

ROYAUME DU MAROC



acaps

هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي
الجمعية المغربية للتأمينات الاجتماعية
Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale

1^{ÈRE} ÉDITION

PROGRAMME ÉMERGENCE

RAPPORT DE LA PREMIÈRE ÉDITION

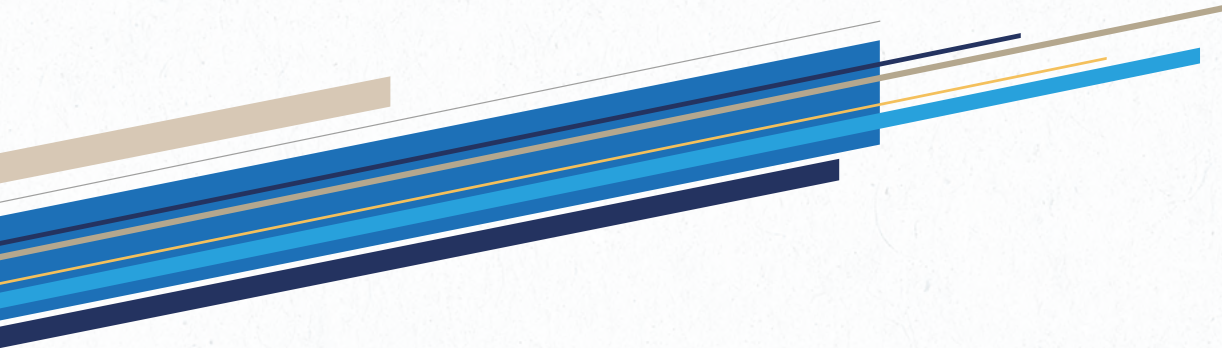
**IMPULSER UNE NOUVELLE DYNAMIQUE D'INNOVATION
AU SEIN DU SECTEUR DE L'ASSURANCE :**

**DES CAS D'USAGE CONCRETS POUR
ACCÉLÉRER LA TRANSFORMATION DIGITALE DU SECTEUR**



Octobre 2025

Mot du Président



À l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale, nous avons fait le choix d'inscrire l'innovation et la transformation digitale durablement au cœur de notre action, convaincus qu'elles représentent des leviers essentiels pour renforcer la compétitivité du secteur, améliorer l'expérience des assurés et accompagner les profondes mutations économiques et sociales que traverse notre pays.

Dans cette perspective, l'Autorité œuvre à bâtir un écosystème où les idées se transforment en solutions concrètes, et où la régulation devient un véritable catalyseur d'innovation.

Le Programme Émergence s'inscrit dans cette démarche : il a permis, pour la première fois, de rassembler compagnies, intermédiaires, talents tech, experts insurtech et partenaires institutionnels autour d'une ambition commune, celle de concevoir ensemble les leviers d'une modernisation durable du secteur assurantiel.

Au-delà des résultats, cette première édition marque un tournant : celui d'un secteur qui apprend à innover collectivement, à se transformer sans se renier, et à bâtir une vision partagée de son avenir. C'est le premier chapitre d'une nouvelle page de l'histoire de l'assurance au Maroc, écrite à plusieurs mains, avec engagement, ouverture et sens des responsabilités.

Je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance à l'ensemble des acteurs qui ont pris part à ces travaux. Leur engagement prouve qu'ils sont capables de mettre de côté les enjeux de concurrence pour œuvrer, ensemble, pour l'intérêt général.

L'ACAPS poursuivra, avec la même détermination, son rôle de facilitateur et de catalyseur, afin que cette dynamique collective se traduise par des réalisations concrètes, au service du développement du secteur et de la protection des assurés.

Remerciements

À l'issue du Programme Émergence, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à l'ensemble des acteurs qui ont rendu possible cette démarche collective.

Nos remerciements vont en premier lieu aux participants, représentants des entreprises d'assurances et de réassurance, d'intermédiation et d'assistance au Maroc, qui ont participé activement au Programme dès le Roadshow initial. Leur disponibilité et leurs contributions ont permis d'identifier avec précision les points de douleur et enjeux prioritaires du secteur.

Nous remercions également l'ensemble des entreprises et institutions qui ont pris part au Programme Émergence, parmi lesquelles :

Les entreprises d'assurances et de réassurance



Les intermédiaires



Nos partenaires institutionnels



Notre partenaire de mise en œuvre



Nous tenons également à saluer l'engagement des participants réunis au sein des cinq groupes thématiques du Parcours Émergence qui s'est déroulé à la suite du Roadshow et a consisté en 9 sessions de travail organisées autour de 5 thématiques : Produit, Souscription, Distribution, Gestion des sinistres et Stratégies d'innovation. Leur assiduité pendant les sessions de travail hebdomadaires et leur esprit de collaboration ont permis de transformer les points de douleur identifiés en **cas d'usage concrets et adaptés aux réalités du marché marocain**.

Au sein du Groupe **Produit**, nous remercions les personnes suivantes :

- **Abdelhamid Habboubi** - Président Directeur Général @EPEGA
- **Ali El Bouaanani** - Secrétaire Général @AON ACORE
- **Fatima Mourabih** - Directrice Générale Adjointe @EPEGA
- **Ghizlane Benbrahim** - Directrice Transformation & Innovation @Atlantic Re
- **Mouna Hachmi** - Chef Département Développement & Gestion des Projets @Maroc Assistance Internationale
- **Kenza Bensouda** - Responsable Marketing @Sanlam
- **Koudama Zeroual** - Directeur Général @RMA Assistance
- **Mohamed Feriss** - Chef de Département Suivi des Produits d'Assurances @ACAPS
- **Mounir Chraïbi** - Directeur Administratif et Financier @EPEGA
- **Omar Fassal** - Directeur Stratégie et Pilotage de la Performance @Atlantic Re
- **Reda Mourabit** - Chef de produit @Sanlam
- **Salima Benamar** - PO de la Squad digital @LA Marocaine Vie
- **Tarik Bahaddou** - Head of Strategic Planning @Atlantic Re
- **Ismail Alami** - Talent Tech
- **Kamil El Kohen** - Talent Tech
- **Alexandre Rispal** - Expert InsurTech

Au sein du Groupe **Souscription**, nous remercions les personnes suivantes :

- **Amine Bengraïoui** - Directeur Activités Support @Alpha Assurances
- **Nadia Benjelloun** - Directrice Stratégie et excellence opérationnelle @AtlantaSanad
- **Elmostafa El Kharmoudi** - Chef de Département Contrôle des Pratiques Commerciales @ACAPS
- **Fettoma Hammouda** - Directrice Marketing, Stratégie et Digital @La Marocaine Vie
- **Ghita Rguiga** - Directrice des Systèmes d'Information @AFMA
- **Houssam Eddine Fares** - Directeur @Fédération Marocaine de l'Assurance
- **Saad Kandil** - Directeur de la Transformation @Cover Edge
- **Idriss Selhoum** - Directeur Transformation IT et Digitale @Allianz Maroc
- **Yassine Moudatir** - Directeur de la Solution Factory @Sanlam
- **Zakaria Rifai** - Directeur des Systèmes d'Information @Maroc Assistance Internationale
- **Kays Bouachik** - Talent Tech
- **Yassine El Abbassi** - Talent Tech
- **Yasser Echoukry** - Expert InsurTech

Au sein du Groupe **Distribution**, nous remercions les personnes suivantes :

- **Aissam El Achiki** - Chef de Département de la Régulation & des Affaires Juridiques @ACAPS
- **Badr Kemmoune** - Responsable transformation digitale @CAT Assurance et Réassurance
- **Mehdi Bennani** - Directeur Central Transformation Digitale, Data & IA @Wafa Assurance
- **El Mehdi Bensouda** - Head of digital factory @Wafa Assurance
- **Hind Bezad** - Chef de projet marketing et communication @Wafa IMA Assistance

- **Jihane Oualla** - Responsable Commercial & Marketing @Wafa IMA Assistance
- **Lamya Laanaia** - Directrice Transformation @Africa First Assist
- **Mehdi Alaoui** - Directeur Communication @MAMDA-MCMA
- **Rachid Baarbi** - Directeur des systèmes d'information @Assurances Lyazidi
- **Yassine Mahboub** - Cadre financier responsable moyens généraux @AON ACORE
- **Abdelhalim El Bouaami** - Talent Tech
- **Omar Jerrari** - Talent Tech
- **Joel Bassani** - Expert Insurtech

Au sein du Groupe **Gestion des Sinistres**, nous remercions les personnes suivantes :

- **Alae Eddine Fekhaoui** - Directeur Transformation Digitale et Systèmes d'Information @AGMA
- **Asmaa Ben Ouhoud** - Responsable Service Sinistres @CPA
- **Asmaa Chabraoui** - Directeur Transformation digitale @RMA
- **Issam Sanhaji** - Responsable Qualité et Organisation @RMA Assistance
- **Karim Naciri** - Responsable Cellule Anti Fraude @Fédération Marocaine de l'Assurance
- **Maha Al Andaloussi** - Responsable Organisation et Reengineering des processus @MAMDA-MCMA
- **Nissrine Brouss** - Responsable Support aux opérations et Développement @MARSH Morocco
- **Othman Sekkat** - Head of PMO and Quality & Management Control @MATU Assurances
- **Youssef Benotmane** - Chef de Département Promotion des Bonnes Pratiques & Relations avec les Assurés @ACAPS
- **Faycal Chraibi** - Talent Tech
- **Alexandre Rispal** - Expert Insurtech

Au sein du Groupe **Stratégies d'innovation**, nous remercions les personnes suivantes :

- **Abdelali Boukachabine** - Head of African Blockchain Hub @UM6P
- **Abdellah Azzaoui** - Directeur Commercial & Marketing @Wafa IMA Assistance
- **Amine Foristi** - Directeur Développement, Animation commerciale et Gestion @Wafa Takaful
- **Abdelaziz Benyahya** - CTO @AXA Assurance Maroc
- **Imane Bennis** - 212 Founders Program Manager @CDG Invest
- **Maha Lakhmiri** - Directrice transformation @AXA Assurance Maroc
- **Morad Bellot** - Responsable de l'Architecture et de la Stratégie Technologique @AXA Assurance Maroc
- **Nadia Lazrak** - Directrice Générale @ASSURWI
- **Omar Bennani** - Directeur des opérations @RMA
- **Omar Idriss Amraoui** - Chef de Département Structuration & Suivi @Tamwilcom
- **Rachid Arabi** - Directeur Général @Wafa Takaful
- **Rachid Bourazza** - Directeur Venture Capital @Tamwilcom
- **Said El Fakir** - Chef de Département Etudes & Normalisation des Assurances @ACAPS
- **Abderahim Rouzen** - Talent Tech
- **Ayoub Erraziki** - Talent Tech
- **Ouadie Esslassi** - Expert Insurtech

Ce rapport est le fruit de cet effort collectif. Il illustre la capacité des acteurs du secteur de l'assurance au Maroc à s'unir autour d'une ambition commune : diagnostiquer et solutionner les problématiques concrètes du marché, accélérer l'innovation et renforcer la compétitivité du marché au service de l'écosystème assurantiel marocain dans son ensemble.

Table des matières

1. Contexte	09
2. Objectifs	09
3. Résultats du Roadshow	10
3.1. Méthodologie	10
3.2. Panel interrogé	10
3.3 Réserves	11
3.4. Maillon « Produit »	12
3.4.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées	12
3.4.2. Points de douleur	12
3.4.2.1. Un marché marqué par une vision prospective limitée et une forte aversion au risque	12
3.4.2.2. Manque de ressources et de compétences spécialisées freinant le développement de nouveaux produits	13
3.4.2.3. Une rigidité dans l'évolution des plans de réassurance	13
3.4.2.4. Cadre de collaboration entre assureurs et intermédiaires insuffisamment défini	13
3.4.2.5. Un marché axé sur les prix, avec une différenciation limitée par la valeur ajoutée	14
3.4.2.6. Un accès limité à la donnée et une exploitation insuffisante pour innover	14
3.4.2.7. Lenteur et complexité des processus de rédaction juridique et de validation des produits	15
3.5. Maillon « Souscription »	16
3.5.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées	16
3.5.2. Points de douleur	16
3.5.2.1. Une multiplicité et une hétérogénéité des portails de souscription et référentiels externes et une absence d'API	16
3.5.2.2. Opacité des modèles de tarification	17
3.5.2.3. Difficulté à digitaliser entièrement la souscription via la vente en ligne	17
3.5.2.4. Digitalisation du parcours de souscription en agence incomplète	17

3.6. Maillon « Distribution »	18
3.6.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées	18
3.6.2. Points de douleur	18
3.6.2.1. Une préférence des consommateurs pour une souscription avec accompagnement humain	18
3.6.2.2. Une incohérence dans le choix des modèles de distribution	18
3.6.2.3. Un manque de ressources et de compétences spécialisées	19
3.6.2.4. Une portabilité limitée des contrats d'assurance entre assureurs	19
3.6.2.5. Une perception de freins réglementaires et contraintes techniques pour la vente en ligne	19
3.6.2.6. Une collaboration entre assureurs et intermédiaires qui gagnerait à être davantage structurée	19
3.7. Maillon « Gestion des sinistres »	20
3.7.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées	20
3.7.2. Points de douleur	20
3.7.2.1. Cadre de collaboration déséquilibré entre assureurs et intermédiaires pour la gestion des sinistres	20
3.7.2.2. Une multiplicité des portails et des référentiels externes à consulter et une absence d'API	21
3.7.2.3. Une complexité des workflows de gestion des sinistres et une dépendance aux processus papier	21
3.7.2.4. Une faible adoption des outils digitaux mis à disposition pour la gestion des sinistres	21
3.7.2.5. Une hétérogénéité des prestataires intervenants dans le processus gestion des sinistres	22
3.8. Maillon « Stratégies d'innovation »	22
3.8.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées	22
3.8.2. Points de douleur	23
3.8.2.1. Une gouvernance et un engagement stratégique encore perfectibles	23
3.8.2.2. Des ressources limitées et des difficultés de recrutement	23
3.8.2.3. Une fragmentation des SI et une difficulté d'intégration des innovations externes	23
4. Résultats du "Parcours Émergence"	24
4.1. Méthodologie	24
4.2. Réserves	25
4.3 Synthèse des cas d'usage développés	25
4.4. Outiller le processus de développement des produits et offres d'assurance	26
4.4.1. Problématiques adressées	26
4.4.2. Description des cas d'usage élaborés	27
4.4.2.1. Une solution collaborative de développement de produits et d'offres d'assurance	27
4.4.3. Faisabilité technique et réglementaire	30

4.5. Gagner en productivité en agence	31
4.5.1. Problématiques adressées	31
4.5.2. Description des cas d'usage élaborés	31
4.5.2.1. Une solution de souscription centralisée en agence	32
4.5.2.2. Un conseiller augmenté par l'IA	34
4.5.3. Faisabilité technique et réglementaire	36
4.6. Démystifier la distribution en ligne	37
4.6.1. Problématiques adressées	37
4.6.2. Description des cas d'usage élaborés	37
4.6.2.1. Une solution de création de parcours de souscription en ligne	37
4.6.2.2. Une solution Plug & Play d'assurances embarquées	40
4.6.3. Faisabilité technique et réglementaire	42
4.7. Améliorer l'expérience de gestion des sinistres santé et automobile	44
4.7.1. Problématiques adressées	44
4.7.2. Description des cas d'usage élaborés	44
4.7.2.1. Une solution mutualisée de gestion des prises en charge santé	44
4.7.2.2. une solution mutualisée de suivi des sinistres automobiles	47
4.7.3. Faisabilité technique et réglementaire	48
4.8. Quels prérequis pour favoriser le déploiement des cas d'usage du programme émergence ?	49
4.8.1. Description des prérequis stratégiques identifiés	50
4.8.1.1. Rendre les données utiles accessibles à travers des services standardisés et sécurisés	50
4.8.1.2. Définir des modèles types de collaboration, afin de fluidifier et sécuriser les partenariats innovants	53
4.8.1.3. Assurer un pilotage fort, soutenu par un sponsorship de haut niveau	54
4.8.2. Portage opérationnel des cas d'usage	54
5. Conclusion	55

1. Contexte

Le secteur de l'assurance au Maroc connaît aujourd'hui une phase de transformation profonde, portée par des enjeux majeurs de digitalisation, d'innovation produit et d'amélioration de l'expérience client.

Dans ce contexte, la première édition du Programme Émergence a été conçue comme un espace de dialogue et de co-construction, réunissant l'ensemble des parties prenantes du marché autour d'un objectif clair : identifier, à périmètre législatif constant, des cas d'usage technologiques concrets capables de répondre aux défis actuels du secteur.

Avec ce programme, l'ACAPS a souhaité impulser une dynamique collective inédite, fondée sur l'écoute du terrain, la mise en commun des expertises et la volonté de bâtir, ensemble, des solutions utiles et pragmatiques.

Le roadshow organisé entre janvier et février 2025 a constitué le premier temps fort de cette démarche. Il a permis d'aller à la rencontre des acteurs clés du secteur, de recueillir leurs points de douleur, d'en analyser les causes et de dresser un diagnostic précis des enjeux à chaque étape de la chaîne de valeur assurantielle.

Le parcours Émergence, tenu entre avril et juin 2025, a prolongé cette dynamique à travers des ateliers collaboratifs réunissant assureurs, intermédiaires, talents Tech, experts insurtech et partenaires institutionnels. Grâce à des méthodes participatives et de prototypage rapide, ces travaux ont permis de transformer les constats en des cas d'usage concrets transposables localement.

Le présent rapport en constitue la synthèse : il restitue les principaux enseignements du programme, détaille les cas d'usage élaborés et trace les perspectives de leur mise en œuvre au service de la modernisation et de la compétitivité du secteur assurantiel marocain.

2. Objectifs

Le Programme Émergence s'articule autour d'une ambition claire : offrir au secteur assurantiel marocain un espace structuré de réflexion et d'action collective. Son objectif premier est de faire émerger des cas d'usage concrets, construits à partir des difficultés exprimées à partir du terrain.

Au-delà de l'identification des solutions, le programme vise également à renforcer l'acculturation à l'innovation. Les ateliers et benchmarks internationaux qui ont rythmé le parcours ont permis d'exposer les acteurs marocains aux meilleures pratiques mondiales et de stimuler de nouvelles dynamiques de coopération. Dans cette logique de co-construction, le Programme Émergence a posé les bases d'un dialogue structuré entre les différents maillons de la chaîne de valeur, créant ainsi un climat de confiance et de collaboration durable.

Le programme ne se limite pas à une démarche exploratoire : il porte une vocation d'activation. Les cas d'usage retenus sont conçus pour être développés puis déployés progressivement dans un cadre maîtrisé, garantissant à la fois leur industrialisation et leur large diffusion.



3. Résultats du Roadshow

Nous présentons ci-après les enseignements et points de douleurs recueillis lors du roadshow, structurés autour des maillons suivants : (1) Produit, (2) Souscription, (3) Distribution, (4) Gestion des sinistres, et (5) Stratégie d'innovation. Pour chaque maillon, nous détaillons :

- d'une part, les initiatives innovantes & bonnes pratiques identifiées ;
- d'autre part, les **points de douleur**.

3.1. MÉTHODOLOGIE

Afin de dresser un état des lieux complet des enjeux de l'innovation dans l'assurance au Maroc, nous avons structuré nos entretiens terrain autour de quatre maillons clés, complétés par un cinquième axe dédié à la stratégie d'innovation des acteurs en place.

