performance commerciale, de stratégies et organisations multicanal, d'amélioration de la qualité de service et de performance managériale.

En février 2013, Maxime Letribot devient administrateur d'Eurogroup Institute, structure présidée par Hervé Juvin, qui a pour vocation d'aider les entreprises, les collectivités ou les institutions à mieux percevoir les évolutions de leur environnement, pour conduire le changement et réussir le progrès.

André Renaudin

Directeur général, AG2R LA MONDIALE

Diplômé de l'École polytechnique de Paris, de l'Institut d'études politiques (IEP) de Paris et de l'Institut d'études actuarielles, André Renaudin entame sa carrière en 1979 en tant que commissaire-contrôleur des assurances.

Il devient en 1984 membre du cabinet de Pierre Bérégovoy, ministre de l'Économie, des Finances et du Budget. Il est nommé directeur commercial des assurances Rhin et Moselle-Vie en 1986, puis directeur du développement à la Caisse centrale de réassurance (CCR). Entre 1988 et 1990, il occupe le poste de conseiller technique au cabinet de Pierre Bérégovoy.

André Renaudin devient ensuite directeur de l'international des Assurances générales de France (AGF) entre 1990 et 1997, avant d'être délégué général du Groupement des assurances de personnes (GAP) jusqu'en 2000.

Il accède alors à la fonction de délégué général adjoint à la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), puis à celle de délégué général de 2001 à 2004.

Après avoir exercé le poste de président exécutif de La Mondiale entre 2005 et 2007, André Renaudin est depuis 2007 directeur général d'AG2R LA MONDIALE. Il est également directeur général de SGAM AG2R LA MONDIALE depuis 2008.

Bruno Rousset

Président-directeur général, APRIL

En 1988, Bruno Rousset quitte sa fonction de directeur-adjoint de la caisse de retraite lyonnaise UPESE pour fonder APRIL, leader français des services en assurance. Vingt-quatre ans après sa création, APRIL totalise un CA consolidé de 757 millions d'euros avec près de 4 000 collaborateurs et plus de six millions d'assurés dans quarante pays.

Parallèlement, en 1996, il crée Evolem, groupe industriel multipolaire investi dans sept secteurs d'activité.

Il a ensuite initié la fondation « Entrepreneurs de la Cité » (2006), proposant des couvertures de micro-assurance aux créateurs d'entreprise en situation précaire (chômeurs, personnes handicapées...).

Aujourd'hui, Bruno Rousset est également président de l'Institut de science financière et d'assurances de Lyon (ISFA) et président du conseil d'administration de l'Institut d'administration des entreprises (IAE) Lyon.

Patrick Sagon

Président, La Mutuelle générale ; Vice-Président, Fédération nationale de la mutualité française

Ingénieur diplômé de l'Institut national des télécoms (INT) en 1974, Patrick Sagon débute sa carrière chez France Télécom avant de rejoindre La Mutuelle générale. Il est successivement appelé aux fonctions d'administrateur en 1997, de vice-président de 1999 à 2001 et de trésorier général entre 2001 et 2007. Il est élu à la présidence du conseil d'administration en 2007 et devient quelques mois plus tard président du directoire. Patrick Sagon est également président de MG Union et président de Mutaris Caution.

Depuis 2011, Patrick Sagon occupe la fonction de vice-président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

Christophe Scherrer

Directeur du développement, Malakoff Médéric

Diplômé en 1989 de l'École supérieure de commerce de Reims, spécialité marketing, vente et management international, Christophe Scherrer débute sa carrière commerciale au sein du groupe Bongrain. A partir de 1988, il occupe différentes fonctions commerciales et marketing au sein de MMA. En 1992, il devient chef de marché IARD Particuliers de GAN Assurances.

En 1994, il réintègre le groupe MMA en tant que responsable commercial et marketing des filiales Benelux, puis en tant que responsable marketing recherche et développement. De 1998 à 2000, il exerce le poste de responsable marketing d'Isica, spécialiste leader de la protection sociale sur le marché agro-alimentaire.

