

Cas AssureTout
Systemes d'Information
EDHEC
Printemps 2005
AM HUGUES

Objectif du cas :

Etudier la réorganisation des processus (BPR) suite à une fusion et une évolution du marché d'une entreprise d'assurance.

Introduction au vocabulaire fonctionnel de l'assurance

Introduction d'un Intranet suite à la réorganisation

Présentation du Cas

La société AssureTout est une petite société d'assurances de quatre vingt dix personnes appartenant au groupe français AYA

Nous étudierons successivement

- L'organisation générale du groupe AYA et l'histoire de la société AssureTout
- Le contexte et l'environnement
- Les produits offerts, les clients, et les résultats
- L'organisation d' "AssureTout" et ses ressources internes
- La problématique : réorganisation de processus à la fin des années 90
- Les perspectives et les finalités de la société

1. L'organisation générale du groupe AYA et l'histoire de la société AssureTout

La société AssureTout a connu au cours des années 1980 une croissance très rapide. Elle a plus que doublé ses effectifs en dix ans. Mais au milieu des années 1990, les difficultés ont commencé à apparaître liées à un marché des assurances de plus en plus ténu et à une concurrence de plus en plus vive. Par ailleurs les risques en matière d'assurances automobile ont augmenté réduisant ainsi les marges de façon drastique.

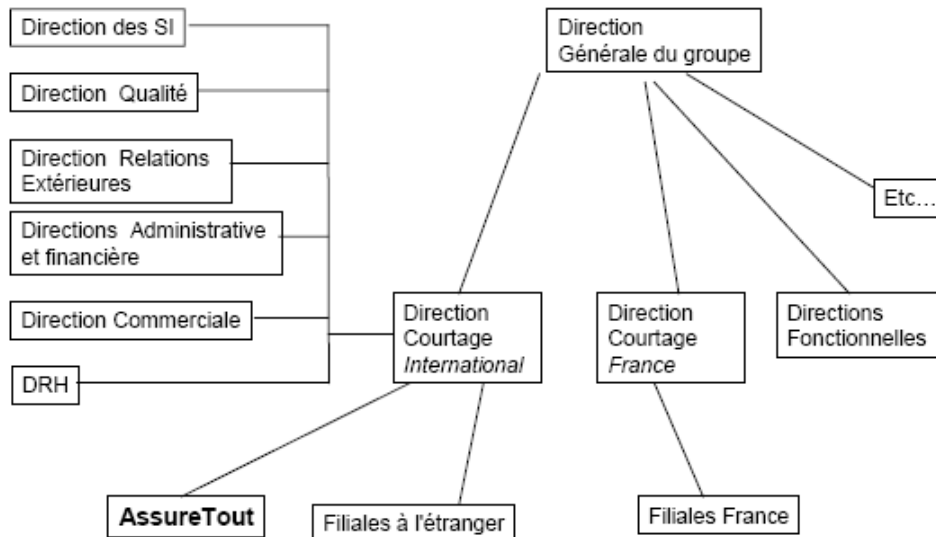
En 1996 la société a été reprise par le groupe Français des assurances

"AYA". Voici, ci-après, l'organigramme général du groupe AYA et la place de "AssureTout" au sein de celui-ci

Le groupe AYA regroupe quatre mille collaborateurs. Il comprend la Direction Générale du Groupe ainsi qu'un certain nombre de services fonctionnels qui assistent aussi les filiales du Groupe. "AssureTout" est rattaché directement à la branche du courtage international pour des raisons de bonne relations professionnelles entre son Directeur et le Directeur de AssureTout (même école, même promotion) .

La société "AssureTout" comprend un comité de Direction dit des "quatre sages". Ce comité est présidé par M. Le Prince, Directeur Général de AssureTout, Mme Lebreton, responsable des services techniques et des encaissements, G. Lenormand, chef des services techniques et commerciaux et enfin M. Albert, responsable des services fonctionnels (gestion du personnel, informatique et services généraux comme le courrier).

