

# L'UTILISATION DES DONNÉES DANS L'INDUSTRIE DE L'ASSURANCE

 accenture

# Ces dernières années ont été marquées par plusieurs évolutions significatives dans le reporting financier lié à l'activité d'assurance et de réassurance.

**Des nouveaux référentiels comptables, pruden­tiels et économiques ont vu le jour à travers res­pectivement la mise en place des normes IFRS, Solvabilité II et MCEV. Ces différentes normes ont pour objectif commun la quantification d'un risque futur en lui attribuant une juste valeur aujourd'hui.**

## Deux approches possibles pour valoriser les risques futurs

Cet exercice nécessite le recours à des approches de valorisation par référence au marché.

Deux options peuvent être envisagées, à savoir, une approche mark-to-market, ou lorsque celle-ci n'est pas envisageable, il est possible d'avoir recours à une approche mark-to-model. Cette dernière nécessite l'utilisation de modèles mathématiques parfois complexes à mettre en œuvre.

Ces normes placent ces modèles actuariels au cœur de la prise de décision dans une compagnie d'assurance. Ils font donc partie intégrante de son activité. Ils interviennent pour répondre aux besoins de tarification des produits, de calcul réglementaire de la solvabilité ou encore de pilotage de l'activité.

Ces modèles ont pour vocation de projeter deux états comptables : le bilan et le compte de résultat à partir d'une image des actifs, des passifs et des fonds propres à la date d'évaluation, en utilisant des hypothèses adéquates.

## Un principe admis par les compagnies d'assurance

Par principe, les données et les hypothèses doivent représenter fidèlement les avoirs et les engagements, non seulement à la date d'évaluation, mais aussi leurs évolutions dans le temps.

## L'usage : le recours au « model point »

Les données de passif et d'actif sont généralement agrégées pour construire ce qui est communément appelé des « Model Points » :

**Un Model Point de passif** est un ensemble de polices d'assurance dont les assurés présentent des caractéristiques similaires permettant leur regroupement.

**Un Model Point d'actif** est une agrégation de plusieurs lignes d'actifs similaires.

Même si le stock d'actifs est généralement constitué ligne à ligne, le stock de passifs est issu d'une chaîne de transformation de la donnée de passifs (extraction des systèmes de gestion, regroupement, agrégation, etc.) permettant son agrégation à des fins de réduction de temps de calcul.

### Des normes de plus en plus exigeantes

La maîtrise de cette chaîne de production des stocks de passifs est primordiale afin d'assurer la qualité des données en entrée des modèles d'évaluation.

Cet élément n'a pas échappé au régulateur (EIOPA, IASB, etc.) dans la mesure où la norme prudentielle Solvabilité 2 exige une maille assez exigeante (police par police) pour le calcul des engagements Best Estimate.

La norme comptable IFRS 17 définit une unité encore plus contraignante de mesure. En effet, le niveau d'agrégation requis correspond à la souscription du contrat d'assurance (regroupement des polices avec des couvertures aux risques similaires et ayant la même sensibilité des cash-flows futurs, aux principales hypothèses, à la fois en montant et en timing).

### Impacts du choix de la méthode et des hypothèses

La méthode retenue pour construire les stocks d'actifs et de passifs, ainsi que celle utilisée pour les hypothèses de projection ne sont donc pas sans impacts sur la sincérité et la précision des indicateurs de reporting financier liés à l'activité d'assurance et de réassurance. Et par voie de conséquence, sur la prise de décision du Management, des analystes financiers et du Régulateur.

## L'assurance : un métier basé sur la mutualisation et l'exploitation des données historiques

**La mutualisation est le principe de base en assurance :**  
**« la perte pèse légèrement sur beaucoup plutôt que lourdement sur peu ».**

Jusqu'à aujourd'hui, la tarification, le provisionnement et la solvabilité en assurance ont reposé sur deux fondements de base :

- la construction de classes de risques homogènes et stables dans le temps
- l'utilisation des données historiques pour générer les hypothèses de projection

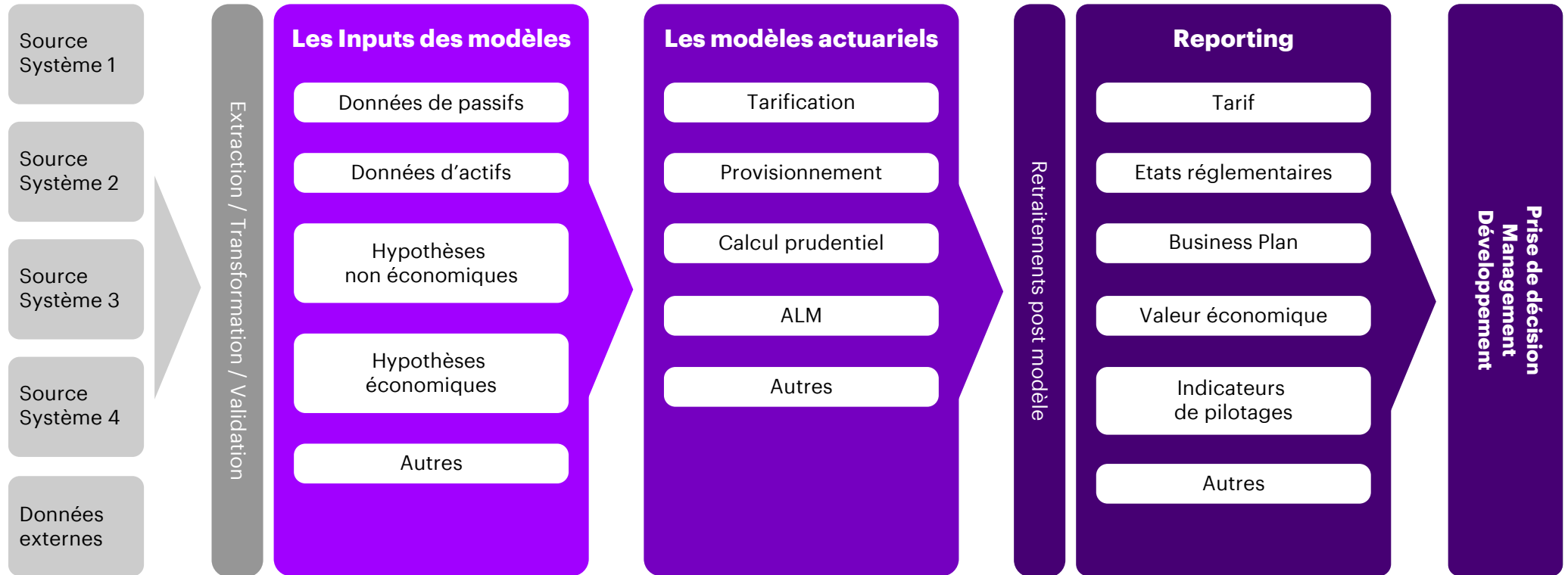
Le cœur de métier de l'assurance consiste donc à comprendre et évaluer le risque, gérer et satisfaire les clients existants, maîtriser les coûts de distribution / marketing, anticiper l'attrition clients et

