Panorama des acteurs et des nouvelles dynamiques de l'Assurance Santé en France

Livre blanc

Publication : octobre 2018

kpmg.fr

La transformation du marché de l'assurance santé en ordre de marche

Le marché de l'assurance santé est en constante évolution

Le phénomène d'évolution le plus visible se manifeste dans les mouvements de rapprochements de plus en plus fréquents et impliquant à la fois des acteurs de même famille (Assureurs, IP, Mutuelles) ainsi que des acteurs de familles différentes.

Dans un marché au contexte règlementaire de plus en plus encadrant et marqué par une baisse tendancielle des marges techniques, les Organismes Complémentaires (OC) sont confrontés à un double enjeu pour se démarquer les uns des autres : concilier excellence opérationnelle et excellence de la relation assuré.

Parmi les questions posées

> Quels sont les principales évolutions règlementaires impactant le secteur de l'Assurance Santé en France ?

> Comment le paysage de l'Assurance Santé évolue-t-il ?

> Comment maîtriser ses coûts (de gestion / d'acquisition) ?

> Comment innover pour mieux se différencier ?

> Comment proposer à ses assurés une expérience client différenciante ?

Ce livre blanc présente quelques pistes de lecture qui permettront de mieux appréhender les transformations de l'écosystème de l'assurance santé afin de comprendre ce nouvel environnement, les défis qu'il présente (tant pour les acteurs traditionnels de l'Assurance Santé que pour leurs nouveaux partenaires et concurrents) et comment il impacte leurs stratégies.

Sommaire

01
Les évolutions du paysage de l'assurance santé : entre rapprochements et ouverture à la concurrence 06

02
Trois impératifs pour les OC : optimiser, innover et se différencier 16

03
Conclusion 30

01

Les évolutions du paysage de l'assurance santé : entre rapprochements et ouverture à la concurrence

Le renforcement des contraintes règlementaires crée de nouveaux enjeux pour les OC

Au cours de ces dernières années, l'environnement règlementaire de la complémentaire santé a été marqué par des réformes toujours plus encadrantes.

Panorama des récentes évolutions règlementaires les plus marquantes et de leurs impacts

Solvabilité 2 : vers un durcissement des contraintes financières

Depuis le 1er janvier 2016, le régime de supervision Solvabilité 2 renforce les critères de solvabilité en matière de volume de liquidités, de surveillance, de gestion des risques, de reporting et de transparence.

En parallèle de faibles niveaux de rentabilité sur le marché des OC, la modification des normes prudentielles accroît leurs besoins en financement.

La Loi ANI : vers un transfert de portefeuille de l'individuel vers le collectif

Depuis le 1er janvier 2016, la loi sur l'Accord National Interprofessionnel (ANI) impose à toutes les entreprises de proposer à l'ensemble de leurs salariés une complémentaire santé et de financer cette complémentaire à hauteur de 50% minimum.

Même si la grande majorité des salariés disposait déjà d'une complémentaire santé, bon nombre a basculé d'un contrat individuel vers un contrat collectif (4 millions selon une étude menée par la Fédération Française des Assurances).

On observe deux impacts majeurs liés à cette évolution : un phénomène de bascule d'un assureur à un autre et le développement de la sur-complémentaire pour les salariés souhaitant bénéficier d'une couverture qui correspond à des garanties non prises en charge dans leurs contrats collectifs standards.

La révision des contrats solidaires et responsables : vers une standardisation des contrats

Depuis janvier 2016, tous les salariés doivent pouvoir bénéficier d'une couverture santé obligatoire d'entreprise. Pour que les produits ne soient pas surtaxés, ils doivent répondre à un cahier des charges spécifique.

Ce dispositif, imposant des planchers et des plafonds de remboursement, conduit de fait à une standardisation des contrats.

La fin des clauses de désignation : vers un renfort du jeu concurrentiel entre OC

A l'origine, les clauses de désignation autorisaient les partenaires sociaux à choisir un ou plusieurs OC chargé(s) de gérer le régime de protection sociale de la branche professionnelle pour l'ensemble des entreprises concernées. Depuis juillet 2015, les accords de branches ne peuvent plus imposer un organisme assureur, mais peuvent seulement le «recommander».

Cette évolution renforce la compétition entre les acteurs du marché, et plus particulièrement pour les Institutions de Prévoyance, historiquement très bien positionnées auprès des branches.

Le reste à charge zéro (RAC 0) : potentiellement vers davantage de standardisation

L'objectif de cette potentielle future loi est de diminuer le renoncement aux soins et d'améliorer l'accès à des dispositifs dont les besoins vont s'accroître dans le futur et qui coûtent très cher à l'Assurance Maladie (notamment l'optique, l'audio et les prothèses dentaires).

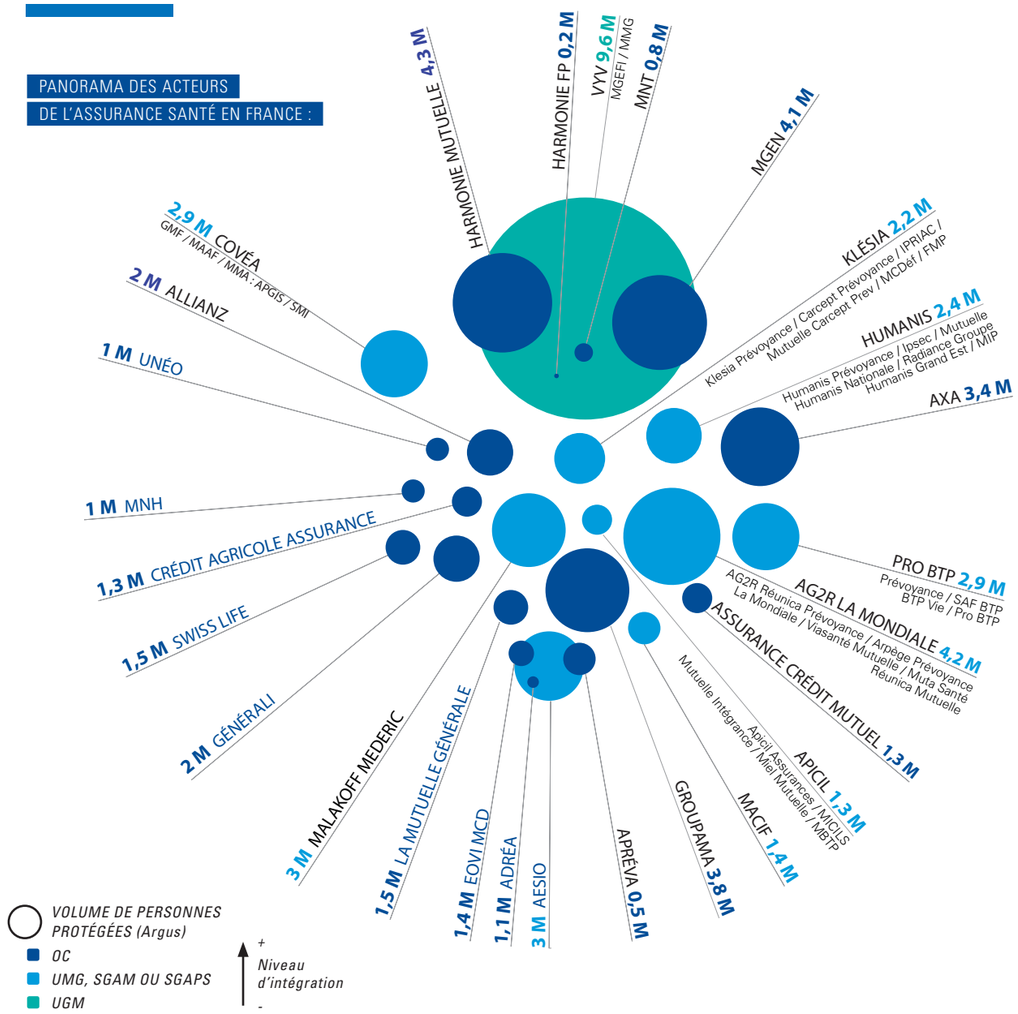
Même si les modalités de mise en œuvre de ce projet ne sont pas encore stables, il y a de fortes chances qu'il vienne impacter les marges des assureurs et la structure de leurs contrats.

