

---

*La Microassurance Santé : Une approche inclusive*

## Préface

---

Fin 2013, l'Agence Française de Développement initiait un partenariat avec Women's World Banking afin d'améliorer l'inclusion financière dans cinq pays émergents (Maroc, Egypte, Ouganda, Nigéria et Tanzanie), en proposant une diversification de produits.

Dans trois de ces pays (Maroc, Egypte et Ouganda), l'accent a été mis sur une offre d'assurance santé adaptée :

Les dépenses de santé peuvent être d'ordres multiples (médicaments, tests et diagnostics, hospitalisation, transport, hébergement, etc.) Tous ces coûts peuvent représenter des freins au recours au soin ou entraîner une dégradation des conditions de vie des ménages qui ne sont pas correctement couverts par un système assurantiel. Qui plus est, lorsque les personnes actives au sein d'un ménage travaillent dans l'informel, le coût du recours au soin est d'autant plus significatif en raison du coût d'opportunité lié au manque de revenus lorsque la personne se fait traiter.

Les Institutions de Microfinance du réseau Women's World Banking citées dans cette publication ont pris en compte ces réalités et se sont fixé comme objectif de développer des produits d'assurance santé inclusifs c'est-à-dire qui répondent aux préoccupations réelles de leurs clients qui sont essentiellement des femmes travaillant dans le secteur informel et qui ne sont pas couvertes de façon satisfaisante par des régimes assurantiels. Via leur appui à ces institutions, au Maroc, en Jordanie, en Egypte et en Ouganda, Women's World Banking nous livre dans cette publication les principaux outils méthodologiques et les leçons liés au développement de ces produits particuliers.

Parmi ces leçons figurent les processus et outils nécessaires pour élaborer, tester, modifier et déployer un produit de micro-assurance santé performant à la fois financièrement et socialement dont les indicateurs clés de performance financière et sociale à collecter, suivre et interpréter, les secrets d'une gestion efficace des sinistres et de la fraude, l'investissement nécessaire dans les systèmes d'information ou encore la gestion des partenariats entre Institution de Microfinance et compagnies d'assurance.

L'Agence Française de Développement soutient Women's World Banking dans cet effort de partage public d'informations.

A l'heure où nous finalisons cette publication en décembre 2016, plus de 1,500,000 de clients et leur famille ont maintenant reçu un premier accès à l'assurance.



Encida Del Hierro  
Senior Investment Officer, Financial inclusion  
AFD



#### SITES DE NOS PROJETS

Egypte    Maroc  
Inde    Pérou  
Jordanie    Ouganda

#### À PROPOS DE WOMEN'S WORLD BANKING

Women's World Banking, organisation internationale à but non lucratif, a pour objectif de donner aux femmes à faible revenu les moyens essentiels à leur sécurité et leur prospérité en améliorant leur accès aux produits financiers. Depuis plus de 35 ans, nous travaillons avec un réseau international d'institutions financières pour démontrer les avantages de l'investissement dans les femmes non seulement comme clientes mais aussi comme entrepreneuses et dirigeantes. Nous procurons à ces institutions les moyens de répondre aux besoins des femmes à travers des études de marché qui font référence, la formation des dirigeants, la conception de produits financiers durables et l'éducation financière de leurs clients.

#### À PROPOS DE L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT

Agence Française de Développement (AFD), institution financière publique qui met en œuvre la politique définie par le gouvernement français, agit pour combattre la pauvreté et favoriser le développement durable. Présente sur quatre continents à travers un réseau de 75 bureaux, l'AFD finance et accompagne des projets qui améliorent les conditions de vie des populations, soutiennent la croissance économique et protègent la planète. En 2015, l'AFD a consacré 8,3 milliards d'euros au financement de projets dans les pays en développement et en faveur des Outre-mer.

[WWW.AFD.FR](http://WWW.AFD.FR)

## Introduction

Partout dans le monde, les ménages à faible revenu mentionnent les urgences médicales comme l'un des principaux risques qui pèsent sur leur sécurité financière. Les femmes à faible revenu sont souvent les plus touchées. Non seulement elles éprouvent plus de difficultés que les hommes à accéder aux soins de santé, mais elles sont exposées à des risques sanitaires supplémentaires liés à la grossesse et à l'accouchement.

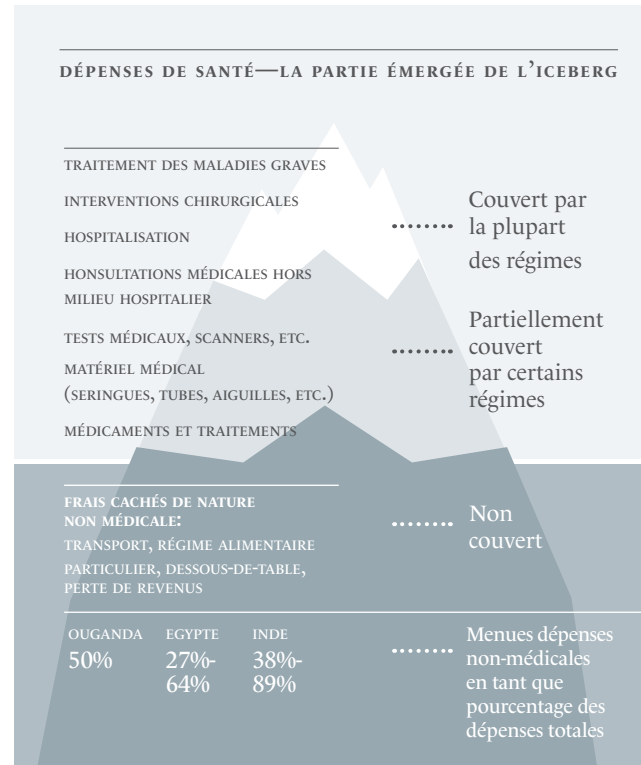
Invariablement dans tous les pays, Women's World Banking a constaté que les femmes n'accordaient pas la priorité à leur propre santé, et privilégiaient le bien-être de leurs enfants et leur travail. Lorsqu'elles ne se sentent pas bien, elles ignorent les symptômes et ont recours à des remèdes maison ou à des médicaments en vente libre pour soulager leur douleur. Ces femmes ne cherchent à se faire soigner que lorsque la douleur devient insupportable et à ce stade, les interventions chirurgicales sont parfois la seule solution. Le seul moment où elles cherchent activement des soins médicaux appropriés est lors d'une grossesse et d'un accouchement. Ce comportement se retrouve chez les femmes à l'échelle mondiale et a des répercussions importantes à l'heure de concevoir une assurance santé adaptée à ce segment de population.

Par ailleurs, les recherches montrent que le fardeau que représentent les soins de santé ne se limite pas au seul coût du traitement ou de l'hospitalisation.

Les petites dépenses liées aux médicaments et au matériel médical sont récurrentes et onéreuses. Les études menées par Women's World Banking auprès des ménages à faible revenu dans différents pays mettent également en évidence certaines dépenses non-médicales « cachées », telles que la perte de revenus, le transport, l'adoption d'un régime alimentaire particulier et les dessous de table pour accéder aux soins. Ces dépenses sont importantes et peuvent s'élever à près de 70 pour cent des dépenses totales liées au traitement.

En l'absence d'options appropriées de financement de la santé, les ménages à faible revenu ont tendance à puiser dans leurs économies, vendre leurs biens, décapitaliser leurs entreprises, emprunter à des amis ou des membres de leur famille, ou recourir à des usuriers. Bien que certains pays disposent de régimes de sécurité sociale destinés à ce segment de population, ces derniers n'ont pas vraiment permis de répondre aux besoins de ce segment. Et comme la plupart de ces régimes ne couvrent pas les menues dépenses, les familles à faible revenu courent un plus grand risque de s'enfoncer davantage dans la pauvreté.

Women's World Banking sait que la microassurance santé peut fournir un filet de sécurité essentiel aux familles à faible revenu en les protégeant des risques de catastrophes sanitaires.



Malheureusement, la plupart des produits d'assurance santé proposés par des assureurs commerciaux ne sont que des versions réduites de leurs produits ordinaires et ne tiennent pas compte des besoins de la population à faible revenu. Women's World Banking s'efforce de pallier ce manque en concevant des produits qui soient aussi inclusifs que possible.

C'est en 2006 que Women's World Banking s'est attelée à la conception de son produit phare de microassurance *Caregiver*, en collaboration avec Microfund for Women (MfW), membre du réseau Women's World Banking et une des plus grandes institutions de microfinance de Jordanie qui compte aujourd'hui plus de 120 000 clients, principalement des femmes. Depuis lors, Women's World Banking a collaboré avec des membres de son réseau au Pérou, en Egypte, au Maroc, en Ouganda et en Inde pour mettre au point des produits similaires d'assurance santé qui répondent aux besoins et contextes de ces pays. Women's World Banking travaille directement avec les institutions financières pour les assister techniquement dans l'offre de solutions d'assurance santé simples, abordables et pertinentes pour les clients à faible revenu, et en particulier les femmes. Cette publication décrit l'approche adoptée par Women's World Banking pour élaborer des produits de microassurance santé inclusifs dans différents marchés.

## Qu'est-ce que Caregiver?

*Caregiver* est une indemnité journalière d'hospitalisation, conçue pour être proposée par une institution financière, en tant qu'intermédiaire<sup>1</sup> regroupant des clientes (ou « bénéficiaires » pour employer le jargon de l'assurance) pour le compte d'une compagnie d'assurance qui fait office de porteur de risque. *Caregiver* fournit un versement fixe en espèces pour chaque nuit passée à l'hôpital, indépendamment des dépenses réelles engagées. Le seul document exigé au moment de présenter une déclaration de sinistre est le certificat de sortie d'hôpital permettant de vérifier le nombre de nuits passées à l'hôpital. Le produit est simple et facile à comprendre. De plus, les clientes reçoivent l'argent directement (à la différence des autres produits d'assurance qui remboursent une partie des coûts de traitement aux hôpitaux) et elles sont libres d'utiliser cet argent comme elles l'entendent. *Caregiver* est un produit complémentaire, c'est-à-dire qu'il peut être utilisé conjointement aux polices d'assurance santé souscrits par les clientes ou à des régimes de sécurité sociale dont elles bénéficieraient. Les clientes ont ainsi accès à des fonds supplémentaires pour couvrir leurs dépenses, ce qui leur permet de maintenir leur niveau de consommation.

PRESTATION CLÉ	Fixed amount paid to the client for every night of hospitalization
DURÉE	Linked with the loan term/ flexible
PLAFOND GLOBAL DE LA COUVERTURE	Cap on maximum number of nights per year, no limit per incident of hospitalization
D'HOSPITALISATION	Can be provided
PRESTATION D'ASSURANCE-VIE	None
EXCLUSIONS	Aucune
CO-PAIEMENT/ CO-ASSURANCE/ DÉDUCTIBLE	Aucun
PÉRIODE D'ATTENTE	Aucun
CHOIX D'HÔPITAL	Tout hôpital agréé
DOCUMENTS DE DÉCLARATION DE SINISTRE EXIGÉS	Certificat original de sortie d'hôpital

<sup>1</sup> Bien que Women's World Banking ait travaillé exclusivement avec des institutions financières, ce produit peut également être proposé par des institutions non financières tels que les opérateurs de réseau mobile, les organismes non gouvernementaux, les coopératives, les entreprises, les usines et autres établissements similaires.

## Études de marché et recherche

Le processus suivi par Women's World Banking pour le développement de ses produits commence par une étude de marché. L'équipe de marketing recueille des renseignements à partir de sources secondaires pour comprendre le contexte des soins de santé d'un pays donné. L'équipe mène alors des analyses primaires auprès des clients (groupes de discussion et entretiens personnels) afin d'identifier les obstacles et leurs tendances comportementales spécifiques, ainsi que l'impact des urgences sanitaires sur les finances de leur ménage.

Les éléments tirés de ce travail sont utiles aux deux premiers piliers du processus de développement de produits adopté par Women's World Banking: conception de produits et marketing et éducation des consommateurs. Troisième pilier du processus: la mise en place du mode opératoire implique une analyse approfondie de l'institution financière et une sélection concurrentielle de l'assureur. Women's World Banking procède ensuite au pilotage du produit, dont elle teste chacun des trois piliers afin d'optimiser le produit et le modèle de prestations/opérations avant de procéder à son déploiement.

### COMPRENDRE LE CONTEXTE DU PAYS

Une deuxième étude sur le contexte de l'assurance santé dans le pays concerné permet également de comprendre le contexte général, les opportunités, risques et défis liés au développement du produit de microassurance santé. Il est essentiel de connaître les profils des segments de population ciblée, les risques sanitaires qui leur sont propres ainsi que leur accès aux services de soins de santé et la qualité de ces services.

Il est tout aussi important de tenir compte des acteurs présents sur le marché et des régimes de sécurité sociale et d'assurance existants, de leur portée et de leur efficacité. Ces études permettent de déterminer les écarts entre l'offre et la demande qui permettront d'élaborer la stratégie globale en vue du lancement du *Caregiver*.

Une parfaite compréhension de la réglementation en vigueur est également nécessaire pour orienter cette stratégie de lancement. Dans certains pays, il peut être nécessaire de créer des dispositions réglementaires favorables afin de permettre à une institution financière de proposer un produit d'assurance à ses clientes.

Il peut s'avérer utile de nouer des relations avec le régulateur dans le but d'expliquer les objectifs du produit pour faciliter son lancement. Par exemple, l'équipe de Women's World Banking a travaillé avec le régulateur jordanien pour adapter la réglementation en assurance afin de faciliter le déploiement de la microassurance et en particulier du produit *Caregiver* lancé par MfW.