générer de nouvelles souscriptions, de plus en plus digitales et s'appuyant sur une stratégie omnicanale.

Ce métier nécessite par définition un apport massif de données et d'indicateurs, afin de satisfaire trois orientations stratégiques :

- la maîtrise du risque
- l'optimisation de l'allocation du capital
- le développement d'une relation client forte et durable

# Processus de prise de décision basé sur des calculs actuariels





# L'actuariat et la gestion des risques : les modèles sont partout

**Piliers de la boîte à outils de la profession depuis son émergence, les modèles tendent à occuper une place centrale dans l'activité actuarielle. Cette évolution est liée à la fois aux progrès techniques et à la réglementation prudentielle.**

## Définitions

On entend par modèle, toute méthode, système ou approche quantitative mettant en application des techniques, théories et hypothèses, statistiques, économiques, financières ou mathématiques pour transformer des données initiales en des estimateurs quantitatifs.

Cependant, l'utilisation de tels modèles n'est pas sans risque. George Box rappelle que tous les modèles sont faux mais que certains sont utiles.

Le risque posé par l'utilisation de modèles se manifeste par l'écart entre la réalité et le phénomène modélisé. Les sources de cet écart proviennent d'une incertitude d'estimation, d'une utilisation inappropriée ou d'une déficience des données et hypothèses utilisées.

## Application au métier de l'assurance

- En plus des stocks d'actifs et de passifs, nous nous intéressons dans ce billet à la construction d'hypothèses « Best Estimate », soit la meilleure estimation, permettant de refléter au mieux l'expérience de l'assureur et de modéliser fidèlement les risques sous-jacents.

- **Un fort risque d'erreur** est lié à l'utilisation de méthode, système ou approche quantitative mettant en application des techniques et hypothèses, statistiques, économiques, financières ou mathématiques pour transformer des données initiales en des estimateurs quantitatifs (reporting) résultant en une éventuelle perte (financière, réputation, etc.).
- **Une erreur éventuelle** peut inclure donc les simplifications, les approximations ou encore les données, hypothèses, processus utilisés et les modèles inappropriés au contexte de leur utilisation.



# Les enjeux de construction d'hypothèses Best estimate

## D'un point de vue méthodologique

La manière la plus directe pour construire une loi d'expérience consiste à comptabiliser l'occurrence d'un événement (décès, rachats, etc.) dans une population donnée, en fonction de variables explicatives à sélectionner (âge, niveau de la couverture, sexe, etc.), puis d'appliquer ces observations historiques aux assurés futurs.

## D'un point de vue pratique

Toutefois, la transition entre cette compilation d'observations et l'obtention d'une loi fiable est un exercice délicat, qui implique :

**1. La prise en compte des incertitudes techniques associées à l'évolution de la population sous risque :** celles-ci capturent à la fois les aspects biométriques, qui correspondent à la partie du risque indépendante du comportement de l'assuré et de son niveau de couverture, et les aspects comportementaux liés au comportement de l'assuré.

**2. Les contraintes d'observation et les limitations dans la quantité et la qualité des données disponibles :** cet aspect est particulièrement d'actualité chez la plupart des assureurs suite, d'une part, aux nombreux rapprochements / fusions ayant eu lieu ces dernières années (menant à une hétérogénéité dans la maille, la profondeur d'historique et la nature des données disponibles) et, d'autre part, aux nombreuses refontes des systèmes de gestion (souvent partielles ou ne couvrant qu'une partie de l'historique), provoquées par les besoins en performance et en espace de stockage de plus en plus accrus.

**3. L'impact des couvertures sur le risque :** sélection médicale, niveau et étendue des garanties, phénomènes d'anti-sélection (sélection des bons ou des mauvais risques), risque d'aléa moral (comportements et actions cachés des assurés).

**4. La construction d'une loi Best Estimate** doit prendre en compte, outre les observations historiques, les différentes considérations développées ci-dessus et **nécessite ainsi le recours à des méthodes statistiques avancées.**

## D'un point de vue réglementaire

L'utilisation de lois d'expérience par un assureur, en lieu et place de lois réglementaires éprouvées sur plusieurs années et communes à tous les acteurs, constitue un défi majeur.