Vision synthétique des enjeux liés à ces règlementations

	PORTEFEUILLE ET OFFRE	RÉSULTAT TECHNIQUE ET STRUCTURE DES COÛTS
SOLVABILITÉ 2	Rechercher à atteindre la taille critique pour renforcer ses fonds propres Miser davantage sur le collectif avec le maximum de standardisation possible	Réduire le ratio combiné pour accroître la rentabilité des offres et produits Réduire les coûts liés à la gestion des contrats, aux sinistres et à l'acquisition de nouveaux assurés
LOI ANI	Satisfaire la demande sur le marché du collectif. Développer la sur-complémentaire	Préserver ses marges sur les portefeuilles individuels et collectifs dans un contexte de dumping tarifaire
RÉVISION DES CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES	Se différencier grâce à une politique de services et à la qualité de l'expérience offerte aux clients	Préserver les marges dans un contexte où la mise aux normes a été très couteuse pour les OC
FIN DES CLAUSES DE DÉSIGNATION	Pour les Assureurs et les Mutuelles : conquérir de nouveaux marchés dans un contexte où les IP étaient majoritairement représentées Pour les IP : mettre en place des programmes de rétention / saturation et de diversification (hors branches)	Préserver la valeur du portefeuille de clients face à une concurrence accrue
RAC 0	Définir les offres et les stratégies de communication adéquates	Définir les modèles économiques adéquats avec les bons partenaires

Transformation du paysage de l'assurance santé : présentation des tendances de fond

PANORAMA DES ACTEURS
DE L'ASSURANCE SANTÉ EN FRANCE :



Source : L'Argus 2017

Le présent schéma décrit une version simplifiée et non exhaustive des partenariats existant à notre connaissance à S1 2018. Il ne préjuge pas des évolutions ultérieures

Un paysage qui se transforme au gré de rapprochements au sein de mêmes familles d'acteurs

Depuis 2002, les OC ont opéré de larges mouvements de rapprochements. Le nombre de mutuelles a diminué de près de 70% et le nombre d'institutions de prévoyance a été divisé par deux au profit de la création de « géants » de la complémentaire santé.

Ces rapprochements ont commencé au sein de mêmes familles d'OC avec des acteurs qui partagent la même philosophie, facilitant ainsi les rapprochements.

Covéa : précurseur du rapprochement entre mutuelles d'Assurance

En 1999, MAAF Assurances et MMA initient un premier rapprochement avec Covéa SRM, Société de Réassurance Mutuelle. Covéa est alors née.

En 2003, Covéa se transforme en société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM). En 2005, après l'adhésion d'Azur et celle de la GMF, 4 familles de mutuelles d'assurances composent désormais la SGAM Covéa avec un credo : se rassembler sans se ressembler.

Mutuelle ViaSanté : mutuelle interprofessionnelle de dimension nationale

En juin 2014, AG2R La Mondiale a créé la mutuelle ViaSanté, fusion de Viasanté, Primamut et de huit autres mutuelles. Ce groupe a renforcé sa position sur le marché de la complémentaire santé pour les entreprises en réaction à la nouvelle règlementation ANI.

Groupe Aesio : nouveau groupe né de rapprochements de mutuelles

En juillet 2016, les mutuelles Adréa, Apréva et Eovi Mcd ont fusionné et créé le groupe Aesio qui regroupe plus de 3 millions de personnes protégées.

Outre la création de liens de solidarité financière, les trois mutuelles s'appuient sur le groupe Aesio pour développer de nouveaux services et produits en commun au bénéfice des entreprises et des personnes.

D'ici 2020, seule la marque Aésio devrait perdurer.

Groupe VYV, acteur majeur de l'Assurance Santé

La mutuelle interprofessionnelle Harmonie Mutuelle et le groupe Istya (groupement des mutuelles de la Fonction publique) se sont rapprochées en septembre 2017 pour créer le Groupe VYV. Ce dernier devient ainsi le premier acteur de l'assurance santé et le premier réseau d'offres de soins et de services avec 10 millions de personnes protégées (20% du marché) pour un chiffre d'affaires d'environ 7,5 Md€.

Ce rapprochement permet au groupe VYV de disposer d'une nouvelle empreinte sur le territoire français avec plus de 900 structures de soins réparties dans près de 40 départements.

Humanis et Malakoff Médéric

Le 13 juin 2018, Humanis et Malakoff Médéric actent leur rapprochement, prévu pour janvier 2019, créant ainsi un nouvel acteur majeur de la protection sociale complémentaire. Cette opération a pour vocation de permettre aux deux groupes d'associer leurs atouts respectifs, de mieux défendre les intérêts de leurs clients professionnels et particuliers, et de faire face ensemble aux enjeux liés aux évolutions réglementaires, financières et technologiques.

Le rapprochement permettra également à la nouvelle entité de pérenniser le développement de son activité commerciale et de renforcer sa capacité d'innovation dans les domaines des services, de la data et du digital.

Un paysage qui se transforme au gré de partenariats entre acteurs de familles différentes

D'après les données publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les vingt plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires santé avaient collecté 50% de l'ensemble des cotisations en 2014 contre 35% en 2006.

Des rapprochements stratégiques horizontaux de type UMG, SGAM ou SGAPS se sont développés entre des entités de de famille différentes et donc complémentaires en termes de portefeuille clients, d'offres ou encore d'implantation territoriale.