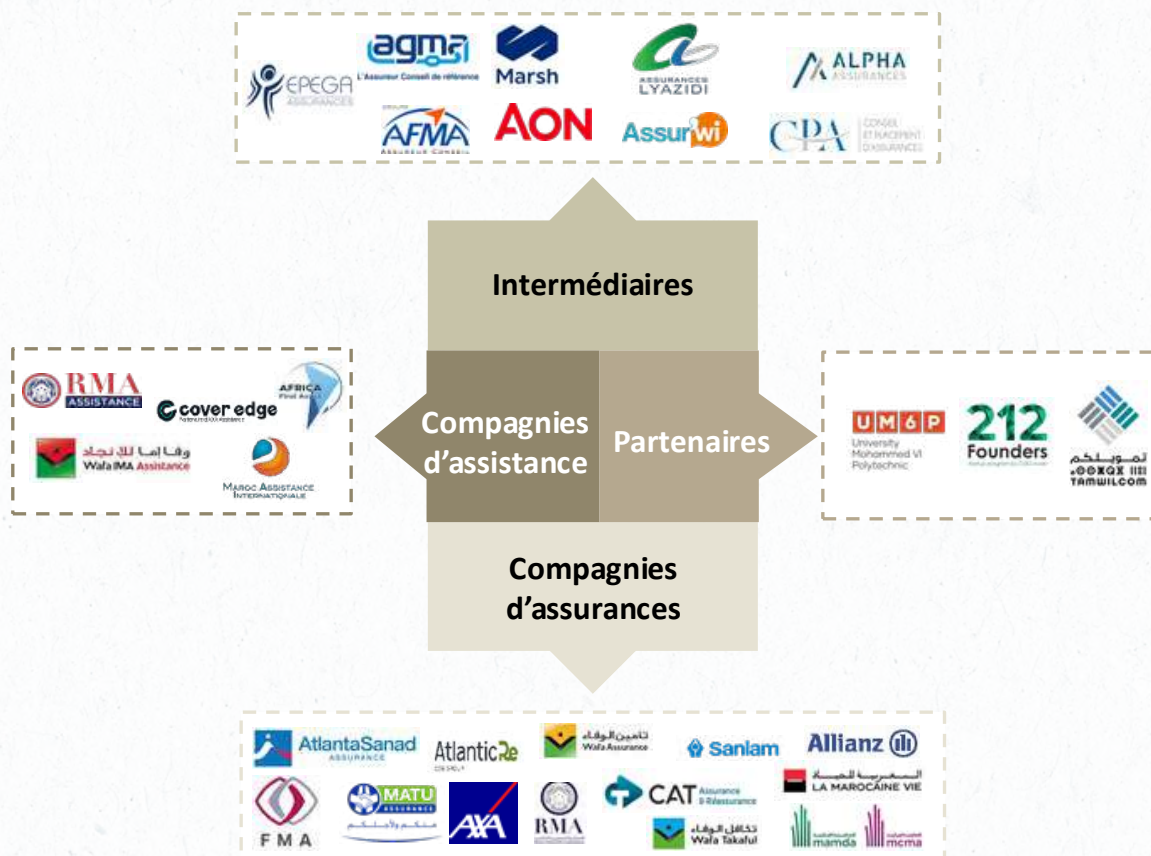
- 1. Produit** : L'innovation & l'InsurTech au service du développement de nouveaux produits d'assurance qui répondent aux besoins émergents des clients.
- 2. Souscription** : L'innovation & l'InsurTech au service de l'amélioration de l'expérience de souscription pour qu'elle soit plus rapide, efficace et centrée sur le client.
- 3. Distribution** : L'innovation & l'InsurTech pour déployer de nouveaux modèles de distribution qui permettent d'atteindre de nouveaux segments de marché et d'améliorer l'accessibilité des produits d'assurance.
- 4. Gestion des sinistres** : L'innovation & l'InsurTech pour automatiser et optimiser le processus de gestion des sinistres, en utilisant des technologies telles que l'intelligence artificielle et la blockchain.
- 5. Stratégie d'innovation** : Repenser sa stratégie d'innovation : outsourcing vs internalisation de l'innovation, les meilleures pratiques d'innovation en interne et de collaboration avec des InsurTechs.

3.2. PANEL INTERROGÉ

Entre le 28 janvier et le 6 février 2025, nous avons animé, au cours de 6 journées, 24 entretiens avec des compagnies d'assurances, cabinets de courtage, compagnies d'assistance ainsi que des partenaires de la cellule Innovation & Insurtech de l'ACAPS (voir figure ci-dessous).

Ces échanges ont permis de recueillir des constats de terrain homogènes, d'identifier les principaux points de douleur qui entravent le développement du secteur et de les documenter avec un accent particulier sur la digitalisation et l'innovation. La confidentialité des propos et la neutralité de la collecte ont été garanties afin de favoriser une expression libre et une analyse fiable.

Cette démarche a produit un diagnostic consolidé qui sert de référence aux sections suivantes du rapport et fournit le cadre de travail des groupes thématiques du Parcours Émergence. Elle établit ainsi le lien entre l'expression des besoins du marché, la définition de priorités communes et la préparation de cas d'usage susceptibles d'accompagner la modernisation du secteur.



3.3. RÉSERVES

Données non exhaustives et/ou soumises aux biais subjectifs des personnes interrogées

Les conclusions du rapport se basent sur les propos déclaratifs des personnes interrogées. Elles n'ont pas fait l'objet de vérification ou de croisement avec des données statistiques du marché.

Les données recueillies peuvent également être caractérisées de partialité, compte tenu du périmètre professionnel restreint des interlocuteurs et du jugement subjectif des personnes interrogées et de l'équipe projet.

Sensibilité des informations dans un contexte concurrentiel

Dans un environnement marqué par une forte concurrence, les acteurs du marché adoptent naturellement une approche prudente quant au partage de leurs initiatives innovantes. Cette précaution, motivée par la nécessité de préserver leurs avantages compétitifs, peut conduire à une communication partielle des informations stratégiques lors des entretiens. En conséquence, les données recueillies ne reflètent pas toujours l'ensemble des réalités du terrain, ce qui peut limiter la profondeur de l'analyse.

Perception des défis et partage des responsabilités

Une autre limite observée réside dans la tendance de certains acteurs à attribuer les défis rencontrés à des facteurs externes. Il arrive que les différentes parties prenantes de l'écosystème (assureurs, intermédiaires, assistants) mettent en avant les contraintes externes qui influencent leur activité, ce qui peut parfois limiter l'exploration de leviers d'action internes. Par ailleurs, les attentes vis-à-vis du régulateur en matière d'innovation varient selon les acteurs et peuvent être perçues de manière contrastées. Cette approche peut influencer l'analyse des enjeux en réduisant la visibilité sur certaines dynamiques internes et sur des facteurs structurels nécessitant une réflexion approfondie.

3.4. MAILLON « PRODUIT »

3.4.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées

Les acteurs du secteur déploient plusieurs initiatives d'innovation produit. La segmentation des offres devient de plus en plus fine, permettant une meilleure adaptation aux besoins de populations spécifiques, telles que les flottes d'entreprises, les seniors, les résidents étrangers ou encore les étudiants. Parallèlement, l'assurance affinitaire démarre son expansion en intégrant des garanties comme la panne mécanique et les extensions de garantie.

L'enrichissement des produits d'assurance par des services complémentaires se renforce grâce à des partenariats avec des start-ups, tandis que la micro-assurance se développe, notamment via les établissements de paiement, pour répondre aux attentes de segments de clientèle spécifiques. Des stratégies de marketing produit bien structurées soutiennent ces évolutions, en s'appuyant sur des focus groups, des benchmarks, une veille concurrentielle et des investissements publicitaires importants.

Dans cette dynamique d'innovation, certains concepts novateurs, tels que le Pay-As-You-Drive, font l'objet de réflexions avancées, tandis que le développement de l'assurance indicielle suscite un intérêt croissant. Par ailleurs, certains grands courtiers ont recours à la réassurance pour soutenir la création de produits adaptés aux nouveaux enjeux, notamment en cyber-assurance. Enfin, des compagnies accompagnent activement les intermédiaires dans la conception de nouvelles offres, favorisant ainsi l'émergence des premiers produits en marque blanche, portés par des courtiers innovants et ciblant des segments spécifiques.

3.4.2. Points de douleur

3.4.2.1. Un marché marqué par une vision prospective limitée et une forte aversion au risque

Absence d'études prospectives et de stratégie de positionnement

Le secteur gagnerait à renforcer les études prospectives afin d'anticiper plus efficacement les évolutions du marché et d'orienter les stratégies de développement. Certains acteurs du secteur ont indiqué un manque de vision long terme qui se traduit par une approche essentiellement tournée vers l'adaptation des produits existants, au détriment d'innovations véritablement différenciantes. Faute d'une stratégie de positionnement affirmée, les acteurs peinent à identifier et à exploiter de nouveaux leviers de croissance.

Faible diversification et segmentation du marché

Le marché reste insuffisamment segmenté, avec une offre encore limitée pour des catégories d'acteurs aux besoins spécifiques, tels que les TPE, les agritech ou les auto-entrepreneurs. Ces segments, pourtant à fort potentiel, restent sous-exploités, de même que certaines niches émergentes comme la cyber-assurance, les assurances affinitaires ou la micro-assurance. Cette faible diversification freine l'émergence de solutions adaptées aux nouvelles attentes et aux risques émergents.

Aversion au risque et culture d'expérimentation limitée

Les acteurs du marché manifestent une forte prudence dans l'exploration de nouveaux modèles économiques, limitant ainsi leur capacité d'innovation. La réticence à tester des approches inédites se traduit par un manque de pilotes et d'expérimentations de marché, freinant l'évaluation et l'adoption de solutions plus adaptées aux évolutions de l'environnement économique et technologique.

Difficulté à répondre aux attentes des consommateurs

Le secteur peine à introduire de nouvelles offres de manière réactive et agile. La lenteur des processus d'innovation et le manque de flexibilité dans l'adaptation des produits aux évolutions du marché entravent la capacité des acteurs à répondre efficacement aux attentes des consommateurs. Ce rythme d'adaptation progressif peut limiter la réactivité du secteur face à des attentes clients en constante évolution et à des dynamiques de consommation de plus en plus exigeantes.

3.4.2.2. Manque de ressources et de compétences spécialisées freinant le développement de nouveaux produits

Manque de ressources spécialisées pour l'innovation

Le secteur gagnerait à renforcer ses ressources dédiées à l'innovation en matière de produits et à la structuration de nouvelles offres. L'absence d'équipes spécialisées freine le développement de solutions adaptées aux évolutions du marché et limite la capacité des acteurs à anticiper les tendances émergentes. Ce besoin de structuration limite l'instauration d'une dynamique d'innovation durable.

Difficulté à évaluer la rentabilité de nouveaux produits

L'évaluation de la viabilité économique des produits innovants reste un défi majeur. Certains acteurs ont indiqué un manque d'expertise dans leur modélisation économique qui limite leur capacité à anticiper les performances financières de nouveaux produits. Cette incertitude freine la prise de décision et réduit l'investissement dans des solutions à fort potentiel.

Problèmes de tarification et d'évaluation des risques spécifiques

Certains segments nécessitent une expertise approfondie pour une tarification adaptée et une évaluation précise des risques. Or, certains acteurs du secteur ont remonté un besoin de montée en compétences en interne sur certains sujets techniques et complexes tels que ceux liés à la cyber-assurance ou à l'assurance agricole paramétrique par exemple. Cette lacune ralentit le développement de produits adaptés et limite l'accès à des solutions assurantielles pour ces domaines en pleine croissance.

3.4.2.3. Une rigidité dans l'évolution des plans de réassurance

Contraintes de solvabilité et de couverture

Les exigences strictes en matière de solvabilité et de couverture, imposées par les réassureurs, limitent la marge de manœuvre des compagnies d'assurances dans le développement de nouvelles offres. Ces contraintes réduisent leur capacité à concevoir des produits innovants et à répondre efficacement aux besoins émergents du marché, freinant ainsi l'adaptation du secteur aux évolutions des risques.

Lourdeur des processus de révision des plans de réassurance

La lourdeur administrative et les délais prolongés associés à la révision des plans de réassurance compliquent l'ajustement des couvertures aux dynamiques du marché. Cette inertie entrave la capacité des assureurs à intégrer rapidement de nouvelles catégories de risques et à proposer des solutions adaptées aux mutations économiques, technologiques et climatiques.

3.4.2.4. Cadre de collaboration entre assureurs et intermédiaires insuffisamment défini

Centralisation des décisions au sein des compagnies

L'absence d'un cadre clair de délégation de pouvoir au sein des compagnies d'assurances ralentit la mise sur le marché de nouveaux produits et limite l'autonomie des intermédiaires. Cette centralisation freine également le développement de solutions en marque blanche, réduisant ainsi les opportunités de diversification et de personnalisation de l'offre.

Manque de complémentarité entre compagnies et intermédiaires

La relation entre assureurs et intermédiaires pourrait bénéficier d'une coopération renforcée afin de favoriser une offre plus complémentaire et cohérente. Ce manque d'alignement stratégique freine l'émergence de solutions co-construites qui pourraient mieux répondre aux attentes du marché et aux besoins spécifiques de certains segments de clientèle.

Manque de cadre incitatif à l'innovation

Une plus grande flexibilité dans la rémunération des intermédiaires pourrait encourager leur engagement dans le développement et la promotion de produits innovants. Certains acteurs du secteur ont remonté un manque de mécanismes d'incitation adaptés qui freine l'investissement des intermédiaires dans la recherche de produits innovants et impacte la dynamique d'innovation du secteur.

Perception d'une faible opportunité business

Le volume d'affaires généré par certains segments est parfois jugé insuffisant par les compagnies pour justifier un engagement dans le développement conjoint de nouvelles offres. Cette perception réduit l'intérêt des acteurs pour l'exploration de nouveaux marchés et limite l'émergence de solutions adaptées à des besoins pourtant croissants.

3.4.2.5. Un marché axé sur les prix, avec une différenciation limitée par la valeur ajoutée

Sensibilisation insuffisante aux bénéfices de l'assurance

Le manque d'actions pédagogiques visant à expliquer les bénéfices concrets des assurances maintient une logique de différenciation principalement axée sur le prix. Cette approche limite la perception de la valeur ajoutée des produits d'assurance et freine leur adoption, en particulier sur des segments où la culture assurantielle est encore peu développée.

Difficulté d'accès aux segments informels

Les auto-entrepreneurs, les TPE et les travailleurs non salariés restent largement sous-assurés, en raison d'une compréhension insuffisante des enjeux assurantiels et d'un manque d'offres adaptées à leurs spécificités. L'absence de solutions accessibles et pédagogiques contribue à cette faible couverture, laissant ces segments exposés à des risques insuffisamment anticipés. De plus, la micro-assurance peine à s'imposer sur le marché, malgré son potentiel à couvrir des populations et entreprises à faibles revenus.

Adoption limitée des assurances obligatoires

Les petites entreprises tendent à prioriser les produits perçus comme essentiels, tels que l'assurance automobile et l'assurance santé, au détriment d'autres couvertures pourtant également obligatoires comme l'Assurance Accident du Travail. Ce phénomène reflète un besoin de sensibilisation accru sur l'importance de ces garanties et leurs implications en matière de protection.

3.4.2.6. Un accès limité à la donnée et une exploitation insuffisante pour innover

Difficulté d'accès à des bases de données externes

Les compagnies d'assurances et les intermédiaires rencontrent des difficultés à collecter et exploiter des données comportementales fiables, ce qui entrave leur capacité à concevoir des offres véritablement adaptées aux besoins du marché tout en maintenant des taux de sinistralité maîtrisés. La plupart des compagnies et des intermédiaires expriment un besoin impératif de bases de données fiables et harmonisées – idéalement anonymisées – pour affiner leurs analyses et détecter de nouveaux besoins émergents. Or, le manque d'ouverture des acteurs en place, les exigences imposées par la CNDP et le manque d'accès à des référentiels publics (CNSS, ANAM, NARSA, etc.) limitent considérablement cette capacité de collecte et d'exploitation des données.

Echange de données entre assureurs et intermédiaires

La fragmentation des données clients et leur partage limité entre compagnies d'assurances et intermédiaires réduisent l'efficacité des analyses marketing et la capacité à personnaliser les offres. Cette situation limite également le développement de stratégies de fidélisation performantes, freinant ainsi la construction d'une relation client durable et optimisée.

Fragmentation IT et faible interopérabilité

L'utilisation de systèmes informatiques hétérogènes et hérités (legacy) complique la consolidation et l'exploitation des données clients. Cette fragmentation technologique entrave l'innovation produit, limite l'automatisation des processus et freine la mise en place de parcours client fluides et optimisés.

Données insuffisamment qualifiées et structurées

La qualité et la qualification des données disponibles restent insuffisantes pour permettre une conception et une tarification optimales des nouveaux produits. Le manque de bases de données précises, accessibles et bien structurées constitue un frein majeur à l'analyse des tendances du marché. Ce déficit limite la capacité à développer des offres pertinentes et à identifier de nouvelles opportunités.

3.4.2.7. Lenteur et complexité des processus de rédaction juridique et de validation des produits

Multiplicité des parties prenantes internes

L'implication de plusieurs départements, tels que le juridique, la conformité ou l'actuariat, complexifie le processus de validation des nouveaux produits. Cette coordination interne prolongée allonge significativement les délais de mise sur le marché et limite la capacité des compagnies à innover rapidement.

Du point de vue de l'ACAPS, cette rigueur n'est toutefois pas une contrainte réglementaire, mais bien une question d'organisation interne propre aux compagnies. La coordination entre départements reste en effet indispensable, car la conception d'un produit d'assurance mobilise des expertises variées — juridiques, actuarielles, techniques et commerciales — qui doivent être alignées pour garantir la solidité et la conformité de l'offre.

C'est dans cette optique que l'Autorité a instauré la fonction de Responsable Conformité Produit (RCP), ainsi que la formalisation d'une procédure interne de validation, afin de fluidifier les échanges, éviter les duplications et désigner un interlocuteur central.

L'équipe de la DPA (Département du Suivi des Produits) encourage également la mise en place de comités internes de validation permettant de consolider l'ensemble des avis avant transmission au RCP, puis communication à l'Autorité.

Dans une logique d'amélioration continue, l'ACAPS a par ailleurs ouvert la voie à une simplification des procédures pour certains types de contrats, notamment ceux ne faisant l'objet que de modifications mineures, qui pourraient être communiqués à l'Autorité sans repasser par l'ensemble du processus complet de validation.

Aversion au risque de conformité réglementaire

Malgré l'homologation a posteriori de l'ACAPS, les compagnies d'assurances adoptent une posture prudente, par crainte d'un éventuel rappel de produits. Cette approche précautionneuse ralentit l'expérimentation de nouvelles offres et freine l'adoption d'innovations pourtant conformes aux cadres réglementaires existants.

Du point de vue de l'ACAPS, cette vigilance demeure néanmoins vertueuse : elle garantit la solidité technique et juridique des produits mis sur le marché, tout en prévenant la commercialisation d'offres non conformes, opaques ou déséquilibrées, susceptibles de porter atteinte aux droits des assurés.

Dans la pratique, l'équipe du Département du Suivi des Produits (DPA) assure un accompagnement étroit et réactif des compagnies, à travers un dialogue continu entre les Responsables Conformité Produit (RCP) et l'Autorité, en amont de la commercialisation.

Dans une logique d'ouverture et de promotion de l'innovation responsable, l'ACAPS envisage également la mise en place d'un cadre d'expérimentation encadré — une « sandbox produits »

Rigidité des processus d'adaptation des clauses contractuelles

Toute modification des conditions générales ou particulières demeure un processus lourd et chronophage. Cette rigidité entrave la réactivité des compagnies face aux évolutions des besoins clients, limitant ainsi leur capacité à ajuster rapidement leurs offres et à proposer des solutions plus flexibles.

Du point de vue de l'ACAPS, cette rigueur contractuelle demeure néanmoins essentielle : elle garantit la clarté, la transparence et l'équilibre des droits entre assureurs et assurés. La stabilité des clauses protège les consommateurs, réduit les litiges et préserve la confiance dans le marché.

Toutefois, afin de concilier sécurité juridique et agilité opérationnelle, l'Autorité envisage d'explorer l'adoption de clauses types modulaires préalablement validées, que les assureurs pourraient adapter comme base commune. Ce dispositif permettrait d'accélérer les ajustements contractuels tout en maintenant un haut niveau de protection des assurés.

3.5. MAILLON « SOUSCRIPTION »

3.5.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées

Les acteurs du secteur multiplient les initiatives pour accélérer la digitalisation du parcours de souscription, avec des avancées notables dans plusieurs domaines. L'automatisation des étapes clés via des portails en ligne destinés aux intermédiaires permet d'optimiser la souscription des produits délégués et de réduire considérablement le temps de traitement.

Certaines compagnies expérimentent la dématérialisation complète des attestations d'adhésion dans le cadre des assurances maladie groupe, tandis que d'autres cherchent à centraliser l'ensemble de leurs portails de souscription au sein d'une plateforme unique.

L'intégration d'API avec des référentiels externes, tels que la NARSA ou le CRM de la FMA, contribue également à optimiser le workflow de souscription. Dans le même esprit d'innovation, des partenariats avec des insurtechs spécialisées en cybersécurité sont en cours d'expérimentation afin de concevoir des parcours de souscription adaptés à des produits tels que la cyber-assurance.

Enfin, certaines offres en ligne rencontrent un succès notable grâce à un parcours de souscription entièrement digitalisé, comme l'assurance frontière, illustrant ainsi l'évolution des pratiques vers une expérience client plus fluide et efficace.

3.5.2. Points de douleur

3.5.2.1 Une multiplicité et une hétérogénéité des portails de souscription et référentiels externes et une absence d'API

Portails digitaux fragmentés et hétérogènes

La multiplication des extranets propres à chaque compagnie contraint les intermédiaires à une saisie manuelle répétitive des données, sans possibilité de synchronisation automatique. L'absence d'API standardisées empêche l'interopérabilité entre les systèmes des assureurs et des intermédiaires, entraînant erreurs, doublons et délais supplémentaires dans le traitement des dossiers. Cette hétérogénéité complexifie le travail des intermédiaires et limite leur efficacité opérationnelle.

Accès contraignant aux portails de souscription

L'obligation d'utiliser des VPN spécifiques pour accéder aux plateformes des compagnies complique la gestion des souscriptions en masse et freine l'automatisation. Cette contrainte technique freine la fluidité des échanges et alourdit la gestion opérationnelle des dossiers.

Absence d'identifiant client unique

La difficulté d'unifier les données clients oblige les intermédiaires à ressaisir les informations sur chaque portail des assureurs. Ce manque de centralisation alourdit la gestion administrative, augmente les risques d'erreurs et ralentit le traitement des demandes.