En effet, si les hypothèses sont mal calibrées, elles peuvent conduire au mieux à des valorisations erronées, au pire à la faillite de l'assureur pour cause d'incapacité à honorer ses engagements.

L'EIOPA a donc pris soin de définir un cadre de construction complet, aboutissement de plusieurs années de consultations avec les instances de régulation locales, dans la mesure où Solvabilité 2 est la réglementation la plus récente et s'adressant au plus grand nombre d'assureurs à l'échelle européenne.

# Les principales exigences réglementaires relatives aux hypothèses best estimate

## Des hypothèses documentées à la hauteur de leurs matérialités, des données de qualité et accessibles

La directive Solvabilité 2 a mis en place une gouvernance de la donnée :

- **Documentation** : Chaque hypothèse doit être suffisamment documentée, au même titre que les données utilisées pour sa détermination.
- **Matérialité** : La matérialité de l'hypothèse doit être prise en compte lors de sa documentation. Plus l'hypothèse est importante, plus sa documentation doit être riche.
- **Crédibilité** : Les données utilisées pour la construction d'une hypothèse doivent être crédibles par rapport au but pour lequel elles sont employées.

Ces données doivent de plus répondre aux critères de qualité de base (appropriées, exactes, exhaustives) définis dans les textes réglementaires.

- **Données externes** : Lorsque les hypothèses ont été construites sur la base de données externes, l'accès à ces dernières et aux hypothèses / méthodologies utilisées pour les générer doit être possible à tout moment.
- **Reproductibilité** : Ces hypothèses doivent de plus être reproduites fréquemment pour permettre l'analyse de la tendance et de la variation entre les différents jeux de données observés.

# Prise en compte de l'expérience et des données externes

## L'assureur exploite-t-il efficacement les gisements de données à sa disposition ?

**Le calcul du bilan économique** nécessite de prendre en compte l'expérience du portefeuille lorsque qu'il s'agit d'évaluer la probabilité de versement des flux futurs.

En pratique, la manière la plus directe d'intégrer cette expérience consiste à construire des tables d'expérience pour les risques classiques du périmètre étudié : mortalité, survie, maintien en incapacité, en invalidité, résiliations / rachats, etc. Les lois d'expérience peuvent être déterminées complètement à l'aide des données disponibles ou calibrées par positionnement par rapport à une référence externe.

L'obtention d'une loi d'expérience fiable est donc un exercice délicat, qui met en jeu :

- Des aspects « biométriques » associés au comportement de la population sous risque qui sont liés à la partie du risque indépendante du comportement de l'assuré et de son niveau de couverture ;
- Les limitations et contraintes d'observation (franchises, résiliations, limitations dans la qualité des données disponibles) ;
- L'impact des couvertures sur le risque (sélection médicale, niveau et étendue des garanties).



# Hétérogénéité et segmentation

## Des normes européennes à respecter

La directive Solvabilité 2 définit les règles à retenir pour ce qui est de la segmentation qui doivent permettre d'aboutir à des groupes de risques homogènes. Il s'agit de considérer les assurés avec les mêmes caractéristiques : profil, comportement, garantie, frais, etc.

En pratique, ces exigences conduisent à construire des tables sur la base d'un niveau de segmentation potentiellement important afin d'affiner les hypothèses utilisées pour chaque sous population significative du portefeuille et ainsi de réduire le risque de déformation de la loi avec le temps.

L'hétérogénéité (mélange de populations de caractéristiques différentes vis-à-vis du phénomène de durée étudié) a un impact important sur la perception de la fonction de hasard du modèle.

De nombreux modèles permettent de prendre en compte ce mélange de populations : modèles de fragilité (Vaupel, 1979), fragilité combinée (Barbi 1999), modèles à chocs communs, modèle de Cox (Cox, 1972), à hasard additif (Aalen, 1978), des combinaisons de 2 modèles, etc.

## Des choix méthodologiques contraints

Dans le cadre de la modélisation en assurance de personnes, ce sont essentiellement les modèles de type Cox, plus récemment, Aalen, qui sont utilisés, notamment du fait de leur facilité de mise en œuvre et d'interprétation, et également du fait de la présence de censure (droite) et de troncature (gauche) ainsi que des modèles de régression.

# Les risques associés à la création des hypothèses Best estimate

## La construction de lois d'expérience segmentées fait apparaître un risque de choix de modèle et un risque d'estimation.