Pour être des alliés efficaces du développement de la microassurance au bénéfice du plus grand nombre (et en particulier des femmes), les régulateurs peuvent:

- mettre au point une réglementation fondée sur des risques et des résultats plutôt que sur la conformité à des règles ex-ante;
- développer et promouvoir une expertise interne en matière de microassurance (aussi bien au niveau du produit qu'au niveau actuariel);
- coordonner la collecte et le partage de données ventilées selon le sexe entre assureurs et distributeurs;
- réduire les frais de licence pour distribuer de l'assurance et les délais d'autorisation des produits (le cas échéant);
- supprimer les obstacles administratifs, notamment ceux qui affectent les femmes (exigences strictes en matière d'identification ou de certificat de naissances) et améliorer l'efficacité (en permettant par exemple le traitement numérique des demandes d'indemnisation)

Les Etudes de Women's World Banking ont révélé que le secteur informel était exclu de la plupart des régimes de sécurité sociale.

EMPLOYÉS DU SECTEUR PRIVÉ	EMPLOYÉS DU SECTEUR PUBLIC	EMPLOYÉS DU SECTEUR INFORMEL	EXTREME PAUVRETE	AUCUN
INDE			INDE	
PÉROU			PÉROU	OUGANDA
JORDANIE			JORDANIE	
MAROC			MAROC	

### Questions clés pour comprendre le contexte du pays

- Qui sont les principales parties prenantes ?
- Quels sont les points saillants de la réglementation applicable à la microassurance, si tant est qu'il en existe, et quel impact aura-t-elle sur le produit ? A défaut d'une réglementation, quelles sont les modalités d'application de la réglementation existante en matière d'assurances ?
- Quels sont les principes qui régissent la réglementation en vigueur et comment y introduire des innovation en collaboration avec le régulateur ?
- Y a-t-il des restrictions ou des dispositions particulières au niveau de la réglementation ?
- L'assurance collective peut-elle être proposée aux clientes de l'institution financière afin de réaliser des économies d'échelle ?

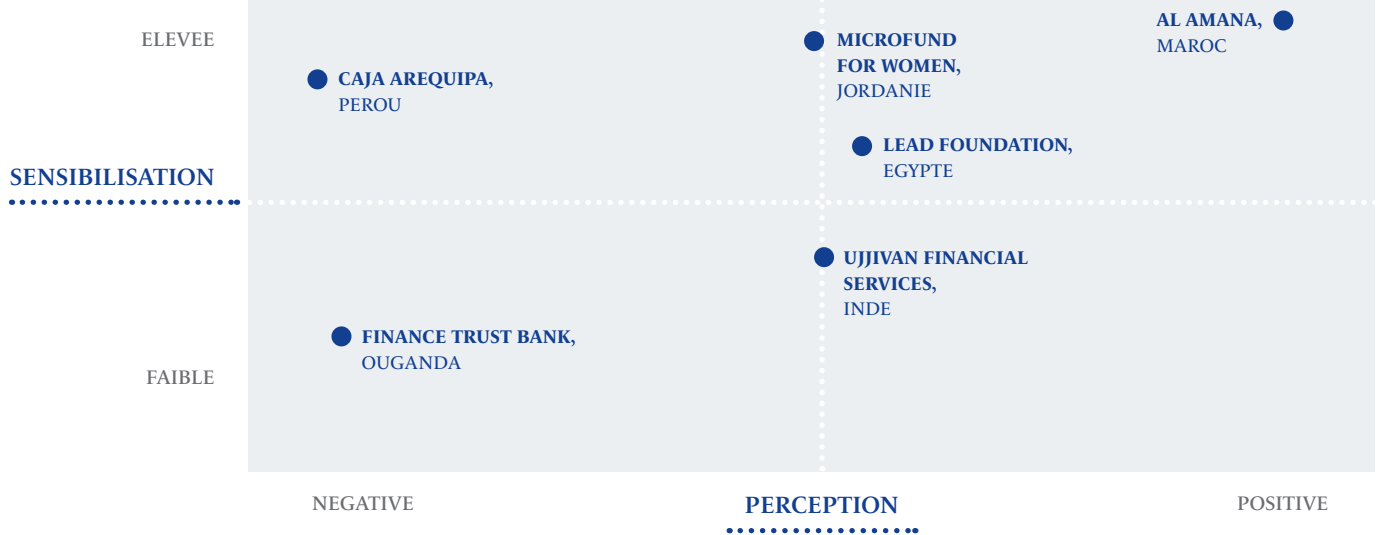
- À quelle autre assurance santé les clientes ont-elles accès ?
- Quelles sont les vides en matière de couverture assurantielle auxquelles les clientes se trouvent confrontées ?
- À quel type d'établissements sanitaires les clientes ont-elles accès ?

Les évaluations de pays menées par Women's World Banking pour la Jordanie et l'Ouganda illustrées ci-dessous<sup>2</sup> démontrent combien les profils de risque pour la santé peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces conclusions, combinées aux études menées auprès des clientes (partie suivante) permettent d'adapter les caractéristiques du produit *Caregiver* en fonction des populations ciblées dans un contexte donné.

	JORDANIE	UGANDA
	Pays à revenu intermédiaire	Pays à faible revenu
	Population majoritairement urbaine	Population majoritairement rural
INFRASTRUCTURES SANITAIRES POUR 1000 HABITANTS	1,8 lits 2,56 médecins	0,5 lits 0,12 médecins
ÂGE MOYEN DE LA MATERNITÉ	24	19
POURCENTAGE D'ACCOUPEMENTS ASSISTÉS	100 pour cent	42 pour cent
TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE	58 sur 100 000 naissances vivantes	343 sur 100 000 naissances vivantes
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE	15 par 1000 naissances	59 sur 1000 naissances vivantes
PRINCIPAUX RISQUES DE SANTÉ	Maladies chroniques et liées au mode de vie, comme l'asthme, les allergies, les insuffisances rénales et cardiaques, le cancer	Transmissibles, tel que le paludisme, la typhoïde, le HIV/SIDA, ainsi que le diabète, les ulcères, les fibromes (chez les femmes), les accidents
ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE	Favorable, avec un accent soutenu de la part du gouvernement pour mettre en place des réformes du système de santé et mettre en œuvre une politique nationale en matière de santé	Règlementation de la Microassurance en préparation. Fort intérêt de la part du régulateur de favoriser la microassurance Proposer des produits groupés constitue un défi.
RÉGIMES EXISTANTS	Sécurité sociale, assurance militaire, assurance civile, près de 68 pour cent de la population est couverte <sup>3</sup>	Aucun

<sup>2</sup> Données de la Banque Mondiale extraites du CIA World Fact Book

<sup>3</sup> <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17296e/s17296e.pdf>



### COMPRENDRE LE CLIENT

A l'issue de l'étude du contexte pays, Women's World Banking mène des enquêtes auprès des clientes pour comprendre qui elles sont et quels sont les préoccupations et problèmes de santé auxquelles elles se trouvent confrontées. Ces renseignements sont essentiels pour concevoir un produit répondant vraiment à leurs besoins. Au-delà des données générales recueillies à partir des recherches sur le pays, il est important de ramener l'analyse au niveau des ménages pour comprendre l'évolution pratique de ces grandes tendances.

A travers des entrevues directes et des groupes de discussion entre clientes, Women's World Banking recense pour ce faire des informations sur leurs besoins et comportements en matière de santé, les options de financement disponibles et l'impact d'une urgence médicale sur les flux de trésorerie du ménage. Ces renseignements permettent d'établir plusieurs profils de clients pour adapter la conception du produit.

Etant donné les défis supplémentaires auxquels les femmes font face au moment de solliciter des soins de santé, les recherches menées par Women's World Banking mettent également en évidence les raisons qui les empêchent d'avoir recours à ces soins ou d'y accéder lorsqu'elles le souhaitent. Les études ont révélé trois grands types d'obstacles à l'accessibilité des soins de santé :

- physiques : l'éloignement des fournisseurs de soins de santé, notamment en zone rurale ;
- financiers : les coûts de transport, l'absence d'économies pour assumer les frais engendrés, l'accès inexistant ou limité à la sécurité sociale ou à l'assurance santé ;
- psychologiques, comme le manque de sensibilisation aux questions de santé, le fait de ne pas donner la priorité à sa propre santé, l'inquiétude quant à une perte de revenus, les responsabilités familiales.

Un autre aspect important des études menées auprès des clientes consiste à évaluer les niveaux de sensibilisation du segment cible, ainsi que sa compréhension et perception de l'assurance. Ces niveaux varient sensiblement selon que des régimes de sécurité sociale ou d'assurance existent ou non pour le marché des personnes à faible revenu. Par exemple, dans les pays dotés de systèmes de sécurité sociale

bien établis (comme au Maroc ou en Jordanie), les clientes sont davantage sensibilisées au concept d'assurance et à son fonctionnement. Cependant, la perception de l'assurance (c.-à-d. si l'assurance est valable ou non en soi) dépendrait de l'efficacité des régimes de sécurité sociale, de la réputation des assureurs et de l'expérience propre de l'assurée. Dans les pays où les systèmes de sécurité sociale sont inexistantes (comme l'Ouganda), les clientes disposent de peu de renseignements sur l'assurance et ne pensent pas qu'un produit comme l'assurance pourrait leur être utile.

### Questions clés pour comprendre le client

- Qui sont mes clients (âge, répartition par sexe, niveau d'instruction, présence géographique, profession, etc.) ?
- Quel type de produits financiers mes clientes utilisent-elles actuellement ?
- Ont-elles accès aux produits des concurrents ?
- A quel type de technologies ont-elles accès ?
- Les clientes ont-elles une bonne compréhension et une expérience de l'assurance ?
- Comment leurs besoins influent-ils sur les caractéristiques du produit (prix, prestation, etc.) ?
- Les clientes ont-elles besoin d'un accompagnement plus important (conseils, aide ou encadrement étroits) de la part de l'institution financière ?
- Quelle est la nature de la relation entre les clients et l'institution financière ? Est-elle de nature transactionnelle (ou opportuniste) ou de longue durée ?

### COMPRENDRE L'INSTITUTION FINANCIÈRE INTERMÉDIAIRE

L'institution financière intermédiaire constitue le lien entre les clients et l'assureur. Compte tenu de son rôle central dans la prestation de services de microassurance, il est primordial d'examiner son alignement stratégique avec le produit et d'évaluer ses capacités. Les exemples d'évaluation des capacités comprennent, sans s'y restreindre : les systèmes d'informations de gestion/de technologies de l'information (SIG/TI) ; les infrastructures et installations des agences ; la capacité de formation et la sensibilisation du personnel des agences, la compréhension et la perception de l'assurance.



C'est à ce moment-là que tous les aspects nécessitant un renforcement des capacités institutionnelles sont identifiés (comme la mise à niveaux des TI ou des modifications apportées aux processus opérationnels) et intégrés au calendrier de développement du produit.

#### *Questions clé pour comprendre l'institution financière*

- Quelles sont les priorités stratégiques de l'institution?
- Dans quelle mesure la microassurance s'inscrit-elle dans ces priorités stratégiques ?
- L'institution contrôle-t-elle la relation avec les clientes?
- Quelles sont les capacités de l'institution en technologies de l'information (TI)?
- Quels sont les investissements et les adaptations nécessaires en TI et en gestion des TI pour que l'institution puisse s'approprier et être autonome sur le suivi de la performance de ses opérations en microassurance?
- Dans quelle mesure l'institution dispose-t-elle déjà de compétences techniques liées à la microassurance?
- De quel type de ressources l'institution aura-t-elle besoin pour gérer et traiter promptement les sinistres?

Il convient également de noter que la mise en œuvre d'un produit nouveau et différent tel que la microassurance exige que l'institution soit capable d'accompagner le changement et l'innovation en son sein. Souvent, les facteurs humains tels que la culture institutionnelle (la prestation de services, les capacités de gestion du changement, le style de leadership et la culture du risque) jouent un rôle primordial pour la mise en œuvre réussie de la microassurance, l'échec n'étant pas tant attribuable à des causes techniques qu'à des causes humaines.

#### **COMPRENDRE L'ASSUREUR**

Le modèle de prestation de *Caregiver* par Women's World Banking exige d'une compagnie d'assurance qu'elle fasse office de porteur de risque, tout en apportant sa vaste expérience et son expertise dans la tarification actuarielle et la gestion des risques.

Cependant, compte tenu que la plupart des assureurs commerciaux n'ont que peu d'expérience dans le service des personnes à faible revenu, ces derniers perçoivent souvent ce segment comme étant "à haut risque" et par conséquent, non rentable. L'expérience de Women's World Banking a montré qu'il est possible de mettre au point un produit de microassurance à la fois utile, bon marché et économiquement durable, mais qu'il faut du temps et un investissement initial significatif pour en faire un produit durable sur le long terme. L'assureur et l'institution financière devront passer ensemble par une courbe d'apprentissage substantielle dans ce processus.

Women's World Banking recommande de sélectionner un assureur patient avec une vision à long terme dans la microassurance. Les parties prenantes devront être capables de remettre sincèrement en cause le statu quo au fil de l'apprentissage et être prêts à adapter leurs processus et systèmes afin de servir efficacement leurs clientes.

#### *L'Appel d'offres*

Le choix de l'assureur dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres est un point critique de l'élaboration d'un produit de microassurance et nécessite un travail d'analyse détaillée. Il est important de partager des informations précises sur le profil des clientes dans le document d'appel d'offres car celles-ci permettront aux assureurs d'évaluer le risque de façon plus complète. Un tel partage favorise également des discussions franches et ouvertes entre les deux parties (l'assureur et l'institution financière), permettant ainsi aux assureurs de soumettre leur offre de prix ainsi que leurs autres services. Les documents d'appel d'offres contiennent généralement des informations sur l'institution financière, le(s) produit(s) et/ou services qu'elle propose déjà à ses clientes et les raisons qui motivent le recours à la microassurance. Ces documents offrent un profil complet du marché, des observations issues des enquêtes menées auprès des clientes, un prototype de produit, ainsi qu'une esquisse des processus et rôles opérationnels envisagés. La procédure d'appel d'offre elle-même et les critères d'adjudication doivent également être clairement articulés afin de garantir une transparence totale au niveau du processus décisionnel.