Exigences de conformité réglementaire

Les obligations liées à la lutte contre la fraude et à la conformité (LCB-FT) obligent les acteurs en place à naviguer entre plusieurs interfaces et référentiels externes non intégrées, telles que le CRM et autres outils de gestion. Cette fragmentation complexifie le processus de souscription et accroît la charge administrative, au détriment de l'efficacité opérationnelle.

3.5.2.2. Opacité des modèles de tarification

Opacité des grilles de tarification

L'opacité des grilles de tarification pour certains produits complique le travail des courtiers, les contraignant à négocier les conditions au cas par cas.

Négociations chronophages

Les échanges répétés nécessaires pour clarifier les conditions et ajuster les tarifs prolongent les délais de traitement et augmentent la charge administrative des intermédiaires. Cette lourdeur opérationnelle nuit à leur efficacité et ralentit le processus de souscription.

Réticence envers les comparateurs basés sur le prix

Par souci de préserver l'équilibre du marché, les assureurs adoptent une approche prudente quant au partage de leurs modèles tarifaires et à l'émergence de plateformes de comparaison, notamment axées sur les prix. Cette réserve, bien que motivée par des considérations stratégiques, peut limiter la fluidité des échanges avec les intermédiaires et freiner l'évolution vers une tarification plus dynamique et compétitive.

3.5.2.3. Difficulté à digitaliser entièrement la souscription via la vente en ligne

Complexité technique liée à la mise en œuvre de la signature électronique

L'intégration de la signature électronique dans les parcours de vente en ligne rencontre des obstacles techniques, notamment des contraintes d'interfaçage avec les systèmes existants des compagnies. Sa mise en place nécessite des développements spécifiques, freinant ainsi son déploiement à grande échelle.

3.5.2.4. Digitalisation du parcours de souscription en agence incomplète

Catalogue de produits délégués limité

Le catalogue des produits délégués disponibles sur les portails de souscription demeure limité, se concentrant principalement sur les risques divers pour les petites entreprises et l'assurance automobile pour les particuliers, limitant ainsi la diversité des solutions proposées.

Dépendance aux échanges manuels pour les produits sur-mesure

La souscription de produits non délégués, notamment ceux destinés aux grandes entreprises, repose encore sur des échanges manuels via e-mail et téléphone, ce qui rallonge considérablement les délais de traitement et nuit à l'efficacité opérationnelle des compagnies et intermédiaires.

Persistance de démarches papier malgré la disponibilité de solutions numériques

Pour certains produits, tels que l'assurance décès invalidité maladie (DIM), l'adhésion nécessite encore des formulaires papier signés, ce qui freine la digitalisation complète du processus et la simplification des démarches pour les clients.

Maintien d'attestations d'assurance en format papier

Malgré la digitalisation des devis et de l'acceptation des offres, la délivrance de l'attestation d'assurance, notamment pour le cas de l'automobile, demeure exclusivement en format physique. Cette exigence ralentit le processus de contractualisation et impacte négativement l'expérience client, en limitant la fluidité et l'instantanéité des souscriptions.

3.6. MAILLON « DISTRIBUTION »

3.6.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées

Les acteurs du secteur développent de nombreuses innovations dans les modèles de distribution.

L'assurance embarquée prend de l'ampleur, avec la distribution de produits via des applications bancaires pour l'épargne et des parcours d'achat des compagnies aériennes.

Certains parcours de distribution entièrement digitaux rencontrent un bon niveau d'adoption, notamment pour l'assistance et l'assurance frontière. De plus, la vente en ligne s'étend de plus en plus à des produits traditionnellement distribués via le réseau bancaire, comme l'assurance habitation et l'assurance décès emprunteur.

En parallèle, des conventions de partenariat sont mises en place avec des groupes (entreprises, associations, etc.) en assurance santé, facilitant le cross-selling vers d'autres produits comme l'auto, la santé internationale ou l'habitation à l'aide d'outils digitaux. Par ailleurs, de nouveaux partenariats émergent pour la distribution en ligne d'assurances affinitaires, de micro-assurances et d'assurances étudiantes, avec des concessionnaires, des établissements de paiement et des établissements scolaires ou universitaires.

En parallèle, l'intégration de chatbots, parfois dotés d'IA, et l'utilisation de WhatsApp facilitent l'acquisition client, tandis que des bornes interactives en libre-service sont déployées pour le renouvellement des contrats.

Enfin, des campagnes de sensibilisation sont déployées pour les petits commerçants, les populations vulnérables et les segments traditionnellement exclus, afin de renforcer l'accessibilité de l'assurance.

3.6.2. Points de douleur

3.6.2.1. Une préférence des consommateurs pour une souscription avec accompagnement humain

Besoin de conseil personnalisé

L'assurance est perçue comme un produit complexe nécessitant des explications détaillées avant la souscription.

Manque de confiance dans la vente en ligne

Sans interaction directe avec un conseiller, les consommateurs redoutent une mauvaise compréhension des garanties, une couverture inadaptée ou des complications en cas de sinistre.

Préférence pour les agences physiques

La culture de proximité au Maroc privilégie les interactions humaines dans le processus de souscription.

3.6.2.2. Une incohérence dans le choix des modèles de distribution

Mauvais alignement avec les attentes des consommateurs

Certains produits sont digitalisés alors que la demande en ligne est faible, tandis que d'autres produits adaptés à la vente digitale restent distribués par des processus traditionnels. Cette incohérence dans le choix des modèles de distribution se traduit par une adoption très faible des parcours digitaux existants, en raison d'une mauvaise adéquation avec les habitudes des consommateurs.

Approche parfois passive de la distribution digitale

Une stratégie essentiellement centrée sur la mise en ligne des produits, mais encore perfectible en termes d'optimisation du parcours client et de dynamisation de la demande. Par conséquent, bien que certains produits, en raison de leur simplicité et niveau de prime, se prêtent idéalement à une distribution digitale, les ventes demeurent limitées.

Confusion liée au mode de distribution de certains produits

Les clients rencontrent des difficultés à identifier les interlocuteurs à contacter en cas de sinistre, notamment pour l'assurance emprunteur et la multirisque habitation, souvent distribuées via le réseau bancaire. Ce type de modèle de distribution génère un volume de ventes significatif, mais présente encore des marges d'amélioration en matière de parcours client et d'accompagnement post-souscription.

3.6.2.3. Un manque de ressources et de compétences spécialisées

Besoin de renforcement en expertise stratégique et expérience client

La conception de modèles de distribution efficaces et rentables, en particulier via le digital, exige des compétences pointues. Toutefois, ces expertises restent encore à renforcer pour optimiser les parcours clients, maximiser la conversion et améliorer la performance des canaux de distribution.

Pénurie de profils techniques

Certains acteurs du secteur ont remonté un manque de profils techniques capables d'accompagner la transformation digitale des modèles de distribution. De nombreux projets de digitalisation prennent du retard faute d'expertise en UX/UI, en data science ou en intégration de solutions API.

3.6.2.4. Une portabilité limitée des contrats d'assurance entre assureurs

La portabilité des contrats d'un assureur à un autre est un enjeu clé pour fluidifier la distribution et renforcer la concurrence sur le marché. Pourtant, certains produits d'assurance restent difficiles à transférer d'un assureur à un autre, ce qui freine la mobilité des clients et la compétitivité entre les acteurs du marché.

Contrainte sur les assurances de prêts bancaires et multirisques habitation

Les clients sont généralement orientés vers les contrats proposés par leur banque, limitant ainsi leur marge de choix en matière d'assurance emprunteur et de multirisques habitation.

Manque de flexibilité des contrats groupe

La migration des contrats groupe (notamment en santé) d'un assureur à un autre demeure un processus long et complexe, ce qui nuit à la mobilité des clients.

3.6.2.5. Une perception de freins réglementaires et contraintes techniques pour la vente en ligne

Complexité administrative et coûts techniques élevés

Les exigences administratives et les contraintes techniques rendent la mise en place de parcours digitaux 100% en ligne complexe et coûteuse, ce qui décourage les assureurs et intermédiaires d'investir massivement dans ce canal.

Perception erronée des restrictions réglementaires

Bien que la réglementation n'interdise pas la vente en ligne, la perception de freins réglementaires de la part des acteurs en place demeure un obstacle majeur à son adoption par les acteurs du marché.

3.6.2.6. Une collaboration entre assureurs et intermédiaires qui gagnerait à être davantage structurée

Prudence des compagnies quant à la délégation de la distribution

Certains courtiers ambitionnent de se positionner en grossistes ou d'opérer en marque blanche. Cependant, les compagnies privilégient une centralisation de la relation client et maintiennent le contrôle sur les parcours de souscription.

Coexistence concurrentielle entre assureurs et intermédiaires

Le développement de canaux digitaux par les compagnies leur permet d'adresser directement la clientèle, ce qui peut limiter certaines opportunités commerciales pour les intermédiaires.

Interconnexion inefficace entre assureurs et intermédiaires

La vente en ligne par les intermédiaires, lorsqu'elle est entièrement digitalisée, requiert la signature électronique des compagnies et donc une interconnexion digitale adaptée. Ainsi, l'absence de cet interfaçage empêche la digitalisation complète du côté des intermédiaires.

Frais de paiement en ligne

Les commissions sur les paiements en ligne pénalisent la rentabilité de la distribution digitale. Ces frais, non absorbés par les assureurs ni répercutables sur les clients, réduisent l'intérêt des intermédiaires pour la distribution en ligne.

3.7. MAILLON « GESTION DES SINISTRES »

3.7.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées

Plusieurs initiatives innovantes ont été déployées par les acteurs dans le cadre de l'optimisation des processus de gestion des sinistres.

La mise en place de workflows d'indemnisation rapide pour les petits accidents automobiles illustre cette volonté d'accélérer le traitement des dossiers. Dans cette dynamique, des partenariats avec des Insurtechs permettent d'exploiter l'intelligence artificielle pour estimer les petits dommages de manière plus efficace.

Par ailleurs, certains courtiers ont choisi d'internaliser la gestion des sinistres en développant leurs propres outils et portails clients et en intégrant des solutions EDI (Échange de Données Informatisé).

Les acteurs étudient également la mise en place de solutions de paiement dématérialisé visant, à terme, à supprimer les paiements par chèque et à diversifier les moyens de règlement afin de fluidifier le processus d'indemnisation.

En parallèle, plusieurs acteurs investissent dans la modernisation de la relation client au moment du sinistre en s'appuyant sur l'innovation technologique. La diversification des canaux de communication, incluant le téléphone, WhatsApp, l'email et les applications mobiles, renforce l'accessibilité et la réactivité des services. Le déploiement d'applications mobiles dédiées permet également aux assurés de suivre l'évolution de leurs dossiers en temps réel, améliorant ainsi leur expérience utilisateur.

Enfin, la lutte contre la fraude constitue un axe stratégique majeur. Une base de données partagée entre les compagnies et hébergée au sein de la FMA a été mise en place pour renforcer la surveillance et la transparence. De plus, l'expérimentation de l'intelligence artificielle en collaboration avec des Insurtechs ouvre de nouvelles perspectives pour détecter plus efficacement les fraudes répétées et renforcer la sécurité du système assurantiel.

3.7.2. Points de douleur

3.7.2.1. Cadre de collaboration déséquilibré entre assureurs et intermédiaires pour la gestion des sinistres

Transfert de charge administrative aux intermédiaires

Les compagnies délèguent une partie de la gestion des sinistres aux intermédiaires alourdissant leur charge administrative et financière, notamment pour les particuliers où les volumes sont élevés et les marges réduites.

Avance de fonds par les intermédiaires

Pour garantir un service de qualité et renforcer la fidélisation client, les intermédiaires avancent parfois les indemnisations en attendant le remboursement par les compagnies. Cette pratique, bien que bénéfique pour la relation client, pèse sur leur trésorerie et peut fragiliser leur équilibre financier.

Manque d'informations sur les plafonds d'indemnisation

Les intermédiaires rencontrent parfois des difficultés à évaluer les montants indemnifiables, notamment en assurance santé, ce qui complexifie leur mission de conseil auprès de leurs clients.

Absence de plateformes centralisées

Certains acteurs du secteur ont remonté un manque d'outils partagés pour la gestion des sinistres entraînant des délais de traitement et des retards dans la mise à jour des informations.

3.7.2.2. Une multiplicité des portails et des référentiels externes à consulter et une absence d'API

Fragmentation des systèmes et absence d'interconnexion

La gestion des sinistres est entravée par des systèmes fragmentés et non interconnectés. Le passage des dossiers entre intermédiaires, compagnies, experts plateformes et référentiels externes impose des ressaisies multiples, allongeant les délais et augmentant les risques d'erreurs.

Hétérogénéité technologique freinant une plateforme unifiée

Les disparités technologiques et l'absence d'une approche commune entre assureurs, experts et prestataires, empêchent la mise en place de systèmes centralisés de gestion des sinistres sur les différentes lignes de métier.

Absence d'API standardisées

Certains acteurs du secteur ont remonté un manque d'API interopérables entre les différents acteurs du sinistre qui complique le suivi des dossiers, limite la traçabilité des informations et alourdit la charge administrative. Par exemple, l'absence de connexion avec le Ministère de l'Intérieur retarde le traitement des contrats en déshérence, tandis que le manque de directives claires de la CNSS freine l'adaptation des systèmes des assureurs à l'Assurance Maladie Obligatoire.

3.7.2.3. Une complexité des workflows de gestion des sinistres et une dépendance aux processus papier

Processus manuels et format papier persistants

La cohabitation entre documents papiers et formats numériques (EDI, SFTP) ralentit la synchronisation des données et allonge les délais de traitement. Par exemple, les dossiers de sinistre santé requièrent encore l'envoi physique de documents, tandis que la ressaisie de données sur différents systèmes demeure un frein à la rapidité du traitement.

Absence d'un modèle de tiers payant généralisé

Contrairement à d'autres marchés, le parcours santé repose encore sur l'avance des frais par l'assuré avant remboursement, freinant la digitalisation et l'automatisation des paiements.

3.7.2.4. Une faible adoption des outils digitaux mis à disposition pour la gestion des sinistres

Préférence des clients pour l'accompagnement humain

Même les clients les plus connectés privilégient une interaction directe pour la gestion des sinistres, limitant l'adoption des portails en ligne et des outils d'auto-déclaration.

Les courtiers privilégient leurs propres outils aux portails des compagnies.

Le grand courtage adopte peu les solutions digitales de gestion de sinistres fournies par les assureurs, privilégiant leurs propres systèmes avec des formats d'échange asynchrones (EDI, scans, SFTP).

3.7.2.5. Une hétérogénéité des prestataires intervenants dans le processus gestion des sinistres

Multiplication des réseaux de prestataires

Chaque assureur collabore avec son propre réseau de réparateurs, experts et remorqueurs, ce qui entraîne une dispersion des standards et des pratiques.

Absence d'harmonisation des standards de qualité

L'absence de standards communs et de synchronisation entre les acteurs du sinistre allonge les délais de traitement, complexifie la gestion des dossiers et impacte l'expérience client.

3.8. MAILLON « STRATÉGIES D'INNOVATION »

3.8.1. Initiatives innovantes & bonnes pratiques déployées

Le secteur de l'assurance connaît plusieurs avancées stratégiques majeures en matière d'innovation et de transformation digitale. La dématérialisation de l'attestation automobile est en cours, marquant une étape clé vers la digitalisation des processus. Par ailleurs, l'ACAPS a publié une instruction sur la vente en ligne afin de clarifier le cadre réglementaire et d'encadrer cette évolution du marché.

Dans cette dynamique, un parcours d'agrément spécifique pour les intermédiaires qui entendent présenter les opérations d'assurances en s'appuyant sur des solutions technologiques innovantes, notamment les InsurTechs, a été mis en place, favorisant l'émergence de nouvelles solutions.

L'Autorité a également ouvert la distribution de la micro-assurance aux établissements de paiement, intégrant ainsi un nouvel acteur au sein de l'écosystème assurantiel.

D'autres projets structurants sont également à l'étude au sein de l'ACAPS, notamment l'instauration d'une obligation d'assurance pour l'habitation, visant à renforcer la protection des assurés.

En parallèle, les compagnies accélèrent leur transformation digitale en mettant en place des stratégies dédiées et en créant des cellules spécialisées en innovation et en digitalisation. Des études de marché sont également menées afin d'identifier les leviers permettant d'attirer davantage de talents vers le secteur de l'assurance, un enjeu clé pour son développement futur.

Sur le plan technologique, plusieurs acteurs investissent dans des projets SI d'envergure. L'avancement de la dématérialisation de l'assurance automobile et le déploiement du e-constat illustrent cette transformation. Parallèlement, la mise en place de référentiels et de portails communs vise à fluidifier l'échange d'informations entre les différents acteurs du secteur, renforçant ainsi l'efficacité et la coordination. Certaines compagnies ont lancé la refonte de leurs systèmes d'information, en adoptant une architecture en micro-services ou en centralisant leurs outils de souscription pour plus d'agilité. Parallèlement, certains courtiers modernisent leurs ERP et CRM afin d'optimiser leur efficacité opérationnelle.

Enfin, les premières collaborations avec des InsurTechs se concrétisent, avec quelques Proofs of Concept (POCs) actuellement en phase de test. Ces expérimentations ouvrent la voie à de nouvelles opportunités d'innovation, renforçant ainsi la dynamique de transformation du secteur.

3.8.2. Points de douleur

3.8.2.1. Une gouvernance et un engagement stratégique encore perfectibles

Perception de l'innovation comme initiative RSE ou transverse

L'innovation est parfois perçue comme un sujet RSE, entraînant des initiatives dispersées, peu durables et sans impact stratégique.

Un leadership dédié à l'innovation à structurer

L'absence de pôle structuré et de sponsors internes forts chez les acteurs en place freine l'adoption d'une vision à long terme de l'innovation.

Une réserve vis-à-vis des Insurtechs

Les acteurs du secteur expriment parfois une réserve vis-à-vis des Insurtechs, tant en raison de leur perception comme concurrentes potentielles que de leur niveau de maturité variable.

3.8.2.2. Des ressources limitées et des difficultés de recrutement

Déficit de talents spécialisés

Certains acteurs du secteur ont remonté un manque de profils en data science, UX/UI et développement IT qui freine le développement des projets innovants.

Coût élevé des compétences techniques

Le coût élevé de certains profils techniques rend l'innovation coûteuse et difficile à internaliser.

Arbitrage budgétaire défavorable à l'innovation

Les budgets alloués par les acteurs en place sont souvent insuffisants, l'innovation étant parfois perçue comme une charge plutôt qu'un levier de croissance.

Complexité des SI nécessitant des expertises rares

La complexité des systèmes informatiques hérités existants nécessite des compétences spécifiques difficiles à trouver, rendant les initiatives plus coûteuses et moins agiles.

3.8.2.3. Une fragmentation des SI et une difficulté d'intégration des innovations externes

Systèmes d'information rigides et cloisonnés

Les systèmes d'information hérités existants sont souvent cloisonnés et rigides, freinant l'intégration de solutions externes, notamment provenant d'insurtechs.

Absence d'API standardisées

L'absence d'API standardisées et de référentiels communs complique l'interopérabilité, rallonge les délais et limite la fluidité des parcours clients.

Dilemme "buy vs. build" non tranché

Le dilemme «buy vs. build» persiste : les acteurs en place hésitent entre développer leurs propres solutions, plus longues à mettre en œuvre, ou intégrer des solutions externes nécessitant des ajustements lourds.

4. Résultats du « Parcours Émergence »

4.1. MÉTHODOLOGIE

Afin de transformer un diagnostic partagé en orientations opérationnelles, le Parcours Émergence a retenu une méthodologie structurée:

Cinq groupes de travail ont été constitués en reprenant les cinq maillons qui avaient structuré les travaux du roadshow :

- 1. Produit :** L'innovation & l'InsurTech au service du développement de nouveaux produits d'assurance qui répondent aux besoins émergents des clients ;
- 2. Souscription :** L'innovation & l'InsurTech au service de l'amélioration de l'expérience de souscription pour qu'elle soit plus rapide, efficace et centrée sur le client ;
- 3. Distribution :** L'innovation & l'InsurTech pour déployer de nouveaux modèles de distribution qui permettent d'atteindre de nouveaux segments de marché et d'améliorer l'accessibilité des produits d'assurance ;
- 4. Gestion des sinistres :** L'innovation & l'InsurTech pour automatiser et optimiser le processus de gestion des sinistres, en utilisant des technologies telles que l'intelligence artificielle et la blockchain ;
- 5. Stratégies d'innovation :** Structurer les leviers (technologiques, partenariaux, humains) permettant une innovation pérenne dans le secteur.

Chaque groupe a rassemblé environ dix participants, associant des représentants des acteurs en place, un expert international, des départements métiers de l'ACAPS, des partenaires institutionnels et des talents tech mobilisés pour la conduite et la formalisation des travaux.

Chaque groupe de travail a tenu 9 sessions de travail , organisées entre avril et mai 2025. Chaque session correspondait à une étape-clé de l'élaboration des cas d'usage, depuis la formulation des problématiques jusqu'à la modélisation finale et la préparation de la restitution.

Les travaux se sont appuyés sur les constats issus du roadshow pour prioriser les thématiques, puis sur les contributions des experts internationaux qui ont fourni des analyses comparatives et des avis sur les pistes étudiées.