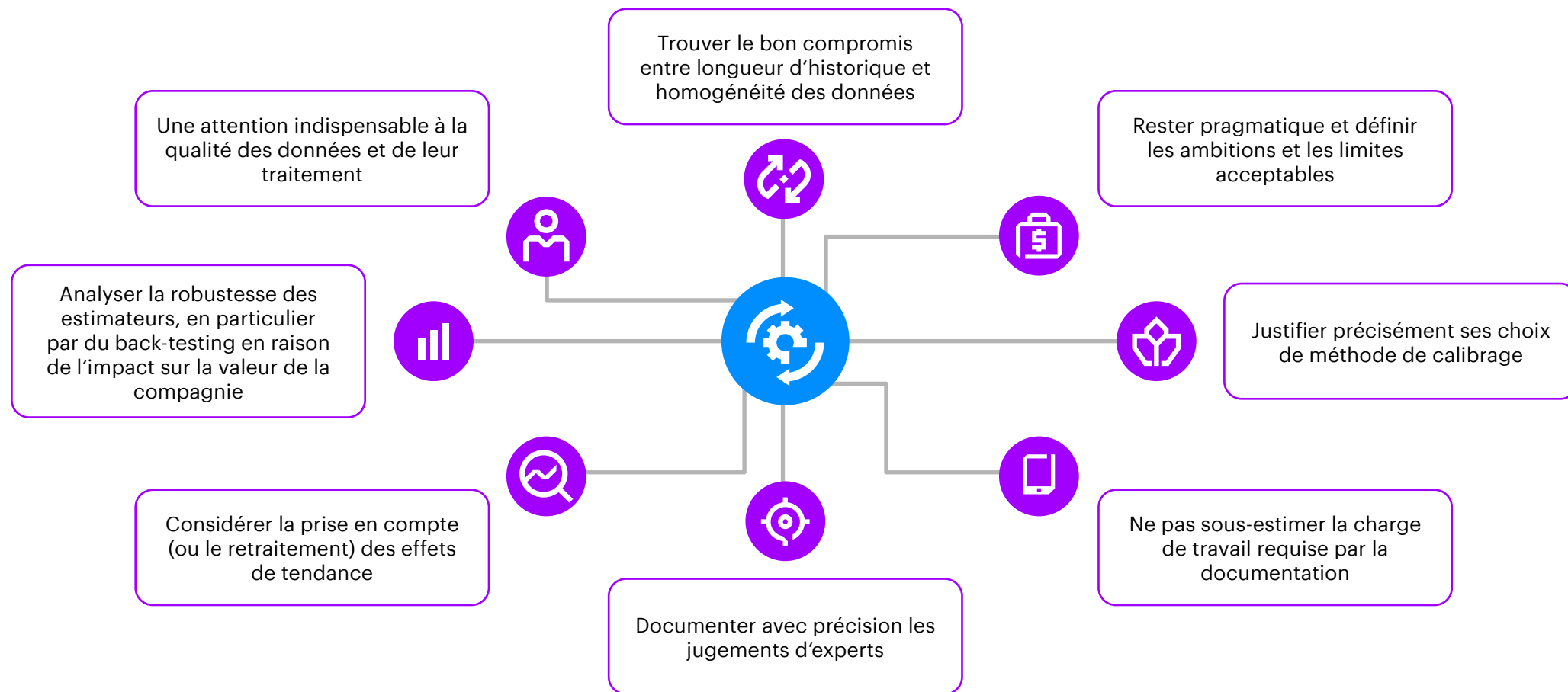
Ces deux risques sont de nature systématique et donc potentiellement impactants, tant sur le Best Estimate que sur la distribution des flux futurs actualisés.

Si la prudence importante intégrée aux tables d'expérience rendait jusqu'à présent inutile la quantification précise de ces risques, le contexte Best Estimate change la donne : la volonté d'explicitier la marge pour risque impose de justifier le fait d'éventuellement négliger ces risques.

Les modèles de construction de loi d'expérience doivent donc prendre en compte cette contrainte.



# La calibration s'effectue en plusieurs étapes et se base selon le modèle choisi sur des données internes et/ou externes



# Vos enjeux économiques et réglementaires

**Au-delà de la conformité aux exigences réglementaires, l'objectif ultime d'un assureur est de maximiser sa rentabilité et gérer les contraintes liées à l'appétence aux risques.**

Dans un environnement réglementaire qui complexifie leur pilotage économique et stratégique, le capital est une denrée rare et chère pour les compagnies d'assurance.

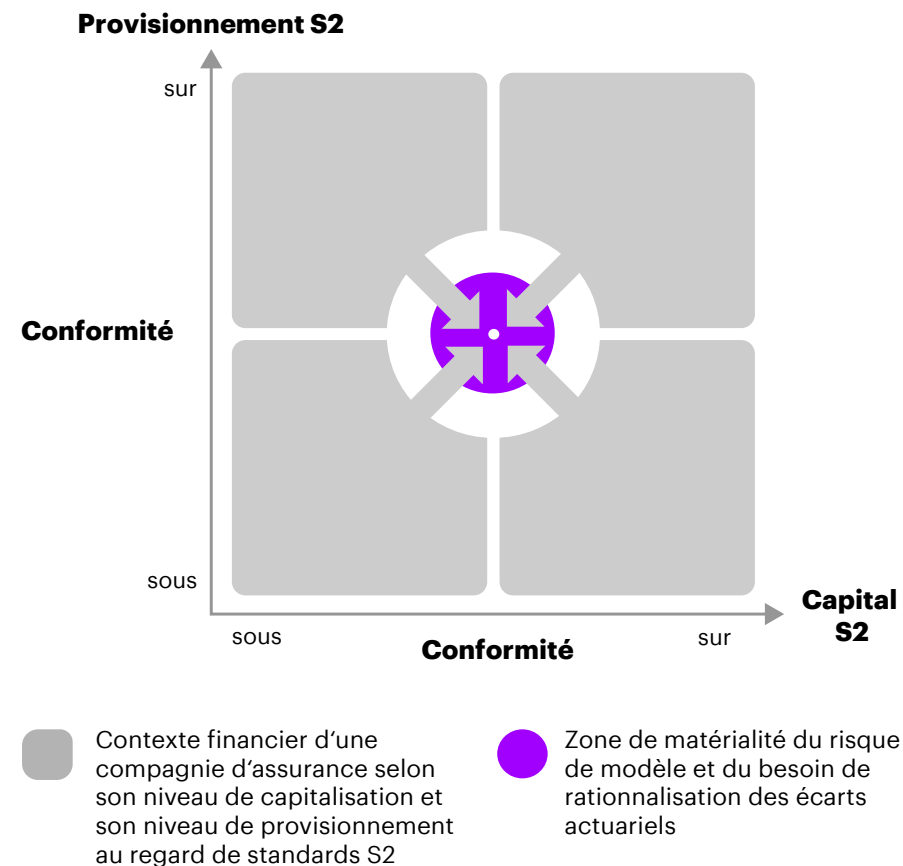
- Une situation de surprovisionnement ou de surcapitalisation signifie une opportunité manquée. Le capital potentiellement libéré pourrait être utilisé pour développer davantage l'activité.
- Une situation de sous-provisionnement et/ou de sous-capitalisation peut mettre en péril l'équilibre financier.