Le rapprochement entre Aesio et Macif : vers la naissance d'un nouveau géant mutualiste

Le groupe Aesio, relevant du code de la Mutualité, et la mutuelle Macif, relevant du code des Assurances ont annoncé en décembre dernier qu'ils prévoyaient la création d'ici 2020 d'un groupe prudentiel protégeant 8 millions de sociétaires (dont 4,4 millions en santé) et adhérents et pesant plus de 8 milliards d'euros. Le projet pour ces deux acteurs est de devenir un leader mutualiste en assurances de biens et de personnes, et notamment se positionner en deuxième place sur le marché de la santé ; Adréa, Apréva et Eovi-mcd mutuelle sur la santé, Macif sur la prévoyance.

AG2R La Mondiale et Matmut : rapprochement au sein d'un même groupe

Alors que le groupe de protection sociale AG2R La Mondiale est le leader français de l'assurance de personnes pour la retraite complémentaire en France, l'assureur mutualiste Matmut est un acteur majeur du marché de l'auto et de la MRH. Les deux assureurs prévoient de s'unir par le biais d'une alliance stratégique de type SGAM afin de préserver l'autonomie des membres, de mettre en commun des ressources complémentaires, et de mutualiser certains coûts et investissements.

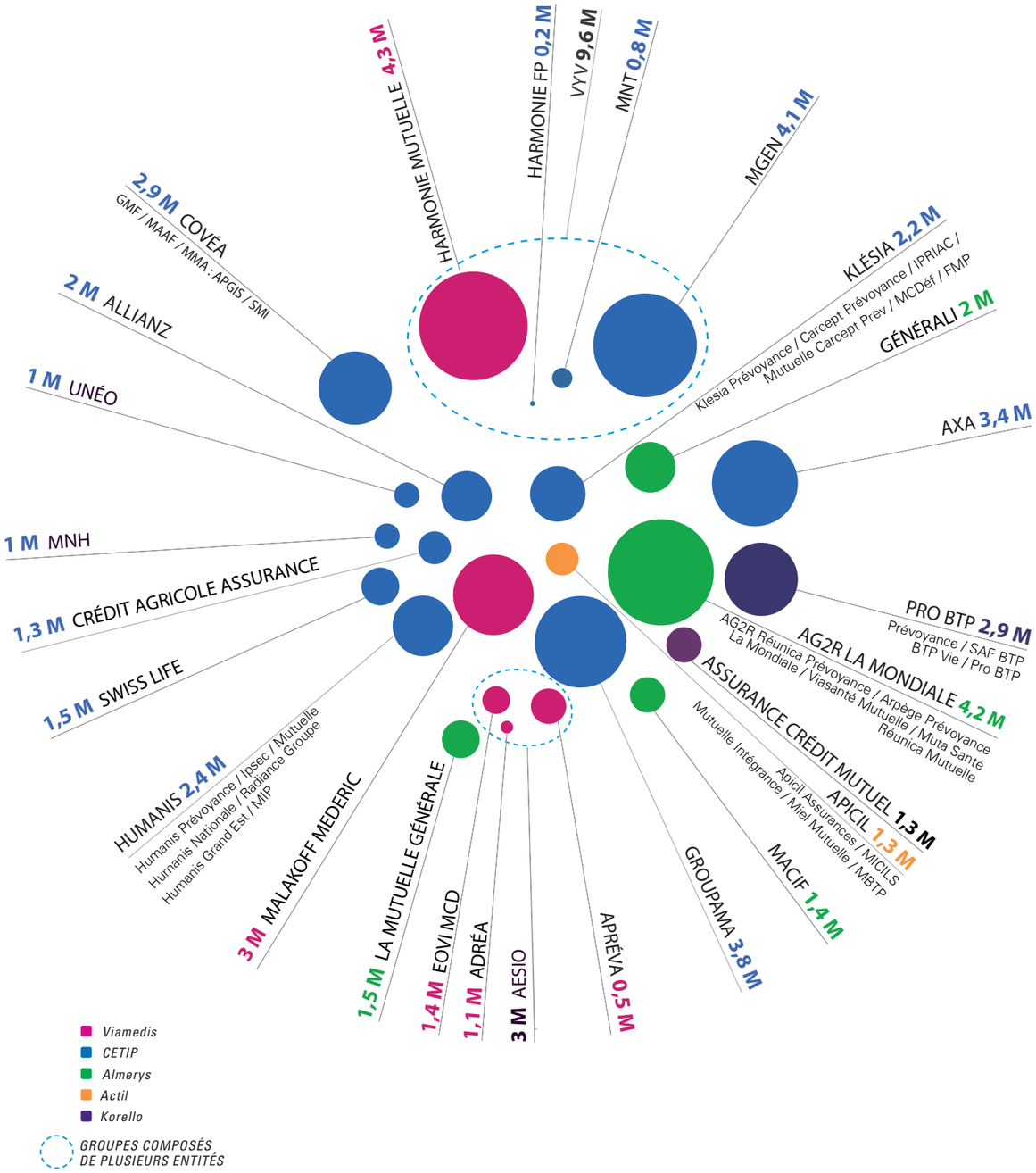
Un paysage où les prestataires historiques des OC prennent de plus en plus de poids

Les Opérateurs de Tiers Payant (OTP) :

D'après les données publiées dans L'Argus de l'Assurance en 2015, les trois principaux OTP, Almerys, Cetip (Groupe Cegedim) et Viamedis, gèrent annuellement 18 milliards d'euros de flux de prestations en tiers payant et leurs portefeuilles de clients représentent près de 50 millions de bénéficiaires, soit près des trois quarts des assurés sociaux en France.

La délégation de gestion du Tiers Payant permet aux OC de maîtriser leurs coûts en bénéficiant d'une gestion industrielle de cette activité.

