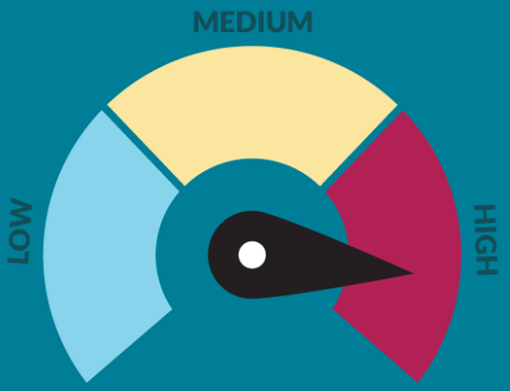
Le design d’expérience utilisateur (UX): Facteur de différenciation et créateur d’engagement



Catherine Roy Designer UX

Beauce numérique, 16 janvier 2018

Qui suis-je?

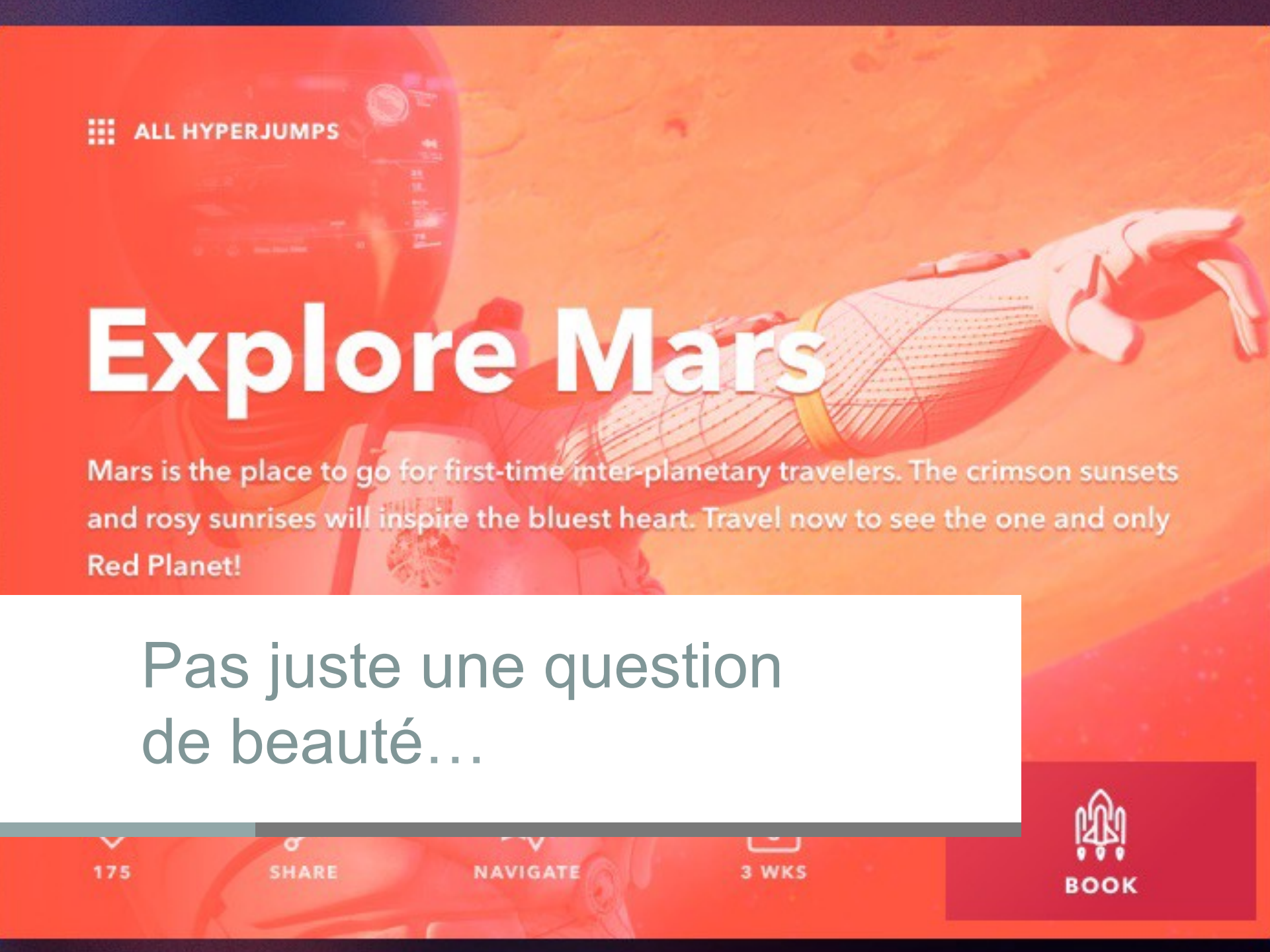
Designer industriel spécialisée en expérience utilisateur de Québec

J'ai travaillé sur des projets de Desjardins, CAE, Air Transat, Vidéotron, Desjardins, Kijiji, Musées de la Civilisation, Premier Tech, Thales, etc.

Qu’est-ce que l’expérience utilisateur?

Qu’est-ce qu’un designer d’expérience utilisateur?

