Document generated on 07/19/2025 2:42 a.m.

Revue internationale de l'économie sociale
Recma

La gestion de la relation adhérent
Un défi mutualiste
The Management of the Relationship with Members
A Challenge for the Mutualist Movement

Franck Giraud

Number 281, July 2001

Économie sociale et/ou solidaire ?

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1024030ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1024030ar

See table of contents

Publisher(s)

Institut de l'économie sociale (IES)

ISSN

1626-1682 (print)
2261-2599 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Giraud, F. (2001). La gestion de la relation adhérent : un défi mutualiste. *Revue internationale de l'économie sociale*, (281), 162–169. https://doi.org/10.7202/1024030ar

Article abstract

The mutualist movement, like the insurance industry and more broadly virtually all of the service sector, is today experiencing a genuine revolution in the way its business is managed. The political, economic and technological environment is helping to bring about a new mutualist model in which the management of the relationship with members is undergoing profound change. This new and ambivalent relationship could either be the Trojan horse of free-market economics in the mutualist movement, or open the door to a revival of mutualist ideals.

Tous droits réservés © Recma, 2001

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

LA GESTION DE LA RELATION ADHÉRENT : UN DÉFI MUTUALISTE

par Franck Giraud (*)

(*) Franck Giraud est l'auteur d'une thèse sur la mutualité intitulée « Une organisation charnière : la Mutualité française », soutenue au Cnam en septembre 1999. Après avoir travaillé pendant cinq années à la FNMF, il exerce actuellement la fonction de manager chez KPMG Consulting, la gestion de la relation client constituant son domaine d'expertise.

La mutualité, comme l'industrie de l'assurance et plus largement la quasi-totalité des activités tertiaires, vit aujourd'hui une véritable révolution dans la manière de gérer son activité. Les contextes politique, économique et technologique favorisent l'émergence d'un nouveau modèle mutualiste où la gestion de la « relation adhérent » tend à être profondément transformée. Ambivalente, cette nouvelle relation peut être le cheval de Troie du néolibéralisme en mutualité, comme elle peut être le levier d'un renouveau de l'idéal mutualiste.

Les historiens de la mutualité insistent sur une dualité constitutionnelle de l'objet de leur étude, l'intangibilité de ses valeurs et la fluidité de ses formes. Ces valeurs, faites d'une certaine conception de l'homme et de l'organisation des rapports humains, sont héritées au fil du temps par les mutualistes. Si ces valeurs font des mutuelles des entreprises différentes des autres, celles-ci sont malgré tout des entreprises devant réagir aux mutations économiques et sociales de leur environnement. Les mutualistes traduisent de manière permanente leurs valeurs dans une organisation dont la forme évolue, au cours de l'histoire, au gré des biais et des dérives qu'entraîne inévitablement ce travail de traduction. La reproduction de l'organisation est ainsi assurée par ce processus de déformation entretenu par les mutualistes. L'ambivalence de l'organisation mutualiste conjuguée à un affaiblissement de certaines de ses valeurs, comme la démocratie, fait peser le risque d'une traduction erronée, voire d'une translation de modèles organisationnels porteurs de valeurs fondamentalement différentes. La déformation de l'organisation risque de se muer en transformation issue d'un processus d'imitation pure et simple de modèles non mutualistes. Les mutualistes ont parfaitement identifié ce risque sous le terme de banalisation. Cette problématique, à laquelle ont été confrontés les dirigeants mutualistes depuis l'origine de leur organisation, est aujourd'hui parfaitement illustrée par la mutation en cours de la gestion de la relation des mutuelles avec leurs adhérents.

Changement de modèle

La mutualité est, comme l'industrie de l'assurance et, plus largement, la quasi-totalité des activités tertiaires aujourd'hui, engagée dans une véritable

révolution dans la manière de gérer son activité. Les contextes politique, économique et technologique favorisent l'émergence d'un nouveau « modèle métier » mutualiste.