Des méthodes participatives (brainstorming, benchmark, arbre à problèmes, prototypage rapide) ont été mobilisées pour faire émerger des idées, structurer les cas d'usage et produire des livrables à la fois visuels et opérationnels.

L'ensemble a ensuite été discuté et ajusté à la lumière des spécificités du marché marocain, afin d'assurer une mise en œuvre rapide, tout en intégrant les contraintes réglementaires et opérationnelles.

À l'issue de ce processus, les groupes ont retenu les cas d'usage présentant le meilleur potentiel d'impact pour le marché. Chaque cas a été approfondi par la production de workflows et de maquettes de parcours, afin d'en faciliter la visualisation et l'appropriation par les parties prenantes. Les prérequis, les dépendances clés et les éléments de faisabilité ont été explicités pour préparer des trajectoires de déploiement progressives et maîtrisées, en cohérence avec les orientations portées par l'Autorité.

4.2. RÉSERVES

Couverture des sujets et arbitrages méthodologiques

Les travaux du Parcours Émergence ne prétendent pas à l'exhaustivité. Tous les points de douleur identifiés n'ont pas pu être traités dans le temps imparti et avec le même niveau de profondeur. Des arbitrages ont été opérés pour prioriser les thèmes jugés les plus structurants au regard des objectifs du programme. Les sujets non couverts ou seulement esquissés pourront être approfondis dans des séquences ultérieures.

Composition des groupes de travail

La composition des groupes de travail a varié selon les thématiques, certains réunissant davantage d'intermédiaires et d'autres de compagnies. Ces différences ont pu orienter les constats et priorités en fonction des enjeux propres à chaque catégorie d'acteurs.

Nature des cas d'usage

Les cas d'usage présentés résultent de la réflexion collective des groupes, conduite selon la méthodologie exposée. Ils constituent des propositions de référence destinées à éclairer les choix et à préparer l'action. Ils ne revêtent pas de caractère prescriptif et appellent, le cas échéant, des adaptations aux contextes propres de chaque organisme.

Représentation des workflows

Les workflows décrivent des enchaînements cibles élaborés pour faciliter la compréhension et la mise en discussion. Ils ne prétendent pas décrire de manière exacte ou exhaustive l'ensemble des processus internes des organismes et peuvent varier selon les organisations, les systèmes d'information et les partenariats mobilisés.

Maquettes et éléments illustratifs

Les maquettes ont été produites à l'aide d'outils de conception, incluant des modules d'intelligence artificielle. Les noms, interfaces et procédures représentés sont fournis à titre d'exemple pour illustrer les cas d'usage dans un contexte opérationnel. Ils ne constituent ni une recommandation d'outil ni une validation définitive de parcours.

Faisabilité et hypothèses de déploiement

Les appréciations de faisabilité et les estimations d'impact reposent sur les informations disponibles au moment des travaux ainsi que sur des hypothèses de déploiement à périmètre législatif constant. Leur concrétisation demeure conditionnée par des facteurs tels que la qualité et la disponibilité de la donnée, l'interopérabilité des systèmes, la cybersécurité, la gouvernance, les capacités d'intégration et les modalités de portage opérationnel.

Temporalité des références

Les benchmarks et références mobilisés reflètent un état des pratiques à une date donnée. Les avancées technologiques, l'évolution des usages de marché et les exigences réglementaires sont susceptibles d'entraîner des ajustements. Une actualisation régulière des propositions reste nécessaire.

4.3. SYNTHÈSE DES CAS D'USAGE DÉVELOPPÉS

Au terme de la démarche décrite précédemment, chaque groupe de travail a convergé vers des cas d'usage directement rattachés aux points de douleurs métiers prioritaires.

Groupe de travail	Cas d'usage développés
Produit	Une solution collaborative de développement de produits et offres
Souscription	<ul style="list-style-type: none"> • Une solution de souscription centralisée en agence • Une solution de création de parcours de souscription en ligne
Distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Un conseiller augmenté par l'IA • Une solution Plug & Play d'assurances embarquées
Gestion des sinistres	<ul style="list-style-type: none"> • Une solution mutualisée de gestion des prises en charge santé • Une solution mutualisée de suivi des sinistres automobiles

Afin de faciliter la lecture et de préparer la phase de déploiement, les cas d'usage sont regroupés dans la suite du présent rapport en thématiques transverses. Cette organisation offre un cadre structuré et met en évidence les synergies ainsi que les différents cas d'usage développés.

Thématique transverse	Cas d'usage associés à la thématique
1. Outiller le processus de développement des produits et d'offres d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • Une solution collaborative de développement de produits et offres.
2. Gagner en productivité en agence	<ul style="list-style-type: none"> • Une solution de souscription centralisée en agence. • Un conseiller augmenté par l'IA.
3. Démystifier la vente en ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Une solution de création de parcours de souscription en ligne. • Une solution Plug & Play d'assurances embarquées.
4. Améliorer l'expérience de gestion des sinistres santé et automobile	<ul style="list-style-type: none"> • Une solution mutualisée de gestion des prises en charge santé. • Une solution mutualisée de suivi des sinistres automobiles.

4.4. OUTILLER LE PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DES PRODUITS ET OFFRES D'ASSURANCE

4.4.1. Problématiques adressées

Le processus de création de produits d'assurance au Maroc s'inscrit dans un cadre structuré, mais présente aujourd'hui plusieurs limites qu'il conviendrait de dépasser pour répondre pleinement aux exigences d'un marché en mutation. La diversité de l'offre reste perfectible, notamment en ce qui concerne l'adaptation aux besoins de segments émergents comme les TPE, les travailleurs indépendants ou les niches spécifiques. Cette situation traduit une segmentation encore incomplète du marché, limitant l'émergence de produits véritablement différenciants.

Par ailleurs, la capacité du secteur à concevoir et à lancer rapidement de nouvelles offres reste contrainte par des processus de développement encore séquentiel et top down. Cette dynamique réduit la réactivité face aux attentes changeantes des assurés, et freine l'introduction de produits innovants en phase avec les évolutions sociétales et technologiques.

La conception de produits s'appuie également sur des données qui demeurent fragmentées ou difficilement mobilisables. Cette limitation impacte la qualité de la tarification et la capacité à modéliser avec précision certains risques émergents, ce qui complique le développement de solutions sur des domaines techniques comme la cyber-assurance ou l'assurance agricole.

Enfin, la chaîne de création reste principalement pilotée en interne par les compagnies, avec une implication encore limitée des intermédiaires, réassureurs et acteurs du terrain dans les phases amont. Cette organisation, bien qu'efficace sur certains plans, tend à restreindre l'apport du terrain dans l'identification des besoins et la conception de produits adaptés aux réalités locales.

Les limites constatées sur le marché national rejoignent des problématiques fréquemment observées à l'international. Les analyses conduites par le groupe montrent que ces freins sont atténués lorsque la conception s'appuie sur des espaces de travail unifiés. Ces dispositifs structurent le dossier produit autour d'une trame partagée, organisent de manière homogène la collecte des informations et assurent la traçabilité des décisions au fil de l'avancement. Ils facilitent ainsi la préparation cohérente des éléments tarifaires et contractuels, tout en améliorant la lisibilité d'ensemble et la continuité du processus.

Parallèlement, la mise à disposition de catalogues collaboratifs et l'instauration de points d'échange dédiés avec la réassurance favorisent une co-construction ordonnée entre assureurs, intermédiaires et parties prenantes concernées. En offrant des repères communs pour les composants de l'offre et en mobilisant les expertises clés en amont, ce modèle élargit le champ des configurations possibles, permet un niveau de personnalisation adapté et intègre les exigences de conformité dès la phase de design, dans le respect du cadre réglementaire et prudentiel national.

4.4.2. Description des cas d'usage élaborés

À l'issue des travaux d'analyse des points de douleur et des benchmarks, et après évaluation de leur transposabilité au contexte marocain, un cas d'usage a été retenu par le groupe de travail "Produit" du Programme Émergence :

Une solution collaborative de développement de produits et offres d'assurance : il s'agit d'une plateforme digitale unifiée permettant de centraliser l'ensemble du processus de création, depuis l'expression des besoins terrain jusqu'à la mise en marché.

4.4.2.1. Une solution collaborative de développement de produits et d'offres d'assurance

• Description du modèle existant

Le modèle actuel de création de produits d'assurance s'organise selon une séquence d'étapes successives, où chaque entité mobilisée intervient selon son domaine d'expertise. L'initiative débute généralement au niveau du siège, avec l'émergence d'une idée portée par les équipes marketing ou stratégie, en lien avec les orientations de développement de la compagnie.

Cette idée est ensuite transmise aux départements internes compétents, souvent de manière séquentielle et en silos – actuariat, produit, juridique, conformité, systèmes d'information, réassurance – pour être analysée, instruite et structurée. Chaque service contribue à l'élaboration du produit selon ses méthodes, outils et responsabilités propres.

Une fois ces étapes franchies, le développement informatique est engagé pour intégrer le produit dans les systèmes d'information de l'entreprise. Cette phase permet de préparer le socle technique nécessaire à son déploiement opérationnel.

Le produit entre enfin en phase d'onboarding auprès des réseaux de distribution : courtiers, agents ou partenaires. Cette étape comprend l'intégration des outils, la transmission des supports, et l'accompagnement des équipes commerciales dans la prise en main de l'offre.

• Principales conséquences

Bien que structuré et fondé sur une répartition claire des rôles, le modèle actuel de création de produits d'assurance présente plusieurs limites qui affectent directement la fluidité, la réactivité et la capacité d'adaptation des compagnies face aux dynamiques du marché.

Le processus repose sur une organisation séquentielle dans laquelle chaque direction – marketing, actuariat, produit, juridique, conformité, SI, commercial – intervient successivement sur le périmètre qui lui est propre. Ce fonctionnement compartimenté, sans environnement de travail intégré, génère des boucles de validation nombreuses, un temps de coordination important, et une certaine difficulté à maintenir une vision transversale du produit en temps réel.

Les partenaires réassureurs, dont l'implication est pourtant essentielle pour la soutenabilité technique et financière du produit, sont généralement sollicités à une phase avancée. Leurs recommandations, bien que pertinentes, arrivent souvent alors que le produit est déjà largement défini, ce qui limite les marges de manœuvre pour intégrer leurs ajustements sans réengager des étapes antérieures du processus.

Une fois le produit validé, la phase d'implémentation dans les systèmes d'information constitue un autre point de complexité. En l'absence d'architecture modulaire ou de briques mutualisables, chaque nouveau produit nécessite des développements informatiques spécifiques, parfois lourds et chronophages. Ces développements mobilisent fortement les équipes IT, avec des délais de mise en production qui peuvent s'étendre sur plusieurs mois. De plus, lorsqu'il s'agit d'interfacer le produit avec les outils des partenaires de distribution – dont les environnements sont souvent hétérogènes – l'absence de connecteurs standards implique des efforts d'intégration supplémentaires, rallongeant d'autant le déploiement opérationnel.

Une fois le produit en marché, toute évolution – qu'il s'agisse d'un ajustement tarifaire, d'une modification contractuelle ou d'une adaptation à une nouvelle cible – suppose de réengager l'ensemble de la chaîne. Chaque changement implique des arbitrages juridiques, actuariats, techniques et commerciaux, ainsi qu'une revalidation par les réassureurs si nécessaire. Cela se traduit par des délais équivalents à ceux de la création initiale, limitant considérablement l'agilité post-lancement.

Enfin, le modèle actuel implique souvent une implication tardive des distributeurs dans le processus. Ces derniers découvrent le produit une fois finalisé, avec des efforts importants à fournir pour s'en approprier les caractéristiques, outils de vente et arguments différenciateurs. Cette approche limite leur engagement et peut impacter l'efficacité commerciale dès le lancement.

En somme, la combinaison d'une organisation séquentielle, de développements IT spécifiques, d'une faible modularité technique et d'une coordination fragmentée rend difficile l'adaptation continue de l'offre et freine le rythme d'innovation dans un environnement de plus en plus évolutif.

• *Description du modèle cible*

La solution repose sur une approche collaborative, outillée et structurée autour d'une plateforme digitale unifiée. Elle se distingue par l'implication de l'ensemble des parties prenantes dès les premières étapes de la création produit, dans un environnement partagé, où les contributions sont simultanées, centralisées et traçables. Contrairement au fonctionnement séquentiel et fragmenté, chaque acteur – distributeurs (agents, courtiers), équipes internes (actuariat, produit, juridique, SI, marketing), ou partenaires réassureurs – intervient de manière coordonnée au sein d'un même espace de travail.

Le processus démarre sur le terrain, grâce à une interface dédiée qui permet aux distributeurs et partenaires proches des clients de formuler directement des besoins spécifiques (ex. : couverture locale, segment émergent, nouveau profil de risque). Ces remontées sont structurées et automatiquement enrichies par des données internes (statistiques, portefeuilles, sinistres) et externes (open data, tendances de marché, données comportementales). Ce socle d'information permet de générer, via un moteur intelligent, une première proposition de produit : garanties, cibles, canaux de distribution, tarification indicative.

Cette proposition entre alors dans une phase de co-construction. Toutes les fonctions concernées – produit, actuariat, juridique, SI, commercial, réassurance – interviennent de manière simultanée via la plateforme. Les validations sont orchestrées selon un workflow structuré, qui permet à chaque métier d’apporter sa contribution dans un cycle intégré. Ce fonctionnement évite les ruptures de charge, les doublons et les pertes d’information, tout en assurant une meilleure lisibilité des responsabilités et des avancements.

Une fois le produit validé, il est automatiquement configuré dans un environnement modulaire. Les composants techniques sont interopérables avec les extranets des partenaires de distribution via des API standards. L’ensemble des supports associés – fiches produit, tarificateurs, modules de formation ou simulateurs – est généré à partir des données saisies, sans ressaisie. Le déploiement est ainsi facilité, et les réseaux peuvent accéder aux outils directement via leur environnement métier.

Enfin, une boucle de retour d’expérience est intégrée dès la conception : les données d’usage terrain (vente, satisfaction, retours distributeurs) peuvent être réinjectées dans la plateforme, afin de permettre l’ajustement itératif des produits selon une logique d’amélioration continue.

INTERFACE UTILISATEUR

L’interface prendrait la forme d’une plateforme collaborative. Elle offrirait un espace de travail unique et partagé entre les fonctions internes (actuariat, produit, juridique, conformité, systèmes d’information, marketing), les partenaires réassureurs et distributeurs. Chaque acteur pourrait visualiser en temps réel l’état d’avancement du produit, accéder aux données consolidées et contribuer directement depuis son périmètre, dans un cadre commun et traçable.

Elle reposerait ainsi sur un mode de contribution simultané et traçable, rompant avec la logique séquentielle actuelle et permettrait, par conséquent, d’accélérer les délais de conception, de réduire les ressaisies, d’assurer une meilleure transparence dans les validations et de renforcer l’adéquation des produits avec les besoins des clients.

Grâce à son architecture modulaire, la plateforme intégrerait également des outils de configuration technique, de génération automatique des supports (tarificateurs, éditiques, etc.) et d’interfaçage avec les extranets des distributeurs, facilitant ainsi le déploiement et la diffusion des offres.

Enfin, un module d’intelligence artificielle viendrait enrichir le dispositif : il analyserait en continu les données internes et externes (portefeuilles, sinistres, open data, tendances de marché), proposerait des insights et recommandations, et aiderait à identifier de nouvelles opportunités de couverture ou des ajustement des produits existants.

The screenshot displays the 'Co-Création Assurance' platform interface. At the top, a navigation bar includes links for 'Soumettre un Produit', 'Produits (CRM)', 'Produits déployés', and 'Assistant Intelligent'. User roles 'Utilisateur' and 'Admin' are visible on the right. The main content area is titled 'Soumettre un nouveau Produit' and features two tabs: 'Formulaire' (active) and 'Chat IA (Simulé)'. Below the tabs, the workflow is divided into three columns representing different roles: 'Responsable développement commercial' (Detects a client need or segment, with a 'Courtier' button), 'Responsable stratégie produits' (Validates commercial opportunity, with a 'Courtier' button), and 'Chef de produit' (Receives the request and initiates the framework, with an 'Assureur' button). Below these columns are input fields for 'Nom du produit', 'Segment client' (with a dropdown arrow), and 'Description du produit'. At the bottom, a blue button with a play icon and the text 'Pour visualiser un exemple d'interface utilisateur en vidéo' is present.

• Principaux bénéfices

La plateforme collaborative de création produit transforme profondément la manière dont les offres d'assurance sont conçues, validées et déployées. Elle permet de passer d'un mode de création fragmenté, dans lequel chaque acteur intervient de manière isolée et séquentielle, à un modèle collaboratif intégré, où l'ensemble des parties prenantes – distributeurs, fonctions internes, réassureurs – est mobilisé dès l'amont dans un environnement de travail unifié. Ce changement de paradigme apporte d'abord un gain de réactivité majeur.

En favorisant les contributions simultanées des différents métiers et en automatisant certaines étapes clés (comme l'enrichissement des données, la génération de prototypes ou la production des supports), la solution permet de réduire significativement les délais de mise sur le marché. Elle assure aussi une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins du marché, en plaçant les distributeurs au cœur du processus de création. Les idées de produits émanant du terrain, là où se situent les clients, garantissant une plus grande pertinence des solutions proposées et un meilleur taux d'adoption commerciale.

Sur le plan organisationnel, la plateforme facilite une collaboration fluide et structurée entre toutes les fonctions concernées, internes comme externes. Elle remplace les enchaînements de validations déconnectées par un espace de travail partagé, traçable et cohérent, réduisant ainsi les frictions, les malentendus et les pertes de temps.

Elle permet également de mieux maîtriser les ressources, en limitant les développements spécifiques grâce à une architecture modulaire et interopérable, en évitant les reprises manuelles, et en optimisant les charges de coordination. L'effort collectif est concentré, efficace et orienté vers des résultats concrets.

Enfin, la solution intègre une logique d'amélioration continue : les performances des produits peuvent être suivies en temps réel, et des ajustements peuvent être apportés rapidement sur la base de retours concrets, renforçant l'agilité de l'entreprise et sa capacité à apprendre en continu. En somme, ce modèle permet de repenser en profondeur le cycle de vie produit, en conciliant proximité terrain, coordination stratégique et performance opérationnelle.

4.4.3. Faisabilité technique et réglementaire

Sur le plan technique, la faisabilité est élevée. La solution reposerait sur des briques existantes : espaces de travail collaboratifs, gestion documentaire centralisée, workflow de validation et modules de paramétrage produit. Ces technologies sont largement éprouvées dans d'autres industries et sont transposables au secteur assurantiel. L'intégration de fonctionnalités d'intelligence artificielle – par exemple pour analyser automatiquement des retours d'expérience, suggérer des ajustements ou détecter des incohérences – nécessiterait des capacités de traitement adaptées et un entraînement progressif du modèle, mais ne constitue pas un obstacle technique majeur. L'essentiel réside dans la mise en place d'une interface intuitive et d'une architecture modulaire permettant de fédérer les contributions en temps réel, sans rupture de charge ni ressaisie.

D'un point de vue réglementaire, ce cas d'usage ne manipule pas de données personnelles clients, mais des données internes de conception produit (tarifs, conditions, supports). Il ne présente donc pas de risque particulier au regard de la loi 09-08. Les seules exigences concernent la confidentialité des informations sensibles (grilles tarifaires, hypothèses actuarielles, modèles de risque), qui relèvent du secret des affaires. Le respect du cadre national en matière de cybersécurité (loi 05-20) et d'hébergement souverain (décret n° 2-24-921 sur les infrastructures vitales et référentiel cloud marocain) reste toutefois requis, puisque la plateforme devra être hébergée sur des infrastructures qualifiées, localisées au Maroc, afin de garantir un haut niveau de sécurité et de souveraineté numérique.

Sur le plan organisationnel et humain, la faisabilité dépendra surtout de l'adhésion des différents métiers et partenaires. Aujourd'hui, la conception produit fonctionne selon une logique séquentielle et fragmentée : chaque direction (actuariat, juridique, SI, marketing, réassurance, distribution) intervient successivement, avec un fort recours aux échanges par mail et documents dispersés. La plateforme introduirait un mode de contribution simultané et structuré, rompant avec ces pratiques.

Cela suppose d'instaurer de nouvelles habitudes de travail, de définir une gouvernance claire du processus et d'accompagner les utilisateurs par de la formation et de la conduite du changement.

4.5. GAGNER EN PRODUCTIVITÉ EN AGENCE

4.5.1. Problématiques adressées

Le processus de distribution et de souscription des produits d'assurance au Maroc présente encore des limites structurelles. Le parcours de souscription en agence demeure fragmenté et chronophage, reposant sur des ressaisies multiples et des comparaisons manuelles qui allongent les délais, accroissent le risque d'erreurs et mobilisent les conseillers au détriment d'activités à plus forte valeur ajoutée.

Même les agents travaillant avec une seule compagnie se trouvent confrontés à une diversité d'outils selon les produits ou les types d'opérations, souvent avec des interfaces obsolètes ou en constante évolution. Cette multiplicité d'environnements rend leur quotidien complexe, réduit leur efficacité et fragilise la qualité du conseil.