#### *Questions clés à poser à l'assureur*

- Quelles sont les raisons qui motivent l'assureur à proposer de la microassurance ?
- La microassurance constitue-t-elle une priorité stratégique pour l'assureur ?
- L'assureur a-t-il pris un engagement à long terme vis-à-vis de la microassurance ?
- L'assureur est-il disposé à apprendre, adapter et remettre en cause les pratiques du marché ?
- De quel type d'expérience préalable l'assureur bénéficie-t-il dans la prestation de services de microassurance?
- Quelle est la capacité de la compagnie d'assurance à gérer une activité de microassurance avec les systèmes TI et opérationnels dont elle dispose?
- L'assureur est-il physiquement présent dans tous / la plupart des pays où l'institution financière intervient ?

En fin de compte, c'est en posant les bonnes questions que l'on érige les fondements les plus solides permettant de développer le bon produit de microassurance.

## *Quand les données de terrain brisent les préjugés*

Les données de terrain recueillies par Women's World Banking ont permis de mettre à mal certains des préjugés qu'assureurs et institutions financières nourrissent concernant l'assurance santé aux clientes à faible revenu. La présentation de données sur les besoins et comportements financiers des clientes a permis à Women's World Banking et à ses institutions financières partenaires de remettre en question les idées reçues concernant la capacité et la volonté de leurs clientes de payer pour un produit d'assurance vraiment valable à leurs yeux. De plus, les hypothèses avancées par les assureurs pour la tarification actuarielle de ce segment perçu comme à haut risque ont pu être techniquement remises en cause, ce qui a également permis de sensibiliser les assureurs aux besoins uniques des clientes à faible revenu et à ce qu'elles apprécient. Par exemple, de nombreux assureurs craignent que l'ajout d'une allocation de maternité rende le produit trop coûteux et non viable. Ils estiment aussi que les femmes déjà enceintes devraient en être exclues. De même, les assureurs souhaitent généralement exclure les malades chroniques en cas d'affection préexistante. Les recherches menées par Women's World Banking ont néanmoins révélé que la grossesse constitue l'un des rares moments où les femmes donnent la priorité à leur propre santé. La population à faible revenu est également particulièrement vulnérable aux maladies chroniques. Le produit perdrait tout intérêt si ces malades venaient à en être exclus.

Un produit ne répondant pas aux besoins des clientes à faible revenu intéresse peu et ne peut pas être déployé à grande échelle. En revanche, la suppression des questionnaires de santé complexes, des examens médicaux ou des exclusions simplifient et accélèrent le processus. En même temps et en vue de répondre aux inquiétudes des assureurs, le fait de rendre l'assurance obligatoire pour les clientes élimine le risque d'anti-sélection et favorise une expansion rapide. Forte de son expérience jordanienne, Women's World Banking a pu démontrer aux assureurs que l'assurance maternité fournit un réel différenciateur sur le marché avec un impact minime sur le prix, et créer un produit d'assurance santé destiné aux femmes à faible revenu à la fois abordable et durable.

En collaborant avec les assureurs et les institutions financières à l'ajustement des caractéristiques et des mécanismes opérationnels du produit, Women's World Banking a réussi à créer une situation avantageuse pour l'ensemble des parties prenantes.



UGANDA



## *Les Trois Piliers du Développement de Produits*

### CONCEPTION DU PRODUIT

Le montant de la cotisation doit être abordable

La prestation doit être significative

Les modalités de la police ne sont pas limitatives ou exclusives

En l'associant aux produits de prêt, l'anti-sélection est atténuée et le produit est accessible

L'assureur partenaire comprend le marché de la microassurance/ des clientes à faible revenu et fait preuve de souplesse et de réactivité.

### MARKETING ET ÉDUCATION DES CONSOMMATEURS

La stratégie et le matériel de communication sont adaptés à la sensibilité et au niveau d'instruction des clientes

Les stratégies sont faites pour sensibiliser les clientes et améliorer leur compréhension en matière d'assurance

Une meilleure sensibilisation permet une utilisation appropriée du produit

Les enquêtes systématiques de satisfaction de la clientèle avec retour de commentaires permettent d'identifier toutes les lacunes

### MODÈLE OPÉRATIONNEL

La procédure d'inscription est simple et n'a pas d'effet distordant sur les prêts

Les sinistres sont payés rapidement par un processus simple et efficace

Les échanges avec l'assureur sont rapides et sans tensions

Le personnel est incité et/ou pénalisé à vendre et administrer le produit efficacement

Le produit et les procédés mettent à profit les capacités de l'actuel système d'information de gestion (SIG), avec possibilité de s'étendre à de nouveaux produits ou services

Des outils de suivi réguliers et les indicateurs clés de performance sont intégrés et réconciliés avec l'assureur

Le programme est financièrement viable pour l'institution financière et l'assureur

## Conception de produits

L'approche adoptée par Women's World Banking en matière de conception de produits est guidée par trois principes :

**1. Pertinence** – *Caregiver* est adapté aux besoins spécifiques du marché. Le produit couvre la maternité ainsi que toutes les affections préexistantes, celles-ci étant souvent exclues de la plupart des autres régimes d'assurance. Le montant des prestations est conçu pour couvrir un pourcentage significatif des dépenses liées à l'hospitalisation, en complément des autres régimes qui ne prévoient souvent que le remboursement des prestations médicales dispensées dans l'établissement. Le produit peut également répondre à d'autres besoins spécifiques. Au Maroc par exemple, l'accès à une ambulance constitue une exigence essentielle au moment de l'hospitalisation compte tenu de l'enclavement. Pour subvenir au manque d'accès au transport des clientes de l'Institution Financière ciblées, la prestation de services d'ambulance a été intégrée au produit.

**2. Simplicité** – Les clientes à faible revenu, notamment les femmes, présentent souvent un niveau d'alphabétisation peu élevé ainsi qu'une compréhension et une expérience limitées en matière de produits financiers complexes comme l'assurance. C'est pourquoi *Caregiver* prévoit des exigences minimales en matière de documentation et reste donc extrêmement simple. Les autres régimes imposent généralement la plupart, si ce n'est l'ensemble des exigences suivantes : diagnostic, rapports de tests, certificat médical, et rapports précédents.

**3. Abordable et viable à la fois** – Bien que le produit doive être abordable pour les clientes, *Caregiver* est soumis à une tarification conservatrice au cours de la phase pilote. Cela donne à l'établissement et à l'assureur la souplesse nécessaire pour surveiller le comportement des clients et les tendances en matière de performance du produit en vue de procéder à des ajustements. D'après l'expérience de Women's World Banking, il est préférable de modifier les niveaux de prestations plutôt que la cotisation car les modifications de prix sont plus difficiles à communiquer aux clientes. Cette approche permet d'optimiser la valeur ajoutée pour les clientes tout en attribuant un bénéfice raisonnable à l'assureur et l'institution financière—leur permettant de couvrir leurs frais opérationnels—un élément clé de la durabilité du produit.

*Caregiver* dans deux pays : s'adapter aux besoins spécifiques du marché

En s'appuyant sur les études menées pour comprendre le contexte du pays, le profil des clientes, les capacités de l'institution financière et le profil de l'assureur, Women's World Banking en collaboration avec son institution partenaire locale, ont procédé à l'adaptation des caractéristiques du produit *Caregiver* aux besoins locaux du marché. Bien que les caractéristiques essentielles du produit restent les mêmes, celui-ci présente de légères différences sur les deux marchés ayant trait aux niveaux de prestations, aux cotisations et aux besoins des clientes auxquels il répond :

	JORDANIE	UGANDA
INDEMNITÉ PAR NUIT D'HOSPITALISATION	15 JD (21,2\$)	US\$ 80 000 (22,8\$)
NOMBRE MAXIMAL DE NUITS COUVERTES	36 nuits/an	40 nuits/an
PRESTATION D'ASSURANCE-VIE	Incluse dans la tarification du <i>Caregiver</i> Décès du client : radiation du prêt + 1 600 JD (2 258\$) Décès du conjoint : 750 JD (1 059\$)	Police d'assurance-vie pour les clientes fournie par une autre compagnie d'assurance
COTISATION MENSUELLE	1,5 JD (2,1\$) pour une personne 2,5 JD (3,5\$) pour une famille	5 500 US\$ (1,6\$) <i>Couverture familiale pas encore disponible</i>
EN RÉPONSE À QUELS BESOINS FINANCIERS?	Menues dépenses liées à l'hospitalisation (médicaments, remboursements des prêts, transport etc.)	Frais d'hospitalisation
COMBINÉ OU VOLONTAIRE	Combiné avec le prêt, toutes les clientes sont automatiquement couvertes	Combiné avec le prêt, toutes les clientes sont automatiquement couvertes
PARTENARIATS AVEC DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ	Réseau des hôpitaux agréés	Réseau des hôpitaux agréés. A titre gracieux pour les hôpitaux non agréés dans certaines zones

## Marketing et éducation des consommateurs

En matière d'assurance santé, le marketing doit être au service de l'éducation financière des clientes. Les études montrent que les clientes à faible revenu ne comprennent généralement pas bien les produits d'assurance. De plus, elles ne pensent pas que l'assurance leur versera une quelconque prestation. Ces lacunes en matière d'information doivent être comblées par des programmes d'éducation. Le marketing offre aussi un moyen de communiquer sur les bénéfices de l'assurance pour les clientes. Un programme marketing bien conçu entraîne une sensibilisation accrue des clientes et un meilleur déploiement

A l'instar de tous les piliers du processus de Women's World Banking en matière de développement de produits, la recherche sous-tend l'élaboration de stratégies marketing efficaces et de la feuille de route d'éducation des clientes. Les supports de marketing et les éléments de communication (nom de produit, brochures, affiches, etc.) sont conçus à la suite des enquêtes menées auprès des clientes et de nouveaux testés auprès des clientes avant et après la phase pilote pour s'assurer que les clientes comprennent bien ces outils et puissent facilement se procurer les renseignements nécessaires.



du produit. Il améliore son utilisation et la satisfaction de la cliente. A l'inverse, les produits de microassurance qui ne sont pas soutenus par un processus de marketing approprié ne sont pas systématiquement utilisés, ont tendance à être plus volatiles et moins contrôlés, ce qui a un impact négatif sur la réputation de l'institution et ses résultats financiers. La qualité du marketing influence directement certains indicateurs clés de performance (ICP), comme la fréquence des sinistres et les ratios de sinistralité, c'est donc un élément essentiel du modèle de prestation. L'approche marketing d'une institution doit aussi intégrer un processus itératif d'apprentissage et d'adaptation aux besoins des clientes en matière de renseignements.

Une bonne conception des programmes de marketing permet d'atteindre deux objectifs :

1. Instaurer la confiance et accroître la sensibilisation au produit
2. Permettre la compréhension du processus de déclaration de sinistres

Le concept d'assurance est souvent complexe non seulement pour les clientes mais également pour le personnel de l'institution financière. Cette méconnaissance se traduit par une résistance chez les clientes. Aussi, si le personnel d'agence, en tant que représentants commerciaux du produit de première ligne, ne saisissent pas eux-mêmes le concept, il leur sera extrêmement difficile de convaincre les clientes. Un programme de marketing bien conçu se doit de communiquer la valeur du produit aussi bien aux clientes qu'au personnel (voir formation et gestion du changement).

## Étude de cas: Comment Al Amana a transformé son marketing pour améliorer l'éducation des clientes

Al Amana Microfinance a lancé son premier produit de microassurance santé, L'Assistance en 2012. Le produit, qui proposait un service d'ambulance, un versement en espèces en cas d'accouchement, de maladie grave, d'incapacité ou de décès, était inclus dans les prêts des clientes. Cependant, après une année de commercialisation, la fréquence des sinistres et les ratios de sinistralité se sont avérés plus bas que prévu. Avec le soutien financier de l'AFD, Women's World Banking a collaboré avec Al Amana pour comprendre les raisons de cette sous-utilisation du produit et à mettre en place des moyens pour remédier à la situation.

Women's World Banking s'est d'abord entretenue avec les clientes d'Al Amana pour comprendre leurs besoins en matière de santé, leurs perceptions et leur connaissance de l'assurance et du produit L'Assistance, tel qu'il était alors proposé. Les travaux de recherche ont mis en évidence un haut niveau de sensibilisation à l'assurance parmi les clientes. Ces dernières avaient une perception positive de l'assurance et se sont montrées très intéressées à bénéficier d'un produit d'assurance santé. Cependant, lorsqu'elles sont interrogées sur la compréhension du produit L'Assistance déjà existant, de nombreuses clientes ont avoué ne pas savoir qu'un tel produit leur était proposé par Al Amana. Les informations sur le produit d'assurance avaient uniquement été fournies aux clientes au moment du déboursement du prêt et sous forme d'une brochure contenant trop de texte à la laquelle elles n'avaient pas prêté attention compte tenu de leur analphabétisme.

Il est alors clairement apparu que si le produit était riche et significatif au plan du contenu et de la couverture, il allait être nécessaire d'en simplifier la communication et de la rendre plus attrayante.

La transformation de l'approche marketing d'Al Amana s'est déroulée en trois étapes :

**1. Le positionnement de la marque.** Les recherches ont révélé que de nombreux clientes Al Amana étant plutôt arabophones que francophones, le nom L'Assistance ne leur évoquait pas grand-chose. L'équipe a alors choisi un nouveau nom en Arabe, « Tayssir Al Amana » qui signifie « facilité par Al Amana », plaçant ainsi Al Amana comme un partenaire fiable auprès des clientes.

Women's World Banking a procédé à l'identification des trois prestations principales qui étaient les plus pertinentes pour les clientes et dont elles avaient le souvenir : l'accouchement, l'hospitalisation et le décès. Les nouveaux plans de supports de communication ont été élaborés autour de ces trois prestations principales. Des images et dessins ont été choisis pour chaque caractéristique clé et

des messages ont été élaborés dans le dialecte arabe local pour s'assurer que même les clientes analphabètes les comprennent facilement.

En outre, Women's World Banking et Al Amana ont conçu une bande dessinée expliquant le processus de déclaration de sinistre. Cette bande dessinée a servi de base à une brochure, un outil de vente et une petite vidéo diffusée dans toutes les agences pour renforcer les avantages du produit quand les clientes se rendent à une agence.