Dans un exercice de provisionnement, le calcul doit se baser sur un modèle adéquat alimenté par des données adéquates et pertinentes et des hypothèses Best Estimate.

Ces dernières ne doivent pas inclure une marge de prudence et doivent décrire fidèlement le risque modélisé (comportement de l'assuré, comportement de l'assureur ou évolution des variables de marché).

Les questions fondamentales dans ce contexte sont donc :

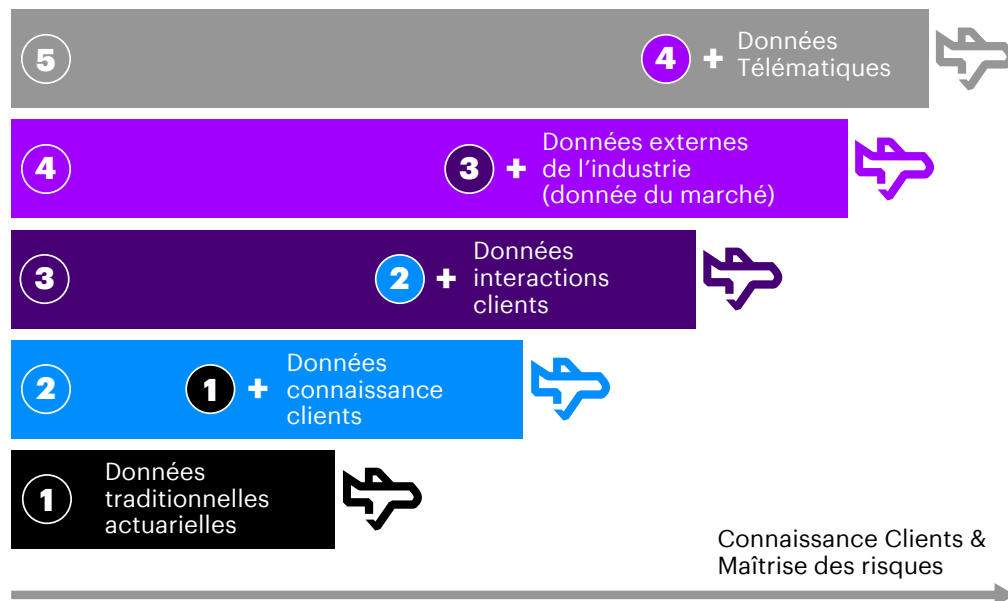
- 1. Comment répondre aux exigences réglementaires ?**
- 2. Comment le niveau de risque par tête est-il mesuré par la compagnie ?**
- 3. Quels avantages peut-on tirer ?**



# Les gisements des données à disposition des assureurs

**Les actuaires ont la faculté de traiter les données pour évaluer les risques que ce soit dans un exercice de tarification, de provisionnement, de solvabilité ou d'étude de rentabilité.**

La question était auparavant de déterminer la manière d'extraire une information fiable à partir de peu de données. C'est désormais le problème inverse qui se pose : **que faire avec beaucoup de données et comment les traiter ?**



- 1** C'est l'ensemble des données issues des échanges entre les clients et les call-centers, les agences, les agents (les demandes d'informations, les prises de RDV, les visites sur le site web, les questions postées par mail...)
- 2** D'autres données de la compagnie d'assurance pourraient être ajoutées pour fournir une vision 360 ° de l'équipement du client (vie, non-vie) et de la relation omnicanale du client avec l'assureur
- 3** Les données élémentaires nécessaires à la gestion des contrats, la souscription, les événements sur les contrats, les sinistres, remboursements
- 4** Des données essentielles pour comprendre le comportement des clients, notamment via les données des objets connectés, la télématique, l'usage des médias sociaux. Elles peuvent inclure des données qualifiées en provenance d'autres sociétés commerciales (data-sharing avec des opérateurs Télécom, Banques...)
- 5** Des données de l'industrie issues par exemple des Offices Nationaux de la Statistique (ONS) fournissent gratuitement des données (souvent non structurées) sur un panel d'indicateurs micro-économiques par code commune (richesse, chômage, espérance de vie...)



# Exploiter au mieux les données à votre disposition afin d'améliorer votre perception des risques

## L'enjeu majeur pour un actuair est de connaître le plus précisément possible le risque que l'assureur va souscrire.

Or, historiquement, à cause du faible nombre de données d'expérience en sa possession dans les bases de données décisionnelles (niveau 1), l'actuaire est contraint de travailler sur un nombre restreint de variables qui vont déterminer les éléments clés pour mieux appréhender le risque, et éviter tout risque d'aléa moral et d'anti-sélection.

En effet, on a affaire à des datawarehouses isolés, spécifiques à chaque système de production, et des analyses basées uniquement sur des données internes et limitées au domaine fonctionnel.

Cependant, passer au niveau supérieur (niveau 2) en exploitant les données marketing (Base client) permettrait à l'actuaire d'avoir plus d'informations sur le comportement de ses assurés.