Parallèlement, les clients expriment une préférence marquée pour un accompagnement humain, qui traduit un besoin de conseil personnalisé et de proximité. Or, faute d'outils adaptés, les employés en agence (courtier, agent, bureau direct ou autres réseaux d'intermédiation) fonctionnent principalement sur un mode réactif, confiant l'essentiel de la capacité de recommandation proactive aux seuls responsables expérimentés, ce qui limite l'identification des besoins et la croissance des portefeuilles.

Les travaux conduits par les groupes de réflexion, complétés par les benchmarks internationaux, confirment que les difficultés constatées au Maroc — fragmentation des extranets, ressaisies multiples, couverture digitale partielle et conseil limité en agence — sont largement partagées par d'autres marchés. Ces freins structurels ont déjà été surmontés ailleurs grâce à la mise en place de solutions structurantes.

Ainsi, plusieurs juridictions ont démontré les bénéfices d'une plateformes des parcours de souscription : en centralisant l'accès aux produits, en harmonisant la collecte d'informations, en automatisant la tarification et en intégrant la contractualisation électronique, ces solutions réduisent significativement les reprises manuelles, améliorent la régularité des traitements et facilitent la conformité. L'organisation autour d'un espace de travail unifié — avec saisie unique, trame partagée et traçabilité des décisions — favorise des gains substantiels en efficacité opérationnelle et en fluidité des parcours.

Parallèlement, les avancées observées à l'international montrent qu'une meilleure exploitation de la donnée client ouvre la voie à la possibilité de mettre à disposition des outils d'intelligence artificielle intégrés au poste de travail des employés en agence. Ces assistants, connectés aux bases de données produits et clients, proposent en temps réel des recommandations personnalisées et exploitables par les conseillers. Ils permettent d'élargir la capacité de conseil de l'ensemble des collaborateurs, au-delà des seuls profils expérimentés, et de transformer chaque interaction en opportunité commerciale.

4.5.2. Description des cas d'usage élaborés

À l'issue des travaux d'analyse des points de douleur et des benchmarks, et après évaluation de leur transposabilité au contexte marocain, deux cas d'usage ont été retenus par les groupes de travail "distribution" et "souscription" du programme Émergence :

- **Une solution de souscription centralisée en agence** : il s'agit de simplifier et d'unifier le parcours de souscription, en réduisant les ressaisies et en offrant aux intermédiaires une interface unique pour consulter, comparer et contractualiser les offres des compagnies.
- **Un conseiller augmenté par l'IA** : il s'agit de doter des collaborateurs d'un outil intelligent capable de proposer en temps réel des recommandations personnalisées, afin de renforcer la proactivité commerciale et d'améliorer la satisfaction client.

4.5.2.1. Une solution de souscription centralisée en agence

• Description du modèle existant

Dans le dispositif actuel, la souscription repose sur une succession d'échanges séquentiels entre le client, l'intermédiaire et la compagnie d'assurances. Le processus débute lorsque le client exprime ses besoins auprès de l'intermédiaire, en agence ou par téléphone. Sur la base de ces informations, l'intermédiaire se connecte manuellement aux portails de souscription des compagnies partenaires pour consulter les tarifs, garanties et conditions techniques applicables.

Cette consultation, encore largement manuelle, suppose des allers-retours constants entre les outils internes de l'intermédiaire et les interfaces des compagnies, avec recopie systématique des données du client. L'intermédiaire doit ensuite comparer et consolider ces informations afin d'élaborer une proposition cohérente à transmettre au client.

Une fois le devis établi, un rendez-vous est proposé pour finaliser la souscription. À ce stade, les données doivent souvent être ressaisies, soit dans les outils de l'intermédiaire, soit directement dans les systèmes de la compagnie, générant des doublons et un risque élevé d'erreurs.

• Principales conséquences

Ce parcours entraîne une série de conséquences qui fragilisent à la fois les intermédiaires et les compagnies. La surcharge administrative, liée à la multiplication des saisies et des vérifications manuelles, ralentit l'activité quotidienne.

Le cloisonnement des systèmes empêche d'avoir une vision consolidée des produits et des offres, compliquant le suivi, la comparaison et l'ajustement des conditions commerciales.

À cela s'ajoute la dépendance à des connexions VPN pour accéder aux différents portails de souscription, un dispositif lourd et contraignant qui ralentit les opérations, alourdit la gestion technique et complique la mobilité des agents.

Ces inefficiences accroissent également les risques d'erreurs comptables, tant dans le suivi des flux financiers que dans le reversement des primes aux compagnies.

La faible productivité qui en résulte réduit la capacité des équipes à se consacrer à des activités à plus forte valeur ajoutée, comme le conseil et la prospection.

Enfin, le manque de fluidité du parcours accentue la perte d'opportunités commerciales, avec des clients qui se découragent face à des délais trop longs et des expériences peu satisfaisantes.

• Description du modèle cible

Dans le modèle cible, la demande de devis est traitée via une plateforme de souscription centralisée accessible à l'intermédiaire. Les informations du client et ses besoins en couverture sont saisies une seule fois dans un CRM unifié. Ces données alimentent automatiquement les modules de conformité (KYC, contrôle des sanctions) et le moteur de tarification.

La plateforme interroge ensuite, via APIs ou web-services, les systèmes des compagnies partenaires. Les règles tarifaires et conditions techniques sont restituées en temps réel et consolidées dans une interface unique. L'intermédiaire peut ainsi comparer, sélectionner et transmettre l'offre la plus pertinente, sans avoir à quitter son environnement de travail.

Une fois l'offre validée, la contractualisation s'opère dans le même parcours grâce à l'intégration de la signature électronique et d'un module de gestion des flux contractuels. Les documents sont générés automatiquement à partir des données validées, les pièces justificatives collectées et le paiement déclenché selon les modalités retenues.

Les données et documents contractuels sont ensuite routés automatiquement vers les systèmes de la compagnie choisie. Les écritures de commissions, flux comptables et indicateurs de suivi sont alimentés nativement, garantissant la traçabilité et un reporting consolidé.

La plateforme envisagée constituerait ainsi un hub unique pour les intermédiaires, leur permettant de consulter un catalogue harmonisé de produits, de comparer les caractéristiques clés (couvertures, conditions, éligibilité, tarifs) et d'initier directement la souscription. Des fonctionnalités d'automatisation (pré remplissage des données, déclenchement des moteurs de tarification, génération contractuelle, gestion des étapes de conformité) assureraient un parcours fluide de bout en bout.

INTERFACE UTILISATEUR

L'interface se présenterait comme une plateforme unique, accessible en agence, regroupant les principales étapes du parcours : génération de devis multi-assureurs, souscription et signature électronique des contrats, édition automatique des documents réglementaires et rapprochement comptable via un module de gestion des bordereaux. Elle intégrerait aussi une marketplace de services complémentaires (ex: outils de prospection, de gestion de caisse ou de reporting), offrant aux conseillers un environnement intégré, homogène et facile à utiliser.

Pour visualiser un exemple d'interface utilisateur en vidéo

• Principaux bénéfices

La mise en place d'une solution de souscription centralisée générerait des bénéfices tangibles pour l'ensemble des parties prenantes du secteur assurantiel.

En premier lieu, elle permettrait un allègement significatif des démarches administratives. Grâce à la saisie unique des données et à leur routage automatique vers les systèmes des compagnies, les tâches de recopie manuelle et de vérification seraient considérablement réduites, limitant ainsi les erreurs et accélérant le traitement.

La plateforme offrirait également une vision unifiée des produits et des opérations. Les intermédiaires disposeraient d'une interface consolidée présentant l'ensemble des offres disponibles de manière harmonisée et comparable, facilitant le conseil et la transparence vis-à-vis des clients.

Sur le plan technique, elle permettrait aussi de s'affranchir des connexions via VPN, aujourd'hui nécessaires pour accéder aux portails de souscription. En adoptant une approche Security by Design et en réduisant la surface d'attaque à un environnement centralisé, la solution offrirait un niveau de sécurité supérieur tout en simplifiant l'accès et en fluidifiant le travail des agents et courtiers.

Elle garantirait en outre une fiabilisation des flux financiers. L'automatisation du reversement des primes et la traçabilité intégrée des opérations réduiraient significativement les risques d'erreurs comptables et renforceraient la confiance entre les acteurs.

Ces améliorations se traduiraient par un gain substantiel en productivité. Les intermédiaires pourraient consacrer davantage de temps à des activités à forte valeur ajoutée, telles que le conseil personnalisé, la fidélisation et la prospection commerciale, renforçant ainsi leur rôle stratégique.

Enfin, la rapidité et la fluidité du parcours soutiendraient une conversion accrue. Les clients bénéficient d'une expérience simplifiée, plus réactive et plus fiable, réduisant les abandons en cours de souscription et augmentant le taux de concrétisation des ventes.

4.5.2.2. Un conseiller augmenté par l'IA

• Description du modèle existant

Le fonctionnement des agences d'assurance (agents, courtiers ou bureaux directs) repose encore largement sur une répartition traditionnelle des rôles. Les employés de première ligne assurent la gestion des opérations courantes – réclamations, souscriptions auto, renouvellements – et garantissent un premier niveau de service aux clients et prospects. Leur intervention demeure toutefois essentiellement réactive : faute d'outils d'aide à la décision et de visibilité consolidée sur les profils clients, ils ne sont pas en mesure d'adopter une démarche proactive de conseil ou de recommandation.

Dans ce contexte, les recommandations commerciales relèvent principalement du chef d'agence, qui concentre l'expertise et la responsabilité de l'orientation client. Ce mode d'organisation assure un certain niveau de qualité et de contrôle, mais il crée une forte dépendance à un nombre limité de profils expérimentés et peut ralentir la réactivité commerciale.

Ainsi, de nombreux besoins clients restent non identifiés et donc non couverts, alors même que des solutions adaptées existent dans le portefeuille des assureurs. Ce modèle, encore largement répandu, garantit la continuité du service mais limite le potentiel de développement commercial, freine la croissance du portefeuille et génère un manque à gagner pour les agences comme pour les compagnies.

• Principales conséquences

Le fonctionnement actuel en agence génère plusieurs limites qui fragilisent à la fois la relation client et la performance commerciale. Faute de recommandations adaptées, certains besoins des clients restent ignorés, ce qui nuit à leur couverture et fragilise leur confiance dans l'assureur. Les employés de première ligne, concentrés sur le traitement des opérations courantes, ne disposent pas d'outils pour adopter une démarche proactive de conseil. La dynamique commerciale repose alors excessivement sur le chef d'agence, dont l'expertise est précieuse mais dont la disponibilité demeure limitée. Cette organisation se traduit par un manque d'offres personnalisées proposées au bon moment, entraînant une perte d'opportunités commerciales et un taux de concrétisation réduit. In fine, le portefeuille stagne, et le manque à gagner impacte directement la rentabilité des agences comme celle des compagnies.

• Description du modèle cible

Dans le modèle cible, le conseiller est assisté en temps réel par une solution d'intelligence artificielle intégrée à son poste de travail.

Connectée aux bases de données produits, clients ainsi qu'à diverses bases de données externes, cette solution IA repose sur un modèle d'entraînement continu qui apprend des interactions passées, des retours clients et des résultats commerciaux. Elle affine ainsi sa capacité à générer des recommandations pertinentes, ajustées aux besoins spécifiques de chaque client.

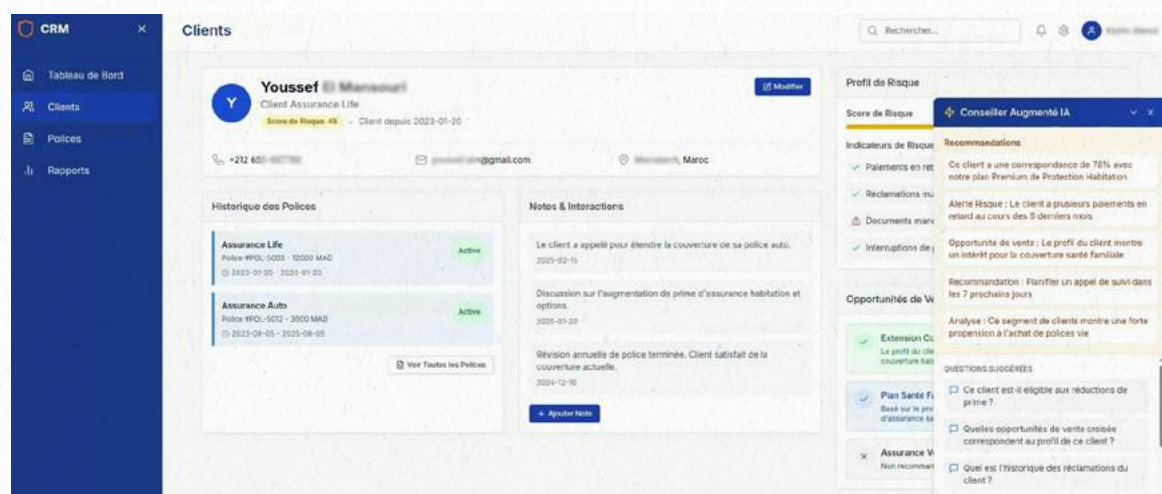
L'algorithme IA analyse le profil enrichi du client, pré-qualifie ses besoins et applique une logique d'arbre décisionnel. Il propose alors au conseiller, dans une interface unique, un classement d'offres issues des outils internes de tarification. Le conseiller conserve toujours la maîtrise de la recommandation : il peut ajuster ou valider la suggestion de l'IA, puis la transmettre au client.

INTERFACE UTILISATEUR

L'interface se présente comme un assistant intelligent, intégré directement au CRM du conseiller et accessible sous forme de chatbot contextuel. Il analyse en temps réel les données clients et produits pour proposer des recommandations personnalisées, adaptées au profil et au moment opportun.

La solution intègre également un module de rapprochement automatisé des bordereaux entre intermédiaires et compagnies. Celui-ci permet de fiabiliser les flux financiers, de réduire les erreurs comptables et de faciliter le suivi des versements de primes et des commissions.

Enfin, une marketplace de services complémentaires est accessible directement depuis l'interface. Elle met à disposition des outils prêts à l'emploi pour enrichir l'activité de l'intermédiaire : solutions de prospection digitale (par exemple via WhatsApp ou SMS), services de gestion comptable ou encore modules de formation et de relation client. L'intermédiaire peut ainsi personnaliser son environnement de travail et gagner en efficacité opérationnelle sans multiplier les outils de travail.



[Pour visualiser un exemple d'interface utilisateur en vidéo](#)

• Principaux bénéfices

La mise en œuvre d'une solution de type conseiller augmenté par l'IA permettrait d'inverser les limites observées dans le modèle actuel et de transformer profondément la dynamique commerciale en agence.

D'abord, les clients seraient mieux couverts : leurs besoins seraient identifiés plus finement et des recommandations personnalisées leur seraient proposées, renforçant ainsi leur satisfaction et leur confiance envers l'assureur. Les employés de première ligne bénéficieraient d'un conseil enrichi, passant d'une posture réactive centrée sur les opérations courantes à une démarche proactive, capable de générer de nouvelles opportunités.

Ce dispositif favoriserait également une expertise partagée : la dynamique commerciale ne reposerait plus exclusivement sur le représentant responsable, mais sur l'ensemble des collaborateurs, chacun disposant des mêmes outils et capacités de recommandation. Cette approche collective permettrait de mieux exploiter les opportunités commerciales, en proposant aux clients des offres pertinentes au bon moment, ce qui se traduirait par une augmentation du taux de concrétisation et de fidélisation.

Enfin, la proactivité renforcée et la couverture adaptée des besoins contribueraient directement à un portefeuille en croissance, stimulant le développement commercial des agences et améliorant durablement la rentabilité du secteur.

4.5.3. Faisabilité technique et réglementaire

L'évaluation de la faisabilité des deux cas d'usage (la solution de souscription centralisée en agence et le conseiller augmenté par l'intelligence artificielle) met en évidence qu'ils reposent sur des briques technologiques éprouvées et transposables au contexte marocain. Leur déploiement apparaît techniquement réalisable, sous réserve d'un respect rigoureux du cadre réglementaire national, notamment en matière de protection des données, de cybersécurité et de souveraineté numérique.

La solution de souscription centralisée repose sur une interconnexion via API normalisées, permettant d'interroger en temps réel les systèmes des compagnies et de restituer les offres dans une interface unique. Cette approche garantit rapidité, sécurité et évolutivité. Un système unifié permet en effet de réduire la surface d'exposition aux risques, d'harmoniser les contrôles d'accès et d'intégrer la sécurité dès la conception (Security by Design). Cette architecture présente également un avantage opérationnel majeur : elle permettrait de s'affranchir des connexions via VPN, souvent nécessaires aujourd'hui pour accéder aux portails de souscription, tout en assurant un niveau de sécurité supérieur grâce à une gestion centralisée des identités et des droits d'accès.

Dans une phase initiale, des solutions transitoires, comme des connecteurs ou des techniques d'interfaçage standardisées, pourraient être mises en œuvre pour permettre une intégration progressive des compagnies à différents niveaux de maturité numérique. Ces dispositifs offriraient une première étape vers l'interopérabilité complète et permettraient de démontrer rapidement la valeur ajoutée du modèle.

S'agissant du conseiller augmenté par l'IA, il s'appuie sur des technologies d'IA déjà éprouvées, notamment les algorithmes de recommandation et de traitement du langage naturel, intégrés au CRM des intermédiaires et connectés aux bases produits et clients. Le déploiement peut être progressif : d'abord sous la forme d'un assistant proposant des recommandations simples, puis enrichi par les interactions clients, les retours utilisateurs et les performances commerciales.

L'assistant virtuel, grâce à une vision client à 360 degrés, incluant ses couvertures et sa situation globale, est en mesure de proposer à l'utilisateur des solutions pertinentes et personnalisées. Cela élimine la nécessité de consolider manuellement les informations provenant de multiples sources et d'identifier les besoins, réduisant ainsi considérablement les erreurs d'interprétation humaines. En conséquence, il devient possible d'activer les actions commerciales les plus avantageuses pour chaque client spécifique.

Il est important de noter qu'il ne s'agit pas d'un modèle personnalisé entraîné sur les données du client. Il s'agit plutôt d'une intelligence artificielle qui extrait des informations spécifiques de la base de données de l'intermédiaire afin de suggérer les meilleures actions commerciales ("Next best actions"). On peut l'imaginer comme un moteur de suggestion avancé, à la manière de ce que l'on trouve sur des plateformes comme Netflix ou Spotify.

Ce dispositif s'inscrit ainsi dans une approche de conformité « privacy by design » : l'IA agit comme un outil d'aide à la décision, et non comme un substitut au jugement humain. Les conseillers conservent la responsabilité pleine et entière du conseil délivré, tandis que l'utilisation de l'IA renforce la traçabilité, la cohérence et la pertinence des recommandations proposées aux clients.

Sur le plan réglementaire, la mise en œuvre de ces deux dispositifs doit s'inscrire dans le strict respect du cadre national en matière de protection des données et de cybersécurité. La loi 09-08 relative à la protection des données personnelles impose notamment la mise en place de mécanismes de consentement explicite, d'authentification forte et d'auditabilité des traitements, garantissant la maîtrise des flux et la traçabilité des opérations. En complément, la loi 05-20 sur la cybersécurité, le décret n° 2-24-921 et le référentiel national de qualification des prestataires cloud (2025) précisent les exigences applicables aux infrastructures critiques. Les données sensibles ainsi que les systèmes d'importance vitale doivent être hébergés sur des infrastructures localisées au Maroc, qualifiées et conformes aux standards de sécurité en vigueur, assurant la souveraineté numérique du secteur. Au-delà des aspects techniques et réglementaires, la réussite de ces deux cas d'usage repose sur une véritable adhésion collective des compagnies d'assurances, des réassureurs et des intermédiaires. Mettre en place une plateforme de souscription centralisée ou un conseiller augmenté par l'IA implique d'accepter une plus grande transparence et de renforcer la coopération entre acteurs,

notamment à travers le partage maîtrisé de certaines données utiles et la facilitation de la comparabilité des offres au sein du réseau d'intermédiation.

L'enjeu majeur demeure celui de l'alignement des intérêts : ces dispositifs doivent être appréhendés non comme une menace pour les parts de marché, mais comme un levier de compétitivité collective, d'efficacité opérationnelle et d'amélioration durable de la qualité de service.

4.6. DÉMYSTIFIER LA DISTRIBUTION EN LIGNE

4.6.1. Problématiques adressées

Le processus de distribution en ligne au Maroc connaît aujourd'hui des marges de progression significatives. L'expérience utilisateur, bien qu'en développement, reste perfectible : elle demeure parfois marquée par des ruptures de parcours, des interfaces au design peu engageant et une ergonomie encore limitée sur mobile.

Par ailleurs, les offres disponibles en ligne gagneraient à être davantage contextualisées et adaptées aux spécificités locales afin de renforcer leur attractivité face à la concurrence de nouveaux entrants, souvent positionnés sur des propositions plus ciblées et innovantes.

Les travaux conduits par les groupes de travail, complétés par les benchmarks internationaux, confirment que les difficultés constatées au Maroc en matière de distribution digitale rejoignent celles observées sur d'autres marchés. La fragmentation des parcours, l'absence de briques techniques standardisées et la complexité des processus constituent des freins communs à l'industrialisation de la souscription en ligne.

À l'international, plusieurs initiatives ont démontré qu'une approche fondée sur des solutions mutualisées et modulaires permet de surmonter ces limites. Les plateformes de nouvelle génération intègrent nativement les briques essentielles (paiement, KYC, signature électronique, tarification), réduisant les délais de mise en ligne de parcours de souscription en ligne et facilitant l'accès des acteurs de l'intermédiation de toute taille au canal digital.

Le benchmark souligne également le dynamisme des modèles d'assurance embarquée. Dans plusieurs juridictions, des opérateurs « assurtech » jouent un rôle d'agrégateurs ou de prestataires techniques, proposant des solutions « assurance-as-a-service » qui permettent à des partenaires non agréés (ex: e-commerçants) d'intégrer rapidement des offres d'assurance dans leurs tunnels de vente.

4.6.2. Description des cas d'usage élaborés

À l'issue des travaux d'analyse des points de douleur et des benchmarks, et après évaluation de leur transposabilité au contexte marocain, deux cas d'usage ont été retenus par les groupes de travail "Souscription" et "Distribution" du Programme Émergence:

- **Une solution de création de parcours de souscription en ligne** : il s'agit d'une plateforme centralisée permettant aux compagnies et intermédiaires de concevoir rapidement des parcours digitaux intégrant la tarification, le paiement et la signature électronique, afin d'accélérer le time-to-market et d'améliorer l'expérience client.
- **Une solution Plug & Play d'assurances embarquées** : il s'agit d'un dispositif technique standardisé offrant aux e-commerçants la possibilité d'intégrer facilement, via API, des produits d'assurance directement dans leurs parcours d'achat, afin de diversifier les canaux de distribution et d'élargir la clientèle assurée.

4.6.2.1. Une solution de création de parcours de souscription en ligne

• Description du modèle existant

La commercialisation d'un produit d'assurance en ligne demeure aujourd'hui un parcours long et fragmenté. Pour mettre en place une telle offre, un assureur ou un intermédiaire doit mobiliser une diversité d'acteurs : prestataires techniques (paiement, signature électronique, développement web), agences marketing pour générer du trafic et convertir les prospects, et surtout les équipes IT des compagnies d'assurances partenaires afin d'assurer l'intégration avec les outils métiers (tarificateur,

générateur de devis et de contrats). À cela s'ajoute l'étape incontournable de mise en conformité auprès de l'ACAPS.

Lorsque l'interconnexion directe avec les systèmes des compagnies n'est pas possible, l'intermédiaire se limite souvent à proposer un parcours de prospection ou découverte en ligne. Les informations saisies par le client doivent alors être ressaisies manuellement dans l'extranet de la compagnie pour obtenir un tarif et une offre. L'assureur ou l'intermédiaire élabore ensuite un devis qu'il transmet au client avant de conclure la souscription hors ligne, généralement par rendez-vous ou appel téléphonique.

• *Principales conséquences*

Le fonctionnement actuel du parcours de souscription en ligne entraîne plusieurs conséquences importantes pour le secteur.

Tout d'abord, le coût de déploiement demeure élevé, chaque initiative nécessitant de mobiliser une pluralité de prestataires spécialisés (paiement, signature électronique, développement web, marketing digital). Cette complexité alourdit les budgets et réduit la rentabilité des projets.

Par ailleurs, de nombreux projets innovants peinent à émerger : les initiatives digitales restent souvent cantonnées au stade de pilotes, sans réelle capacité de mise à l'échelle.

Cette situation se traduit également par une cible digitale insuffisamment exploitée. Les assurés connectés, en quête de solutions fluides et accessibles à distance, ne trouvent pas toujours d'offres adaptées. Le canal digital reste ainsi sous-utilisé pour capter et fidéliser ces segments à fort potentiel.

Du point de vue des clients, le parcours demeure fragmenté et peu fluide. Les ruptures entre le digital et le physique, les ressaisies multiples et les délais prolongés détériorent l'expérience et entraînent des abandons en cours de processus.

• *Description du modèle cible*

Dans le modèle cible, le lancement d'un produit d'assurance en ligne devient beaucoup plus simple et rapide. L'intermédiaire ou la compagnie d'assurances n'a plus besoin de mobiliser une multitude de prestataires : il lui suffit de se connecter à une solution centralisée intégrant déjà les principaux modules standards nécessaires, conformes aux exigences réglementaires (ex. : protection des données personnelles, LBC/FT, signature électronique).

L'utilisateur personnalise ensuite son parcours en ligne en quelques étapes, en y appliquant l'univers graphique de sa marque et ses spécificités de communication. Cette personnalisation ne requiert pas de développements techniques complexes, ce qui réduit considérablement le temps et le coût de mise en œuvre.

Une fois configurée, la plateforme permet de publier directement un parcours de souscription en ligne. Les informations collectées auprès du client sont saisies une seule fois et automatiquement orientées vers les systèmes de la compagnie concernée. Les modules intégrés de tarification, de génération de devis, de signature électronique et de paiement en ligne garantissent un processus fluide, sécurisé et conforme.

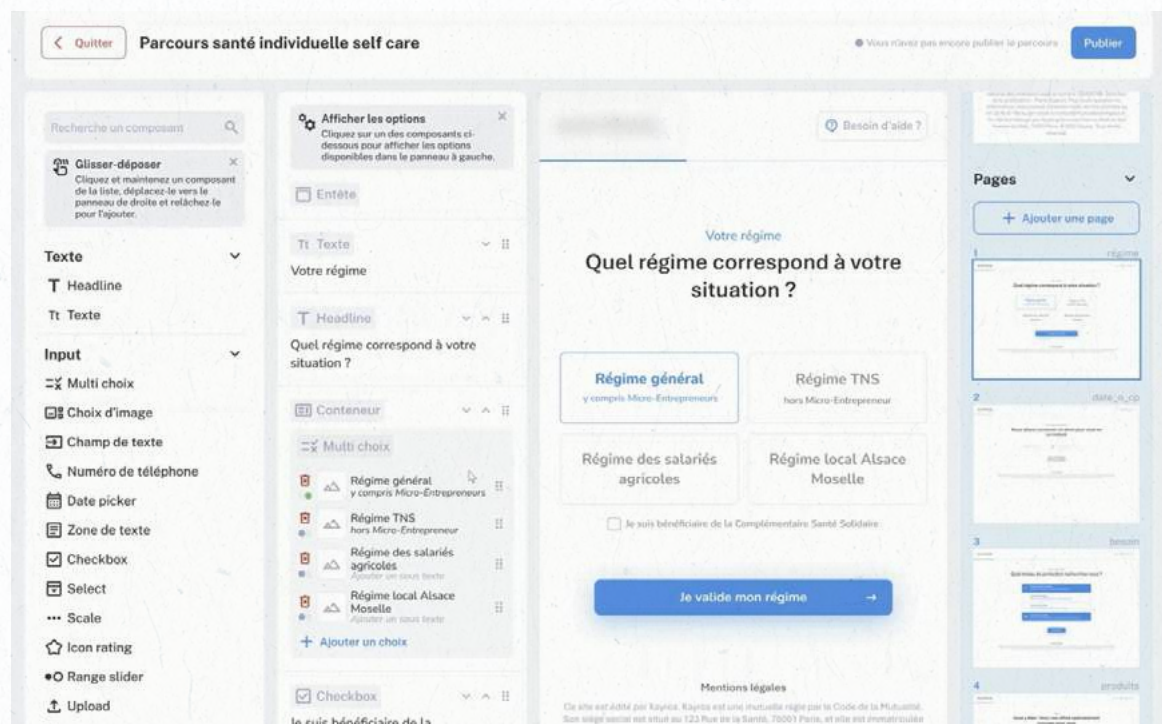
Ce modèle fluidifie le travail des intermédiaires et des compagnies, tout en offrant au client final une expérience simplifiée et homogène : la souscription peut être réalisée en ligne, en quelques minutes, sans rupture entre les différentes étapes.

INTERFACE UTILISATEUR

L'interface prendrait la forme d'un éditeur visuel en mode drag-and-drop, où l'intermédiaire ou la compagnie d'assurances peut construire son parcours sans disposer nécessairement de compétences informatiques importantes.

L'interface intégrerait également un espace de paramétrage produit, où l'assureur ou l'intermédiaire pourraient définir les règles de souscription (âge, régime social, profession, modes de paiement, etc.), les garanties disponibles et les options facultatives. Les règles ainsi configurées seraient automatiquement traduites dans le parcours client.

Enfin, la solution embarquait des modules prêts à l'emploi conformes à la réglementation (KYC, protection des données, LBC/FT, signature électronique), permettant de publier un parcours digital complet en quelques clics, avec la charte graphique et l'identité visuelle de l'acteur qui l'exploite.



[Pour visualiser un exemple d'interface utilisateur en vidéo](#)

• Principaux bénéfices

La mise en place d'une telle solution permettrait d'abaisser significativement les barrières à l'entrée. En s'appuyant sur des modules standards, prêts à l'emploi et conformes aux exigences réglementaires, elle limiterait le recours à une multitude de prestataires et allégerait ainsi les coûts de déploiement pour tout acteur souhaitant mettre en ligne des parcours de souscription.

Sur le plan commercial, cette approche permettrait de mieux capter la clientèle digitale. Les parcours fluides et entièrement en ligne répondraient aux attentes des clients connectés, renforçant la présence du secteur sur un segment en forte croissance.

Du point de vue de l'utilisateur, la solution garantirait une expérience client intégrée et sans rupture. La saisie unique des informations, l'automatisation des contrôles et l'intégration des modules de contractualisation offriraient un parcours continu et simplifié, réduisant drastiquement les abandons.

Enfin, pour les acteurs du marché, cette dynamique se traduirait par un regain de compétitivité et de croissance. Les compagnies et intermédiaires pourraient exploiter de nouvelles opportunités et fidéliser leur clientèle.

4.6.2.2. Une solution Plug & Play d'assurances embarquées

• Description du modèle existant

Dans le dispositif actuel, lorsqu'un e-commerçant souhaite adosser une assurance à ses produits ou services phares, il doit initier un contact direct avec une compagnie d'assurances afin de lui soumettre son besoin. Si la compagnie juge l'opportunité intéressante — en raison du volume potentiel ou de la valeur stratégique du partenariat — elle s'engage alors dans un cycle d'échanges successifs pour définir le périmètre du produit : garanties, exclusions, tarifs et conditions d'éligibilité.

Côté assureur, ce processus mobilise plusieurs directions internes (actuariat, juridique, produit, systèmes d'information) et donne lieu à une interaction avec l'ACAPS conformément aux dispositions de l'article 247 du code des assurances. En parallèle, l'e-commerçant doit développer dans son propre tunnel d'achat une interface front-office de collecte des données clients, tout en intégrant manuellement dans ses systèmes les paramètres techniques et commerciaux fournis par l'assureur.

Pour opérer ce parcours, le distributeur s'appuie sur un écosystème de prestataires externes (agences digitales, fournisseurs de solutions de paiement et de signature électronique, marketing digital, etc.) afin de mettre en œuvre un processus de souscription conforme et fluide. Les données de souscription, et le cas échéant celles liées aux sinistres, sont ensuite transmises à l'assureur qui doit, de son côté, adapter ses propres outils, produire la documentation contractuelle, organiser la gestion des sinistres et mettre en place les accords opérationnels ou de réassurance nécessaires.

Ce modèle, reposant sur un enchaînement d'étapes fragmentées et dépendantes de développements spécifiques, allonge sensiblement le time-to-market, génère de multiples points de friction techniques et mobilise des ressources importantes, des deux côtés, bien avant la première vente effective.

• Principales conséquences

Le dispositif actuel génère plusieurs conséquences qui freinent le développement de l'assurance embarquée. En premier lieu, le time-to-market reste particulièrement ralenti : chaque partenariat repose sur un développement sur mesure, ce qui retarde la mise en marché des offres et limite la capacité d'innovation.

À cela s'ajoutent des coûts élevés et dispersés. L'absence de mutualisation oblige en effet à recréer, pour chaque projet, les mêmes briques techniques et réglementaires. Cette répétition mobilise des budgets importants, des deux côtés, pour un rendement parfois limité.

Le modèle actuel rend également la mise à l'échelle difficile. Faute de standards et de modules réutilisables, il est impossible de capitaliser sur les développements réalisés pour un partenaire, ce qui bloque l'extension rapide du portefeuille d'assurances embarquées.

Cette complexité constitue par ailleurs une barrière à l'entrée pour les commerçants de petite et moyenne taille. Si les grands e-commerçants peuvent absorber les coûts et la lourdeur des démarches, les start-ups et distributeurs émergents se trouvent exclus de ce marché, faute de moyens techniques et financiers.

Enfin, l'ensemble de ces freins se traduit par un potentiel de marché largement inexploité. L'assurance embarquée se concentre aujourd'hui sur quelques partenariats stratégiques de grande envergure, laissant de côté une part importante des partenaires qui pourraient pourtant en bénéficier.

• Description du modèle cible

Dans le modèle cible, la distribution d'assurances embarquées repose sur une solution standardisée, « plug & play », qui transforme une intégration lourde et spécifique en un simple branchement. Le distributeur alternatif — marketplace, banque, application de services ou e-commerçant — n'a plus besoin de développer un tunnel complexe ni de mobiliser des ressources techniques internes : il lui suffit de se connecter via API à une plateforme qui embarque déjà l'ensemble du parcours de souscription, les règles de tarification et les contrôles de conformité réglementaire.

Concrètement, le distributeur accède à une interface dédiée où il peut sélectionner un produit d'assurance « sur étagère » (par exemple, une assurance casse et vol associée à un bien électroménager), le personnaliser en fonction de son identité visuelle et définir son taux de commission. Les documents administratifs sont transmis en ligne, puis validés par la compagnie d'assurances, qui signe électroniquement le contrat de partenariat directement sur la plateforme.

Une fois l'intégration effectuée, le parcours est immédiatement activé dans l'environnement digital du partenaire. Lorsqu'un client atteint l'étape de paiement de son produit principal, la solution récupère automatiquement les données nécessaires, propose en temps réel l'offre d'assurance la plus pertinente et génère le contrat en arrière-plan. Toutes les opérations — vérification KYC/LBC-FT, calcul de la prime, émission de la police et prélèvement — sont orchestrées par la plateforme, sans ressaisie ni développement spécifique côté partenaire.

En cas de sinistre, le client accède à un espace personnalisé aux couleurs du partenaire, garantissant une expérience homogène et fluide. En réalité, c'est la compagnie d'assurance qui prend en charge l'ensemble du traitement, depuis l'instruction du dossier jusqu'à l'indemnisation, de manière transparente pour le client.

Enfin, les flux de souscription, de sinistres et de reporting sont automatiquement acheminés de façon sécurisée vers les systèmes de l'assureur, permettant le suivi en temps réel, l'ajustement des produits et la maîtrise de la performance commerciale.

Ce dispositif industrialisé rend possible le lancement de nouvelles offres embarquées en quelques jours seulement, auprès de multiples partenaires, tout en réduisant les délais, les coûts et les frictions techniques.

INTERFACE UTILISATEUR

L'interface prendrait la forme d'une plateforme digitale B2B unifiée, pensée pour simplifier l'intégration de l'assurance embarquée dans les parcours clients des partenaires. Le partenaire pourrait, depuis son espace, choisir et configurer un produit d'assurance déjà "sur étagère", définir ses paramètres de personnalisation (taux de commission etc.), déposer les documents administratifs requis et signer électroniquement le contrat de partenariat.

Une fois validé, le produit serait directement intégrable dans son tunnel d'achat grâce à une API flexible et performante, accompagnée de guides techniques et de scripts prêts à l'emploi (HTML/JavaScript), garantissant une mise en œuvre rapide et standardisée.

Côté client final, l'assurance serait proposée de manière fluide dans le tunnel d'achat, tandis que la compagnie d'assurances recevrait en temps réel les données nécessaires pour émettre la police, gérer les sinistres et assurer le suivi opérationnel. En effet, le client final disposerait d'un espace de gestion des sinistres aux couleurs du partenaire, tout en bénéficiant du traitement assuré directement par la compagnie. Résultat : un modèle industrialisé, rapide et accessible, qui abaisse les barrières à l'entrée et démultiplie le potentiel de l'assurance embarquée.

Enfin, la plateforme proposerait un écosystème de services complémentaires : outils de reporting avancé, assistance technique et support client dédié.

AE

Assurance Embarquée Maroc

Accueil

Devenir partenaire

Tableau de bord

Logout

Guide d'intégration API

Intégrez facilement l'assurance dans votre plateforme

Votre clé API

Clé API (Production)

pk_live_AEM_51M8XYZaBcDeFgH1jKlMnOpQrStUvWxYz1234567890

Copier

Important : Gardez cette clé secrète et ne la partagez jamais publiquement.

Code d'intégration pour votre site

Copiez et collez ce code dans votre page de commande/checkout. Il affichera automatiquement les cases à cocher d'assurance et gèrera la création des polices.

Code HTML + JavaScript

Copier le code

```

<!-- Assurance Embarquée Maroc - Integration Code -->
<div id="aem-insurance-widget">
  <div class="aem-insurance-container" style="margin: 20px 0; padding: 20px; border: 1px solid #e2e8f0; font-family: sans-serif; font-size: 14px; color: #1e292b; font-weight: 600;">
    <h3 style="margin: 0 0 15px 0; color: #1e292b; font-size: 18px; font-weight: 600;">
      Protégez votre achat avec notre assurance
    </h3>
    <div class="aem-insurance-options" style="margin-bottom: 15px;">
      <label style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px; cursor: pointer;">
        <input type="checkbox" id="aem-contract-acceptance" style="margin-right: 10px; required"/>
        <span style="color: #475569; font-size: 14px;">
          J'accepte les conditions d'assurance et autorise la souscription
        </span>
      </label>
    </div>
  </div>
</div>

```

Pour visualiser un exemple d'interface utilisateur en vidéo

• Principaux bénéfices

La mise en place d'une solution standardisée de type plug & play transformerait en profondeur la dynamique de l'assurance embarquée. Elle permettrait d'accélérer le time-to-market, puisque de nouvelles offres pourraient être intégrées et lancées en seulement quelques jours, sans passer par des développements lourds et sur mesure. Les coûts de déploiement seraient, eux aussi, nettement réduits grâce à la mutualisation des briques techniques et réglementaires, limitant la répétition d'investissements pour chaque nouveau partenariat.

La solution faciliterait également la scalabilité : des modules standard et réutilisables offriraient la possibilité d'élargir rapidement le portefeuille d'assurances embarquées auprès de différents partenaires. Elle contribuerait en outre à abaisser les barrières d'entrée pour les petits et moyens commerçants, en rendant ce modèle accessible sans compétences techniques complexes ni budgets lourds. Enfin, en simplifiant l'intégration et en multipliant les partenariats possibles, cette approche permettrait de mieux exploiter le potentiel du marché, en captant une clientèle plus large et diversifiée, bien au-delà des quelques grands commerçants aujourd'hui concernés.

4.6.3. Faisabilité technique et réglementaire

L'évaluation de la faisabilité des deux cas d'usage (la solution de création de parcours de souscription en ligne et la solution plug & play d'assurances embarquées) met en évidence qu'ils s'appuient sur des briques technologiques déjà disponibles et utilisées dans d'autres secteurs, ce qui laisse envisager une transposabilité au contexte marocain. Leur mise en œuvre apparaît réaliste, sous réserve d'une adaptation progressive aux contraintes du marché et d'un respect strict du cadre réglementaire national.

Pour la création de parcours de souscription en ligne, les briques techniques nécessaires (éditeurs visuels, moteurs de tarification et de devis, signature électronique, paiement sécurisé, génération de documents) sont matures et peuvent être intégrées dans une solution unifiée. En ce qui concerne la configuration des paramètres techniques des produits (ex: tarif, conditions de souscription), compte tenu de la diversité des niveaux de maturité technologique des acteurs, plusieurs solutions pourraient être envisagées, telles que des connecteurs simples ou des interfaces semi-automatisées, permettant d'avancer de manière pragmatique.

Sur le plan réglementaire, ce cas d'usage bénéficie d'un cadre déjà balisé : la commercialisation d'assurances en ligne est encadrée et les parcours y afférents doivent être conformes aux dispositions des textes législatifs et réglementaires en vigueur, notamment l'instruction relative aux dispositifs électroniques de vente en ligne de produits d'assurances et les autres textes tels que la loi n° 31-08 édictant des mesures de protection du consommateur, le dahir formant code des obligations et des contrats, la loi n° 53-05 relative à l'échange électronique de données. Les parcours doivent intégrer notamment les obligations d'information précontractuelle, la sécurisation des paiements et la conformité en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme et de signature électronique.

Pour la solution plug & play d'assurances embarquées, la faisabilité technique repose sur un modèle industrialisé, qui transforme des développements lourds et spécifiques en une intégration standard via API. Ce type d'architecture, déjà éprouvé dans d'autres juridictions, permet de réduire considérablement les délais et les coûts d'intégration, tout en ouvrant la voie à une mise à l'échelle rapide. La plateforme pourrait proposer des produits préconfigurés, personnalisables par les distributeurs, et intégrer un espace sinistres aux couleurs du partenaire, garantissant une expérience homogène pour le client final.

En revanche, l'enjeu principal de ce cas d'usage est d'ordre réglementaire. Aujourd'hui, la distribution d'assurance au Maroc est réservée aux acteurs agréés. Les e-commerçants et autres distributeurs alternatifs ne peuvent donc, en l'état actuel du droit, exercer une activité assimilable à la distribution.

À l'international, notamment en Europe, un régime juridique spécifique encadre la présentation d'assurance « à titre accessoire », permettant aux distributeurs non assurantiels de proposer des couvertures liées à leurs produits principaux.

Au Maroc, l'ACAPS a engagé le processus d'adoption d'un projet d'amendement du Livre IV du Code des assurances, introduisant un cadre spécifique pour les assurances intégrées — c'est-à-dire celles souscrites simultanément à l'achat d'un bien ou d'un service non assurantiel. Ce dispositif, bien que finalisé, n'est pas encore entré en vigueur.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce nouveau cadre, certains acteurs recourent au mécanisme de la souscription pour compte, par lequel le distributeur agit en tant que souscripteur unique pour le compte de ses clients finaux. Toutefois, ce dispositif présente des limites notables, la réglementation actuelle interdisant notamment au distributeur de percevoir toute forme de rétribution — directe ou indirecte — au titre de son intervention dans un contrat d'assurance de groupe.

Au-delà des aspects techniques et réglementaires, la réussite de ces deux cas d'usage suppose un alignement progressif des intérêts entre compagnies, intermédiaires et distributeurs alternatifs. Pour les parcours en ligne, cela implique une acceptation croissante de la standardisation et de la mutualisation des briques techniques. Pour l'assurance embarquée, la condition clé sera la mise en place d'un modèle de portage clair par un courtier, une compagnie ou un prestataire agréé qui garantisse la conformité réglementaire tout en permettant aux e-commerçants de jouer un rôle de présentation.

4.7. AMÉLIORER L'EXPÉRIENCE DE GESTION DES SINISTRES SANTÉ ET AUTOMOBILE

4.7.1. Problématiques adressées

Les travaux menés dans le cadre du Programme Émergence ont mis en évidence plusieurs points de douleur majeurs dans la gestion des parcours sinistres et prises en charge. Qu'il s'agisse de la santé ou de l'automobile, les modèles actuels restent marqués par une forte fragmentation des acteurs, une dépendance aux échanges manuels et une absence d'interopérabilité entre systèmes. Cette situation se traduit par des délais excessifs, des coûts de gestion élevés et une expérience client dégradée, alors même que les attentes des assurés évoluent vers davantage de rapidité, de transparence et de simplicité.

Les benchmarks internationaux confirment que ces difficultés ne sont pas propres au Maroc : la lourdeur administrative, le recours persistant au papier et le manque de standardisation freinent partout l'innovation et l'efficacité opérationnelle. En revanche, plusieurs initiatives démontrent qu'une approche mutualisée, interconnectée et digitalisée permet de surmonter ces limites, en fluidifiant les échanges entre acteurs et en recentrant le parcours autour de l'assuré.

4.7.2. Description des cas d'usage élaborés

À l'issue des travaux d'analyse des points de douleur et des benchmarks, et après évaluation de leur transposabilité au contexte marocain, deux cas d'usage ont été retenus par le groupe de travail "Gestion des sinistres" du Programme Émergence :

- **Une solution mutualisée de gestion des prises en charge santé** : il s'agit d'une plateforme interconnectée permettant aux établissements de santé de transmettre directement leurs demandes de prise en charge aux assureurs, via un circuit digital unique, sécurisé et traçable, afin de réduire les délais, d'éviter les avances de frais et d'améliorer l'accès aux soins.
- **Une solution mutualisée de suivi des sinistres automobiles** : il s'agit d'un dispositif centralisé offrant à l'assuré la possibilité de suivre en temps réel l'avancement de son dossier de sinistre, grâce à une interconnexion automatique entre compagnies, experts, garages et assistants, pour renforcer la transparence, la réactivité et la satisfaction client.

4.7.2.1. Une solution mutualisée de gestion des prises en charge santé

• Description du modèle existant

Dans le modèle actuel, la prise en charge santé repose encore largement sur une chaîne d'acteurs fragmentée et des échanges documentaires papier, ce qui multiplie les allers-retours, rallonge les délais et dégrade l'expérience client.

Dans le cas d'une prise en charge programmée, le parcours commence généralement par le client qui se tourne vers son courtier pour connaître la procédure à suivre. Sur ses indications, il doit solliciter un devis auprès de la clinique choisie, puis le faire cacheter par son employeur avant de le transmettre à son courtier. Celui-ci envoie alors le document à la compagnie d'assurance afin d'obtenir un accord préalable. Après instruction, l'assureur valide la demande et transmet une prise en charge au courtier, qui la remet ensuite au client. Ce dernier peut alors enfin accéder aux soins prévus. Le client se retrouve ainsi au cœur d'un processus administratif complexe, jouant le rôle de messenger entre les différentes parties prenantes, ce qui génère des délais, des déplacements répétés et un risque d'abandon ou de renoncement aux soins.

Dans le cas d'une urgence hospitalière, les difficultés sont encore plus marquées. Le patient se rend directement à l'établissement de santé, mais celui-ci, ne disposant pas de la capacité de demander une prise en charge en temps réel, exige systématiquement un chèque de caution. Le client est donc contraint d'avancer les frais de son hospitalisation, et lorsqu'il ne dispose pas des moyens financiers nécessaires, il risque purement et simplement de ne pas pouvoir accéder aux soins.

Ce modèle illustre les limites structurelles du système actuel : une forte dépendance aux documents papier, une absence d'interopérabilité entre les acteurs, une lourdeur administrative et un manque d'outils digitaux permettant de fluidifier le parcours. Ces constats rejoignent ceux du programme Émergence, qui souligne la nécessité d'industrialiser et de digitaliser la chaîne de prise en charge afin de la rendre plus simple, rapide et accessible, tout en renforçant la confiance des assurés dans le système.

• *Principales conséquences*

Le modèle actuel engendre d'abord des coûts logistiques et d'archivage croissants. Le recours au papier impose la gestion physique des dossiers, leur acheminement entre intervenants, leur stockage et leur conservation à des fins d'audit. Ces contraintes mobilisent des ressources financières et humaines importantes, alourdissant les charges fixes des compagnies et des intermédiaires.

S'ajoute un risque d'atteinte à la confidentialité, puisque la circulation de documents sensibles par des canaux non sécurisés (papier, email, navettes physiques) réduit la traçabilité et augmente l'exposition à la perte ou à la divulgation de données médicales, avec des implications réputationnelles et réglementaires.

Le dispositif se traduit également par une inefficacité opérationnelle : la multiplicité des ressaisies, des contrôles manuels et des allers-retours entre parties prenantes ralentit l'ensemble du processus et augmente la probabilité d'erreurs. Cette fragmentation pèse sur la productivité des compagnies comme des courtiers, tout en limitant leur capacité à se concentrer sur des tâches à plus forte valeur ajoutée.

Sur le plan des assurés, cela génère une expérience client dégradée. Les délais prolongés, les démarches administratives lourdes et le manque de fluidité dans le parcours nourrissent la frustration, alimentent les réclamations et fragilisent le lien de confiance avec les opérateurs.

Enfin, le modèle actuel comporte un risque d'exclusion des soins en urgence : lorsqu'un assuré doit avancer des frais faute de prise en charge immédiate, ceux qui ne disposent pas des moyens financiers nécessaires se retrouvent dans l'incapacité d'accéder aux soins dans les délais critiques.

• *Description du modèle cibles*

Dans le modèle cible, la prise en charge santé bascule d'un processus papier fragmenté à un dispositif entièrement digitalisé et interopérable. Dès qu'un assuré se rend dans un établissement hospitalier, celui-ci peut initier la demande de prise en charge directement via une plateforme centralisée. Les devis, informations médicales pertinentes et validations nécessaires transitent par un circuit numérique unique, connecté en temps réel au courtier, à la compagnie et, le cas échéant, à l'employeur.

La compagnie d'assurances reçoit instantanément les informations et peut rendre sa décision en quelques minutes grâce à des modules intégrés de contrôle et de conformité. L'accord est ensuite notifié à la clinique et à l'assuré dans un espace digital sécurisé, supprimant le besoin de cachets, d'allers-retours physiques et de caution financière.

En cas d'urgence, le même dispositif s'applique : l'hôpital déclenche la demande directement dans le système, ce qui permet de lever immédiatement l'exigence d'avance de frais. L'assuré est pris en charge sans rupture, tandis que la compagnie conserve une traçabilité complète et une capacité de suivi en temps réel des engagements financiers.

Ce modèle cible transforme la logique actuelle : d'un parcours lourd, lent et opaque, on passe à une chaîne digitalisée, rapide, sécurisée et centrée sur la continuité de l'accès aux soins.

INTERFACE UTILISATEUR

L'interface prendrait la forme d'un portail numérique destiné aux établissements hospitaliers, leur permettant de saisir et transmettre directement les demandes de prise en charge aux compagnies d'assurances. L'hôpital y renseignerait les informations essentielles (identité du patient, police d'assurance, actes médicaux à réaliser), en sélectionnant les prestations depuis un catalogue standardisé qui calcule automatiquement le montant total de la demande.

Un tableau de bord dédié permettrait ensuite au personnel hospitalier de suivre en temps réel le statut de chaque dossier (soumis, en cours d'examen, validé ou refusé), avec des visualisations claires par type de pathologie ou par état d'avancement.

Du côté des assureurs, une interface miroir centraliserait l'ensemble des demandes reçues, facilitant leur traitement grâce à des filtres et à l'appui d'outils d'analyse intelligents qui proposent des recommandations ou des validations automatiques en cas d'urgence.

The mockup shows a web form titled 'Nouvelle Demande de Prise en Charge' with the subtitle 'Remplissez les informations pour votre demande médicale'. It includes several input fields: 'Établissement Hospitalier *' with a dropdown menu labeled 'Sélectionnez un établissement', 'Date de Réalisation *' with a date picker showing 'jj/mm/aaaa', and 'Numéro de Police d'Assurance' with a text input labeled 'Entrez le numéro de police'. Below these is a section for 'Actes Médicaux' with a '+ Chargement...' button and a '+ Acte Manuel' button. A message states 'Aucun acte médical ajouté. Utilisez les boutons ci-dessus pour ajouter des actes.' At the bottom is a 'Commentaires Additionnels' section with a text area labeled 'Informations complémentaires sur la demande...'. The form is set against a light blue background with a subtle grid.

 [Pour visualiser un exemple d'interface utilisateur en vidéo](#)

• Principaux bénéfices

La mise en place d'un dispositif digitalisé de prise en charge santé apporterait des bénéfices significatifs tant pour les assurés que pour les compagnies.

D'abord, les coûts logistiques et d'archivage seraient considérablement réduits. La suppression des échanges papier, des déplacements physiques et du stockage de dossiers permettrait d'alléger les charges fixes et de réallouer les ressources vers des activités à plus forte valeur ajoutée.

Ensuite, la sécurité et la traçabilité des données seraient renforcées. Les informations circuleraient via des canaux numériques sécurisés, garantissant confidentialité et intégrité, tout en facilitant les audits et le suivi en temps réel des transactions.

De plus, l'efficacité opérationnelle gagnerait en robustesse. La saisie unique et l'automatisation des étapes clés réduiraient fortement les erreurs et accéléreraient le traitement des demandes, libérant ainsi du temps pour les équipes des courtiers, assureurs et établissements de soins.

Sur le plan de la relation client, l'expérience des patients serait nettement améliorée. Un parcours digital fluide, rapide et transparent offrirait une meilleure visibilité sur l'état des demandes et réduirait les délais d'accès aux soins, renforçant ainsi la confiance envers le système.

Enfin, l'accès aux soins en urgence serait garanti grâce à des dispositifs de prise en charge en temps réel. Les patients n'auraient plus à avancer de frais importants, éliminant ainsi le risque d'exclusion pour raisons financières dans des situations critiques.

4.7.2.2. une solution mutualisée de suivi des sinistres automobiles

• Description du modèle existant

À la suite d'un accident automobile, l'assuré entame un parcours encore largement fragmenté et peu automatisé. Son premier réflexe consiste à contacter son assureur afin de comprendre la marche à suivre et de s'informer sur l'état d'avancement de son futur dossier de sinistre. À ce stade, la visibilité dont il dispose est très réduite : il ne sait ni combien de temps prendra le traitement, ni à quelles options il pourra accéder (choix d'un garage agréé, obtention d'un véhicule de remplacement, modalités d'indemnisation, etc.).

En parallèle, le gestionnaire de sinistres – qu'il s'agisse d'un intermédiaire ou d'un employé de la compagnie – doit ouvrir le dossier et récupérer les informations nécessaires. Ce travail implique une coordination manuelle avec une pluralité d'acteurs : la compagnie d'assurances pour la validation de la prise en charge, l'assisteuse pour organiser le dépannage ou le remorquage, l'expert automobile pour constater les dommages et estimer les réparations, et enfin le garagiste chargé de la remise en état du véhicule. Ces échanges se font encore majoritairement par téléphone et par e-mail, ce qui mobilise beaucoup d'énergie et allonge les délais.

L'assuré, de son côté, n'a accès qu'à une information partielle et doit relancer régulièrement son gestionnaire pour obtenir des mises à jour. Il en résulte une expérience insatisfaisante, caractérisée par un manque de transparence, une faible réactivité et l'impossibilité de suivre son dossier de manière simple et centralisée. Ce mode de fonctionnement, basé sur des allers-retours chronophages et non intégrés, illustre les limites du workflow actuel et met en évidence la nécessité de repenser l'échange de données et la collaboration entre les différents intervenants.

• Principales conséquences

Aujourd'hui, le workflow de gestion des sinistres automobiles entraîne plusieurs conséquences majeures qui affectent à la fois les assureurs et leurs clients. Les coûts de gestion sont surdimensionnés, car une grande partie des ressources internes est mobilisée sur des tâches manuelles et répétitives. Pour l'assuré, la visibilité reste très réduite : il n'a accès qu'à une information partielle et doit relancer en permanence son gestionnaire. Ce dernier, sur-sollicité par des allers-retours chronophages avec de multiples intervenants, voit sa disponibilité pour l'accompagnement client réduite. L'expérience globale s'en trouve dégradée, marquée par des délais longs, une communication fragmentée et un manque de fluidité dans le parcours. Enfin, cette insatisfaction a un impact direct sur la rétention client : déçus, les assurés sont plus enclins à se tourner vers des concurrents offrant davantage de transparence et de simplicité, ce qui fragilise la fidélisation et la compétitivité des compagnies.

• Description du modèle cible

Dans le dispositif cible, l'expérience de gestion d'un sinistre automobile est fluidifiée grâce à une solution mutualisée et interconnectée. Dès la survenue de l'accident, l'assuré reçoit automatiquement un lien personnalisé généré par la plateforme. Ce lien lui permet de consulter en temps réel l'état d'avancement de son dossier, sans avoir à solliciter son gestionnaire de sinistres.

La solution est reliée aux systèmes d'information de l'ensemble des parties prenantes impliquées : compagnies d'assurances, assisteuses, experts et garages. Chaque mise à jour saisie par l'un de ces acteurs dans son propre système est automatiquement répercutée dans la plateforme grâce à une connexion intégrée. L'information est ainsi synchronisée en continu et l'assuré est immédiatement notifié de toute évolution.

Au-delà du suivi, l'assuré bénéficie d'une transparence accrue sur ses droits et sur les options disponibles à chaque étape. Depuis son lien de consultation, il peut par exemple sélectionner un garage agréé, opter pour un mode d'indemnisation par chèque ou virement, ou encore demander un véhicule de remplacement. Ce fonctionnement centré sur l'utilisateur transforme l'expérience client : il rend le parcours simple, lisible et interactif, tout en permettant aux assureurs et partenaires de gagner en efficacité et en fiabilité.

INTERFACE UTILISATEUR

L'interface prendrait la forme d'un espace client en ligne simple et transparent, accessible via un lien personnalisé reçu par e-mail. À chaque mise à jour, le sinistré reçoit une notification et peut consulter en temps réel l'avancement de son dossier à travers une timeline claire (déclaration, expertise, proposition de règlement, clôture). Chaque étape est horodatée et assortie d'un statut explicite (en cours, terminé, en attente de validation).

Il y retrouve les détails essentiels (véhicule, police, montant estimé des dommages) et peut choisir directement ses options à chaque étape clé : sélectionner un garage agréé ou non, demander un véhicule de remplacement, opter pour un mode d'indemnisation, ou encore confirmer une proposition de règlement. En un clic, ses décisions sont enregistrées et synchronisées avec l'ensemble des parties prenantes, lui offrant une expérience simple, autonome et transparente.

The screenshot displays a web interface titled "Vos rapports d'accident" (Your accident reports) with a sub-header "Suivez le statut de vos rapports d'accident soumis" (Follow the status of your submitted accident reports). A button in the top right corner says "Soumettre un nouveau rapport" (Submit a new report). The main content area features a green banner with the text "Settlement Options Available!" and "Great news! Your settlement proposal is ready. Please choose your preferred option below:". Below this, a section titled "Choose Your Settlement Option" contains two choices. "Option 1: Financial Compensation" offers a "4000 MAD" direct payment to the user's account, with a green "Choose This" button. "Option 2: Direct Repair Service" allows choosing from a network of certified repair garages with no upfront payment required, with a blue "Choose This" button. A yellow status label "Awaiting Your Choice" is positioned at the top right of the options section. At the bottom right, a "Logged in" status bar shows "Welcome back!".

[Pour visualiser un exemple d'interface utilisateur en vidéo](#)

• Principaux bénéfices

La mise en place d'une solution mutualisée de suivi des sinistres automobiles apporterait des bénéfices significatifs tant pour les assurés sinistrés que pour les gestionnaires de sinistres, qu'ils soient au sein de compagnies ou d'intermédiaires. Les coûts de gestion, aujourd'hui largement surdimensionnés, seraient optimisés grâce à l'automatisation et à l'interconnexion des systèmes d'information, permettant une allocation plus rationnelle des ressources. Pour l'assuré, la visibilité quasi nulle sur l'état d'avancement de son dossier se transformerait en un suivi clair, centralisé et en temps réel, accessible à tout moment.

Du côté des gestionnaires, la sur-sollicitation et la charge opérationnelle liées aux allers-retours manuels laisseraient place à une gestion plus fluide, leur offrant la possibilité de consacrer davantage de temps à des tâches à valeur ajoutée comme l'accompagnement et le conseil. L'expérience client, auparavant dégradée par la lenteur et la complexité du processus, deviendrait fluide, intuitive et transparente, renforçant la satisfaction et la confiance. Enfin, cette amélioration globale du parcours client aurait un effet direct sur la rétention : une gestion plus rapide, plus claire et plus interactive des sinistres contribuerait à fidéliser les assurés et à renforcer la compétitivité des acteurs du marché.

4.7.3. Faisabilité technique et réglementaire

L'évaluation de la faisabilité des deux cas d'usage (la solution mutualisée de gestion des prises en charge santé et la solution mutualisée de suivi des sinistres automobiles) montre qu'ils s'appuient sur des briques technologiques déjà éprouvées et transposables au secteur assurantiel marocain.

Leur mise en œuvre apparaît réaliste à court terme, à condition d'accompagner progressivement les acteurs dans la transformation de leurs systèmes et de mettre en place une gouvernance commune.

Pour la santé, la solution cible repose sur l'interconnexion des établissements hospitaliers, courtiers et assureurs autour d'une plateforme centralisée. Cette architecture permettrait d'automatiser et de sécuriser les échanges de données liés aux devis, aux validations et aux accords de prise en charge. Toutefois, comme toutes les structures n'ont pas atteint le même niveau de maturité digitale, un déploiement progressif sera nécessaire, avec des solutions de transition plus simples permettant de démontrer rapidement la valeur ajoutée avant une intégration complète.

Concernant l'automobile, la faisabilité repose sur des principes similaires : la centralisation et la synchronisation en temps réel des informations échangées entre assureurs, assistants, experts et garages. La technologie pour y parvenir existe déjà et peut être mise en œuvre par étapes, en commençant par le suivi de l'avancement du dossier, puis en enrichissant progressivement la plateforme avec des fonctionnalités interactives permettant à l'assuré de faire ses choix directement en ligne.

Au-delà des aspects techniques, la faisabilité dépend avant tout de la volonté des acteurs de coopérer, de partager certaines données et d'adopter des standards communs. Ces solutions ne doivent pas être perçues comme des contraintes, mais comme des leviers de compétitivité collective et de confiance client. Le rôle du régulateur, en facilitant le dialogue et en garantissant un cadre clair, sera déterminant pour créer les conditions de succès.

4.8. QUELS PRÉREQUIS POUR FAVORISER LE DÉPLOIEMENT DES CAS D'USAGE DU PROGRAMME ÉMERGENCE ?

L'analyse des cas d'usage identifiés dans le cadre du programme Émergence met en évidence que leur déploiement à grande échelle ne pourra aboutir sans la levée de freins structurels communs.

Le premier frein tient à la fragmentation et au cloisonnement des systèmes d'information et des données. Chaque acteur du secteur fonctionne dans son propre environnement technique, souvent fermé et difficilement interopérable. Les données circulent peu, elles sont hétérogènes, dispersées et rarement disponibles dans des formats standardisés. Une insurtech qui souhaite collaborer avec plusieurs assureurs se voit ainsi contrainte de développer autant d'intégrations spécifiques qu'il y a de partenaires, ce qui entraîne des délais importants et des coûts prohibitifs.

Le deuxième frein concerne l'absence de cadres de collaboration clairs pour les partenariats innovants. Les partenariats innovants manquent de règles partagées et de modèles contractuels adaptés. Chaque tentative de collaboration se traduit par des négociations longues et complexes, souvent ralenties par des asymétries de pouvoir ou des incertitudes juridiques. Il n'est pas rare qu'un projet nécessite plusieurs mois de discussions contractuelles avant même de pouvoir être testé, décourageant ainsi les partenaires et retardant l'expérimentation. L'impact est direct : des initiatives porteuses de valeur sont bloquées ou abandonnées avant d'avoir pu démontrer leur potentiel.

Le troisième frein réside dans la faible capacité d'exécution et dans une gouvernance insuffisante, en particulier au niveau des grands acteurs établis du marché. Les projets innovants souffrent souvent d'un manque de ressources humaines et budgétaires dédiées, ainsi que de l'absence d'un pilotage structuré. Surtout, ils pâtissent d'un déficit de sponsorship à haut niveau. Sans un engagement explicite du top management, les initiatives peinent à trouver leur place dans les priorités stratégiques des compagnies. Dans ces conditions, l'innovation tend à être perçue comme une démarche accessoire ou expérimentale, alors qu'elle devrait être considérée comme un levier directement corrélé aux objectifs business et à la compétitivité du secteur.

Pour dépasser ces obstacles et permettre aux cas d'usage de passer à l'échelle, trois prérequis stratégiques apparaissent essentiels pour le construire :

- 1. Rendre les données utiles accessibles à travers des services standardisés et sécurisés ;**
- 2. Définir des modèles types de collaboration afin de fluidifier et sécuriser les partenariats innovants ;**
- 3. Assurer un pilotage fort soutenu par un sponsorship de haut niveau.**

Ces prérequis ne concernent pas uniquement les cas d'usage du programme Émergence : ils constituent les fondations d'un environnement d'innovation durable, tout aussi utiles aux projets métiers perçus comme plus opérationnels ou urgents. Ils ne doivent donc pas être envisagés comme de simples options, mais comme des socles structurants indispensables.

Leur mise en œuvre créerait les conditions d'un développement pérenne, aligné sur les priorités business des compagnies et sur les objectifs stratégiques du secteur.

4.8.1. Description des prérequis stratégiques identifiés

4.8.1.1. Rendre les données utiles accessibles à travers des services standardisés et sécurisés

• Description du modèle existant

L'échange de données constitue aujourd'hui un enjeu central pour la transformation du secteur assurantiel. En effet, tout cas d'usage innovant repose sur la circulation fluide, standardisée et sécurisée de l'information. Or, dans l'état actuel, les flux de données restent limités, rigides et souvent non digitalisés, freinant l'innovation et la réactivité des acteurs (voir figure ci-dessous).



Trois grandes catégories d'intervenants sont concernées : les **détenteurs de données et de services** (principalement les compagnies d'assurances), les **utilisateurs de services** (courtiers, agents, insurtechs, voire l'ACAPS dans le cadre de la supervision), et bien sûr le **client final**, au centre de cette chaîne de valeur.

Les **détenteurs de données** disposent d'informations et de services à forte valeur ajoutée, mais ceux-ci demeurent enfermés dans des systèmes internes fermés, fragmentés et non interopérables. Leur mise à disposition, lorsqu'elle est possible, engendre des coûts techniques et organisationnels élevés, tout en exposant les acteurs au risque de perte d'avantage compétitif.

Les **utilisateurs de données** doivent, quant à eux, composer avec des intégrations spécifiques, redondantes et coûteuses. Chaque partenariat nécessite des développements sur mesure, multipliant les interfaces et ralentissant considérablement le time-to-market.

Enfin, le **client final** subit directement les conséquences de cette fragmentation : une expérience morcelée, des parcours complexes et un accès limité à des services fluides, cohérents et contextualisés.

• *Principales conséquences*

Le statu quo actuel dans les échanges de données entre acteurs du secteur assurantiel engendre une série de conséquences structurelles qui freinent sa modernisation.

En premier lieu, il constitue un frein majeur à l'innovation et à la compétitivité : l'absence d'interopérabilité ralentit le développement de nouveaux produits, complique les partenariats avec les insurtechs et limite la capacité du marché à se transformer.

Cette inertie se traduit également par une expérience client dégradée. Les parcours demeurent fragmentés, les démarches administratives répétitives et les délais de traitement trop longs, ce qui alimente la frustration des assurés et affaiblit la confiance dans le secteur.

Sur le plan opérationnel, la dépendance à des systèmes cloisonnés génère une surcharge de travail et une inefficience interne notables : compagnies et intermédiaires consacrent une part importante de leurs ressources à des tâches manuelles, au détriment du conseil, de l'innovation et du développement commercial.

S'y ajoute une asymétrie croissante dans l'accès à l'information. De nombreuses entreprises ne peuvent pas exploiter certaines données détenues par des acteurs publics (sécurité sociale, santé, immatriculation, etc.) qui, si elles étaient accessibles dans un cadre sécurisé et normé, permettraient de fluidifier la souscription, d'améliorer la connaissance client et de renforcer la prévention des risques.

Enfin, le maintien de ce modèle fermé expose le secteur à un risque de marginalisation numérique. À l'heure où d'autres marchés avancent vers des architectures ouvertes et interopérables, le retard accumulé pourrait priver l'écosystème marocain d'opportunités de coopération, d'investissement et d'attractivité technologique.

• *Description du modèle cible*

Le statu quo illustre la nécessité de bâtir une approche d'interopérabilité sectorielle, où la donnée circule de manière maîtrisée et standardisée entre les acteurs, dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité, au service d'une innovation durable et inclusive.

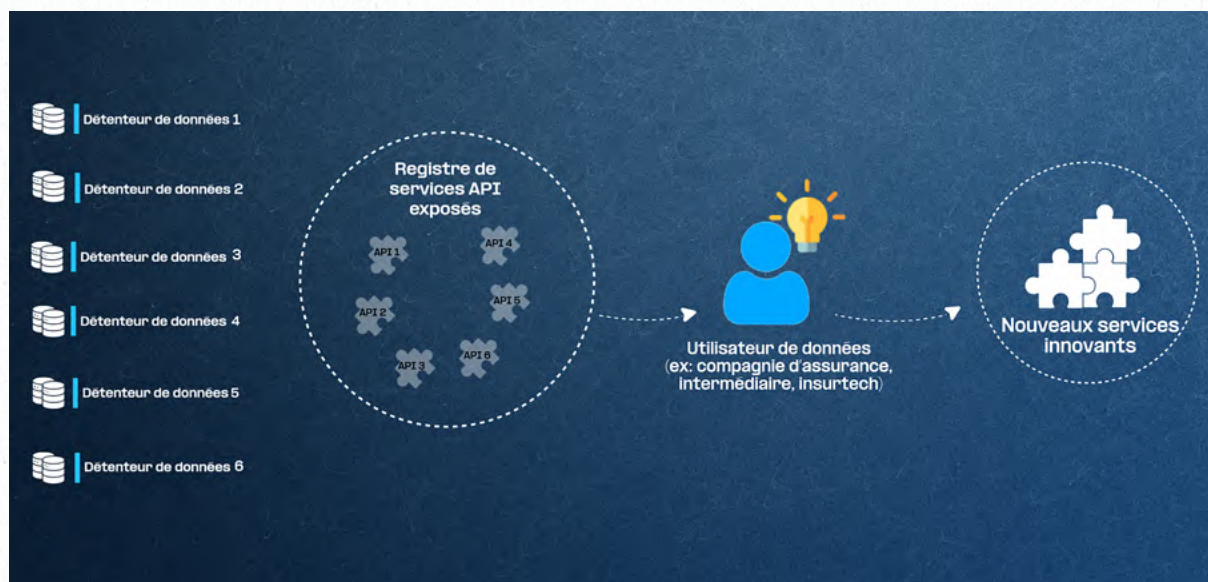
La solution proposée par le groupe de travail "Stratégies" s'inscrit ainsi dans une démarche progressive et structurée, visant à instaurer un cadre d'échange de données unifié, sécurisé et interopérable à l'échelle du secteur.

La première étape consisterait à identifier les cas d'usage prioritaires nécessitant des échanges de données, qu'ils soient issus du Programme Émergence ou d'autres chantiers stratégiques jugés urgents. Il pourrait s'agir, par exemple, de la simplification des parcours de souscription, du suivi des sinistres, de l'automatisation des prises en charge santé, ou encore de l'échange de données entre les compagnies d'assurances et la CNSS dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire. Ces cas d'usage constitueraient des points d'entrée concrets pour bâtir une première infrastructure d'interopérabilité utile et opérationnelle. Pour chacun de ces cas, il serait nécessaire de définir des standards d'échange communs, basés sur des **APIs (Application Programming Interfaces)**.

Ces interfaces logicielles permettent à deux systèmes distincts de communiquer de manière automatisée et sécurisée. Dans un contexte assurantiel, l'exposition d'une API par un acteur – compagnie, réassureur ou organisme public – donnerait accès, en temps réel et dans un cadre contrôlé, aux seules données nécessaires pour déclencher un service ou alimenter un parcours client géré par un partenaire tiers.

L'enjeu ne serait donc pas d'ouvrir massivement les bases de données, mais de mettre en place un mécanisme maîtrisé et traçable, garantissant l'accès ciblé à l'information pertinente, selon le principe du "minimum nécessaire", et dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité.

Une fois les cas d'usage et les standards techniques identifiés, la démarche se poursuivrait par la création d'une infrastructure sectorielle commune : un registre API sectoriel. Ce registre constituerait la pierre angulaire du dispositif. Il permettrait aux détenteurs de données (compagnies, organismes publics, CNSS, réassureurs, etc.) de publier leurs APIs dans un espace centralisé et sécurisé, et aux utilisateurs autorisés (intermédiaires, insurtechs, ACAPS, etc.) de s'y connecter via un guichet unique, dans un cadre standardisé et supervisé (voir figure ci-dessous).



À terme, il constituerait une infrastructure d'intérêt collectif, capable de soutenir à la fois les cas d'usage identifiés dans le cadre du Programme Émergence et d'autres projets transverses futurs, favorisant la convergence et la modernisation de l'ensemble de l'écosystème assurantiel.

Les expériences internationales confirment la pertinence de cette approche, qu'elle soit menée sous impulsion réglementaire ou sur une base volontaire et collaborative. Dans plusieurs pays, la mise en place de hubs sectoriels d'interopérabilité a permis de créer des écosystèmes numériques solides, tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de confiance entre acteurs.

À Singapour, par exemple, la Monetary Authority of Singapore (MAS) a mis en place l'APIX (API Exchange), une plateforme nationale ouverte qui connecte institutions financières, fintechs et régulateurs. Ce hub repose sur une démarche participative, où les acteurs décident volontairement d'exposer leurs services sous forme d'APIs standardisées. Cette approche de co-construction a permis de stimuler l'innovation locale sans recourir à une contrainte réglementaire, tout en assurant un cadre de sécurité et de supervision maîtrisé.

En ce qui concerne le Maroc, l'objectif n'est pas d'imposer une ouverture généralisée par voie réglementaire, mais, à l'image de l'approche singapourienne, de l'encourager chaque fois qu'elle répond à un besoin concret et avéré. Il s'agirait de promouvoir des échanges ciblés, standardisés et sécurisés, lorsque ceux-ci contribuent directement à la fluidification des parcours, à la simplification des processus et à la création de valeur partagée pour l'ensemble du marché.

• Principaux bénéfices

La mise en place d'une approche d'interopérabilité sectorielle fondée sur des échanges de données standardisés et sécurisés permettrait d'inverser ces dynamiques et de générer des bénéfices durables pour l'ensemble du marché assurantiel.

En premier lieu, elle stimulerait l'innovation et renforcerait la compétitivité du secteur. En facilitant la connexion entre compagnies, intermédiaires, insurtechs et partenaires publics, un environnement de données interopérables accélérerait le développement de nouveaux produits, favoriserait les collaborations technologiques et réduirait les délais de mise sur le marché.

L'expérience client s'en trouverait également transformée. Des parcours fluides, sans ruptures ni redondances, offriraient aux assurés plus de transparence, de réactivité et de simplicité dans leurs interactions avec les compagnies et les intermédiaires, contribuant à restaurer la confiance et à renforcer la fidélisation.

Sur le plan opérationnel, la réduction des tâches manuelles et la circulation fluide des informations permettraient aux équipes de se recentrer sur des activités à plus forte valeur ajoutée – conseil, accompagnement, innovation – tout en diminuant les risques d'erreurs et les coûts liés aux traitements redondants.

L'ouverture maîtrisée de certaines données publiques dans un cadre sécurisé et normé permettrait, par ailleurs, de fluidifier les démarches administratives, d'améliorer la connaissance client et de renforcer la prévention des risques, notamment en matière de santé ou de gestion des sinistres.

Enfin, l'adoption d'une architecture de données ouverte et interopérable consoliderait la place du Maroc en tant que hub régional de l'innovation assurantielle.

4.8.1.2. Définir des modèles types de collaboration, afin de fluidifier et sécuriser les partenariats innovants

La mise en place de modèles types de collaboration constitue un socle indispensable à l'industrialisation de l'innovation dans le secteur assurantiel.

Aujourd'hui, chaque initiative partenariale — qu'elle implique une insurtech, un intermédiaire ou une compagnie — fait face à une incertitude contractuelle et juridique : les rôles, responsabilités, droits de propriété intellectuelle, modalités de partage de données ou de rémunération doivent être renégociés à chaque projet. Cette absence de cadre commun engendre des négociations longues, coûteuses et asymétriques, où les grands acteurs, mieux dotés en ressources juridiques et techniques, imposent souvent leurs conditions. Résultat : des projets prometteurs s'enlisent dans les délais, perdent leur élan d'innovation et, souvent, n'aboutissent jamais. L'énergie collective se dissipe dans les échanges contractuels plutôt que dans le développement de solutions concrètes.

La démarche proposée repose sur quatre axes stratégiques :

- **Capitaliser sur l'existant** : Le cadre réglementaire marocain prévoit déjà plusieurs modèles de collaboration (compagnie-courtier, compagnie-agent, exigences en termes de sous-traitance, etc.) qui peuvent servir de base à des extensions adaptées. Ces cadres offrent une sécurité juridique éprouvée qu'il s'agit de moderniser plutôt que de réinventer.
- **S'adapter aux nouvelles formes d'innovation** : Les partenariats émergents — tels que la distribution en marque blanche, l'intégration de services InsurTech ou les coopérations technologiques autour des données — exigent une évolution des cadres contractuels. Il s'agit d'y intégrer des dispositions précises sur l'échange et la gouvernance des données, la responsabilité conjointe entre partenaires, la propriété intellectuelle et les mécanismes de rémunération fondés sur la performance ou l'usage. L'objectif n'est pas de créer de nouveaux modèles ex nihilo, mais d'adapter et de moderniser les cadres existants pour qu'ils soient compatibles avec les réalités opérationnelles et technologiques de la transformation numérique du secteur.
- **Impliquer le régulateur comme tiers de confiance** : L'ACAPS doit jouer un rôle de facilitateur et de garant d'équilibre. Non pas en rigidifiant, mais en accompagnant la standardisation : validation des modèles types, définition de lignes directrices contractuelles, clarification des droits et obligations en matière de données et d'API. Ce rôle d'arbitre de la confiance est essentiel pour permettre à l'innovation de se développer dans un environnement sécurisé et équitable.
- **Formaliser une bibliothèque contractuelle de place** : Avec l'accompagnement de l'ACAPS et la participation des fédérations professionnelles (FNACAM, FMSAR, AMA...), il s'agirait de constituer une collection de modèles types — conventions d'affiliation, partenariats en marque blanche, intégrations techniques via API, accords de co-développement, etc. Cette bibliothèque deviendrait un outil de mutualisation sectorielle, permettant à tout acteur de lancer un projet collaboratif sans repartir de zéro, réduisant drastiquement les délais et les coûts d'intégration.

Les expériences internationales confirment l'impact transformateur de cette approche. Par exemple, à Singapour, la MAS a publié l'API playbook avec des standard API par cas d'usage.

De manière générale, ces initiatives ont réduit les asymétries, fluidifié les coopérations et accéléré la mise sur le marché de solutions innovantes.

Pour le Maroc, l'enjeu est de taille : il s'agit de créer un environnement où la collaboration devient simple, sûre et scalable.

Ces modèles types offriraient une base contractuelle commune et équitable, intégrant notamment les modalités d'accès aux données via le futur registre sectoriel d'APIs, tout en garantissant la protection juridique, la conformité réglementaire et la souveraineté numérique des acteurs.

4.8.1.3. Assurer un pilotage fort, soutenu par un sponsorship de haut niveau.

Le déploiement effectif des cas d'usage innovants ne dépend pas uniquement de la disponibilité des données ou de la mise en place de modèles contractuels adaptés. Il repose avant tout sur la capacité des acteurs du marché à leur accorder une place centrale dans leur stratégie, en les considérant comme de véritables leviers de transformation et non comme de simples initiatives périphériques ou à visée marketing.

L'expérience montre que, sans un pilotage structuré et un sponsorship affirmé, les projets d'innovation restent souvent cantonnés au stade du pilote, faute de moyens, de légitimité ou d'alignement avec les priorités métier. Ce risque est particulièrement marqué pour les compagnies d'assurances et les grands intermédiaires, qui concentrent les infrastructures, les données et les bases clients nécessaires pour transformer une expérimentation en projet industriel. Leur engagement est donc déterminant.

Il est essentiel que les compagnies mettent en place un pilotage fort, porté par des équipes dédiées, agiles et disposant de moyens adaptés. Ce pilotage doit bénéficier de ressources expérimentées, d'un budget suffisant et d'un soutien explicite des directions générales, afin que l'innovation soit pleinement intégrée dans les feuilles de route stratégiques et alignée sur des objectifs business concrets : amélioration de l'expérience client, conquête de nouveaux marchés, augmentation du taux de pénétration de l'assurance ou encore gains d'efficacité opérationnelle.

4.8.2. Portage opérationnel des cas d'usage

Les cas d'usage développés dans le cadre du Programme Émergence ont vocation à se transformer en solutions concrètes, déployées progressivement, et ce conformément au cadre réglementaire.

Rien n'empêche qu'un même cas d'usage soit déployé simultanément par plusieurs acteurs, chacun selon son niveau de maturité, ses capacités et ses priorités. Cette dynamique est d'ailleurs souhaitable : la multiplication des initiatives favorise l'émulation, stimule la compétitivité et contribue à élever les standards de qualité au bénéfice de l'ensemble du marché et des assurés.

Selon leur nature, trois grands modèles de portage opérationnel des cas d'usage du Programme Émergence peuvent être envisagés :

1. Portage par un acteur en place

L'intégration en interne par un acteur en place assure un haut niveau de maîtrise, de continuité opérationnelle et de conformité réglementaire. Toutefois, cette option mobilise fortement les ressources internes, génère des investissements, des délais plus longs et comporte le risque de réinventer des solutions déjà disponibles.

2. Portage par des insurtechs

Pour les acteurs établis, collaborer avec une insurtech offre l'opportunité de tester rapidement un cas d'usage, à moindre coût, avant d'envisager un développement interne à plus grande échelle. L'intérêt est particulièrement marqué lorsqu'il s'agit d'insurtechs locales, capables de proposer des solutions adaptées aux spécificités du marché, avec des coûts réduits et une mise en œuvre plus agile. Ce modèle comporte toutefois des défis : dépendance à un partenaire externe, incertitude sur la solidité financière ou la pérennité de l'insurtech, besoin d'un pilotage clair. D'où l'importance de s'appuyer sur des cadres de partenariat solides, qui sécurisent les relations.

3. Portage collectif

Certains cas d'usage relèvent de fonctions transverses qui profiteraient à l'ensemble du marché. Dans ce cas, une approche collective, fondée sur des référentiels communs et une gouvernance multi-acteurs, s'avère la plus pertinente. Elle permet de mutualiser les coûts, d'harmoniser les pratiques et de garantir une adoption simultanée par plusieurs acteurs.



5. Conclusion

Le Programme Émergence a permis de franchir une première étape structurante dans la transformation du secteur assurantiel marocain. En réunissant compagnies, intermédiaires, experts insurtech, départements métiers de l'ACAPS, partenaires institutionnels et talents Tech autour d'une démarche participative, il a mis en lumière les points de blocage, identifié des cas d'usage concrets et ouvert la voie à une dynamique collective d'innovation.

Cette expérience démontre que le secteur dispose de la capacité et de la volonté nécessaires pour bâtir des solutions nouvelles, au service de l'efficacité opérationnelle, de la compétitivité et de la confiance des assurés.

L'enjeu, désormais, est d'assurer le passage à l'échelle. Les cas d'usage développés constituent une base solide, mais leur impact dépendra de leur déploiement effectif ainsi que de leur adoption par l'ensemble des acteurs.



www.acaps.ma