En 2000, Christophe Scherrer rejoint le groupe Malakoff Médéric en tant que directeur marketing. Il est successivement promu directeur marketing et commercial en 2003, puis directeur du développement en 2010 et intègre alors le comité exécutif du groupe Malakoff Médéric.

Danielle Wajsbrot

Directrice du pôle assurance, Membre du comité exécutif, La Banque Postale

Danielle Wajsbrot rejoint en 1982 la Cekar (Compagnie européenne de courtage d'assurance et de réassurance), où elle a occupé les fonctions de directeur des risques spéciaux et financiers. A partir de 1997, elle occupe le poste de directeur commercial, du marketing et du développement du secteur « Grandes Entreprises » pour la France au sein de Marsh, société de courtage d'assurance issue de la fusion de Cekar et Faugère et Jutheau, suivie de Sedgwick.

214 | En septembre 2003, elle rejoint le Groupe La Poste en qualité de directrice du pôle assurance et membre du comité exécutif de La Banque Postale, sous la responsabilité de Philippe Wahl. Elle a pour mission de développer les activités d'assurance de la banque. Elle est également chargée d'assurer la liaison avec les différents partenaires, en particulier la CNP. Elle assure par ailleurs la présidence de La Banque Postale conseil en assurances, société de courtage de La Banque Postale et du Groupe La Poste.

| 215

| Remerciements |

Nous adressons nos plus sincères remerciements à chacun des dirigeants ayant accepté de livrer ici leur réflexion et l'état de leurs travaux. Leurs contributions, faisant suite à la dernière édition du Baromètre des décideurs de l'assurance[®], ont été essentielles à la publication de ce recueil.

Enquête annuelle⁽¹⁾, le Baromètre a pour vocation d'apporter aux professionnels du secteur une vision des mutations et enjeux clés du marché. Les décideurs interrogés sont issus des compagnies d'assurances, des mutuelles d'assurances, des bancassureurs, des mutuelles 45, des institutions de prévoyance, des grands cabinets de courtage, des assistants, des comparateurs et des fédérations professionnelles. Nous avons souhaité conserver cette représentativité du secteur dans la diversité des contributeurs sollicités dans le cadre de cet ouvrage.

Nous tenons également à remercier les consultants, services marketing et communication d'EUROGROUP CONSULTING qui ont participé à la réalisation de ce livre.

⁽¹⁾ Toutes les études présentées dans le cadre du Baromètre des décideurs de l'assurance sont téléchargeables sur notre site Internet : www.eurogroupconsulting.fr

Conception et mise en page réalisées par :



Mobile : +33 (0)6 31 99 90 32
E-mail : contact@elocrea.fr

Imprimé sur du Rives Traditions Blanc Naturel
par l'imprimerie Grillet

Groupe de conseil européen et indépendant, EUROGROUP CONSULTING accompagne ses clients depuis 30 ans dans la réalisation de leurs ambitions stratégiques.

EUROGROUP CONSULTING s'investit aux côtés de ses clients pour leur apporter une expertise à forte valeur ajoutée qui s'exprime dans nos capacités à :

- **imaginer** les projets et leurs modalités d'exécution dans des contextes économiques et culturels divers,
- **mobiliser** les acteurs de tous niveaux en adaptant au cas par cas nos méthodologies, sans oublier l'influence du subjectif et de l'implicite,
- **retisser** le lien entre l'individu et le collectif en trouvant les repères simples et adaptés, sans oublier le sens de nos actions.

Notre engagement et notre singularité reposent sur l'art de comprendre les enjeux de nos clients, de nous adapter à leur culture et d'anticiper les mutations et les ruptures du monde contemporain.

www.eurogroupconsulting.fr

EUROGROUP
CONSULTING

THE ART OF **MOBILIZATION**