Organigramme partiel du groupe AYA



Ce comité rend compte directement au Directeur du Courtage International du Groupe AYA. Cela n'est pas sans poser quelques problèmes de circuits d'information et de décision avec les autres directions fonctionnelles du Groupe, notamment la direction du courtage France lors de négociations commerciales avec les courtiers. Autre exemple : quand il y a des problèmes de négociations salariales faut il en référer directement au DRH du Groupe ou bien "passer" par le DRH du courtage international qui saisira le DG du groupe avant de recourir aux compétences du DRH du groupe ? Toutefois ce comité dispose d'une assez grande autonomie de décision en matière de produits et de marchés ainsi que des moyens financiers et techniques propres.

L'image externe perçue par les clients de « AssureTout » semble a priori bonne, mais elle est largement dépendante du groupe AYA car la notoriété de AssureTout est beaucoup plus faible compte tenu de sa taille.

2. Le contexte et l'environnement

Le marché sur lequel la société "AssureTout" est implantée est principalement l'assurance Auto qui tend à progresser faiblement ces dernières années.

Les produits d'assurance auto proposés par "AssureTout" couvrent l'essentiel des besoins de la clientèle. Ils sont du reste très diversifiés (beaucoup d'avenants aux contrats types) de sorte que les possibilités d'extension semblent assez minces et hasardeuses du moins dans le cadre de la vocation actuelle de la société.

Globalement le marché de l'assurance est économiquement difficile, la concurrence est forte, les banques et les grandes surfaces pratiquent la vente directe (sans intermédiaires de courtage : "désintermédiation") elles ont une stratégie de conquête et elles se font une concurrence de plus en plus vive en matière de tarification. Dans ce contexte, les clients deviennent aussi de plus en plus exigeants et sont de moins en moins asservis.

Le devenir des petits et moyens courtiers est aléatoire, cependant il existe de véritables niches économiques viables à condition que ces compagnies soignent la qualité et les services offerts à leurs clients.

3. Les produits, les clients, les résultats

Les produits d'assurances proposés par AssureTout sont dans l'ensemble de bonne qualité mais ils sont quand même restés dans la tradition historique de l'assurance et ils ne sont pas toujours très bien placés en matière de tarifs. A la date de l'étude en 1998, le portefeuille de contrats est de plus en plus mouvementé depuis deux ans, à cause de la prolifération des avenants destinés à s'ajuster avec des demandes de plus en plus spécifiques des clients. Un autre problème plus grave apparaît sur le plan commercial, les clients ne sont pas vraiment identifiés. S'agit-il des courtiers qui sont des prescripteurs en matière de souscription de contrats et qui gèrent aussi les sinistres par délégation, mais alors comment les distinguer, selon quels critères de segmentation, selon quels profils ? Ou bien s'agit-il d'autres intermédiaires comme les experts ? Ou bien encore la compagnie doit-elle rentrer directement en contact avec les assurés individuels qui sont les clients des courtiers. Faut-il avoir une politique plus agressive vis-à-vis de nouveaux prospects ?

La question qui revient fréquemment chez "AssureTout" est la suivante : Qui sont nos clients et quels clients devons nous avoir dans les prochaines années ? Cette situation est mal vécue par l'ensemble des collaborateurs de la société qui ne voit pas très bien la cohérence des stratégies actuelles de sa Direction.

