

light up

#7
OCT 2023

L'ACTUALITÉ DE LA TRANSFORMATION
ET DE L'INNOVATION ASSURANCE



Ce magazine respecte les
bonnes pratiques éditoriales
d'accessibilité numérique.

**INSURANCE
& FINANCIAL
SERVICES**
BY HARDIS GROUP

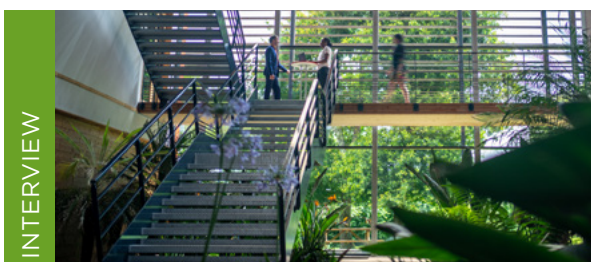
sommaire



Coopengo : le challenger qui monte

RODOLPHE HENRY
FONDATEUR

3



ASSIA : l'innovation au service du mid market assurance

MATHIEU GOZARD
DIRECTEUR GÉNÉRAL

6



Le 100% santé : la réforme en constante évolution pour la santé des français

JÉRÔME PIERRE & CAMILLE MARTINE
CONSULTANTS ASSURANCE HARDIS GROUP

9



Apidata : un écosystème complet pour maîtriser les données

CHRISTOPHE BURLLOT & MICHEL RAMOS
CO-FONDATEURS

12



Jaji : La néo-mutuelle à l'approche sociale et mutualiste

QUENTIN SAUVEE
CO-FONDATEUR ET CEO

15

Coopengo

le challenger qui monte

RODOLPHE HENRY FONDATEUR



FICHE D'IDENTITÉ

NOMBRE DE COLLABORATEURS

48

DATE DE CRÉATION

2012

IMPLANTATIONS

Paris et Bordeaux

PRINCIPAUX INVESTISSEURS

Tous les actionnaires sont actifs dans la structure

CHIFFRE D'AFFAIRES 2022

4,5M€

RAISON D'ÊTRE

Devenir la référence de modélisation logicielle de l'Assurance

CLIENTÈLE

2 millions de personnes protégées gérées sur Coog

Pouvez-vous nous présenter Coopengo et la solution Coog ?

Coopengo est l'éditeur de la solution open source Coog.

Notre logiciel gère tout le cycle de vie des contrats d'assurance de personnes individuelle et collective (prévoyance dont l'emprunteur et la santé), depuis la tarification jusqu'aux sinistres.

Coog est entièrement développé en nouvelles technologies, construit autour d'un moteur de règles et un moteur de processus puissant pour le rendre ultra-flexible et entièrement APIsé. La solution est proposée à nos clients en infrastructure Cloud basée en France et certifiée Hébergement de Données de Santé (HDS) sur les 6 niveaux.

Pourquoi avoir fait le choix de l'open source et en quoi cela vous distingue des autres acteurs du marché ?

Le métier de l'assurance est un des plus complexes au monde ! Développer un nouveau logiciel en partant des couches techniques, en modélisant le métier dans toute sa richesse puis en le maintenant dans le temps, a fortiori sur les aspects réglementaires, demande des investissements très importants.

La meilleure illustration de cette barrière à l'entrée est que nous demeurons, onze ans après notre création, le dernier entrant en date sur le marché français des progiciels de gestion assurance...

Ce qui nous distingue des autres acteurs, c'est d'abord la vitesse. En optant pour l'open source nous nous sommes appuyés sur ce qui était déjà existant et maintenu, aussi bien sur les couches techniques (langage, base de données, sécurité...) que sur les mécanismes métiers (contrat, client, commission, devis, etc.). Ne pas réinventer la roue nous a permis de développer rapidement Coog sur trois métiers (Prévoyance, Emprunteur et Santé) tandis que certains concurrents, présents pourtant depuis plus longtemps que nous, n'en gèrent convenablement qu'un ou deux.

Qui sont vos principaux clients : qui sont-ils ? Et en quoi Coog a répondu à leurs besoins ?

Nos 24 clients ont un point commun : ils sont gestionnaires de contrats et/ou de sinistres en assurance de personnes. Ils sont aussi bien porteurs de risques, courtiers ou encore gestionnaires pour compte. Nous avons ainsi parmi les utilisateurs de Coog des mutuelles (Mgéfi, GIE Innovations Santé...), des courtiers (Santiane, Repam...) une banque (la BFM), une IP (Uniprévoyance) ou encore un gestionnaire pour compte (Noveocare), mais impossible de les citer tous !

Nous demeurons, onze ans après notre création, le dernier entrant en date sur le marché français des progiciels de gestion assurance....

Chacun d'entre eux avait des besoins différents mais c'est justement la force de Coog. Son degré très élevé de paramétrage lui a permis de répondre à chacun de leurs besoins tout en restant au maximum dans le standard du produit puisque tous nos clients utilisent le même logiciel.

Quelle est votre roadmap stratégique dans les prochains mois/prochaines années pour Coog (évolutions, nouvelles fonctionnalités, nouvelles lignes métier, nouveau réglementaire) ?

D'un point de vue fonctionnel, au-delà de tous les sujets sur lesquels nous avançons en parallèle, le grand chantier actuel est celui du Collectif. Nous menons en ce moment un projet très important chez Uniprévoyance qui vise à finaliser les briques adhésions et cotisations collectives, avec une mise en production prévue dans quelques mois.

Si nous mettons autant de cœur à l'ouvrage sur ce projet, c'est non seulement en raison de la réforme actuelle de la Protection Sociale Complémentaire (PSC) mais aussi parce que nous pensons que la philosophie de Coog se marie parfaitement avec les exigences de flexibilité des contrats collectifs qui, comme chacun sait, regorgent de spécificités. Faire de la dentelle sans faire du spécifique et tout en restant dans le standard d'un logiciel, voici un challenge que nous avons très envie de relever !

Afin de soutenir votre croissance, quels sont vos partenariats technologiques et business actuels et futurs ?

Nos meilleurs partenaires sont nos clients puisque c'est intrinsèque à notre modèle. En effet, la licence du logiciel est gratuite mais en contrepartie, la roadmap produit est financée par les projets successifs de nos clients.

Ainsi, tout nouveau client qui souhaite faire partie de la communauté Coog bénéficie des développements déjà réalisés. À son tour, il pourra s'il le souhaite financer de nouvelles améliorations qui bénéficieront à l'ensemble de la communauté.