Depuis le milieu des années 80, les mutuelles sont plongées dans un environnement de plus en plus concurrentiel, corollaire à une « marchéisation » accélérée de leurs activités. Elles se trouvent confrontées à un public de plus en plus sollicité par des offres dont les caractéristiques convergent et se banalisent, induisant la montée en puissance du prix dans les processus d'équipement en couverture santé et un écrasement corollaire progressif des marges nécessaires à leur fonctionnement.

Un premier défi à relever pour les mutuelles est donc d'adapter leur politique de développement à un marché en cours de saturation. Une situation quasiment monopolistique avait créé les conditions de la mise en place en leur sein d'une organisation bureaucratique et gestionnaire, souvent éloignée des préoccupations de leurs adhérents. La marchéisation de la santé a progressivement transformé ces derniers en « clients », acheteurs d'un produit de couverture sociale et focalisés sur les prix. Le problème posé aux mutuelles est aujourd'hui de réapprendre à mieux connaître ces « clients » afin de personnaliser leur offre, leurs services, de les proposer de manière appropriée au bon moment, voire de les anticiper. L'enjeu est de refaire le chemin inverse en transformant ces clients en « adhérents » à un service, à une démarche, à des valeurs mutualistes. L'information relative aux adhérents, sa récolte, son traitement et son stockage deviennent aussi importants que les flux financiers issus d'une souscription réussie. C'est cette information qui permet de rétablir une certaine proximité. Son traitement nécessite la mise en place d'une organisation appropriée avec les outils pour la supporter.

Le deuxième défi à relever pour les mutuelles est l'inexorable banalisation de leur offre. La qualité de service est un facteur déterminant de différenciation et de fidélisation. L'atteinte de cette qualité de service n'est possible que si la mutuelle dispose d'une organisation orientée de manière à pouvoir répondre à l'exigence croissante de ses adhérents. Ils doivent pouvoir accéder à la mutuelle par tous les moyens, à n'importe quel moment, être immédiatement pris en charge et obtenir satisfaction dans les délais les plus brefs. Dans ce nouveau modèle d'organisation centré sur l'adhérent, la gestion du *front office* devient déterminante. La gestion de la relation avec l'adhérent est profondément transformée. L'accroissement quantitatif et qualitatif du nombre de contacts demande aux mutuelles de procéder à une certaine industrialisation des moyens mis en œuvre, car elles conservent des moyens humains limités. L'objet le plus important de leur activité n'est plus le contrat, mais le contact. De ce fait, leur organisation ne doit plus se structurer autour de leur offre, de leurs produits, mais autour de leurs adhérents. La caractéristique la plus marquante de l'ancienne organisation était la multiplicité des systèmes informatiques, en nombre égal aux types d'offres proposés, et donc la dispersion de l'information relative aux adhérents. La caractéristique principale de la nouvelle organisation est la mise en place d'une base de données adhérents unique, garantissant une vision unifiée de ces derniers par la mutuelle.

Afin de mettre en place ce nouveau modèle, les mutuelles ont modifié leurs structures, donné une place plus importante aux entités marketing et développement, embauché de nouveaux profils issus d'autres secteurs d'activité et initié la mise en place de nouveaux outils de gestion des forces de vente, de support client et de marketing. Ces outils doivent être intégrés dans une architecture unique garantissant une gestion unique et coordonnée des contacts avec les adhérents. Ces derniers doivent pouvoir accéder à leur mutuelle de manière indifférenciée *via* les canaux traditionnels que sont les agences ou le courrier et, désormais, les plates-formes de centres d'appels et le Web. Si les nouvelles technologies de l'information autorisent cette nouvelle organisation, elles permettent également d'aller beaucoup plus loin en autorisant une plus grande ouverture des mutuelles à leur écosystème. L'échange de données informatisées ou le Web permettent de dépasser les frontières naturelles de la mutuelle pour associer les fournisseurs, les collaborateurs et les adhérents dans un dispositif global d'amélioration du service adhérent. Le problème alors posé aux mutuelles est de conserver un caractère mutualiste à des ensembles dont toutes les composantes ne le sont pas.