Les produits d'assurances auto (individuels et groupes) sont perçus comme étant de bonne qualité par les courtiers. Toutefois ces derniers se plaignent de devoir manipuler beaucoup trop de papiers en provenance de "AssureTout" (tarifs, règlements, liste des garanties, polices distinctes,...) alors que la concurrence (les autres "grands" du marché) a déjà mis à la disposition des courtiers des progiciels qui assistent et facilitent les relations d'affaires avec leurs clients. Cela est très apprécié par la profession et exerce un dynamisme commercial non négligeable pour la compagnie qui a mis ces progiciels à la disposition de ses courtiers. Les clients, sont de plus en plus mécontents des services rendus compte tenu des retards pris dans le remboursement des sinistres. " Au mois trois mois pour recevoir un chèque", dit-on dans les couloirs de "AssureTout". Mais fait plus grave, la compagnie exerce des demandes réitérées auprès de ses clients individuels (différents des courtiers) pour obtenir l'intégralité du paiement des primes, alors qu'ils ont déjà versé la totalité de celles-ci à leurs courtiers. En effet quelques uns d'entre eux n'effectuent qu'un versement partiel des primes à la compagnie. L'entreprise dépense donc beaucoup d'énergie et de temps en vaines recherches auprès de ses courtiers et clients. Et en faisant cela elle s'attire les mécontentements des uns et des autres. Du reste depuis un certain temps, les lettres de clients mécontents arrivent plus fréquemment sur le bureau du Directeur Général, ce qui est significatif d'un malaise général. Les résultats s'en ressentent donc. Voici un tableau résumé des Performances de l'entreprise sur les cinq derniers exercices

	1994	1995	1996	1997	1998
Chiffre d'Affaires (en K F)	210000	155000	165000	168000	175000
Nbre total de courtiers	500	430	420	410	450
Nbre de courtiers CA > 1000KF	110	70	71	72	60
Nombre de contrats souscrits	110000	75000	80000	87500	100000
Nombre de polices	300	300	350	400	500
Nombre de salariés	150	100	92	91	90
Nombre de dossiers de sinistres	30000	20000	16000	22000	38000
Délais de remboursement (mois)	1	1,5	1,2	1,6	2,9
Nombre de réclamations client	1600	1200	1000	1050	1800
Dossiers sinistres avec erreurs	2400	2200	2300	2500	4800
Résultats financiers (en K.F)	-31500	-5000	4000	20	-17000

Le tableau ci dessus fait apparaître plusieurs événements et faits significatifs. Le passage de l'exercice 1994 à 1995 est représentatif du rachat du "AssureTout" par le groupe français AYA. L'entreprise subit alors une forte restructuration du personnel (-50 salariés). Seul l'exercice 1996 est vraiment bénéficiaire.

En 1998 on observe que le chiffre d'affaires stagne, mais que le nombre de grands clients ou courtiers s'accroît. Cependant on constate que le nombre de courtiers réalisant un chiffre d'affaires au dessus de la barre des 1000 KF décroît aussi fortement. En effet suite à une volonté de s'aligner sur les tarifs des mutuelles concurrentes, la Direction Générale a décidé de casser les prix. Le nombre de contrats souscrits s'élève alors nettement, mais par contre la valeur moyenne du chiffre d'affaires par contrat diminue significativement. La structure de la clientèle change et il faut faire beaucoup d'avenants aux différents contrats pour satisfaire des clients individuels plus exigeants et plus spécifiques.

La connaissance des courtiers actuels est bien trop faible. Certes il existe bien une liste globale des clients avec leur chiffre d'affaires correspondant mais il n'y a pas de fichier client par nature de produits, par zone géographique, par risque, etc.(sauf peut être pour les soixante plus gros courtiers. La force commerciale de la compagnie se réduit à quelques inspecteurs commerciaux et assistants qui visitent quand ils le peuvent les courtiers ou de nouveaux prospects. Ainsi on constate que de larges territoires sont

encore inexploités d'un point de vue commercial. D'autre part la société est devenue beaucoup plus laxiste en matière de risque client et cela se sait rapidement chez les courtiers. On en vient à attirer un nouveau type de clients jugés totalement indésirables par la Direction. Les sinistres déclarés fleurissent et dégradent rapidement la marge de "AssureTout". Ainsi les demandes de Souscription et surtout de règlements des sinistres embouteillent littéralement le Service Courrier et par propagation tous les autres services.