PANORAMA DES OPÉRATEURS DE TIERS-PAYANT



Le présent schéma décrit une version simplifiée et non exhaustive des partenariats existant à notre connaissance à S1 2018. Il ne préjuge pas des évolutions ultérieures

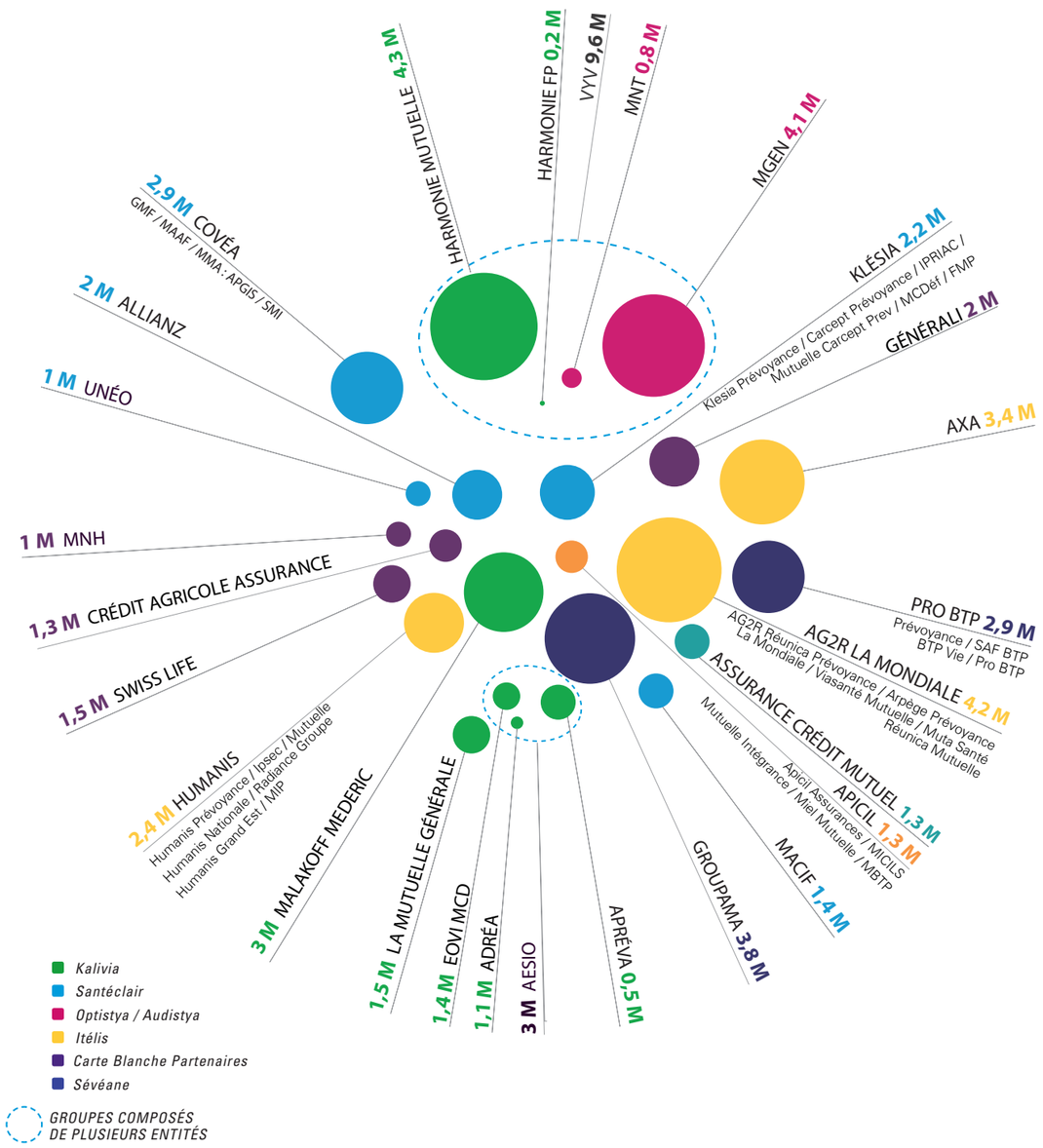
Source : L'Argus 2017

Les réseaux de soin :

Les OC ont développé une utilisation généralisée des réseaux de soins afin de faire bénéficier à leurs adhérents de tarifs préférentiels et de prestations de qualité et contrôlées.

A titre d'exemple, en partenariat avec Allianz, Covéa, Klésia et 50 autres organismes complémentaires, la plateforme Santéclair réunit 9 millions d'assurés et différents types de professionnels de Santé (environ 3050 opticiens, 3000 dentistes, 750 audioprothésistes, 350 diététiciennes…).

PANORAMA DES RÉSEAUX DE SOINS



Le présent schéma décrit une version simplifiée et non exhaustive des partenariats existant à notre connaissance à S1 2018. Il ne préjuge pas des évolutions ultérieures

Source : L'Argus 2017

Afin de se différencier et d'apporter toujours plus de services à leurs clients, les plateformes s'étendent progressivement à d'autres professions de santé et à des activités de télémédecine. Les principales plateformes santé, telles que Santéclair, Kalivia et Itélis, s'orientent désormais vers les professions paramédicales comme l'ostéopathie et les médecines douces, non remboursées par le Régime Obligatoire.

Les plateformes s'orientent également vers la médecine de ville. Ainsi, Santéclair a choisi de développer un service hors réseaux le service de médecins généralistes et de médecins spécialistes. Une première version a été lancée en septembre 2017 : elle propose un outil de prise de rendez-vous en partenariat avec Pages Jaunes et Clic RDV. Depuis début 2018, les bénéficiaires de Santéclair ont également accès à un service de téléconsultation multicanal (téléphone, Web, chat) grâce à un partenariat avec le site Mesdocteurs.com. Ouvert 24 h/24 et 7 j/7, il permet d'accéder, en ligne (visio ou chat) et par téléphone, à un médecin libéral généraliste ou spécialiste.

Rapprochements, partenariats, montée en puissance d'acteurs historiques sur des sujets désormais incontournables, le panorama de l'Assurance Santé est profondément bouleversé par une concentration sans précédent.

Dans un écosystème très règlementé où les acteurs – qu'ils soient de mêmes familles ou non - nouent des partenariats stratégiques de plus en plus nombreux, ceux qui tireront profit de cette dynamique de convergence sont ceux qui sauront s'adapter de façon rapide et agile.

02

Trois impératifs pour les OC : optimiser, innover et se différencier

Le marché de la complémentaire santé est aujourd'hui mature et atteint des taux de croissance faibles - de l'ordre de 1,6% entre 2015 et 2016.

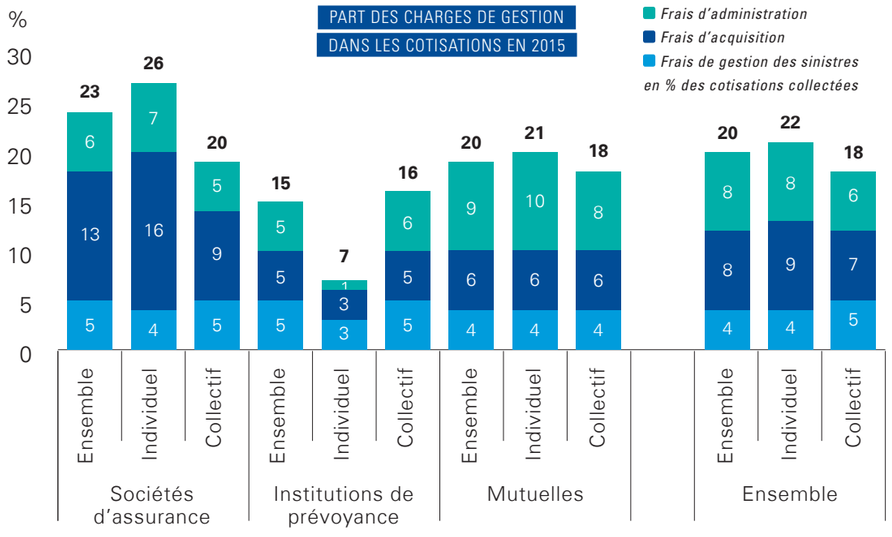
Selon notre dernière étude KPMG (KPMG's 2016 Insurance CEO Outlook), 70% des CEOs pensent que les trois prochaines années seront plus critiques pour l'industrie que les cinquante dernières.