Ces réorganisations ont un coût organisationnel, humain, technique et donc financier important au moment où la mutuelle voit ses marges compressées. Son troisième défi est donc la maîtrise des coûts d'obtention, de satisfaction et de rétention des adhérents.

Le premier levier à la disposition d'une mutuelle est l'industrialisation de son activité, notamment la gestion des contacts, afin de gagner en productivité et de mieux maîtriser la qualité et la traçabilité des services rendus.

Un deuxième levier consiste à fidéliser les clients par des ventes additionnelles ou croisées. Au-delà de son importance politique comme facteur de pérennisation et de développement de valeurs spécifiques, le maintien et l'accroissement de la fidélité des adhérents présentent un indéniable avantage économique. Celle-ci permet une minoration des coûts de fonctionnement : un adhérent fidèle coûte moins en service, car il connaît mieux les produits et les modes de fonctionnement de la mutuelle. Elle permet de se maintenir dans un environnement concurrentiel très agressif, dominé par la demande et donc structuré par le prix. Un adhérent fidèle accepte un supplément de prix. Dans un monde où règne l'image, elle offre plus de résonance aux valeurs de la mutualité. Enfin, elle permet de limiter le départ des adhérents dans une activité à faible marge où la notion de volume est déterminante.

Un troisième levier est très efficace et son utilisation est au cœur des systèmes de gestion de la relation adhérent mis en place par la majorité des entreprises aujourd'hui. Il consiste à instaurer une gestion segmentée des adhérents en fonction de leur profil. Les ventes sont ciblées et les niveaux de services offerts sont différenciés. La question posée est comment utiliser ce levier dans un monde où l'unicité de traitement des adhérents est la règle. Quelles discriminations pratiquer en mutualité ? Ce sont les réponses

apportées par les dirigeants mutualistes à ce type de question qui décideront de la pérennisation ou de la banalisation de la mutualité.

La prise de pouvoir des salariés

Initialement, les sociétés de secours mutuels étaient entièrement gérées par des bénévoles élus, adhérents ou membres honoraires. C'est l'institutionnalisation de la mutualité au début du XX[e] siècle, à la suite de la charte mutualiste de 1898, qui l'a engagée dans la voie de la professionnalisation. Celle-ci s'est accompagnée d'une salarisation progressive de l'organisation. La technicité grandissante de l'activité mutualiste, la firmisation et la taille croissante des mutuelles ont conduit à l'embauche d'un nombre croissant de salariés, jusqu'à représenter aujourd'hui un membre opérationnel sur trois (55 000 salariés pour 100 000 bénévoles).

Engagée dans un environnement plus concurrentiel et confrontée à une érosion de ses parts de marché dans le secteur de la complémentaire santé, la mutualité se dégage lentement d'une activité gestionnaire pure en cherchant à mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'arrêt de l'appauvrissement de son « portefeuille » d'adhérents. Pour apporter un service personnalisé, différenciant et fidélisant, les processus de production et de décision sont réorientés. Afin de gagner en pertinence et en réactivité, il y a décentralisation progressive d'un nombre important de décisions et tous les acteurs en contact direct avec les adhérents voient leur niveau de responsabilité augmenter. On ne peut leur demander d'être davantage à l'écoute, d'être plus disponibles et plus réactifs sans leur donner le niveau d'autonomie nécessaire. *« Les acteurs doivent faire remonter "la voix du client" au cœur de l'organisation et disposer de suffisamment de pouvoirs pour apporter rapidement de la satisfaction aux clients*[(1)]*. »* Ce changement induit une réattribution des rôles dans la mutuelle entre la structure économique salariée et la structure politique élue. L'expression des besoins des adhérents était l'une des missions les plus importantes des administrateurs élus, car elle légitimait leur autorité dans la direction de la mutuelle.

Le mouvement de concentration des mutuelles observé depuis cinquante ans a conduit à la naissance d'organismes gérant plusieurs centaines de milliers, voire de millions d'adhérents. Les mutuelles locales se découvrent une ambition nationale. La notion de proximité initialement mise en valeur dans le cadre de mutuelles regroupant quelques centaines d'adhérents est aujourd'hui plus difficilement appliquée dans ce cadre. On a pu observer, conjugué à un affaiblissement du militantisme, un appauvrissement des pratiques démocratiques. Les administrateurs se sont éloignés d'une base adhérente qui ignore souvent pour partie jusqu'à son droit de vote. La distanciation des liens entre les élus bénévoles et les adhérents, associée au phénomène organisationnel de l'entreprise orientée clients, a favorisé l'appropriation par la structure salariée de la relation adhérent.

(1) René Lefébure, Gilles Venturi, *Gestion de la relation client,* Paris, Eyrolles, 2000, p. 289.

Des outils maléfiques

La prise du pouvoir opérationnel par les salariés ne semble malheureusement pas devoir aboutir à une clarification des rôles entre ceux-ci et des élus détenteurs de l'autorité politique. En effet, la structure économique peut se prévaloir d'une autorité, d'une légitimité offerte par le marché et codifiée par l'idéologie néolibérale triomphante de la mondialisation. Dans un grand nombre de mutuelles, la confrontation n'a pas lieu directement, le débat de fond est occulté. A ne pas vouloir poser les bonnes questions, les mutuelles ont fréquemment une approche essentiellement technique des mutations en cours. La gestion de la relation adhérent est ainsi réduite à la mise en place des outils basés sur les nouvelles technologies de l'information, ainsi que des méthodologies fondées sur ces outils pour les aider à améliorer la satisfaction de leurs adhérents.

Il est dangereux de limiter le débat à la sélection et à la mise en œuvre des bons outils. La typologie des solutions informatiques mises en œuvre dans l'entreprise connaît une évolution fondamentale. Le développement de systèmes spécifiques fait place à l'intégration de briques progiciels spécialisées, car le métier d'une mutuelle est de produire non pas des solutions informatiques, mais des services basés sur l'informatique. Les outils progiciels de gestion de la relation client (GRC) sont publics. Toutes les entreprises peuvent les acquérir. La différentiation ne peut se faire que sur la qualité de leur utilisation, mais surtout de l'« inspiration » de leurs utilisateurs, sur la dimension culturelle, la qualité des relations établies avec des « adhérents ». Mal compris et mal utilisés, ces outils peuvent conduire à la mise en place d'une relation industrielle, sans âme, accélératrice du phénomène de banalisation qu'ils étaient censés enrayer.

L'appropriation de ces outils par les mutuelles passe par leur mise en œuvre au service des valeurs et des objectifs mutualistes. En effet, un outil n'est pas neutre, il est « maléfique » dans le sens où il porte avec lui une philosophie, une méthodologie structurante d'utilisation ainsi que des normes. Les outils de GRC n'échappent pas à cette règle et sont d'autant plus redoutables qu'ils ont notamment pour objet un meilleur partage des informations. Ce partage nécessite une formalisation et donc des normes qui sont potentiellement importées d'autres secteurs économiques. Ces normes véhiculent une certaine vision du marketing. Le client est envisagé comme un capital parfaitement quantifiable. La « valeur client » est égale à la somme, sur une période, du chiffre d'affaires et de la marge réalisés par le client, à laquelle on impute des coûts engendrés par ce même client sur cette période, ainsi que le coût d'acquisition en début de période. Une autre notion calculée est plus explicite : l'espérance de profitabilité client (EPC). L'objectif d'une transformation de la gestion adhérent peut alors devenir le développement de la profitabilité du portefeuille client. Les outils de GRC permettent de structurer le portefeuille de l'entreprise en groupes homogènes. Tout le problème réside ensuite dans la stratégie d'allocations

de ressources à ces groupes. L'une des logiques de base du fonctionnement des outils de GRC est la discrimination. Plus un client est profitable, plus on cherche à le fidéliser en lui apportant des services supplémentaires. Cette logique poussée à l'extrême conduit à l'exclusion des clients les moins rentables. On entre alors dans « la face sombre de la gestion de la relation client ». Le client n'est roi que s'il a été sélectionné par l'entreprise.

Les mutuelles sont aujourd'hui plus perméables à cette logique, car leur mode de financement connaît une transformation profonde. Organisations intermédiaires situées à la jonction du privé et du public, de l'assistance et de l'assurance, elles sont fondées sur un modèle de financement associant le don, les subventions et les résultats de leur activité économique. Au cours de son histoire, la mutualité a accordé une place plus ou moins importante à chacune de ces modalités de financement. Durant la deuxième moitié du XIX[e] siècle, l'« aide mutuelle » a apporté, au travers de l'honorariat, un complément budgétaire indispensable aux mutuelles. Au cours du XX[e] siècle, les aides de l'Etat ont pris beaucoup d'importance, *via* des subventions directes avant la Seconde Guerre mondiale, puis *via* des remises de gestion et des exonérations fiscales très élevées. A la fin du XX[e] siècle, la marchéisation de la santé donne de plus en plus d'importance aux résultats économiques de l'activité.

Cependant, si les outils sont maléfiques parce que structurants, ils ne doivent pas pour autant être rejetés. De la même manière que les techniques actuarielles furent progressivement introduites dans la gestion des contrats mutualistes au début du XX[e] siècle, les techniques de marketing seront progressivement intégrées dans la gestion des contacts des mutuelles. Le problème de ces techniques est d'organiser une utilisation mutualiste.

Un retour aux sources plutôt qu'une rupture culturelle ?

La réorganisation des mutuelles liée aux mutations de la gestion de la relation adhérent pose des problèmes de fond spécifiques à la mutualité. Le premier d'entre eux est un problème de définition. Pour être cohérentes face à leurs adhérents, les mutuelles doivent commencer par construire une vision unifiée de leur activité et de leurs systèmes hétérogènes. Or, la mutualité est souvent décrite comme une organisation atypique. Elle se situe à l'intersection des assurances, de la protection sociale et de la santé publique. Hybride, complexe, elle apparaît comme difficilement déchiffrable. Toute recherche sur la mutualité semble toujours ramener à une problématique de définition, de clarification de ses frontières et de son activité. Un travail de traduction, d'interprétation des valeurs mutualistes dans un contexte économique, technologique et humain différent est à réaliser. Il y a dans la reconquête d'une relation adhérent mutualiste tout l'enjeu de la recomposition d'une identité mutualiste.

L'un des enjeux majeurs posés aux « traducteurs de la mutualité » est la résolution du problème de la discrimination. La marchéisation de la

couverture santé est porteuse d'une logique économique fondée sur l'exclusion des mauvais risques. Les nouveaux outils de gestion de la relation client mis en œuvre dans les mutuelles permettent de gérer les adhérents de manière différenciée. Les moyens de l'application d'une politique de discrimination sont donc en place au moment où le nouveau contexte économique impose au monde mutualiste de sortir de son immobilisme. Garantir coûte que coûte une unité de traitement entre les adhérents ne semble plus possible à moyen et long terme sans mettre en danger la pérennité des mutuelles. Leur faut-il pour autant adopter les règles du jeu de leurs concurrents assureurs, au risque de la banalisation ? Confrontées à une concurrence féroce, les mutuelles écornent le principe de solidarité, notamment pour ce qui relève de la solidarité entre les générations. Les personnes sont traitées de manière discriminatoire pour ce qu'elles sont.

La solidarité n'est pas la seule valeur mutualiste. Si une discrimination est inévitable, ne faut-il pas alors tenter de lui donner des fondements basés sur les autres valeurs de la mutualité ?

Les activités mutualistes s'exercent dans la recherche permanente d'une responsabilisation des individus comme acteurs de leur propre santé. On retrouve dans cette valeur l'ensemble du spectre de la notion de santé. En effet, si la santé, c'est avant tout ne pas être malade, c'est aussi un capital à préserver, le produit des comportements individuels, des conditions de vie et du système social. C'est également un patrimoine collectif dont la société, et plus particulièrement les organisations comme la Mutualité, assure la gestion.

Le principe de responsabilité a une dimension économique déterminante, car l'activité de santé et de prévoyance des mutuelles présente la particularité d'être basée sur une fonction de production inversée. La souscription à une garantie précède sa réalisation et donc le calcul exact de son coût de revient. En effet, ce coût de revient doit nécessairement inclure la sinistralité, laquelle ne peut être connue qu'après plusieurs années d'exercice. Dès lors, au moment de la souscription d'un produit de couverture santé, le coût de revient de celui-ci ne peut être qu'estimatif, et ce contrairement au calcul du coût de revient de la plupart des produits mis sur le marché. Discriminer les adhérents en fonction du principe de responsabilité pourrait donc être pertinent. Les adhérents seraient traités de façon différenciée non pas pour ce qu'ils sont, mais pour ce qu'ils font, c'est-à-dire leurs actions susceptibles de réduire les coûts supportés par la collectivité mutualiste. Cette forme de régulation était à l'œuvre dans les mutuelles du XIX^e^ siècle. Mais jusqu'où aller aujourd'hui sans retomber dans le paternalisme moralisateur ayant caractérisé ce siècle ? Le risque ne serait-il pas alors d'échanger l'« horreur économique » contre la police des mœurs ?

Si la discrimination est un sujet de controverse, la nécessité d'accroître la responsabilité des adhérents, afin de diminuer la sinistralité et les coûts associés, est partagée par tous. Pour ce faire, les mutuelles doivent opérer une mutation de leur activité et passer de la vente de produits de complémentaire santé à l'expertise en conseil santé. Toutes les organisations en

compétition sur le marché de la couverture santé évoluent dans ce sens. Plus qu'un simple changement d'activité, le problème posé aujourd'hui à la mutualité est de retrouver les fondements de sa vocation d'intermédiaire social sans se perdre dans une pure logique économique d'accès tarifé au conseil santé. Dans ce cadre, la reconstruction de la relation des mutuelles avec leurs adhérents apparaît à nouveau fondamentale.

Le rapport d'une organisation avec son environnement doit être appréhendé comme un « processus concret d'interaction ». Les membres d'une organisation ouvrent celle-ci sélectivement à son environnement en même temps qu'ils le constituent et l'instituent à leur tour. La mutation économique et technologique en cours contribue à une plus grande ouverture de l'organisation des mutuelles. Cette ouverture, qui se traduit par le développement des points de contact avec les adhérents, doit être accompagnée d'une volonté d'influer sur les comportements en s'appuyant sur les valeurs mutualistes. Mais, là encore, le danger de la banalisation guette les mutuelles. L'image règne en maître dans un monde de services où le marketing est devenu plus important que l'activité de production. Les marketeurs de toutes les entreprises tentent d'associer des valeurs, comme la liberté ou le bien-être, aux produits commercialisés dont la qualité devient secondaire. Ils s'emparent de ces valeurs et les commercialisent en s'appuyant sur la constitution de communautés de consommateurs adhérents. La création et l'animation de ces communautés sont facilitées par l'emploi des nouveaux outils de gestion de la relation client.

Même si elles ne sont pas des entreprises comme les autres, les mutuelles sont cependant aujourd'hui, de plus en plus, comme les autres des entreprises. Peuvent-elles éviter de commercialiser leurs valeurs ? Dans un monde où les biens publics sont en cours de privatisation, où la notion de gratuité perd chaque jour du terrain, la clé de la conservation de la spécificité mutualiste réside peut-être dans le renouveau du bénévolat et la redynamisation d'un militantisme sincère. Les outils de gestion de la relation adhérent ne sont pas réservés aux responsables du développement des mutuelles. Les responsables politiques peuvent se les approprier pour revitaliser la participation des adhérents.

La nouvelle gestion de la relation adhérent est ambivalente. Elle peut être le cheval de Troie du néolibéralisme en mutualité comme elle peut être le levier du renouveau de l'idéal mutualiste. ●