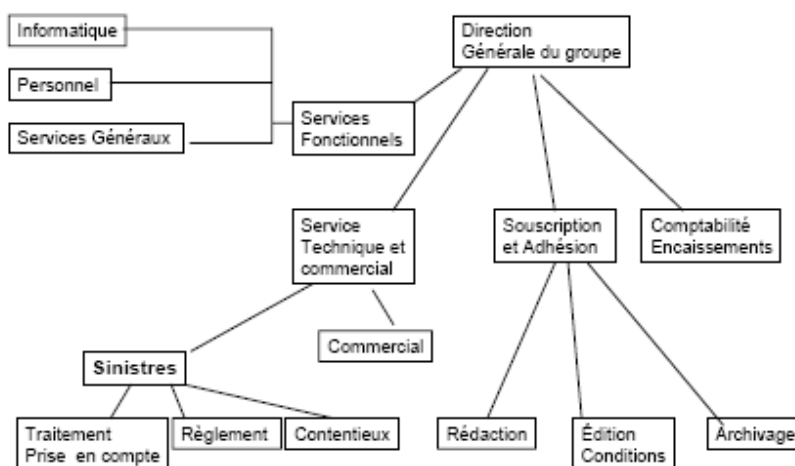
Les délais de traitement et surtout de règlement des sinistres s'allongent, de nombreuses lettres de réclamation et demandes d'information parviennent en plus grand nombre à la compagnie.

On comprend alors pourquoi l'exercice 1998 se traduit par une perte financière très alarmiste.

4. L'organisation de AssureTout et ses ressources internes

AssureTout comprend quatre vingt dix personnes. L'organigramme simplifié qui suit, présente l'indépendance et l'articulation des grands services et sections

Organigramme partiel d'AssureTout



Le personnel de la société comprend de bons collaborateurs pour la plupart très compétents techniquement mais peu dynamiques. Ils sont surtout très attachés à leur métier, du reste le turn over est très faible. L'âge moyen est jeune (environ trente quatre ans). L'état d'esprit s'est un peu dégradé au cours des dernières années, suite d'une part à la restructuration du personnel qui est encore présente dans tous les esprits mais aussi à cause de rétrécissement des perspectives de carrière et surtout de la stagnation des salaires. L'attachement au métier s'exprime par une très grande satisfaction à corriger les erreurs dans les dossiers retournés. "Les erreurs c'est notre métier" entend t-on parfois dans les couloirs ! Les tâches sont spécialisées et répétitives et même très routinières. L'encadrement intermédiaire est constitué par des cadres avant une bonne compétence technique ; mais ils ne sont pas de bons managers d'équipe ; ils contrôlent plus qu'ils ne pilotent.

5. La problématique

La société reçoit de plus en plus de demandes de remboursement de sinistres. Ces demandes s'accumulent au service courrier et dans une pièce attenante appelée "bocal". Les clients individuels ou particuliers sont de moins en moins satisfaits des services rendus et plus de cinquante pour cent du temps des collaborateurs sont passés à répondre aux interrogations des clients et à communiquer avec la comptabilité, les services fonctionnels et les courtiers d'assurance. Il existe par ailleurs une mauvaise circulation de l'information horizontale qui génère des problèmes de coordination entre les services et une dispersion des efforts. « Il y a trop d'intervenants pour un même client » dit-on en haut lieu. Le moral de l'équipe chargée du règlement des sinistres et d'une manière générale celui de toute l'entreprise est à la baisse et la charge de travail s'accroît chaque mois. Plusieurs clients individuels ont même menacé de ne pas renouveler leur contrat. Les courtiers sont eux aussi bien embarrassés car ils sont en première ligne avec leurs clients et ils ne comprennent pas pourquoi les délais de règlement sont aussi longs (presque trois mois entre le moment où le dossier sinistre est envoyé à la compagnie et l'envoi du chèque correspondant). Les ventes ont commencé à baisser dès la fin de l'année 1998 et la Direction Générale voit le chiffre d'affaires stagner alors que les frais généraux se maintiennent à un niveau préoccupant. Il y a, par ailleurs une carence dans les forces de vente, car il y a finalement peu de commerciaux. En outre le portefeuille de produits d'assurances devient de plus en plus hétéroclite (beaucoup d'avenants) parce que l'on avait pris le parti de satisfaire à tout prix toutes les demandes de la clientèle et de faire du "sur mesure". Enfin on s'est aperçu que la politique de bas tarifs a eu un effet contre-intuitif puisque la valeur moyenne des primes a chuté et que les risques se sont accrus en contre partie. Le responsable des services fonctionnels, M. Albert, pense que l'informatisation du secteur "règlement sinistre" désengorgerait les encours de dossier mais aussi aurait un effet positif sur la communication transversale et verticale avec les autres services de l'entreprise. L'interconnexion par un réseau permettrait d'avoir une information complète sur le client mais aussi de la mettre à la disposition des courtiers et des experts. Il s'agit d'une réponse technique à un problème de partage de l'information. Actuellement il est difficile, à un moment donné, d'avoir toutes les informations sur un dossier sinistre du fait des encours de dossiers. Cependant ce nouveau système informatique ne pourrait être réellement opérationnel que dans un an et demi !!! faut donc trouver, en priorité, dans l'organisation des axes d'amélioration et des gisements d'efficacité .