Optimiser ses coûts

Réduire ses coûts d'acquisition tout en attirant de nouveaux clients

Le coût d'acquisition client est le montant dépensé pour transformer un prospect en client.

Selon le dernier rapport de la DRESS publiant les résultats des comptes de la santé, les frais d'acquisition sont de l'ordre de 13% des cotisations pour les sociétés d'assurances, 6% pour les mutuelles et 5% pour les institutions de prévoyance en 2015.



Source : ACPR, calculs Drees.

Ces différences s'expliquent par le fait que :

- Les assureurs accusent un retard de notoriété sur le marché de la Complémentaire Santé dans un contexte où chaque point de part de marché coûte très cher en acquisition
- Les Institutions de Prévoyance sont essentiellement positionnées sur le collectif dont le coût d'acquisition client est plus faible et n'ont donc historiquement pas une grande appétence à la publicité grand public… ce qui pourrait changer avec la fin des clauses de désignation

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Confronter son modèle d'acquisition aux meilleurs pratiques (au sein du marché assurantiel et hors marché) et identifier les axes d'amélioration
- Travailler sur l'organisation territoriale de son réseau, sur l'attractivité de ses points de vente et sur l'efficience de ses processus de distribution
- Dématérialiser et automatiser le processus de souscription
- Investir dans des outils d'analyse prédictive afin d'identifier les besoins des prospects et accroitre le taux d'équipement des clients actuels pour conserver les clients « rentables » avec une forte « *life time value* »
- Construire des partenariats avec de nouveaux distributeurs (via un modèle classique de courtage ou via l'ouverture de son système par API) pour acquérir des clients plus facilement

Maîtriser ses coûts de gestion

Selon le rapport 2016 de la DREES, les frais de gestion des sinistres s'élevaient à environ 4% des cotisations perçues pour l'ensemble des OC.

En parallèle, les frais d'administration étaient en moyenne plus élevés pour les mutuelles (9%) que pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance (respectivement 5 et 6%).

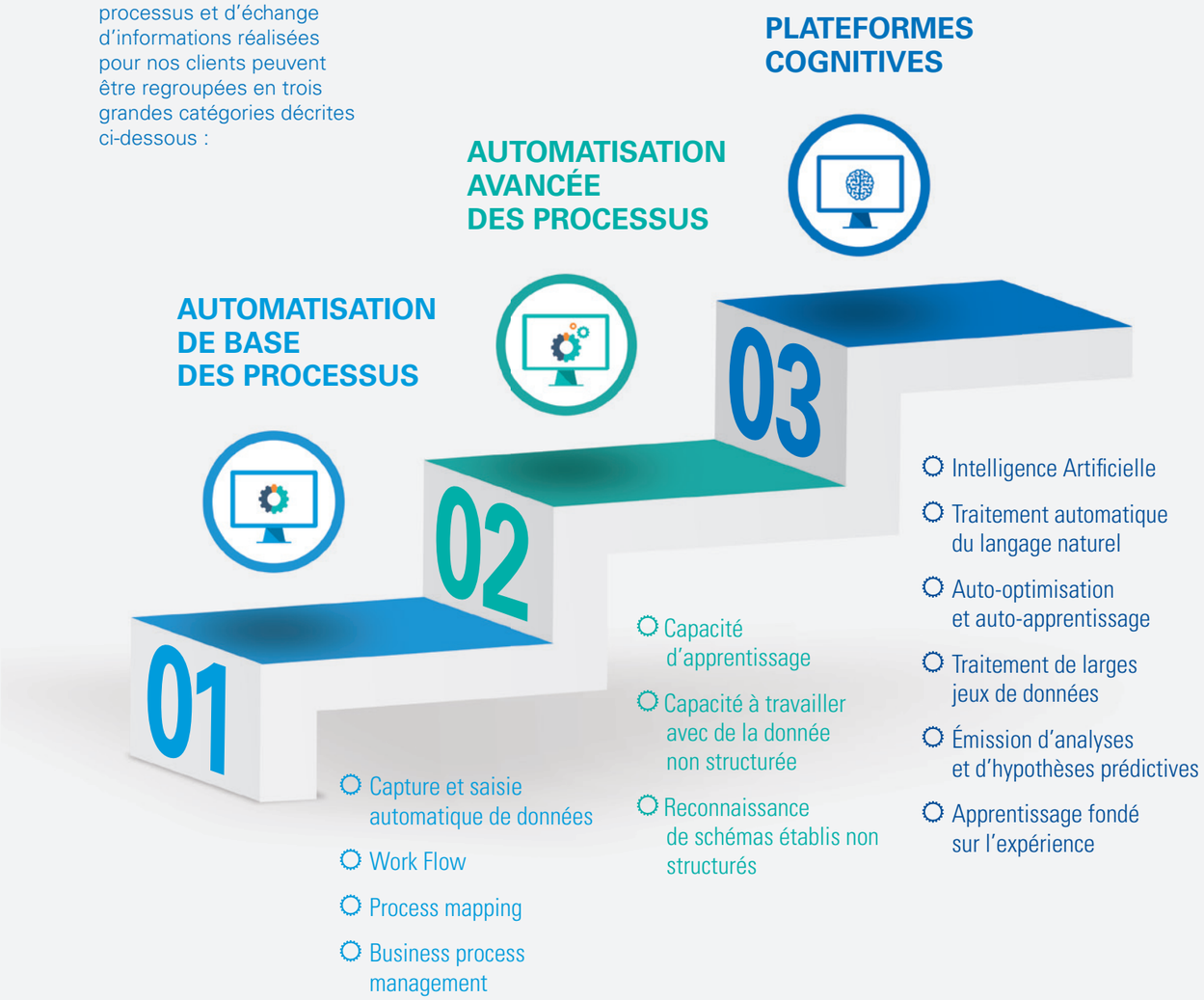
Ici c'est le phénomène inverse des coûts d'administration qui joue : les mutuelles étant historiquement positionnées sur l'individuel, l'industrialisation de la gestion a été moins rapide à mettre en œuvre que pour les Assureurs et IP dans un contexte où l'externalisation a longtemps constitué un sujet tabou.