**2. Mise à l'essai.** Après avoir mis au point la nouvelle approche marketing, Women's World Banking et Al Amana ont organisé une deuxième série de groupes de discussion auprès des clientes en vue de tester la nouvelle approche et procéder à la dernière série de modifications avant la validation finale du nom, du contenu, des messages clés et des supports. L'objectif était de s'assurer que la nouvelle approche soit aux niveaux d'instruction et de compréhension des clientes et leur donne les bons renseignements.

**3. Formation.** Women's World Banking, Al Amana et l'assureur Saham ont mis en œuvre un programme de formation d'une durée de deux jours au profit de tout le personnel des agences en vue de les familiariser avec les nouveaux outils de communication et rafraîchir leurs connaissances sur les caractéristiques clés.

La nouvelle campagne de communications a été lancée en janvier 2015. Le suivi du produit a indiqué une augmentation considérable de la fréquence des sinistres et des ratios de sinistralité, ce qui donne à penser que la nouvelle approche a été efficace en termes de sensibilisation accrue des clientes. Une évaluation post-campagne conduite par Women's World Banking par le biais d'un sondage téléphonique et de séances de mise au point a confirmé l'influence positive de la nouvelle campagne de communication.



APRÈS



Bien que les tactiques de marketing varient en fonction des caractéristiques du produit et des niveaux de sensibilisation, de compréhension et de perception du segment cible, l'expérience de Women's World Banking sur six marchés a permis de relever six principes qui assurent un marketing adapté à la microassurance ciblant les femmes à faible revenu.

1. Identifier trois caractéristiques clés dont les clientes doivent absolument se souvenir et positionner le produit autour de ces trois caractéristiques.
2. Choisir un nom de marque qui résonne auprès des clientes et renforce leur confiance dans l'organisation.
3. Créer des points de contact multiples pour renforcer les messages clés de façon régulière.

4. Privilégier l'utilisation de l'image si les femmes ciblées ont un faible niveau d'instruction.

5. Employer un langage clair et simple qui explique les modalités et avantages du produit, de préférence dans le dialecte du marché cible.

6. Promouvoir les indemnisations réussies dans les agences pour stimuler la bonne réputation et la publicité de «bouche à oreille».

Les femmes font souvent confiance à l'opinion de leurs ami(e)s, ce qui fait du bouche-à-oreille un bon moyen de gagner leur confiance dans le produit. Le marketing est un processus itératif: il suit le cycle de la conception, mise à l'essai, application et rétroaction. Les clientes constituent la meilleure source de rétroaction sur la pertinence de la conception et le contenu du produit, ainsi que sur leur perception du message globale et s'associent au produit sur le plan émotionnel.

## Modèle opérationnel

---

Maintenir la productivité avec des marges d'exploitation limitées constitue le défi auquel toutes les institutions qui proposent de la microassurance doivent faire face. Ainsi, bien qu'il soit aisé pour les concurrents de copier une conception simple de produit d'assurance santé, il leur sera difficile de reproduire un modèle opérationnel bien conçu et efficace. L'efficacité est une condition préalable pour déployer le produit à grande échelle, améliorer sa rentabilité en apportant de la valeur aux clientes, et obtenir un avantage tout en négociant avec l'assureur.

La décision relative au modèle opérationnel à adopter s'appuie sur quatre volets de recherche mis en évidence dans le processus de développement du produit : contexte du pays et Réglementation du marché, profil des clientes, capacité de l'institution financière et évaluation de l'assureur. Les renseignements compilés dans le cadre de ce travail renseignent les trois composantes clés qui sont les piliers de tout modèle opérationnel en assurance :

1. Gestion des sinistres
2. Gestion de la fraude
3. Systèmes IT

### GESTION DES SINISTRES

Du point de vue de l'institution, la gestion des sinistres peut être organisée de trois manières différentes.

L'approche la plus courante est le modèle mixte, selon lequel l'institution financière est propriétaire de la relation client et assure la gestion d'une partie des responsabilités en matière de gestion des sinistres. L'assureur lui, est chargé d'examiner minutieusement les documents de déclaration de sinistre et de prendre les décisions y afférentes. Ce modèle convient lorsque l'assurance est nouvellement introduite et que l'institution et l'assureur sont encore dans la phase d'apprentissage.

Dans le modèle externe, l'assureur (ou un tiers) gère l'ensemble des sinistres tandis que l'institution financière est principalement chargée de l'éducation et de l'inscription des clientes. Ce modèle est plus pertinent lorsque le marché est arrivé à maturité, le produit est évolué et les clientes présentent des niveaux de sensibilisation élevés en matière d'assurance. Les clientes entrent directement en contact avec l'assureur au moment de présenter des déclarations de sinistre et l'assureur effectue toutes les opérations. Ce modèle convient aux institutions disposant d'une large clientèle ou lorsque le volume de l'activité de microassurance n'est pas assez important pour justifier les investissements dans les systèmes IT et les opérations.

Le modèle interne constitue une autre approche possible, bien que celui-ci n'ait pas été testé dans le cadre du *Caregiver*. L'institution financière assume l'entière responsabilité de toutes les étapes du processus de gestion des sinistres. La responsabilité principale de l'assureur est d'agir en tant que porteur de risque et de fournir des conseils sur la tarification du produit. Ce modèle convient aux institutions qui ont une relation forte avec leurs clientes et qui considèrent l'assurance comme l'une de leurs offres majeures. L'institution doit avoir un engagement à long terme en faveur du renforcement de ses propres capacités à gérer les opérations d'assurance, et l'assureur est confiant quant à la capacité de l'institution à gérer des opérations à grande échelle et à identifier des cas de fraude par ses propres moyens.



## COMPARAISON DES MODÈLES DE GESTION DES SINISTRES

	MIXTE	EXTERNE
PROFIL DU MARCHÉ	<p>La microassurance est nouvelle ou non testée, et/ou</p> <p>le produit en est au stade pilote et/ou</p> <p>Le produit est simple et doté d'une documentation limitée</p>	<p>Le marché est arrivé à maturité, et/ou</p> <p>Le modèle est requis par la réglementation, et/ou</p> <p>L'assurance est volontaire, et/ou</p> <p>Le produit est évolué ou la documentation de déclaration de sinistre est complexe</p>
PROFIL DU CLIENT	<p>Les clientes ne disposent pas d'une pleine compréhension et d'une expérience de la microassurance</p> <p>Les clientes ont une relation de longue durée avec l'institution financière</p> <p>Les clientes ont besoin d'un accompagnement particulier pour le traitement des sinistres</p>	<p>Les clientes ont de bonnes connaissances et une bonne expérience de l'assurance</p> <p>La perception de l'assurance et de l'assureur est positive</p> <p>La relation de l'institution financière avec les clientes est de nature transactionnelle</p>
PROFIL DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE	<p>L'assurance est un nouveau produit proposé par l'institution financière</p> <p>L'institution a les capacités de gestion d'opérations à grande échelle et est prête à investir dans les TI, le renforcement des capacités, la formation et les ressources supplémentaires tant au niveau central qu'à celui des agences</p>	<p>L'institution dispose d'une large base de clientes répartis sur une vaste région géographique</p> <p>Elle propose plus d'un produit d'assurance offerts par des assureurs multiples</p> <p>Elle ne dispose pas d'une capacité pleinement développée à gérer les sinistres à elle seule</p>
PROFIL DE L'ASSUREUR	<p>L'assureur a une certaine expérience de travail dans la microassurance et une volonté d'apprendre et s'adapter</p> <p>L'assureur dispose d'une bonne plateforme TI et d'un temps de réponse rapide</p>	<p>Doté d'une solide réputation, l'assureur a démontré sa capacité de travail en microassurance</p> <p>L'assureur dispose d'un réseau d'hôpitaux bien établi</p> <p>L'assureur dispose d'une présence physique dans la plupart des pays</p>

	MIXTE	EXTERNE
AVANTAGES	<p>Un contrôle adapté de l'institution financière sur les données et les niveaux de qualité du service.</p> <p>Place l'institution financière au centre pour les clientes et permet de renforcer la relation</p>	<p>Charge opérationnelle limitée pour l'institution</p> <p>Les clientes ont accès à un service clientèle supérieur</p>
RISQUES	<p>Délais de traitement des demandes plus longs suite à un retard du côté de l'assureur</p> <p>Une gestion de projet inefficace des deux côtés peut rapidement compliquer la relation et mettre l'entreprise en danger</p> <p>Les frais d'exploitation peuvent être élevés et nuire à la rentabilité</p>	<p>Si la qualité de service est médiocre, la relation entre les clientes et l'institution financière peut être affectée négativement</p> <p>L'institution n'a pas que peu de visibilité sur les données— les données sont détenues par l'assureur</p>
MESURES D'ATTÉNUATION NÉCESSAIRES POUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE	<p>Mentionner les délais maximums de traitement des deux côtés dans le contrat de service</p> <p>Identifier les interlocuteurs de chaque côté et définir clairement leurs rôles et responsabilités</p> <p>Tenir des réunions hebdomadaires et mensuelles pour examiner les problèmes à solutionner</p> <p>Préparer un relevé financier et suivre les frais d'exploitation de microassurance séparément sur une base mensuelle</p>	<p>Renforcer les capacités de recherche pour sonder le niveau de satisfaction des clientes par rapport au produit et au service</p> <p>Examiner régulièrement les opérations de l'assureur et signaler les lacunes éventuelles</p> <p>Demander aux assureurs des données brutes et des tableaux de bord sur une base mensuelle et constituer des capacités internes propres permettant d'analyser les informations</p>
EXEMPLES	<p>MfW (Jordanie)</p> <p>Lead (Egypt)</p> <p>Al Amana (Maroc) (pour les prestations de naissance et de décès)</p>	<p>Al Amana (Maroc) (prestation d'ambulance et d'hospitalisation)</p> <p>FTB (Ouganda)</p>

## GESTION DE LA FRAUDE

La fraude à l'assurance est inévitable. En fait, un système qui ne détecte aucune fraude ne témoigne pas tant d'une clientèle entièrement digne de confiance que de pratiques déficientes en matière de gestion des fraudes. Il est largement reconnu que les fraudes suivent la règle du 20-60-20<sup>4</sup>: environ 20 pour cent des parties prenantes ne commettront jamais de fraude, qu'elles que soient les circonstances. 60 pour cent sont fondamentalement honnêtes mais « indécises », ce qui veut dire que si l'occasion se présente et que le risque de se faire prendre est perçu comme faible, elles pourraient franchir le pas. Les 20 pour cent restants sont malhonnêtes et frauderont si l'occasion se présente. Pire encore, ces personnes peuvent elles-mêmes chercher et créer l'occasion.

Chaque cas de fraude augmente la charge opérationnelle et le coût des opérations, réduisant la pérennité du produit. La fraude est donc un point sensible chez les assureurs. Etant donné que la documentation relative aux demandes doit rester simple dans le cas d'un produit comme *Caregiver*, le risque de fraude est plus élevé. Parfois, ce risque est non-négociable pour les assureurs. Par exemple, lors de l'appel d'offre en Egypte, un des leaders de l'assurance a admis ne pas être disposé à poursuivre le processus car il ne pensait pas que la fraude puisse être maîtrisée pour ce segment. Bien que les assureurs établissent des projections en matière de fraude dans leurs estimations de prix, des niveaux élevés de fraudes non détectées ont un impact négatif sur le prix et la viabilité du produit. Pour les institutions financières qui poursuivent un double objectif de résultat (financier et social), ceci empêche les clients sincères d'obtenir un meilleur rapport qualité/prix.

Les institutions financières qui peuvent démontrer leur capacité à maîtriser et prévenir efficacement la fraude renforcent leur relation avec l'assureur. Le fait de fournir à l'assureur des renseignements complets et exacts en matière de fraude permet également de procéder à des ajustements au niveau des prix, ce qui lui permet à son tour de faire avancer le produit sur la voie de la viabilité. L'expérience de Women's World Banking a montré que l'essentiel des cas de fraudes peut être efficacement détecté et maîtrisé en mettant en place un processus de détection des fraudes et une gouvernance de lutte contre la fraude. Le processus de détection des fraudes d'une institution financière couvre trois domaines:

**1. Prévention.** Il est important que la politique de lutte contre la fraude et la communication au client soient élaborées autour de la prévention. La communication au client doit être abordée avec sensibilité et si le message doit être fort, celui-ci doit être exprimé de manière positive

(ou du moins neutre). Il est important de fournir au personnel un script préparé à suivre de près et de veiller à ce que le message ne mette pas le personnel de terrain mal à l'aise lorsqu'il s'adresse aux clientes. Le message doit également être transmis par un exemple standard simple (par exemple « la modification des renseignements contenus sur le certificat de sortie d'hôpital constitue une fraude ») et en énonçant clairement les conséquences (par exemple. « En cas de fraude commise par un client, l'organisation ne procédera pas au paiement du sinistre et radiera le client à vie »).

**2. Détection.** La détection des fraudes peut être améliorée par l'établissement de contrôles informatisés (par exemple, une alerte concernant une non-concordance de dates, un client se rendant dans un hôpital inconnu etc.), en impliquant des membres du personnel qui ne participent pas dans le processus de vente et en définissant les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe pour renforcer la responsabilisation. Les investigations constituent un travail intensif et manuel, elles sont donc coûteuses. Il est par conséquent essentiel de définir des priorités par type de fraude et de les vérifier par échantillonnage. Les critères qui déterminent l'échantillon sont généralement définis au cours de la phase pilote. On peut citer à titre d'exemple le cas des déclarations de sinistre présentées dans les 20 jours d'assurance, des déclarations de sinistre présentées plusieurs fois par la même personne, de la non-concordance entre la longueur du séjour à l'hôpital et le diagnostic, les déclarations de sinistre présentées pour un hôpital non encore visité par l'assureur.