- Nouveau métier du numérique
- Incontournable
- Transformation digitale



Pas juste une question de beauté…

Histoire d’horreur

Expérience vécue

© pxhere

1. Le commencement :

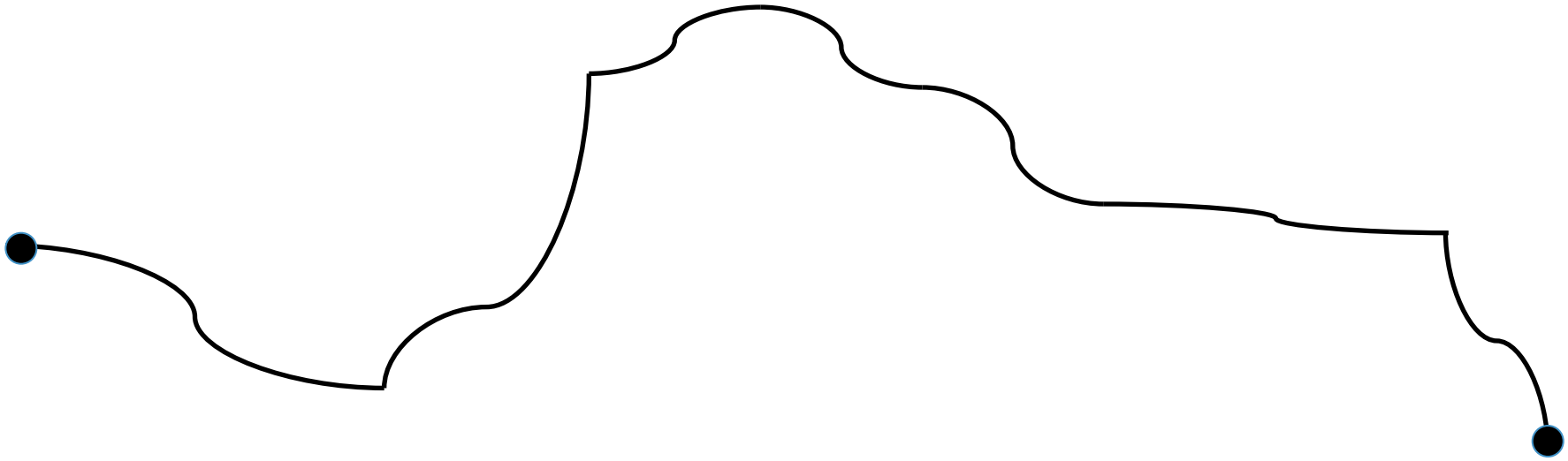
Un voyage idyllique

L’événement perturbateur

Pa amb oli

Le parcours du combattant

Des montagnes russes



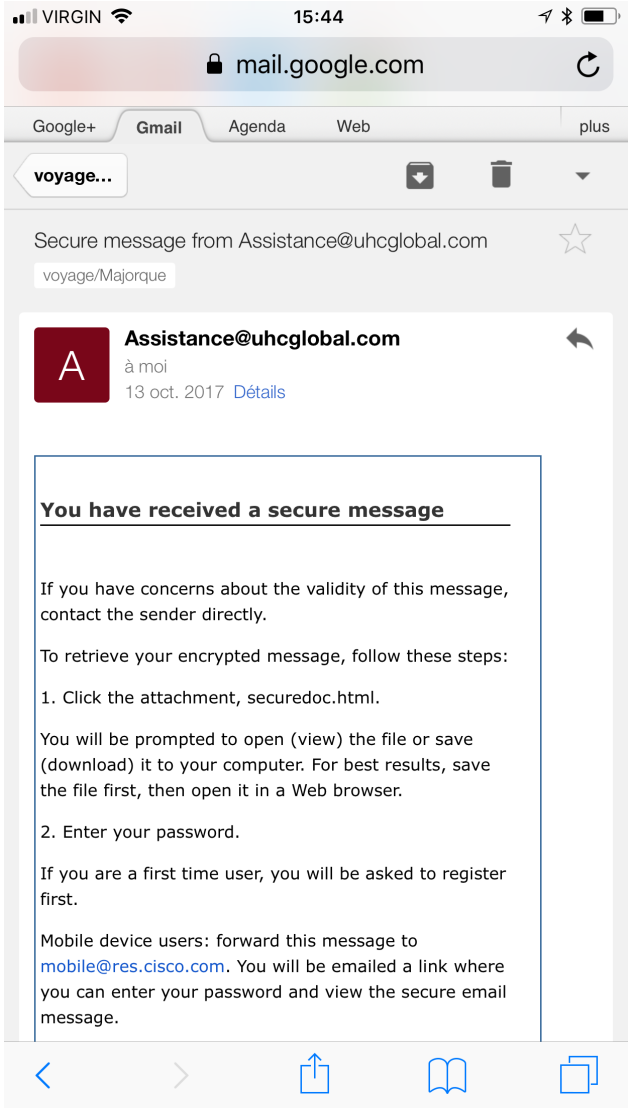
Début → Fin

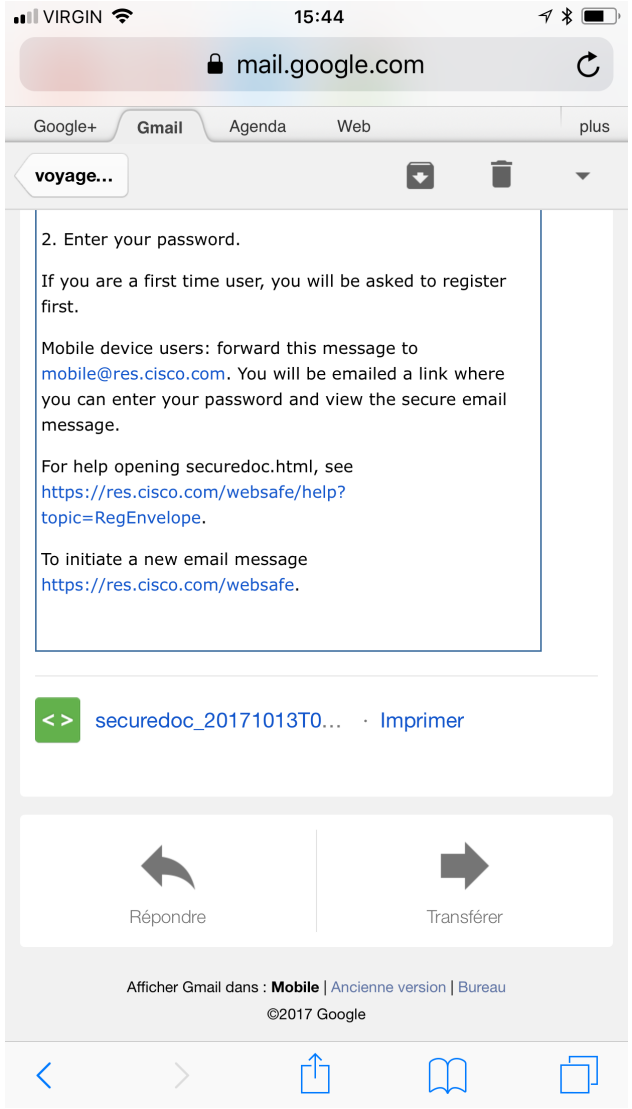
Au téléphone

- Appel au numéro d'assurance voyage de la compagnie
- Transfert d'appel aux États-Unis à une autre compagnie
- Interprète

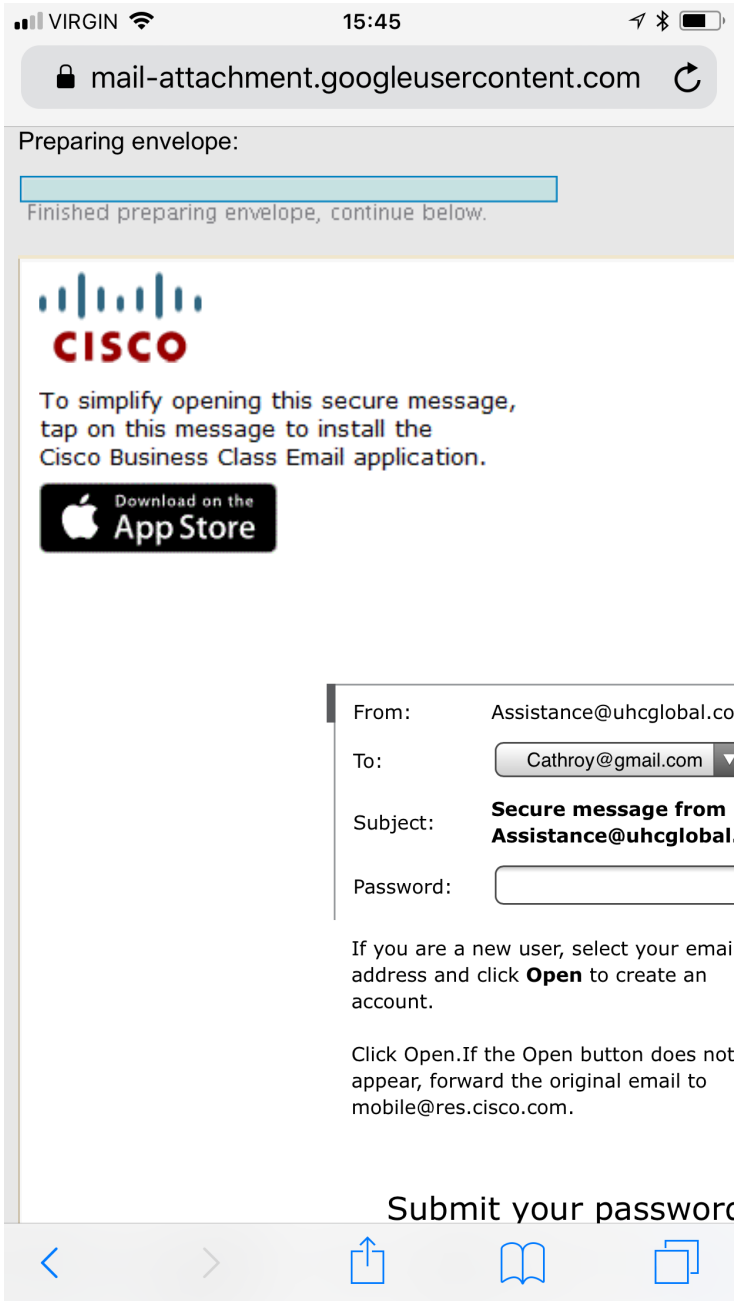
** Photo clichée et sur-utilisée d'un centre d'appel **

Un courriel peu aidant



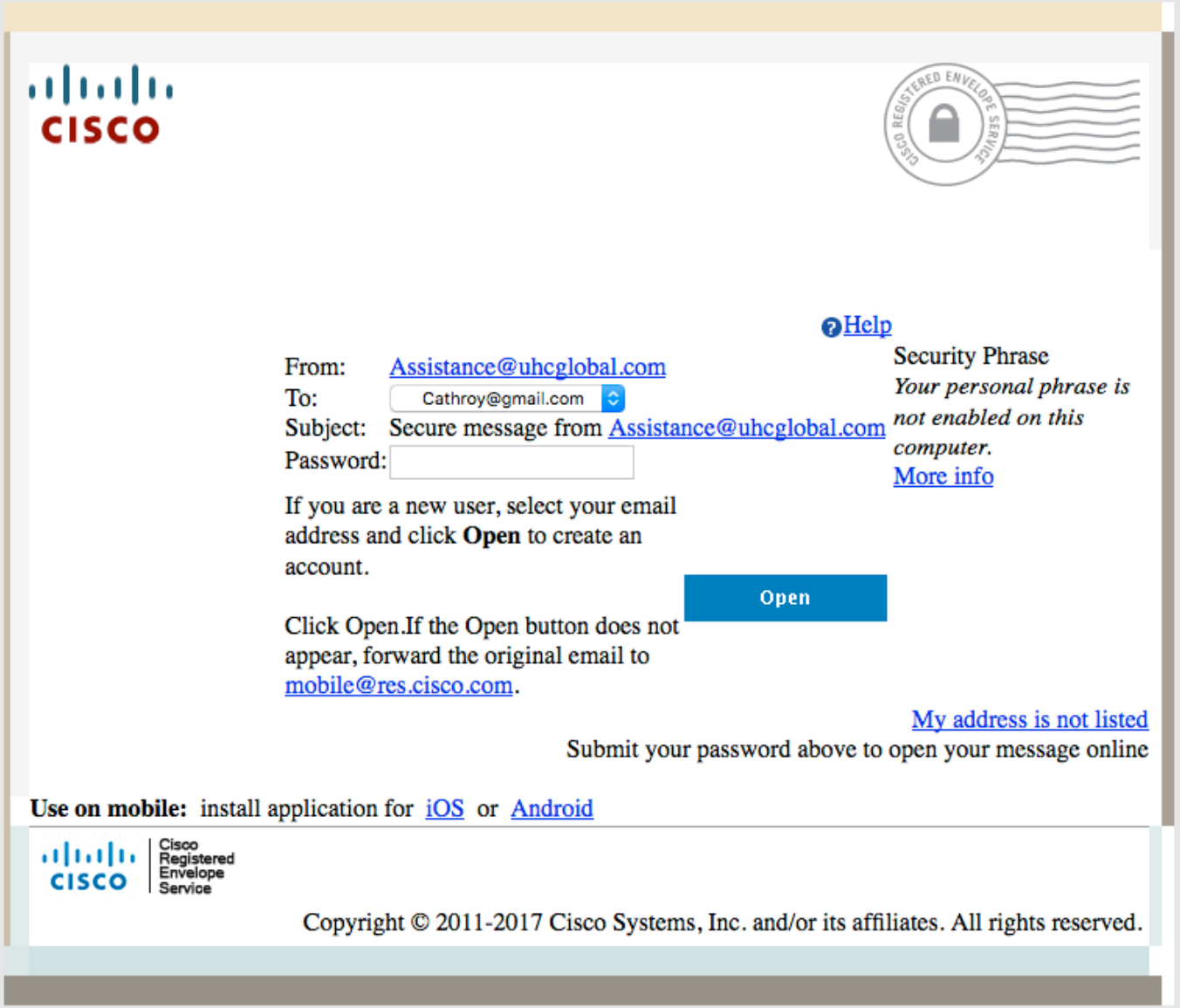


Impossible d’ouvrir le message



Preparing envelope:

Finished preparing envelope, continue below.



Où est le formulaire?

Tranches de police 2 ?

preuves d'assurabilité

Formulaires

Demande pour l'augmentation de la dose d'un médicament

Formulaire d'autorisation de dépôt direct

Formulaire de demande d'assurance pour les médicaments de marque déposée

Demandes de règlement assurance-maladie Sonate

Demandes de règlement PlanDirect

Demandes de règlement Prélude

Tranches de polices 2

Les formulaires qui suivent sont réservés aux participants dont le régime collectif, qui prévoit une protection à l'égard des frais de soins médicaux engagés à l'étranger, commence par un numéro qui se trouve à l'extérieur des tranches de polices suivantes :

55440
de 56000 à 56300 (sauf la police 56048)
de 56461 à 56599
56891
57134
de 250000 à 256499
de 330000 à 339999 (sauf la police 330864 et la police 335206)
de 340000 à 344999

Si le numéro de votre régime collectif est situé dans les tranches de numéros précédentes, utilisez plutôt les formulaires de demande de règlement visant les frais engagés à l'étranger de la section relative aux tranches de polices 1.

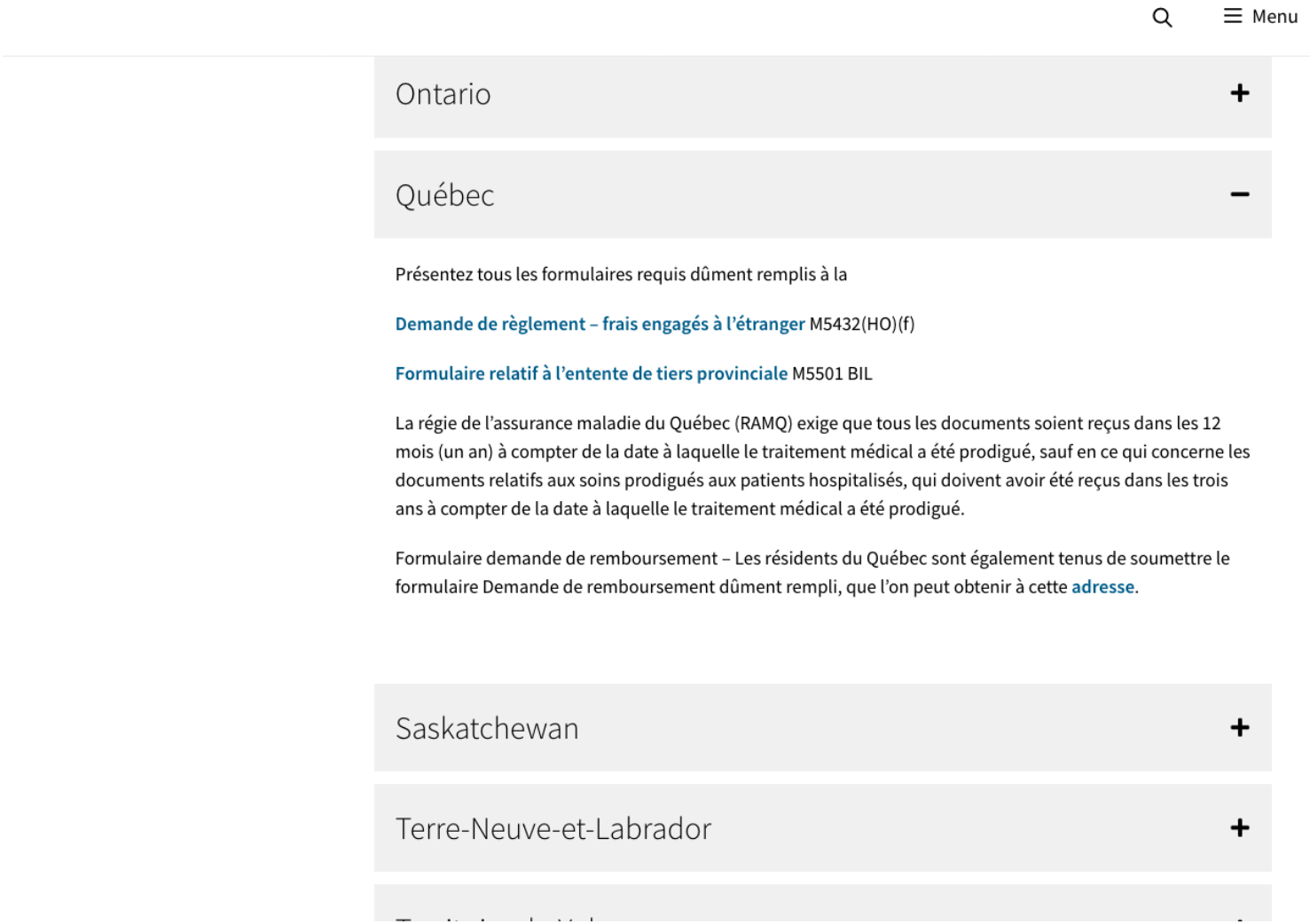
Si vous êtes incertain du formulaire à utiliser, si vous avez des questions ou si vous désirez obtenir de l'aide pour remplir les formulaires, communiquez avec le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger en composant le 1 800 957-9777.

Formulaires relatifs aux ententes de tiers provincials

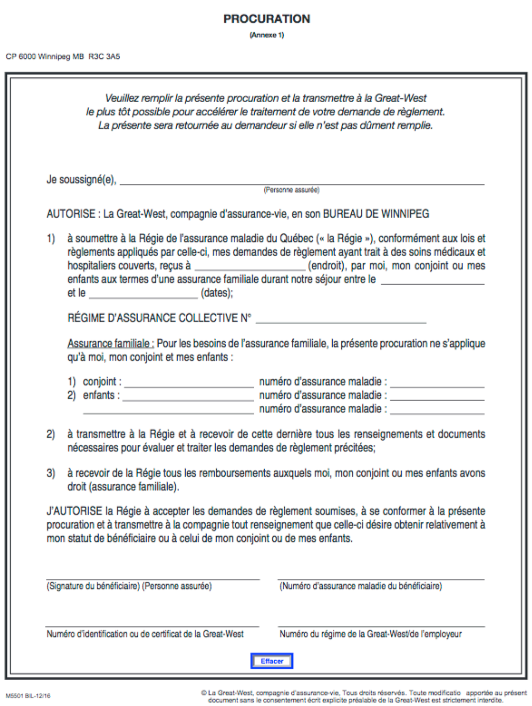
Si votre province de résidence a conclu une entente de tiers avec la Great-West, nous pouvons soumettre vos frais médicaux engagés à l'étranger à votre régime d'assurance-maladie provincial en votre nom. Pour ce faire, les régimes provinciaux exigent qu'un formulaire d'autorisation soit rempli en entier par la personne qui a engagé les frais médicaux.

Sélectionnez votre province ou territoire de résidence à partir de la liste suivante

Formulaires du Québec



Qui doit remplir? En français?



PROCURATION

(Annexe 1)

CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5

Veuillez remplir la présente procuration et la transmettre à la Great-West le plus tôt possible pour accélérer le traitement de votre demande de règlement. La présente sera retournée au demandeur si elle n'est pas dûment remplie.

Je soussigné(e), ______________________ (Personne assurée)

AUTORISE : La Great-West, compagnie d'assurance-vie, en son BUREAU DE WINNIPEG

1) à soumettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (« la Régie »), conformément aux lois et règlements appliqués par celle-ci, mes demandes de règlement ayant trait à des soins médicaux et hospitaliers couverts, reçus à ______________ (endroit), par moi, mon conjoint ou mes enfants aux termes d'une assurance familiale durant notre séjour entre le ______________ et le ______________ (dates);

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE N° ______________

Assurance familiale : Pour les besoins de l'assurance familiale, la présente procuration ne s'applique qu'à moi, mon conjoint et mes enfants :

1) conjoint : ______________ numéro d'assurance maladie : ______________
2) enfants : ______________ numéro d'assurance maladie : ______________
______________ numéro d'assurance maladie : ______________

2) à transmettre à la Régie et à recevoir de cette dernière tous les renseignements et documents nécessaires pour évaluer et traiter les demandes de règlement précitées;

3) à recevoir de la Régie tous les remboursements auxquels moi, mon conjoint ou mes enfants avons droit (assurance familiale).

J'AUTORISE la Régie à accepter les demandes de règlement soumises, à se conformer à la présente procuration et à transmettre à la compagnie tout renseignement que celle-ci désire obtenir relativement à mon statut de bénéficiaire ou à celui de mon conjoint ou de mes enfants.

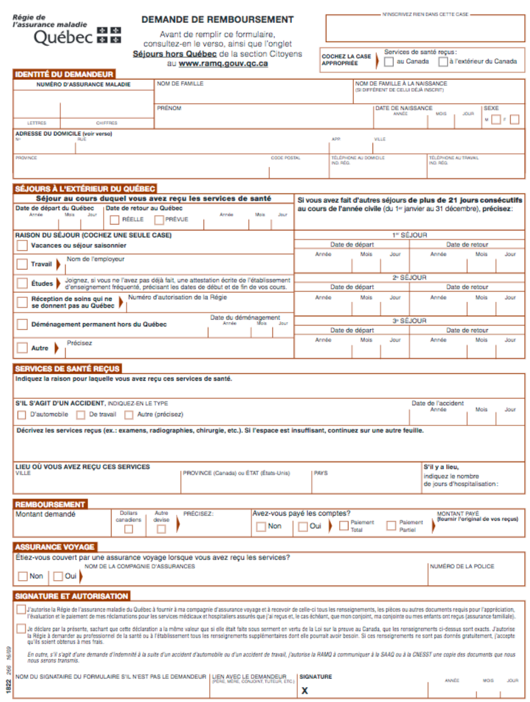
(Signature du bénéficiaire) (Personne assurée) | (Numéro d'assurance maladie du bénéficiaire)

Numéro d'identification ou de certificat de la Great-West | Numéro du régime de la Great-West/de l'employeur

Effacer

M5501 BIL-12/16

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie, Tous droits réservés. Toute modificatio apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.



Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Avant de remplir ce formulaire, consultez-en le verso, ainsi que l'onglet **Séjours hors Québec** de la section Citoyens au **www.ramq.gouv.qc.ca**

N'INSCRIVEZ RIEN DANS CETTE CASE

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE — Services de santé reçus : ☐ au Canada ☐ à l'extérieur du Canada

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE (LETTRES / CHIFFRES) — NOM DE FAMILLE — NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE (SI DIFFÉRENT DE CELUI DÉJÀ INSCRIT)

PRÉNOM — DATE DE NAISSANCE (ANNÉE / MOIS / JOUR) — SEXE M ☐ F ☐

ADRESSE DU DOMICILE (voir verso) — N° — RUE — APP. — VILLE

PROVINCE — CODE POSTAL — TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉG. — TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉG.

SÉJOURS À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

Séjour au cours duquel vous avez reçu les services de santé

Date de départ du Québec (Année / Mois / Jour) — Date de retour au Québec ☐ RÉELLE ☐ PRÉVUE (Année / Mois / Jour)

RAISON DU SÉJOUR (COCHEZ UNE SEULE CASE)

☐ Vacances ou séjour saisonnier

☐ Travail — Nom de l'employeur

☐ Études — Joignez, si vous ne l'avez pas déjà fait, une attestation écrite de l'établissement d'enseignement fréquenté, précisant les dates de début et de fin de vos cours.

☐ Réception de soins qui ne se donnent pas au Québec — Numéro d'autorisation de la Régie

☐ Déménagement permanent hors du Québec — Date du déménagement (Année / Mois / Jour)

☐ Autre — Précisez

Si vous avez fait d'autres séjours de plus de 21 jours consécutifs au cours de l'année civile (du 1er janvier au 31 décembre), **précisez:**

1er SÉJOUR — Date de départ (Année / Mois / Jour) — Date de retour (Année / Mois / Jour)

2e SÉJOUR — Date de départ (Année / Mois / Jour) — Date de retour (Année / Mois / Jour)

3e SÉJOUR — Date de départ (Année / Mois / Jour) — Date de retour (Année / Mois / Jour)

SERVICES DE SANTÉ REÇUS

Indiquez la raison pour laquelle vous avez reçu ces services de santé.

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, INDIQUEZ-EN LE TYPE ☐ D'automobile ☐ De travail ☐ Autre (précisez) — Date de l'accident (Année / Mois / Jour)

Décrivez les services reçus (ex.: examens, radiographies, chirurgie, etc.). Si l'espace est insuffisant, continuez sur une autre feuille.

LIEU OÙ VOUS AVEZ REÇU CES SERVICES — VILLE — PROVINCE (Canada) ou ÉTAT (États-Unis) — PAYS — S'il y a lieu, indiquez le nombre de jours d'hospitalisation :

REMBOURSEMENT

Montant demandé — Dollars canadiens ☐ — Autre devise ☐ — PRÉCISEZ: — Avez-vous payé les comptes? ☐ Non ☐ Oui ☐ Paiement Total ☐ Paiement Partiel — MONTANT PAYÉ (fournir l'original de vos reçus)

ASSURANCE VOYAGE

Étiez-vous couvert par une assurance voyage lorsque vous avez reçu les services? ☐ Non ☐ Oui — NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES — NUMÉRO DE LA POLICE

SIGNATURE ET AUTORISATION

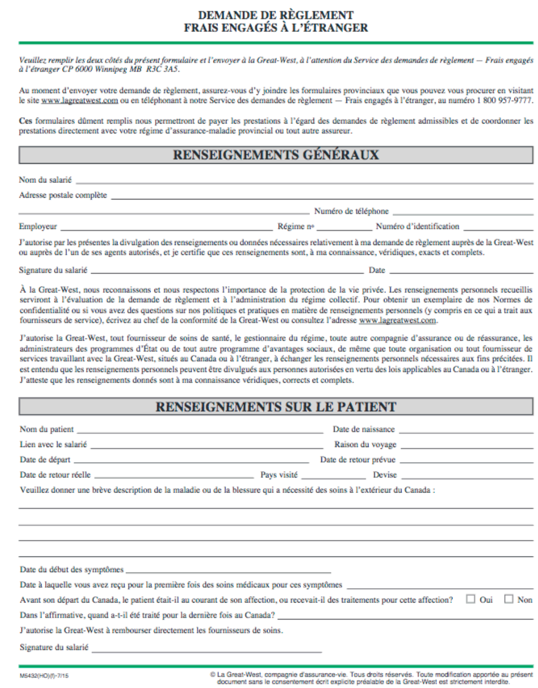
☐ J'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à fournir à ma compagnie d'assurance voyage et à recevoir de celle-ci tous les renseignements, les pièces ou autres documents requis pour l'appréciation, l'évaluation et le paiement de mes réclamations pour les services médicaux et hospitaliers assurés que j'ai reçus et, le cas échéant, que mon conjoint, ma conjointe ou mes enfants ont reçus (assurance familiale).

☐ Je déclare par la présente, sachant que cette déclaration a la même valeur que si elle était faite sous serment en vertu de la Loi sur la preuve au Canada, que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise la Régie à demander au professionnel de la santé ou à l'établissement tous les renseignements supplémentaires dont elle pourrait avoir besoin. Si ces renseignements ne sont pas donnés gratuitement, j'accepte qu'ils soient obtenus à mes frais.

En outre, s'il s'agit d'une demande d'indemnité à la suite d'un accident d'automobile ou d'un accident de travail, j'autorise la RAMQ à communiquer à la SAAQ ou à la CNESST une copie des documents que nous nous serons transmis.

NOM DU SIGNATAIRE DU FORMULAIRE S'IL N'EST PAS LE DEMANDEUR — LIEN AVEC LE DEMANDEUR (PÈRE, MÈRE, CONJOINT, TUTEUR, ETC.) — SIGNATURE X — ANNÉE / MOIS / JOUR

1822 266 16/09



DEMANDE DE RÈGLEMENT
FRAIS ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

Veuillez remplir les deux côtés du présent formulaire et l'envoyer à la Great-West, à l'attention du Service des demandes de règlement — Frais engagés à l'étranger CP 6000 Winnipeg MB R3C 3A5.

Au moment d'envoyer votre demande de règlement, assurez-vous d'y joindre les formulaires provinciaux que vous pouvez vous procurer en visitant le site www.lagreatwest.com ou en téléphonant à notre Service des demandes de règlement — Frais engagés à l'étranger, au numéro 1 800 957-9777.

Ces formulaires dûment remplis nous permettront de payer les prestations à l'égard des demandes de règlement admissibles et de coordonner les prestations directement avec votre régime d'assurance-maladie provincial ou tout autre assureur.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du salarié ______________

Adresse postale complète ______________

______________ Numéro de téléphone ______________

Employeur ______________ Régime no ______________ Numéro d'identification ______________

J'autorise par les présentes la divulgation des renseignements ou données nécessaires relativement à ma demande de règlement auprès de la Great-West ou auprès de l'un de ses agents autorisés, et je certifie que ces renseignements sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du salarié ______________ Date ______________

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Les renseignements personnels recueillis serviront à l'évaluation de la demande de règlement et à l'administration du régime collectif. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, de même que toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger les renseignements personnels nécessaires aux fins précitées. Il est entendu que les renseignements personnels peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient ______________ Date de naissance ______________

Lien avec le salarié ______________ Raison du voyage ______________

Date de départ ______________ Date de retour prévue ______________

Date de retour réelle ______________ Pays visité ______________ Devise ______________

Veuillez donner une brève description de la maladie ou de la blessure qui a nécessité des soins à l'extérieur du Canada :

Date du début des symptômes ______________

Date à laquelle vous avez reçu pour la première fois des soins médicaux pour ces symptômes ______________

Avant son départ du Canada, le patient était-il au courant de son affection, ou recevait-il des traitements pour cette affection? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, quand a-t-il été traité pour la dernière fois au Canada? ______________

J'autorise la Great-West à rembourser directement les fournisseurs de soins.

Signature du salarié ______________

M5432(HO)(f)-7/15

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie. Tous droits réservés. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

6 téléphonistes plus tard

- Jamais les mêmes renseignements
- Contradictions d'un à l'autre

** Photo clichée et sur-utilisée d'un centre d'appel **

Don’t make me think.

- Steve Krug

© Ishan Manandhar/

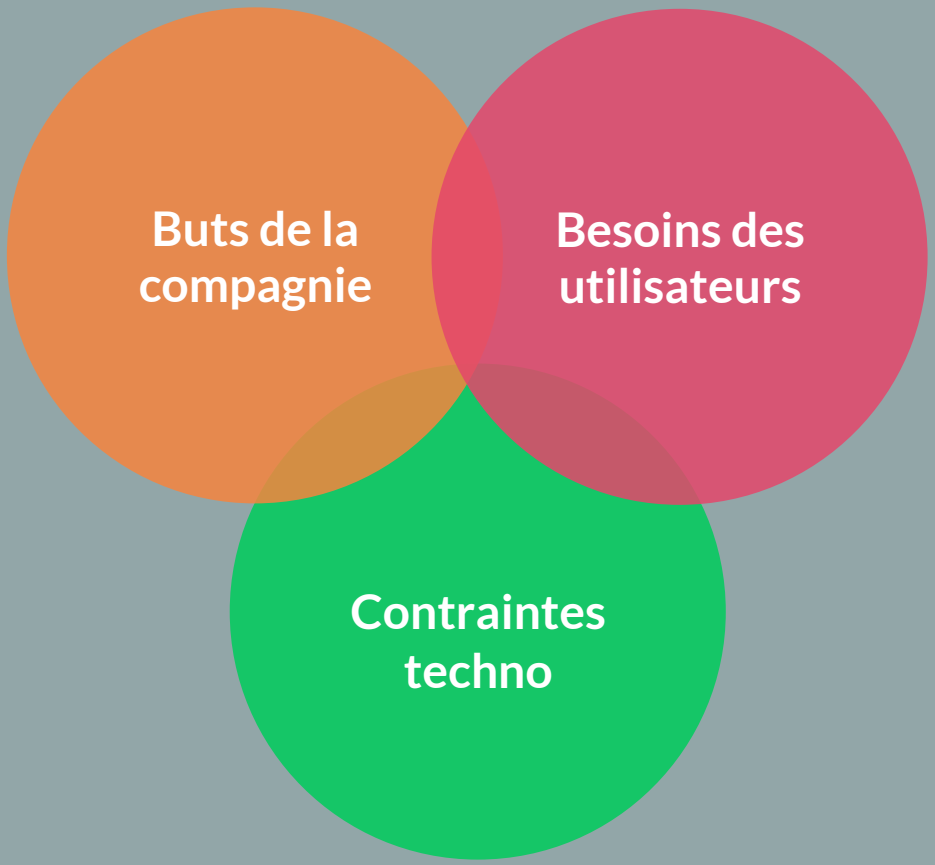
À tous les points de contact et interactions :

- Téléphone
- Interprète
- Courriel
- Site internet
- Formulaires

Expérience client négative vécue est partagée à d'autres.

Alors le UX, c’est quoi?

Le UX, c’est l’équilibre



pour rendre **l’expérience harmonieuse**.

Chaque **point de contact** est une occasion de faire vivre des **émotions positives** à la clientèle et favoriser ainsi l'**engagement**.

© NNGroup.com

Expérience vécue par nos utilisateurs ne dépend pas juste de nous.

Nécessité d’interroger nos utilisateurs sur leur réalité.

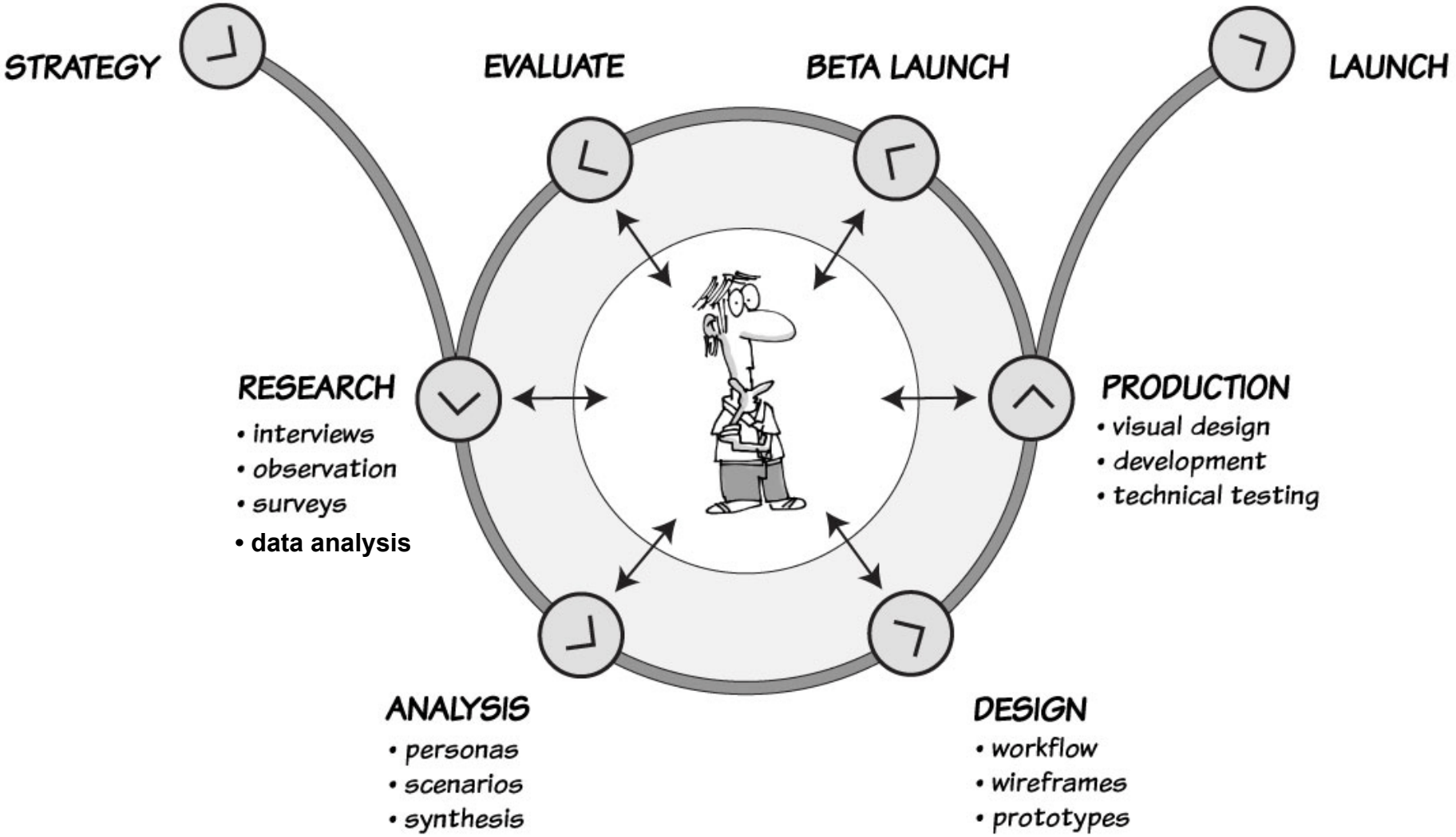
Changement en développement et création de produits.

Développement de produit «Over the wall»

Une idée émerge Une équipe développe Une équipe produit

Copyright 2015 Len Bass

Démarche centrée sur l'utilisateur



© UXMastery

Changement de paradigme

▷Compagnie “Produit” :
PO place l’emphase sur le développement des fonctions/widgets

▷Compagnie “Service”:
Gestionnaire développe des solutions qui optimisent l’expérience et la performance client.

Vue globale

Ce changement de paradigme permet une vision marché, client, produits alors que l’autre vision est restreinte par les produits seulement.

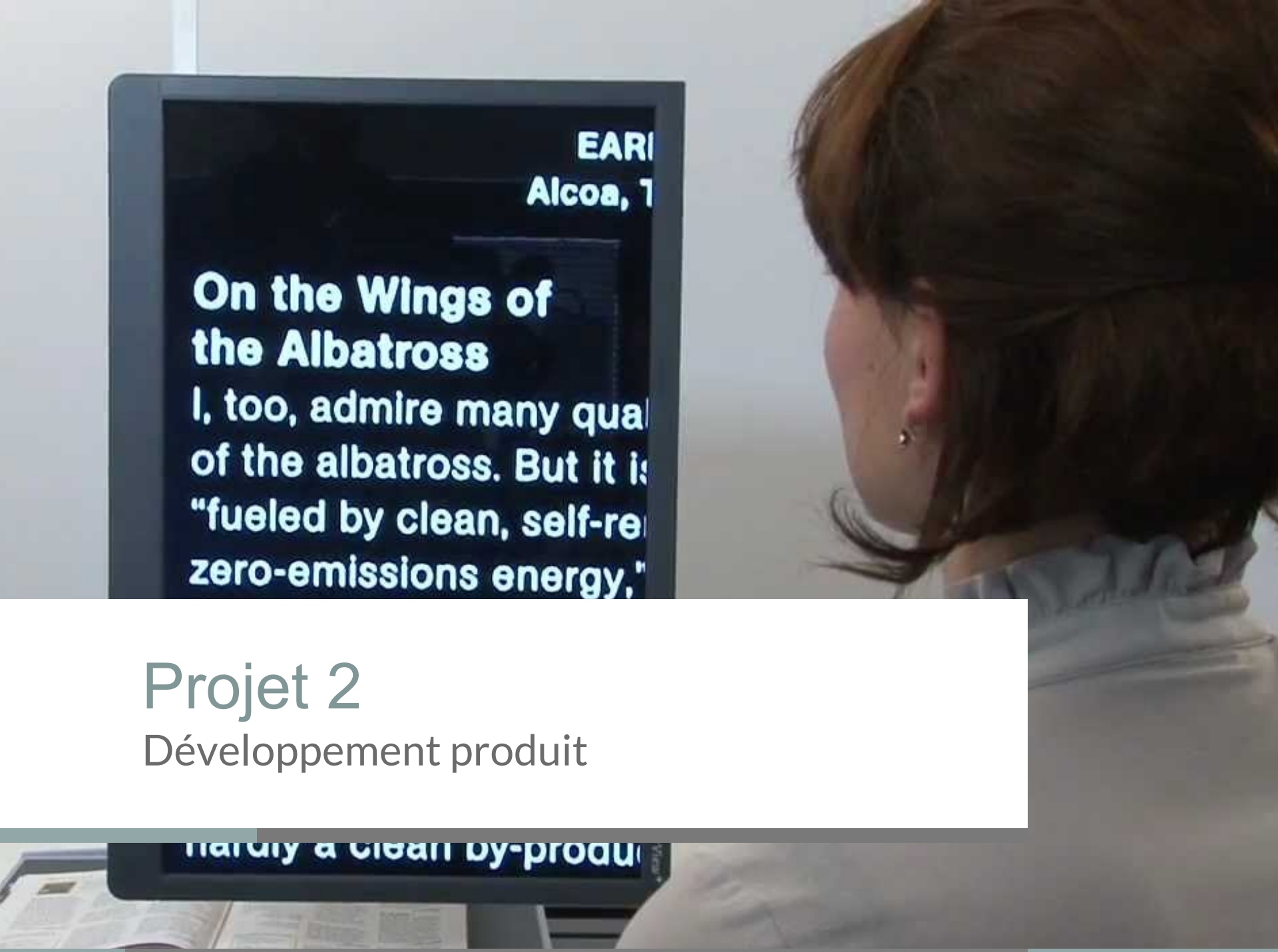
Projet 1

Développement informatique typique

© HowStuffWorks

Résultats

- Nouveaux clients
- Pilotes satisfaits et utilisent l'application
- En processus de changer le logiciel dans les centres de contrôle aérien pour une meilleure expérience client
- Premières maquettes à la satisfaction des contrôleurs

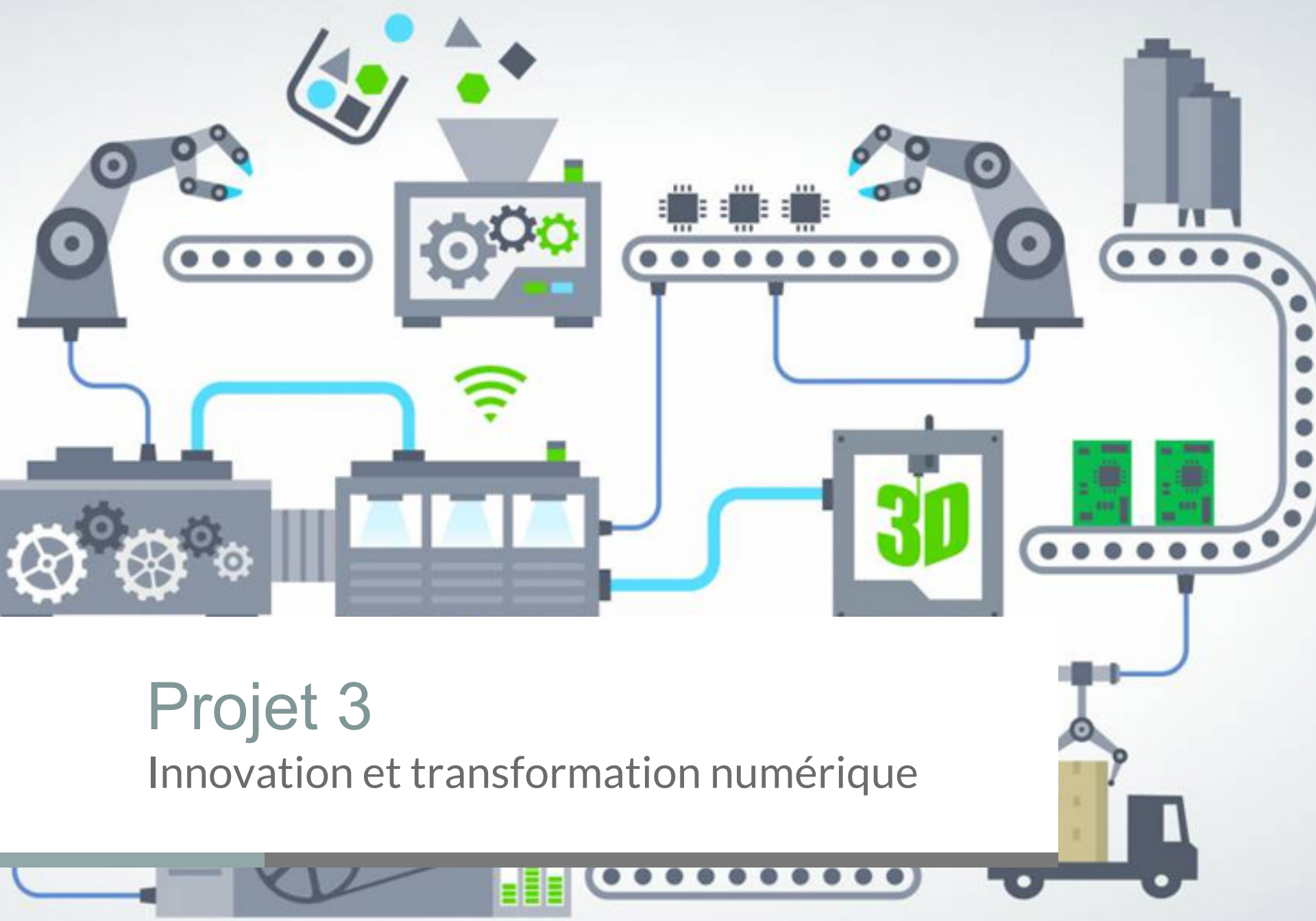


Projet 2

Développement produit

Résultats

- Nouvelle stratégie de distribution
- Nouvelle stratégie de communication
- Nouvelle stratégie marketing
- Changements majeurs design et conception hardware/software
- Changement du site internet
- Changement des textes et contenus