Il est entendu et compris par nos clients que ce qui est mis en commun relève de mécanismes assurance classiques et non différenciants car utilisés par tous. En revanche, les secrets de fabrication que sont par exemple les tarifs, les analyses de risque, les calculs de commissions et bien d'autres sont eux gérés au niveau des

paramétrages, ces derniers restant la propriété exclusive de chacun de nos clients.

Afin d'aider nos clients à intégrer Coog dans leur écosystème, nous travaillons activement avec des cabinets de conseil spécialisés. Ces derniers permettent un apport d'expertise sur les projets qui est fort utile et même une condition de succès d'après notre expérience. Nous travaillons également avec des intégrateurs afin de construire une offre commune de service nous permettant de faire levier sur leur force de frappe.

Le monde de l'assurance est en plein bouleversement, d'un point de vue réglementaire notamment. Comment Coopengo a prévu d'y répondre ? Quels seront les impacts pour vous ?

Sur la partie réglementaire cross-secteurs (au-delà même de l'assurance) nous sommes beaucoup aidés par notre modèle open source. En effet, la communauté de notre framework est très active et travaille sur ces sujets bien souvent en amont. Par exemple sur le RGPD, nous avons été le premier éditeur sur le marché à proposer des fonctionnalités natives dans Coog autour de la protection des données. Autre exemple, le SEPA également qui est une norme évoluant régulièrement : là aussi nous profitons de ce qui est déjà très bien fait par ailleurs pour rester toujours à la page.

En ce qui concerne le réglementaire assurance, nous travaillons de concert avec nos clients et allons même leur proposer très bientôt une offre sur la base d'une souscription de type all-inclusive.





La technologie est une question structurante pour Coopengo. Quelles technologies étudiez-vous pour continuer à innover dans Coog (IA...) ?

Notre métier, ce que nous savons faire, c'est gérer des contrats et des sinistres. Si les nouvelles technologies peuvent nous aider à nous améliorer et rendre un meilleur service là où nous sommes attendus par nos clients, alors nous n'allons pas nous gêner pour investir et nous améliorer. Par exemple, nous avons des équipes dédiées sur les sujets tels que les API ou le SaaS qui sont des sujets intimement liés à notre logiciel.

Pour les autres sujets que nous estimons connexes et nécessitant des compétences bien particulières, nous aurons davantage tendance à nous connecter avec des spécialistes du secteur tout en leur garantissant que notre logiciel saura leur communiquer les informations dont ils ont besoin pour s'alimenter.

Quelle est votre politique numérique responsable pour la solution Coog et comment impacte-t-elle la politique RSE de vos clients (accessibilité, choix du langage de programmation, choix des composants, éco-conception...) ?

Par la simplification des processus de gestion ou encore par la réduction du papier, notre logiciel contribue naturellement à la réduction de

l'empreinte carbone de nos clients. Ceci ne veut pas dire que nous ne pouvons pas faire mieux !

Nous avons donc travaillé sur notre politique RSE et notamment sur la consommation en CPU. Sur ce sujet, notre équipe Performances travaille d'arrache-pied pour rendre le logiciel toujours plus efficace.

Ainsi, Coog a été comparé en 2021 aux 7 autres logiciels références du marché dans le cadre de l'Observatoire de la qualité des Progiciels du secteur Assurance & Protection sociale réalisé par CAST et TNP Consultants. En termes de Sobriété Numérique, nous avons hérité de la première place parmi les 8 solutions évaluées !

En tant qu'éditeur de progiciel de gestion, quel est l'enjeu majeur auquel vous allez être confronté dans les prochaines années ?

D'une entreprise d'à peine 10 personnes il y a 5 ans, nous sommes maintenant près de 50. Plus tout à fait une start-up, nous nous définissons davantage comme une scale-up. Nos enjeux se situent principalement autour de la croissance avec tout ce qu'implique cette dernière en matière d'exécution, d'organisation et d'esprit. Nous nous devons, vis-à-vis de nos clients, de continuer à les servir et à leur garantir satisfaction.

C'est un chantier passionnant et un nouveau défi que nous relevons bien volontiers ! ■

ASSIA

L'innovation au service du mid market assurance

MATHIEU GOZARD DIRECTEUR GÉNÉRAL

Pouvez-vous nous présenter ASSIA et l'histoire de l'entreprise ?

ASSIA est une entreprise spécialisée dans les solutions et services pour les métiers de la santé et de l'assurance. Son histoire remonte à bientôt 50 ans, lorsqu'en 1975 un groupe de mutuelles bretonnes a décidé de mutualiser un certain nombre de moyens, notamment dans le domaine des systèmes d'information. Cela a conduit à la création de l'UTM (Union Technique Mutualiste) du Centre Informatique des Mutuelles, appelé le CIMUT, puis à la constitution d'un GIE mutualiste du même nom à la fin des années 90.

Il y a un an, nous avons revu et modernisé notre plateforme de marque avec le nom ASSIA, qui a remplacé plusieurs marques. Cette simplification de notre offre permet une meilleure lisibilité de nos activités.

ASSIA se compose de plusieurs structures juridiques. Nous proposons un certain nombre de produits et services aux adhérents de l'UTM et aux acteurs du marché de l'assurance.

Il est important de noter que nous sommes une entreprise de l'économie sociale et solidaire, ce qui signifie que nous n'avons pas d'actionnaires traditionnels ni de capital réparti. Les adhérents de l'UTM jouent un rôle central dans notre gouvernance, avec une participation active lors des assemblées générales et l'élection d'un conseil d'administration dont ils sont les représentants.

En résumé, ASSIA est une entreprise dynamique qui a su s'adapter aux besoins d'un marché concurrentiel tout en maintenant ses valeurs mutualistes.

Quelle est l'activité d'ASSIA et le portefeuille de solutions ?

ASSIA est un éditeur et agrégateur de produits et services en mode SaaS (Software as a Service), spécialisé dans le secteur de l'assurance de personnes. Notre solution phare, ASSIA PSA, est une plateforme modulaire et sécurisée à destination des complémentaires santé de taille intermédiaire. Nous proposons un système d'information urbanisé qui couvre tous les besoins de gestion, de vente, de pilotage opérationnel et financier d'un assureur, d'un courtier ou d'un délégataire de gestion santé.