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Confronter son modèle de gestion aux meilleures pratiques du marché et identifier les axes d'amélioration
- Intégrer une logique de lean management dans la redéfinition des processus de gestion
- Identifier les processus automatisables (sur la partie liquidation notamment)
- Identifier ce qui peut être dématérialisé… et non-matérialisé
- Externaliser / rationnaliser l'externalisation de sa gestion (gestion du Tiers Payant et Hors Tiers Payant)… ou ré-internaliser certaines activités

FOCUS SUR LES DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS D'AUTOMATISATION ACTIVABLES EN ASSURANCE :

Chez KPMG, les missions d'automatisation de processus et d'échange d'informations réalisées pour nos clients peuvent être regroupées en trois grandes catégories décrites ci-dessous :



Innover pour se différencier

En complément des travaux susceptibles de préserver voire d'améliorer leur rentabilité, les OC doivent trouver des leviers de différenciation.

Dès lors, investir dans de nouveaux services, de nouvelles offres et profiter des opportunités offertes par le nouvel écosystème du secteur apparaissent comme les deux grandes options à explorer en priorité.

La transition d'une logique d'offre à une logique centrée client est maintenant complètement acceptée par le marché. Les OC ont pris conscience que leur santé économique dépend de leur faculté à proposer à leurs clients des produits et des services de plus en plus personnalisés correspondant à leurs besoins et à leurs attentes réelles.

EXEMPLES DE TENDANCES FORTES :

1• La e-santé

Faire bénéficier aux patients des nouvelles technologies dans une logique de prévention et de service

La e-santé est considérée comme un moyen de passer d'une approche curative à un système préventif, voire prédictif. Elle est articulée autour de deux piliers :

La télémédecine,
qui désigne l'ensemble des pratiques médicales qu'il est possible de faire à distance grâce à l'utilisation des nouveaux moyens de télécommunications

Bien que le marché de la téléconsultation médicale soit encore émergent (une étude BVA de juin 2017 notait que seuls 3% des Français l'avaient déjà expérimentée), les annonces dans ce domaine se multiplient :

- Partenariats avec des plateformes digitales (Eovi MCD Mutuelle avec MédecinDirect)
- Partenariats avec des réseaux de soins (IMA et Santéclair)
- Proposition d'un service de visioconférence (Mutuelle Bleue et Axa Assistance)
- Installation de cabine de santé connectée dans les réseaux d'agence (Mutuelle Intériale avec la start-up H4D)
- …

La m-santé, qui consiste en l'usage de dispositifs mobiles véhiculant des données de santé, notamment dans une logique d'aide au diagnostic ou de prévention.

La m-santé est rentrée dans les mœurs depuis quelques années grâce à l'avènement des objets connectés et des applications de santé et de bien être.

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Travailler sur les parcours de soins et parcours thérapeutiques en créant de nouvelles interactions à forte valeur ajoutée pour l'assuré
- Capitaliser sur les possibilités offertes par ces technologies pour améliorer l'expérience utilisateur de ses assurés
- Mettre en place des partenariats avec différents acteurs de l'écosystème et bénéficier de leur maturité technologique dans un marché où chaque nouveau service devient très rapidement le nouveau standard attendu par les clients

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES :

Harmonie Mutuelle et IMA Protect (société d'assistance créée par Macif, Maaf et Maif) sont devenues actionnaires de la Cité des objets connectés d'Angers. Cet accélérateur d'innovations industrielles se donne pour objectif d'aider les entreprises à passer le plus vite possible de l'idée à la fabrication. Par cet intermédiaire, les OC peuvent sourcer en direct des partenaires avec qui lancer leurs expérimentations.

L'application mobile Eval'Audio, développée par Carte Blanche Partenaires, permet de sensibiliser sur la santé grâce à un test des capacités auditives. Les résultats sont donnés à titre informatif et stockés dans un historique pour permettre la comparaison entre les évaluations successives. Ils peuvent également être communiqués à un professionnel de l'audition lors d'un premier rendez-vous.

2• L'Assurance collaborative : fournir une assurance à coûts équilibrés à un groupe d'individus aux profils de risque similaires

Les OC peuvent s'inspirer du modèle d' « assurance collaborative » présent dans l'assurance dommage. Ainsi, la start-up parisienne Wecover a lancé en 2017, en partenariat avec Suravenir Assurances, une offre auto collaborative qui permet aux bons conducteurs de se regrouper pour bénéficier d'une baisse de tarif.

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Faire participer ses assurés à de la co-construction de produits ou de services assurantiels et ainsi animer un club d'ambassadeurs
- Capitaliser sur ces ambassadeurs pour des expérimentations ciblées (offres full web, utilisation de datas, etc.)
- Capitaliser sur ces ambassadeurs dans une logique de multi équipements et de promotion de la marque

EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE :

Otherwise, marque commerciale du courtier Amalfi, apporte une dimension « collaborative » aux offres qu'elle propose en permettant à des groupes de personnes d'optimiser leur consommation de soins.

3• L'Assurance comportementale : « Pay how you live »

A l'image du "*pay how you drive*" dans l'assurance auto, les OC commencent à proposer des offres adaptées à l'état de santé (dit « *pay as you live* ») et au mode de vie des assurés grâce à des objets connectés qui simplifient la récolte d'informations.

Le principe de l'assurance comportementale consiste à proposer aux assurés des avantages récompensant leur comportement (les activités physiques, les habitudes alimentaires…).

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Profiter de partenariats pour démultiplier les points de distribution
- Proposer des services individualisés à ses assurés sur la base des informations recueillies lors des différentes interactions (tant avec l'assureur qu'avec les partenaires)
- Monétiser les données des assurés dans le respect de la règlementation en vigueur (RGPD notamment)

EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE :

Générali France propose à ses clients entreprises le programme Vitality, visant à améliorer le bien-être des salariés. Le concept consiste à inciter les salariés à être acteurs de leur santé via des programmes personnalisés accessibles par smartphone et avec des récompenses à la clé.

Les membres du programme bénéficient d'une aide à l'achat d'objets connectés commercialisés par Nokia (40% sur deux objets distribués par leur partenaire technologique) et se voient offrir des bons de réduction chez leurs partenaires santé et bien-être, voire des visites médicales préventives.

Se différencier via une expérience client simplifiée, efficace et sans couture

Les acteurs de l'assurance santé sont aujourd'hui confrontés à un changement de paradigme sans précédent dans leur relation avec leurs assurés. Alors qu'auparavant l'assureur intervenait essentiellement sur deux points de contact qui créent la relation client (la souscription et la gestion du sinistre), les occasions d'interactions avec les assurés se multiplient.