**3. Action.** Chaque cas de fraude est unique et fournit de nouveaux enseignements. Il permet d'identifier les lacunes au niveau des processus et d'améliorer ainsi l'efficacité du système. Par conséquent, il est impératif de documenter chaque cas en tenant un dossier contenant les faits. Certains cas de fraude doivent être également inclus dans la formation du personnel pour enrichir leurs connaissances dans ce domaine en constante évolution. Une fois l'enquête achevée et la fraude confirmée, l'agence et les membres du personnel concernés doivent recevoir une mise à jour sur la situation avant la transmission du message au client ayant présenté la demande frauduleuse. Les clients qui s'adonnent à la fraude ne l'admettent pas en public et sont susceptibles de répandre des rumeurs sur l'institution financière auprès d'autres clients. Par conséquent, il est essentiel d'élaborer un plan de communication à l'avance et d'impliquer les cadres supérieurs, comme le directeur d'agence, pour transmettre ce message de manière adéquate. Des mesures nécessaires doivent être prises à l'égard du client, selon le contexte.

<sup>4</sup> "Anti-Fraud Risk and Control Workbook," Peter Goldmann (2009).





## Étude de cas: Finance Trust Bank et UAP font équipe

De nombreux assureurs sont sceptiques quant à la viabilité de la microassurance à grande échelle et aux profits générés par ce secteur. Une collaboration fructueuse avec un assureur exige donc de concevoir la relation avec l'intermédiaire comme un véritable partenariat de travail. Dans cette aventure, **le partage d'informations et une grande transparence** sont essentiels pour permettre aux partenaires de se comprendre et se soutenir mutuellement tout en renforçant la confiance dans le processus. Finalement, une définition claire des rôles et des responsabilités de chaque partie assurera que le projet reste sur la bonne voie.

Le cas de l'Ouganda illustre comment la flexibilité et la persévérance peuvent donner de bons résultats et montre qu'un acte de foi peut être récompensé. Avec l'appui financier de l'AFD et technique de Women's World Banking, Finance Trust Bank (FTB) a collaboré avec l'assureur UAP, pour et créer un produit *Caregiver* à la fois viable et valable pour leurs clientes.

**Défi 1 : Le casse-tête de tarification.** La tarification en assurance doit être approuvée par les actuaires désignés et examinés par les régulateurs. Cependant, l'absence de données actuarielles ou de statistiques de santé sur le segment à faible revenu complique la tâche des actuaires pour estimer convenablement le prix de ce type de produit. Les assureurs comme UAP doivent littéralement faire un acte de foi avant la phase pilote du projet. Dans ce contexte,

Women's World Banking a contribué à combler le vide en mettant à disposition les données d'autres pays en matière de sinistralité et en collaborant avec leurs actuaires à l'élaboration d'hypothèses spécifiques sur les habitudes de visite à l'hôpital, les schémas pathologiques locaux typiques (fréquence) et la longueur du séjour (gravité) pour renforcer suffisamment la confiance dans le modèle.

L'évaluation pilote a indiqué que la fréquence des déclarations de sinistre était plus faible que prévu, en raison d'une sensibilisation encore naissante et au manque de confiance des clientes dans l'assurance. Il a également indiqué que la gravité était plus volatile en raison de l'absence d'établissements dans les alentours et du mauvais état de santé des clientes. Une surveillance étroite des Indicateurs Clé de Performance a permis à l'équipe du projet de cerner ces problèmes à un stade précoce et d'adapter le processus et le produit. Par exemple, l'échange de renseignements entre l'assureur et FTB sur les calculs de ratio de sinistralité et les objectifs en termes de déclarations de sinistre a permis à Women's World Banking et à FTB de négocier des paiements à titre gracieux au profit des clientes qui se sont rendues dans des établissements non agréés qui étaient normalement exclus<sup>5</sup>. Une communication constante et transparente tout au long de la période pilote a également créé un environnement favorable à des négociations fructueuses entre FTB et UAP sur le partage du coût des actions marketing destinées à aborder les questions de sensibilisation et de compréhension.

<sup>5</sup> Les établissements agréés sont ceux qui ont reçu une licence d'exploitation du ministère de la santé et ont fait l'objet d'un processus coûteux de certification. En raison de l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire en Ouganda, de nombreux établissements non agréés ont vu le jour pour combler cette lacune. Ces établissements présentent souvent des conditions d'hygiène qui laissent à désirer, une indisponibilité ou une disponibilité limitée de médicaments, et emploi des infirmiers insuffisamment qualifiés ou des médecins à temps partiel. Par conséquent, ces établissements ne délivrent pas de diagnostic et de formulaires de sortie d'hôpital appropriés et l'efficacité du traitement est souvent limitée, mettant en péril la santé et le bien-être financier des clientes à faible revenu.

Le fait de compter sur un partenaire d'assurance qui n'est pas uniquement axé sur le résultat financier et compter sur des pratiques transparentes de partage des informations a permis aux deux parties de préciser leurs perspectives de profit et de maximiser la valeur pour les clientes.

**Défi 2 : Anti-sélection.** Les assureurs sont en général préoccupés par le phénomène d'anti-sélection sur les personnes à bas revenu. L'anti-sélection se manifeste par la propension des clients qui ont de graves problèmes de santé à souscrire une assurance en vue de présenter des déclarations de sinistre. Pour atténuer ce risque, le produit de microassurance de FTB a été conçu pour être proposé à titre de service joint à une offre de prêt pour que le prêt (et non l'assurance) soit la principale motivation de recourir au produit. Cette démarche permet de s'assurer que les risques sanitaires sont atténués dans l'ensemble du portefeuille, un résultat confirmé par les recherches de Women's World Banking.

Cela exige néanmoins que le paiement des cotisations corresponde exactement au calendrier de versement des prêts, la couverture d'assurance commençant à la date du déboursement mais les clientes ne payant leur première cotisation mensuelle qu'au moment de la première traite de remboursement, soit un mois complet après le début de l'assurance. Des discussions préliminaires avec l'assureur avaient indiqué qu'il n'était pas disposé à souscrire les clientes avant paiement de leur première cotisation. Leur inquiétude ne se fondait pas uniquement sur la crainte

---

*Pour fonctionner avec succès, la relation avec l'assureur doit être un vrai partenariat entre égaux. Le cas de notre projet en Ouganda montre que flexibilité et persévérance portent des fruits quand la prise de risque est maîtrisée ensemble.*

de l'anti-sélection mais également sur le fait que leur système TI était conçu pour ne créer un nouveau numéro de police qu'après paiement de la cotisation par le client, empêchant ainsi les clientes de déposer une demande d'indemnisation bien que techniquement couvertes.

FTB et UAP ont initialement accepté de recevoir des cotisations mensuelles à l'avance, avec un délai de carence d'un mois. Après quelques mois où un faible taux de sinistralité a été enregistré directement après inscription, confirmant l'expérience de Women's World Banking en matière d'anti-sélection, la question a été réexaminée avec UAP.

Cette approche qui consiste à créer un environnement expérimental a permis à l'assureur de prendre confiance dans son partenaire en lui donnant le temps de rassembler des faits pertinents et d'acquiescer de l'expérience. Avec cette approche, UAP a pu accepter de supprimer le délai de carence.

**Défi 3 : Délais de traitement des sinistres et paiement des demandes d'indemnisation.** L'expérience de Women's World Banking en Jordanie et en Egypte prouve que, en comparaison avec le segment à revenu moyen et élevé, les clientes à faible revenu ont tendance à passer en moyenne plus de jours à l'hôpital en raison de maladies multiples et souvent non traitées. Ceci n'est pas lié à un comportement frauduleux, mais plutôt à la complexité de leurs problèmes de santé, dont elles ne prennent connaissance qu'au moment de se faire soigner pour une autre maladie. Néanmoins, lorsque les clientes présentent des demandes d'indemnisation, elles veulent une expérience positive dans le traitement des sinistres et des délais rapides de paiement. Pour les assureurs et les institutions financières, répondre aux attentes des clientes tout en mettant en place une protection efficace contre la fraude est un équilibre sensible à maintenir. Les séjours plus longs à l'hôpital font souvent l'objet d'un examen supplémentaire, sans ajouter de valeur et augmentant les coûts opérationnels. C'est donc une situation délicate qui suppose un changement de mentalité chez l'assureur et des changements parfois spectaculaires au niveau des processus de paiement interne et d'approbation, lesquels ne sont généralement pas conçus pour prendre en charge les petits montants et fréquence de transaction plus élevés de sinistres. Loin d'être un obstacle, cette situation est en fait l'occasion de penser différemment.

FTB et UAP ont développé un système où les demandes d'indemnisation sont présentées sur la hotline d'UAP. L'équipe de la hotline est formée pour répondre aux questions en dialecte dans un langage simple et rappeler aux clientes que le processus de déclaration nécessite un formulaire de sortie d'hôpital. Les copies scannées des documents de déclaration de sinistre sont envoyées à l'assureur le jour où le client effectue sa déclaration dans l'agence de FTB. Les déclarations présentant une suspicion de fraude élevée sont étudiées sur original. L'assureur s'entretient avec FTB sur tout cas ambigu avant de parvenir à une décision. En créant ce processus, l'assureur peut prendre confiance dans la qualité de la détection des fraudes à l'interne de l'institution et en apprendre davantage sur les comportements et conditions sanitaires de ce segment. Cette approche centrée sur le client permet également d'instaurer la confiance des clientes et leur satisfaction vis-à-vis du produit.

## SYSTÈMES INFORMATIQUES

Les technologies d'information (TI) sont souvent citées comme le goulot d'étranglement principal dans la mise en œuvre opérationnelle. Cependant, ce problème résulte très souvent d'un manque de priorisation et de planification minutieuse. Pour les institutions financières et les assureurs qui sont tenus d'enregistrer et d'accéder à une quantité importante de renseignements sur les clientes, il est indispensable de se doter d'un moyen de gestion des données efficace. En vue d'assurer le bon fonctionnement des TI dans le cadre de son programme de microassurance, l'institution doit d'abord se poser les questions suivantes :

1. Quels sont les objectifs du projet à court et long termes ?
2. Quels types de renseignements permettront de prendre les décisions commerciales appropriées ?
3. Quels sont les coûts et avantages des options disponibles ?

### *Quatre composants essentiels des TI*

1. Les systèmes d'administration des polices saisissent les renseignements nécessaires sur le client pour établir la police d'assurance. L'institution doit idéalement identifier et plus tard renseigner uniquement les champs supplémentaires requis pour le produit en évitant toute duplication de l'information.
2. Les systèmes d'administration des sinistres permettent d'assurer le suivi des sinistres lors des différentes étapes, depuis la déclaration jusqu'au règlement final, c.-à-d. date d'admission, date de sortie d'hôpital et maladie. Pour le modèle opérationnel mixte, ce système prévoit également le transfert d'informations entre l'institution financière et l'assureur.

---

*Proposer la microassurance implique la collecte, l'utilisation et le stockage de renseignements confidentiels sur les clientes. La priorisation et la planification minutieuse de ce volet du modèle opérationnel sont indispensables pour garantir le succès du produit.*

3. Les systèmes de gestion financière assurent la gestion des flux monétaires liés aux montants des sinistres et primes pour chaque client. Ce système permet également d'assurer le suivi des délais d'exécution opérationnelle de chaque processus.

4. Les systèmes de suivi et évaluation permettent enfin d'établir et de déclarer les indicateurs clés dans le SIG de l'institution. Ceci peut être fait manuellement (pour les institutions qui introduisent un nouveau produit) ou de manière automatique (pour des programmes plus matures). Des informations plus détaillées sur ce système figurent dans la partie gestion du rendement.

- Les paramètres tels que primes mensuelles et taxe d'assurance, ou niveau de prestation doivent être intégrés au SIG. Plus ce module sera flexible, plus il sera facile d'apporter des ajustements futurs au produit et aux processus. La capacité de télécharger des métadonnées telles que les dates auxquelles les sinistres ont été déclarés, transmis ou réglés, peut s'avérer utile, celles-ci pouvant être intégrées au tableau de bord de gestion du rendement. Elles peuvent également servir à préparer des indicateurs d'analyse des fraudes.

- Les rapports d'alerte sont conçus préalablement au lancement et au déploiement du produit. Généralement préparés à la main, ces rapports permettent de signaler certains risques liés aux processus (définis selon les critères fixés au départ) et offrent la possibilité à l'équipe d'apporter des corrections en cours de route. On peut citer à titre d'exemple : « clients en retard sur le paiement de leur prime, » « arriéré de sinistres par agence, » « ensemble des sinistres impayés auprès de l'assureur depuis plus de 5 jours, » « ensemble des déclarations de sinistre reçues au niveau d'agences spécifiques ».

La quasi-totalité des données de clients traitées par le système informatique sont de nature sensible et confidentielle. Il est donc important que l'institution financière et l'assureur établissent des limites claires concernant la propriété et l'utilisation des données. La mise en place d'une infrastructure solide et d'une politique en matière de sécurité, d'intégrité et d'accès aux données permettant d'assurer la protection des clientes est tout aussi importante au vu des risques de réputation liés à une éventuelle atteinte à la sécurité des données. Un aperçu de ces risques est proposé dans la partie gestion des risques.



## Étude de cas: La refonte informatique de la Fondation Lead

En novembre 2015, la Fondation Lead a procédé au pilotage du programme *Caregiver*, qu'elle a étendu à l'ensemble de ses 18 agences du pays.

La direction de Lead considère la microassurance comme l'un des produits phares offerts aujourd'hui à ses clients de crédit et prévoit de continuer de l'intégrer dans ses futures offres de produits. Lead veut déployer la microassurance à grande échelle et fournir plus tard des prestations améliorées (comme la couverture familiale), établissant de ce fait son avantage concurrentiel sur le marché.

L'importance de ce produit dans ses opérations impose donc à Lead d'être pleinement propriétaire du modèle et de renforcer ses capacités internes de gestion des activités au fur et à mesure que le produit prend de l'essor. Une démarche qui a nécessité une refonte en profondeur de son infrastructure informatique.