Ceci offre la possibilité d'accéder à de nouvelles dimensions, d'exploiter de nouvelles variables et donc de déceler de nouvelles relations entre ces variables, mais aussi des corrélations insoupçonnées.

Plus le niveau des données exploitées est élevé, plus l'information est disponible en abondance et son traitement rendu possible. L'assureur a donc la possibilité de mieux appréhender son risque et est en mesure de résoudre les problèmes relatifs à l'aléa moral et à l'anti-sélection.

### Exemples :

- Une meilleure évaluation de l'attitude des assurés suite à des sinistres considérés comme mal réglés (risque de réputation).
- Mesure et analyse de la sensibilité des assurés aux gestes commerciaux, au processus d'indemnisation, à la gestion des sinistres, à la hausse des tarifs, etc.
- Meilleure connaissance des principales motivations de l'épargnant pour le rachat de son épargne et de sa sensibilité à la rentabilité annuelle, aux variations de taux des marchés (rendements des concurrents), aux changements de la fiscalité, etc.



# Exploiter au mieux les données à votre disposition afin d'améliorer votre perception des risques

- 1. Une modélisation plus précise des risques à travers des modèles prédictifs plus sophistiqués.
- 2. Dépendance entre les risques mieux maîtrisés et meilleures prévisions des risques fortement corrélées.
- 3. Utilisation des algorithmes comportementaux prospectifs (Machin Learning).
- 4. Passer d'une tarification basée sur l'expérience statistique rétrospective du marché (par exemple approche fréquence et coût moyen) à une tarification basée sur le comportement et le coût.
- 5. Amélioration du pilotage via un Dashboard avec une meilleure compréhension des liens entre les indicateurs de risques et de rentabilité.
- 6. Possibilité d'avoir accès à des informations déterminantes en regroupant des clients selon des caractéristiques communes (Profiling).
- 7. Possibilité d'avoir accès à des informations déterminantes en regroupant des clients selon des caractéristiques communes (Profiling).

Niveau	0	1	2	3	4	5
Univers de données	Jugement d'expert / Tables réglementaires	Données traditionnelles actuarielles	Données connaissance clients (Marketing)	Données interactions clients	Données externes de l'industrie (données du marché)	Données télématiques
Données			◆			
Passif			◆			
Actif		◆				
Hypothèses économiques						
Courbe de taux					◆	
Volatilité					◆	
Spread					◆	
Indice action					◆	
Indice immobilier					◆	
Inflation					◆	
Autres					◆	
Hypothèses non économiques						
Mortalité			◆		◆	
Rachat				◆		
Arbitrage				◆		
Sortie en rente				◆		
Sortie en capital				◆		
Réversibilité				◆		
Avances				◆		
Incapacité			◆		◆	
Invalidité			◆		◆	
Chômage			◆		◆	
S/P		◆				
Coûts		◆				
Autres						

# Assurer la transition d'un niveau d'exploitation des données à un autre

## Accenture vous accompagne pour assurer la transition d'un système d'information traitant des données à un système capable de traiter des mégadonnées.

Assembler des ensembles préexistants de données peut paraître un exercice simple à résoudre. Cependant, cette tâche nécessite souvent au préalable un nettoyage profond et une normalisation des données. Sans oublier les problématiques liées aux données manquantes et / ou incohérentes.

### NOS ATOUTS POUR VOUS ACCOMPAGNER



Nos expériences auprès d'entreprises et bancassureurs qui ont démontré notre capacité à mettre en place de nouveaux dispositifs Analytics au service d'équipes internes



Un accompagnement sur mesure destiné aussi bien aux opérationnels en charge des calculs, mais aussi à l'attention des décideurs pour les éclairer sur les différents scénarios d'allocation de capital



Des capacités d'externalisation du traitement de la chaîne de valeur des données dans nos différents Delivery Centers en Europe



Une connaissance fine des pratiques, des outils de marché, des exigences réglementaires et une maîtrise des impacts business



Un accès à un réseau unique de professionnels et d'experts combinant des compétences d'Actuariat, de Data Sciences et des métiers de l'Assurance



Un partenariat unique avec des éditeurs de logiciels actuariels et statistiques, une Alliance mondiale avec SAS



Un accès à une plateforme Big Data AIP permettant de soutenir votre projet de modélisation de la phase d'expérimentation à la phase d'industrialisation