Du point de vue de l'assuré, l'ensemble des interactions qu'il a avec son assureur (site Internet, email, téléphone, face à face avec différents vendeurs / chargés clientèles…) constitue son expérience client ; source « d'enchantement » chez certains, ou source « d'irritations » pour d'autres.

Pour réussir à transformer efficacement l'expérience des assurés, le prérequis essentiel est de les connaître.

Selon notre étude (KPMG's 2016 Insurance CEO Outlook), 95% des CEOs s'interrogent sur les réponses à apporter aux nouveaux usages et attentes des générations, notamment les Millennials.

L'avènement des réseaux sociaux, par exemple, a démocratisé la prise de parole avec un impact fort sur l'image des marques. Les clients ont aujourd'hui développé une relation « intime » avec leurs appareils mobiles (téléphone, tablette …) qui leur permet d'accéder à une somme d'informations considérable et d'interagir en temps réel avec les marques.

Dans un contexte où chaque nouvelle expérience est considérée comme un nouveau standard à atteindre, les consommateurs ont pris l'habitude du « sans engagement » et du « sans effort ».

Les Millennials dont le credo peut être résumé par « *What I want, When I Want, Where I want* » valorisent une expérience client simple, efficace et sans couture où la moindre insatisfaction peut conduire à une rupture immédiate.

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Investir dans la connaissance de ses assurés et de ses cibles : quelles sont leurs valeurs et leurs motivations ?
- Diagnostiquer ses parcours clients et réconcilier la voix du business et la voix du client, c'est-à-dire analyser et faire converger l'expression des besoins des collaborateurs et des assurés
- Structurer et fiabiliser la masse de données afin de personnaliser au plus juste les offres de produits et services tout en respectant les exigences des clients en termes de protection de la vie privée.

Développer et exploiter de nouveaux points de contact

Il est devenu primordial de proposer à ses assurés un niveau de service optimal sur toutes les composantes de l'expérience client, et notamment :

- Lors de la recherche d'informations sur le site internet (web et mobile)
- Lors de la demande de devis (omnicanal)
- Lors de la souscription / de son affiliation (omnicanal)
- A l'occasion de moments clés dans la vie de son contrat

Dès lors, dans un modèle d'interactions devenu omnicanal, l'espace client joue un rôle central ; il devient le cœur de l'usine de gestion et de la relation client.

Cet espace client doit traduire le degré de proximité créé entre le client et son assureur.

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Même si la souscription en ligne en assurance a doublé au cours de ces deux dernières années (source : CCM Benchmark Institut), elle ne représente que 24% en assurance santé.
- Le réflexe « agence » est donc encore bien ancré sur ce marché ; les opportunités liées à cet état de fait sont les suivants :
  - Créer de la proximité dans une optique de facilitation de la vente
  - Trouver les moyens d'incitation à l'achat (vente croisée, avantage partenaires, etc.)
  - Faire des points de vente un lieu de rencontre et de conseil à valeur ajoutée
  - Développer de nouveaux concepts d'agence intégrant des acteurs complémentaires afin de créer de véritables espaces de vie

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES :

MAIF Social Club : la Maif a ouvert un espace de vie ouvert à tous à Paris où se concentrent exposition, bibliothèque, et ateliers d'échange et de découverte avec des artistes, des entrepreneurs et start-upers. C'est un lieu qui donne une image positive et dynamique à la Maif, qui promeut la marque auprès des exposants et des partenaires et qui permet aux visiteurs de s'informer sur les produits d'assurance de la marque

Villa M : cet immeuble du Groupe Pasteur Mutualité constituera, dès 2019, un lieu dédié à la médecine de demain et à l'ensemble de ses acteurs. Ce site d'un genre nouveau de plus de 6 000 m2 a été imaginé pour la communauté du monde de la santé : praticiens, étudiants et internes, starts-ups e-santé, sociétés savantes et organisations professionnelles. Il permettra de communiquer auprès d'un grand nombre de clients et de prospects les valeurs et l'image de la marque

Faire de ses activités de gestion un facteur clé de l'expérience client

Alors que les activités de gestion ont longtemps été perçues comme un centre de coûts, la centricité client ainsi que la possibilité offerte aux assurés de communiquer via différents canaux imposent aux OC de proposer à leurs assurés une qualité d'interaction optimale.

Pour ce faire, il est indispensable que les gestionnaires bénéficient d'outils ergonomiques qui réconcilient l'ensemble des données que l'assureur détient sur l'assuré.

DES IDÉES POUR AVANCER :

- Repenser la gestion comme une activité de service client, en support du business
- Les assistants intelligents permettent de faire bénéficier aux gestionnaires d'une assistance afin de maximiser le niveau de service offert (rappel de la situation de l'assuré, des processus internes, des bonnes pratiques, identification d'opportunités commerciales, etc.)
- La maturité des technologies d'analyse de données permet aujourd'hui de mesurer en temps réel la qualité des interactions clients (en « branchant » des outils d'analyse au CRM et aux plateformes téléphoniques notamment) et donc de mettre en place des plans d'actions correctifs instantanément en cas de besoin

EXEMPLE DE BONNE PRATIQUE :

OSCAR : Même si son business model est peu reproductible en France au sens où il repose sur la transmission de données de santé entre l'assuré, les Professions et Etablissements de santé et l'assureur, la prise en charge des assurés par les équipes de gestion est sans égal. En effet, chaque assuré est suivi par une équipe dédiée à sa santé, ce qui signifie qu'à chaque contact, la personnalisation est de mise.

Dans un secteur marqué par l'évolution des attentes clients, par le besoin de personnalisation des offres et par le risque de désintermédiation d'une partie de la relation, l'expérience client est devenue une préoccupation majeure des assureurs.

Au sein de KPMG, nous avons développé notre propre indicateur de mesure de l'excellence de l'expérience client offerte par les marques.

Il repose sur **6 piliers** qui sont autant d'axes de travail à activer par les assureurs afin de transformer l'expérience client de leurs adhérents et de développer un actif différenciant.

PERSONNALISATION

Savoir faire preuve d'attention à l'égard de chacun pour créer une connexion émotionnelle individualisée et devenir le partenaire de vie du client

INTÉGRITÉ

Etre digne de confiance, renforcer et prouver l'engagement client sur tous les points de contact (au-delà des moments de vérité)

ATTENTES

S'adapter aux évolutions des attentes des assurés et prospects en termes de simplicité, d'efficacité et d'ergonomie

RÉSOLUTION DES PROBLÈMES

Accompagner rapidement et efficacement les assurés dans la résolution de leurs insatisfactions et transformer une mauvaise expérience en une expérience réconfortante

TEMPS & EFFORT

Faciliter l'accès à l'information et aux soins médicaux pour minimiser les efforts des assurés et leur offrir une expérience fluide, simple et efficace

EMPATHIE

Repositionner le client au cœur de l'organisation et comprendre les caractéristiques et circonstances dans lesquelles le client évolue afin de générer une relation durable

TRAVAILLER SUR CES PILIERS NOUS SEMBLE ÊTRE ABSOLUMENT INDISPENSABLE POUR OFFRIR UNE EXPÉRIENCE CLIENT DIFFÉRENCIANTE ET SOURCE D'ENCHANTEMENT !

03

Conclusion

L'Assurance Santé est à un tournant de son histoire

Au-delà des mouvements de rapprochements et de partenariats, de la règlementation toujours plus encadrante, de la maturité technologique de plus en plus forte des assurés et des entreprises, les Organismes Complémentaires sont avant tout confrontés au changement de paradigme du métier même de l'assureur.

D'un rôle de gestionnaire de risques, les Organismes Complémentaires doivent aujourd'hui se positionner en tant que fournisseur de services capables d'accompagner leurs assurés dans leurs parcours de vie… et plus seulement dans le contexte fermé de l'Assurance.

Dès lors, la donnée de l'assuré se positionne au cœur du système, ce qui explique le boom des start-up d'acquisition (vs les start-up de services) et les levées de fonds / valorisations que l'on observe notamment dans le métier du courtage.

Dans ce contexte, l'enjeu pour les Organismes Complémentaires n'est pas de savoir s'ils disposent de suffisamment de données sur leurs assurés mais plutôt de trouver comment les utiliser au mieux. Acquisition, traitement et monétisation de la donnée… voici, de notre point de vue, les véritables défis de demain.

Nous sommes à votre disposition pour aller plus loin sur ces différentes thématiques : n'hésitez pas à nous contacter.

KPMG vous accompagne dans votre stratégie et dans vos projets de transformation business

Les axes de notre offre Insurance Strategy & Business Transformation : de la stratégie à l'accompagnement opérationnel

DE LA STRATÉGIE … À L'ACCOMPAGNEMENT OPÉRATIONNEL

EXPÉRIENCE CLIENT

Transformer l'expérience client pour renforcer l'engagement client et développer de nouveaux avantages concurrentiels

- Entreprise orientée client
- Transformation du parcours client
- Expérience digitale
- Personnalisation & Fidélisation client

CONNAISSANCE & VALEUR CLIENT

Tirer profit d'une meilleure connaissance client pour préserver et accroître la valeur du portefeuille

- Stratégie Marketing
- Pilotage par la valeur client
- Plan de développement commercial
- Data-to-business
- Transformation de la tarification

EFFICACITÉ OPÉRATIONNELLE & RÉDUCTION DES COÛTS

Délivrer un service d'excellence et optimiser les coûts pour accroître la performance opérationnelle (minimisation de l'expense ratio)

- Stratégie d'optimisation des opérations
- Simplification & Automatisation des processus
- Externalisation & Ré-internalisation d'activités
- Performance des réseaux de distribution

NOUVEAUX LEVIERS DE CROISSANCE

Développer et concrétiser de nouvelles opportunités de profit au-delà des modèles « traditionnels »

- Positionnement stratégique
- Entrée sur de nouveaux marchés
- Deal : cession, acquisition & restructuration
- Partenariats stratégiques
- Stratégie & Gouvernance de l'Innovation
- Nouveaux besoins & Nouveaux usages

Les atouts uniques de KPMG Advisory au support de nos interventions

- **Expertises Métier Assurance**
- **Expertises Actuarielles**
- **Data & Analytics to Business**
- **Technologie & Transformation digitale**
- **Conformité réglementaire & Gestion des risques**
- **Ecosystème & étendu** (InsurTechs, Providers, Corporates)

Nos études récentes

En quelques mots

Sujets pour échange

ETUDE KPMG-AFRC : LES CHAMPIONS FRANÇAIS DE L'EXPÉRIENCE CLIENT

KPMG a mené pour la première fois en France une étude cross sectorielle sur la performance de l'expérience client.

Unique en France, elle conjugue une analyse du rôle stratégique que représente l'Expérience Client et le classement de plus de 120 marques issues de 10 secteurs.

Premier du classement, l'Assurance est très représenté avec 3 acteurs dans le Top 10 et 5 dans le Top 20.

- ENJEUX MACRO
- DÉTERMINANTS DE L'EXPÉRIENCE CLIENT
- BONNES PRATIQUES

BENCHMARK DES BACK-OFFICES EN ASSURANCE SANTÉ

KPMG a réalisé un benchmark sur les Back-Offices en Assurance Santé dans le but d'évaluer le degré de maturité des organismes complémentaires et des industriels sur leurs activités back-office.

Quatre grandes thématiques structurent cette étude : les offres de services des acteurs, leur performance opérationnelle, le suivi de l'expérience client et leur gestion des ressources humaines.

- ENJEUX MACRO & BONNES PRATIQUES
- EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE
- FUTUR DES OPÉRATIONS

ETUDE SUR LA TRANSFORMATION DES CENTRES DE LA RELATION CLIENT (CRC) EN ASSURANCE

KPMG publie une étude sur les évolutions et les nouveaux enjeux pour les CRC en Assurance.

Cette étude poursuit le double objectif de faire un état des lieux de la Performance des CRC (activités, organisation, technologies, multicanal, RH) et d'identifier les nouvelles tendances et les enjeux de transformation associés.

- ENJEUX MACRO & BONNES PRATIQUES
- EXCELLENCE OPÉRATIONNELLE
- EXPÉRIENCE CLIENT

CONTRIBUTEURS

Lucile BRAND

Xiyao YU

CONTACTS

Yann SOILLY
Senior Manager
07 76 23 99 52
ysoilly@kpmg.fr

Julien PAVILLON
Directeur
06 12 08 22 23
jpavillon@kpmg.fr

Les informations contenues dans ce document sont d'ordre général et ne sont pas destinées à traiter les particularités d'une personne ou d'une entité. Bien que nous fassions tout notre possible pour fournir des informations exactes et appropriées, nous ne pouvons garantir que ces informations seront toujours exactes à une date ultérieure. Elles ne peuvent ni ne doivent servir de support à des décisions sans validation par les professionnels ad hoc. KPMG S.A. est le membre français du réseau KPMG International constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative, une entité de droit suisse (« KPMG International »). KPMG International ne propose pas de services aux clients. Aucun cabinet membre n'a le droit d'engager KPMG International ou les autres cabinets membres vis-à-vis des tiers. KPMG International n'a le droit d'engager aucun cabinet membre.

© 2018 KPMG S.A., société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes, membre français du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative, une entité de droit suisse. Tous droits réservés. Le nom KPMG et le logo sont des marques déposées ou des marques de KPMG International. Imprimé en France.
Conception - Réalisation : Markets - OLIVER - Septembre 2018.

Crédit photos : Istock