Women's World Banking et Lead ont procédé à l'identification de trois domaines clés d'investissement en TI :

- Le module de saisie de données au moment de l'inscription
- La gestion des sinistres
- Le Suivi et Evaluation

Lead a piloté le produit *Caregiver* en s'appuyant sur un modèle opérationnel mixte dans lequel l'assureur gère le traitement des sinistres. Lead a procédé à l'intégration du modèle de saisie de données et de déclaration de sinistre dans son SIG avant la phase pilote afin de garantir le bon déroulement des opérations. Compte tenu que Lead dispose d'une équipe de développement TI en interne, l'organisation a été à même d'économiser près de 50 pour cent des coûts afférents aux services de conseil et de développement informatiques.

En revanche, le suivi et l'évaluation répondent à un processus plus progressif. Comme l'institution prévoyait de passer à un modèle de pleine propriété, Women's World Banking a recommandé que l'équipe du projet commence par des tableaux manuels basés sur un tableur. Bien que chronophage, cette démarche a permis à Lead de renforcer ses capacités internes en matière de traitement et d'analyse des indicateurs clés de performance en assurance.

Comme la phase pilote tirait à sa fin, Women's World Banking et Lead ont élaboré une feuille de route TI pour assurer la transition d'un système de tableau de bord manuel à un système TI totalement intégré au service des institutions et des besoins en saisie de données, en gestion et suivi des sinistres.

L'accompagnement technique de Women's World Banking apporté à Lead Foundation a été financé par l'AFD.



## Formation et gestion du changement

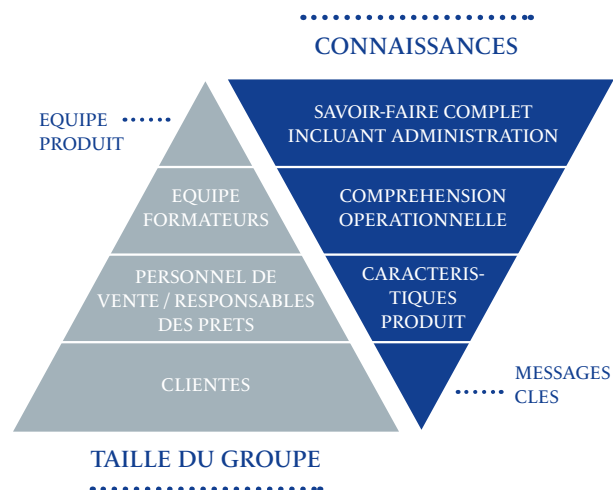
Comme mentionné dans la partie Marketing et éducation des consommateurs, l'assurance est un produit souvent méconnu des clientes et du personnel de terrain des institutions financières. Quand *Caregiver* est distribué dans un établissement financier, Women's World Banking recommande de le coupler avec un prêt. Le personnel d'agence et les responsables de prêts connaissent bien le produit de crédit et ne requièrent que peu d'éclaircissements sur sa valeur et son fonctionnement, ce qui n'est pas le cas de l'assurance. L'assurance est un produit qui nécessite un paiement anticipé de la part des clientes, sans savoir pour autant si et quand elles feront appel à ce service. C'est cet aspect que le personnel d'agence trouve difficile à vendre aux clientes.

Le personnel d'agence est généralement chargé d'inscrire les clients, de vendre et assurer l'entretien de tous les produits, notamment l'assurance. Par conséquent, obtenir leur adhésion et favoriser leur compréhension constitue une première étape essentielle. Si le personnel n'est pas convaincu du produit, il ne sera pas en mesure de convaincre les clients d'y souscrire.

Les programmes d'évaluation de la formation mis en œuvre par Women's World Banking ont révélé qu'au-delà des caractéristiques du produit, le personnel d'agence souhaitait comprendre comment vendre un produit d'assurance et gérer les objections des clientes de façon appropriée. De plus, les employés veulent comprendre pourquoi vendre de l'assurance, et quelle valeur ils apportent au client. Ainsi, un plan adéquat d'intégration sensibilisera le personnel à la valeur du nouveau produit tout en mettant à leur disposition un ensemble d'outils et de conseils qui les aideront à stimuler l'adoption et l'utilisation du produit.

Les formations en assurance bien conçues ont trois objectifs :

**1. Informer.** « Quel est le produit ? ». La microassurance étant un concept nouveau, le contenu de la formation doit intégrer des exemples dans lesquels les employés d'agence peuvent se reconnaître, par exemples des régimes d'assurance parrainés par leur propre employeur, leur expérience d'utilisation de ces régimes, les prestations qui les intéressent personnellement, etc. Il est également intéressant de leur faire part des résultats des recherches menées auprès des clientes, afin qu'ils comprennent le contexte et la logique de conception du produit, qui est souvent différente de leur propre expérience.



**GESTION DES CONNAISSANCES.** *Les niveaux de compréhension du produit sont fonction décroissante du rôle de l'individu : les responsables de produit doivent en avoir une compréhension complète alors que le personnel d'agence ne doit maîtriser que les informations nécessaires à la vente du produit, à savoir les caractéristiques du produit et la procédure de déclaration de sinistre. Les clientes doivent connaître les 3 messages clé.*

**2. Responsabilisation.** « Comment le vendre ? » Face à un nouveau produit (payer maintenant pour recevoir une protection si le risque se réalise), les collaborateurs sont confrontés à la confusion du client, voire à son rejet du produit. La formation doit comprendre des séances interactives (ou jeux de rôle) qui leur permettront de perfectionner leurs compétences commerciales et de faire face aux objections des clientes avec aisance. Des outils de commercialisation, tels qu'un script standard et une liste de foire aux questions (FAQ) offrant une comparaison avec les produits concurrents doivent être fournis.

**3. Convaincre.** « Pourquoi le vendre ? » Les objectifs stratégiques d'une entreprise doivent être liés aux objectifs personnels (et mesures d'incitations) des employés. Ainsi, il est important qu'ils comprennent que l'assurance les aide à atteindre leurs propres objectifs. Ceci engendre, chez les employés, un sentiment d'appropriation du nouveau produit et une volonté de mener leur mission à bien. Les études de Women's World Banking ont démontré que les clientes qui avaient bénéficié de *Caregiver* effectuaient plus souvent leurs remboursements mensuels à temps. Ainsi la vente du produit constitue une motivation car elle permet aux responsables des prêts de gérer plus efficacement leur portefeuille à risques. Le paiement des remboursements dans les délais permet également de renforcer la relation entre personnel et clientes.

De plus, l'introduction d'un nouveau produit requiert une approche systématique de gestion du changement. Il est important de comprendre que le changement engendre une réaction émotionnelle chez les personnes directement affectées. Afin de surmonter la résistance du personnel, il est essentiel de les inclure depuis le développement en sollicitant régulièrement leurs remarques et en les aidant à s'approprier le produit au cours de la période de lancement.

**Primes et mesures d'incitation.** Bien que les mesures d'incitation puissent contribuer à créer de l'élan, Women's World Banking recommande de ne les utiliser que de manière sélective et en mettant en place des mesures adéquates de contrôle des ventes abusives. Les mesures d'incitation sont utiles lorsque l'adhésion au produit d'assurance est volontaire, ou lorsque l'on désire pousser le personnel à adopter un certain comportement, tel que la saisie qualitative des données. Les primes peuvent également ne pas être pécuniaires, notamment en reconnaissant la qualité exceptionnelle du service client, en identifiant des champions de l'assurance, etc. Ces mesures doivent être associées à des programmes de reconnaissance et contribuer au développement de carrière.

**Contrôler l'efficacité des formations.** La formation est un cycle continu qui idéalement doit inclure le retour d'expérience des personnes formées, le suivi des performances individuelles et par agences, l'identification systématique des lacunes et erreurs, l'adaptation du programme pour remédier aux déficiences et enfin, les formations de rappel régulières pour combler les lacunes. Une formation efficace mène à une meilleure sensibilisation et satisfaction du client, ainsi qu'à une meilleure utilisation du produit.

Les sondages téléphoniques auprès des clientes et les entretiens systématiques avec le personnel d'agence sont deux outils simples et efficaces pour mesurer l'effet d'une formation. Leurs résultats peuvent être analysés pour mesurer les écarts entre agences, tranches d'âge, sexe, niveaux d'éducation, etc. Idéalement, les évaluations des formations doivent être conduites, au minimum, tous les six mois et des programmes de rappel pour les employés doivent être effectués à intervalles réguliers pour éviter que les mauvaises habitudes ne s'installent.



## Mise en place du pilote

---

La mise en place d'un projet pilote constitue l'étape décisive dans l'ensemble des travaux effectués par Women's World Banking dans le cadre du développement des produits. Au cours de cette période, l'institution financière et l'assureur vont identifier les problèmes et de les corriger avant le lancement du produit. Women's World Banking procède généralement au pilotage des produits d'assurance au niveau de 2 à 5 agences sur une période de six à neuf mois, tout en contrôlant de près la réalisation des objectifs du pilote et ses indicateurs clés de performance. Tout au long de cette période, l'équipe produit évalue et ajuste continuellement le produit et processus, en fonction des retours d'expérience des clientes et du personnel, et y apporte des améliorations progressives avant de le finaliser en prévision de son lancement.

---

*La phase pilote permet à l'institution financière et à l'assureur d'identifier les problèmes et de les corriger avant le lancement complet du produit*

**Sélection des agences pilotes.** Les agences pilotes sont sélectionnées sur la base de critères précis tels que le nombre de clientes, la diversité des groupes en portefeuille (âge, sexe, type de prêts), l'emplacement (distance par rapport au siège), l'accès aux infrastructures médicales, la personnalité du responsable d'agence, les expériences antérieures de projets pilotes et les risques géopolitiques dans son environnement. Le but est de tester un ensemble de variables identifiées comme des problèmes potentiels et travailler à les résoudre sur une plus petite échelle.

**L'équipe du projet.** Au moment d'identifier les membres de l'équipe du projet, une institution financière se doit de viser au-delà de l'expertise produit et rechercher des qualités personnelles. L'équipe du projet doit être constituée de membres du personnel autonomes,

ingénieux, créatifs et motivés. Ils doivent également entretenir une bonne relation avec les parties engagées (personnel d'agence, chefs de département au sein de l'entreprise, assureur), avoir une curiosité et une volonté d'apprendre et de s'adapter et voir le client d'abord.

L'équipe du projet doit également être disposée à travailler avec des chiffres et des outils d'analyses quantitatifs simples. Enfin, le projet doit être l'occasion d'offrir des opportunités de carrière à des employés motivés de découvrir leurs capacités de développement en dehors de leur zone de confort.

**Fixer des objectifs.** Il est important de noter que le développement complet et la stabilisation des indicateurs clés de performance (c.-à-d. les sinistres subis mais non déclarés (IBNR), le taux de sinistralité et la fréquence) nécessitent du temps pour permettre à l'assureur d'ajuster correctement ses prix. Women's World Banking met également en place un protocole d'essai qui définit les limites de tolérance au-delà desquelles le pilote est interrompu. Parmi les indicateurs quantitatifs et qualitatifs utilisés dans le protocole d'essai figurent :

- Le pourcentage de non-renouvellement des prêts par le client à cause de l'assurance.
- L'anti-sélection, qui se manifeste par une fréquence trop élevée des déclarations de sinistre en début de cycle.
- Le pourcentage de rejet de sinistre, le coût et le délai de traitement.
- La sensibilisation du client.
- Les tendances de fraude et l'efficacité des contrôles.

Ces indicateurs clés de performance constitueront ensuite le fondement de la gestion en continu de la performance du produit.

### GESTION DES RÉSULTATS TECHNIQUES

La gestion des résultats techniques est l'un des aspects les plus importants du fonctionnement d'une entreprise de microassurance. Soigneusement formulées, les hypothèses de prix relatives aux indicateurs clés de performance doivent faire l'objet d'un suivi mensuel et les ajustements nécessaires doivent être apportés au programme pour permettre d'atteindre les objectifs stratégiques souhaités. Ces indicateurs clés de performance permettent aux institutions de répondre à trois questions :

- Le produit est-il proposé au bon prix ?
- Répond-il aux besoins des clientes de l'institution ?
- Les clientes utilisent-elles le produit ?

La qualité de la gestion des résultats techniques est indissociable de celle des données et des ressources qui lui sont dédiées. Les SIG de l'institution financière et de l'assureur constituent des sources d'informations indispensables sur les clientes et les déclarations de sinistres, et qui doivent être complétées par les données qualitatives relevées dans les sondages menés auprès des clientes et des entretiens avec les membres du personnel ainsi que les nouveautés et informations actualisées sur le marché et le suivi périodique de la concurrence. Afin d'utiliser ces informations, l'institution doit investir dans le personnel (employés dédiés au projet et dotés de compétences analytiques et d'une connaissance basique des outils d'analyses tels que Excel©) et des technologies (ordinateurs performants et logiciels appropriés).

Une gestion correcte des résultats techniques passe par l'engagement des cadres supérieurs à renforcer la culture et qualité de saisie et de gestion des données et de suivi technique dans un tableau de bord. Les cadres supérieurs doivent consacrer du temps aux discussions ayant trait aux indicateurs clés de performance et tableaux de bord et accompagner l'équipe du projet vers des décisions dérivant des conclusions techniques. Les institutions financières négligent parfois de renforcer leur capacité technique à suivre les produits car elles pensent que ces données leur seront fournies par l'assureur. Ce faisant, elles perdent l'occasion d'accompagner le produit vers sa maturité de manière proactive, en mettant à profit leurs connaissances uniques sur les clientes, les données et les procédures. En manquant de créer cet échange avec l'assureur sur ses hypothèses de prix et les caractéristiques du produit, elles courent le risque sérieux de devoir modifier le prix du produit ou réduire certaines prestations à la demande de l'assureur, ce qu'un examen éclairé des données aurait permis d'éviter.

L'approche d'assistance technique adoptée par Women's World Banking consiste à renforcer d'abord les capacités d'une institution à collecter et analyser les données et de permettre à chaque institution de procéder à une projection du seuil de rentabilité, d'effectuer un suivi des résultats techniques et de faire face aux risques en regardant l'avenir en toute indépendance. Cela permet aux institutions de décider des investissements futurs liés à ce produit et de mieux les planifier, tout en gardant un œil sur son impact social.