6. Les perspectives et les finalités

Les relations avec les courtiers, souvent très bonnes sur le plan personnel, sont ambiguës car ces derniers se plaignent des nombreuses tâches administratives qui normalement devraient incomber de plein droit à "AssureTout". On entend dire que ces activités sans valeur ajoutée pour leur métier viennent fortement entamer leur "commission de 16%". Ces tâches correspondent bien souvent à des consultations de formulaires, listes, classeurs de polices, de procédures sous forme papier. Ainsi les courtiers deviennent de plus en plus exigeants sur la rapidité de traitement, la qualité des dossiers et des services et aussi sur le volume de papiers qu'ils manipulent. Du reste la dépendance de la compagnie est assez importante vis à vis des très gros courtiers. En 1998 les risques ont progressé plus, vite que ceux de la profession.

En effet ceci est le résultat d'une politique de bas tarifs et de l'ouverture des marchés à des clients individuels à haut risque. Il semble en conséquence que le "AssureTout" a tout intérêt à relever ses tarifs et surtout à pratiquer une politique forte en matière de qualité (meilleure information des clients, des délais plus courts de liquidation des dossiers, une meilleure intégration des services tournant autour des sinistres, etc... Elle doit aussi s'efforcer de clarifier sa cible clientèle (courtiers, clients individuels). Faute de quoi, le relèvement des tarifs serait une pure chimère.

Par ailleurs ce futur projet devrait permettre une meilleure intégration et communication des services entre eux. Enfin la compagnie espère bien rétablir l'équilibre financier et même retrouver, dans les deux ans, sa rentabilité financière fixée à 8% du chiffre d'affaires. Mais il semble que pour y arriver, l'entreprise doit dégager les charges improductives et les reporter sur les activités à forte valeur ajoutée. Il s'agit donc de lancer un projet de réorganisation à coût constant sans qu'une nouvelle fois cela entraîne une restructuration du personnel qui nuirait à la motivation. Toutefois AssureTout tient beaucoup à conserver son indépendance au sein du groupe dont elle fait partie.

Questions :

Analyse de l'existant :

1 Identifiez **les processus à forte valeur ajoutée pour le client**, c'est à dire ceux qui sont importants aux yeux du client.

2 On cherche à réaliser une **revue stratégique** afin d'établir le schéma directeur de la réorganisation et de réaliser une étude de faisabilité du nouveau système d'information.

On rappelle que pour dégager une stratégie il faut analyser

L'environnement de la société : c'est à dire les éléments extérieurs à l'entreprise : les clients, les marchés, la profession, la conjoncture économique... Cette réflexion débouche sur la mise en évidence des **opportunités** à saisir et des menaces à contrecarrer pour l'entreprise.

Le potentiel de la compagnie : c'est à dire les éléments internes de l'entreprise : les hommes, les structures, les produits et les services. etc. Cette réflexion aboutit à mettre en évidence des **points forts et des points faibles / carences** de l'entreprise.

Les finalités : C'est à dire l'expression volontariste des vocations de l'entreprise.