Projet 3

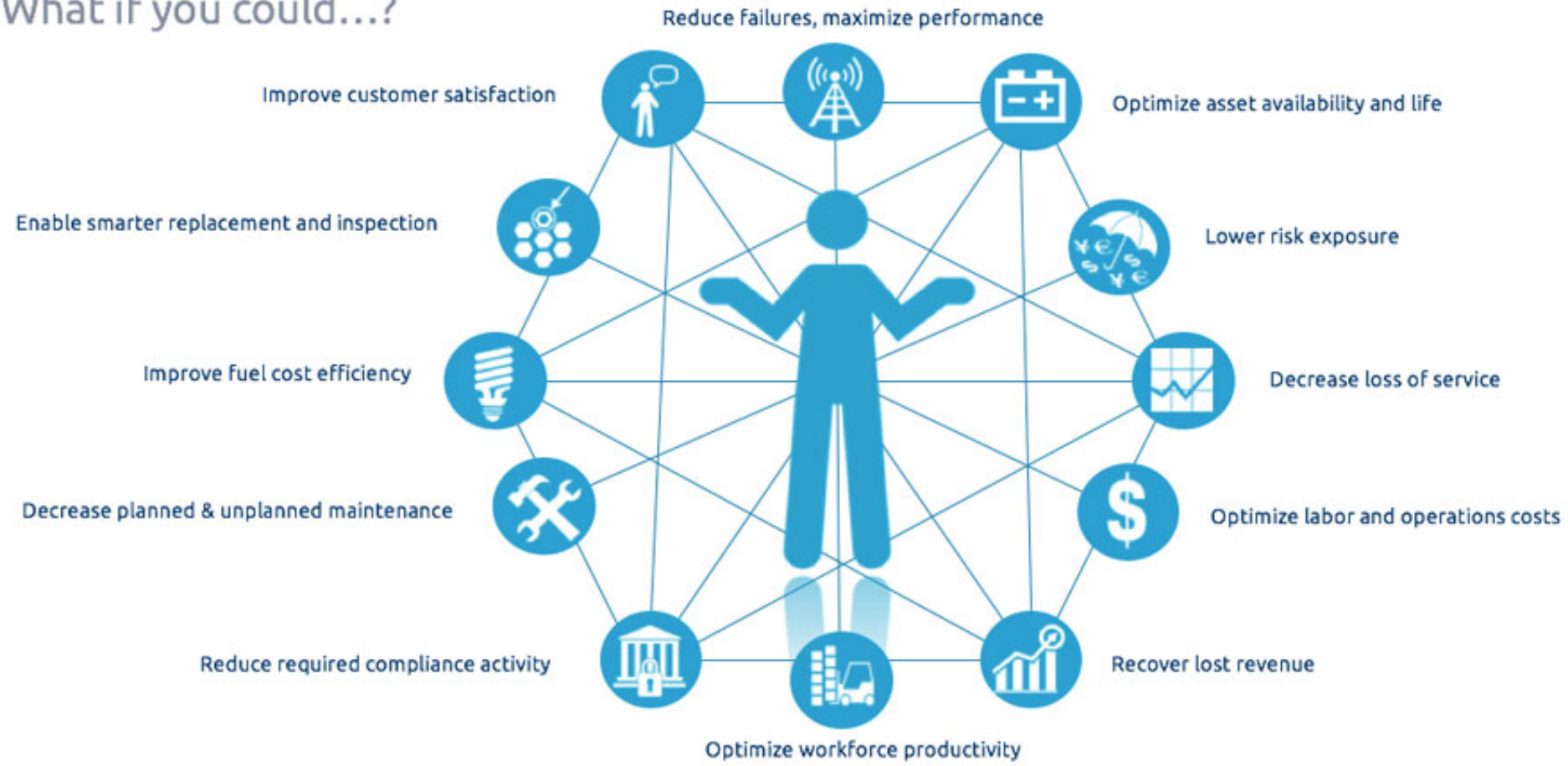
Innovation et transformation numérique

© SolutionAnalysts

Avant

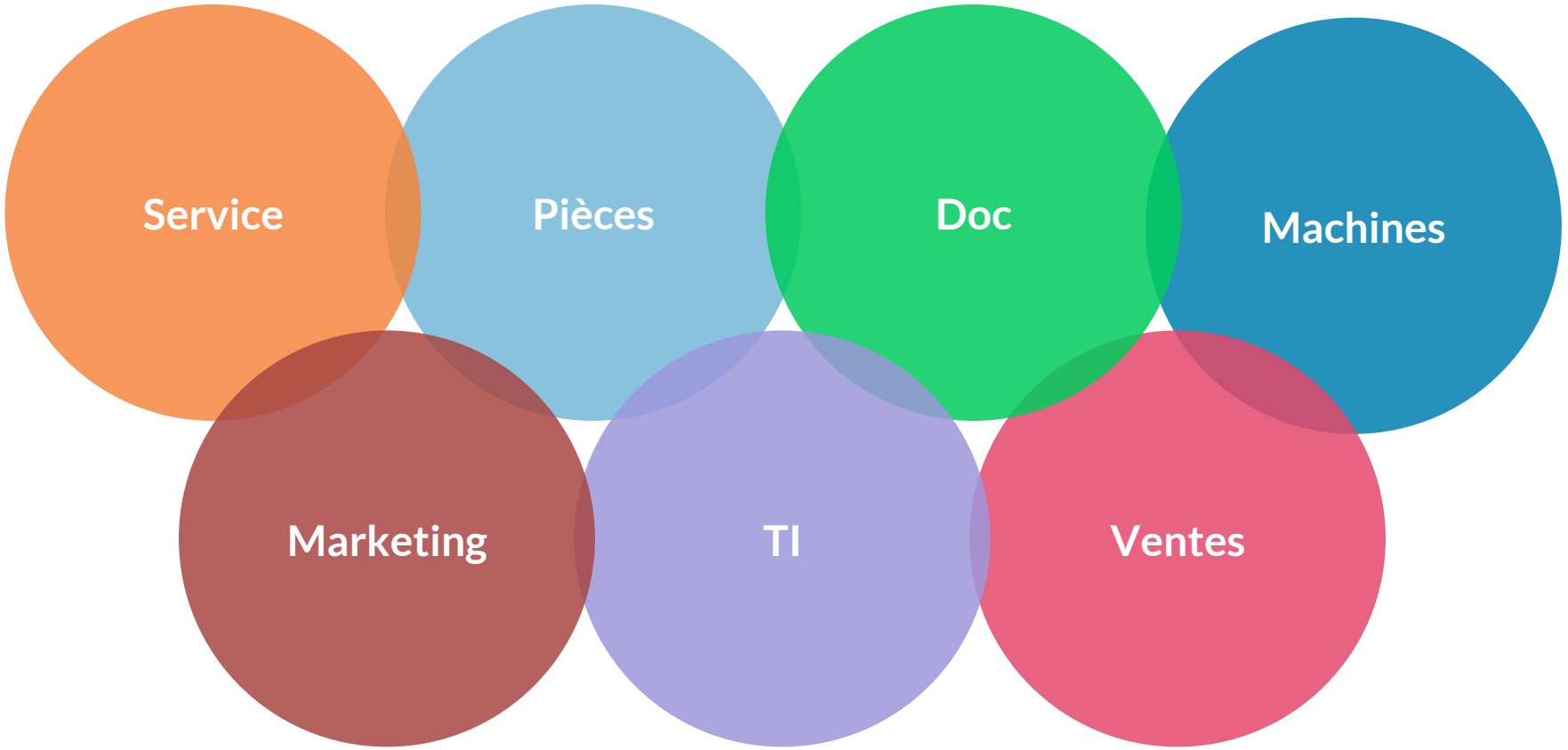
Predictive Maintenance

What if you could…?



© ADLINK Technology

Alignement



Le UX, un rôle de premier plan

▷ Recherche et besoins sur les multiples utilisateurs, tant internes qu'externes

▷Priorisation des fonctionnalités

▷Définition de l'expérience optimale pour 3 espaces différents :

Service/interne
Clients
Techniciens de service

▷Monétisation/onboarding/rétention

Accélération

Le UX est un facteur d’accélération et de différenciation pour l’entreprise.

La frustration a un coût

Une mauvaise conception engendre de la friction qui coûte des **milliers, millions, milliard** de dollars.

Frustration et coûts quantifiables

- Dépenses accrues
- Perte de revenus
- Perte de productivité
- Temps de développement perdu

Quelles sont vos problématiques?

© pragmatic-conferencing.com

Des standards plus élevés
Apple
Netflix
Facebook
Airbnb
Etc.

Chaque dollar investi dans une meilleure utilisabilité offre un retour sur l’investissement entre 2 et 100$.

- Peter Eckert

Merci!
Questions?

catherine@catherineroy.com