Women's World Banking collabore avec des institutions partenaires pour suivre les 8 indicateurs clés de performance que Women's World Banking considère comme non-négociables en microassurance. Ceux-ci sont "non-négociables" car ils fournissent le niveau d'information le plus basique concernant la performance du produit.

1. Nombre de vies assurées (par sexe, conjoint, enfants, et type de prêt)
2. Pourcentage de clients adhérents
3. Taux de sinistralité (ou ratio Sinistres/Primes)
4. Caractéristiques de sinistres (fréquence et taille moyenne)
5. Taux de rejet de sinistres
6. Délai de traitement des déclarations de sinistres
7. Pourcentage de fraude détectée
8. Marges opérationnelles (Coût/Commission)

### GESTION DES RISQUES

L'objectif de l'assurance consiste à couvrir les risques de santé des clientes, mais les institutions financières et les assureurs encourent eux aussi des risques qui doivent être soigneusement examinés et rapidement atténués pour leur permettre d'offrir un produit durable. Ces-derniers peuvent être classés en six grandes catégories<sup>6</sup> :

#### 1. Risques Externes

- a. Les risques réglementaires proviennent de l'impact éventuel des modifications réglementaires sur la capacité de l'institution à proposer son produit. Ces risques doivent être identifiés très tôt en analysant les réglementations actuelles et en préparant afin de cerner les obstacles, et en communiquant de façon régulière avec le régulateur afin d'identifier leurs priorités et leur influence sur le produit.

<sup>6</sup> L'énumération de l'ensemble des risques dépasse le cadre de la présente publication. Néanmoins, les points abordés ici permettront aux institutions d'amorcer la discussion et de déterminer les risques principaux dans leur environnement



EGYPT

b. Les catastrophes naturelles et les risques pandémiques peuvent entraîner une augmentation soudaine de la fréquence des déclarations de sinistres. Ce risque peut être atténué en prévoyant des clauses d'accumulation dans les polices, en s'accordant sur un « cash call » (ou avance de fonds) avec l'assureur dans le cadre de certains événements, en testant la résilience des procédures face aux éventuels retards et en intégrant la procédure d'assurance dans le plan de continuité des opérations de l'institution.

## **2. Risques Financiers**

a. Le risque de défaut de paiement (risque que l'assureur n'honore pas le paiement des sinistres) peut être réduit par la vérification périodique des états financiers de l'assureur, la mise en place d'un délai maximal de paiement avant le déploiement du produit et, lorsque cela est autorisé, la constitution de provisions de sinistre à partir des primes. Le maintien de relations avec d'autres assureurs est également à considérer comme solution de repli.

b. Les risques de trésorerie (le risque de ne pas disposer de suffisamment de liquidités en agence pour procéder aux remboursements) peuvent être atténués en proposant des paiements électroniques (lorsque les clientes disposent d'un compte bancaire) et en estimant les besoins en liquidités par extrapolation sur la base de l'expérience de sinistres durant le pilote.

c. Le risque de ne pas atteindre le seuil de rentabilité peut être diminué en mettant en place des tableaux de bords comportant des seuils d'alerte suivis régulièrement. Dans ce cadre, il est essentiel de dissocier dans le budget les coûts opérationnels souvent invisibles, et de réajuster les projections financières avant le lancement. En verrouillant annuellement les prix et en conservant des marges de manœuvre au sein même du produit (par exemple en offrant une couverture pour les établissements non agréés ou de plus amples délais limites de déclaration), l'institution peut naviguer de façon flexible.

## **3. Les risques liés au capital humain**

a. Les institutions sont particulièrement exposées au risque de perdre les personnes clés dans les phases initiales du lancement d'un produit. La fourniture d'une description de poste claire et d'une documentation complète sur les procédures, l'ajustement des primes, la désignation de remplaçants en cas d'absence et la mise en place d'une rotation du personnel sont autant de mesures à même de réduire ces risques.

b. Des risques internes de fraude surviennent lorsque le personnel crée des déclarations de sinistre fictives ou encore lorsqu'il classe ou gonfle des déclarations en collusion avec le client. Ce risque peut être atténué en exigeant un contrôle par double signature au niveau du responsable d'agence, par le suivi des contrôles de données ainsi que l'instauration de mesures disciplinaires claires dans le cadre des procédures de ressources humaines.

#### *a. Risques liés aux processus*

b. Avant le lancement, il est impératif de surveiller les délais de paiement des sinistres en améliorant le processus jusqu'à atteindre les objectifs de traitement. Au lancement un plan de recrutement doit être envisagé sur la base des volumes prévisionnels d'un lancement par étape. Après lancement enfin, les rapports d'alerte (par exemple des listes de déclarations de sinistres datant de plus de 3 jours) permettent d'enclencher des actions correctives.

#### *5. Risques Technologiques/Système*

a. Les risques de confidentialité sont liés aux données personnelles et peuvent être réduits en incluant un standard minimum dans les spécifications informatiques (par exemple l'utilisation d'un Protocole de Transfert Sécurisé (FTP), d'une « liste blanche » d'adresses IP sécurisées) et en attribuant un identifiant client à la souscription afin que les échanges de données de santé ne contiennent ultérieurement plus d'informations personnelles identifiables.

b. Les risques d'intégrité des données peuvent être diminués par un rapprochement régulier des informations entre département financier et assureur.

c. Les risques de disponibilité des données peuvent être limités en utilisant des sauvegardes, en intégrant les systèmes d'information dans les circuits de maintenance et en mettant en place des solutions alternatives de transfert de données en cas de panne (par exemple en mettant à disposition des formulaires de déclaration de sinistres écrits et des modèles de feuilles de calcul afin de soumettre manuellement les déclarations à l'assureur).

#### *6. Risques liés au lancement du produit*

a. Les risques de retard par rapport au calendrier de projet sont principalement dus aux priorités concurrentes. En interne, ces risques peuvent uniquement être réduits en donnant au projet une grande visibilité à l'échelle de l'institution en vue de bénéficier des ressources, du temps, des employés et du budget appropriés. En externe, ils émanent principalement des sous-traitants fournisseurs de technologie de l'information, de la production des supports marketing, ou des processus d'approbation auprès de l'assureur ou du régulateur. Ces risques ne peuvent pas être complètement supprimés mais un suivi régulier des progrès et l'élaboration d'un plan B (plan de secours) peuvent s'avérer utiles.

b. Les risques liés à la disponibilité du personnel peuvent être diminués en affectant des équipes dédiées dès le début du projet et en mettant en place une stratégie de migration permettant d'assurer leur transfert vers de nouvelles attributions au moment du lancement.

#### **DÉPLOIEMENT DE PRODUIT**

Une fois les composantes opérationnelles optimisées à la suite du pilote, l'institution financière et l'assureur sont en position de lancer le produit à grande échelle en l'étendant à l'ensemble du réseau d'agences. Les activités clés qui assurent le bon déroulement de cette phase sont:

##### *1. Elaboration d'un plan d'extension à grande échelle*

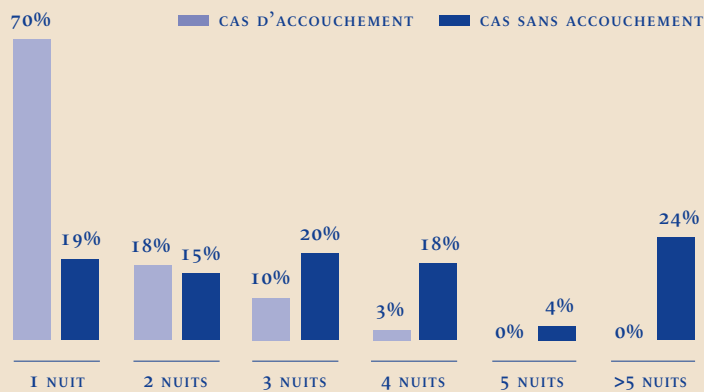
En s'appuyant sur le projet pilote, Women's World Banking prépare un plan d'extension aligné sur les objectifs de l'institution en matière d'indicateurs clés de performance. Celui-ci comprend des recommandations relatives au calendrier de déploiement au niveau de l'ensemble des agences, un programme de formation des nouvelles agences, une feuille de route marketing ainsi que des améliorations opérationnelles et informatiques. L'objectif est d'estimer la charge de travail de l'équipe chargée du projet principal et des opérations, et l'ensemble des besoins en ressources afin de gérer efficacement l'ampleur des opérations. Le suivi à travers les rapports d'alerte permet à l'équipe de réagir rapidement face à tout éventuel problème.

*2. Révision des projections financières* – Le suivi financier à intervalles réguliers permet de déterminer les coûts opérationnels de gestion du programme et il est indispensable pour comprendre la viabilité à long terme du programme. Women's World Banking prépare des fichiers de suivi financier personnalisés qu'elle met à la disposition des institutions afin qu'elles puissent contrôler le résultat opérationnel du produit d'assurance et suivre les coûts fixes et variables tels que les revenus des commissions, le coût horaire du personnel, les coûts de développement informatique et les dépenses liées au marketing et à la formation. Le suivi financier précis contribue à l'estimation du seuil de rentabilité et des marges opérationnelles afin de réviser les hypothèses initiales si nécessaire, en préparation aux activités de mise à l'échelle.

*3. Mise en place des systèmes informatiques* – Women's World Banking recommande aux institutions de mettre en place, en vue d'un déploiement à grande échelle, des systèmes entièrement automatisés de souscription, de déclarations de sinistres et de sauvegarde des rapports de fraude afin de limiter les erreurs et le travail manuel dans la préparation des rapports d'alerte. Cela permettra également de libérer du temps pour procéder à des suivis et évaluations de plus près et renforcer les capacités au sein de l'institution.

## La Gestion Technique au service de la Prise de Décisions

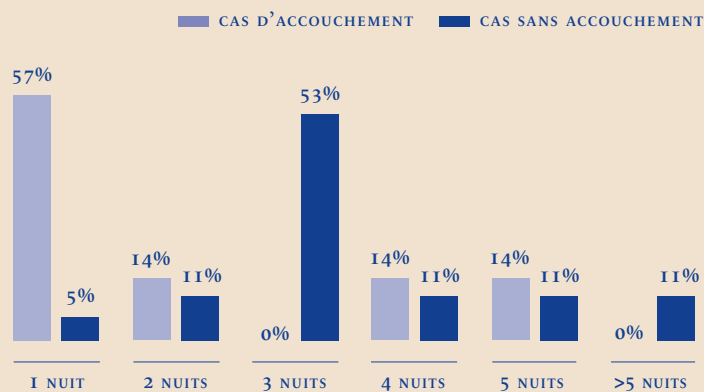
LEAD FOUNDATION (EGYPTE) : DURÉE D'HOSPITALISATION (NBRE DE NUITÉES)



Women's World Banking accorde une importance particulière à la création, la lecture et l'interprétation des tableaux de bord d'indicateurs clés de performance. Le renforcement des capacités internes doit permettre à l'institution de créer un accès immédiat à l'information et de comprendre le résultat technique du produit afin d'identifier tout risque ou écart potentiel par rapport aux hypothèses initiales, sans être toutefois tributaire d'une information extérieure de l'assureur.

Le renforcement des capacités internes peut également servir à vérifier l'interprétation des données par l'assureur et argumenter face aux modifications des conditions de la police. De plus, les tableaux de bord constituent la base de recherches plus approfondies et de l'évaluation de l'impact à long terme de l'assurance sur la vie des clientes et contribuent à aider l'institution à atteindre leurs objectifs sociaux. L'examen attentif de certains de ces indicateurs clés de performance en offrent une parfaite illustration.

FTB (OUGANDA) : DURÉE D'HOSPITALISATION (NBRE DE NUITÉES)



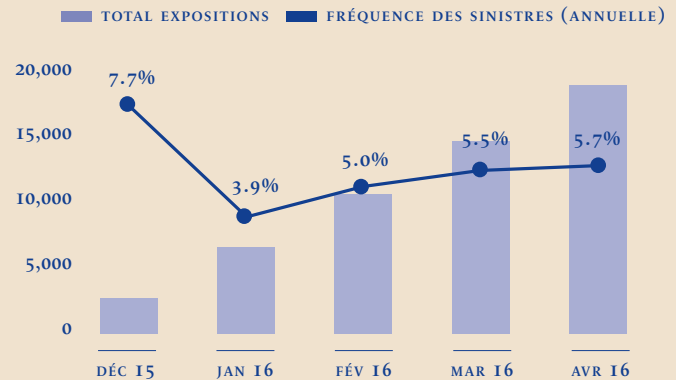
**Gravité.** Dans le cas de Lead (Egypte), qui compte plus de 80 pour cent de clientèle féminine, Women's World Banking a constaté que les déclarations de sinistre liées à la maternité et accouchement n'étaient, en réalité, pas très graves (c.-à-d. que 70 pour cent des femmes qui accouchent à l'hôpital n'y passent qu'une nuit. Cela indique que les déclarations de sinistre liés à la maternité ne pèsent pas matériellement sur le taux de sinistralité.)

Néanmoins, le schéma de gravité pour FTB (Ouganda) est très différent. Les cas liés à la maternité sont plus graves en Ouganda qu'en Egypte (probablement en raison du mauvais état de l'infrastructure sanitaire et du faible niveau de sensibilisation à la santé). Cela-dit, comparé aux cas non liés à la maternité, leur gravité reste modérée.