En cumulant nos propres briques métiers développées en interne et notre rôle d'agrégateur, nous permettons à nos



FICHE D'IDENTITÉ

ANNÉE CRÉATION

1975

NOMBRE DE COLLABORATEURS

80

IMPLANTATIONS

QUIMPER (SIÈGE), PARIS,
MARSEILLE

CHIFFRE D'AFFAIRES 2022

12 M€

CLIENTÈLE

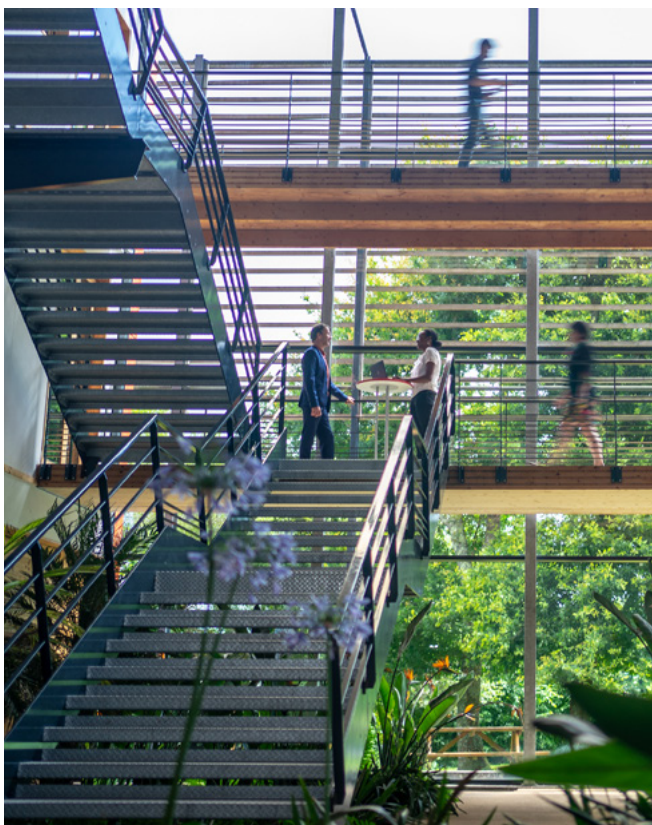
LES SOLUTIONS ASSIA COUVRENT
EN TOUT 4 MILLIONS DE
PERSONNES PROTÉGÉES

adhérents de bénéficier d'un point d'entrée unique pour la gestion de leur système d'information tout en bénéficiant des meilleures solutions du marché. Par exemple, pour la comptabilité technique, nous avons intégré à notre package une interface vers Sage. Nos clients n'ont donc pas besoin de faire une installation particulière ou d'obtenir des licences, cela fait partie de notre solution. Ceci est également valable pour le CRM ou le décisionnel.

Nous sommes également opérateur et concentrateur de flux de santé. Nous opérons les flux d'environ deux millions de personnes protégées.

Nous avons aussi une solution de souscription dématérialisée qui permet la vente en ligne de contrats individuels ou collectifs, en allant jusqu'à la signature électronique, voir jusqu'à la

À la fois éditeur, agrégateur de produits et services, hébergeur et concentrateur de flux santé, ASSIA est donc un partenaire majeur de la transformation des acteurs de la protection sociale qui fournit des solutions complètes et adaptées aux complémentaires santé de taille intermédiaire.



mise en gestion pour les clients utilisant déjà notre plateforme ASSIA PSA. Environ 500 000 personnes protégées bénéficient de ce service.

Et afin de toujours répondre au mieux aux besoins du marché, nous avons récemment acquis Stream-Techs, une structure spécialisée dans la gestion des recours contre tiers. Ce service, rebaptisé «ASSIA Gestion des Recours» couvre actuellement près de deux millions de personnes protégées. Cette acquisition nous permet non seulement de développer notre base, via une logique de cross-selling, mais également de pénétrer le marché du service, que l'on souhaite développer.

À la fois éditeur, agrégateur de produits et services, hébergeur et concentrateur de flux santé, ASSIA est donc un partenaire majeur de la transformation des acteurs de la protection sociale qui fournit des solutions complètes et adaptées aux complémentaires santé de taille intermédiaire.

Qui sont vos principaux clients ?

Ce sont principalement des structures de taille petite à intermédiaire, dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire. Cela inclut des mutuelles, des mutuelles d'assurance, des courtiers et des institutions de prévoyance. Notre plateforme ASSIA PSA est spécifiquement conçue pour répondre à leurs besoins.

La concentration sur le marché des mutuelles a été très marquée ces dernières années. Nous sommes passés de plusieurs milliers de mutuelles au début des années 2000 à seulement quelques centaines aujourd'hui. Cependant, il y a aujourd'hui un écart type plus élevé entre les structures mutualistes.

La concentration n'est sûrement pas terminée et certains acteurs ou éditeurs pensent qu'elle va continuer, conduisant à la disparition des structures de taille intermédiaire.

Pour notre part, nous pensons que de nombreuses mutuelles resteront indépendantes et nous sommes convaincus que notre plateforme ASSIA PSA est la meilleure réponse à leurs besoins en matière de fonctionnalités, de coûts, de conformité et de sécurité.

Nous avons justement sorti un livre blanc qui traite de ces enjeux et de la façon dont notre approche vise à soutenir l'indépendance des structures.

Qui sont vos principaux concurrents ?

Nous n'avons pas vraiment de concurrents directs sur notre segment de marché proposant une intégralité de produits et services

comparables aux nôtres, et c'est ce qui fait notre force ! Les plus gros éditeurs ont leur stratégie tournée vers les grand-comptes, et les plus petits éditeurs font face à des contraintes de conformité et de coûts qui menacent leur pérennité. Notre positionnement est différent.

Comment pilotez-vous l'intégration des évolutions réglementaires dans vos solutions ?

Tout d'abord, en tant qu'UTM, nous sommes adhérents à différentes fédérations, notamment la FNMF, la FNIM et la FDP. Ces adhésions nous donnent un accès direct à l'information concernant les évolutions réglementaires et nous place dans une position privilégiée pour anticiper et intégrer ces changements dans nos solutions. Notre proximité avec les fédérations nous permet d'être informés en temps réel des nouvelles directives et des exigences réglementaires spécifiques à notre secteur.

Ensuite, notre mode de fonctionnement, hérité de notre ADN mutualiste, nous pousse à travailler en étroite collaboration avec nos adhérents et clients. Nous organisons de nombreux groupes de travail et d'échanges avec eux, favorisant ainsi des réflexions communes sur les enjeux réglementaires. Ces groupes de travail couvrent une vaste gamme de sujets, allant des questions spécifiques de conformité aux problématiques plus générales du secteur de l'assurance. La contribution active de nos clients dans ces discussions nous aide à mieux appréhender leurs besoins et à adapter nos solutions en conséquence.

En complément de ces approches différenciantes, nous avons également mis en place les dispositifs habituels de veille réglementaire que tout éditeur se doit d'avoir. Cela nous permet d'être attentifs aux évolutions du cadre légal et réglementaire qui peuvent impacter nos clients.

Notre approche globale de la conformité est également renforcée par notre certification ISO 27001 pour le management de la sécurité du système d'information. Étant à la fois agrégateurs, éditeurs et hébergeurs, nous sommes en mesure de couvrir l'ensemble des aspects de la sécurité depuis la conception jusqu'à l'exploitation des chaînes de traitement. Cette couverture complète est un gage de sécurité pour nos développements et rassure nos clients quant à la protection de leurs données.

Enfin, notre engagement continu en matière de conformité nous pousse à viser la certification ISAE 3402 en 2024. Cette certification nous permettra de proposer un pacte de conformité à nos clients, en associant nos obligations à celles de nos adhérents en matière de contrôle des fournisseurs critiques. En mettant à leur disposition un référentiel structuré

d'obligations, de procédures et de preuves d'exécution, nous souhaitons accompagner nos clients dans leur démarche de conformité, et leur fournir toutes les informations nécessaires pour répondre aux exigences réglementaires.

En résumé, notre approche pour intégrer les évolutions réglementaires dans nos solutions repose sur une combinaison d'avantages uniques : notre statut d'UTM avec un accès direct à l'information, notre mode de fonctionnement en collaboration étroite avec nos clients et notre veille réglementaire active. Nous avons à cœur d'assurer la conformité de nos solutions et d'accompagner nos clients dans un environnement réglementaire en constante évolution.

Notre objectif est d'apporter des réponses lorsque la taille critique est un enjeu.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur votre roadmap ?

Au-delà des évolutions réglementaires nous continuons d'investir sur notre produit cœur de métier afin de le rendre plus souple, plus ouvert et plus productif, afin de répondre à la demande de notre segment de marché. Nous travaillons beaucoup sur l'automatisation possible de tâches et l'apport de l'intelligence artificielle.

Concernant les autres briques logicielles, notre stratégie repose sur une approche Best-of-Breed, qui consiste à choisir les meilleures solutions dans leur catégorie et les adapter, plutôt que de réinventer des briques standard, l'ensemble étant parfaitement intégré dans notre plateforme de services.

En complément de l'évolution continue de notre produit, nous développons une stratégie de services visant à éviter et recouvrer les prestations ou sinistres que les organismes complémentaires n'ont pas à supporter. Recours contre tiers, lutte contre la fraude, indus, représentent des enjeux financiers importants pour lesquels notre réponse repose sur la mise en place de process d'identification et de gestion via des ressources expertes et dédiées à ces activités.

Nous visons à élargir la cible de notre portefeuille de produits et services, en particulier pour les développements que nous avons réalisés et qui sont déjà intégrés dans notre plateforme, en les proposant non seulement à nos adhérents actuels, mais également à un éventail plus large de structures. Notre objectif est d'apporter des réponses lorsque la taille critique est un enjeu. ■

Le 100% santé

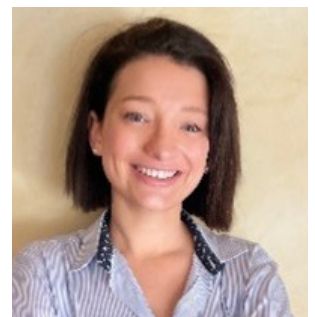
la réforme en constante évolution pour la santé des français

JÉRÔME PIERRE CONSULTANT SENIOR ASSURANCE HARDIS GROUP
CAMILLE MARTINE CONSULTANTE ASSURANCE HARDIS GROUP

UN PEU DE CONTEXTE

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la réforme 100 % Santé est en place. L'objectif de cette réforme est de **faciliter l'accès aux soins en limitant le reste à charge sur les postes optique, dentaire et audition**, après remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire et les complémentaires santé.

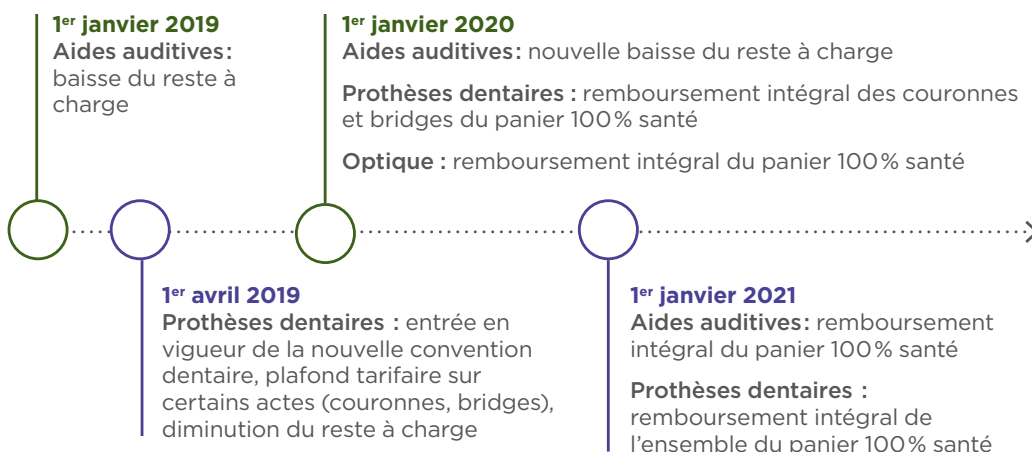
Cette réforme s'adresse à toutes les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé responsable **permettant un large choix d'équipements et de soins sans reste à charge**.



ZOOM SUR LE 100% SANTÉ

A partir du 1^{er} janvier 2019, plusieurs phases ont été opérées sur les 3 postes concernés (optique, dentaire et appareils auditifs) pour mettre en œuvre progressivement la réforme du 100% santé avec notamment la création de panier de soins sans reste à charge, la mise en place de prix limite de vente et la création de nouveaux actes SS dédiés.

LES PHASES DE LA RÉFORME*



*Source : Commission des affaires sociales du Sénat

2 ANS APRÈS LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME 100% SANTÉ, QUEL PREMIER BILAN PEUT-ÊTRE ÉMIS ?

D'après la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), le bilan est contrasté. En fin 2021, la réforme peinait à être reconnue par les Français (voir encart ci-contre).

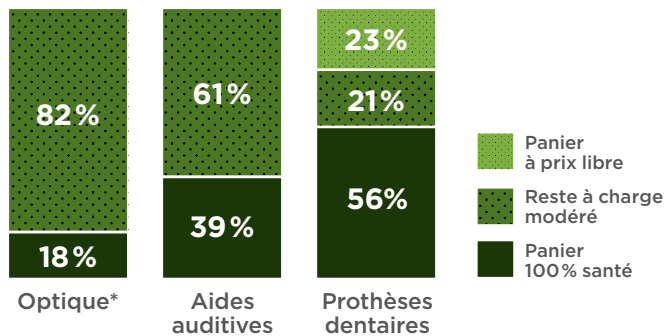
CHIFFRES-CLÉS

53%
des Français
déclarent avoir
entendu parler du
panier 100% santé

61%
des personnes
très préoccupées
par la santé
et 65% des Français
en mauvaise santé
connaissent cette
réforme

+11 pts
de progression
de cette
connaissance
en un an

RÉSULTATS CONTRASTÉS DÉBUT 2022 EN FONCTION DES POSTES



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les chiffres de la CNAM

* Pour l'optique, équipements contenant un élément au moins du panier 100 % santé (verres et/ou monture).

La réforme a été un franc succès en audio et en dentaire, peu couverts par la Sécurité sociale.

Plus d'une prothèse dentaire sur 2 (56%) a pu être réalisée via le panier 100% Santé soit avec zéro reste à charge.

Le bilan est aussi encourageant en audio où le panier A sans reste à charge représente près de 40% des équipements auditifs.

CHIFFRES-CLÉS

29%

c'est la diminution du reste à charge dans le secteur dentaire

40%

c'est la diminution du reste à charge dans le secteur des aides auditives

POURQUOI LE SECTEUR DE L'OPTIQUE EST CELUI QUI A LE MOINS MARCHÉ AVEC LA RÉFORME 100% SANTÉ ?

Cependant, la réforme a moins bien marché en optique où le reste à charge moyen est passé de 19% à 26% entre 2019 et 2021 (verres + monture).

Contrairement au secteur dentaire et de l'audio, les équipements en optique constituent pour beaucoup un accessoire de mode où la marque des montures a une réelle importance. Ainsi les assurés ont majoritairement privilégié un panachage de paniers avec des verres 100% remboursés et des montures avec reste à charge.

Certains observateurs notent que tous les opticiens n'ont pas forcément joué le jeu en ne présentant pas systématiquement l'alternative des équipements du panier de soins du 100% Santé.

QUELLE EST LA SUITE DE LA RÉFORME 100% SANTÉ ?

En janvier dernier, François Braun, ancien ministre de la Santé et de la Prévention avait souhaité poursuivre la réforme du 100% Santé en proposant plusieurs orientations :

- Augmenter le niveau de qualité des équipements du panier A des audioprothèses
- En dentaire, intégrer l'orthodontie dans le 100% Santé
- Réévaluer les prix limites de vente fixés
- Étendre la réforme du 100% Santé à d'autres postes notamment les prothèses capillaires et les fauteuils roulants

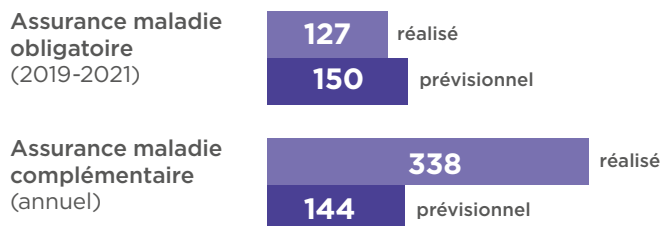
Les discussions avec les différentes parties prenantes ont été ralenties suite au manquement ministériel du 20 juillet 2023. Il appartient désormais à Aurélien Rousseau, nouveau ministre de la Santé et de la prévention, de reprendre en main ces sujets.



UN TRANSFERT DE CHARGES DE L'ASSURANCE MALADIE VERS LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ?

On ne peut pas parler de la réforme du 100% Santé sans évoquer le sujet sensible du transfert de charges de la sécurité sociale vers les complémentaires.

DÉPENSES SUPPLÉMENTAIRES PRÉVISIONNELLES ET RÉALISÉES POUR 100% SANTÉ (EN M€)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les chiffres recueillis par la Cour des comptes

À la suite des trois premières années de 100% Santé, les dépenses de l'AMO se sont avérées inférieures aux prévisions ; les dépenses supplémentaires étaient estimées à 150 M€ sur la période 2019-2021, mais le surcoût est de 127 M€ seulement.

En revanche, sur la même période, les organismes complémentaires font état de dépenses dépassant largement les prévisions : 338 M€ contre les 144 M€ estimés. Cela s'explique notamment par des économies en optique sensiblement inférieures à celles anticipées.

Le 15 juin dernier, le nouveau projet de transfert de charges a été dévoilé par le ministre de la Santé et de la Prévention. Alors que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 mettait en avant un transfert de charges de 300 M€, il atteindra finalement 500M€.

Ce transfert concerne dès le 1^{er} octobre les actes dentaires avec une augmentation de 10% du ticket modérateur. S'en suivra la revalorisation de 1,50 € sur les consultations médicales au 1^{er} novembre prochain puis la revalorisation des soins de kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens.

Les fédérations de complémentaires santé et l'Unocam se sont élevées contre cette annonce estimant que les conséquences risquent d'être plus importantes que prévu sur l'équilibre des organismes complémentaires et devraient inévitablement peser sur le niveau des cotisations. ■



Apidata

un écosystème complet pour maîtriser les données

CHRISTOPHE BURLLOT CO-FONDATEUR ET DIRECTEUR GÉNÉRAL
MICHEL RAMOS CO-FONDATEUR ET DIRECTEUR TECHNIQUE



Christophe BURLLOT (à gauche) et Michel RAMOS (à droite)

Avec 240 Mds€ de primes en 2022, le marché de l'assurance en France est l'un des premiers marchés européens. Depuis maintenant dix ans, Apidata propose aux sociétés d'assurance (Compagnies, Institutions de prévoyance et mutuelle) un système d'information innovant et performant pour les aider à répondre aux exigences financières et réglementaires qui s'imposent à elles.



La solution APIDATA pour tirer la croissance vers le haut : un système Middle Office performant redondant et ultra sécurisé.

Pouvez-vous nous présenter la solution Apidata ?

Nous proposons une plateforme de services 100% dédiée à la gestion des processus et des données des portefeuilles santé et prévoyance confiés notamment en délégation en gestion par les compagnies d'assurance.

La solution développée a pour ambition de proposer aux assureurs un écosystème de services pour traiter ce qui est appelé le Middle Office Assurances, en charge de la remontée des opérations, de leur contrôle et de leur qualification pour permettre aux services techniques de piloter et maîtriser leurs engagements. Cette dernière va bien au-delà des offres d'autres acteurs dédiés uniquement au reporting ou à de la consolidation de données, puisque nous alimentons automatiquement les outils de comptabilisation et de pilotage des risques.

Nos choix technologiques et notre volonté de développer un écosystème basé sur une gouvernance internalisée font aujourd'hui leurs preuves tant sur le plan réglementaire que sur le plan commercial.

Nous parlons d'un écosystème souverain car il garantit le respect et la sécurité des données de nos clients, mais aussi la maîtrise qu'ils ont de leurs propres données. Ce système a été élaboré sur la base d'une mutualisation des solutions techniques afin de nous permettre de proposer nos services à des coûts adaptés à toutes les tailles de nos clients assureurs.

FICHE D'IDENTITÉ

ANNÉE DE CRÉATION
2013

NOMBRE DE COLLABORATEURS
10

CHIFFRE D'AFFAIRES 2022
1,7 M€

PRINCIPAUX CLIENTS
CNP, GGvie, KLESIA, VyV, AESIO, Identités Mutuelle



Au cœur du système assurantiel, la plateforme fournit des services connexes aux exigences du marché de l'assurance indépendants des modèles métier. Elle propose également différents modules (Analytics, comptabilité analytique, suivi des comptes de délégation, Ficovie, etc.). L'objectif est d'exonérer les outils de gestion des contraintes de reporting spécialisé pour un assureur, afin de piloter de manière rigoureuse un portefeuille et garantir une homogénéité entre les modes de gestion des portefeuilles (interne ou externe).

Apidata est un écosystème constitué d'un data center HDS (données sécurisées) d'un data center Services (une infrastructure déclinée par services et cloisonnée par client) et de multiples modules métiers. L'ensemble est capable de gérer d'énormes volumes d'informations. Cet écosystème est ouvert aux applications de nos clients ou d'autres éditeurs et est conçu pour répondre aux montées en charge sans nuire aux performances et à la sécurité.

L'industrialisation et l'automatisation des fonctions de middle office vont devenir primordiales pour s'adapter dans les meilleures conditions à ce niveau d'exigence réglementaire et technique (solvabilité 2, RGPD, DORA..), d'où le choix délibéré pris par Apidata d'y consacrer la totalité de de son activité.

Que mettez-vous en œuvre pour vous protéger de la menace cyber ?

En premier lieu, l'exigence de nos clients nous conduit à proposer un niveau de sécurité de très haut niveau car nous sommes également hébergeurs des données de nos clients.

En cas de cyberattaque, dans un premier lieu le système reste fiable car les données ne sont pas exposées sur le web. Il s'agit en effet d'un cloud privé. Nous sommes hébergés chez un opérateur disposant des services de protection permettant de réagir instantanément aux risques de cyberattaque. L'avantage d'un système hyperconvergé comme celui d'Apidata est que les réseaux sont privés par nature et non accessibles de l'extérieur. Pour information et en second lieu l'écosystème dispose de 3 niveaux de firewall permettant de garantir l'étanchéité du système.

Les assureurs sont très soucieux de l'exposition de leurs données : en tant que sous-traitant critique nous devons être des plus vigilants sur ce sujet.

Le traitement des données sensibles de grands groupes d'assurance tels que GROUPAMA ou CNP s'opère en mode SaaS avec un hébergement et une conservation des données ; ce qui oblige à développer un niveau de sécurisation au moins équivalent voire supérieur à ce qui est exigé aujourd'hui, d'où notamment un environnement HDS pour les datas.

Par ailleurs, bien que les données traitées ne sont pas aussi sensibles que des données de paiement ou d'encaissement, nous veillons à accorder des habilitations de haut niveau à nos clients.

Enfin, il est vrai que la digitalisation à grande échelle a entraîné de nouvelles menaces en matière de cybersécurité, ce qui nous oblige à être préparés à faire face à toute menace venant de l'extérieur.

L'écosystème APIDATA est basé sur un cloud privé à gouvernance internalisée dont les autorisations d'accès sont délivrées par l'éditeur afin d'accéder au système.

Compte tenu des volumes importants de données traitées par la solution (données détaillées des primes, sinistres, prestations et contrats), de l'automatisation des flux qu'ils soient normés (PRDG) ou non normés, et du nombre de contrôles exercés, la qualité de l'infrastructure de l'écosystème est majeure.

Elle nous permet de garantir à la fois les éléments de sécurisation (la performance d'accès indépendamment des volumes, ce qui est appelé «la scalabilité»), la capacité de développer de nouveaux modules fonctionnels métiers voire d'étendre l'écosystème aux outils de tous nos clients, éléments clés aujourd'hui pour assurer la pérennité des solutions proposées par Apidata.

En quelques clics, les clients ont une parfaite maîtrise de l'exploitation de leurs données, le client reste plein propriétaire de sa donnée et de son utilisation.

Quelles mesures prendre face aux nouvelles réglementations EU ?

Nous nous sommes interrogés sur la mise en œuvre de la nouvelle réglementation européenne Dora, en tant que partenaire technologique et fournisseur applicatif très proche des assureurs. Nous avons voulu savoir comment ils comptaient s'engager dans ce nouveau modèle et y faire face.

Sur le plan contractuel, Apidata reçoit chaque année de nombreux questionnaires de sécurité et/ou de conformité. Il peut s'agir par exemple des questionnaires RGPD qui visent à les positionner en matière de risques.

En synthèse, pour bien prendre en compte ces enjeux, inhérents au positionnement sur le middle office, les services proposés par Apidata doivent être en capacité d'accompagner les fonctions clés d'une structure d'assurance que sont l'actuariat, le contrôle interne, la gestion des risques et la conformité dans l'exercice de leurs responsabilités.

À titre d'illustration, un communiqué de presse du Conseil de L'UE du 17 juin 2022 confirmait que ce dernier a arrêté sa position sur les modifications à apporter à la directive Solvabilité II concernant la certification des bilans prudentiels. Une part importante du rapport sur la solvabilité et la situation financière devrait faire l'objet d'un audit afin

de garantir que les informations communiquées au public soient les plus exactes possible.

Apidata vise ainsi la certification «ISAE 3402» à la rentrée, pour éviter de nombreux audits ainsi que d'autres certifications nécessaires qui permettront à l'entreprise de maintenir ses partenariats et sa position de leader.

Afin de répondre au mieux aux évolutions réglementaires, Apidata agit à deux niveaux. En premier lieu, en développant en interne ses ressources managériales en matière de communication et de sécurisation. Ensuite, en déployant autant que faire se peut, le rapport de confiance que nous avons avec nos clients. Ce qui permettra de répondre dans le temps à un planning admissible au mieux à ces nouvelles exigences. ■

En quelques clics, les clients ont une parfaite maîtrise de l'exploitation de leurs données, le client reste plein propriétaire de sa donnée et de son utilisation.



Jaji

La néo-mutuelle à l'approche sociale et mutualiste

QUENTIN SAUVÉE CO-FONDATEUR & CEO

Comment est venue l'idée de créer Jaji ? Quel est votre business model ?

Jaji est née de mon expérience dans le domaine de la protection sociale en tant que consultant et directeur de projet. J'ai en effet travaillé sur des projets de transformation stratégique, d'intégration de mutuelles et de fusions, tant au niveau organisationnel qu'informatique. Cela m'a permis de constater les défis auxquels le marché des mutuelles est confronté dans sa transformation numérique. Les organisations de protection sociale, mutuelles et assureurs, sont en effet souvent complexes à faire évoluer en raison de leurs outils obsolètes et difficiles à mettre à jour. Cela a suscité l'envie de reconstruire une mutuelle en revenant à ses principes fondamentaux, tels qu'énoncés dans l'article 1 du code de la mutualité, en mettant l'accent sur l'impact social et sociétal, en intégrant des valeurs sociales et en misant sur le digital et la relation client.

Nous avons donc construit une mutuelle à partir de zéro, bénéficiant des accélérateurs disponibles sur le marché en termes de méthodes agiles et de technologies.

Jaji est donc un projet entrepreneurial, soutenu par le groupe Klesia. En quelques mois seulement, cette idée s'est transformée en un investissement visant à reconstruire une mutuelle de A à Z, couvrant la distribution, la relation client et la gestion des opérations back office.

Quel premier bilan tirez-vous après un peu plus de 2 ans d'existence ?

Nous dressons un bilan positif de nos réalisations car nous avons réussi à construire à partir d'une feuille blanche, une plateforme métier fonctionnelle en un temps relativement court, couvrant l'ensemble du processus de distribution et de gestion des contrats de complémentaire santé. Cette plateforme a été mise en production au deuxième trimestre 2022, marquant le lancement officiel de notre activité de distribution en juillet de la même année.

Depuis le lancement de la distribution, nous avons constitué un premier portefeuille d'entreprises, en ciblant principalement les TPE/PME avec des contrats collectifs standards. Bien que ce portefeuille soit encore modeste, il a permis de consolider notre plateforme, qui continue d'évoluer vers une plateforme industrielle.

Notre plateforme a été conçue pour être utilisée en marque blanche. Nous sommes actuellement en version



FICHE D'IDENTITÉ

ANNÉE DE CRÉATION
2020

NOMBRE DE COLLABORATEURS
55

PRINCIPAL INVESTISSEUR
KLESIA

“ Nous avons donc construit une mutuelle à partir de zéro, bénéficiant des accélérateurs disponibles sur le marché en termes de méthodes agiles et de technologies. ”

bêta sur ce sujet avec un premier client mutuelle en santé individuelle.

Ces réalisations ouvrent des perspectives prometteuses pour l'avenir de Jaji. Nous visons à constituer un portefeuille d'environ 3000 entreprises clientes en santé d'ici 2025. De plus, nous avons pour ambition d'atteindre plus d'un million d'utilisateurs sur la plateforme au cours des cinq prochaines années.

Notre objectif est double : développer la Mutuelle Jaji sur son marché et développer notre offre de service en plateforme marque blanche pour d'autres porteurs de risque.

En résumé, notre bilan après ces deux premières années est encourageant, offrant de belles perspectives pour accélérer notre développement en santé, et lancer la prévoyance à partir de l'année prochaine.

Vous vous êtes positionnés sur 3 offres CCN en particulier (Syntec, Publicité, Expert-comptable) : pourquoi ce choix ?

Nous avons délibérément choisi ces trois conventions collectives pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en tant qu'acteur de la protection sociale, nous souhaitons nous aligner sur une approche affinitaire qui garantit la conformité avec les exigences conventionnelles, plutôt que d'opter pour une approche interprofessionnelle. C'était une décision stratégique de notre part de choisir les CCN Syntec et Publicité, en raison de leur réceptivité à une approche moderne et digitale de la complémentaire santé. De plus, ces deux secteurs offrent une bonne profondeur de marché, ce qui nous permet de démarrer et d'éprouver notre proposition de valeur, et ce malgré une intensité concurrentielle très forte. Dès le début de notre démarche, nous avons eu la chance de travailler en étroite

collaboration avec plus d'une cinquantaine de représentants de cet écosystème, tant du côté des employeurs que des salariés. Leurs attentes et leurs retours d'expérience ont nourri notre réflexion et nos orientations de construction.

Quant à la CCN Expert-comptable, nous considérons qu'il s'agit également d'un partenaire intéressant. Nous souhaitons d'abord les équiper avec une complémentaire santé plus moderne, mais nous travaillons également à développer une solution dédiée pour cette profession. Cette solution ne se limitera pas à l'offre assurantielle, mais sera liée à une plateforme digitale qui leur permettra de simplifier de nombreux aspects de leur activité sur le champ de la protection sociale mais également autour de la paie et de l'administration du personnel.

Quels sont vos enjeux stratégiques majeurs et vos perspectives de développement ?

En tant que jeune entreprise, notre enjeu stratégique majeur est de concevoir une plateforme industrielle permettant de supporter un large éventail de gammes de produits en Santé et Prévoyance afin de pouvoir adresser le plus grand nombre de conventions collectives. Nous visons également à proposer des offres spécifiques aux TNS. Notre partenariat avec Klesia se concentre actuellement sur une collaboration industrielle, mais nous avons l'ambition de proposer notre plateforme à d'autres acteurs de la protection sociale pour participer à la modernisation du secteur mutualiste. Nous étudions d'autres opportunités et prévoyons de collaborer avec de nouveaux partenaires d'ici 2025. Notre feuille de route vise à s'industrialiser suffisamment pour répondre à une approche multi clients.



Comment se répartissent vos activités entre vos 2 sites (Paris et Rennes) ?

Nous avons un site à Paris, notre siège social, et un site à Rennes qui a ouvert en janvier. Actuellement, le site de Rennes compte 5 personnes, mais nous avons pour objectif de le développer dans les prochains mois. Nous souhaitons renforcer les relations clients et créer une complémentarité entre les compétences des deux sites. Nous recrutons actuellement des postes d'ingénieurs informatiques à Rennes, ce qui est nouveau pour nous. Cette répartition géographique reflète également notre approche mutualiste, en nous ancrant dans les territoires et en évitant de nous concentrer uniquement sur Paris. Rennes a été choisie en raison de son dynamisme économique, de son bassin d'emploi favorable. De plus, la proximité géographique avec Paris facilite la collaboration entre les deux sites. L'écosystème rennais est réceptif à notre proposition de valeur et la Bretagne est connue pour son soutien à l'économie sociale et solidaire.

Qu'est-ce qui distingue Jaji des autres acteurs sur le marché de la Santé Collective ?

Ce qui nous distingue sur notre marché c'est l'approche industrielle de notre plateforme mais également notre engagement mutualiste revisité. Contrairement à d'autres nouveaux acteurs du marché, nous nous démarquons par notre attachement aux principes de non-lucrativité et notre volonté de contribuer à la modernisation du système de santé et pas uniquement au financement du soin. Nous réinvestissons les excédents de notre mutuelle dans des projets de société. Par ailleurs, notre plateforme est conçue pour aider les mutuelles à se moderniser et à offrir une meilleure expérience client, ce qui, dans une approche industrielle, laisse entrevoir d'importantes économies annuelles pour le secteur. Plutôt que de concurrencer d'autres mutuelles bien implantées, nous préférons les accompagner dans leur évolution. Une mutuelle qui réalise des économies grâce à notre plateforme pourra mécaniquement les réinvestir dans la couverture de ses adhérents, dans des initiatives de santé, telles que les hôpitaux ou les centres de soins mais également dans les dispositifs de solidarité qui leur sont propres. Cette approche différenciée ajoutée à notre volonté de contribuer activement au secteur de la protection sociale fait partie intégrante de notre ADN.

Une de nos singularités réside également dans notre organisation qui réunit des expertises venant de différents horizons. Ces expertises croisées issues du monde de l'assurance mais

également du monde de la transformation digitale, permettent de repenser un métier historique et normé tout en embarquant la modernité exigée par le 21^e siècle. Cela se traduit par une organisation et des méthodes qui sont aux antipodes de ce que l'on peut trouver chez des acteurs historiques dont les transformations et le virage vers l'ère digitale s'avèrent difficiles.



Pouvez-vous nous parler de vos valeurs et engagements? En quoi consiste l'Impact Day ?

Nous avons fait le choix d'être une entreprise à Mission et de mettre l'engagement au cœur de nos actions. Nous sommes guidés par des valeurs telles que la proximité, la solidarité et la démocratie. Nous réinvestissons les principes mutualistes originels, qui se sont perdus au fil du temps.

Parmi les nombreuses actions que nous déployons pour concrétiser notre mission, nous avons lancé l'Impact Day Jaji. Il s'agit d'une journée par mois où nos collaborateurs ont la possibilité de s'engager individuellement ou collectivement dans des causes qui leur tiennent à cœur. Nous avons constaté que de nombreux collaborateurs souhaitent consacrer du temps à des associations ou à des actions bénévoles, mais qu'ils n'ont pas toujours l'occasion de le faire en raison de leurs emplois du temps chargés.

Nous sommes conscients que l'engagement et le don de temps ne sont pas des réflexes naturels pour tout le monde. C'est pourquoi nous encourageons nos collaborateurs à trouver des causes qui leur tiennent à cœur et à utiliser cette journée de manière significative. L'Impact Day est une première étape vers notre objectif d'entreprise, celle de créer un environnement où nos collaborateurs se sentent épanouis et où ils peuvent contribuer activement à un impact positif dans la société.

L'impact Day est une des illustrations concrètes des actions que nous déployons, notre rapport de mission permet de restituer l'ensemble de nos engagements et la feuille de route que nous nous fixons pour les concrétiser. ■



light up

Le podcast



Découvrez notre podcast dédié à l'actualité de la transformation et l'innovation dans l'assurance !

ifs.hardis-group.com/podcast-light-up

light up

L'ACTUALITÉ DE LA TRANSFORMATION
ET DE L'INNOVATION ASSURANCE

INSURANCE & FINANCIAL SERVICES BY HARDIS GROUP

ifs.hardis-group.com

LIGHT UP
YOUR FUTURE _

HARDIS GROUP

hardis-group.com

Société de conseil et de services informatiques, pure player Salesforce avec sa filiale Cloudity et éditeur de la suite logicielle Reflex pour la logistique, Hardis Group s'est donné pour mission d'accélérer la transformation durable du commerce, de la supply chain et des systèmes d'information de ses clients grâce aux technologies du Cloud, en Europe et à l'international.

Le groupe articule sa stratégie RSE autour de trois piliers : la réduction de l'empreinte environnementale de ses activités et de celles de ses clients, la diversité et l'égalité des chances ainsi que l'insertion par l'éducation.

Hardis Group compte 1 500 collaborateurs et a réalisé un chiffre d'affaires de 156 millions d'euros en 2022. La société est implantée en France (siège social à Grenoble et agences à Lyon, Paris, Lille, Nantes et Bordeaux), en Pologne, aux Pays-Bas, en Espagne, en Allemagne et en Suède.

REMERCIEMENTS_

Nous remercions tous les intervenants de ce numéro pour le temps qu'ils nous ont accordé.

Propos recueillis entre juin et août 2023



**Abonnez-vous et accédez
aux anciens numéros**

ÉQUIPE LIGHT UP #6

RÉDACTION_

Marika Talbi
Jérôme Pierre
Camille Martine
Meriem Chenouf
Kenza Sahi
Karim Khecha
Johan Cote

Consultante Senior Assurance
Consultant Senior Assurance
Consultante Assurance
Consultante Assurance
Consultante Assurance
Directeur agence Paris
Directeur BU Assurance & Services Financiers

MISE EN PAGE_

Clara Cartier-Millon
Marianne Colinet
Bertrand Feuille
Nicolas Chavan
Responsable marketing
Directrice artistique
Chargé de Marketing et Communication
Chargé de Marketing et Communication