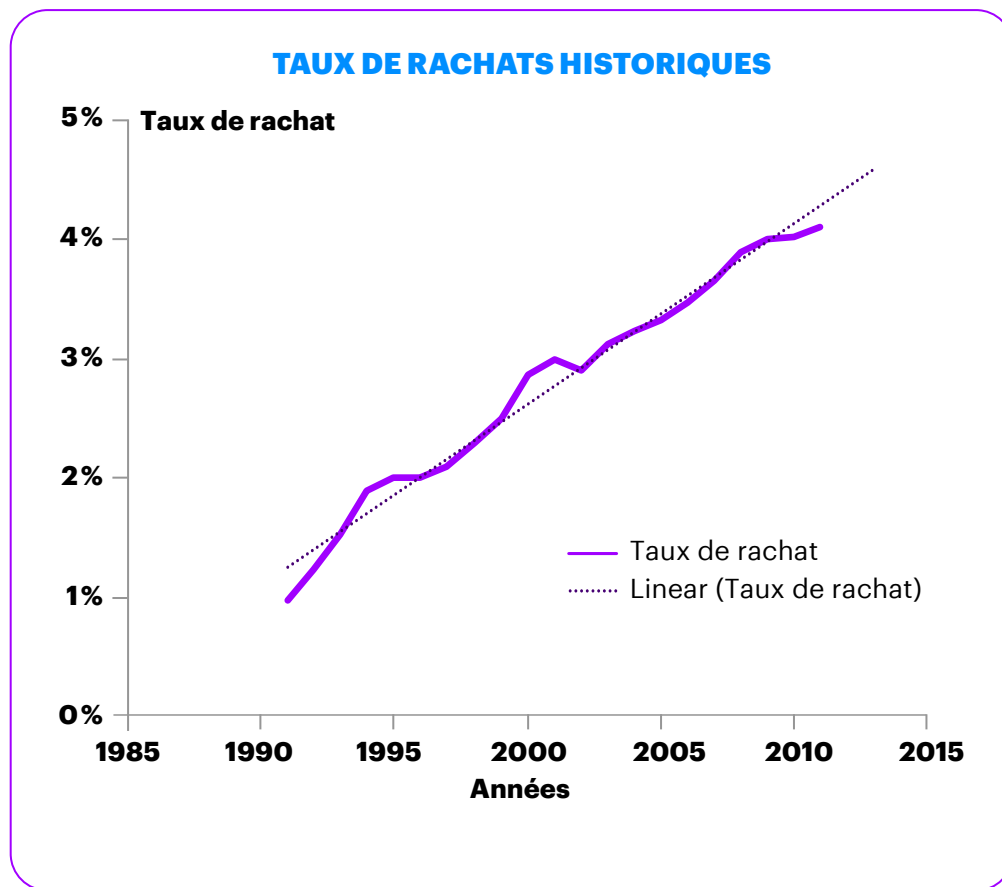


# Illustrations

Les taux de rachats illustrés dans la figure à droite comportent une tendance temporelle. La non prise en compte de cette tendance dans l'hypothèse **Best Estimate** doit être justifiée. Si cette tendance est prise en compte dans la construction de l'hypothèse, il faut par conséquent anticiper l'évolution de cette tendance dans le temps lors du calibrage de ce risque.

- La loi doit-elle dépendre de l'âge de l'assuré et/ou de la gamme du produit ?
- Comment justifier l'ajout de la dimension ancienneté et comment procéder au calibrage ?
- Comment définit-on le taux attendu par les assurés ?
- Sur quel groupement homogène de contrats applique-t-on une même loi de rachat ?

- Peut-il y avoir des rachats dynamiques négatifs ?
- La variable âge est-elle une variable explicative statistiquement significative du rachat structurel ?
- La loi doit-elle dépendre de l'âge de l'assuré, de la gamme du produit ?
- L'ajout de la variable explicative n'impacte-t-il pas trop significativement la qualité des estimateurs, en raison de la réduction de la taille des échantillons ?



# Retour d'expérience : etude de l'arbitrage € vs UC d'un portefeuille d'assurance vie

## Une typologie des arbitrages UC pour un bancassureur

Contexte : des données non exploitées en vision clients, usage des open data et prédire l'appétence des clients aux UC

CONTEXTE

Bancassureur français faisant face à un fort volume d'arbitrages UC vers € depuis 3 ans sur des produits d'assurance-vie en gestion libre. Peu de données orientées clients dans le DWH.

► Profils clients

► Valeur clients

	Clients Arbitrages exclusifs	Clients multi	Clients Omni	Clients Inactifs
	Créateurs d'UC	Neutres UC	Destructeurs d'UC	
Nombre clients	41K	132K	319K	
Données identité client	% S1 % S2 % S3 % NS 58 ans 12 ans 2,3 contrats	59% 21% 5% 14% 68 ans 13 ans 2,4 contrats	% S1 % S2 % S3 % NS 50% 36% 5% 9% 53 ans 9 ans 1,3 contrats	% S1 % S2 % S3 % NS 43% 37% 10% 11%
Valeur client à date*				
PM globale	180 K€	44 K€	32 K€	
PM Euro	40 K€	12 K€	21 K€	
PM UC	120 K€	17 K€	2 K€	
Taux d'UC	35%	32%	9%	
Enjeux financiers				
Somme des montants arbitrés en UC de T-2 à T-1	+ 270M€ Soit 7K€/Client	-	609M€ Soit - 1,9K€/Client	

OBJECTIFS & APPROCHE

Définir les comportements clients vertueux ou à risque (e.g. créateurs ou destructeurs d'UC).

Identifier les clients les plus appétents ou les plus à risque en intégrant des données open source pour enrichir le profil client.

► Segmentation clients dynamique

► Plan d'animations commerciales différenciées par département

		Tranche d'UC à T-1									
		0-5%	5-10%	10-15%	15-20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%	Grand Total	
Tranche d'UC à T-2	0-5%	31%	7%	4%	6%	22%	15%	7%	10%	100%	
	5-10%	5%	7%	43%	11%	2%	1%	0%	0%	5%	
	10-15%	6%	7%	12%	42%	15%	2%	1%	0%	6%	
	15-20%	8%	9%	9%	10%	41%	9%	1%	1%	8%	
	20-40%	28%	26%	17%	22%	24%	61%	14%	4%	2%	
	40-60%	20%	16%	6%	6%	9%	15%	63%	15%	3%	
	60-80%	8%	5%	2%	1%	2%	4%	8%	51%	5%	
	80-100%	20%	24%	2%	2%	3%	5%	10%	25%	85%	
Amélioration taux d'UC		▲ 0%	9%	17%	21%	16%	19%	23%	15%		
Diminution taux d'UC		▼ 93%	48%	41%	38%	24%	18%	25%	0%		

# Notre approche pour vous accompagner

## Quelle approche pour vous accompagner ?

**Mettre en œuvre une démarche adaptée pour développer l'activité analytique.**

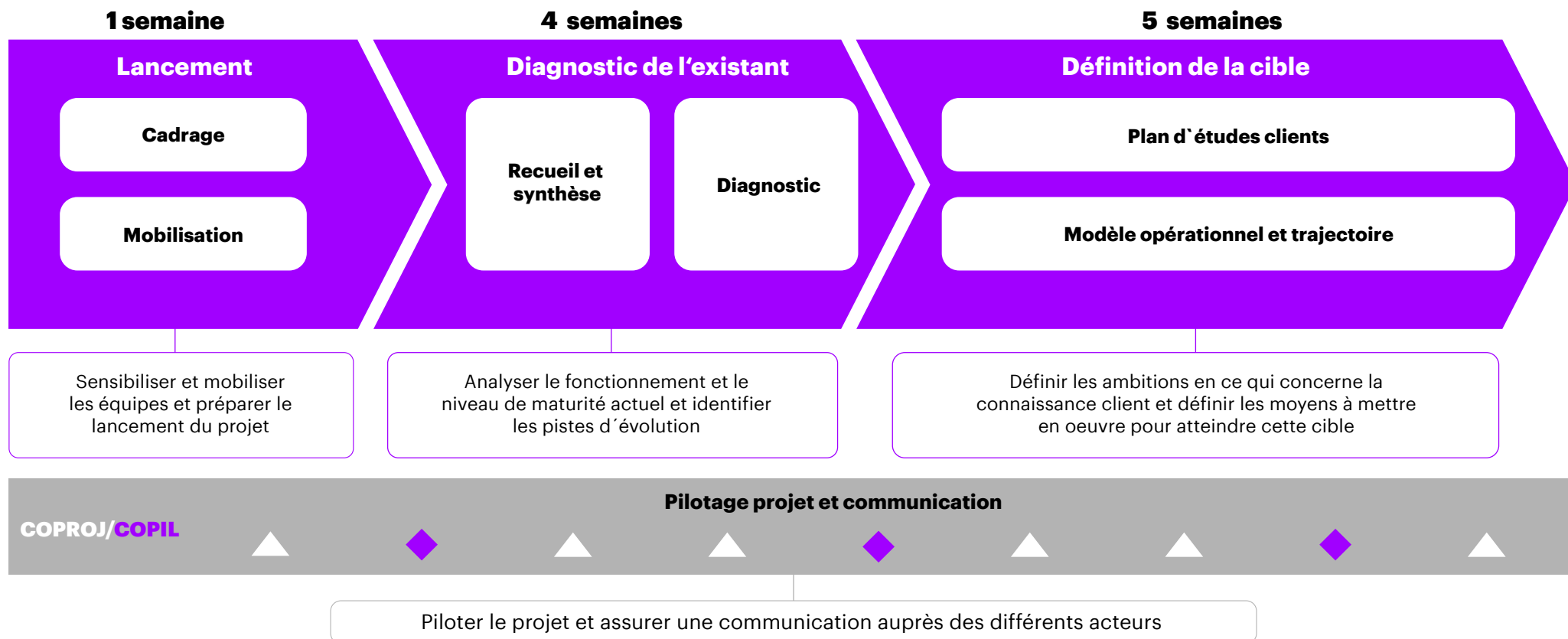
Pour développer l'activité analytique au sein des compagnies d'assurance, nous préconisons habituellement une démarche structurée autour de deux volets :

VOLET	OBJECTIF	CONTENU
<b>Définition de la cible analytique</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibiliser les collaborateurs et créer une dynamique au sein de l'entreprise</li><li>• Établir un point de départ et définir les ambitions visées</li><li>• Construire le modèle opérationnel de l'activité analytique</li><li>• Donner une vision de l'activité à 2/3 ans</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic de l'existant</li><li>• Plan d'études analytiques à 2/3 ans</li><li>• Modèle opérationnel analytique (organisation, dimensionnement, processus, schéma producteur / distributeur)</li><li>• Trajectoire</li></ul>
<b>Expérimentation de bout en bout</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Illustrer de manière concrète les actions pouvant être menées en termes d'analytique</li><li>• Mesurer les bénéfices attendus pour la compagnie au travers d'une démarche ROI</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Étude ou modèle analytique (score, segmentation, ...)</li><li>• Test opérationnel</li><li>• Suivi des résultats et calcul du ROI</li></ul>



# Notre approche pour vous accompagner

## Une définition de la cible en 10 semaines



# Notre approche pour vous accompagner

## Une expérimentation de bout en bout



## CONTACTS

### **DAMYEN AQUILINA**

Managing Director en charge des équipes Finance & Risque

**damyen.aquilina@accenture.com**

### **MAKRAM BEN DBABIS**

Directeur en charge de l'offre Actuariat & Analytics

**makram.ben.dbabis@accenture.com**

## À PROPOS D'ACENTURE

Accenture, un des leaders mondiaux des services aux entreprises et administrations, propose une large gamme de services et solutions en stratégie et conseil, expériences interactives client, technologie et gestion déléguée d'opérations, avec une expertise digitale transversale intégrée au sein de tous ces services. Combinant une expérience unique et une expertise spécialisée dans plus de 40 secteurs d'activité, Accenture s'appuie sur le plus grand réseau international de centres de technologie avancée et d'opérations intelligentes. Avec 509 000 employés dans plus de 120 pays, Accenture favorise l'innovation pour accompagner ses clients dans l'amélioration de leur performance et la création d'une valeur durable dans leurs organisations.

Visitez notre site internet : **[www.accenture.com/fr](http://www.accenture.com/fr)**