Ces trois analyses étant faites, en regroupant les opportunités et les menaces de l'environnement avec les forces et les carences du potentiel, le groupe doit s'attacher à définir des stratégies. Ces stratégies étant élaborées, il reste à vérifier leur cohérence

- avec les finalités, d'une part
 - avec les moyens financiers et techniques de l'entreprise d'autre part
- pour ne retenir, finalement que celles qui sont cohérentes

Pratiquement on élabore un tableau à double entrée :

	ENVIRONNEMENT					
POTENTIEL	OPPORTUNITES			MENACES		
	O1	O2	O3	M1	M2	M3
FORCES						
F1	++			--		
F2						
Carences						
C1						
C2						

Pour remplir cette matrice, il faut se poser les questions suivantes :

- Il existe une opportunité O1 ainsi définie. Quelles sont nos forces Fi qui permettent de la saisir ? Quelles sont les carences Cj qui nous empêchent de la saisir ?

Selon le degré d'unanimité des réponses de votre groupe. On obtient pour chaque case

Force particulièrement adaptée à l'opportunité ++

Force adaptée pour saisir l'opportunité+

Carence grave interdisant l'opportunité --

Carence rendant l'opportunité difficile à saisir –

- Il existe une menace M1 ainsi définie. Quelles sont nos forces Fi permettant d'y pallier (réponse +) Quelles sont les faiblesses qui aggravent cette menace (réponse -)?

3 Définissez les stratégies qui vous semblent adaptées à "AssureTout".

2ème.Partie du cas : Réorganisation

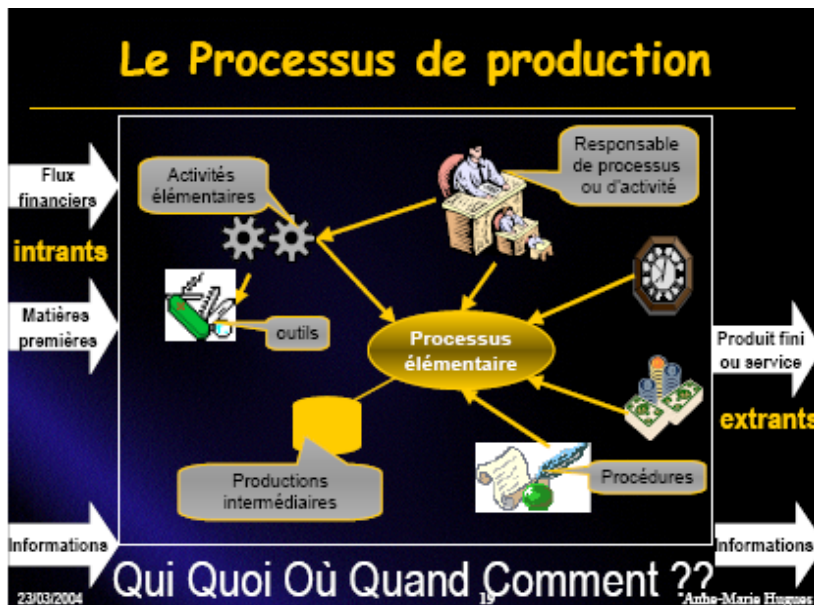
La réorganisation des processus passe par une identification des services attendus par le client. On doit ensuite repérer les processus élémentaires contribuant aux services attendus, identifier ceux qui sont porteurs de valeur ajoutée aux yeux du client, et les distinguer des ceux qui sont uniquement là comme processus de soutien.

La réorganisation tendra à réduire les processus de soutien voire à les éliminer pour s'intéresser uniquement aux « processus métier » contribuant à l'action de service. La réorganisation se fera autour de ces processus métier.

On décide de pratiquer une opération pilote sur la réorganisation du **processus du règlement des sinistres**. Si celle-ci s'avère concluante alors on pourra, peut être, procéder à une extension de l'étude (modélisation et réorganisation) sur les autres processus de la compagnie (opération tâche d'huile).

Quelques rappels du cours

Le processus de règlements des sinistres est un des processus élémentaires du métier de l'assurance et vraisemblablement celui qui a le plus de valeur ajoutée aux yeux du client (c'est pourquoi il sert de processus pilote). Il peut être analysé à la lumière du schéma vu en cours, reproduit ci dessous.



On précise le processus actuel et on vous demande donc de le simplifier

La totalité du courrier reçu est de plus en plus volumineux (environ 2000 lettres par jour). Lorsque celui-ci arrive chez AssureTout, le service chargé du courrier l'entrepose d'abord dans une petite pièce appelée "bocal" puis au bout de deux à quatre jours, le courrier fait l'objet d'un premier tri basé sur les en-têtes de lettres (les services : souscription ou adhésion, technique et commercial, comptabilité et encaissement, fonctionnels, Direction Générale).

Au bout d'une journée le courrier technique et commercial est acheminé à ce service. Des collaborateurs trient à nouveau le courrier après l'avoir ouvert et entassent les dossiers de demande de remboursement de sinistres sur une table de trois mètres sur neuf. Il n'est pas rare que les demandes, traînent quatre semaines sur la table !

Les rédacteurs techniques travaillent durement et aussitôt qu'ils ont fini le traitement d'un lot de prestations, ils vont retirer au hasard (sans tenir compte de la date d'antériorité des dossiers) un nouveau lot de demandes. Ils sont continuellement interrompus dans leur travail par des clients mécontents qui appellent régulièrement pour savoir où en est le traitement de leur dossier et quand ils recevront leur remboursement. Déterminer si la demande a été traitée ou est en voie de traitement (en cours) ou bien est encore sur la "table" requiert beaucoup de patience et de temps.

Lorsqu'on ne retrouve pas une demande, on suppose qu'elle est dans la pile de lettres et on informe le client qu'il recevra un courrier ou son chèque dans quelques semaines. En fait rien ne se passe et le client finit par rappeler un mois plus tard et reçoit à nouveau la même réponse, ce qui provoque des lettres de réclamation très désagréables !

Lorsque les rédacteurs évaluent un dossier, ils doivent faire une première vérification des pièces justificatives requises, comme par exemple le constat d'accident, le rapport de l'expert, le contrôle des droits établis par le courtier, l'estimation chiffrée des préjudices... Puis ils doivent consulter des dossiers (papier) qui contiennent les spécifications des polices et avenants à celles-ci décrivant les droits des clients. Il existe environ cinq cents polices distinctes. Le système informatique interactif actuel leur

permet de valider les exigences de l'assuré et son droit au remboursement du sinistre. En fait il s'agit de codifier les données puis de les saisir sur le fichier des assurés. Une fiche informatique de données est alors systématiquement éditée à chaque saisie d'un sinistre. Le temps quotidien d'un rédacteur qui instruit les dossiers se décompose ainsi :

- Ramasser les lots de dossiers sur la table, environ une heure par jour.
- Vérifier l'existence des pièces jointes (une heure quotidiennement) et aller consulter les dossiers contenant les polices qui se trouvent à l'étage, environ encore une bonne heure par jour.
- Récupérer l'historique des demandes de remboursement de sinistres dans des dossiers physiques entreposés au sous-sol de l'édifice afin d'éviter les cas de double paiement et aussi détecter les fraudes possibles, environ deux heures par jour.
- Codifier les données pour la validation informatique (valider l'exigence de l'assuré et son droit au remboursement prend par une heure par jour sur le terminal environ).
- Répondre aux demandes des clients et effectuer des recherches de courriers ou de dossiers, à peu près deux heures par jour. Mais ce temps dans certains cas peut être facilement doublé, tout dépend de la période concernée. Evidemment si ce temps s'allonge, les opérations administratives sont moins nombreuses et les encours de dossiers s'accroissent.

Lorsque toutes les vérifications ont été effectuées, un autre rédacteur technique est chargé d'établir les demandes de paiement. Pour cela il recalcule à la main, le montant du sinistre (car ce travail a déjà été fait par le courtier et l'expert), il pointe systématiquement tous les éléments caractérisant la demande de sinistre avec les données, figurant sur la fiche informatique.

Il n'est pas rare de détecter des erreurs (calculs erronés dans le règlement des sinistres, une ou plusieurs codifications inexactes, etc.) Douze pour cent des dossiers sont alors retournés soit au courtier, soit au rédacteur qui a effectué la saisie. Si tout est conforme, il remplit alors une demande de paiement et retranscrit minutieusement les principales caractéristiques du règlement sur un gros bouquin noir, appelé "GBN", qui permet d'enregistrer la date de demande du paiement pour répondre à d'éventuels renseignements, l'ensemble de ce travail représente environ dix à quinze minutes par prestation traitée. La demande de paiement est ensuite regroupée avec d'autres et au bout de deux à trois jours le lot est alors acheminé au service comptabilité. La demande de prestation est alors de mise de côté pour trois à cinq jours jusqu'à ce que le chèque soit imprimé par la comptabilité. Lorsque les chèques retournent au service technique, les collaborateurs exercent un dernier contrôle en vérifiant les montants. Il est beaucoup plus rare de rencontrer des erreurs dans les montants, mais cela arrive encore. Puis il y a une autre saisie sur le terminal correspondant au montant du règlement. Une nouvelle fiche informatique complétée des données financières est alors éditée pour chaque dossier client. Toutes les corrections, qui impliquent un retour des dossiers vers "l'amont" des circuits, entraînent un allongement des délais de deux à trois semaines. Dès le retour des documents corrigés, on procède à de nouvelles vérifications et à l'établissement de nouveaux chèques. Enfin quand tout est conforme, les collaborateurs mettent dans une grande enveloppe interne les chèques, en y joignant un exemplaire de la fiche informatique actualisée plus d'autres documents pertinents pour le client (avis techniques, relances, nouvelles conditions, informations financières. etc.). Chaque

enveloppe est adressée au responsable du service technique qui examine rapidement chaque dossier et signe la lettre d'accompagnement et le chèque. Comme il est souvent retenu par des réunions à l'extérieur, cela peut entraîner un blocage des dossiers de règlement pendant encore trois à cinq jours. En moyenne le responsable du service passe trois minutes par dossier, mais heureusement il se fait souvent aider par ses deux adjoints. Tout de même, il se plaint que tout ce travail lui prend presque la moitié de son temps. Enfin quand tout est signé, chaque enveloppe est retournée au rédacteur technique qui a préparé le dossier. Ce dernier met alors sous enveloppe le chèque, la lettre d'accompagnement et les informations diverses après avoir pris soin de retirer évidemment la fiche informatique de données. En fin de processus, les collaborateurs retournent au sous-sol pour classer les demandes traitées par numéro de police de l'assuré. Lorsque des courtiers ou des clients individuels ont des questions spécifiques sur un dossier ou un paiement effectué, les rédacteurs peuvent accéder à ces dossiers.

Questions

1/ Définissez le périmètre du processus de règlement des sinistres : quels sont les acteurs impliqués, les entrées et les services et produits fournis par le processus ? Quels sont les actes porteurs de valeur ajoutée perçus par le client, quels sont les critères de performance à ses yeux ?

2/ Repérer la nature des tâches et activités réalisées. Identifier les durées passées résultant en une valeur ajoutée pour le client et les autres.

3/ En fonction des stratégies et objectifs déclinés précédemment, re-concevez le processus en faisant d'abord apparaître les symptômes et les maladies du processus métier défectueux. Proposer une nouvelle organisation cible basée sur un processus efficace vis à vis des clients et de la Direction Générale. Quelle architecture des systèmes de soutien envisagez-vous ? Comment comptez vous rendre opérationnel le nouveau processus? Décrivez votre démarche de mise en oeuvre, quels seraient les obstacles rencontrés ?

On rappelle un des principes fondamentaux de la réorganisation de processus : des **clients identifiés** et que l'on "dématérialise" en **services et actions souhaitées**, tirent les processus métier et toute l'organisation de l'entreprise. Jusqu'à présent, AssureTout a plutôt joué au mode pousse avec le client, celui-ci est asservi par les règles de fonctionnement de la compagnie, il les subit à ses yeux.