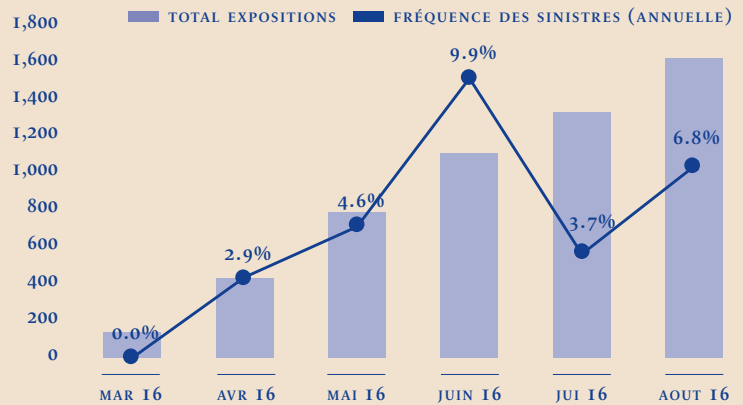
**Fréquence des sinistres.** Le tableau de bord de Lead au cours de la phase pilote ont montré que la fréquence des sinistres avait commencé à atteindre un niveau stable dans les cinq premiers mois de la phase pilote. Ces informations ont permis à l'institution de prédire le volume des sinistres futurs et de se projeter les besoins en ressources opérationnelles requises pour gérer la charge de travail de manière plus efficace. Cet indicateur a servi de base à une enquête téléphonique visant à évaluer la connaissance et la compréhension du produit *Caregiver* par le client étant donné que la fréquence des sinistres était inférieure aux hypothèses initiales en matière de tarification. Les résultats de l'enquête ont révélé des différences en termes de connaissance des clientes sur le produit mais aussi du personnel dans l'ensemble des trois agences pilotes. L'enquête a permis d'identifier les domaines présentant des lacunes au niveau des processus de formation et marketing, ce qui a permis à Lead de prendre des mesures correctives. Des recherches plus approfondies conduites par Women's World Banking ont révélé une amélioration des niveaux de sensibilisation des clientes par rapport au produit et de la fréquence des sinistres après la mise en place de ces mesures.

Une analyse similaire menée auprès de la FTB a révélé que même si le passage du produit à l'échelle supérieure se faisait à un bon rythme, la fréquence des sinistres ne s'était pas stabilisée même six mois après le démarrage de la phase pilote. Une enquête téléphonique de suivi a été lancée pour tenter de comprendre ces fluctuations. Celle-ci a indiqué qu'un nombre important de clientes n'avaient pas connaissance du produit *Caregiver*. Parmi les clientes qui connaissaient le produit, le degré de compréhension et conditions d'utilisation du produit variait d'une agence à l'autre. De plus, un nombre considérable de clientes ne se rappelait pas avoir reçu la brochure du produit ou n'était pas capable de suivre le processus de déclaration des sinistres. Au cours de l'évaluation pilote, Women's World Banking a recommandé à l'organisation de renforcer l'approche marketing et de formation et d'adapter la déclaration de sinistre et processus informatiques.

LEAD ( EGYPTE ) : FRÉQUENCE DES SINISTRES À RÉGLER AU COMPTANT EN MILIEU HOSPITALIER



LEAD ( EGYPTE ) : FRÉQUENCE DES SINISTRES À RÉGLER AU COMPTANT EN MILIEU HOSPITALIER





## Double objectif et mesure des résultats

Les institutions financières au service du marché des faibles revenus visent un « double objectif de résultat », celui d'atteindre aussi bien la viabilité financière que leur mission sociale. Il est important de mesurer la performance de *Caregiver* à l'aune de ces deux dimensions pour comprendre si le produit a atteint les objectifs escomptés : 1) analyser les résultats financiers pour comprendre la rentabilité du produit et 2) conduire des recherches sur les résultats pour comprendre si le produit a fait une différence dans la vie des clientes.

*La mission du Microfund for Women (MfW): Fournir des services financiers et non financiers viables aux petits entrepreneurs, en particulier les femmes, en vue de les responsabiliser sur le plan social et économique, et les aider à améliorer leur qualité de vie.*

Alors que le résultat financier de *Caregiver* peut être mesuré grâce aux indicateurs clés de performance, la mesure de performance sociale impose l'établissement d'une recherche rigoureuse plus profonde au niveau des clientes. En 2015 Women's World Banking a conduit une étude pour mesurer l'effet produit par *Caregiver* sur la vie des clientes de MfW et par extension, pour déterminer son efficacité à permettre à l'institution d'accomplir sa mission sociale. L'étude s'est penchée sur les paramètres suivants : le statut socio-économique et l'accès des clientes aux finances, le rôle de la femme, les résultats opérationnels, la réalisation des objectifs d'épargne, et les résultats sur les ménages tels que le lissage de la consommation, les conditions de logement, la santé et l'éducation des enfants.

L'étude a été menée par méthode mixte : l'évaluation quantitative a été effectuée grâce à une analyse de cinq années de données accumulées sur les prêts et le comportement des clientes pour leur déclaration de sinistre, combinée avec des recherches qualitatives basées sur des groupes de discussion et entretiens individuels. La qualité de l'échantillon qualitatif de Women's World Banking réside dans le fait qu'il correspond exactement aux tendances quantitatives, permettant ainsi l'analyse des comportements que l'on s'attendrait à observer à un échelon plus large de la population de clientes.

Women's World Banking a spécifiquement cherché à comprendre les effets en termes d'« autonomisation », s'il en est, produits par *Caregiver* sur les clientes, l'autonomisation étant ici définie comme « le processus par lequel les femmes prennent le contrôle de leur vie et se l'approprient par l'élargissement de leurs choix<sup>7</sup>. » Pour mesurer l'autonomisation, l'équipe de recherche a suivi le cadre<sup>8</sup> d'autonomisation de Martha Chen, qui envisage quatre dimensions : Changement matériel, changement cognitif, changement perceptuel et changement relationnel. Women's World Banking a alors formulé des questions de recherche sur la base de ce cadre :

**Matériel :** Y a-t-il une augmentation ou une baisse de ses revenus, de sa capacité de gain et de son accès aux ressources attribuable à l'utilisation de *Caregiver* ?

**Cognitif :** Y a-t-il des différences de sensibilisation à l'assurance et de ses connaissances et compétences en la matière induites par *Caregiver* ?

**Perceptuel :** A-t-elle plus ou moins confiance en elle, un sens plus fort d'estime de soi et une vision plus claire de son avenir ?

**Relationnel :** A-t-elle acquis un plus grand pouvoir de négociation au sein du ménage ? Est-elle plus indépendante ?

L'analyse quantitative approfondie a révélé que les clients qui avaient présenté des sinistres à la suite de soins hospitaliers et qui ont reçu des prestations au titre de *Caregiver*<sup>9</sup> avaient tendance à être plus à jour dans le remboursement mensuel de leur prêt, réduisant de ce fait le portefeuille à risques pour MfW. Les recherches ont également fourni des informations encourageantes sur les résultats de *Caregiver* dans chaque volet du cadre d'autonomisation :

<sup>7</sup> "Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. Development and Change," Naila Kabeer (1999).

<sup>8</sup> "Assessing Change in Women's Lives: A Conceptual Framework," Martha Chen & Simeen Mamud (1995).

<sup>9</sup> Comparaison avec les groupes témoins de femmes qui avaient accès à *Caregiver*, reçu des soins hospitaliers, mais qui n'ont pas choisi de soumettre une demande d'indemnisation et de femmes qui avaient accès à *Caregiver* mais qui n'ont pas eu d'incident de santé se traduisant par des frais médicaux.

**Changement matériel :** Les prestations de *Caregiver* permettent aux clientes de rembourser leurs prêts MFW à la suite d'une hospitalisation, d'éviter de payer des frais supplémentaires et de couvrir les coûts liés aux médicaments, à la nourriture et au transport.

« Comme pour l'hôpital, nous n'avons pas d'argent pour les médicaments. Grâce au paiement, nous disposons de l'argent et cela facilite les choses » (Témoignage cliente)

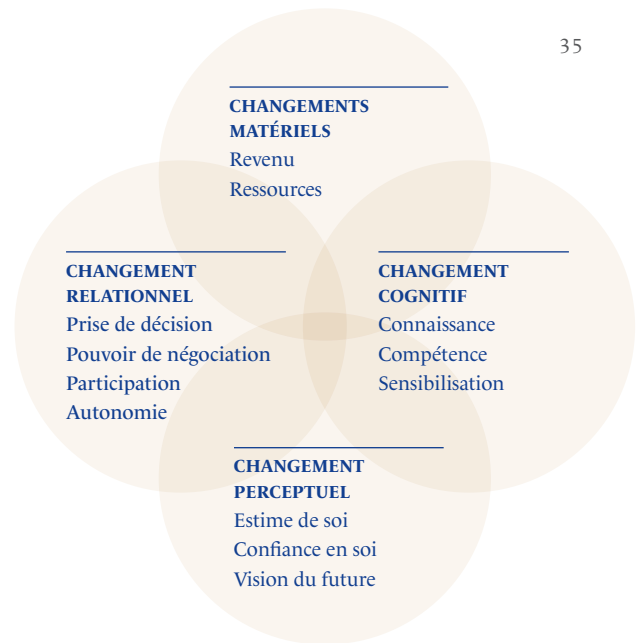
**Changement Cognitif :** Les femmes comprennent le concept d'assurance, les conditions générales de vente du produit et les calculs relatifs au coût de renouvellement du prêt et à celui du produit *Caregiver*.

« Lorsque je vais à l'hôpital, 1 JD ne représente pas grand-chose, c'est symbolique, et ça le vaut bien... 12 JD par an, si vous allez à l'hôpital 5 ou 6 jours, cela en vaut la peine » (Témoignage cliente)

**Changement de perception :** Les femmes qui exercent une activité rémunératrice, qui ont accès au crédit, et ont bénéficié des prestations de *Caregiver*, développent un sentiment accru de confiance en elles ainsi qu'une vision à long terme.

« Lorsque vous avez de l'argent, vous êtes libre de l'utiliser et donc de ne plus dépendre de votre mari. Je peux me rendre à l'hôpital pour me faire soigner. Pas besoin d'attendre son argent. » (Témoignage cliente)

**Changement relationnel :** Les femmes qui exercent une activité rémunératrice, qui ont accès au crédit, et ont



bénéficié des prestations de *Caregiver* ont une meilleure perception de la prise de décision au sein de leur ménage.

« Lorsqu'une femme a de l'argent, elle est forte dans tout ce qu'elle entreprend. Si vous avez un avis et que votre mari en a un autre, vous pouvez en discuter avec lui. L'argent est une force » (Témoignage cliente)

Il est important de noter qu'au niveau de MfW, *Caregiver* est rattaché aux produits de crédit et d'assurance vie (ainsi qu'à d'autres services MfW) et que, par conséquent, certains résultats ne sont pas uniquement déterminés par *Caregiver*, mais par un ensemble de produits. Néanmoins, cette étude a démontré que *Caregiver* contribue assurément à l'amélioration de la qualité de vie des clientes MfW et à leur sentiment général d'autonomisation.



## Une perspective d'avenirs durables

Avec le soutien de bailleurs de fonds comme l'Agence Française de Développement (AFD) et la Swiss Capacity Building Facility (SCBF), Women's World Banking a réussi à répondre à la question : « Une assurance santé à 2 dollars par mois destinée aux femmes peut-elle être viable ? »

Ce travail démontre aux institutions, assureurs compris, que l'assurance santé peut être à la fois viable pour les institutions et utile pour les clientes, créant ainsi une situation où chaque partie trouve son compte. En collaboration avec des institutions partageant la même philosophie, ces modèles peuvent être étendus et reproduits pour fournir aux populations à faible revenu dans d'autres régions, des solutions simples et efficaces de financement des frais médicaux. Women's World Banking se réjouit de collaborer avec des institutions financières et non financières à l'amélioration de l'accès des femmes à travers le monde à l'assurance santé.

Women's World Banking propose un produit d'assurance innovant et commercialement viable qui est à la fois adapté aux besoins des clientes et rentable pour les assureurs et institutions financières. L'expérience de Women's World Banking a démontré qu'un produit bien conçu et suivi pouvait atteindre le seuil de rentabilité en deux ou trois ans. Women's World Banking se réjouit d'introduire Caregiver dans de nouveaux marchés et de mettre au point des modèles de distribution innovants, mettant à profit les nouvelles technologies numériques afin d'augmenter la pénétration du marché de l'assurance et maximiser la valeur du produit fourni aux femmes à faible revenu.

	MICROFUND FOR WOMEN, JORDAN 96% de clientèle féminine	AL AMANA, MOROCCO 45% de clientèle féminine	FINANCE TRUST BANK, OUGANDA 50% de clientèle féminine	FONDATION LEAD, EGYPT 88% de clientèle féminine
NOM DU PRODUIT	Afitna	Tayssir Al Amana	Trust Care + Hospital Cash	Hemaya
POINTS CLÉS DU PRODUIT	Couverture de l'hospitalisation des membres de la famille et assurance-vie pour le client et le conjoint	Prestation d'ambulance pour le client et sa famille	Couverture d'hospitalisation pour les clients	Couverture d'hospitalisation et d'assurance-vie pour les clients
DATE DE LANCEMENT	2006 pour la couverture vie, 2010 pour l'hospitalisation clients, novembre 2015 pour la couverture familiale	2012 pour la couverture clients, janvier 2015 pour la couverture famille	Février 2016	Novembre 2015
NOMBRE DE VIES COUVERTES À AOÛT 2016	226.000 dont 192.000 dans la police familiale.	1.177.000 dont 1.124.000 dans la police familiale.	2000 (phase pilote)	53.000
NOMBRE DE DÉCLARATIONS DE SINISTRES	34.500 depuis 2006 dont 1.900 dans le cadre de la nouvelle police familiale, 96% par des femmes	33.000 depuis 2012 dont 23.000 depuis le lancement de la nouvelle police familiale, 49% par des femmes	40 depuis février 2016 (pilote), 88% par des femmes	714 depuis novembre 2015, 92% par des femmes
NOM DE L'ASSURANCE	Jordan Insurance Company	SAHAM Assistance	UAP	Egyptian Life Takaful Company





---

[WOMENSWORLDBANKING.ORG](http://WOMENSWORLDBANKING.ORG)

---

[@WOMENSWORLDBNKG](https://twitter.com/WOMENSWORLDBNKG)

---

[FACEBOOK.COM/WOMENSWORLDBANKING](https://www.facebook.com/WOMENSWORLDBANKING)

---

Copyright 2016 Women's World Banking

---

Avec le soutien financier de:

