Ce guide de référence rassemble les dernières réflexions d'éminents universitaires, actuaires, et professionnels de l'assurance et du développement dans le domaine de la micro-assurance. Vaste source d'informations pratiques, il offre le panorama de la micro-assurance le plus exhaustif à ce jour.

Cet ouvrage permet aux lecteurs de bénéficier des riches enseignements tirés d'un projet lancé par le Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance ayant pour objectif d'analyser diverses opérations à travers le monde. Lecture incontournable pour les professionnels de l'assurance, les acteurs de terrain et quiconque envisage de proposer des assurances aux personnes à faible revenu, cet ouvrage couvre en détails les divers aspects de la micro-assurance, notamment la conception de nouveaux produits, la commercialisation, la collecte des primes et la gouvernance.

Il étudie également les différents dispositifs visant à proposer ce type d'assurance, tels que l'approche basée sur la communauté, les compagnies d'assurance détenues par des réseaux de coopératives d'épargne et de crédit et les institutions de micro-finance. Le rôle des principaux acteurs concernés est également examiné et l'ouvrage propose des stratégies perspicaces pour parvenir à un juste équilibre entre couverture, coûts et prix.

OIT et Fondation Munich Re, *Éditeurs*
ISBN 978-92-2-219254-0 (OIT)

Protéger les plus démunis
Guide de la micro-assurance
Sous la direction de Craig Churchill

Fondation Munich Re
From Knowledge to Action

micro insurance network

Organisation internationale du Travail
Genève

Protéger les plus démunis
Guide de la micro-assurance

Sous la direction de Craig Churchill

Fondation Munich Re
From Knowledge to Action

micro insurance network

Organisation internationale du Travail
Genève

Protéger les plus démunis
Guide de la micro-assurance

Protéger les plus démunis
Guide de la micro-assurance

Sous la direction de
Craig Churchill

Fondation Munich Re
From Knowledge to Action

micro insurance network

Organisation internationale du Travail
Genève

Organisation internationale du Travail,
CH-1211 Genève, Suisse
www.ilo.org
en association avec la
Fondation Munich Re
80791 Munich,
Allemagne
www.munichre-foundation.org

L'édition originale de cet ouvrage a été co-publiée par le Bureau international du Travail, Genève, et la Fondation Munich Re, Munich, sous le titre "Protecting the poor. A micro insurance compendium".

Copyright © 2006 Organisation internationale du Travail.
Édition française copyright © 2009 Fondation Munich Re.
Traduit et reproduit avec l'autorisation du BIT.

ISBN 978-92-2-219254-0 (OIT)
Référence Fondation Munich Re

Illustration de couverture : M. Crozet, OIT

Imprimé en Allemagne

Catalogue des publications de l'OIT : micro assurance, assurance-vie, assurance-maladie, faible revenu, pays en développement. 11.02.3

Les publications de l'Organisation internationale du Travail sont soumises à droit d'auteur conformément au protocole n° 2 de la Convention universelle sur le droit d'auteur. Néanmoins, de courts extraits peuvent être reproduits sans autorisation à condition que leur source soit mentionnée. Concernant les droits de reproduction ou de traduction, toute demande doit être adressée au service des Publications de l'OIT (Droits et licences), Organisation internationale du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par e-mail : pubdroit@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leurs ont été octroyés. Visitez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Les désignations utilisées dans les publications de l'OIT, conformes aux pratiques des Nations Unies, et la présentation du contenu y figurant n'impliquent de la part de l'Organisation internationale du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les opinions exprimées dans les articles, études et autres contributions signées par leurs auteurs relèvent de la seule responsabilité de ces derniers, et leur publication ne reflète pas nécessairement les vues de l'Organisation internationale du Travail ou de la Fondation Munich Re.

La mention ou la non-mention d'entreprises et de produits ou procédés commerciaux n'implique de la part de l'Organisation internationale du Travail ou de la Fondation Munich Re aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications de l'OIT sont disponibles auprès des principales librairies ou des bureaux locaux de l'OIT dans de nombreux pays, ou directement auprès du service des Publications de l'OIT, Organisation internationale du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse (pubvente@ilo.org or www.ilo.org/publns). Les catalogues et les listes des nouvelles publications sont consultables gratuitement à l'adresse indiquée ci-dessus.

Table des matières

Remerciements xiv
Liste des acronymes xvii
Introduction 1

Section 1 Principes et pratiques 11

1.1 Qu'est-ce que l'assurance pour les pauvres ? *(Craig Churchill)* **12**
1 Définition de la « micro-assurance » 12
2 Les deux visages de la micro-assurance 15
3 Trois mots qui font toute la différence 22

1.2 La demande de micro-assurance *(Monique Cohen et Jennefer Sebstad)* **25**
1 Gestion des risques 26
2 L'importance de comprendre la demande de micro-assurance 29
3 Stratégies d'adaptation actuelles : forces et faiblesses 30
4 Opportunités pour la micro-assurance 37
5 Conclusion 44

1.3 Le point de vue de la protection sociale sur la micro-assurance *(Christian Jacquier, Gabriele Ramm, Philippe Marcadent et Valérie Schmitt-Diabate)* **45**
1 Introduction 45
2 Qu'est-ce que la sécurité sociale ? Qu'est-ce que la protection sociale ? 47
3 Qu'est-ce que la micro-assurance ? 52
4 Potentiel et limites de la micro-assurance en tant que mécanisme de protection sociale 53
5 Comment la micro-assurance peut-elle être utilisée pour étendre la protection sociale ? 55
6 Conclusion 62

Section 2 Produits et services de micro-assurance 65

2.1 Défis et stratégies en vue d'étendre l'assurance maladie aux plus démunis *(Ralf Radermacher, Iddo Dror and Gerry Noble)* **66**
1 Fabrication du produit 67
2 Vente du produit 81
3 Service après-vente du produit 86
4 Entretien de la stabilité sur le long terme 89
5 Conclusion 93

2.2 Assurance et épargne à long terme *(James Roth, Denis Garand et Stuart Rutherford)* **94**
1 Proposer l'épargne aux populations pauvres 94
2 Produits d'assurance et d'épargne à long terme pour les populations pauvres 97
3 Préoccupations principales de l'offre d'assurance et d'épargne à long terme 103
4 Conclusions 108

2.3 Assurance liée à l'épargne et au crédit *(Sven Enarsson, Kjell Wirén et Gloria Almeyda)* **111**
1 Produits liés au prêt 112
2 Assurance liée à l'épargne 124
3 Problèmes de distribution et conception du produit 126
4 Conclusions 128

2.4 Répondre aux besoins spécifiques des femmes et des enfants *(Mosleh Ahmed et Gabriele Ramm)* **130**
1 Risques spéciaux affectant les femmes et les enfants (filles et garçons) 130
2 La micro-assurance pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des enfants 134
3 Les missions politiques pour améliorer la situation stratégique des femmes et des enfants 142
4 Conclusions 144

Section 3 Opérations de micro-assurance 145

3.1 Conception du produit et gestion des risques d'assurance *(John Wipf, Dominic Liber et Craig Churchill)* **146**
1 Étude de marché 147
2 Éligibilité 150
3 Durées et options de paiement 154
4 Prestations 159
5 Gestion des risques et contrôle des déclaration de sinistre 168
6 Conclusions 173

3.2 Marketing de la micro-assurance *(Craig Churchill et Monique Cohen)* **174**
1 Principaux messages marketing 175
2 Techniques marketing 181
3 Service après-vente 192
4 Marketing et assurance obligatoire 194
5 Conclusion 195

3.3 Collecte des primes : réduction des coûts de transaction et optimisation du service client *(Michael J. McCord, Grzegorz Buczkowski et Priyanka Saksena)* **197**
1 Modes de collecte des primes 197
2 Fréquence et rythme des collectes 205
3 Considérations relatives au client 207
4 Contrôles de collecte des primes 213
5 Conclusion 214

3.4 Traitement des sinistres (*Michael J. McCord et Richard Leftley)* **216**
1 Introduction 217
2 Déclaration de sinistre 220
3 Règlement 226
4 Contrôles 231
5 Prise en considération des sinistres dans la conception du produit 235
6 Conclusions 237

3.5 Tarification des produits de micro-assurance *(John Wipf et Denis Garand)* **238**
1 Exigences de conception de la base de données pour la tarification (et la gestion saine de la micro-assurance) 239
2 Composants, facteurs clés et méthodologie de tarification 245
3 Techniques de modélisation 252
4 Conclusions 253

3.6 Gestion des risques et gestion financière *(Denis Garand et John Wipf)* **254**
1 Les risques inhérents aux produits d'assurance 254
2 Besoins en capital 261
3 Réserves 261
4 Réassurance 263
5 Gestion de placements 265
6 Répartition des bénéfices 267
7 Conclusion 269

3.7 Développement organisationnel de la micro-assurance *(Craig Churchill et Richard Leftley)* **270**
1 Structure organisationnelle : quelle place pour la micro-assurance ? 271
2 Recrutement : où trouver les compétences adéquates 274
3 Formation 279
4 Rémunération 280
5 Culture institutionnelle 285
6 Conclusions 286

3.8 Gouvernance *(Zahid Qureshi)* **288**
1 Gouvernance et micro-assurance 288
2 Composition et compétences du conseil d'administration 290
3 La pierre angulaire 293
4 La gouvernance en pratique dans le contexte de la micro-assurance 295
5 Conclusions 305

3.9 Contrôle des sinistres *(Zahid Qureshi et Gerry Noble)* **307**
1 Retour sur la prévention des sinistres 307
2 Faire converger les intérêts 308
3 Identifier les besoins de prévention 310
4 La prévention en pratique 312
5 Atténuation : savoir intervenir à temps 315
6 Évaluer le retour sur investissement de la prévention 317
7 Conclusions 320

3.10 Indicateurs de performance et benchmarking *(Denis Garand et John Wipf)* **321**
1 Marketing et distribution 322
2 Gestion financière et viabilité 327
3 Efficience et valeur pour les clients 329
4 Gestion de placements 332
5 Conclusions 333

Section 4 Options institutionnelles 335

4.1 Coopératives et assurance : l'avantage mutualiste *(Klaus Fischer et Zahid Qureshi)* **336**
1 Introduction 336
2 Qu'est-ce qu'une mutuelle d'assurance ? 341
3 La différence coopérative 342
4 Étapes et modèles de développement de l'assurance 344
5 Produits d'assurance offerts sous le modèle du réseau coopératif 345
6 Pourquoi les mutuelles développent des réseaux et comment fonctionnent-ils ? 347
7 Avantages et inconvénients du modèle 351
8 Conclusion 356

4.2 Le modèle partenaire-agent : défis et opportunités *(Michael J. McCord)* **357**
1 Pourquoi un modèle partenaire-agent ? 358
2 Comment fonctionne le modèle partenaire-agent 359

3 Le bon et le mauvais 370
4 Avantages et inconvénients 372
5 Conclusions 376

4.3 Le modèle basé sur la communauté : organismes de mutuelle santé en Afrique *(Bénédicte Fonteneau et Bruno Galland)* **378**
1 Qu'est-ce qu'un modèle basé sur la communauté ? 379
2 Pourquoi cette approche est-elle/a-t-elle été instaurée en Afrique de l'Ouest ? 382
3 Quel est le groupe cible du modèle basé sur la communauté ? 384
4 Les MHO fonctionnent-ils (bien) et ont-ils un impact significatif ? 385
5 Quelles sont les origines des problèmes ? 393
6 Quelle est la valeur ajoutée de ce modèle ? 398
7 Conclusion 399

4.4 Options institutionnelles pour la distribution d'une micro-assurance maladie *(Ralf Radermacher et Iddo Dror)* **401**
1 Options institutionnelles 401
2 Valeur, intérêts et conflits dans le cadre du processus commercial d'assurance 415
3 Conclusion 422

4.5 Au-delà des IMF et des modèles basés sur la communauté : les alternatives institutionnelles *(Richard Leftley et James Roth)* **424**
1 Alternatives supportant les risques 425
2 Alternatives administratives 428
3 Alternatives de distribution 433
4 Conclusions 438

4.6 Les détaillants comme réseaux de distribution de la micro-assurance *(James Roth et Doubell Chamberlain)* **439**
1 Pourquoi des détaillants ? Quels détaillants ? 439
2 Les associations de distribution/produits de micro-assurance pour les détaillants 441
3 Conclusions 449

4.7 Micro-assurance : opportunités et difficultés pour les institutions de micro-finance *(Craig Churchill et James Roth)* **452**
1 Dispositions institutionnelles 453
2 Le type d'assurance 561
3 Conclusions 467

Section 5 Le rôle des autres parties prenantes 469

5.1 Le rôle des bailleurs de fonds *(Alexia Latortue)* **470**
1 Un cadre analytique 471
2 Exigences vis-à-vis des bailleurs de fonds pour un soutien efficace de la micro-assurance 472
3 Types de soutien des bailleurs de fonds en matière de micro-assurance 480
4 Conclusion 487

5.2 Un environnement réglementaire favorable à la micro-assurance *(Martina Wiedmaier-Pfister et Arup Chatterjee)* **488**
1 Contexte 489
2 Barrières des cadres réglementaires existants 494
3 Expériences des pays - aperçus préliminaires 500
4 Conclusions 504

5.3 Le rôle promotionnel des gouvernements *(Sabine Trommershäuser, Roland Lindenthal et Rüdiger Krech)* **508**
1 Prise de décision, participation et élaboration d'un consensus 509
2 La création d'un environnement favorable 511

3 Renforcement des institutions 516
4 Apport d'une assistance financière 519
5 Remarques finales 522

5.4 Le rôle des assureurs et des réassureurs dans le soutien de l'assurance pour les plus démunis *(David M. Dror et Thomas Wiechers)* **524**
1 La proposition de valeur de la réassurance 525
2 Implication des assureurs et des réassureurs commerciaux dans la micro-assurance 528
3 Quelle partie de cette proposition de valeur les assureurs et les réassureurs peuvent-ils fournir ? 533
4 Recommandations 540
5 Conclusion 542

5.5 La mise à disposition de l'assistance technique *(Richard Leftley et Richard Lacasse)* **545**
1 Pour quelles raisons l'assistance technique est-elle nécessaire ? 546
2 Que fait un prestataire d'AT ? 547
3 Qui fournit l'assistance technique pour la micro-assurance ? 550
4 Conclusion : fournir une assistance technique de qualité 556

Section 6 Conclusions 563

6.1 Stratégies de viabilité *(Craig Churchill et Denis Garand)* **564**
1 Limiter les prestations 565
2 Mettre l'accent sur l'efficacité 570
3 Diversifier les sources de revenus 576
4 Bien gérer 580

6.2 L'avenir de la micro-assurance *(Felipe Botero, Craig Churchill, Michael J. McCord et Zahid Qureshi)* **583**
1 Les clients à venir de la micro-assurance 585
2 Les prestataires de micro-assurance à venir 588
3 L'environnement réglementaire 595
4 L'environnement de la micro-assurance 597
5 Anticiper l'avenir 600

Annexe I : Présentation des prestataires de micro-assurance 604
Annexe II : À propos des auteurs 620
Bibliographie 626
Index 635

Liste des tableaux

1 Fournisseurs et produits de micro-assurance 6
2 Risques prioritaires dans les pays sélectionnés 27
3 Stratégie d'adaptation par risque 32
4 Exemples de systèmes d'assurance informels basés sur le groupe 34
5 Test pour un risque assurable 38
6 Typologie des liens de la micro-assurance 58
7 Aperçu des missions et caractéristiques de la fabrication du produit 81
8 Aperçu des missions et caractéristiques de vente du produit 85
9 Aperçu des missions et caractéristiques du service après-vente du produit 89
10 Quelques rapports clés des micro-assureurs santé 92
11 Aperçu des missions à entreprendre pour entretenir la stabilité sur le long terme 93

12 Deux assureurs proposant des produits mixtes 100
13 La protection pour les prêts plus l'assurance obsèques de famille de CARD MBA 117
14 Différentes classes de prestations pour des primes minimales/maximales à Yasiru 121
15 Couverture du marché de produits d'assurance-vie volontaire sélectionnés 122
16 Couverture et prix en roupies de VimoSEWA 138
17 Prestations de Janashree Bima Yojana de la LIC 160
18 Prestations du système d'assurance UniMicro de l'UIIC 162
19 Prestations du produit de micro-assurance *Amparar* de La Equidad 16'
20 Participation de l'assuré et plafond de paiement des micro-assureurs maladie 170
21 Montants des prestations chez CARD MBA 172
22 Adhésions permanentes contre campagne annuelle 189
23 Liste de vérification marketing pour les responsables de micro-assurance 195
24 Comparaison des modes de collecte des primes 204
25 Exemples de délais de déclaration de sinistre 230
26 Évolution du taux de mortalité chez VimoSEWA 247
27 Expérience de déclarations de sinistre de la prestation pour enfant de VimoSEWA 252
28 Effet potentiel de l'asymétrie de placement sur le fonds de prévoyance de CARD – Illustration 267
29 Revenu mensuel moyen du personnel de terrain ($US) 281
30 Commissions sur des polices à long terme chez ALMAO et Tata-AIG 282
31 Prévention des sinistres dans les secteurs de l'assurance-vie et non-vie 311
32 L'amélioration du service après-vente augmente la fidélisation chez VimoSEWA (Inde) 326
33 Sélection d'exemples de revenus nets 328
34 Ratios de dépenses et de sinistres pour une sélection de systèmes 331
35 Évaluation des systèmes de micro-assurance – Illustration 334
36 Études de cas correspondants au modèle du réseau coopératif 337
37 Produits d'assurance offerts par les réseaux de SACCO 347
38 Coût d'ASA par police 367
39 Bénéfice/perte d'ASA par police 368
40 Performance de quatre systèmes de micro-assurance en Zambie 368
41 Avantages et inconvénients de l'agent par rapport à l'auto-assurance 373
42 Avantages et inconvénients pour un assureur 374
43 Avantages et inconvénients pour les titulaires de contrats à faible revenu 375
44 Une comparaison des primes et des prestations des MHO sélectionnés 388
45 Motivations basiques et intérêt premier à travers le processus commercial 420
46 Produit d'assurance obsèques de HTG 446
47 L'auto-assurance offre-t-elle une plus grande valeur au client ? 459
48 Définition de la micro-assurance en Inde 501
49 Facteurs de partenariat pour une compagnie d'assurance ou de réassurance 541
50 Facteurs de partenariat pour une institution de micro-assurance 541
51 Avantages et inconvénients de l'assistance sur site à long terme 550
52 Défis persistants limitant l'expansion de la micro-assurance 584
53 L'informatisation des processus transforme les activités d'assurance 592

Liste des illustrations

1 Janus : les deux visages de la micro-assurance 16
2 Impact des bouleversements sur les actifs et les revenus des ménages 25
3 L'impact des risques 28
4 Localisation de la micro-assurance 46
5 Une approche dynamique pour développer la protection sociale via la micro-assurance 63

6 Conception du produit d'assurance maladie 67
7 Modèle de déclarations de sinistre 1 : l'assureur paie le prestataire de soins (tiers payant) 75
8 Modèle de déclarations de sinistre 2 : prestataires de santé et d'assurance intégrés (transaction financière interne) 76
9 Modèle de déclarations de sinistre 3 : l'assureur rembourse les dépenses de santé avancées par les clients 77
10 Plan d'assurance du mariage de la fille : Delta Life 176
11 Brochure marketing : Yeshasvini 178
12 Brochure épargne garantie : TUW SKOK 179
13 Processus marketing en trois étapes 181
14 Abandons de la micro-assurance et accès au micro-crédit 211
15 Processus normal de règlement des sinistres pour le produit de micro-assurance de Madison 218
16 Le processus de déclarations de sinistre à l'UMSGF 219
17 Formulaire de déclarations de sinistre de Microcare et Opportunity International 224
18 Délais des déclarations de sinistre chez CARD MBA 234
19 Prix octroyés aux commerciaux de Kharif Hungama 284
20 Organigramme de Tata-AIG 303
21 Illustration des « 16 Résolutions » de Grameen 313
22 La logique circulaire de la fidélisation de la clientèle 325
23 Distribution de produits de micro-assurance dans le modèle du réseau de SACCO 338
24 Une structure de réseau mutualiste avec son portefeuille de filiales fonctionnelles 348
25 Le système MHO 396
26 Types d'offre d'assurance maladie 402
27a Le modèle partenaire-agent 405
27b Le modèle partenaire-agent avec TA 405
28 Le modèle d'assurance solidaire 409
29 Le modèle déterminé selon le prestataire 411
30 Le modèle mutualiste/basé sur la communauté 414
31 Trois composantes de l'offre d'assurance 425
32 Processus de règlement des sinistres de Yeshasvini 432
33 Micro-agents, CRIG et ONG dans le processus de collecte des primes 435
34 Un cadre analytique pour les bailleurs de fonds en matière de micro-assurance 471
35 L'Étoile d'Efficacité de l'Aide 473
36 L'assistance technique en micro-assurance : qui ? quoi ? comment ? 483
37 Le modèle RIMANSI de l'assistance technique fournie aux MBA 555
38 Trouver un juste équilibre : le défi de la micro-assurance 564
39 Perspectives d'avenir 583

Liste des encadrés

1 Micro-assurance et OMD 14
2 Application des « douze principes d'innovation pour les marchés du bas de la pyramide » de Prahalad à la micro-assurance 17
3 Impact des bouleversements sur les populations riches et pauvres du Vietnam 27
4 Risques et gestion des risques au Malawi 31
5 Stratégies d'adaptation au Vietnam 31
6 Gestion des risques et surendettement en Géorgie 33
7 Adhésion à plusieurs sociétés d'inhumation 35
8 Frais élevés des enterrements en Zambie 36
9 Compréhension de la demande de micro-assurance au Sri Lanka 41
10 Nous voulons en savoir plus ... 42

11 L'extension de la protection sociale par la micro-assurance en Colombie 56
12 Liens aux Philippines 58
13 Développement de liens équilibrés au Sénégal 59
14 Le Global Social Trust 59
15 Master Plan du Cambodge 60
16 Une approche intégrée de la protection sociale au Sénégal 62
17 Approche à trois niveaux du BRAC pour la prestation de services de santé 76
18 L'incursion du CARD dans le domaine des rentes 98
19 Le système de fonds de pension de Grameen (GPS) 102
20 Vente abusive en Afrique du Sud 105
21 L'assurance-vie comme alternative à la protection des prêts ? 115
22 Couverture maladie dans une police d'assurance-vie de crédit ? 118
23 Le Sugam Fund de Shepherd 136
24 La portée de Yeshasvini 140
25 Couverture familiale chez UMSFG 141
26 Défauts de paiement chez Delta Life 156
27 Tarifs forfaitaires de Shepherd 159
28 Mariages collectifs 163
29 Définition de la famille selon l'UHC en Ouganda 164
30 Développer la sensibilisation : l'expérience de la South African Insurance Association 182
31 Stratégie marketing à trois niveaux de l'UMSGF 184
32 Différences régionales en Zambie 186
33 Défis de vente chez TUW SKOK 189
34 Lier les primes d'assurance aux prêts 198
35 Paiements flexibles des primes pour l'assurance obsèques en Afrique du Sud 206
36 Paiement des primes en lait chez Yeshasvini 208
37 Delta Life – association entre micro-crédit et micro-assurance 211
38 Les rejets de déclarations de sinistre : un cas de documentation insuffisante en Zambie 222
39 Frustration du bénéficiaire 223
40 Exigences pour un paiement anticipé chez Columna 226
41 Les nombreux obstacles du règlement des sinistres chez Delta Life 229
42 Efficacités de l'assurance informelle 231
43 Liquidation des sinistres et VIH/SIDA 232
44 Problèmes de tarification 239
45 Problèmes de conception de la base de données 240
46 Importance d'un SIG d'assurance maladie : expérience de l'AssEF 242
47 Taux de renouvellement de VimoSEWA 243
48 Traitement des déclarations de sinistre de VimoSEWA 244
49 Réserves actuarielles et capital définis 255
50 Illustrations du risque lié à la gestion 260
51 Développement organisationnel : les pièges à éviter 274
52 Critères de sélection des micro-agents chez Tata-AIG 275
53 Personnel de terrain chez CARD MBA 276
54 Modèle d'externalisation de TUW SKOK 277
55 Qu'est-ce-que la gouvernance d'entreprise ? 289
56 Les quatre piliers de la gouvernance 290
57 Responsabilités du conseil d'administration 292
58 La confiance a du bon, mais mieux vaut privilégier le contrôle 297
59 Saisir la gravité de la situation 300
60 Du point de vue social 309
61 Favoriser le bien-être 312
62 Prévention par l'intermédiaire d'organismes apparentés : VimoSEWA 314
63 Faire face aux catastrophes : l'expérience japonaise 316
64 Microcare : utiliser des moustiquaires traitées aux insecticides pour réduire les déclarations de sinistre liées à la malaria 317
65 Une grande valeur accordée à l'assurance 324

66 Pourquoi Confederation Life au Canada était-elle condamnée ? 329
67 Pourquoi l'assurance coopérative convient aux marchés des personnes à faible revenu 338
68 Gestion des défauts de paiement et des déclarations de sinistre : la différence mutualiste 353
69 Vendre un concept d'assurance au Ghana 360
70 Liste de vérification de la collecte des primes des partenaires-agents 363
71 La relation changeante d'ASA vis-à-vis du modèle partenaire-agent 370
72 Profils d'organismes d'initiation des MHO 381
73 Une diversité de profils d'adhésion 384
74 La population cible des MHO ruraux 385
75 Union Technique de la Mutualité Malienne 389
76 Coordination Régionale de Mutuelles de Santé de Thiès 390
77 Réseau Alliance Santé, Bénin 390
78 Performance des MHO : quelques tendances 392
79 Le pouvoir de l'action collective 399
80 Nkoranza Community Health Insurance Plan 412
81 Zambuko Trust, Zimbabwe 427
82 Traitement des déclarations de sinistre de VimoSEWA 429
83 Les détaillants et les zones rurales 447
84 Système de l'Union Privilege de l'AFL/CIO 448
85 Réduire la vulnérabilité des populations pauvres : l'exemple de Shepherd, Inde 461
86 Déclencher le rôle de catalyseur du secteur privé à l'aide de subventions publiques 476
87 Fournir une assistance par l'intermédiaire des garanties des bailleurs de fonds 477
88 Enquêtes FinScope : apprendre à connaître le marché 481
89 Des leçons durement apprises : illustrations en Inde 484
90 Assurance informelle en Afrique du Sud 490
91 Formalisation d'ALMAO 492
92 Coopératives d'assurance au Malawi 493
93 Exigences en capital au Pérou 495
94 Exigences pour les agents et courtiers 497
95 AIG Ouganda 498
96 L'Ombudsman des assurances, Sri Lanka 512
97 Prestataires de soins de santé et organismes de mutuelle santé (MHO) au Mali 514
98 Gestion en Guinée-Bissau 516
99 Simplification des relations avec l'UNDP en Inde 517
100 Subvention du Yeshasvini Trust 520
101 Africa Re 522
102 Que tirent les micro-assureurs de la réassurance ? 526
103 Un bref résumé du modèle de réassurance sociale 538
104 Examens actuariels des systèmes de micro-assurance 549
105 Les 7 principes clés de l'assistance technique 557
106 Partenariats d'assistance technique : DID et CIF 560
107 Outils de gestion destinés à la micro-assurance 589
108 Avancées technologiques dans le secteur des services bancaires destinés aux populations pauvres 593

Liste des acronymes

AAC/MIS	Americas Association Cooperative/Mutual Insurance Societies
AIG	American International Group
AIMS	Système automatisé de gestion d'assurance
AKAM	Aga Khan Agency for Microfinance
ALM	Gestion bilantielle
ALMAO	All Lanka Mutual Assurance Organization (Sri Lanka)
ARDCI	Agriculture and Rural Development Center of Catanduanes, Inc. (Philippines)
ASA	Activists for Social Alternatives (Inde)
ASCA	Associations d'épargne et de crédit accumulatifs
AssEF	Association d'Entraide des Femmes (Bénin)
AT	Assistance technique
BAD	Banque asiatique de développement
BID	Banque Interaméricaine de Développement
BM	Bienestar Magisterial (El Salvador)
BMZ	Ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement (Allemagne)
BOP	Bas de la pyramide (Bottom of the pyramid)
BRAC	Comité pour le développement rural du Bangladesh
BSF	Bureau des services financiers (Afrique du Sud)
CA	Commissaire aux assurances
CAD	Comité d'aide au développement
CARD	Centre de recherche et de développement en agriculture (Philippines)
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.
CBO	Organisme basé sur la communauté
CCA	Association coopérative canadienne
CETZAM	Christian Enterprise Trust Zambie
CGAP	Groupe Consultatif d'Assistance aux plus Pauvres
CHF	Community Health Fund (Tanzanie)
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche (France)
CIF	Centre d'Innovations Financières
CIM	Classification internationale des maladies
CMF	Centre de Micro-Finance (Népal)
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
COP	Peso colombien (devise)
COZ	Centres Opérationnels de Zone
CRIG	Groupe d'assurance rurale communautaire
CRMST	Coordination Régionale de Mutuelles de Santé de Thiès (Sénégal)
CSG	Commissioners Standard Group (table de mortalité légale utilisée pour le calcul des réserves d'une assurance-vie collective)
CUNA	Association nationale des unions de crédit (États-Unis)
DFID	Agence Britannique pour le Développement international (Royaume-Uni)
DICR	Sinistres en cours de règlement

DID	Développement International Desjardins (Canada)
DSRP	Documents stratégiques de réduction de la pauvreté
FAQ	Questions fréquemment posées
FAT-COI	Fédération américaine du travail – Congrès des organisations industrielles
FCFA	Franc de la Communauté financière de l'Afrique
FDCF	Fonds de promotion du développement financier
FFP	Fondo Financiero Privado (Bolivie)
FHPL	Family Health Plan Limited (Inde)
FINCA	Fondation pour l'assistance communautaire internationale
GAB	Guichet automatique bancaire
GDIA	Garantie décès et invalidité accidentels
GK	Grameen Kalyan (Bangladesh)
GLICO	Gemini Life Insurance au Ghana
GNF	Francs guinéens (devise)
GPS	Système de fonds de pension de Grameen (Bangladesh)
GRET	Groupe d'échange et de recherche technologique (France)
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Allemagne)
IAIS	Association internationale des contrôleurs d'assurance
IBNR	Sinistres survenus mais non encore déclarés
IBSL	Office des assurances du Sri Lanka
ICMIF	Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance
ID	Identification
IMF	Institution de micro-finance
IPC	Indice des prix à la consommation
IRDA	Autorité de promotion et de réglementation des assurances (Inde)
IT	Informatique
ITN	Moustiquaires traitées aux insecticides
ITP	Invalidité totale et permanente
JCCU	Syndicat japonais des coopératives de consommateurs
K	Kwacha (devise du Malawi)
KSK	Kasagana Ka (Philippines)
LIC	Life Insurance Corporation (Inde)
LKR	Roupie srilankaise (devise)
MAF	Mutual assistance fund
MBA	Société mutualiste
MHIB	Micro-assurance maladie pour les femmes pauvres en milieu rural au Bangladesh
MHO	Organisme de mutuelle santé
MIAN	Micro Insurance Association Netherlands (Pays-Bas)
MIX	Microfinance Information eXchange
MMF	Members' mutual fund
MORO	Réunion des dirigeants de la réassurance
MOUS	Protocoles d'accord
MUSCCO	Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawi
NACSCU	Association nationale des unions de crédit (Pologne)
NHHP	Nsambya Hospital Healthcare Plan (Ouganda)
NIC	National Insurance Company (Inde)
NUCS	National Union of Cooperative Societies (Jamaïque)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique/Organisation for Economic Co-operation and Development
OI	Opportunity International
OIBM	Opportunity International Bank of Malawi
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
PC	Ordinateur
PCC	Protected cell company

PDA	Assistants personnels
PDG	Président-directeur général
PED	Provision pour Écart Défavorable
Php	Peso (devise des Philippines)
PHR	Partnership for Health Reform (États-Unis)
PML	Perte maximale probable
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POGI	PhilHealth Organized Group Interface
PPP	Partenariat public-privé
Q.	Quetzal (devise du Guatemala)
R	Rand sud-africain (devise)
RBC	Fonds propres à risques (risk-based capital)
RIMANSI	Risk Management Solutions, Inc. (Philippines)
ROSCA	Association d'épargne et de crédit différés
RPBNA	Réserves pour primes brutes non acquises
Rs.	Roupies (devise de l'Inde)
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
RU	Royaume-Uni
SA	Afrique du Sud
SACCO	Coopératives d'épargne et de crédit
SAIA	South African Insurance Association
SBS	Seguro Basico de Salud (Bolivie)
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion
SEWA	Self-employed Women's Association (Inde)
SHG	Groupe d'entraide
SI	Seguro Integral (Paraguay)
SIDA	Agence suédoise de coopération internationale pour le développement
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIG	Système de gestion de l'information
SK	Shashtho Kormis (auxiliaires médicales au Bangladesh)
SKOK	Coopérative d'épargne et de crédit (Pologne)
SMI	Seguro Materno-Infantil (Pérou)
SOCODEVI	Société de Coopération pour le Développement International (Canada)
SR	Services de réassurance
SS	Shashtho Shebikas (professionnels de la santé communautaires au Bangladesh)
SSS	Society for Social Services (Bangladesh)
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TOT	Formation des formateurs
TPA	Tiers opérateur de service
TSKI	Taytay Sa Kauswagan (Philippines)
TUW SKOK	Compagnie d'assurance mutualiste des coopératives d'épargne et de crédit (Pologne)
TV	Télévision
TYM	Tao Yeu May (Vietnam)
UC	Union de crédit
UEMOA	Union économique et monétaire d'Afrique de l'Ouest
UHC	Uganda Health Cooperative
UIIC	United India Insurance Company, Ltd.
UMASIDA	Umoja wa Matibabu Sekta Isiyo Rasmi Dar es Salaam
UMSGF	Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (Guinée)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance/United Nations Children's Fund
$US	Dollar américain (devise)
USA	États-Unis d'Amérique
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
VHS	Voluntary Health Service (Inde)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WWF	Women's World Foundation (Colombie)
Zl	Zloty (devise de la Pologne)

Introduction

Les ménages à faible revenu sont particulièrement vulnérables face aux risques et aux bouleversements économiques. L'assurance est l'un des outils capables de les en protéger. En aidant les ménages les plus démunis à gérer ces risques, la micro-assurance peut contribuer à leur préserver une certaine sérénité financière en dépit de leur immense vulnérabilité. Si les gouvernements, les bailleurs de fonds, les agences de développement et les autres acteurs du système font preuve d'un engagement sérieux dans la lutte contre la pauvreté, l'assurance doit figurer parmi les armes de leur arsenal.

Pour les populations à faible revenu, la mise en commun des risques et l'assurance informelle ne sont pas des notions complètement nouvelles. Les systèmes informels de répartition des risques font partie de leur quotidien depuis plusieurs générations, même dans les zones les plus enclavées. Néanmoins ces systèmes souffrent généralement d'une portée limitée et les prestations ne couvrent habituellement qu'une faible partie des pertes subies. L'une des principales pistes de réflexion autour de la micro-assurance est l'exploration de méthodes visant à accroître significativement le nombre de ménages pauvres ayant accès à l'assurance, tout en augmentant les prestations.

1 À la recherche des bonnes et des mauvaises pratiques

Afin d'apprendre comment permettre aux ménages à faible revenu d'accéder à l'assurance, le Groupe de Travail du CGAP[1] sur la Micro-assurance a lancé en 2003 un projet de recherche destiné à consigner les expériences issues d'opérations de micro-assurance menées à travers le monde et à distinguer bonnes et mauvaises pratiques.[2] Dans le cadre de ce projet, une série d'études de cas ont été réalisées, portant sur des compagnies d'assurance, des institutions de micro-finance (IMF) et des systèmes d'assurance basés sur la communauté à travers le monde entier, afin d'en savoir plus sur la mise à disposi-

1 Depuis novembre 2008, le Réseau des Micro-assurances remplace le CGAP.
2 Projet mené sous l'égide de SIDA, du DFID, de la GTZ et de l'OIT.

tion des populations pauvres des produits d'assurance-vie et d'assurance maladie. Bien que d'autres types d'assurances répondent également aux besoins de ces consommateurs à faible revenu, notamment les assurances de biens et les assurances agricoles, cette initiative s'est consacrée aux deux risques (le décès et la maladie) les plus fréquemment identifiés dans les études réalisées sur la demande.

Ce travail de recherche s'est concentré sur les organisations jouissant d'au moins trois ans d'expérience et couvrant au minimum 3 000 vies, afin de pouvoir évaluer des résultats, et non des prévisions. Le projet a essentiellement porté sur des expériences menées en Afrique, en Asie et en Amérique latine et s'est intéressé aux micro-assureurs utilisant un panel varié de modèles et structures de distribution, tels que :

- les partenariats entre assureurs et agents de distribution, comme les coopératives et les IMF[3] ;
- les compagnies d'assurance reconnues qui travaillent directement auprès des ménages à faible revenu ;
- les organismes de santé qui proposent des enveloppes financières et absorbent les risques assurables ;
- les programmes basés sur la communauté qui mettent en commun les ressources, prennent en charge les risques et collaborent avec un organisme de santé ;
- les régimes d'assurance soutenus ou financés par le gouvernement ;
- les modèles d'auto-assurance proposés par les IMF qui prennent le risque d'assurer elles-mêmes leurs clients.

L'échantillon potentiel de régimes de micro-assurance répondant à ces critères est loin d'être vaste. De nombreux régimes de micro-assurance sont récents ou les produits n'ont été mis sur le marché que récemment. La plupart des micro-assureurs se sont concentrés sur les produits d'assurance simples à gérer, en particulier l'assurance-vie de crédit. Au-delà de ce constat, le volume de micro-assurance proposée connaît une diminution inversement proportionnelle à la complexité de gestion du produit.

3 Tout au long de cet ouvrage, le terme d'institution de micro-finance est utilisé pour faire référence à toute organisation formelle ou semi-formelle mettant en œuvre des transactions d'épargne et/ou de crédit avec des ménages à faible revenu, notamment les ONG de micro-crédit, les coopératives de crédit ou les coopératives d'épargne et de crédit (SACCO), les banques de micro-finance réglementées et bien d'autres. Selon le Sommet du Micro-crédit (www.microcreditsummit.org), fin 2004, plus de 3 000 IMF à travers le monde fournissaient des crédits, ainsi que d'autres services à 92 millions de personnes à faible revenu, dont 66 millions faisaient partie des plus démunis au moment de leur premier emprunt.

Dans une certaine mesure, les produits les plus demandés sur ce marché délaissé, comme l'assurance maladie, sont justement ceux qui sont le moins fréquemment proposés.

Néanmoins, un certain nombre d'organisations répondant aux critères ont été identifiées et contactées, et ont donné leur accord pour être passées au microscope d'analystes (majoritairement) externes. La plupart des études de cas ont été réalisées par des binômes, un expert en assurance et un professionnel du développement, aptes à prendre en compte les aspects techniques et sociaux de la démocratisation de l'accès des populations démunies aux assurances. Ces binômes ont tous utilisé les mêmes cadres de recherche et ont analysé leurs résultats sur la base d'un canevas commun à toutes les études de cas, afin de simplifier l'analyse des enseignements tirés des différents systèmes de micro-assurance.[4]

Ce sont en tout vingt-cinq études de cas qui furent réalisées, analysant les expériences de plus de 40 organisations impliquées dans la micro-assurance, agissant en qualité d'assureur, de réseau de distribution ou les deux, comme le tableau 1 en offre la synthèse. Des exemples issus de ces études de cas ponctuent régulièrement cet ouvrage afin d'illustrer enseignements et recommandations. Par souci d'éviter la répétition des références bibliographiques de ces études de cas, l'attention des lecteurs est attirée sur le fait qu'en l'absence de référence à ces prestataires de micro-assurance, l'expérience est tirée de l'étude de cas associée. L'annexe I précise quels systèmes sont traités dans quelles études de cas.[5]

Cet ouvrage synthétise les enseignements tirés de ces expériences. Ces enseignements ont été analysés par 38 auteurs chacun issu d'un parcours différent (consulter l'annexe II rassemblant les biographies des auteurs), parmi lesquels des universitaires et des actuaires, des professionnels de l'assurance et du développement, dont la plupart ont participé au Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance. Les conclusions auxquelles ils parviennent et les recommandations qu'ils donnent sont le reflet de leurs opinions personnelles et n'ont pas vocation à être des recommandations générales formulées par l'ensemble du groupe de travail.

4 Il existe plusieurs études de cas particulières, obéissant à une structure différente afin de prendre en compte diverses perspectives de la micro-assurance. Par exemple, l'ICMIF (2005) analyse dans sa publication Lessons learnt the hard way (« Des leçons durement apprises »), neuf compagnies d'assurance, membres actuels ou anciens membres de la Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance, ayant toutes fait face à des difficultés variables ; leurs expériences ont été rapportées sous couvert d'anonymat. Dans le même esprit, Leftley (2005) étudie les expériences en matière de micro-assurance vues sous l'angle d'un prestataire d'assistance technique, Opportunity International, qui a assisté de nombreuses IMF dans la négociation de partenariats avec des compagnies d'assurance.

5 Les études de cas sont disponibles sur :
www.microfinancegateway.org/section/resourcecenters/microinsurance

Certains des résultats restent peu concluants. Les lecteurs les plus observateurs remarqueront probablement des divergences d'opinions sur certains sujets, notamment l'utilité de l'assurance-vie de crédit, le rôle de la réassurance, la pertinence des polices d'assurance mixtes, les atouts des produits multirisques, l'enthousiasme des assureurs commerciaux pour le marché des consommateurs à faible revenu, la promotion des systèmes d'assurance informels ou non réglementés, les exclusions en cas d'affection préexistante, et bien d'autres encore.

Néanmoins, en dépit du fait que cet ouvrage couvre différents produits d'assurance proposés par l'intermédiaire de dispositifs institutionnels très variés à travers quatre continents, une vision claire de la micro-assurance commence globalement à émerger, tant au niveau des défis lancés par l'assurance des populations les plus démunies, qu'au niveau des nombreuses solutions qui s'offrent à nous. Les résultats attestent de la viabilité de la micro-assurance, et même sous certaines conditions de sa rentabilité, mais un grand nombre de difficultés doivent être surmontées pour assurer son succès.

2 Public cible

Le premier public ciblé par cet ouvrage est celui des professionnels et des acteurs de l'assurance opérant sur ce terrain et proposant actuellement des assurances aux populations à faible revenu, ou envisageant de le faire. Cet ouvrage a été rédigé dans l'espoir de leur transmettre l'enseignement tiré de l'expérience de ceux qui les ont précédés sur cette voie, qu'ils aient réussi ou échoué.

Cet ouvrage est également destiné aux personnes offrant une assistance technique ou financière à ces professionnels. Grâce à une meilleure compréhension des défis lancés par l'assurance des plus démunis et de leurs solutions possibles, nous espérons que ces personnes et ces organisations seront en mesure de mobiliser leurs ressources financières et humaines plus efficacement afin de démocratiser l'accès aux assurances.

Les responsables politiques et les autorités de régulation constituent une troisième catégorie de lecteurs. Ce secteur d'activité émergent qu'est la micro-assurance évolue souvent dans un environnement qui n'a pas été conçu pour elle et que l'on peut même qualifier d'hostile. S'ils parviennent à appréhender les éléments clés distinguant l'assurance de la micro-assurance et s'ils sont capable de détecter les situations dans lesquelles la micro-assurance pourrait s'inscrire dans une structure de protection sociale plus vaste, les responsables politiques et les autorités de régulation pourraient alors commencer à forger un environnement favorable à l'épanouissement et au renforcement de la croissance et du développement de la micro-assurance, ainsi qu'à promouvoir des marchés d'assurance plus ouverts.

3 Structure de l'ouvrage

Cet ouvrage s'articule autour de six parties. La première partie, Principes et pratiques, définit la micro-assurance, fournit un aperçu des besoins en matière de gestion des risques des foyers à faible revenu et explique le rôle essentiel de protection sociale endossé par la micro-assurance.

La deuxième partie offre une synthèse des enseignements concernant des types de produits particuliers : l'assurance maladie, l'assurance-vie à long terme et les assurances à court terme liées à l'épargne et au crédit. Cette partie étudie également la mise en adéquation des produits d'assurance avec les besoins spécifiques des femmes et des enfants.

La troisième partie de cet ouvrage dissèque les opérations de micro-assurance. Ces chapitres sont consacrés à la conception des produits, au marketing, à la collecte des primes, aux déclarations de sinistre, à la tarification, à la gestion financière et à la gestion des risques, à la gouvernance, au développement organisationnel et au contrôle des pertes. Elle s'achève sur un chapitre dédié au benchmarking examinant les taux de performance des systèmes de micro-assurance.

La micro-assurance peut être distribuée par l'intermédiaire d'un large éventail de dispositifs institutionnels. La quatrième partie livre un examen de ces dispositifs dans l'optique d'analyser quelles conditions appellent certains dispositifs plutôt que d'autres. Ces chapitres étudient le modèle partenaire-agent, l'approche basée sur la communauté, les compagnies d'assurance détenues par des réseaux de coopératives d'épargne et de crédit, les détaillants endossant le rôle de réseaux de distribution et les institutions de micro-finance. Un chapitre analyse les avantages, les inconvénients et les conflits d'intérêts de divers dispositifs organisationnels dans le cadre de la distribution d'assurances maladie. La cinquième partie évalue les rôles des acteurs principaux, notamment des bailleurs de fond, des autorités de régulation, des gouvernements, des assureurs et des réassureurs, et des prestataires d'assistance technique. La sixième partie vient clore l'ouvrage en synthétisant les stratégies nécessaires à l'obtention d'un équilibre acceptable entre la couverture, les coûts et le prix, et offre des perspectives quant aux évolutions futures de la micro-assurance.

Tableau 1 **Fournisseurs et produits de micro-assurance**

Institution – Débuts de la micro-assurance	*Pays*	*Personnes couvertes* (année des données)*
Activists for Social Alternatives (ASA) – 1993	Inde	55 000 (2004)
All Lanka Mutual Assurance Organization (ALMAO) – 1991	Sri Lanka	50 000 (2004)
American International Group Ouganda (AIG Ouganda) – 1997	Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Malawi	1,6 million (2003)
Association d'Entraide des Femmes (AssEF) – 2003	Bénin	2 300 (2004)
Bienestar Magisterial (BM) – 1969	El Salvador	75 000 (2003)
Micro-assurance maladie pour les femmes pauvres en milieu rural au Bangladesh BRAC (MHIB) – 2001	Bangladesh	12 000 familles (2004)
CARD Mutual Benefit Association (CARD MBA) – 1994	Philippines	580 000 (2003)
Christian Enterprise Trust Zambie (CETZAM) – 2000	Zambie	5 000 (2004)
Columna – 1993	Guatemala	54 000 (2004)
La Coordination Régional de Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST) – 1989 (premier MHO)	Sénégal	75 000 (2005)
Delta Life – 1988	Bangladesh	859 000 (2002)
La Equidad Seguros – 1970	Colombie	30 000 (2004)
FINCA Ouganda – 1997	Ouganda	37 000 (2003)
Grameen Kalyan – 1996	Bangladesh	58 000 familles (2004)
Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF)	International	Sans objet
Karuna Trust – 2002	Inde	61 000 (2004)
Madison Insurance – 2000	Zambie	30 000 (2003)

* Nous ne pouvons pas additionner ces chiffres pour estimer le nombre total de personnes couvertes par la micro-assurance, car il ne s'agit que d'un échantillon des systèmes en fonctionnement, et car

Principaux produits de micro-assurance	*Type d'institution/ modèle de distribution*
Assurance-vie à terme (liée à un crédit)	IMF qui a alterné entre un modèle partenaire-agent et un système d'auto-assurance
Assurance mixte et assurance obsèques	Compagnie d'assurance du secteur privé créée par un réseau d'associations d'épargne et de crédit ; un système informel qui a reçu une licence en 2002
Garantie décès et invalidité accidentels (GDIA) intégrée à une assurance-vie de crédit	Compagnie d'assurance du secteur privé fournissant un produit de micro-assurance par l'intermédiaire de partenariats avec 26 IMF
Santé	IMF proposant une micro-assurance interne
Santé	Système lié à l'emploi pour un syndicat d'enseignants
Santé	Système d'assurance non réglementé lié à une ONG dédiée à la santé dotée d'un réseau de cliniques et à une ONG spécialisée dans la micro-finance
Assurance-vie, paquet assurance-vie de crédit et invalidité	Société mutuelle d'assurance associée à une IMF
Assurance-vie de crédit, assurance obsèques, biens	Une IMF affiliée à l'OI qui a travaillé avec deux assureurs privés pour fournir les produits
Assurance-vie/invalidité	Compagnie d'assurance détenue par les unions de crédit
Santé	Un organe centralisé composé d'organismes de mutuelle santé (MHO)
Assurance mixte	Compagnie d'assurance privée à but lucratif desservant directement la clientèle à faible revenu
Assurance-vie et invalidité	Mutuelle d'assurance détenue par des unions de crédit (mais utilise également le modèle partenaire-agent avec une IMF)
GDIA avec assurance-vie de crédit	IMF en partenariat avec AIG Ouganda
Santé	Assurance fournie par l'organisme de santé
Sans objet	Un réseau international de coopératives et de mutuelles d'assurance ; les expériences de neuf membres anonymes de l'ICMIF font l'objet d'une étude de cas, ICMIF (2005), *Lessons learnt the hard way* (« Des leçons durement apprises »)
Indemnité journalière pendant hospitalisation	ONG en partenariat avec l'assureur public (NIC), fonctionne sur le modèle partenaire-agent
Assurance-vie de crédit et assurance obsèques	Assureur privé en partenariat avec 4 IMF

cela pourrait occasionner des doublons. Par exemple, les chiffres de TSKI et de CETZAM sont également compris dans les chiffres d'OI ; de la même façon, les chiffres de FINCA Ouganda sont inclus dans ceux d'AIG Ouganda.

Institution – Débuts de la micro-assurance	*Pays*	*Personnes couvertes (année des données)*
MAFUCECTO – 2004	Togo	556 (2004)
Malawi Union of Savings and Credit Cooperatives (MUSCCO) – 1980	Malawi	56 000 (2003)
Opportunity International (OI) – 2002	International	2,7 millions (2005)
Pulse Holdings Ltd. – 2001	Zambie	2 200 (2003)
Seguro Basico de Salud (SBS) – 1999-2003	Bolivie	Non disponible
Seguro Integral (SI) – 2002	Paraguay	15 600 (2002)
Seguro Materno-Infantil (SMI) – 1998-2001	Pérou	350 000 (2001)
Shepherd – 1999	Inde	15 000 (2004)
ServiPerú – 1996	Pérou	94 000 (2003)
Society for Social Services (SSS) – 1996	Bangladesh	27 000 familles (2004)
Spandana – 1998	Inde	390 000 (2004)
Tao Yeu May's Mutual Assistance Fund (TYM) – 1996	Vietnam	68 000 (2004)
Tata-AIG – 2001	Inde	13 000 (2005)
Taytay Sa Kauswagan (TSKI) – 2002	Philippines	330 000 (2004)
TUW SKOK – 1998	Pologne	93 000 (2003)
L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) – 1999	Guinée	14 000 (2005)
L'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) – 1998	Mali	40 000 (2005)
VimoSEWA – 1992	Inde	120 000 (2005)
Yasiru Mutual Provident Fund – 2000	Sri Lanka	24 000 (2004)
Yeshasvini Trust – 2002	Inde	1,45 million (2005)

Principaux produits de micro-assurance	*Type d'institution/ modèle de distribution*
Assurance-vie de crédit	Un service assurance d'une association d'unions de crédit
Assurance-vie de crédit et assurance vie-épargne	Association d'unions de crédit proposant un système d'assurance pour les emprunteurs, risques gérés en interne
Divers produits d'épargne et couvertures liées à des prêts	Fournit une assistance technique à un réseau d'IMF affiliées à travers le monde, fonctionnant toutes sur le modèle partenaire-agent ; l'étude de cas se penche sur les expériences de cinq IMF
Assurance-vie de crédit	IMF en partenariat avec un assureur du secteur privé, Madison Insurance (modèle partenaire-agent)
Santé	Système d'assurance public associé principalement aux organismes de santé publique
Santé	Système d'assurance public associé principalement aux organismes de santé publique
Santé	Système d'assurance public associé aux organismes de santé publique
Assurance-vie, bétail, maladie	IMF en partenariat avec des assureurs publics (LIC et UIIC)
Paquet assurance maladie et assurance obsèques	Société de courtage en assurance en partenariat avec un assureur privé
Santé	Organisme de santé et IMF fournissant des assurances internes
Assurance-vie de crédit, décès du conjoint et perte de biens limitée	IMF proposant des assurances internes (auto-assurance)
Assurance-vie de crédit avec indemnité d'hospitalisation	IMF proposant des assurances internes (auto-assurance)
Assurance-vie, assurance mixte	Assureur du secteur privé utilisant les modèles partenaire-agent et micro-agent
Assurance-vie de crédit, assurance-vie	Une IMF affiliée à l'OI en partenariat avec Cocolife, un assureur privé
Assurance de biens, assurance épargne et GDIA	Société mutuelle d'assurance détenue par un réseau d'unions de crédit
Santé	Organe centralisé de MHO
Santé	Organe centralisé de MHO
Paquet assurance-vie, maladie et biens	Un département d'un syndicat qui a alterné entre les modèles partenaire-agent et auto-assurance
Paquet accident, invalidité, assurance-vie et maladie	Système sans licence proposant des assurances en partenariat avec des ONG et un réseau de CBO
Santé	Système sans licence en collaboration avec le gouvernement et des coopératives, indemnisations disponibles uniquement via un réseau d'organismes de santé

I Principes et pratiques

1.1 Qu'est-ce que l'assurance pour les pauvres ?

Craig Churchill

L'auteur souhaite remercier les personnes suivantes pour leurs commentaires et suggestions : Bernd Balkenhol (OIT) Felipe Botero (Metropolitan Life), Alexia Latortue et Aude de Montesquiou (CGAP), ainsi que Gaby Ramm (Consultant).

1 Définition de la « micro-assurance »

Les personnes à faible revenu vivent dans des environnements à risques. Elles sont vulnérables à bien des dangers, y compris la maladie, le décès et l'invalidité accidentels, la perte de biens liée aux vols ou aux incendies, les sinistres agricoles et les catastrophes en général, qu'elles soient naturelles ou provoquées par la main de l'homme. Les populations pauvres sont plus vulnérables à un grand nombre de ces risques que le reste de la population, elles ont, de plus, les moyens les plus limités pour faire face en cas de situation de crise.

La pauvreté et la vulnérabilité s'accentuent mutuellement en une spirale descendante. L'exposition à ces risques a un double impact. Non seulement elle entraîne d'importantes pertes financières, mais elle précipite également les ménages vulnérables dans une incertitude continue : y-aura-t-il un sinistre ? Si oui, quand ? Hantées par cette perpétuelle appréhension, les populations pauvres sont moins à l'écoute des opportunités génératrices de revenus qui pourraient réduire leur pauvreté.

Bien que les ménages pauvres disposent souvent de moyens informels pour gérer les risques, ces stratégies informelles pour relever les défis ne protègent pas suffisamment. Nombre des stratégies de gestion des risques, telles que la ventilation des ressources humaines et financières sur plusieurs activités génératrices de revenus, ne garantissent que de faibles revenus. Les stratégies informelles de gestion des risques ont tendance à ne couvrir qu'une faible partie des pertes. Par conséquent, les populations pauvres doivent combiner plusieurs sources de soutien. Et même dans ce cas, la protection informelle contre les risques ne résiste pas aux dangers survenant en série, situations malheureusement fréquentes chez les populations pauvres. Ainsi, le ménage n'a pas le temps de se relever d'une crise qu'une autre le frappe déjà.

La micro-assurance consiste à protéger les personnes à faible revenu contre des dangers spécifiques, ce en échange du paiement régulier de primes dont le montant est proportionnel à la probabilité et au coût du risque encouru. Dans le fond, cette définition est similaire à celle que l'on pourrait utiliser pour l'assurance classique, à l'exception du marché cible clairement

identifié : les populations à faible revenu. Toutefois, comme le montre ce chapitre et l'intégralité de cet ouvrage, ces quelques mots font toute la différence.

Quel est le niveau de pauvreté nécessaire pour pouvoir prétendre à une protection de type micro-assurance ? La réponse dépend du pays, mais généralement, la micro-assurance est destinée aux personnes oubliées par le commerce et les schémas d'assurance sociale grand public, n'ayant pas accès aux produits adaptés à leur situation. Fournir une protection aux personnes employées par l'économie informelle et n'ayant pas accès aux assurances commerciales ni aux prestations de la protection sociale proposées directement par les employeurs ou par le gouvernement au travers des employeurs, est particulièrement digne d'intérêt. La limite de la micro-assurance se situe dans le fait qu'il est plus facile d'offrir une assurance à des personnes bénéficiant de revenus prévisibles, même s'il s'agit d'une somme extrêmement modeste, plutôt qu'à des travailleurs de l'économie informelle dont les revenus en espèces sont irréguliers.

La micro-assurance ne fait pas référence à la taille de la compagnie, bien que certains prestataires soient de petite envergure et appartiennent même à l'économie parallèle. Il existe toutefois des exemples de très grandes entreprises proposant une micro-assurance, parmi lesquelles AIG Ouganda, Delta Life au Bangladesh et toutes les compagnies d'assurance indiennes.[1] Ces grands prestataires de micro-assurance proposent un produit ou une gamme de produits parfaitement adaptés aux personnes à faible revenu.

Un des aspects importants (décrit en section 4) est que la micro-assurance peut emprunter diverses voies, y compris de petits modèles basés sur la communauté, des unions de crédit et autres types d'institutions de micro-finance, tout comme de gigantesques compagnies d'assurance internationales. Sur le terrain, Allianz, l'une des principales compagnies d'assurance au monde, a lancé récemment une initiative en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) pour offrir une assurance aux populations pauvres en Inde et en Indonésie.

Le terme micro-assurance ne fait également pas référence à la portée du risque telle que perçue par les assurés. Les risques en eux-mêmes ne sont nullement perçus comme « micro » par les ménages concernés. La micro-assurance peut couvrir divers risques, y compris la maladie, le décès et la perte de biens, soit quasiment tout risque assurable.[2] Cependant, cet

1 Comme décrit au chapitre 5.2, les compagnies d'assurance indiennes doivent allouer un certain pourcentage de leur portefeuille d'assurance à des personnes de « secteurs ruraux et sociaux », ce qui en pratique revient à dire aux ménages à faible revenu. Par conséquent, tous les assureurs indiens participent à la micro-assurance, d'une façon ou d'une autre, et c'est pour cette raison que de nombreuses innovations en matière de micro-assurance proviennent d'Inde.

2 Les chapitres 1.2 et 2.1 décrivent les caractéristiques des risques assurables.

ouvrage se concentre principalement sur l'assurance-vie et l'assurance maladie dans la mesure où des études sur la demande menées à travers de nombreux pays identifient régulièrement les risques de maladie et de décès comme inquiétude principale de la plupart des ménages à faible revenu *(voir chapitre 1.2)*.

Les gens utilisent souvent le terme assurance de manière générale pour faire référence aux techniques de prévention et de gestion des risques. Par exemple, le fait d'épargner en prévision de situations d'urgence peut être considéré comme un fonds d'assurance. Toutefois, cet ouvrage utilise une définition plus restrictive, selon laquelle la micro-assurance, à l'instar de l'assurance classique, implique un élément de mise en commun des risques. Les personnes participant à la mise en commun des risques et qui ne subissent aucun sinistre pendant une certaine période, payent en quelque sorte les sinistres subis par d'autres assurés. Le principe d'assurance réduit la vulnérabilité, dans le sens ou les ménages remplacent les éventuelles perspectives de pertes par la certitude de procéder à de faibles paiements réguliers de primes. Au final, cette fonction de mise en commun des risques montre bien que l'assurance est un service financier bien plus complexe que l'épargne ou le crédit.

La micro-assurance n'étant, pour les ménages à faible revenu, qu'un outil de gestion des risques parmi d'autres, les organismes souhaitant véritablement s'engager dans l'assistance des populations pauvres en matière de gestion des risques doivent déterminer si la mise à disposition d'une micro-assurance est la réponse la plus appropriée. Pour les risques entraînant des sinistres modérés ou pour les risques avec un haut degré de prévisibilité ou une fréquence élevée, l'épargne et les prêts d'urgence seraient des prestations financières plus adaptées pour la gestion des risques. L'épargne et le crédit sont des solutions plus souples que l'assurance car ils peuvent être utilisés pour différents risques (et opportunités). En revanche, l'assurance offre, en cas de pertes lourdes, une couverture bien plus complète que celles que pourraient garantir les ménages pauvres par leurs propres moyens. Dans le cas de ces risques importants, la mise en commun des risques permet d'accéder à une protection plus efficace que si les ménages essayaient de se protéger individuellement.

Il est important de ne pas surestimer l'effet de développement de l'assurance. Seule, l'assurance ne peut éliminer la pauvreté. Pourtant, si parallèlement à d'autres outils de gestion des risques, l'assurance-vie et l'assurance maladie pour les pauvres sont mises à la disposition de ces hommes et femmes démunis, alors, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) deviennent réalisables *(voir encadré 1)*.

Encadré 1 **Micro-assurance et OMD**

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), déterminés par les Nations Unies en 2000, offrent plus de 40 indicateurs mesurables pour évaluer les progrès effectués au niveau du développement social et économique international jusqu'en 2015. Les OMD servent de cadre de développement aidant à concentrer l'attention des responsables politiques, des bailleurs de fonds et des acteurs du développement sur les objectifs les plus critiques.

Si l'assurance était plus largement mise à la disposition des ménages, certains OMD seraient plus faciles à atteindre, y compris les suivants :

– Réduire de moitié la proportion d'hommes et de femmes dont le revenu est inférieur à un dollar par jour.
– Réduire de moitié la proportion de personnes souffrant de la faim.
– S'assurer que tous les enfants, filles et garçons confondus, aux quatre coins de la planète, assistent à toutes les classes de l'école primaire.
– Supprimer toute inégalité entre les sexes en cycle primaire et secondaire.
– Réduire de 2/3 le taux de mortalité infantile chez les enfants de moins de 5 ans.
– Réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle.
– Stopper et inverser la tendance de propagation du SIDA.
– Stopper et inverser la tendance de l'incidence de la malaria et des autres principales maladies.

L'assurance peut aider par exemple à réduire la proportion de personnes souffrant de la faim et dont le revenu est inférieur à un dollar par jour. Alors que les experts du développement ont tendance à concentrer leurs efforts sur la promotion du développement économique en tant que stratégie de réalisation de ces objectifs, ils doivent aussi reconnaître que les progrès peuvent rapidement être réduits à néant lorsque des ménages vulnérables font fasse à un sinistre ou à une crise. Il est essentiel que les efforts pour relancer la productivité soient combinés aux efforts nécessaires pour offrir une protection.

C'est peut-être encore de façon plus directe que la micro-assurance peut contribuer à atteindre les objectifs de santé publique tels que la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et le combat contre le SIDA, la malaria et autres maladies. Les programmes de micro-assurance maladie proposent généralement des campagnes de vaccination, la formation de sages-femmes et permettent aux femmes de se faire transportées et hospitalisées en cas d'accouchement avec complications.

Certains modèles de micro-assurance offrent de précieuses informations et ressources pour la prévention des risques. En informant sur les risques et en

promouvant les bonnes habitudes en matière de santé, ces programmes peuvent réduire l'incidence de certaines maladies et allonger la durée de vie *(voir chapitre 3.9)*.

La micro-assurance présente également l'intérêt de contribuer à la promotion de l'égalité des sexes et de l'émancipation des femmes *(voir chapitre 2.4)*. Si l'assurance peut aider les ménages vulnérables à ne pas s'enfoncer un peu plus dans la pauvreté, ils n'auront plus besoin de choisir parmi leurs enfants lequel envoyer à l'école. En outre, l'épargne à long terme et les politiques d'assurance permettent aux populations pauvres d'accumuler des fonds qu'elles pourront utiliser pour payer les études de leurs enfants, filles et garçons confondus.

2 Les deux visages de la micro-assurance

Il existe deux grandes catégories de micro-assurance. L'une se concentre sur la protection sociale des populations pauvres en l'absence de programmes gouvernementaux appropriés. L'autre offre un service financier vital aux ménages à faible revenu en développant un modèle commercial approprié qui permet aux populations pauvres de devenir un segment de marché rentable (ou durable) pour les assureurs commerciaux ou mutuelles d'assurance.

Pourtant, ces deux catégories ont beaucoup en commun. La micro-assurance est comparable à Janus, ce dieu romain, gardien des portes et également divinité des commencements. Il était représenté avec deux visages et un seul corps *(illustration 1)*. Que l'on considère la micro-assurance selon une approche de protection sociale ou basée sur le marché, le corps du modèle d'assurance, son fonctionnement de base, sont largement similaires. Par conséquent, un ouvrage sur le fonctionnement de la micro-assurance doit tirer des leçons et expériences des deux systèmes.

Illustration 1 **Janus : les deux visages de la micro-assurance**

Un nouveau marché pour les assureurs

Protection sociale des travailleurs de l'économie informelle

2.1 Approfondissement de l'accès aux services d'assurance : un nouveau marché

C'est autour des réflexions du maître à penser, C.K. Prahalad, que s'articule l'idée du « nouveau marché ». En 2005, dans son livre *The fortune at the bottom of the pyramid* (La fortune est au bas de la pyramide), il explique que « le secteur privé, dans son désir de [...] gagner des parts de marché, inventera des systèmes dépendant de la nature du marché ». Prahalad identifie les 4 milliards de personnes vivant avec moins de 2 dollars par jour comme une opportunité de marché, si les fournisseurs de produits et de services, y compris les multinationales, inventent de nouveaux modèles commerciaux et créent des consommateurs à faible revenu.

Cette philosophie n'est certainement pas révolutionnaire pour tous ceux impliqués dans la micro-finance. En effet, la commercialisation est en marche depuis 1992, année où l'ONG bolivienne de micro-financement Prodem a créé BancoSol, première banque commerciale au service du marché des personnes à faible revenu. La création de BancoSol a signé le début d'une révolution qui a inspiré plus de 39 autres ONG pour la création d'institutions financières (Fernando 2004) et a donné l'idée à de nombreuses banques commerciales de s'intéresser au « marché du bas de la pyramide ».

Outre la micro-finance, Prahalad a également tiré des exemples d'autres secteurs, parmi lesquels le bâtiment, les biens de consommation et la santé. C'est en se basant sur des études de cas et des innovations ayant porté leurs fruits que Prahalad identifie des principes communs à prendre en compte lors de l'innovation pour le bas de la pyramide (BOP, pour bottom of the pyramid). Bien qu'il n'analyse pas d'études de cas relatives à l'assurance, Prahalad parle de « douze principes d'innovation pour les marchés du bas de la pyramide » qui s'avèrent parfaitement applicables à la mise à disposition de la micro-assurance *(voir encadré 2)*.

Encadré 2

Application des « douze principes d'innovation pour les marchés du bas de la pyramide » de Prahalad à la micro-assurance.

1. Nouvelle approche de la relation prix/performance
De toute évidence, les populations pauvres ne peuvent s'offrir de produits coûteux ; mais cela ne signifie pas pour autant qu'elles méritent des produits de mauvaise qualité. Dans le cadre de la micro-assurance, il est au contraire possible d'argumenter que les consommateurs à faible revenu ont besoin de produits de *meilleure* qualité (par exemple, un règlement rapide des sinistres, peu de rejets des déclarations de sinistre, voire aucun) pour surmonter leur appréhension de payer immédiatement alors que le bénéfice futur n'est pas déterminé. Prahalad soutient également que les consommateurs BOP ont une connaissance étonnament bonne des marques, élément que les micro-assureurs doivent garder à l'esprit lorsqu'ils s'efforcent de gagner la fidélité et la confiance des consommateurs.

2. Des technologies avancées combinées aux infrastructures existantes
Bien que la micro-assurance n'en soit qu'à ses balbutiements, plusieurs institutions de micro-financement s'essayent à l'utilisation des technologies (parmi lesquelles guichets bancaires automatiques avec identification biométrique, cartes à puce, PDA Palm pilot et terminaux point-de-vente) pour optimiser l'efficience et la productivité. Les micro-assureurs vont sans nul doute suivre ce mouvement.

3. Portée des opérations
Dans le cadre d'un modèle de gestion BOP, tout rendement du capital investi repose sur le volume. Même si le profit unitaire est minuscule, s'il est multiplié par un nombre de ventes colossal, il devient intéressant aux yeux des actionnaires. C'est bien là un facteur essentiel lorsqu'il s'agit d'assurance et de la loi des grands nombres, selon laquelle le nombre de sinistres réel correspond d'autant plus au nombre prévu que le volume des risques mis en commun dans un pool est élevé. Lorsque les prévisions ont un fort taux de probabilité, alors la tarification n'a pas besoin d'inclure une marge d'erreur importante, rendant le produit plus abordable pour les populations pauvres.

4. Éco-responsabilité
Prahalad remarque que les ressources associées aux produits dans les pays développés ne seraient absolument pas durables si elles étaient utilisées pour l'énorme marché BOP. Par conséquent, toutes les innovations doivent minimiser le conditionnement et prendre en compte l'impact du produit sur l'environnement. Ce principe risque de ne pas être directement applicable à la

micro-assurance ; toutefois, il existe un lien. Bien des risques catastrophiques auxquels sont exposées les populations pauvres sont liés au changement climatique.

5. Besoin d'un système différent
Les produits et services s'adressant aux consommateurs BOP ne peuvent pas se contenter d'être des copies bon marché des produits d'origine. Avec la micro-assurance par exemple, la façon dont les ménages à faible revenu utiliseront un montant d'indemnisation reflète les différences fondamentales par rapport au marché de l'assurance conventionnelle. Par exemple, au lieu de recevoir un montant forfaitaire en espèces, les populations pauvres préfèreront peut-être recevoir leurs indemnités en nature (par exemple un service funèbre ou des denrées alimentaires) de façon échelonnée sur une certaine période.

6. Innovation des processus
Lors de la conception d'un produit pour les consommateurs BOP, les processus, tout comme le produit, doivent être adaptés, à cause des infrastructures généralement limitées dont disposent les populations pauvres. Dans le cadre de la micro-assurance par exemple, il est important de tenir compte du fait que le paiement de la cotisation n'est pas la seule dépense. Les coûts indirects liés à l'accès et à l'utilisation du produit, y compris le transport et les coûts d'opportunité en cas de perte de salaires, peuvent être bien plus importants que le coût réel.

7. Déqualification du travail
Les industries des services sont, par nature, grandes consommatrices de main d'œuvre, plus encore celles concentrées sur le marché BOP du fait de l'échelle sur laquelle elles travaillent. Le coût de la main d'œuvre pouvant représenter plus de la moitié des dépenses de fonctionnement totales, l'une des méthodes de réduction des coûts consiste à simplifier les opérations pour que les produits puissent être vendus et gérés par des employés moins rémunérés. Une telle approche convient particulièrement à la micro-assurance dans la mesure où les clients souhaitent des produits simples d'utilisation.

8. De lourds investissements dans l'éducation des consommateurs
Prahalad est explicite : il est essentiel de créer des consommateurs BOP par le biais de l'éducation et d'une prise de conscience, ce à l'aide de mécanismes innovants pour atteindre les personnes « hors de portée des médias ». C'est à ce problème qu'ont été confrontés les micro-assureurs ayant dû expliquer à leurs clients le fonctionnement et les avantages de l'assurance.

9. Des produits conçus pour des conditions hostiles
Les produits et services conçus pour les consommateurs BOP doivent tenir compte des conditions d'insalubrité et des infrastructures limitées (coupures électriques, mauvaise qualité de l'eau, etc.). Pour les prestataires de micro-assurance, cela signifie investir dans des mesures de prévention des sinistres, comme la promotion d'un comportement à faible risque, de l'hygiène et de l'assainissement de l'eau afin de réduire les indemnités d'assurance-vie et assurance maladie.

10. Des interfaces conviviales
Le marché BOP est extrêmement hétérogène, avec une pléiade de langues et un large éventail de niveaux d'alphabétisation. Fournir des prestations à ce marché exige attention et considération, afin que les ménages pauvres n'éprouvent pas de difficulté à utiliser ce service. Pour la micro-assurance, le formulaire de demande doit être bref, éventuellement rempli par le commercial. Plus gros défi encore : simplifier la documentation relative aux déclarations de sinistre, pour que les assurés aient facilement accès aux prestations tout en protégeant les assureurs contre la fraude.

11. Distribution
L'un des grands défis des prestations aux consommateurs BOP est la mise sur le marché du produit, d'autant plus que la distribution n'est pas le fort des compagnies d'assurance. La principale solution à ce problème consiste à collaborer avec une autre organisation procédant déjà à des transactions financières avec les ménages à faible revenu, de sorte que les assureurs pourront profiter des infrastructures existantes pour communiquer avec les populations pauvres.

12. Mettre au défi les idées reçues
En somme, pour offrir des prestations aux consommateurs à faible revenu, les assureurs doivent modifier leur vision des besoins des bénéficiaires, de la conception du produit, des systèmes de distribution et même des modèles commerciaux. Si les assureurs sont prêts à découvrir ces consommateurs et à développer de nouveaux paradigmes pour se mettre à leur service, un marché viable s'offre à eux.

Pour savoir clairement comment développer de nouveaux modèles commerciaux pour la micro-assurance, il est nécessaire de déterminer pourquoi les modèles actuels des compagnies d'assurance n'atteignent pas les populations pauvres. Bien que le secteur des assurances commence à prendre conscience de l'immense marché des consommateurs à faible revenu, actuel-

lement mal desservi, les assureurs sont confrontés à de nombreux obstacles qu'ils doivent surmonter s'ils veulent proposer la micro-assurance à grande échelle.

Outre les problèmes liés à des coûts de transaction élevés et aux systèmes de distribution inadaptés, identifiés dans l'encadré 2, les produits que les assureurs offrent généralement ne sont pas conçus pour répondre aux caractéristiques bien spécifiques des consommateurs à faible revenu, notamment des ménages dont le soutien de famille est employé par l'économie informelle et ne ramène que des revenus irréguliers en espèces. Autres problèmes essentiels de la conception du produit : les montants assurés inadaptés, les exclusions complexes, la langue officielle indéchiffrable du contrat d'assurance sont autant d'obstacles qui empêchent d'offrir des services aux populations pauvres.

Il est bien connu que les personnes à faible revenu sont plus vulnérables face à tout type de risque que celles disposant d'un revenu supérieur. Toutefois, les assureurs ne disposent pas d'informations leur permettant d'interpréter le niveau de vulnérabilité des populations pauvres. Pour faire face à un tel problème, les assureurs peuvent par exemple fixer une marge d'erreur large, puis la réajuster lorsque les déclarations de sinistre commencent à arriver. Cependant, si les assureurs prévoient une marge supplémentaire en plus des coûts d'administration élevés, nécessaires pour opérer auprès des consommateurs à faible revenu, les primes pourraient être inabordables.

Les assureurs estiment, à tort ou à raison, que les consommateurs à faible revenu n'ont pas les moyens de contracter une assurance. Il est intéressant de se souvenir qu'à la fin du XIXe siècle, période de grande propagation de l'assurance, ce système était considéré comme s'adressant aux personnes pauvres. Les classes aisées n'avaient pas besoin d'assurance puisqu'elles pouvaient s'assurer par leurs propres moyens. Au fil du temps, l'assurance est devenue un concept plus moderne, les personnes aisées ont reconnu leurs vulnérabilités et c'est ainsi que les perceptions se sont inversées.

Les assureurs ne disposent pas des mécanismes adéquats pour contrôler certains risques d'assurance, tels que l'antisélection et la fraude sur les marchés à faible revenu. Par exemple, les méthodes de classement des déclarations de sinistre et les techniques de vérification utilisées pour s'assurer qu'une personne couverte par une assurance-vie de 100 000 dollars ne va pas duper l'assureur sont inadaptées pour un contrat de 500 dollars.

Le défi majeur impliqué dans le processus de démocratisation de l'assurance consiste à informer les populations pauvres et à combattre leurs idées reçues concernant l'assurance. Bien des personnes sont sceptiques quant au fait de payer des primes pour un produit immatériel dont les retombées ultérieures ne sont parfois jamais réclamées, de plus elles ne font généralement pas entièrement confiance aux compagnies d'assurance. Familiariser les gens

à la valeur de l'assurance demande du temps et de l'argent. Pour être honnête, les deux parties ont des préjugés. Les employés des compagnies d'assurance ont souvent une connaissance insuffisante des besoins et des inquiétudes des populations pauvres. De la même façon, la culture et les primes d'encouragement des compagnies d'assurance récompensent les commerciaux qui se concentrent sur les contrats d'assurance portant sur des sommes plus importantes et sur les clients plus rentables, tout en véhiculant l'idée qu'assurer des personnes pauvres est ridicule.

Les consommateurs à faible revenu représentent un potentiel énorme, pourvu que les assureurs soient en mesure d'aborder ces problèmes grâce à des innovations efficaces et performantes. Bien qu'ils soient d'envergure et déconcertants, ces obstacles peuvent être surmontés ; ils sont d'ailleurs en train de l'être par plusieurs assureurs informels ou non, qui développent aux quatre coins de la planète de nouvelles techniques qui leur permettront d'opérer sur cet immense marché jusqu'alors ignoré.

2.2 Une protection sociale pour les travailleurs informels

Même en améliorant considérablement les modèles de compagnies d'assurance, la conception du produit et les canaux de distribution, il est évident qu'il est impossible d'assurer tout bien ou toute personne selon les principes de l'économie de marché. Et cela ne doit pas être le cas. En effet, les gouvernements endossent cette responsabilité critique qui consiste à fournir une protection sociale à tous ses citoyens.

La protection sociale est l'autre visage de la micro-assurance. Généralement, elle englobe tout un éventail de politiques et de programmes gouvernementaux pour réduire la pauvreté et la vulnérabilité en diminuant le nombre de personnes exposées à divers risques et en améliorant la façon dont elles se protègent par elles-mêmes. La protection sociale fait référence aux prestations que la société fournit à ses citoyens, parmi lesquelles :

- les indemnités en cas de chômage ou d'invalidité ;
- l'accès universel aux soins de santé ;
- l'allocation de maternité ;
- les pensions de retraites ;
- la protection des enfants et des personnes invalides.

Toutefois, plus de la moitié de la population mondiale est exclue de tout type de protection sociale, y compris des programmes financés par les primes d'assurance et des prestations sociales financées par les impôts. La situation est particulièrement grave à certains endroits de la planète. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, la sécurité sociale légale couvre 5 à 10 % de la population active (OIT, 2001).

Pour les pays en voie de développement, l'offre d'une protection sociale complète représente un défi majeur. L'immense majorité des personnes concernées sont employées par l'économie informelle, ce qui revient à dire qu'il n'existe pas de modèles efficaces pour les atteindre systématiquement. Du fait qu'elles travaillent à leur compte ou pour des entreprises informelles, aucun employeur formel ne cotise dans le cadre de programmes de type retraite, chômage ou santé. Ces travailleurs pauvres ne peuvent pourtant pas se permettre de cotiser à part entière auprès d'organismes de sécurité sociale. Parallèlement, les gouvernements de nombreux pays en voie de développement ne disposent pas des ressources pour créer suffisamment d'infrastructures (de soins par exemple) ni pour payer les frais récurrents liés aux modèles de protection sociale.

En tant que système de protection sociale, la micro-assurance s'efforce de combler le fossé en proposant une couverture sociale aux exclus ; action que le soutien des programmes gouvernementaux pourrait optimiser afin de favoriser l'effet de redistribution. En l'absence de protection sociale formelle, la micro-assurance répond à un besoin urgent mais ne déresponsabilise nullement les gouvernements. En effet, comme décrit dans le chapitre 1.3, la micro-assurance peut créer des mécanismes de distribution pour étendre les programmes (et subventions) gouvernementaux à l'économie informelle, intégrant ainsi les systèmes de protection sociale informel et formel.

Par conséquent, quel que soit le visage de Janus utilisé pour faire référence à la micro-assurance, l'objectif est de réduire la vulnérabilité des populations actives pauvres en incitant le secteur public (protection sociale) et le secteur privé (nouveau marché), voire les deux, à faire ce que ni l'un ni l'autre n'ont réussi à mettre en œuvre pour le moment : fournir une assurance aux populations pauvres. En effet, les deux visages se partageant la même tête, il est raisonnable d'explorer des zones de convergence pour créer des modèles ou des systèmes alternatifs de protection des populations pauvres, tels que des mutuelles, des coopératives et des partenariats secteur public-secteur privé, ou encore des subventions gouvernementales pour remédier aux défaillances du marché.

3 Trois mots qui font toute la différence

Du point de vue fonctionnel, l'extension de l'assurance aux ménages à faible revenu est globalement similaire, selon que l'on considère cette opération du point de vue de l'économie de marché ou de la protection sociale. Les caractéristiques clés suivantes illustrent combien l'assurance pour les populations pauvres peut différer des programmes d'assurance conventionnelle et d'assurance sociale de base.

Un système parfaitement adapté aux ménages à faible revenu
De toute évidence, la couverture doit être en rapport avec les grands secteurs de vulnérabilité des ménages à faible revenu, alors que la couverture souvent proposée par les assureurs ou les organismes de sécurité sociale ne répond pas vraiment aux besoins des populations pauvres. L'assurance-chômage peut-elle devenir pertinente pour les travailleurs journaliers occasionnels ? Les assureurs commerciaux sont-ils bien informés des risques les plus préoccupants pour les populations pauvres, de ce qui les empêche de trouver le sommeil ?

Une couverture aussi large que possible
Si les compagnies d'assurance ont tendance à exclure les personnes à haut risque, généralement, les programmes de micro-assurance s'efforcent d'inclure le plus de risques possible. Une telle approche prend tout son sens si l'on considère la micro-assurance comme un prolongement des programmes nationaux de protection sociale. En effet, pour remplir la mission sociale de la micro-assurance, il est nécessaire d'assurer une protection lorsque les ménages vulnérables en ont le plus besoin. Toutefois, la micro-assurance basée sur le marché permet-elle d'inclure les mêmes risques ? Les sommes assurées étant moins importantes, les coût d'identification des personnes à haut risque, telles que celles étant déjà atteintes d'une maladie grave, seraient supérieurs à l'économie réalisée en les excluant de prime abord. De plus, si les programmes de micro-assurance pouvaient atteindre le nombre gigantesque de personnes requis pour remplir les OMD, de nombreuses exclusions et limitations ne seraient que des lourdeurs administratives qui mettraient à mal l'optimisation, plutôt que des outils essentiels de contrôle des risques assurables.

Des primes abordables
En fin de compte, les programmes de micro-assurance doivent être accessibles aux populations pauvres, sans quoi elles ne participeront pas et ne bénéficieront d'aucune couverture. Il existe différentes stratégies pour rendre la micro-assurance accessible, par exemple des indemnisations peu élevées, l'échelonnement des paiements de prime en fonction des revenus en espèces du ménage et des subventions de l'État comme soutien pour le paiement des primes. Du point de vue de la protection sociale, le système de redistribution des riches aux pauvres, aide en théorie à rendre les cotisations plus abordables pour les populations pauvres. Pour le modèle de marché, les assureurs seraient susceptibles d'accepter de faibles bénéfices à court terme, voire même des pertes, pour développer le marché.

Regrouper pour optimiser
L'assurance collective est plus abordable que la couverture individuelle ; mais comment créer des groupes de personnes au sein de l'économie informelle ? Bien que l'on fasse parfois référence à l'économie informelle comme étant un secteur désorganisé, il existe au sein de celle-ci des groupes exploitables ; par exemple, des associations de femmes, des groupes d'épargne informels, des coopératives, de petites associations commerciales, etc. Certains micro-assureurs utilisent mieux ces groupes que les assureurs conventionnels, en engageant le soutien des groupes dans la sélection des membres et en réduisant les risques assurables, tels que les utilisations abusives ou les risques moraux.

Des règles et des limitations simples et clairement définies
Le PDG d'une grosse compagnie d'assurance des États-Unis a déclaré une fois qu'il ne comprenait pas le contrat d'assurance de sa propre entreprise. Généralement, les contrats d'assurance sont bardés de conditions complexes, d'avantages conditionnels, rédigés dans un jargon de juriste difficile à comprendre, y compris pour des avocats. Bien que la raison d'être des petits caractères soit certainement la protection de l'assuré, si le consommateur ne comprend pas ce qui est stipulé, alors ces précisions ne servent à rien. De plus, leur contenu peut fournir aux compagnies d'assurance une excuse pour refuser le paiement d'un sinistre. La micro-assurance doit, pour de nombreuses raisons, rester aussi simple et directe que possible de sorte que tout un chacun comprenne ce qui est couvert ou non.

Nécessité de faciliter l'accès à la documentation relative aux déclarations de sinistre
La procédure permettant de bénéficier de prestations auprès des organismes de sécurité sociale et des compagnies d'assurance a tendance à être si complexe que seuls les demandeurs les plus persévérants parviennent à leurs fins. De tels obstacles sont inimaginables pour des ménages à faible revenu qui ne peuvent se permettre de manquer plusieurs jours de travail, ce qui reviendrait à payer des « cotisations non officielles » pour accéder à des documents officiels. Si des mesures de contrôle doivent être déployées pour éviter des déclarations de sinistre frauduleuses, pour que la micro-assurance soit efficace, le processus de déclarations de sinistre légitimes doit être facile pour les ménages à faible revenu.

Des stratégies de dépassement de la méfiance des clients
Pour finir, les micro-assureurs doivent disposer de stratégies efficaces pour faire baisser l'appréhension qu'ont les ménages à faible revenu vis-à-vis de l'assurance. L'une des méthodes de base pour l'atteinte de cet objectif passe

par l'éducation du client, pour faire comprendre aux potentiels assurés le fonctionnement de l'assurance et ce qu'elle peut leur apporter. Toutefois, il est tout aussi important de tenir ses promesses, de remplir ses obligations et de créer une culture de l'assurance chez les populations pauvres. Pour que la micro-assurance gagne la confiance du marché, elle doit éviter ces préjugés courants sur les prestataires d'assurance que l'ont dit rapides à empocher l'argent, mais plus lents lorsqu'il s'agit de payer. En effet, la micro-assurance doit développer des systèmes de paiement rapide des sinistres, pour réduire et éviter les rejets de déclarations de sinistre et pour offrir une qualité de service digne de la confiance d'un marché qui se méfie.

Tant pour la protection sociale que pour les perspectives commerciales, les programmes d'assurance pour les populations pauvres doivent trouver un équilibre pour les trois objectifs suivants : 1) fournir une **couverture** pour répondre aux besoins de la population cible, 2) minimiser les **coûts** de fonctionnement du côté de l'assureur et 3) minimiser le **prix** (y compris les coûts de transaction imputés aux assurés) pour améliorer l'abordabilité et l'accessibilité. Tout ceci sous-entend des choix difficiles auxquels la meilleure réponse est sans nul doute celle donnée par les futurs bénéficiaires de la couverture en question.

Pour résumer, la micro-assurance doit être conçue pour aider les plus pauvres à faire face à des risques. Avec cet objectif essentiel qui dicte une philosophie unique, la micro-assurance se démarque clairement des programmes de protection sociale et d'assurance classiques. Peut-être qu'à l'époque de leur émergence, les assurances sociales et commerciales représentaient elles aussi le modèle idéal de protection des populations pauvres. Par exemple, certaines des grandes compagnies d'assurance sont issues des programmes de protection mutualiste du XIXe siècle, mis en place pour les ouvriers travaillant à l'usine. Néanmoins, au fil des années, les efforts pour empêcher fraude et abus se sont traduits par un imbroglio de règles et de conditions administratives qui ont fini par altérer leur efficacité et par leur faire perdre leur vocation première : aider les populations pauvres. De plus, dans le cadre de l'approche basée sur le marché, les efforts pour maximiser les bénéfices des actionnaires ont détourné l'assurance de sa cible d'origine pour partir en quête de clients plus rentables.

En effet, la micro-assurance que l'on peut définir comme une campagne de « retour aux sources », a pour objectif de se concentrer sur les besoins en matière de gestion des risques des personnes vulnérables, et de les aider à gérer ces risques grâce au principe de solidarité incarné par la mise en commun des risques. Bien que tous les programmes de micro-assurance ne suivent pas toutes ces valeurs, plus ils en seront proches, mieux ils aideront ceux qui en ont le plus besoin.

1.2 La demande de micro-assurance

Monique Cohen et Jennefer Sebstad

Les auteurs remercient pour leurs idées et commentaires Frank Bakx (Rabobank Foundation), Michal Matul (Micro Finance Center) et Michael McCord (MicroInsurance Centre).

Le risque est sans cesse présent dans la vie des plus démunis. Face à des bouleversements, les populations pauvres se servent de leurs actifs financiers, physiques, sociaux et humains pour payer les dépenses induites. En l'absence d'outils de gestion des risques préventifs ou ex ante, la plupart de ces personnes sont forcées de dépendre de différentes options après coup ou ex post. Lorsqu'une crise a lieu, une stratégie de réponse commune consiste à emprunter au prêteur ou à l'établissement de micro-finance ; d'autres demandent probablement à des amis ou des proches de les aider. Peu ont accès aux services d'assurance formels.

Les populations pauvres luttent continuellement pour améliorer leur vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif marqué par de timides avancées. Sans cesse assaillis par des pressions financières, les ménages à faible revenu pensent que les bouleversements peuvent facilement réduire leurs gains durement gagnés. De fait, leur trajectoire pour sortir de la pauvreté suit une route

Illustration 2

Impact des bouleversements sur les actifs et les revenus des ménages

Source : d'après McCord, 2005.

en zigzag : les progrès reflètent les périodes de constitution d'actifs et de croissance des revenus ; les déclins sont le résultat de bouleversements et de tensions économiques, rendant souvent les dépenses supérieures au revenu actuel *(illustration 2)*. Le rôle de la micro-assurance, à l'instar de tout outil de gestion des risques efficace, est de tempérer ces reculs, qui constituent des obstacles majeurs pour sortir de la pauvreté. Confrontées à un bouleversement, les populations pauvres combinent généralement plusieurs ressources, dont les crédits et épargnes formels et informels, et cherchent un travail ou des opportunités de revenus supplémentaires pour payer leurs dépenses. Comprendre ces stratégies de gestion des risques est un point de départ à la réflexion sur la demande d'assurance par les plus démunis. Ce chapitre étudie les risques auxquels les populations à faible revenu s'exposent, analyse leurs principaux moyens de faire face à ces risques ou de les gérer, et offre un aperçu de la manière dont l'assurance pourrait améliorer la capacité des populations pauvres à gérer les risques.

1 Gestion des risques

1.1 Bouleversements et situations de stress

La vulnérabilité est étroitement associée à la pauvreté et peut être décrite comme la capacité des individus et des ménages à gérer le risque.[1] La demande de micro-assurance est directement liée à la vulnérabilité ; elle devient trop grande pour les risques et les stratégies de gestion des risques des ménages à faible revenu. Les recherches sur l'impact des situations de risque et sur la façon dont les populations pauvres font face aux bouleversements permettent d'expliquer la demande d'assurance.

Les risques se présentent sous plusieurs formes, comme la maladie, le décès d'un être cher, l'incendie ou le vol. Ces bouleversements se produisent fréquemment et créent des pressions sur les revenus en espèces des ménages qui aggravent la tension omniprésente qui règne autour de la possibilité de payer les dépenses régulières, comme la nourriture, le loyer et les frais de scolarité. Lorsque les pressions financières dépassent la capacité de revenus en espèces des ménages, les personnes doivent chercher des fonds auprès de sources extérieures. Dans certains cas, la micro-assurance pourrait être une option pour combler ce fossé.

La différence entre les titulaires de contrats de micro-assurance et d'assurance conventionnelle est que les premiers sont plus pauvres, ont moins de réserves financières et ont des revenus qui fluctuent considérablement tout au

[1] Le risque est défini comme le risque d'une perte ou la perte elle-même.

long de l'année. Les plus démunis sont plus vulnérables à de tels bouleversements parce qu'ils ont moins de ressources, non seulement pour couvrir les coûts immédiats du bouleversement, mais également les dépenses secondaires encourues pour se remettre sur pied *(encadré 3)*. Une fois leurs réserves épuisées, les ménages à faible revenu sont contraints à des comportements de plus en plus réactifs. Ils répondent à chaque crise par des mécanismes pour surmonter les défis de plus en plus stressants *(illustration 3)*. Le défi de la micro-assurance est de transformer les pratiques de gestion des risques réactives en pratiques proactives.

Encadré 3

Impact des bouleversements sur les populations riches et pauvres du Vietnam

Les bouleversements qui sont mineurs pour les populations non-pauvres peuvent être dévastateurs pour celles en-dessous du seuil de pauvreté. Au Vietnam, les populations pauvres et riches peuvent être touchées par les mêmes maladies. Cependant, comparé aux populations riches, les populations pauvres ont tendance à être plus souvent malades : par conséquent les coûts sont plus élevés à la fois en termes absolus et par rapport au revenu du ménage. Ils font aussi face à des compromis difficiles : les personnes peuvent se retrouver sans argent pour envoyer leurs enfants à l'école à cause des frais de santé élevés.

Source : d'après Tran et Yun, 2004.

1.2 Classement des risques par ordre de priorité

Alors qu'à travers les pays et sur les différents marchés des pays les gens classent les risques différemment, les ménages à faible revenu identifient systématiquement la perte d'une personne rapportant un revenu au ménage ou la maladie d'un membre de la famille comme leurs plus grandes préoccupations *(tableau 2)*. L'invalidité est également importante mais souvent incluse sous la santé. Ces bouleversements englobent à la fois ceux qui peuvent être anticipés et ceux qui ne le peuvent pas. Heureusement, nombre des risques répandus se prêtent à la protection par le biais de l'assurance.

Tableau 2 **Risques prioritaires dans les pays sélectionnés**

Pays	*Risque prioritaire*
Ouganda	Maladie, décès, invalidité, perte de biens, risque de prêt
Malawi	Crainte d'un décès, surtout par rapport au VIH/SIDA, insécurité alimentaire, maladie, éducation
Philippines	Décès, vieillesse, maladie
Vietnam	Maladie, catastrophes naturelles, accidents, maladie/décès du bétail
Indonésie	Maladie, éducation des enfants, mauvaise récolte
Laos R.D.P.	Maladie, maladie du bétail, décès
Géorgie	Maladie, pertes commerciales, vol, décès d'un membre de la famille, pension retraite
Ukraine	Maladie, invalidité, vol
Bolivie	Maladie, décès, perte de biens y compris perte de récolte dans les zones rurales

Sources : Enarson et Wirén, 2005; Matul, 2004; Matul et Tounitsky, 2006; Mekong Economics, 2003; McCord, 2005; McCord et al., 2005b; Sebstad et Cohen, 2001.

Alors que la prédominance de la maladie n'est pas surprenante, il est facile de perdre de vue son double impact en termes de perte de revenu et de dépenses supplémentaires. Pour les familles avec des enfants malades, les petites dépenses peuvent rapidement augmenter et avoir un impact financier considérable. Les accidents, tout comme les maladies chroniques telles que la malaria et le VIH/SIDA, nécessitent de très grosses sommes d'argent. Ces pressions financières écrasantes retombent souvent sur les femmes, dont bon nombre assument la responsabilité principale pour le bien-être de leurs familles.

Illustration 3

L'impact des risques

Impact immédiat

Situation de risque

- Perte de revenu
- Perte d'actifs
- Besoin d'un montant forfaitaire en espèces

Réponse

Tension faible
- Modifier la consommation
- Améliorer le budget de la famille
- Exiger le remboursement des petites dettes
- Utiliser l'assurance informelle basée sur le groupe
- Utiliser l'assurance formelle

Tension moyenne
- Utiliser les économies
- Emprunter auprès des sources formelles ou informelles
- Diversifier les sources de revenus
- Mobiliser de la main-d'œuvre
- Émigrer pour le travail
- Obtenir de l'aide des amis
- Déplacer l'activité vers le domicile

Tension forte
- Vendre les actifs du ménage
- Vendre les actifs productifs
- Laisser partir des employés
- Réduire le stock commercial
- Ne pas honorer les prêts
- Réduire sérieusement la consommation
- Sacrifier les liens familiaux
- Ôter les enfants de l'école pour les envoyer travailler

Impact à plus long terme

- Réallouer les ressources domestiques
- Réduire les dépenses inutiles
- Modifier temporairement le mode de vie

- Réserves financières épuisées
- Endettement – réclamation sur les futurs revenus
- Longues heures de travail/perte commerciale
- Interférence avec la vie de famille
- Obligations sociales accrues

- Perte de la capacité productive
- Perte de revenus
- Actifs épuisés
- Perte de l'accès aux marchés financiers
- Problèmes de santé non traités
- Isolement social

Source : Cohen et Sebstad, 2005.

2 L'importance de comprendre la demande de micro-assurance

Les premières tentatives des compagnies d'assurance pour percer le marché de l'assurance des personnes à faible revenu se sont appuyées sur l'insatisfaction générée par les produits d'assurance formelle existants. En l'absence d'étude de marché, les prestataires de micro-assurance ont donné une attention limitée à la corrélation entre produits et préférences des consommateurs. Cela s'est traduit par une offre de produits pas toujours bien adaptés au marché qui a généré une persistance et des taux de renouvellement faibles.

Mieux comprendre la demande permet d'améliorer la conception de produits adaptés et identifie les mesures qui devraient être prises pour garantir l'adoption de ces produits par les populations pauvres. Les études de marché favorisent la compréhension de ces services peu connus en déterminant de quels types d'assurance les groupes à faible revenu ont besoin, quels types ils peuvent se payer et quels produits il est possible de proposer.

L'étendue des sujets pour l'étude de la demande de micro-assurance peut être vaste, selon l'utilisation prévue des conclusions ainsi que du temps et des ressources disponibles. L'étude peut s'effectuer sur trois niveaux, chacun traitant un aspect particulier de la demande du marché : 1) compréhension des besoins des clients, y compris de leur comportement actuel en termes de gestion des risques, 2) étude de produit, et 3) analyse du marché potentiel général.

Le premier niveau se concentre sur **la compréhension des besoins des clients** et sur les risques qu'il paraît évident d'assurer pour les différents groupes parmi les plus démunis. Cela implique d'étudier :

- les risques clés auxquels sont exposées les populations pauvres,
- l'impact de ces risques,
- les mécanismes pour surmonter les défis existants,
- l'efficacité des mécanismes pour surmonter les défis,
- le rôle que peut jouer la micro-assurance (ou d'autres services financiers).

Ce niveau de recherche met l'accent sur le comportement actuel en termes de gestion des risques. Les informations sur les pratiques actuelles et les stratégies financières que les ménages utilisent pour se préparer et répondre aux bouleversements permettent d'identifier les vulnérabilités du marché cible. L'accent mis sur les mécanismes pour surmonter les défis existants, et surtout sur les mécanismes d'assurance informelle basée sur le groupe qui impliquent la mise en commun des risques, peut aider à identifier les aspects positifs des systèmes d'assurance informels qui pourraient être intégrés dans la concep-

tion de plus de produits de micro-assurance formels. La compréhension des stratégies d'adaptation permet d'isoler les risques qui pourraient être mieux abordés grâce à l'épargne et aux prêts d'urgence. Ce type de recherche traduit les besoins clés en produits réels en générant des informations qui peuvent être utiles dans l'identification d'attributs de produits adaptés, comme le type et le montant de la couverture, les exclusions, les modèles de distribution, le montant des primes, les options de paiement des primes, les procédures de collecte des primes et les procédures de déclarations de sinistre.

Le deuxième niveau, **l'étude de produit,** peut être effectué conjointement au développement et au test d'un prototype de produit et/ou à la distribution réelle d'un produit d'assurance. Les études sur la demande pour des produits existants, mieux entreprises après qu'un produit a été sur le marché pendant une période, abordent des questions relatives à la satisfaction et la fidélité du client. L'intérêt est porté sur l'adoption du produit par les clients, générant des informations qui peuvent être utilisées dans la conception, la distribution et l'accessibilité à de nouveaux produits ou dans l'affinement de produits existants. L'accent est mis sur le degré de correspondance entre les produits d'une part et les besoins, les préférences et la capacité de revenu des personnes à faible revenu d'autre part (Sebstad et al., 2006).

Le troisième niveau de recherche aborde la **taille du marché potentiel** pour un produit de micro-assurance en particulier.[2] Ce niveau estime le nombre potentiel de titulaires de contrats dans une zone géographique particulière, avec une demande potentielle et la capacité à payer. La segmentation du marché par types précis d'assurance et l'évaluation de l'incidence d'une situation de risque pour une population particulière dans un endroit géographique défini et dans un laps de temps donné sont d'une importance clé. Ces informations se rapportent à la faisabilité financière d'un produit d'assurance, au nombre d'adhérents requis pour que le produit soit rentable, et à la tarification ainsi qu'aux autres caractéristiques d'un produit sur un marché.[3] Ce niveau peut également aborder l'utilisation et la connaissance actuelles de l'assurance, les attitudes envers les concepts d'assurance et le secteur de l'assurance. Les recherches sur ces questions permettent de déterminer le marché potentiel sur le court et le moyen terme. Elles identifient aussi les segments du marché qui ont une utilisation et des problèmes d'attitude spécifiques en ce qui concerne la micro-assurance. Ces informations peuvent être utilisées pour élaborer des stratégies afin d'attirer des titulaires de contrats potentiels.

2 Les auteurs sont reconnaissants à Michal Matul pour sa contribution à cette partie.
3 Sont compris la promotion, le positionnement, le lieu, les personnes et le processus.

3 Stratégies d'adaptation actuelles : forces et faiblesses

Pour faire face aux bouleversements et aux situations de stress, les mesures préventives sont souhaitables mais ne sont pas toujours possibles, surtout pour les ménages à faible revenu. Les options pour se protéger des risques à l'avance peuvent inclure :

- la diversification des sources de revenus,
- la constitution d'actifs en économisant de l'argent, stockant de la nourriture et investissant dans le logement et les soins de santé,
- le renforcement des réseaux sociaux,
- la participation aux systèmes de prêts et d'emprunts réciproques, aux associations d'action sociale et aux autres systèmes informels d'assurance basée sur le groupe,
- l'inscription à des systèmes d'assurance ou des régimes de retraite formels ou à d'autres systèmes de sécurité sociale,
- la bonne gestion de l'argent en contrôlant la consommation et en maintenant l'accès à plusieurs sources de crédit.

Toutes ces options sont largement utilisées ; cependant, lorsque les revenus en espèces sont limités, les ménages pauvres gèrent souvent les bouleversements et les situations de stress ex post *(voir encadré 4)*.

Encadré 4

Risques et gestion des risques au Malawi

Les habitants du Malawi sont tout à fait conscients qu'améliorer la santé des individus et des animaux est la meilleure précaution contre la maladie. Cependant, dans ce pays très pauvre, le manque de services sanitaires et vétérinaires et d'accès à des services financiers adaptés est un obstacle. En outre, les Malawiens trouvent que le manque de transport et les moyens de communications médiocres limitent également leur capacité à faire face au risque.

Source : d'après Enarsson et Wirén, 2005.

Les options pour faire face aux pertes ex post sont à la fois étendues et créatives. Des outils informels et d'auto-assurance de longue date pour la gestion des risques ont été adaptés au fil des années pour répondre à de nouvelles maladies comme le VIH/SIDA, à de nouvelles pressions, comme la privatisation du système de santé, et à des changements sur le marché des services financiers. Des aspects de chacune de ces options peuvent fonctionner pour les ménages à faible revenu, bien que les niveaux de couverture et d'effi-

cacité varient selon l'option. Peu de ménages à faible revenu se limitent à un seul outil de gestion des risques. Ils mélangent et regroupent plusieurs options selon le risque, la perte et leurs revenus en espèces *(voir encadré 5)*.

Encadré 5

Stratégies d'adaptation au Vietnam

Au Vietnam, les prêts sont souvent utilisés pour les soins de santé. Des ventes de cochons, des actifs importants, sont souvent utilisés pour payer les dépenses telles que les frais de scolarité. Les économies en espèces peuvent être importantes, mais elles sont limitées. Conserver de l'argent en espèces à la maison est risqué à cause de la pression continue qui plane sur son utilisation. Vient ensuite l'épargne dans un groupe, comme une association d'épargne et de crédit différés (ROSCA), même si cela est avant tout perçu comme un mécanisme préventif.

Source : d'après Mekong Economics, 2003.

Comme l'illustre le tableau 3, les stratégies ex ante (préventives) et ex post (gestion d'une perte) pour traiter un risque impliquent généralement un mélange de mesures intra-ménages (auto-assurance) et de mesures basées sur le groupe inter-ménages (assurance formelle et informelle). Les types et mélanges de stratégies qu'utilise un individu ou un ménage à n'importe quel moment donné reflèteront son niveau de vulnérabilité. Les avantages et les inconvénients de ces outils de gestion des risques sont examinés ci-dessous.

Tableau 3 **Stratégie d'adaptation par risque**

Stratégies d'adaptation	***Risques*** *Décès*	*Santé*	*Biens*
Auto-assurance	Services financiers Prêteur	Services financiers Revenu actuel Famille/amis Vendre/gager les actifs Prêteur Consommation réduite	Services financiers Revenu actuel Vendre les actifs Mesures préventives
Mécanismes informels basés sur le groupe	Associations d'action sociale (entreprises funéraires) ROSCA	Associations d'action sociale Emprunter auprès de groupes religieux Leveurs de fonds ROSCA	Associations d'action sociale Groupes d'auto-défense Recrutement de gardiens
Assurance formelle	Partenariats entre assureurs et IMF	Partenariats entre assureurs et IMF acheter une assurance maladie	Partenariats entre assureurs et IMF acheter une assurance de biens
Protection sociale		Services de soins de santé Indemnité d'invalidité	Police

3.1 Auto-assurance

L'auto-assurance, qui n'a pas de mécanisme de mise en commun des risques, est une stratégie de gestion des risques courante pour les personnes quel que soit leur niveau de revenus. Par exemple, les tensions économiques qui causent une augmentation à court terme des dépenses du ménage peuvent souvent être atténuées par des crédits, des épargnes ou des revenus supplémentaires. En règle générale, ces mécanismes fonctionnent mieux dans des situations où les risques ont une grande probabilité de se produire et provoquent des pertes relativement réduites.

Piocher dans les économies est moins cher qu'utiliser un crédit pour des besoins prévus. Néanmoins, cette stratégie d'épargne est également limitée. De nombreux ménages pauvres ont du mal à accumuler suffisamment de fonds pour gérer les risques de façon adéquate. Ceux qui possèdent des économies ne sont pas disposés à piocher dedans, car ils s'efforcent de préserver ces actifs durement gagnés à des fins bien précises, comme investir dans un commerce ou construire une maison (Sebstad et Cohen, 2001). Une étude en Tanzanie a constaté que de nombreuses personnes avec des économies importantes préfèrent emprunter plutôt que de piocher dans ces économies lorsqu'elles doivent faire face à une demande imprévue (Millinga, 2002). En Bolivie, de nombreux citadins pauvres empruntent en réponse immédiate à une crise. (Velasco et del Granado, 2004). Par contre, en Afrique du Sud, l'épargne joue un rôle clé dans la gestion des risques (Bester et al., 2004).

En général, le crédit ne convient guère aux pertes plus grandes, telles que les problèmes de santé et les situations catastrophiques qui coûtent cher et affectent un grand nombre de personnes en même temps. La protection contre ces pertes requiert d'autres formes de protection sociale, d'assistance en cas de catastrophe et d'aide publique (Churchill, 2005; Siegel et al., 2001). Le crédit s'est avéré efficace dans la gestion des risques par le biais de prêts d'urgence, comme ceux mis en place par le CIDR au Mali. Un produit financier très populaire dans les zones rurales : les fonds sont utilisés pour surmonter un obstacle commun contre l'accès aux soins de santé, c'est-à-dire le besoin de payer pour le transport vers un centre médical. Garantir l'accès à plusieurs sources de micro-crédits en cas d'urgence est une autre stratégie de gestion des risques, mais elle présente certaines limites. Les clients remboursant un prêt ne sont peut-être pas autorisés à emprunter des fonds supplémentaires de la même source. Ils courent aussi le risque de supporter plus de dettes qu'ils ne le peuvent *(voir encadré 6)*.

Encadré 6

Gestion des risques et surendettement en Géorgie

Les recherches en Géorgie montrent que les stratégies de gestion des risques les plus courantes impliquent des emprunts excessifs et la liquidation des actifs du ménage. Sur le long terme, l'augmentation du surendettement et la réduction des actifs du ménage accentuent la vulnérabilité du ménage face à la pauvreté. Il s'agit d'un phénomène particulier dans les pays en transition où les nouveaux pauvres, lents à développer leurs propres stratégies d'adaptation, s'attendent toujours à ce que les gouvernements inefficaces les aident.

Source : d'après Matul, 2004.

Emprunter auprès de la famille ou des amis est largement identifié comme une stratégie pour répondre aux bouleversements inattendus. Cependant, les sommes d'argent sont généralement petites et ne sont pas toujours disponibles, surtout lorsque les bienfaiteurs potentiels sont concernés par la même crise. La source de soutien a aussi des attentes de réciprocité, ce qui peut créer des pressions sur le plus long terme.

Lorsque les gens répondent à une crise en empruntant, les remboursements constituent une créance sur les revenus futurs. Si le revenu baisse, les ménages peuvent être forcés de mobiliser de la main-d'œuvre (y compris les enfants), vendre des actifs ou s'endetter davantage. Négliger le prêt est rarement perçu comme une option viable. Les populations pauvres se donnent généralement beaucoup de mal pour maintenir leur accès aux micro-crédits, ne serait-ce que pour être sûres d'avoir accès à un montant forfaitaire lorsqu'elles en auront besoin dans le futur (Sebstad et Cohen, 2001).

L'épuisement des actifs est le dernier recours. Cette option entraînant la perte de la base et de la capacité productives du ménage à générer de futurs revenus. Lorsque les actifs productifs sont vendus, reprendre des activités productives est encore plus difficile et stressant. Comme cela a été observé en Albanie, les crises nécessitent souvent la vente de stocks et d'actifs productifs à très bas prix pour payer les dépenses et les dettes. Le ménage est ainsi doublement puni quand il cherche de l'argent pour racheter les actifs. Des bouleversements répétés combinés à des réserves épuisées réduisent la capacité du ménage à reprendre des activités productives, à se redresser et à affronter les risques futurs (Szubert, 2004).

Les gens s'auto-assurent également grâce à d'autres mesures préventives. En Afrique de l'Est, les commerçants investissent dans des barreaux aux fenêtres pour éviter les cambriolages et embauchent des gardiens de nuit ; autrement ils dorment dans leur boutique ou ramènent simplement leur stock à la maison (Cohen et Sebstad, 2005).

3.2 Mécanismes informels basés sur le groupe

Dans plusieurs pays, les ménages à faible revenu utilisent divers types d'associations d'action sociale pour partager les risques *(tableau 4)*. Leur base sous-jacente repose sur l'échange réciproque en périodes de besoin. Les associations d'action sociale basées sur la géographie ou sur l'éthique aident leurs membres à gérer les revenus en espèces ou la mise en commun des risques. Nombre d'entre elles sont dirigées par des chartes bien définies et requièrent le paiement de cotisations en échange du droit d'accès aux ressources du groupe, en espèces ou en nature, pour un besoin spécifique.

Tableau 4 **Exemples de systèmes d'assurance informels basés sur le groupe**

Pays	*Nom d'association d'action sociale*	*Fonction*
Ouganda	*Munno mukabi* (amis dans le besoin)	Couverture des obligations funéraires y compris le repas pour les invités et l'embaumement du corps
Philippines	*Damayan*	Entreprises d'action sociale/ d'inhumation
Afrique du Sud	Entreprises funéraires ou d'inhumation[4]	Soutien émotionnel, coups de main
Indonésie	*Arisans*	Assurance maladie

Lorsqu'un décès survient, les associations d'action sociale sont particulièrement aptes à répondre rapidement. La couverture limitée fournie par une seule société d'inhumation peut constituer une faiblesse majeure ; une série de bouleversements peut aussi épuiser ses réserves. Par conséquent, les ménages font souvent partie de plusieurs associations et encourent les coûts de transaction élevés qui accompagnent chaque adhésion *(voir encadré 7)*.

Encadré 7

Adhésion à plusieurs sociétés d'inhumation

En Afrique du Sud, les gens ont volontiers plusieurs polices d'assurance, car chacune peut être insuffisante ou fournir différentes couvertures pour les obsèques. L'adhésion à plusieurs associations d'action sociale est aussi courante. La première est prévue pour couvrir les coûts funéraires, la deuxième pour fournir de la nourriture aux enfants et la troisième pour les impacts secondaires, pour qu'il ne manque pas de nourriture sur la table, pour que les enfants puissent continuer d'aller à l'école et pour aider le ménage à se refaire.

Source : d'après Bester et al., 2004.

Les ménages se brouillent parfois avec les entreprises funéraires informelles basées sur le groupe de leurs communautés parce qu'ils sont socialement exclus ou trop pauvres pour participer. En l'absence de ce soutien, l'assurance-vie devient souvent un besoin plus important qu'au sein des groupes qui ne sont pas exclus socialement ou économiquement.

4 Les entreprises funéraires ou d'inhumation se distinguent des salons funéraires, qui s'occupent du corps, et de l'assurance obsèques, qui propose un soutien en espèces, même si certains salons funéraires offrent une assurance avec une indemnisation en nature.

Les mécanismes informels basés sur le groupe comprennent aussi les ROSCA et les associations d'épargne et de crédit accumulatifs (ASCA), qui sont utilisées comme moyen d'épargner. Selon l'importance de la contribution en espèces, elles peuvent être utiles lorsqu'une somme en espèces relativement grande est nécessaire. Cependant, ces mécanismes peuvent ne pas être suffisamment souples pour fournir les fonds lorsque les gens en ont le plus besoin, car les membres doivent souvent attendre leur tour. En Indonésie, les membres faisant face à un cas d'urgence peuvent demander d'obtenir leur tour plus tôt, mais ne reçoivent qu'une partie de la somme (McCord et al., 2005b). Dans des situations où le mécanisme des ROSCA n'est pas assez réactif face aux urgences, l'adhésion à un tel groupe crée souvent un capital social dans lequel les membres peuvent piocher en périodes de besoin.

3.3 Assurance formelle

La micro-assurance est une nouvelle option pour les ménages à faible revenu. Conçue d'abord pour fournir une protection pour les dépenses relatives à la santé et au décès, ces nouveaux produits ont jusqu'ici rencontré différents degrés de réussite. Les ménages ou les individus les plus démunis, au niveau ou autour du seuil de pauvreté, constituent le principal marché cible. Ces ménages bien en-dessous du seuil de pauvreté ont le plus besoin d'assurance, mais elle peut ne pas être abordable pour eux.

La forme la plus courante de micro-assurance est l'assurance-vie de crédit. Comme l'explique le chapitre 2.3, il est courant dans les unions de crédit et dans les autres IMF de voir le solde impayé d'un prêt être couvert si un client décède. Alors que l'assurance-vie de crédit peut être une bonne source de revenu pour un IMF, les titulaires des contrats mettent souvent en doute la valeur du produit d'assurance-vie de crédit et voient comme objectif principal la protection du prêteur, et non des emprunteurs.[5]

L'assurance obsèques *(voir aussi chapitre 2.3)* est populaire, surtout dans les pays où les frais élevés d'obsèques et d'enterrements peuvent endetter considérablement une famille *(voir encadré 8)*.

[5] Nombreux sont ceux qui défendent cet argument. Le nombre d'indemnisations payées annuellement est généralement très limité. En outre, de nombreux IMF définissent des limites d'âge pour emprunter, s'assurant ainsi que les clients sont hors du programme avant qu'ils ne présentent des risques élevés de décès.

Encadré 8

Frais élevés des enterrements en Zambie

Madison Insurance en Zambie a développé un produit d'assurance obsèques qui est distribué par les IMF. Puisque les enterrements en Zambie peuvent coûter entre 300 et 500 $ (le PIB par personne étant de 900 $), cela a constitué un supplément bienvenu aux services financiers offerts aux populations pauvres. Selon un client : « Thandizo (le produit d'assurance) est l'un des meilleurs services que j'ai reçu de la part de Pulse (l'un des agents IMF de Madison). Pour les membres assurés de ma maison, je suis certain que je n'aurai pas à lutter pour payer les dépenses funéraires, et mon revenu est épargné. »

Source : d'après Manje, 2005.

Dans certaines régions de l'Afrique et d'ailleurs, les femmes sont particulièrement vulnérables après le décès d'un mari lorsqu'elles perdent leurs biens en faveur d'autres proches (en l'absence de droits de propriété ou de connaissances des méthodes pour exercer leurs droits de propriété). Pour beaucoup de femmes, leur priorité est l'assurance-vie pour leurs maris. Dans le cas de leur propre décès, les femmes ont peur que leurs maris utilisent une prestation d'assurance prévue pour l'éducation des enfants pour investir dans une nouvelle femme. Les femmes préparent de plus en plus leur propre décès en désignant leurs ami(e)s comme bénéficiaires et en leur demandant d'utiliser l'argent pour les frais de scolarité des enfants et pour d'autres nécessités (Cohen et Sebstad, 2005).

L'assurance maladie est très demandée, mais difficile à offrir *(voir chapitre 2.1)*. Les ménages veulent une couverture complète, mais manquent souvent de capacité à payer et à accéder à des services de qualité. Comme l'ont remarqué les Népalais ruraux, « en l'absence de bons services de soins de santé, payer une assurance maladie est tout simplement inutile » (Simkhada, et al., 2000). De plus, comme on le voit dans le chapitre 1.3, le rôle de l'État dans l'offre d'assurance maladie ne peut pas être ignoré. Il continuera d'être important dans la détermination du rôle possible de l'assurance maladie dans de nombreux pays.

Malgré son potentiel, la demande effective de micro-assurance est encore floue. De nombreux produits de micro-assurance sont combinés à des prêts, et les primes sont incluses comme frais payés au moment du déboursement du prêt. Ceci a deux effets : 1) les gens savent rarement combien ils paient et pourquoi ils paient en définitive et 2) lorsque les clients cessent d'emprunter, ils perdent généralement leur couverture d'assurance.

3.4 Protection sociale

Pour nombre de travailleurs pauvres, les services de soins de santé gouvernementaux pourraient être une option pour couvrir les risques de santé et d'invalidité. Toutefois, de nombreux ménages pauvres préfèrent les services privés aux soins de santé publics de mauvaise qualité. En effet, avec les ménages à faible revenu supportant jusqu'à 80 % de leurs coûts liés aux soins de santé dans certains pays, beaucoup de gens pauvres voient dans la micro-assurance une opportunité évidente (McCord, 2005).

Dans les pays en transition, le déclin de la protection sociale universelle a laissé une opportunité et un créneau différents pour la micro-assurance. Malgré le rôle déclinant de l'État lorsqu'il s'agit de proposer des soins de santé, le comportement des gens est toujours en décalage. Peu de ménages allouent un budget pour leurs dépenses en soins de santé (Matul, 2006).

Les gouvernements ont un rôle dans l'allocation de fonds pour protéger les personnes sans ressources et ceux qui ne sont pas capables de générer un fonds suffisant pour la gestion des risques. L'assurance privée ne sera jamais une option pour ce marché.

4 Opportunités pour la micro-assurance

Afin de décider où la micro-assurance peut le mieux correspondre au mélange des stratégies de gestion des risques, il est d'abord nécessaire de déterminer quels risques se prêtent le mieux à l'assurance. Le test de l'ICMIF relatif au risque assurable suggère une approche *(tableau 5)*.

La question suivante est de savoir où la micro-assurance peut avoir une valeur ajoutée pour le client. L'analyse ci-dessus suggère que la gestion des risques est actuellement une action ex post plutôt qu'ex ante pour les ménages à faible revenu. L'auto-assurance est l'option de gestion des risques la plus courante, mais son efficacité est limitée, car elle ne couvre généralement qu'une petite partie de la perte. Cela a un effet négatif sur les revenus et les actifs sur le court terme, et sur la capacité à gérer les risques futurs sur un plus long terme. Les gens s'en sortent souvent avec beaucoup de difficultés, en essayant de garder la tête hors de l'eau avant la prochaine crise. En augmentant la part de la perte couverte, l'assurance pourrait répondre à un besoin et réduire les tensions associées à la pauvreté.

Tableau 5 **Test pour un risque assurable**

- ☐ Est-ce que la perte arrive par hasard ?
- ☐ La perte est-elle définie en durée et en montant ?
- ☐ La perte crée-t-elle des privations significatives liées au revenu ?
- ☐ Y a-t-il un grand nombre d'éléments similaires exposés au risque ?
- ☐ Est-il possible d'évaluer l'éventualité de la perte se produisant ?
- ☐ La mise en commun des risques attirera-t-elle suffisamment de clients qui ont peu de chance de soumettre des déclarations de sinistre (les critères pour l'antisélection sont-ils satisfaits) ?
- ☐ La perte est-elle une véritable perte pour l'assuré (pas de logement, pas d'assurance logement) ?
- ☐ La perte est-elle une perte qui ne sera pas catastrophique pour l'assureur ? Le même risque affecte-t-il plus d'une personne ou d'un ménage en même temps ? Est-elle idiosyncratique ?

Source : ICMIF, 2005.

Les analystes des données relatives aux demandes doivent être critiques dans leur interprétation des conclusions. Alors que les populations pauvres subissent de nombreux risques et que leurs mécanismes de réponse ne sont pas parfaits, cela ne se traduit pas nécessairement par une demande d'assurance. L'expérience vécue avec une assurance informelle basée sur le groupe n'est pas toujours transférable à la micro-assurance. Par exemple, selon McCord et Buczkowski (2004), même si les membres de CARD MBA aux Philippines participent aux systèmes de type damayan, ils ne connaissent pas bien les produits et les concepts de l'assurance formelle.

L'analyse des stratégies de gestion des risques fournit des prévisions sur les attributs de produit qui pourraient être intégrés dans la conception et la distribution de produits de micro-assurance. Cette partie étudie six aspects de la demande d'assurance : 1) couverture, 2) accessibilité, 3) respect des délais, 4) tarification et prix abordable, 5) éducation du client, et 6) segmentation du marché.

4.1 Couverture

La couverture santé est une priorité importante pour les ménages à faible revenu dans la plupart des pays. Les produits d'assurance les plus courants disponibles pour les populations pauvres comprennent l'assurance-vie et l'assurance obsèques. À une échelle plus petite, il existe des initiatives qui s'intéressent aux assurances pour la protection de la santé, du bétail, de la récolte, et des biens.

Alors que le niveau de couverture varie pour différents produits, aucune forme d'assurance ne fournit une couverture complète aux ménages à faible revenu. De nombreux clients préfèreraient une couverture plus large, mais n'en ont pas les moyens. En Afrique du Sud, où l'assurance obsèques est disponible, le coût des enterrements est le plus souvent couvert par les revenus, l'épargne, les emprunts et les dons, dans cet ordre-ci. Les indemnités d'assurance, en espèces ou en nature, arrivent à la cinquième et à la sixième position pour moins de 20 % des dépenses (Financial Diaries, 2005).

Même en ayant accès à l'assurance, les ménages à faible revenu continueront de couvrir les coûts des bouleversements à partir d'un mélange de services financiers, c'est-à-dire des assurances formelles, informelles et des auto-assurances. En développant des produits d'assurance, il est important d'identifier les complémentarités parmi les divers services financiers, ainsi que les divers prestataires institutionnels de protection sociale, pour voir comment ils pourraient travailler ensemble pour mieux gérer les risques.

Alors que le risque d'invalidité est couvert par certains contrats, l'assurance propose généralement un paiement unique plutôt qu'une compensation de la perte de revenu ou de salaire. Par conséquent, seulement une partie de la perte est couverte. Cela crée une grande tension pour les travailleurs pauvres lorsque des risques de santé affectent leur capacité à gagner des revenus.

Les systèmes souples qui offrent différents niveaux et types de couverture fournissent plus d'options, mais peuvent être plus complexes à gérer et nécessitent une éducation plus poussée du client et du personnel. Les niveaux de couverture et les caractéristiques des produits, surtout les exclusions de contrats, sont rarement expliqués ou totalement assimilés par le marché cible. En Ouganda par exemple, le manque de connaissances des titulaires de contrats sur le produit d'assurance était général au sein des IMF qui offrent une couverture soutenue par AIG Ouganda. Beaucoup n'étaient pas conscients de tous les avantages du produit, et ils ne différenciaient souvent pas les membres de la famille couverts par la police d'assurance et la personne devant recevoir l'indemnisation en espèces en cas de décès accidentel du titulaire du contrat. Ils se considéraient tous comme bénéficiaires de l'assurance (McCord et al., 2005a).

4.2 Accessibilité

L'auto-assurance est la seule option ouverte à tous. L'assurance informelle basée sur le groupe dépend de la confiance et de la réciprocité, caractéristiques qui ont aussi été importantes pour la réussite du prêt de solidarité du groupe. L'accès est étroitement lié à l'appartenance à un réseau social. Les

groupes fournissent la base pour la mise en commun des risques et une plateforme pour administrer des contributions et des indemnisations régulières. L'adhésion à un groupe est un moyen important pour que les populations pauvres établissent un capital social et accèdent à l'assurance informelle. On ne sait pas dans quelle mesure les groupes existants pourraient fournir une base institutionnelle pour développer la portée et l'accès à la micro-assurance. Certains systèmes de mutuelle santé ont suivi cette voie *(voir chapitre 4.3)*.

La capacité à obtenir des certificats de naissance et de décès ou des cartes d'identité affecte également l'accessibilité à la micro-assurance. Fournir de la documentation relative aux déclarations de sinistre peut être encore plus difficiles pour les populations pauvres vivant dans des endroits isolés où les systèmes bureaucratiques ne fonctionnent pas bien, ou dans des régions où un conflit civil affecte la sécurité et la mobilité des personnes. Des processus de déclarations de sinistre et de paiement complexes peuvent aussi affecter l'accessibilité. L'assurance formelle est fréquemment parasitée par des problèmes de paiement des sinistres. Le processus de déclarations de sinistre est souvent trop complexe et impersonnel pour des personnes dont l'expérience précédente avec des outils de gestion des risques a eu lieu avec leurs associations communales d'action sociale.

À ce jour, les IMF ont joué un rôle important en développant la micro-assurance et en la rendant accessible aux groupes à faible revenu. Leur avantage réside dans leur capacité à atteindre les plus démunis. Une restriction, cependant, est que les différents types d'assurance ne sont pas tous en rapport avec les intérêts des IMF (en termes de réduction des arriérés). Une autre restriction est que les polices de micro-assurance de beaucoup de prestataires de micro-crédits sont liées à leurs prêts et, par conséquent, seulement disponibles pour leurs propres clients. Si la micro-assurance doit être accessible à tous les ménages à faible revenu, il est essentiel que le crédit et l'assurance soient indépendants et que le paiement des primes soit séparé du déboursement de prêts.

4.3 Respect des délais

Par définition, les ménages à faible revenu sont vulnérables aux bouleversements parce qu'ils manquent de réserves en espèces pour couvrir les dépenses immédiates. Par conséquent, la rapidité à régler les sinistres est cruciale pour l'adoption des produits. Les gens en Afrique de l'Est et du Sud préfèrent les associations d'action sociale parce qu'elles ne demandent pas ou peu de documents pour vérifier un décès, et les indemnités peuvent être immédiatement disponibles. Par contre, les paiements des sinistres par les compagnies d'assurance peuvent prendre des mois.

4.4 Tarification et prix abordable

Les témoignages indiquent que la demande de micro-assurance est élevée et qu'il existe une volonté de payer. Dans certains pays, les gens sont particulièrement intéressés par une assurance couplée à la constitution d'actifs. En Indonésie par exemple, la première priorité concerne un produit d'épargne assuré pour l'éducation, avec des paiements effectués selon le besoin pour couvrir des frais de scolarité précis (McCord et al., 2005b).

Avec des consommateurs de micro-assurance de plus en plus perspicaces et hétérogènes, il est nécessaire de structurer le paiement des primes de façon sensée pour les titulaires des contrats. Comme l'explique le chapitre 3.3, les prestataires d'assurance feraient bien de faire correspondre les paiements des primes avec les revenus en espèces des ménages à faible revenu. À cet égard, les mécanismes informels se sont avérés plus réactifs par rapport aux besoins du client que de nombreux prestataires de micro-assurance actuels. Par exemple, en Albanie, Opportunity International a compris qu'un produit d'assurance existant n'avait pas de succès, non pas parce que les conditions et la tarification étaient inacceptables, mais parce que les primes devaient être payées en avance. Les exigences de paiement immédiat n'étaient pas en accord avec les revenus en espèces des potentiels titulaires de contrats (Leftley, 2002). Alors quelle est la capacité à payer ? C'est difficile à dire. Comme l'ont remarqué Matul et Tounitsky (2006), il ne s'agit pas uniquement d'une question de niveaux de revenu, c'est également très subjectif. Le niveau de connaissances financières influence fortement ce que les gens croient pouvoir acheter ; l'éducation des clients sur le produit d'assurance conditionne ce que les gens pensent obtenir pour le prix.

Les preuves s'accumulent sur le fait que certains titulaires de contrats sont très sensibles à la valeur des coûts et des avantages d'une police de micro-assurance. Dans trois pays d'Afrique de l'Ouest, le CIDR a remarqué que la

contribution du revenu du ménage à l'assurance maladie correspond systématiquement à une valeur comprise entre 1,5 à 2,5 % du revenu du ménage. Lorsque le prix de la prime s'élève au-dessus de 2 %, les ménages s'adaptent en réduisant le nombre de membres du foyer couverts par l'assurance, plutôt que d'augmenter le paiement de leurs primes (Galland, 2005a). En Ukraine, une étude de marché a montré qu'une diminution de la prime de 30 % a correspondu à une augmentation de 10 % des titulaires de contrats (Matul, 2006). En effet, l'étude de marché est essentielle pour mieux comprendre la capacité et la volonté de payer *(voir encadré 9)*.

Encadré 9

Compréhension de la demande de micro-assurance au Sri Lanka

Les titulaires de contrats Yasiru au Sri Lanka ont trouvé que le paiement des sinistres n'était pas proportionnel aux primes qu'ils payaient et que la police d'assurance ne définissait pas clairement le nombre de membres de la famille couverts. Une évaluation des préférences des clients a conduit à des ajustements des polices pour garantir que les primes correspondent mieux aux prestations et que la relation entre les primes et le nombre de membres de la famille couverts soit plus claire.

Source : d'après Fokoma, 2004.

La pauvreté limite le nombre d'obligations financières qu'une personne peut assumer. L'expérience d'un système d'assurance lié à un IMF au Népal suggère que beaucoup de ménages pauvres trouvent que la charge d'une prime d'assurance en plus du remboursement d'un prêt est une pression. Les titulaires de contrats qui possédaient déjà une assurance maladie n'étaient pas disposés à payer une deuxième prime pour une assurance-vie volontaire (CMF, 2005). Toutefois, la nature obligatoire de nombreux produits d'assurance rend difficile la prévision de la demande (et la volonté de payer) parmi les ménages pauvres pour une assurance volontaire à des niveaux de primes différents.

4.5 Information sur l'assurance

La gestion des risques par les populations pauvres n'est pas une nouveauté, mais pour de nombreuses personnes l'assurance en tant qu'outil de réduction des risques en est une. Par conséquent, son adoption présente un défi pour les clients et les agents de vente. Parmi ceux qui ont entendu parler de l'assurance, il règne un scepticisme considérable. Pour de nombreux ménages à faible revenu, l'assurance est perçue comme le domaine des riches. En effet, la confiance dans l'industrie de l'assurance est souvent faible et les perceptions négatives abondent. Il y a une réticence à payer à l'avance pour des services qu'on ne recevra peut-être pas, surtout pour un service immatériel que l'on

ne comprend peut-être même pas. Pour ceux qui ont eu une expérience avec l'assurance ou ont entendu parler des expériences des autres, la portée limitée de la couverture et les longs délais pour être indemnisé aggravent la perception négative. Dans certaines cultures, ce n'est pas toujours socialement acceptable de parier sur des situations négatives : toute attention portée à la maladie ou au décès est perçue comme un souhait de malchance.

Si l'on veut que la micro-assurance réussisse, il faut investir de manière stratégique dans l'éducation des consommateurs pour changer ces perceptions. Les connaissances et les attitudes des ménages à faible revenu et des agents d'assurance doivent être améliorées. Même si certains organismes vendant des micro-assurances donnent aux titulaires de contrats des informations décrivant les primes, les indemnités et les procédures de déclarations de sinistre, cela a une valeur limitée si les titulaires de contrats – et souvent les agents d'assurance – peinent à comprendre les bases de l'assurance et la gestion des risques. Comme l'illustre l'encadré 10, beaucoup de personnes pauvres souhaitent en apprendre davantage sur l'assurance.

Le succès de l'adoption de la micro-assurance n'est pas qu'une fonction pour s'assurer que les produits sont adaptés et abordables, mais dépend également d'un niveau de connaissances financières permettant aux consommateurs d'évaluer ce qu'ils obtiennent en payant une prime. Faire évoluer les connaissances, les compétences et les attitudes des consommateurs envers l'assurance, et créer une culture de l'assurance, sont des points importants pour faciliter l'adoption de ce service financier formel.

Encadré 10

Nous voulons en savoir plus ...

1. Malawi

Même si les membres de MUSCCO connaissaient l'assurance, ils ne savaient pas forcément ce qu'était une police d'assurance. Ils souhaitaient davantage d'informations sur l'assurance, notamment ses coûts et ses avantages (Enarsson et Wirén, 2005).

2. Ouganda

La plupart des titulaires de contrats ne savaient pas combien ils payaient, ce qui était couvert ou comment effectuer une déclaration de sinistre. L'agent d'assurance (un membre du personnel d'un IMF) n'en savait guère plus, et ne pouvait donc rarement apporter son aide (Cohen and Sebstad, 2005).

3. Guatemala

Les titulaires de contrats Columna ont déclaré qu'ils voulaient être mieux informés, mais l'institution n'a pas réussi à leur fournir plus d'informations (Herrera et Miranda, 2004).

4.6 Un modèle unique ne convient pas à tous

Les études sur la demande montrent que la généralisation à travers les pays et régions est risquée lorsque l'on considère les attributs des services financiers de gestion des risques. Une taille ne convient pas à tous. Par exemple, au Népal et en Indonésie, la demande d'assurance-vie et d'assurance obsèques est limitée, car les dépenses funéraires se maintiennent à un niveau que la famille peut se permettre (Simkhada et al., 2000; McCord et al., 2005b). Par contre, l'assurance-vie et l'assurance obsèques sont très demandées en Ouganda et en Afrique du Sud. Dans ces deux pays, les dépenses pour les rites associés aux funérailles sont élevées, et parallèlement les systèmes traditionnels de soutien communautaire subissent beaucoup de tensions, surtout dans les régions affectées par le VIH/SIDA (Sebageni, 2003; Bester et al., 2004).

Les études sur la demande révèlent aussi différentes priorités d'assurance pour différents segments du marché. L'approche « un-modèle-unique-pour-tous » qui caractérise la conception de nombreux produits d'assurance-vie, par définition, ne prend pas en compte les différences de sexe, de situation géographique et d'âge du titulaire de contrat. Par exemple, pour les femmes pauvres d'âge moyen, la couverture vie de leurs époux est susceptible d'avoir une plus grande priorité que la couverture pour leur propre vie.[6] Les clientes de SEWA Bank en Inde ont mis l'accent sur ce point et ont réussi à obtenir des polices d'assurance-vie pour leurs maris même si le Directeur de la banque partait du principe qu'elles trouveraient cela au-dessus de leurs moyens. Dans la mesure où des réseaux de distribution alternatifs sont utilisés pour atteindre les travailleurs pauvres, comme ceux décrits dans les chapitres 4.5 et 4.6, d'autres segments du marché seront atteints, en amenant une demande de différents produits ou caractéristiques de produits.

L'expérience des ménages à faible revenu illustre l'importance d'activités complémentaires dans les différents segments du marché, non seulement pour réduire les pertes résultant des risques assurables (par exemple le décès), mais aussi pour aider à constituer et protéger des actifs – renforçant ainsi la capacité sur un plus long terme des ménages à gérer les risques. Les situations de stress, comme les mariages, le paiement des frais de scolarité et les dépenses liées au logement, exercent souvent une grande pression financière, surtout pour les femmes. Une épargne ou des dotations assurées offrent des solutions potentielles. Ces produits de dotation, proposés par les compagnies d'assurance en

6 De nombreux emprunteurs de micro-assurance correspondent à ce profil, mais les règlements internes des IMF peuvent nécessiter que les femmes quittent le programme à 55 ou 60 ans, moment auquel elles arrêteront de contribuer à l'assurance vie et où leurs enfants ne recevront plus de prestation à moins qu'elles ne meurent. Dans ces circonstances, qu'ont-elles à gagner d'une police d'assurance vie ?

Indonésie, au Bangladesh et au Ghana, par exemple, se sont avérés populaires parmi les populations pauvres (ceci-dit, moins qu'au Sri Lanka). Ils constituent des actifs tout en protégeant les gens de pertes potentielles. Cependant, il ne faut pas oublier les risques associés à une stabilité collective et macroéconomique à long terme, et ce n'est peut-être pas le moyen le plus rentable pour les plus démunis de gérer les risques *(voir chapitre 2.2)*.

5 Conclusion

Le nombre grandissant d'études de la demande commence à fournir une base d'informations crédible qui peut être utilisée pour évaluer la demande du marché et permettre la conception de produits adaptés dans les pays sélectionnés. Cela permet aux prestataires de services de s'éloigner de la simple offre des produits d'assurance existants destinés, à l'origine, à la classe moyenne pour développer des produits et des services qui fonctionnent pour le « bas de la pyramide ».

Le marché de la micro-assurance est vaste. Tous les intervenants, les compagnies d'assurance, leurs agents et les titulaires des contrats ont beaucoup à gagner de ce marché s'il est bien pensé. Cependant, arriver à faire en sorte que tout le monde travaille ensemble prendra du temps. En l'absence d'une forte culture de l'assurance chez les ménages à faible revenu, la demande du client dans de nombreux endroits évolue encore. Là où l'assurance a bien fonctionné pour les ménages à faible revenu – là où la couverture est appropriée, accessible, abordable et bien comprise – elle a rencontré un succès considérable et grandissant. Elle réduit le risque et la vulnérabilité dans la vie des populations pauvres, leur permettant de passer d'un comportement réactif à un comportement proactif et de planifier ainsi pour le futur. Avec plus de contrôle financier, les populations pauvres ont plus d'options. Les études sur la demande des clients peuvent continuer à jouer un rôle clé dans le développement de produits de micro-assurance performants.

1.3 Le point de vue de la protection sociale sur la micro-assurance

Christian Jacquier, Gabriele Ramm, Philippe Marcadent et Valérie Schmitt-Diabate[1]

Les auteurs remercient pour leurs commentaires Bruno Galland (CIDR) et Rüdiger Krech (GTZ).

1 Introduction

L'accès à une sécurité sociale est un droit fondamental de l'homme. De plus, la sécurité sociale et la protection sociale sont de plus en plus perçues dans le débat global comme des composantes indispensables au recul de la pauvreté, au développement économique durable, à une globalisation équitable et à un travail décent. À cet égard, la Commission mondiale sur la dimension sociale de la globalisation souligne qu'un minimum de protection sociale doit être accepté comme partie intégrante de la base socio-économique de l'économie globale. La protection sociale est également un outil clé pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ainsi, la protection sociale est bien plus qu'un outil de gestion des risques pour les individus. Il s'agit d'un outil collectif complet pour réduire la pauvreté, l'inégalité et la vulnérabilité. Cet outil encourage l'équité et la solidarité par la redistribution. Il fournit également un accès équitable aux soins de santé, à la sécurité des revenus et aux services sociaux de base. Cependant, plus de la moitié de la population mondiale ne bénéficie d'aucune forme de protection sociale.

Face à cette exclusion, les communautés locales prennent des initiatives pour organiser des systèmes de micro-assurance. La micro-assurance est proposée par le biais de différents organismes couvrant divers risques ou imprévus, notamment la santé, la maternité, la vie et l'invalidité. Certains systèmes ne sont pas simplement des outils de gestion des risques, ils ont également le potentiel de contribuer à l'extension de la protection sociale aux groupes exclus. En outre, ces systèmes peuvent améliorer la gouvernance des prestataires de protection sociale (par ex. de soins de santé) et augmenter les ressources supplémentaires qui améliorent la protection sociale dans son en-

[1] Ce chapitre est adapté d'une publication à venir de l'OIT et de la GTZ intitulée *Le rôle de la micro-assurance en tant qu'outil pour faire face aux risques dans le contexte de la protection sociale*. Les exemples du Sénégal sont tirés des expériences des auteurs.

semble. Cela s'avère particulièrement nécessaire là où l'État jouit d'une capacité institutionnelle et financière limitée.

Les systèmes de micro-assurance peuvent être des composantes des modèles de protection sociale, comme le montre l'illustration 4, bien que cela comporte plusieurs implications :

- Les systèmes de micro-assurance peuvent assumer certaines fonctions de protection sociale, comme la redistribution par les subventions croisées internes ou la canalisation des subventions publiques pour leurs membres.
- Les systèmes de micro-assurance devraient non seulement être évalués sur leurs aspects techniques (par ex. la viabilité financière), mais aussi sur leur capacité à atteindre des résultats de protection sociale ; l'impact socio-économique de ces systèmes sur les membres et les non-membres devrait être pris en compte.
- Un marché non-régulé peut ne pas réussir à fournir une enveloppe de prestations efficace pour les populations pauvres.
- Les systèmes de micro-assurance peuvent jouer un rôle important dans la responsabilisation et la participation de leurs membres, ce qui induit à des effets sur la conception des produits, le choix du paquet de prestations, le prix abordable et l'organisation des systèmes.

Illustration 4

Localisation de la micro-assurance

Cependant, les systèmes de micro-assurance indépendants et autofinancés sont limités dans leur faculté à être des mécanismes de protection sociale durables et efficaces, capables d'atteindre de vastes segments parmi les populations exclues. Leur potentiel d'extension de la protection sociale augmente lorsque les gouvernements les incluent dans des stratégies nationales de protection sociale, en les associant à d'autres composantes de protection sociale pour créer un système progressivement plus cohérent, efficace et équitable.

Ce chapitre étudie la relation entre la protection sociale et la micro-assurance en définissant tout d'abord la sécurité sociale et la protection sociale. Dans ce contexte, le présent chapitre s'intéresse ensuite à la micro-assurance, puis illustre son potentiel et ses limites. Enfin, il propose des exemples d'utilisation de la micro-assurance dans le but d'étendre la protection sociale aux populations exclues et de surmonter certaines des limites inhérentes.

2 Qu'est-ce que la sécurité sociale ? Qu'est-ce que la protection sociale ?

2.1 Définition, objectifs et fonctions clés

D'après l'OIT (2000), **la sécurité sociale** est la protection qu'offre la société à ses membres par le biais de plusieurs mesures publiques :

- pour compenser l'absence ou la réduction importante de revenus du travail pour diverses raisons imprévues (notamment la maladie, la maternité, les accidents du travail, le chômage, l'invalidité, la vieillesse et le décès du soutien de famille),
- pour fournir des soins de santé aux personnes,
- pour offrir des prestations aux familles avec enfants.[2]

La protection sociale inclut non seulement les systèmes publics de sécurité sociale mais aussi les systèmes privés ou non-légaux ayant des objectifs similaires, tels que les sociétés mutualistes et les régimes de retraite professionnelle, à condition que les contributions à ces systèmes ne soient pas entièrement déterminées par les influences du marché.

Cette définition de la protection sociale constitue une approche parmi plusieurs autres. D'autres organismes, comme la Banque mondiale et la Banque asiatique de développement, ont une conception davantage holistique de la protection sociale (« gestion des risques sociaux »). Ils couvrent un plus grand éventail d'imprévus – tout ce qui affecte la sécurité du revenu des

2 L'OIT a plusieurs conventions de sécurité sociale qui traitent de la mise en application de ce droit de l'homme. La Convention relative à la sécurité sociale (norme minimale), de 1952 (N°. 102) est la plus importante. Elle définit neuf branches de sécurité sociale et les cas correspondants couverts : soins médicaux, indemnité maladie, indemnité chômage, indemnité de départ à la retraite, indemnité d'accident du travail, prestations familiales, allocation de maternité, indemnité d'invalidité et prestation de survie. De plus, elle introduit l'idée d'un niveau minimum de sécurité sociale qui doit être atteint par tous les États membres. Pour prendre en compte différentes situations nationales, les conventions de l'OIT sur la sécurité sociale contiennent typiquement des clauses de flexibilité relative à la population couverte, ainsi que l'étendue et le niveau d'indemnités fournies. Elles garantissent aussi aux États la pleine discrétion dans l'organisation de leur système de sécurité sociale. Autrement dit, ces conventions affirment le droit de chacun à la sécurité sociale, mais reconnaissent les difficultés pratiques en mettant vraiment en application ce droit dans les réalités sociales qui prédominent dans le monde entier.

individus – qui se chevauchent naturellement avec d'autres politiques sectorielles, comme l'éducation ou le travail. Cette vue plus large n'inclut pas seulement des mécanismes de protection, mais aussi des interventions promotionnelles pour augmenter les actifs ou les opportunités économiques (comme les programmes de micro-assurance, les soutiens de prix ou les subventions en nature). En effet, les concepts de protection sociale font toujours débat, notamment dans le Réseau pour la réduction de la pauvreté appuyé par le Comité d'aide au développement de l'OCDE.

Quelle que soit la définition spécifique, la protection sociale est un outil important pour prévenir la pauvreté et renforcer la capacité des populations pauvres à s'en affranchir. Certaines mesures de protection sociale par exemple, consistent en un transfert direct des fonds vers les plus pauvres (identifiés à l'aide de tests de moyens), ce qui a un effet direct et au minimum temporaire sur la pauvreté. La protection sociale réduit aussi la pauvreté via son impact positif sur la performance et la productivité économiques. Elle peut être considérée comme facteur productif pour trois raisons principales (OIT, 2005b) :

1. La protection sociale aide les personnes à **faire face à des risques et** à des pertes de revenu importants. En agissant ainsi, elle peut améliorer et maintenir la productivité des travailleurs et créer des opportunités de nouveaux emplois. Par exemple, les systèmes de soins de santé permettent de maintenir les travailleurs en bonne santé et soignent ceux qui tombent malades. De la même façon, les systèmes d'accidents du travail préviennent les accidents et la maladie et réinsèrent les travailleurs blessés.
2. La protection sociale peut être un outil crucial dans **la gestion des changements qui touchent l'économie** et le marché du travail. L'assurance-chômage par exemple, crée un sentiment de sécurité au sein de la main-d'œuvre, ce qui encourage les individus à prendre des initiatives plus risquées qui peuvent générer un retour plus élevé pour eux et pour l'économie.
3. La protection sociale peut **stabiliser l'économie** en offrant un revenu de remplacement bénéfique à la consommation en périodes de récession, empêchant ainsi une aggravation des récessions causée par la baisse de confiance des consommateurs et ses effets négatifs sur la demande intérieure. Les indemnités chômage et les pensions de retraite par exemple, permettent de maintenir le pouvoir d'achat des travailleurs quand ils perdent leur emploi ou partent en retraite.

La protection sociale peut améliorer les principes tels que la solidarité, la dignité et l'égalité. **La solidarité** survient lorsque tout le monde apporte sa contribution à une cagnotte commune selon ses moyens et pioche dans celle-ci selon ses besoins (dans les limites fixées par le règlement interne du

système). La solidarité peut aussi se matérialiser à travers la redistribution des fonds récoltés par le biais d'impôts. Le niveau de solidarité dépend de la nature des outils de financement utilisés : alors que l'impôt sur le revenu ou les contributions liées au revenu sont généralement progressifs, les taxes à la consommation ou les primes forfaitaires courent le risque d'être régressives.

La protection sociale est liée au principe de **dignité** car elle donne aux gens le droit de vivre une vie décente quels que soient les événements négatifs qui les affectent. Contrairement à la charité, la protection sociale intègre les individus dans un processus d'échange, dans lequel ils ont le droit de recevoir et l'obligation de donner. Leur dignité est reconnue en octroyant à ces personnes la possibilité de contribuer. La protection sociale est aussi liée au principe d'**égalité** (y compris l'égalité des sexes) et de non-discrimination lorsque des droits égaux sont donnés à toutes les personnes exposées aux mêmes risques ou supportant les mêmes charges sans discrimination.

L'application des principes de solidarité, de dignité et d'égalité dans la protection sociale permet de promouvoir la cohésion sociale, l'inclusion et la paix, conditions préalables à une croissance économique stable sur le long terme. De plus, le rôle d'intégration de la protection sociale remet dans le circuit les individus ou groupes qui ont été exclus, en fournissant un soutien pour accéder à l'emploi et pour devenir des membres de la société actifs, voire des contribuables (Piron, 2004). Enfin, la protection sociale peut constituer un outil pour encourager la responsabilisation et la participation grâce à la représentation des travailleurs de l'économie formelle (dans des systèmes légaux de protection sociale) et de l'économie informelle (dans des systèmes de protection sociale basés sur la communauté). Cette participation est l'un des moyens d'améliorer la démocratie.

La conception de la protection sociale de l'OIT (définition, fonctions) est partagée par de nombreuses institutions dans le monde. Récemment, les fédérations et organisations internationales les plus importantes représentant le secteur des coopératives et mutuelles d'assurance ont formé l'Alliance Internationale pour l'Extension de la Protection Sociale.[3] Leurs vision, valeurs et principes partagés sont articulés dans le « Consensus de Genève » de 2005, qui reconnaît que « la sécurité sociale est un droit de l'homme fondamental et universel ». Ce consensus énumère également les valeurs et principes de base relatifs à la protection sociale – tels que la solidarité, la redistribution, le rôle dans le développement économique et social, l'importance de l'efficacité, la

[3] Les membres comprennent : l'AISS (Association Internationale de la Sécurité Sociale), l'AIM (Association Internationale de la Mutualité), l'ACI (Alliance Coopérative Internationale), l'ICMIF (Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance), l'IHCO (Organisation internationale des coopératives de santé), le WIEGO (Les femmes et l'emploi dans le secteur informel : mondialisation et organisation) et l'OIT. Pour plus d'informations sur l'Alliance Internationale, rendez-vous sur www.social-protection.org.

pertinence, la bonne gouvernance et la viabilité financière – et suggère que les valeurs du mouvement mutualiste et coopératif soient estimées à leur juste mesure (par ex. la justice sociale, l'absence d'exclusion et de discrimination, le but non lucratif, la participation et la responsabilisation).

2.2 Fossés entre le droit et la réalité

La définition de la sécurité sociale en tant que droit de l'homme commence avec les principes de l'universalité et de l'égalité : chaque être humain a droit de la même façon à la sécurité sociale, ce qui implique deux points principaux.

1. Les États ont l'obligation de prendre des mesures pour garantir ce droit. Ils doivent prendre les mesures judiciaires, budgétaires, administratives, législatives, et autres de façon appropriée pour assurer que le droit est garanti pour les populations. Cette obligation ne veut pas forcément dire que l'État doit directement fournir la protection sociale ; il peut faciliter ou encourager les actions de tiers. L'obligation peut s'inscrire dans le fait que : les États doivent prendre les mesures nécessaires pour garantir un droit particulier. L'obligation peut également résulter du fait que les États doivent atteindre des objectifs spécifiques pour satisfaire à une norme spécifique. En outre, il y a une obligation de la communauté internationale, jusqu'ici reconnue officieusement, de soutenir les États ayant des ressources insuffisantes pour garantir les droits de l'homme, notamment le droit à la sécurité sociale. C'est en phase avec les idées du Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

2. Tout le monde a droit à un niveau minimum de protection sociale, **sans exception ni discrimination.** Ce droit inclut un accès équitable à la protection sociale, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'état de santé, de la situation géographique, du métier ou du niveau de revenu des personnes. Ce droit à un niveau minimum de protection sociale est souvent utilisé pour justifier la conception et la mise en application des subventions d'équité des populations riches vers les populations pauvres.

Cependant, dans de nombreux pays en voie de développement, la couverture de la protection sociale est extrêmement faible : elle n'atteint qu'une petite proportion de la population et ne fournit de protection que contre un nombre limité de risques. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, seulement 5 à 10 % de la population sont couverts par un système de sécurité

sociale légal ; il s'agit essentiellement de systèmes de pensions de retraite et d'accès aux soins de santé (OIT, 2001). Dans certains pays, le pourcentage de la population couverte est même en recul à cause de politiques d'ajustement structurel, de la privatisation et du développement de l'économie informelle. Bien que certaines personnes exclues travaillent dans le secteur formel, la grande majorité d'entre elles exerce une activité dans l'économie informelle.

Jusqu'à la dernière décennie, les stratégies de protection sociale étaient basées sur l'hypothèse selon laquelle l'économie formelle gagnerait progressivement du terrain sur l'économie traditionnelle, et que la sécurité sociale couvrirait ainsi progressivement une plus grande proportion de la main-d'œuvre. Cependant, les choses ne se passent pas ainsi. Dans de nombreux pays en voie de développement, la plupart des emplois créés durant la dernière décennie, l'ont été dans l'économie informelle (OIT, 2002a). Aujourd'hui, les emplois informels recouvrent la moitié des trois quarts des emplois non-agricoles dans les pays en voie de développement. Si l'emploi informel dans l'agriculture est inclus dans les estimations, la proportion d'emplois informels augmente de façon significative, par exemple de 83 à 93 % en Inde, de 55 à 62 % au Mexique, et de 23 à 34 % en Afrique du Sud (OIT, 2001). Même si certains États ont essayé, les tentatives pour étendre la couverture de la sécurité sociale légale aux travailleurs de l'économie informelle se sont révélées insuffisantes jusqu'ici.

2.3 Priorité pour étendre la couverture de la protection sociale

Il est donc nécessaire de trouver d'autres moyens pour faire en sorte que le droit à la protection sociale devienne réalité. Lors de la Conférence Internationale du Travail en 2001, les gouvernements et les organisations de travailleurs et d'employeurs représentant 160 pays ont accepté un nouveau consensus sur la sécurité sociale ; ils ont notamment accepté que la plus grande priorité devait être donnée aux politiques et initiatives pour étendre la sécurité sociale à ceux qui n'en ont pas, et ils ont proposé plusieurs moyens pour atteindre cet objectif :

Lorsqu'on ne peut pas fournir immédiatement à ces groupes, une couverture, une assurance – si nécessaire de façon volontaire – ou autres, des mesures comme l'assistance sociale pourraient être introduites, développées et intégrées au système de sécurité sociale à une étape ultérieure lorsque la valeur des prestations a été démontrée et qu'il est économiquement viable d'agir ainsi. Certains groupes ont des besoins différents et certains ont une capacité de contribution très faible. L'extension réussie de la sécurité sociale nécessite que ces différences soient prises en compte. Le potentiel de la micro-assurance devrait

également être rigoureusement étudié : même si la micro-assurance ne peut pas être la base d'un système de sécurité sociale complet, elle pourrait être une première étape utile, en particulier en répondant au besoin urgent des personnes qui est d'avoir un accès amélioré aux soins de santé. Les politiques et initiatives relatives à l'extension de la couverture devraient être prises dans le contexte d'une stratégie de sécurité sociale nationale intégrée (OIT, 2001).

En réponse à la suggestion de la Conférence, en 2003, l'OIT a lancé la « Campagne mondiale sur la sécurité et la couverture sociale pour tous ».

Face à la situation présente qui voit un grand nombre (croissant) de personnes exclues de la protection sociale, il est nécessaire d'élaborer des stratégies proactives pour son extension. Ces stratégies visent à augmenter le nombre de personnes couvertes et à améliorer le niveau et la portée des prestations de protection sociale existantes. Un éventail de mécanismes peut être utilisé pour mettre en pratique ces stratégies. Par exemple :

- Les systèmes d'assurance sociale peuvent étendre les prestations existantes ou modifiées aux groupes précédemment exclus, sur une base obligatoire ou volontaire. L'inclusion de ces groupes peut aussi accroître l'efficacité des systèmes grâce à une gouvernance et une conception améliorées.
- Des systèmes d'assurance sociale spéciaux peuvent être instaurés pour les groupes exclus.
- Des prestations universelles couvrant toute la population cible sans test de condition ou de revenu (par exemple, les personnes au-delà d'un certain âge) peuvent être appliquées.
- Des programmes d'assistance sociale ciblant des groupes vulnérables spécifiques peuvent aussi être mis en pratique : renonciations, prestations de pensions sociales/indemnités en espèces, transferts d'espèces conditionnels (par exemple en fonction du taux de présence à l'école).
- Une autre option est d'encourager et de soutenir le développement de la micro-assurance et des systèmes de sécurité sociale décentralisés innovants pour fournir une protection sociale par le biais de communautés, de partenaires sociaux[4] ou d'autres organismes de la société civile.

4 L'OIT est un forum unique dans lequel les gouvernements interagissent avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, également nommés partenaires sociaux. Dans la structure de gouvernance tripartite de l'OIT, les organisations d'employeurs et de travailleurs bénéficient de la même voix que celle des gouvernements dans la détermination de ses politiques et programmes.

3 Qu'est-ce que la micro-assurance ?

Comme le décrit le chapitre 1.1, un système de micro-assurance peut être un organisme, tel qu'une société mutualiste. Cela peut aussi être un groupe d'institutions travaillant ensemble, tel que des assureurs qui collaborent avec des établissements de micro-finance pour fournir une assurance aux populations pauvres. Ou bien il peut s'agir d'un produit d'assurance fourni par un organisme qui gère d'autres activités, comme une coopérative agricole qui fournit également une assurance à ses membres.

Les systèmes de micro-assurance sont souvent initiés par des organismes de la société civile. De plus en plus, ces organismes coopèrent avec les systèmes de protection sociale formels (par ex., les compagnies d'assurance, les systèmes de sécurité sociale), les institutions publiques (par ex. les Ministères de la santé, du travail et des affaires sociales), les prestataires de services (par ex. les prestataires de soins de santé, les tiers opérateurs de service (TPA). Parfois, même les municipalités ou les autorités locales participent à l'offre de micro-assurance.

Pour qu'un système constitue un intérêt dans le contexte de la protection sociale, certains de ses bénéficiaires devraient être exclus des systèmes de protection formels, en particulier les travailleurs ruraux et de l'économie informelle, ainsi que leurs familles. Un système de micro-assurance diffère des programmes qui fournissent une protection sociale légale aux travailleurs formels. L'adhésion n'est pas obligatoire (mais peut être automatique). Les membres versent, au moins en partie, les primes nécessaires pour payer les prestations. Comme leur capacité de contribution est souvent réduite, la couverture fournie par ces systèmes est, en l'absence de subventions, généralement limitée, avec un petit nombre de risques couverts et des niveaux de prestations bas.

Comme expliqué dans le chapitre précédent, les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles demandent typiquement une couverture pour la maladie et le décès ; la demande de protection contre d'autres risques est moins répandue, même si elle peut être significative sur certains marchés (par ex. la demande de protection pour le bétail et la récolte dans les zones rurales). En termes de disponibilité, tous les produits de micro-assurance ne sont pas disponibles dans tous les pays. Certains produits peuvent être bien établis dans une région, et ne pas exister dans une autre. Par exemple, la micro-assurance vie n'existe presque pas en Afrique de l'Ouest, alors qu'elle est relativement développée dans certains pays asiatiques.

D'après l'inventaire des systèmes de micro-assurance réalisé en 2003/2004 dans onze pays africains, en Inde, au Bangladesh, au Népal et aux Philippines (OIT/STEP, 2003/2004) :

- la micro-assurance maladie est prédominante en Afrique (100 % des systèmes examinés) et aux Philippines (70 % des systèmes offrent une assurance maladie) ; elle arrive en deuxième position en Inde (56 % des systèmes) et au Népal (52 %), et est moins importante au Bangladesh (39 %) ;
- la micro-assurance vie est très répandue au Bangladesh (72 % des systèmes étudiés offrent une assurance-vie), aux Philippines (66 %) et en Inde (60 %) ; elle est moins disponible au Népal (38 %) ; et
- des exemples de micro-assurance récolte n'ont été rencontrés qu'en Inde (deux systèmes en 2004) ; et les régimes de retraite uniquement en Inde (4 % des systèmes examinés) et aux Philippines (24 %).

4 Potentiel et limites de la micro-assurance en tant que mécanisme de protection sociale

Toutes les micro-assurances ne jouent pas un rôle dans l'extension de la protection sociale. Certains produits, tels que les micro-assurances pour les actifs, le bétail et le logement, et l'assurance liée au crédit qui ne couvre que le solde impayé d'un prêt, bien que certainement bénéfiques, ne fournissent pas de couverture de protection sociale au sens strict. Par contre, d'autres produits, comme les couvertures pour la santé, la vie, les pensions de retraite et l'invalidité abordent les neuf imprévus spécifiés dans la Convention concernant la sécurité sociale de l'OIT (N° 102) et jouent par conséquent un rôle dans l'extension de la protection sociale.

4.1 Contribution positive de la micro-assurance dans l'extension de la protection sociale

Là où les gouvernements ont une capacité financière et institutionnelle limitées, les systèmes de micro-assurance peuvent réunir des ressources supplémentaires (finances, ressources humaines, etc.) qui profitent au secteur de la protection sociale tout entier. Plus spécifiquement, les systèmes de micro-assurance maladie permettent d'améliorer l'accès aux soins de santé en abaissant les barrières financières qui retardent ou empêchent l'accès. Dans certains cas, la qualité des soins est même améliorée, par exemple lorsque les systèmes signent des contrats avec les prestataires de soins de santé sur la qualité des soins fournis. La signature de contrats avec les prestataires de soins de

santé augmente aussi la transparence de facturation des pratiques et la façon dont le secteur de la santé est géré.

La micro-assurance a aussi plusieurs effets positifs sur la participation de la société civile et la responsabilisation de groupes socioprofessionnels incluant les femmes. Par exemple, comme plusieurs systèmes sont créés et gérés par des associations de femmes, ils peuvent renforcer la capacité des femmes à répondre à leurs besoins de santé y compris ceux en rapport avec leur fonction reproductrice.

De plus, la micro-assurance en tant que mécanisme pour étendre la protection sociale présente les avantages suivants par rapport aux systèmes de sécurité sociale classiques :

1. La micro-assurance peut atteindre les groupes exclus de l'assurance sociale légale, comme les travailleurs de l'économie informelle et les travailleurs ruraux.
2. Les coûts de transaction nécessaires pour atteindre ces populations peuvent être réduits, car les systèmes de micro-assurance sont souvent gérés par des organismes de la société civile décentralisés, reposant souvent sur une autogestion volontaire et qui sont mis en place dans les environs de la population cible.
3. Les prestations de la micro-assurance sont souvent élaborées en partenariat avec la population cible. Cette participation est plus grande dans les associations mutualistes où le paquet de prestations est voté par l'assemblée générale. Pour d'autres types de systèmes, les groupes cibles sont généralement consultés, par exemple grâce à des enquêtes sur les ménages. Par conséquent, la micro-assurance répond souvent aux besoins et à la capacité de payer de la population cible.
4. Les systèmes basés sur la communauté rencontrent généralement moins de problèmes de fraude et d'abus que les systèmes de protection sociale centralisés puisque les membres se connaissent souvent, appartiennent à la même communauté et partagent les mêmes intérêts. Cependant, les systèmes basés sur la communauté peuvent rencontrer des difficultés pour collecter des contributions régulières, ce qui entraîne des problèmes de rétention et des défis de viabilité. Certains systèmes gèrent ce problème de faibles renouvellements à travers des contrats d'assurance de groupe avec des groupes professionnels organisés (telles des coopératives).

Le développement de la micro-assurance est continu, avec une prolifération de nouveaux systèmes, en particulier en Inde. Par exemple, l'OIT/STEP (2004) a trouvé 60 systèmes de micro-assurance couvrant 5,2 millions de personnes. L'inventaire est en cours d'actualisation ; le nombre actuel (début 2006) s'élevait à 71 systèmes couvrant plus de 6,8 millions de personnes en Inde et à 240 systèmes de micro-assurance couvrant 25 millions de personnes dans 8 pays d'Asie. Cela suggère que ces systèmes répondent à une réelle demande et qu'ils réussissent à résoudre un certain nombre de problèmes, du moins au niveau local.

4.2 Limitations actuelles de la micro-assurance en tant que mécanisme d'extension de la protection sociale

En dépit de ces avantages apparents, certaines caractéristiques des systèmes de micro-assurance limitent leur contribution à l'extension de la protection sociale :

1. Bien que la micro-assurance soit en train de se propager, de nombreuses personnes exclues des systèmes de protection sociale légaux ne sont toujours pas couvertes par la micro-assurance. En fait, beaucoup de ces systèmes (en particulier en Afrique) ont de grandes difficultés à étendre leur portée géographique ou socioprofessionnelle et à augmenter leur nombre de membres.
2. De nombreux systèmes de micro-assurance ont une viabilité et pérennité médiocres. Ces deux points sont liés (surtout en Afrique) à de mauvaises compétences en gestion (pas assez de ressources financières pour employer du personnel professionnel) et à des systèmes d'informations inadaptés, ce qui rend difficile le contrôle des opérations des systèmes.
3. La capacité des membres à payer est souvent très réduite, ce qui mène aussi à des avantages limités en l'absence de subventions.
4. La plupart des systèmes ne reprennent pas les fonctions qui sont généralement remplies par les systèmes de sécurité sociale légaux, comme la redistribution entre les segments les plus riches et les plus pauvres de la population, car les contributions se font souvent sur une base forfaitaire. En outre, peu de systèmes atteignent les segments les plus pauvres des groupes exclus qui ne peuvent pas apporter leur contribution.
5. Dans de nombreux pays, le cadre et les réglementations législatifs ne sont pas adaptés à ces systèmes et ne facilitent pas leur duplication et leur expansion.
6. Les systèmes de micro-assurance sont généralement des organismes autonomes. Ils peuvent poursuivre des objectifs qui ne sont pas en accord avec la stratégie de protection sociale du gouvernement, et leurs promoteurs ne veulent peut-être pas participer à des systèmes nationaux de protection sociale, car cela pourrait menacer l'autonomie des systèmes.

5 Comment la micro-assurance peut-elle être utilisée pour étendre la protection sociale ?

De plus en plus de pays considèrent la micro-assurance comme un outil pour l'extension de la protection sociale, et incluent ce mécanisme dans leurs stratégies d'expansion. Dans plusieurs pays, les systèmes de micro-assurance font déjà partie du processus de mise en pratique progressive de systèmes de protection sociale plus cohérents et intégrés.

- En Inde, l'utilisation prévue du modèle partenaire-agent (voir chapitre 5.2) augmente l'acceptation de l'assurance par les groupes cibles ;
- Au Sénégal, les systèmes de micro-assurance sont évoqués dans la stratégie nationale de protection sociale comme mécanisme clé pour étendre la protection sociale ;
- Au Rwanda et au Ghana, les États appliquent des systèmes nationaux de protection sociale relative à la santé qui tirent parti des organismes mutualistes basés sur la communauté ou sur la région.
- En Colombie, le gouvernement propose des subventions qui permettent aux populations pauvres de pouvoir acheter une assurance maladie, ce qui pousse même la concurrence à opérer auprès des consommateurs à faible revenu grâce à des prestataires de micro-assurance et autres *(encadré 11)*.

Encadré 11

L'extension de la protection sociale par la micro-assurance en Colombie

Dans le cadre de la réforme du système de soins de santé en Colombie en 1993, un système spécial (Régimen Subsidiado de Salud) a été introduit pour financer les soins de santé des populations pauvres et des groupes vulnérables (y compris leurs familles) qui sont incapables de payer les contributions au système d'assurance général.

Les fonds sont levés par le biais d'une contribution de solidarité collectée sous le système contributif d'assurance sociale et de diverses subventions d'État. Ils sont ensuite transférés à plusieurs institutions, dont huit associations mutualistes fédérées en une organisation nationale centralisée Gestarsalud, qui couvre maintenant 60 % du marché, « cajas de compensación » (20 % du marché), et plusieurs compagnies d'assurance commerciales privées qui couvrent aussi 20 % du marché. Aujourd'hui, ce système subventionné couvre 18,5 millions de personnes.

Source : d'après Pérez, 1999.

Il existe trois façons de surmonter les limites mentionnées ci-dessus. Tout d'abord, un développement plus poussé de la micro-assurance est nécessaire pour augmenter le pourcentage de population couverte, améliorer les prestations et renforcer les capacités de ces systèmes. Ensuite, des liens doivent être développés avec d'autres acteurs et institutions. Enfin, la micro-assurance doit être davantage intégrée aux systèmes de protection sociale équitables et cohérents.

5.1 Le développement plus poussé de la micro-assurance

Le développement plus poussé de la micro-assurance implique divers acteurs, notamment les promoteurs et les opérateurs des systèmes, ainsi que l'État.

Pour les promoteurs et les opérateurs de micro-assurance, ce développement plus poussé peut signifier modifier le mode de fonctionnement actuel des modèles. La gestion doit devenir plus professionnelle pour permettre aux systèmes de gérer la complexité grandissante des moyens de satisfaire les besoins du groupe cible. Une façon d'y arriver est d'externaliser certaines fonctions de gestion vers des organismes spécialisés. Cela peut aussi signifier créer de nouveaux systèmes ciblant les membres de grands organismes, tels que les syndicats, les coopératives et les associations professionnelles. Des systèmes plus grands peuvent fournir une couverture plus complète, en particulier contre des risques majeurs comme l'hospitalisation, et ils sont souvent plus viables car ils peuvent plus facilement constituer des réserves financières.

Comme le décrit le chapitre 5.3, l'État peut aussi soutenir le développement de la micro-assurance à travers la promotion et la sensibilisation de l'opinion publique (en particulier de la population cible). D'autres mesures gouvernementales peuvent inclure :

- le développement de la capacité des systèmes de micro-assurance grâce à une gestion améliorée et à des systèmes de surveillance,
- le renforcement de la viabilité et de la capacité financière des systèmes, par exemple par la réassurance ou les fonds de garantie,
- l'assistance des structures, comme les associations ou les réseaux de second rang qui apportent un soutien et une formation techniques aux systèmes de micro-assurance,
- la simplification de l'échange d'informations entre les acteurs pour garantir que les expériences réussies puissent être reproduites avec d'autres groupes ou dans d'autres zones géographiques,
- la formulation des recommandations sur la conception : prestations, affiliation, administration, méthodes de paiement aux prestataires de soins de santé et
- la création de structures pour générer des informations (statistiques, indicateurs) qui peuvent être utilisées par ces systèmes pour tarifier leurs produits de façon plus précise.

5.2 Le développement des liens

Une stratégie clé pour renforcer les systèmes de micro-assurance et compenser certaines de leurs faiblesses est de les associer à d'autres organismes, institutions ou systèmes. Le tableau 6 fournit quelques exemples, classés selon les types de mécanismes utilisés et les partenaires possibles.

Tableau 6 **Typologie des liens de la micro-assurance**

Mécanismes	*Acteurs/partenaires*
– Subventions (locales, nationales, internationales) – Signature de contrats avec des prestataires de soins de santé – Externalisation des fonctions de gestion – Conseils techniques – Consolidation financière (réassurance, fonds de garantie) – Distribution des produits d'assurance – Distribution des biens publics (vaccination, traitements et tests contre le VIH/SIDA, assistance sociale) – Négociations – Échange d'informations, de pratiques – Régulation, contrôle	– Autres systèmes de micro-assurance, fédérations de systèmes – Organismes de la société civile, mutuelles, IMF, syndicats, coopératives, associations, etc. – Prestataires de services, par ex. de soins de santé, TA – Secteur privé, industrie pharmaceutique – Gouvernements centraux et locaux – Programmes de santé publique – Programmes d'assistance sociale, transferts en espèces – Systèmes de sécurité sociale, assureurs privés ou publics – Coopération internationale

Le partage des fonctions ou des responsabilités selon les compétences clés de chacun peut créer des complémentarités, des économies d'échelle et rendre les systèmes plus efficaces. Voici quelques exemples de liens : Yeshasvini, en Inde, externalise des fonctions de gestion à un TA *(voir chapitre 4.6)* ; les compagnies d'assurance formelle dans plusieurs pays distribuent des produits par le biais d'organismes communautaires *(voir chapitre 4.2)* ; la création d'économies d'échelle et le pouvoir de négociations à travers le groupement de systèmes de micro-assurance, comme dans le cas des fédérations africaines émergentes *(voir chapitre 4.3)* ; et la canalisation des subventions via des associations mutualistes en Colombie *(encadré 11)*.

Les liens fonctionnels peuvent également être instaurés avec d'autres composantes de la protection sociale pour améliorer la cohérence du système national de protection sociale. Les exemples de liens de ce type comprennent la canalisation des services sociaux vers des membres éligibles et la distribution de l'assurance sociale *(encadré 12)*.

Encadré 12

Liens aux Philippines

La Philippines Health Insurance Corporation, ou PhilHealth, est mandatée pour réaliser une couverture universelle d'ici 2012. L'un des défis primordiaux est de fournir une assurance maladie aux travailleurs de l'économie informelle, estimée entre 19,6 et 21,7 millions de travailleurs ou entre 70 et 78 % de la population employée.

En réponse à ce défi, PhilHealth a accepté une résolution en 2003 pour autoriser les partenariats avec des groupes organisés, sur la base d'un projet pilote. Le partenariat, appelé PhilHealth Organized Group Interface (POGI), est perçu comme une approche innovante pour atteindre les travailleurs de l'économie informelle par le biais de coopératives. L'initiative est actuellement testée dans onze coopératives qui s'occupent du marketing et collectent des primes pour PhilHealth.

Source : d'après GTZ-ILO-WHO, 2005.

Un lien crucial pour atteindre les objectifs de la protection sociale est réalisé avec les prestataires de soins de santé. La décentralisation du secteur des soins de santé peut faciliter les accords contractuels entre les systèmes de micro-assurance et les prestataires de soins de santé au niveau local. Toutefois, pour s'assurer que ces relations sont réciproquement bénéfiques et efficaces, il peut être nécessaire pour le gouvernement d'intervenir *(encadré 13)*.

Encadré 13

Développement de liens équilibrés au Sénégal

Au Sénégal, la plupart des organismes de mutuelle santé signent des accords contractuels avec les prestataires de soins de santé. Cependant, la relation est souvent déséquilibrée et la mutuelle n'a pas de réel moyen d'obliger le prestataire de soins de santé à respecter ses engagements.

Pour faire face à ce problème, le Ministère de la santé a reconnu le besoin d'établir un cadre et une politique de signature de contrats nationaux qui offrent des directives et des outils concrets pour faciliter le processus de signature de contrats, y compris les étapes de conception d'un contrat, le contenu minimum d'un contrat, les engagements des deux parties (dont les aspects financiers, la facturation et les méthodes de paiement), des outils et des procédures de surveillance, et le rôle de l'État. Un groupe de travail a été créé en 2006 pour élaborer une première ébauche de ce cadre qui sera ensuite présentée aux intervenants pertinents pour leurs remarques.

Comme l'illustre l'encadré 11, les mécanismes de redistribution des subventions peuvent aider les systèmes de micro-assurance à fournir un paquet minimum de protection sociale pour les ménages ou les individus les plus pauvres avec une capacité contributive réduite ou des risques sociaux élevés (par ex. les personnes âgées, les malades chroniques, certains groupes professionnels). De tels mécanismes garantissent un accès équitable à la protection sociale indépendamment des caractéristiques et de la capacité financière des individus. Outre leur rôle de distribution, ces subventions rendent également les systèmes de micro-assurance bénéficiaires plus attirants, ce qui aide à booster le nombre d'affiliations. Dans la mesure où la redistribution à un niveau national peut ne pas être suffisante pour les pays pauvres, il est également utile d'envisager une redistribution internationale *(encadré 14)*.

Encadré 14

Le Global Social Trust

La mission du Global Social Trust est de systématiquement réduire la pauvreté dans les pays en voie de développement grâce à un partenariat qui sponsorise et investit dans le développement de systèmes de protection sociale nationaux viables pour les personnes et les groupes qui ont été exclus des avantages économiques du développement. L'idée principale est de demander aux personnes dans les pays riches de verser de façon volontaire une petite somme mensuelle (par exemple 0,2 % de leur revenu mensuel) à un Global Social Trust qui sera organisé sous la forme d'un réseau global de trusts nationaux soutenus par l'OIT. Le Trust investira ces ressources pour établir des systèmes de protection sociale de base dans les pays en voie de développement et financera des prestations concrètes pour une période définie jusqu'à ce que les systèmes deviennent financièrement autonomes. Pour plus d'informations, rendez-vous sur :
http://www.ilo.org/public/english/protection/socfas/research/global/global.htm

5.3 Intégration à des systèmes de protection sociale équitables et cohérents

Garantir une sécurité sociale aux citoyens reste une obligation centrale de la société. Par le biais de la législation et des réglementations, les gouvernements ont la responsabilité d'offrir au public l'accès à une certaine qualité de services. Cela ne veut pas dire que tous les systèmes de sécurité sociale doivent être gérés par des institutions publiques ou semi-publiques. Les gouvernements peuvent déléguer leur responsabilité à des organismes des secteurs public, privé, coopératif et à but non-lucratif.

Ce qui est nécessaire, cependant, c'est une définition légale et claire du rôle des différents acteurs dans l'offre de sécurité sociale. Ces rôles devraient être complémentaires, tout en atteignant le niveau le plus haut possible de protection et de couverture. Par exemple, un plan de développement de sécurité sociale définirait l'étendue et la couverture des services par le biais des agences gouvernementales, de l'assurance sociale, des assureurs privés, des employeurs et des systèmes de micro-assurance. Dans ce contexte, les gouvernements et les partenaires sociaux devraient explicitement reconnaître la micro-assurance comme un outil de protection sociale et l'intégrer aux stratégies nationales de protection sociale, de développement de la santé et de réduction de la pauvreté (par ex., les DSRP au Sénégal). Le rôle de la micro-assurance maladie dans une politique générale de financement de la santé coordonnée par l'État devrait aussi être identifié. L'objectif général d'une telle politique est l'accès universel aux soins de santé basé sur des structures de financement pluralistes *(encadré 15)*.

Encadré 15

Master Plan du Cambodge

Au Cambodge, le gouvernement reconnaît le potentiel de l'assurance maladie comme une méthode importante de financement des soins de santé. Pour parvenir à la couverture santé universelle, le Master Plan for Social Health Insurance du Cambodge recommande une approche parallèle et pluraliste qui comprend : (1) une assurance maladie obligatoire via un cadre de sécurité sociale pour les travailleurs du secteur public et privé et leurs personnes à charge, (2) une assurance volontaire par le développement des systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté et (3) une assistance sociale via l'utilisation de fonds d'équité et d'autres fonds gouvernementaux pour acheter une assurance maladie pour les populations non économiquement actives et très pauvres.

Source : d'après WHO Cambodge, 2003.

La conception et l'adoption de cadres légaux appropriés sont une phase clé vers cette intégration. Un tel cadre peut spécifier le rôle de la micro-assurance dans le système de protection sociale et introduire un ensemble de règles et d'institutions pour la surveillance des systèmes de micro-assurance. Les cadres législatifs peuvent contribuer au développement de ces systèmes, même si les cadres impliquant des exigences financières élevées ou une surveillance intensive de la part des autorités publiques peuvent freiner leur développement. Pour trouver le juste milieu, l'OIT/STEP soutient la création d'un cadre régional dans huit pays UEMOA *(Union économique et monétaire d'Afrique de l'Ouest)* pour élaborer et appliquer une législation qui régulera les organismes mutualistes et appuiera leur développement.

Pour les promoteurs de micro-assurance, l'intégration aux systèmes de protection sociale a diverses implications. Le paquet de prestations qu'ils fournissent devraient inclure une couverture contre un ou plusieurs des cas répertoriés dans la Convention 102. De plus, lorsqu'un paquet de protection sociale minimum a été défini par la législation, ces systèmes devraient fournir cette couverture à tous leurs membres. Les réglementations internes des systèmes de micro-assurance devraient respecter les principes d'équité définis par la législation (le cas échéant). Des règles, telles que l'exclusion de membres au-delà d'un certain âge ou le calcul des primes basé sur les risques des individus, peuvent ne pas être en accord avec de tels principes. Si les systèmes de micro-assurance reçoivent un soutien financier, ils devraient être responsables de l'utilisation efficace de ces fonds publics. Cela implique l'exécution de règles de gestion et de comptabilité strictes. Les systèmes de micro-assurance acceptent également que leurs bilans financiers soient contrôlés par un organisme de réglementation indépendant ou public.

De façon plus générale, il est important que les promoteurs et les opérateurs de micro-assurance soient impliqués, directement ou indirectement, à travers des fédérations représentant leurs intérêts, via des consultations et négociations internationales avec l'État et les autres intervenants concernant la conception et l'application des stratégies de protection sociale nationales. Une telle intégration nécessite un climat de confiance entre les opérateurs des systèmes, réseaux de systèmes, autres organismes de société civile représentant les populations couvertes par ces systèmes (syndicats, coopératives, etc.) et le gouvernement *(encadré 16)*.

Encadré 16 **Une approche intégrée de la protection sociale au Sénégal**

Au Sénégal, de nombreux acteurs ont contribué à accélérer le processus d'extension de la protection sociale, notamment l'État, les gouvernements locaux, les partenaires sociaux et les autres organismes de la société civile, les bailleurs de fonds et les prestataires de soins de santé. Plusieurs événements ont été déterminants :

– En 2003, la loi sur les organismes de mutuelle santé a été adoptée ; un cadre national sur le développement des MHO a été créé, tout comme le comité national sur le dialogue social.
– En 2004, la campagne mondiale sur la sécurité et la couverture sociale pour tous a été lancée au Sénégal. Le syndicat des entrepreneurs de transport routier a inclus les problèmes de protection sociale à sa plateforme. En outre, une loi a été adoptée pour concevoir et appliquer un système de protection sociale pour les travailleurs ruraux *(Loi d'Orientation Agro-Sylvo Pastorale)*.

Ces événements ont été intégrés dans le cadre logique de la stratégie nationale pour l'extension de la protection sociale et la gestion des risques (SNPS/GR) formulée en 2005 avec la participation active d'un grand nombre d'acteurs. Cette stratégie vise à étendre la protection sociale en passant de 20 à 50 % de la population d'ici 2015 grâce à de nouveaux systèmes conçus pour mieux répondre aux besoins prioritaires des travailleurs de l'économie informelle.

Ces événements et la formule de stratégie nationale ont conduit en 2006 à des études de faisabilité pour élaborer et mettre en place deux systèmes nationaux de protection sociale, un pour les transporteurs et leurs familles (population cible de 400 000 personnes) et l'autre pour les travailleurs ruraux et leurs familles (population cible de 5 millions de personnes).

6 Conclusion

La micro-assurance est un outil qui peut être utilisé pour étendre la protection sociale aux personnes exclues. Elle est surtout pertinente dans des situations où les gouvernements manquent de ressources et de capacité pour fournir une protection sociale. Même dans les cas où les ressources sont disponibles, si les gouvernements soutiennent la micro-assurance en tant que mécanisme de protection sociale, comme en Colombie, cela peut s'avérer être un moyen plus efficace de protection sociale que les services fournis entièrement par le gouvernement. Pour que la micro-assurance puisse atteindre son potentiel, et dépasser ses limites, une approche dynamique en trois volets est nécessaire, comme l'indique l'illustration 5 :

- **Initiatives ascendantes :** pour stimuler le développement de base de la micro-assurance, il est nécessaire de sensibiliser le grand public, les responsables politiques, les bailleurs de fonds et les agences de développement, ainsi que les partenaires sociaux et autres acteurs de la protection sociale, au fonctionnement de la micro-assurance et à sa contribution potentielle à la protection sociale.
- **Le développement des liens** avec les interventions gouvernementales, les autres systèmes de micro-assurance, les prestataires de soins de santé et d'autres services, les institutions de sécurité sociale, les programmes d'assistance sociale, etc., peuvent renforcer la viabilité des systèmes et améliorer leur efficacité.
- **Efforts descendants :** pour atteindre son potentiel de protection sociale, la micro-assurance doit être perçue par les responsables politiques et les autres intervenants dans un contexte plus large de stratégies ou de systèmes de protection sociale nationaux.

Illustration 5

Une approche dynamique de l'extension de la protection sociale grâce à la micro-assurance

En tant que disposition indépendante de gestion des risques, la micro-assurance n'est pas suffisante pour protéger les populations pauvres contre le risque. Une stratégie intégrée de protection sociale devrait être élaborée en collaboration avec le gouvernement, le secteur privé, les professionnels de santé, les partenaires sociaux et les autres organismes de la société civile. La micro-assurance peut être un vrai succès si elle vient en complément d'autres outils de gestion des risques sur la base d'une évaluation complète des risques.

Même si les opérations des systèmes de micro-assurance sont en grande partie similaires lorsqu'on ne tient pas compte de leurs objectifs, les systèmes de micro-assurance dans le contexte de la protection sociale devraient être évalués et contrôlés différemment des systèmes de micro-assurance pour les actifs, le bétail ou le logement, par exemple. Les systèmes de protection sociale doivent inclure les membres à haut risque ou sans ressources, et idéalement accéder à des subventions publiques pour compenser les déclarations de sinistre les plus élevées ou les contributions les plus faibles. S'ils accèdent aux subventions publiques, ils doivent aussi en être redevables, en garantissant que ces fonds sont utilisés de façon efficace et pour les objectifs prévus.

La décision de mettre en pratique ou de soutenir les systèmes de micro-assurance n'est pas seulement motivée par une analyse des risques, mais également par des considérations politiques : imprévus prioritaires à couvrir, populations à cibler, pertinence de ce mécanisme comparé à d'autres, et possibilité de l'associer à d'autres mécanismes et à d'autres composantes de protection sociale. L'objectif est d'améliorer l'efficacité, d'augmenter la couverture et de créer progressivement des systèmes de protection sociale plus cohérents et équitables.

2 Produits et services de micro-assurance

2.1 Défis et stratégies en vue d'étendre l'assurance maladie aux plus démunis

Ralf Radermacher, Iddo Dror et Gerry Noble[1]

Les auteurs apprécient les excellentes suggestions émises par Shahnaz Ahmed (Consultante), David Dror (Université Erasmus de Rotterdam), Klaus Fischer (Université de Laval), Jens Holst (Consultant) et Priyanka Saskena (Consultante).

L'assurance maladie se distingue des autres types de couvertures telles que l'assurance-vie ou de biens par plusieurs particularités. Le présent chapitre expose les caractéristiques spécifiques à la micro-assurance maladie, en se concentrant sur les points de vue différents, côté assureurs et côté assurés.

Pour parler de la micro-assurance maladie, il convient d'abord de s'entendre sur la définition. Ce chapitre définit la micro-assurance maladie comme un mécanisme de transfert du risque dans lequel l'assureur prend en charge un certain risque au nom de l'assuré en échange d'une prime. Les primes sont payées d'avance en échange de la compensation versée rétroactivement si un événement assuré survient. L'assurance maladie définit les risques assurables en termes d'événements de santé générant des coûts. La micro-assurance maladie implique que la prime facturée soit adaptée aux clients à faible revenu ; ce qui se traduit en retour par d'importantes réductions des prestations afin de conserver la viabilité. Lorsque les prestations offertes par un produit sont limitées, elles doivent être adaptées aux exigences de différents segments du marché.

La question du sur mesure est importante, car l'exposition au risque diffère, par exemple, pour les mineurs par rapport aux fermiers, aux pêcheurs ou aux vendeurs de marché, pour ne citer que quelques métiers. Les personnes travaillant dans les champs marchent souvent pieds nus et leur exposition aux morsures de serpents ou à la leptospirose est plus importante que celle des mineurs, alors que ces derniers sont plus sujets aux maladies respiratoires que les pêcheurs, et ainsi de suite. De la même façon, des différences interviennent en fonction du sexe, de l'âge, de la région et d'autres caractéristiques. Par conséquent, la priorité donnée aux différentes prestations variera en fonction des groupes. Afin d'offrir des produits de micro-assurance maladie viables, il faut considérer les quatre aspects résumés dans l'illustration 6 : fabrication du produit, vente du produit, service après-vente du produit et entretien de la stabilité sur le long terme. Ce chapitre analyse chacun de ces composants de la micro-assurance maladie.

[1] Certains exemples de ce chapitre ne proviennent pas d'études de cas mais des expériences personnelles des auteurs, incluant notamment des références à Microcare et Panworld en Ouganda, et BAIF et Uplift Health en Inde.

Illustration 6

Conception du produit d'assurance maladie

Fabrication du produit
Définir le paquet de prestations
Identifier les prestataires
Fixer le prix de la viabilité
Contrôles de la fraude, du risque moral et de l'antisélection

Vente du produit
Apport d'informations
Souscription

Service après-vente du produit
Assistance relative aux déclarations de sinistre
Gestion des relations avec les prestataires de soins
Relation à long terme avec les clients

Entretien de la stabilité sur le long terme
Gestion financière
Surveillance et gestion des risques (réassurance)

1 Fabrication du produit

Toutes les considérations commencent par la fabrication du produit. Dans sa forme la plus simple, ce processus implique de prendre des décisions quant à la conception et la fixation du prix du paquet de prestations. Néanmoins, les paramètres sélectionnés affectent les processus de vente et de service après-vente, ainsi que l'entretien de la stabilité.

La fabrication du produit nécessite de définir plusieurs éléments : un groupe de clients cibles type, la demande d'assurance, la composition du paquet de prestations, la tarification, les prestataires de soins de santé, ainsi que le contrôle des risques moraux et de l'antisélection. La dimension abstraite comprend une tarification viable garantissant la stabilité du système ainsi qu'une gestion fiable des déclarations de sinistre et la satisfaction de l'exigence de sécurité des clients (Albrecht, 1992). La conception réelle du produit pose les bases de cette dimension abstraite.

1.1 Risque moral, antisélection et fraude

Le risque moral, l'antisélection et la fraude sont communément considérés comme les principaux problèmes de l'assurance maladie, même si d'autres facteurs comme la sélection des risques contribuent fortement aux défaillances du marché. Avant d'entrer dans le détail des autres composantes de la conception du produit, il est utile de définir ces problèmes et d'expliquer pourquoi ils constituent un défi particulier pour l'assurance maladie.

Le risque moral intervient lorsque des assurés utilisent plus de services qu'ils ne le feraient s'ils ne disposaient pas de couverture, simplement parce qu'ils savent qu'ils sont protégés. Parfois, l'assurance peut constituer une forte incitation à la réalisation d'un sinistre. Un client peut par exemple avoir depuis longtemps un problème de santé qu'il ne jugeait pas suffisamment grave pour être soigné (une hernie ou un prolapsus utérin, par exemple). Pourtant, après obtention de la couverture médicale, le client peut décider de faire soigner ce problème aux frais de l'assurance.

L'antisélection se produit lorsque le profil de risque du groupe assuré est pire que celui généralement rencontré pour l'ensemble de la population. En voici les deux principales causes :

1. Le groupe assuré n'est pas un vrai groupe préexistant et les personnes malades se sont regroupées spécialement pour bénéficier de l'assurance. C'est ce qui s'est produit dans un système de santé basé sur la communauté pour les membres d'une coopérative agricole en Ouganda, dont certains groupes avaient des déclarations de sinistre supérieures à ce qui était prévu. Les enquêtes ont révélé que ces groupes ne pouvaient prouver leur appartenance préalable et s'étaient probablement formés pour bénéficier du système de santé.

2. Les groupes préexistants comprenant un nombre de membres malades supérieur à la moyenne souscrivent à un programme d'assurance alors que les groupes en bonne santé ne le font pas. C'est un problème caractéristique des groupes de petite taille. Par exemple, Microcare (Ouganda) a attribué une assurance maladie de groupe pilotée à l'origine par la FINCA (qui utilise la méthodologie spécifique de crédit « village banking » pour des groupes de 30 familles ou plus) à une autre IMF, Pride Ouganda, où un groupe peut être constitué de cinq familles. Ainsi, de petits groupes comprenant plusieurs membres souffrant de problèmes médicaux ont rapidement rejoint le système alors que des groupes composés d'individus en bonne santé étaient moins susceptibles d'y souscrire.

Quoi qu'il en soit, le coût de l'assurance de ces personnes sera bien supérieur aux prévisions et les déclarations de sinistre seront souvent bien supérieures au total des primes collectées, ce qui entraînera une perte substantielle pour le système.

Fraude : l'assurance maladie est particulièrement sujette à la fraude dans le monde, quel que soit le niveau des revenus des clients. Même sur les marchés hautement sophistiqués comme les États-Unis, les assureurs santé engagent des ressources conséquentes pour contrôler et détecter des fraudes. L'assureur prend le risque d'être victime de fraudes par :

- le client, par exemple, qui obtient des soins pour des personnes non couvertes par le système d'assurance par usurpation d'identité,
- le prestataire de services de soins qui pourrait, par exemple, faire de fausses déclarations de soins, ou gonfler les déclarations en prétendant avoir fourni des médicaments plus chers que ceux réellement fournis,
- les administrateurs du système, y compris l'équipe de l'assureur, qui pourrait, par exemple, faire de fausses déclarations ou traiter de vraies déclarations deux fois, avec la complicité de prestataires malhonnêtes,

ou toute combinaison des exemples donnés ci-dessus.

Et comme les systèmes peuvent facilement s'effondrer à cause des fraudes, des mécanismes de prévention des fraudes doivent impérativement être mis en place avant le lancement du système. À la fin des années 1990, l'une des plus grandes compagnies d'assurance d'Ouganda, Panworld, s'est effondrée quelques mois seulement après avoir lancé l'assurance maladie, en grande partie à cause du grand nombre de fraudes du système.

Le risque moral, l'antisélection et la fraude existent dans tout type d'assurance. Ils sont particulièrement problématiques dans l'assurance maladie à cause de la nature subjective des événements assurés. Pour l'assurance-vie, par exemple, l'événement assuré est vérifiable objectivement : une personne est soit décédée, soit vivante. Ou, dans le cas d'une assurance intempéries, un bâtiment peut être assuré contre les dégâts causés par des vents soufflant à 100 km/h ou plus, phénomène objectif et mesurable. Comme la possibilité de risque moral existe, peu de personnes choisissent le décès uniquement dans le but de toucher les indemnités d'une police d'assurance (bien que le suicide soit une exception, ce qui en fait une clause exclusive dans la plupart des contrats d'assurance-vie). De même, si l'incendie volontaire est une possibilité de risque moral dans le cadre de l'assurance des biens, il est relativement simple à prouver et à détecter.

Cependant, la maladie est plus subjective, et son diagnostic est le plus souvent établi par des prestataires de soins motivés par un désir d'encourager la consommation de leurs services. Même si peu de personnes choisissent de subir une opération du cœur uniquement parce qu'elles sont assurées, il n'en va pas de même pour les simples consultations externes. En termes d'assurance maladie, le risque moral peut être causé par le prestataire de soins comme par l'assuré, ce qui fait du risque moral un problème très délicat pour les assureurs santé.

L'antisélection n'est pas exclusive à l'assurance maladie. Les personnes qui fument ou qui boivent de l'alcool sont plus enclines à souffrir de maladies et ont une espérance de vie plus courte. Une personne qui fume ou boit et le cache à la compagnie d'assurance au moment de souscrire une assurance-vie constitue effectivement un cas d'antisélection qui peut affecter de manière négative la probabilité de sinistre. Pourtant, comme le montre cet exemple, il est bien plus facile de cacher des informations personnelles relatives à la santé que des informations concernant un bien ou une récolte, par exemple.

De ce fait, l'antisélection intervient plus fréquemment dans le cadre de l'assurance maladie, lorsque des personnes conscientes de présenter des risques supérieurs à la moyenne souscrivent une assurance (ou lorsque les personnes à faible risque se désengagent). Par exemple, une femme qui vient d'apprendre qu'elle est enceinte va souscrire à un système proposant une allocation de maternité avantageuse, ou une personne consciente d'être porteuse du VIH va souscrire à un système couvrant les médicaments antirétroviraux. Les coûts de ces assurés font augmenter la prime moyenne, ce qui peut, en conséquence, pousser les personnes dont l'utilisation des couvertures est inférieure à la moyenne à quitter l'assurance qu'ils jugeront trop chère. AssEF, une Association d'Entraide des Femmes au Bénin, proposait des visites prénatales et natales dans son paquet de prestations. Bien que la souscription était ouverte à toute la famille, ce sont principalement des femmes qui y ont souscrit. La situation s'est aggravée à cause d'un retrait massif des membres, et les femmes enceintes ont ainsi formé une catégorie surreprésentée parmi les membres restants. Ainsi, l'antisélection peut affecter la mise en commun des risques et la viabilité économique du système.

En se concentrant sur les aspects théoriques et techniques de l'assurance maladie, on encourt le risque d'ignorer les conditions spécifiques du financement de la santé dans le monde en développement, où la micro-assurance peut devenir un composant important de la protection sociale. Ce qui pourrait être considéré comme un risque moral axé sur la demande, déterminé par l'utilisateur, n'est généralement rien de plus que l'expression d'un besoin réel de traitement épidémiologique et clinique. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'une surexploitation postérieure à la souscription au système de santé, mais d'une

sous-exploitation antérieure à la souscription. Et de nombreux micro-assureurs ont précisément décidé de s'y attaquer. Néanmoins, dans un contexte donné, la micro-assurance doit définir des objectifs principaux et explorer des mesures concrètes pour contrôler les éléments indésirables que sont le risque moral et l'antisélection. Les approches applicables au contexte spécifique de la micro-assurance maladie seront traitées plus en détails ultérieurement dans cette partie. Ce chapitre va maintenant traiter des divers éléments relatifs à la fabrication du produit, en commençant par la définition du groupe cible.

1.2 Définir le groupe cible

La définition du groupe cible constitue la première étape de la fabrication du produit. En général, la micro-assurance maladie ne fonctionne qu'avec des groupes préexistants ; la prime nécessaire à la couverture de personnes prises au hasard serait beaucoup trop élevée en raison du coût associé à l'antisélection. De plus, comme cela a été dit précédemment, les produits à destination de divers groupes professionnels seront différents (ou au moins ils devraient l'être, tant que la couverture n'est pas totale et que les indemnisations doivent être rationnées). Pourtant, la catégorie professionnelle n'est pas le seul facteur à considérer au moment de la définition des groupes ; le sexe peut être la caractéristique la plus importante, et les différences régionales peuvent également jouer un rôle crucial. Bienestar Magistral au Salvador, par exemple, propose un système pour les enseignants du secteur public ; l'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) définit globalement son groupe cible comme un foyer dans une zone donnée. Au final, la profession ne joue aucun rôle, mais la zone d'opération limite l'adhésion.

Définir le groupe cible de base ne doit pas nécessairement signifier exclure les autres. Il peut être intéressant pour l'assureur (et pour l'assuré) d'inclure d'autres membres du foyer car la charge de la maladie est souvent portée par tout le foyer. Plusieurs micro-assureurs l'ont identifié. En Inde, le groupe cible de VimoSEWA est constitué de femmes travaillant à leur compte, et seules les membres du groupe peuvent souscrire à une police d'assurance. Cependant, les femmes travaillant à leur compte peuvent choisir de couvrir également leurs époux et enfants. De même, chez Yeshasvini Trust (Inde), les clients doivent être membres d'une société coopérative, mais ils peuvent également couvrir toute leur famille. Le système d'assurance pourrait même nécessiter la souscription de toute la famille (ou offrir une réduction de la prime comme incitation si c'est déjà le cas). Chez Uplift Health en Inde, par exemple, on attend des membres qu'ils inscrivent tout leur foyer, sous peine de voir les primes individuelles doubler.

Quels que soient les critères utilisés pour définir le groupe, il est important de sélectionner un groupe cible favorable à la cohésion du groupe. S'il manque un lien fort, ou si le degré de capital social au sein des membres du groupe est généralement faible, les risques augmentent de voir apparaître des comportements égoïstes comme de plus forts niveaux de risque moral et d'antisélection, ou des niveaux de renouvellement plus faibles après une année sans déclarations de sinistre.

1.3 Étudier la demande

Une fois le groupe cible défini, il doit être appréhendé avec précaution. Pour ce faire, Karuna Trust, en Inde, a travaillé avec un institut de recherche pour mener une étude du niveau de référence de la population cible. Dans une étude portant sur le foyer, le comportement sain, les dépenses de santé, les connaissances sur l'assurance et la volonté de payer pour une assurance ont été examinés. Les résultats ont été pris en considération au moment de la conception du paquet de prestations. Le coût élevé des soins médicaux s'étant avéré l'un des principaux fardeaux pour les foyers quand la maladie intervient, un fonds pharmaceutique a été intégré au système d'assurance. En réponse aux coûts indirects élevés de la maladie, Karuna a également décidé de compenser les pertes de revenu pendant l'hospitalisation des assurés. D'autres institutions utilisent leur personnel de terrain pour mener des études sur la demande. BRAC (Bangladesh), par exemple, a consulté des groupes et des membres pour connaître leurs préférences ; le service de recherche de VimoSEWA se base sur le retour provenant de son personnel de terrain.

1.4 Définir le paquet de prestations

Un paquet de prestations peut ensuite être conçu sur la base des indices obtenus à partir des études de besoins. La définition des prestations du produit et de la prime nécessaire pour obtenir ces prestations constitue le cœur de la fabrication du produit. Les deux aspects déterminent les opportunités du marché pour le produit et l'équilibre entre les besoins et les souhaits du groupe cible.

Dans tout contrat d'assurance, et la micro-assurance ne fait pas exception, le regroupement des risques par leur mise en commun est déterminant. Pourtant, tous les risques ne peuvent pas être regroupés. Les conditions préalables suivantes doivent être remplies pour que le risque soit assurable et transférable dans une solution d'assurance (Churchill et al., 2003; Brown et Churchill, 1999; Vaté et Dror, 2002) :

- **Caractère aléatoire :** la survenance du sinistre ou du dommage doit être imprévisible. Autrement, l'épargne systématique est une meilleure alternative car la mise en commun des risques n'entraînerait pas une baisse des primes.
- **Faible probabilité d'apparition :** si la majorité des membres sont susceptibles d'encourir un sinistre ou un dommage, les primes seront identiques au montant de la provision personnelle.
- **Indépendance du risque :** les risques personnels assurés collectivement doivent être indépendants au regard de leur survenance afin de ne pas menacer la stabilité sur le long terme de l'assurance.
- **Caractère incontrôlable du sinistre ou du dommage :** le titulaire du contrat ne doit pas être en mesure de provoquer le sinistre ou le dommage.
- **Caractère explicite :** l'assureur doit pouvoir vérifier la survenance et la portée du sinistre.
- **Existence d'un intérêt assurable :** pour qu'une personne soit intéressée par une solution d'assurance, le sinistre doit être compensé financièrement. Les sinistres potentiels doivent être étroitement liés au coût des primes.

Les risques assurables doivent avoir une faible probabilité de survenance mais donner droit à de fortes compensations s'ils interviennent effectivement. C'est ici que les mécanismes de mise en commun des risques entrent en jeu. Puisqu'une partie du risque individuel est prise en charge par la totalité des titulaires de contrats du groupe, les primes de risque individuel peuvent être relativement basses par rapport à l'importance d'un sinistre potentiel. Plus les sinistres sont fréquents, plus ils deviennent difficiles à assurer. Plus un événement a de chance de se produire, plus le montant des primes se rapprochera de celui d'un sinistre potentiel, de sorte que l'événement ne sera finalement plus assurable à un prix acceptable pour les clients.

Le cas classique d'événement assurable dans le domaine de la santé est l'hospitalisation, qui a une faible probabilité de survenance, mais présente des coûts élevés. VimoSEWA rembourse les frais d'hospitalisation de ses membres jusqu'à un certain montant. Cependant, les préférences d'un groupe cible peuvent aller plus loin que ces événements peu fréquents car les foyers cherchent à couvrir également des événements fréquents. Un simple traitement médical externe aux coûts moindres mais à la probabilité plus élevée entre dans la catégorie des risques difficilement assurables du point de vue de l'assureur car les coûts administratifs de règlement des sinistres sont souvent trop importants.

Ceci souligne l'une des différences majeures entre les préférences des assureurs et des assurés. Les assureurs aiment couvrir des événements rares et coûteux, mais n'aiment pas les petites déclarations de sinistre qui génèrent des coûts administratifs. À l'opposé, les assurés sont réfractaires aux pertes,

et préfèrent des produits qui réduisent leurs pertes, qui ne sont pas nécessairement dues à des événements à faibles probabilités et aux coûts élevés, mais plutôt à une accumulation d'événements peu chers et à forte probabilité.

En marge du conflit assureur-assuré, il existe un autre conflit d'intérêts dans le système d'assurance. Si des maladies mineures pouvant être traitées en externe n'étaient pas couvertes par l'assurance maladie, le titulaire du contrat serait incité à retarder le traitement jusqu'à ce que l'état de santé soit suffisamment sérieux pour justifier une déclaration de sinistre. Au final, les traitements retardés peuvent coûter très cher à l'assureur. Incitations mises à part, il est difficile, voire impossible, pour de nombreuses populations pauvres de payer un traitement pour ce qui n'est encore qu'une maladie mineure en période de bas revenus (pour les ouvriers agricoles, par ex., qui ont des revenus saisonniers). Et il y a également l'incitation perverse supplémentaire qui pousse un médecin à admettre sans nécessité des patients afin de bénéficier du revenu de la couverture hospitalisation.

Le report du traitement peut mener à de graves détériorations et, au final, coûter beaucoup plus cher à l'assureur. De ce fait, il peut être dans l'intérêt de l'assureur d'encourager les gens à suivre un traitement tôt, tout en s'assurant qu'ils ne profitent pas inutilement ou excessivement des services de santé. La prévention et les contrôles de santé réguliers relèvent de la même catégorie. Bien que le paquet de prestations de Yeshasvini Trust se concentre sur la chirurgie et réussit à couvrir des traitements rares mais onéreux comme la chirurgie cardiaque en échange d'une prime raisonnable, elle inclut également des consultations externes gratuites pour encourager ses membres à se soigner dès les premiers stades de la maladie. La fréquence d'utilisation de traitements externes couverts, s'ils ne sont pas limités, ne concerne que l'assuré, et le critère « caractère incontrôlable du sinistre » n'est pas rempli. C'est aussi vrai pour les campagnes de contrôle de santé, la chirurgie optionnelle et les accouchements. Leurs risques ne peuvent pas vraiment être regroupés, mais de nombreux systèmes considèrent néanmoins nécessaire d'inclure ces prestations.

Lorsqu'ils couvrent des événements fréquents mais (relativement) peu chers, les systèmes doivent limiter la portée des prestations ou augmenter les cotisations en conséquence. Une mutuelle de l'UMSGF propose des services et des médicaments aux patients externes contre un ticket modérateur à honoraires fixes. Le produit d'assurance de Grameen Kaylan (Bangladesh) propose une gamme de services, mais limite sa couverture à un certain pourcentage des coûts réels pour les prestations relatives aux soins prescrits par des prestataires de soins externes. Cette restriction, qu'elle concerne la diversité des prestations, la somme totale couverte ou les tickets modérateurs dont le patient doit s'acquitter, est une conséquence logique de la prime réduite que les assureurs facturent à leurs clients.

Le traitement des maladies chroniques et de leurs effets à long terme est une question qui pose problème. Elles sont généralement difficiles à identifier (et par conséquent sujettes à l'antisélection), et constituent donc une source de conflit potentiel avec l'assuré. Il en va de même pour les maladies telles que le VIH/SIDA, pour lesquelles un traitement à long terme est nécessaire et coûteux, dépassant généralement la capacité financière d'un individu. Pourtant, un traitement conséquent et complet des personnes infectées par le VIH/SIDA peut devenir très rentable, comme le montre le cas du Brésil (Holst, 2005b). En raison de la chute des prix des soins antirétroviraux sur le plan international, la rentabilité est parfois possible même dans le cadre de la micro-assurance (Jamison et al., 2006). L'inclusion et la couverture dépendront du principe de solidarité et du degré de capital social au sein du groupe cible. Les systèmes de micro-assurance doivent donc faire face à un défi qui consiste à obtenir suffisamment de ressources en un laps de temps court pour traiter le VIH/SIDA correctement et prévenir la progression de la maladie, et enfin faire des bénéfices à long terme sur les baisses de déclarations de sinistre.

Les clients de Microcare ont défini leur degré de solidarité avec les malades chroniques eux-mêmes. Au lieu d'exclure les malades chroniques, les clients ont décidé de ne pas inclure les médicaments intervenant dans le traitement des maladies chroniques dans le paquet de prestations. De ce fait, Microcare ne couvre pas l'insuline pour les diabétiques, les inhalateurs pour les asthmatiques et les antiépileptiques contre l'épilepsie. Cette exclusion a été suggérée à l'origine par les clients à bas revenus de l'IMF pendant la conception du système pilote quand ils ont réalisé à quel point les primes devraient être élevées pour couvrir ces coûts. Les clients ont décidé que « ces personnes paient déjà pour leurs traitements médicamenteux à long terme. Laissons les continuer, mais ne les empêchons pas de bénéficier des autres prestations du système. »

Par ailleurs, la couverture des maladies chroniques peut dépendre du financement d'un tiers. Karuna Trust contourne certaines de ces limitations en collaborant avec des prestataires de soins publics, offrant ainsi un traitement gratuit aux personnes se trouvant sous le seuil de pauvreté. Ainsi, le paquet de prestations de Karuna Trust peut se concentrer sur l'enrichissement de cette infrastructure publique et s'attaquer à certains de ses défauts. Dans l'éventualité d'une hospitalisation, les assurés de Karuna peuvent se faire prescrire des médicaments qui ne sont pas disponibles chez les prestataires de soins publics et leurs pertes de salaire sont compensées pendant la durée de leur hospitalisation. De même, le transport en ambulance est gracieusement offert en cas d'urgence. Grâce à une subvention du PNUD, Karuna Trust introduit également une couverture pour les frais de santé relatifs au VIH/SIDA.

Enfin, la durée (terme) pendant laquelle le paquet de prestations est proposé aux individus, foyers ou groupes doit être définie. La grande majorité des micro-assureurs utilisent un terme d'un an et renouvellent le contrat avec le client annuellement. Une période plus courte n'a généralement aucun sens car la mise en équilibre du risque devient plus difficile et les gens pourraient y souscrire uniquement quand ils sont malades ou pour une période particulièrement difficile de l'année, comme la saison des pluies, quand la malaria est plus répandue.

1.5 Définir les prestataires

En plus des prestations, les modes de distribution des services et les procédures techniques doivent être définis. Tandis que les premiers déterminent la relation avec les prestataires de soins, les procédures techniques déterminent la façon dont les déclarations de sinistre sont transmises et les personnes pouvant être impliquées dans le processus.

Il existe trois principales possibilités pour déterminer la relation avec les prestataires de soins :

1. Les assureurs sélectionnent des prestataires de soins précis consultés par les clients et concluent un **contrat formel avec eux** *(illustration 7)*. En général, l'assureur paie directement au prestataire les services rendus au client. Cette solution se base sur le principe des bénéfices en nature, selon lequel le titulaire de contrat reçoit le service plutôt que l'argent nécessaire au paiement du service. Yeshasvini Trust a établi un réseau de 150 hôpitaux, principalement privés, qui fournissent aux clients des services à un taux prédéfini. Les patients bénéficient de prestations non numéraires après acceptation de l'administrateur de l'assurance.

Illustration 7

Modèle de déclarations de sinistre 1 : l'assureur paie le prestataire de soins (tiers payant)

2. Une autre façon de proposer des prestations en nature consiste à **combiner les prestataires de soins et les assureurs** *(illustration 8)*. Dans ce cas, l'assureur engage sa propre équipe de soins, soit pour l'hospitalisation, soit sous la forme de prestataires de services mobiles (un prestataire de soins peut autrement lancer un système d'assurance). Si l'assureur ne dispose que de quelques professionnels de santé dans une région donnée, le prestataire de services employé ne bénéficie pas des économies d'échelle. C'est un défi qui se présente actuellement à ServiPerú. Cela signifie que certains services ne seront pas fournis du tout ou ne pourront pas être fournis de manière rentable. Pourtant, dans les régions souffrant d'une infrastructure médicale pauvre, cela peut être le seul moyen d'offrir la micro-assurance maladie *(voir encadré 17)*.

Illustration 8

Modèle de déclarations de sinistre 2 : prestataires de santé et d'assurance intégrés (transaction financière interne)

Encadré 17

Approche à trois niveaux du BRAC pour la prestation de services de santé

Le Programme de santé du BRAC au Bangladesh est principalement destiné à la communauté, avec une attention particulière apportée aux femmes et aux enfants, bien que les hommes ne soient pas exclus. La mise en place de ce système passe par trois niveaux. Le premier niveau est une structure formée de travailleurs de la santé communautaire à temps partiel, appelés Shashtho Shebikas (SS), qui sont principalement des travailleuses de première ligne du Programme de santé du BRAC. Ils font du porte-à-porte pour éduquer les membres de la communauté sur les questions de santé importantes, fournis-

sent des traitements pour des maladies de base et des produits de santé essentiels, et aident à créer des communautés investies dans la santé. Le deuxième niveau est une structure formée d'auxiliaires médicales, toutes des femmes, appelées Shashtho Kormis (SK). Ces auxiliaires médicales supervisent le travail des SS, fournissent des soins aux femmes enceintes et tiennent des forums d'éducation sur la santé traitant des problèmes de santé de la communauté. Le troisième niveau est un réseau de cliniques, appelées BRAC Shushasthos, qui fournit un soutien technique aux SS et aux SK qui envoient les patients qu'ils ne peuvent traiter vers ces centres. Les Shushasthos proposent des services de soin et de diagnostic, disposent de laboratoires complets, d'installations externes et de services internes, tous encadrés par des infirmières et des médecins qualifiés.

D'après Ahmed et al., 2005.

3. La troisième option consiste à rembourser aux clients leurs dépenses de santé *(illustration 9)*. Ici, les clients peuvent consulter un médecin ou hôpital agréés, payer les services et remettre ensuite la facture à l'assureur pour obtenir le remboursement. Cette solution offre au client le plus grand choix possible (bien que de nombreux systèmes travaillent avec des prestataires de santé devant remplir certaines conditions). Pourtant, elle fait porter un lourd poids financier sur les épaules des clients qui attendent le remboursement. Le manque d'argent est une difficulté majeure pour les personnes à faible revenu et peut les empêcher de recourir aux soins, tout particulièrement dans les groupes les plus vulnérables (les personnes les plus pauvres, les femmes, les enfants). VimoSEWA utilise cette approche, mais reconnaît qu'elle n'est pas idéale pour ses membres. Par conséquent, elle a lancé un projet pilote dans le but de régler ce problème : les clients contactent un agent de terrain avant d'entrer à l'hôpital, et reçoivent une avance allant jusqu'à 80 % des coûts estimés.

Illustration 9

Modèle de déclarations de sinistre 3 : l'assureur rembourse les dépenses de santé avancées par les clients.

Il y a un risque accru de fraude chez les clients de la troisième option car ils peuvent créer ou modifier des factures pour obtenir plus d'argent. Il est également plus difficile pour l'assureur de revenir vers le prestataire de services de santé pour contrôler la déclaration de sinistre s'il y a un grand nombre de prestataires de services avec qui il n'a pas de contrat de partenariat. Le rejet d'une déclaration de sinistre compromettra également la relation avec le client et dégradera la réputation de l'assureur si c'est le client qui est pénalisé par ce rejet plutôt que le prestataire de service.

Pour chacune de ces options, l'assureur doit définir la procédure de traitement des déclarations de sinistre et de paiement du prestataire de service. Par exemple, la facturation peut se faire par client ou par service rendu. Il existe un large éventail de procédures de règlement, chacune provoquant différentes incitations pour le prestataire d'offrir plus ou moins de services à l'assuré.

Indépendamment de la façon dont s'organise l'offre de services de santé, il est essentiel de disposer de mécanismes pour vérifier les services rendus. Cette tâche est accomplie pendant la phase de service après-vente du produit. Néanmoins, les questions concernant la façon de contrôler la qualité des services de santé, de s'assurer que les déclarations de sinistre sont justifiées et de prévenir les déclarations frauduleuses doivent déjà avoir été envisagées au cours du processus de fabrication du produit.

1.6 Mécanismes visant à prévenir le risque moral

Comme il est souligné au début de cette partie, l'assurance maladie comporte un risque élevé de fraude ou de risque moral après la signature du contrat, ce qui constitue un comportement violant l'esprit du contrat. En raison d'une information asymétrique, il est impossible pour l'assureur de vérifier si l'assuré a bien subi un sinistre ou s'il a contribué par négligence à la réalisation d'un sinistre. De même, il est difficile pour l'assureur de prouver l'utilisation abusive des services de santé. Un mécanisme traditionnel pour gérer ce problème est le **ticket modérateur**, qui est utilisé par l'UMSGF, le BRAC, Grameen Kaylan et d'autres. Il est intéressant de remarquer que Grameen Kaylan a augmenté ses tickets modérateurs initialement modestes, non pas pour réduire l'utilisation abusive, mais pour communiquer sur la qualité de ses soins ; les clients percevaient les traitements à bas prix comme des soins de mauvaise qualité.

Pourtant, le partage des coûts souffre de nombreux désavantages empiriques et faiblesses théoriques (Arhin-Tenkorang, 2000). Tout d'abord, l'utilisation abusive ne semble pas être un problème majeur dans les pays en voie de développement, où on constate un manque de soins adaptés, et les coûts d'opportunité associés en restreignent donc l'accès indirectement. Ensuite, le partage des coûts contrebalance le paiement d'avance des soins et est donc contraire à la (micro-)assurance maladie. Les dépenses de l'utilisateur ont un impact négatif sur la plupart des groupes vulnérables et empêchent les personnes qui sont le plus dans le besoin d'être suivies pour des soins, ce qui tend à rationner les soins plutôt que de les rationaliser. Les mutuelles de l'Union Technique de la Mutualité (UTM) au Mali ont été fondées dans le seul but d'aider leurs membres à payer le ticket modérateur aux organismes de santé.

La nature de la prestation peut jouer un rôle dans la réduction du risque moral. Par exemple, Yeshasvini Trust intervient en estimant que personne n'entreprend volontairement des opérations chirurgicales sans réelle nécessité. A contrario, les tickets modérateurs de Microcare ont toujours existé pour des systèmes de type communautaire, mais ils sont relativement bas (entre 0,30 $US et 0,80 $US pour les services des Hôpitaux missionnaires). Ces paiements ne sont pas considérés comme des moyens substantiels de recouvrement des coûts ou une contribution significative au partage des coûts, mais ont pour but d'empêcher l'utilisation excessive des services par les clients habitant à proximité d'un hôpital ou d'une clinique.

Les tickets modérateurs de Microcare sont également utilisés pour inclure différents niveaux de prestataires de services dans le même plan d'assurance de base en assignant un ticket modérateur supérieur (de 1 à 3 $US) pour les

cliniques privées de ville haut de gamme. Certains clients de la micro-finance ont adopté l'attitude consistant à estimer que leur temps est précieux, préférant payer un supplément pour une clinique privée où ils sont pris en charge rapidement, de sorte qu'ils puissent retourner plus rapidement gagner de l'argent dans leurs petites entreprises.

1.7 Tarification

Pour concevoir un produit répondant aux préférences des clients, il convient d'obtenir des informations sur leur volonté de payer et leurs modes de paiement préférés (ces informations devraient figurer dans l'étude des besoins, comme indiqué précédemment). Pour calculer la prime optimale grâce aux méthodes actuarielles, l'assureur doit d'abord définir l'unité assurable. Par exemple, l'UMSGF définit les familles comme des unités assurables, ce qui réduit le risque d'antisélection en répartissant le risque au sein de l'unité.

Comme décrit au chapitre 3.5, le total des coûts des prestations d'assurance peut être évalué grâce à des estimations des taux d'utilisation et des dépenses de soins escomptées. En ajoutant les coûts administratifs escomptés, les réserves de prévoyance et, dans le cas d'un assureur privé, une marge de bénéfice, l'assureur peut calculer le besoin de financement attendu. En principe, plus la mise en commun d'assurances (escomptée) est grande, plus le coût administratif (fixe) du contrat est bas. En agissant dans le secteur coopératif de Karnataka (qui comprend plusieurs millions de membres), Yeshasvini Trust est parvenu à toucher une grande population cible et ainsi à réduire considérablement les coûts administratifs (fixes) par assuré.

Pour éviter de saper la confiance des titulaires de contrats, il convient d'éviter les changements de primes fréquents ou substantiels. Lorsque Yeshasvini a réalisé qu'elle devait doubler la prime, un tiers de ses clients n'ont pas renouvelé leur contrat. De même, Karuna Trust a dû s'engager dans un immense exercice de renforcement de la confiance quand son programme d'assurance a cessé d'être financé. La moitié des clients a résilié dans un premier temps, et ce n'est qu'après un effort intense que l'équipe de terrain de Karuna a pu augmenter le nombre de membres.

Alors qu'il s'agissait dans ce cas d'une erreur stratégique de la part des bailleurs de fonds, dans le premier exemple, Yeshasvini, cela aurait pu être évité avec des données fiables. Des données fiables concernant les coûts des services et la fréquence d'utilisation sont nécessaires. Yeshasvini a réglé le paramètre du coût en définissant un tarif forfaitaire payable à tous les hôpitaux du réseau ; cependant, la fréquence d'utilisation s'est révélée beaucoup plus importante que ce qui avait été prévu.

De manière générale, contrairement à la plupart des biens de consommation pour lesquels les coûts de production sont connus au moment de la distribution, les coûts du produit d'assurance ne s'établissent qu'à l'avenir. L'erreur humaine mise à part, le problème principal est le caractère stochastique (hasardeux) du sinistre assuré. Même avec une estimation saine basée sur des données fiables, les sinistres causés par des événements stochastiques défavorables peuvent mettre en danger les petits assureurs. La partie traitant de l'entretien de la stabilité évoque certaines pistes possibles pour empêcher cela.

La fréquence de collecte des primes affecte également le montant total des primes à payer. Si les primes annuelles sont payées d'avance, elles peuvent être investies sur les marchés financiers afin de générer des fonds excédentaires (à moins qu'elles ne servent à régler les sinistres). Ainsi, là où l'accès aux marchés financiers est possible, les effets de l'inflation peuvent être réduits.

Tandis que les primes annuelles diminuent les coûts de transactions, et augmentent, en théorie, le revenu de placement, il peut s'avérer difficile pour le groupe cible de réunir la somme entière. En fait, c'est là un autre domaine de conflit potentiel entre les intérêts de l'assureur et de l'assuré, les personnes les plus démunies préférant payer 0,10 $US par semaine plutôt qu'une prime annuelle de 5,20 $US. Le relatif petit montant des primes et les préférences des clients pour des paiements réduits et fréquents posent un défi aux assureurs.[2]

Comme expliqué au chapitre 3.3, les micro-assureurs ont trouvé des solutions innovantes au problème de paiement des primes. VimoSEWA utilise une méthode de dépôt fixe dans laquelle les intérêts résultant d'un compte d'épargne paient la prime annuelle d'un membre. Karuna Trust a créé un fonds de santé d'urgence permettant de contracter un prêt pour payer les risques non couverts et également pour payer les primes. Microcare a développé un produit de prêt avec FINCA Ouganda dans lequel une prime correspondant à une couverture de douze mois était remboursée au terme des quatre mois du prêt avec FINCA. Cela a eu beaucoup de succès parmi les clients, la seule difficulté étant le taux d'intérêt défini par l'IMF. Lorsque c'est possible, il est préférable pour les micro-assureurs d'encourager les clients à payer la prime annuelle grâce à l'épargne plutôt que par l'emprunt.

Les missions devant être accomplies pendant la fabrication du produit sont résumées dans le tableau 7.

2 Il est intéressant de constater que l'expérience du BRAC à ce sujet est différente : quand les clients se sont vu offrir la possibilité de payer leur prime de façon hebdomadaire, ils ont expliqué que cela entrerait en conflit avec leurs économies hebdomadaires et qu'ils préféraient faire moins de versements.

Tableau 7 **Aperçu des missions et caractéristiques de la fabrication du produit**

Missions	*Caractéristiques*
Détermination de la couverture adaptée au groupe cible	Analyse de la demande (dimension directe)
	Étude de faisabilité (dimension abstraite)
Calcul de prime actuarielle	Méthodes de collecte des primes et investissement des excédents pour réduire les primes
Définition de l'assurance procédures/de l'organisation actuarielles du produit d'assurance	Définition en fonction des exigences
	Définition en fonction des besoins des clients

2 Vente du produit

Le processus commercial peut être divisé en deux catégories : a) apport d'informations et b) souscription.

2.1 Apport d'informations

Tout processus commercial commence par l'apport d'informations. La caractéristique unique des ventes de micro-assurance réside dans les besoins étendus d'informations du groupe cible, qui manque souvent d'expérience avec les assurances. L'agent de vente doit expliquer la nature prospective des paiements de primes et la nature rétrospective des déclarations de sinistre, et pourquoi la prime ne peut pas être remboursée (pas en intégralité en tout cas) si aucune maladie n'intervient. L'expérience des prestataires de micro-assurance maladie montre qu'il est difficile d'expliquer l'idée de payer d'avance pour des services qui ne seront peut-être jamais utilisés. Les systèmes utilisent donc différents contacts avec les clients, y compris des travailleurs sanitaires. Par exemple, l'AssEF, le BRAC et Grameen Kalyan font appel à leurs groupes d'épargne et de crédit pour promouvoir la micro-assurance maladie.

Si les clients potentiels sont intéressés par l'assurance, le vendeur fournit des informations détaillées sur les services éligibles et exclus et sur la procédure d'indemnisation. Les futurs clients doivent être familiarisés avec les documents nécessaires et les échéances qui doivent être respectées pour qu'un sinistre soit réglé correctement. Des procédures ou des prestations obscures peuvent rapi-

dement causer l'insatisfaction des clients. Yeshasvini Trust, par exemple, a une liste de 1 600 types d'interventions chirurgicales disponible dans certains hôpitaux. Cela rend difficile la communication sur la couverture de l'assurance car la majeure partie des informations est technique, ce qui peut entraîner la confusion et l'insatisfaction.

Il n'est pas facile de communiquer des informations techniques à une clientèle sans éducation. À des fins de crédibilité, les informations devraient être relayées par une personne en qui les clients ont potentiellement confiance. La confiance est le fondement même de tout marché d'assurance. Du point de vue des clients, il y a un problème mandant-agent. En raison d'informations asymétriques, ils ne peuvent généralement pas expliquer comment le produit et son prix ont été définis (particulièrement les commissions et les marges bénéficiaires incluses dans la prime), ou si un prestataire d'assurance agira contre les intérêts de l'assuré ou se conformera aux accords.

Pour que les clients acceptent ce type de marché, les obligations de l'assureur doivent être applicables via le système légal. Pour la micro-assurance cependant, les coûts de l'action légale dépassent rapidement la valeur (financière) du sinistre ainsi que la capacité financière du titulaire de contrat potentiel. Les systèmes formels d'action légale ne fonctionnent généralement pas bien dans les pays en voie de développement. En l'absence de contrats applicables, si les clients potentiels ont des doutes sur le fait que l'assureur remplisse ses obligations, ils n'achèteront sûrement pas la couverture. Seule la confiance rendra possible les paiements à l'avance des primes. Un client potentiel doit avoir confiance dans le fait que l'assureur remplira ses obligations de deux façons :

1. Confiance dans la volonté de remplir les obligations

Un client potentiel doit s'attendre à ce qu'un prestataire règle un sinistre justifié. Les clients doivent estimer qu'il est dans l'intérêt de l'assureur (motivation intrinsèque) de remplir sa part du contrat (confiance au sens strict), ou avoir confiance dans leur propre capacité à influencer ou à mettre la pression sur une institution (confiance au sens large).

2. Confiance dans la capacité à remplir les obligations (confiance)

Le client doit croire qu'il y aura assez d'argent dans les coffres de l'assureur pour payer les indemnités sur le long terme. La taille du prestataire d'assurance et la perception subjective qu'ont les clients potentiels de la fiabilité de l'organisation (dimension abstraite) sont les deux facteurs déterminants de la confiance dans les relations à long terme.

La connaissance du groupe cible améliore la qualité et donc l'efficacité de l'information relayée, non seulement en termes de contenu, mais également de style et de réseaux de communication utilisés. La qualité professionnelle des informations et le degré de confiance au sein du groupe cible sont les premiers défis à surmonter dans le processus commercial. Au Cambodge, le GRET mène un processus commercial en trois étapes pour son système d'assurance. Pendant deux semaines consécutives, les employés du GRET informent les clients potentiels et répondent à leurs questions. L'agent d'assurance qui gère le processus de souscription, n'intervient qu'au cours de la troisième semaine (Brown et Churchill, 2000).

SEWA capitalise aussi sur sa longue relation avec le groupe cible, ses connaissances de leurs besoins et préférences, et son expérience en termes de communication avec ses clients pour gagner leur confiance. De même, Karuna Trust, le BRAC et Grameen ont travaillé au développement de la santé et de la communauté pendant des années avant de se tourner vers l'assurance. En fait, de nombreux systèmes de micro-assurance maladie ont commencé par d'autres activités et ne sont entrés que plus tard dans l'assurance. La tendance qui consiste à passer des opérations de micro-finance à la micro-assurance maladie est un point qui justifierait un examen approfondi car les environnements réglementaires et opérationnels de la micro-finance et de la micro-assurance maladie requièrent des structures et des compétences différentes.

Le manque de relation de confiance et de contact direct (à la fois physique et psychologique) avec les clients potentiels empêche les compagnies d'assurance de pénétrer directement le marché des personnes à faible revenu. Là où une compagnie d'assurance est impliquée dans la micro-assurance maladie, une institution locale (l'agent) distribue généralement le produit en son nom. Cependant, les agents doivent être payés, ce qui rend le produit plus cher que dans les modèles de distribution sans agent. Ce n'est pas un problème direct pour l'assureur, qui reporte le montant sur ses clients, mais cela peut rendre le coût prohibitif pour certains foyers à faible revenu. Ce conflit d'intérêts entre l'assureur et l'assuré dans le processus commercial est évoqué au chapitre 4.4.

Indépendamment du réseau de distribution, expliquer l'assurance relève du défi. La plupart des micro-assureurs reconnaissent devoir trouver de meilleures façons de vendre les avantages de l'assurance maladie. Comme décrit au chapitre 3.2, le théâtre de rue, les affiches et les dessins animés constituent tous des outils marketing importants pour les micro-assureurs. De nombreuses institutions telles que VimoSEWA utilisent des groupes d'entraide existants pour disséminer les informations sur les avantages de l'assurance maladie pour leurs clients. Pourtant, la plupart des systèmes indiquent qu'il ne suffit pas de fournir les informations une fois ; ce doit être un processus

continu pour que le principe de l'assurance soit vraiment compris, et alors seulement des résultats opérationnels positifs, comme un taux de renouvellement raisonnable, interviennent. L'apport continu d'informations fait partie des relations avec les clients et est évoqué plus en détails dans la partie traitant du service après-vente du produit.

2.2 Souscription

Après l'apport d'informations, l'étape suivante consiste à distribuer des polices d'assurance aux clients qui choisissent de s'assurer. Dans le cadre de ce processus de souscription, les données et informations nécessaires concernant le futur titulaire du contrat sont rassemblées. Selon la conception du produit d'assurance, cela peut inclure non seulement des données personnelles, mais également des informations sur l'état de santé (maladies chroniques, par exemple) et les états antérieurs qui peuvent interdire la couverture.

Des exclusions doivent être définies pour chaque unité assurable, une famille par exemple. Des informations approfondies sur l'état de santé et la taille de la famille ont un impact significatif sur la qualité des mesures en vue de réduire l'antisélection. Un examen de santé préliminaire peut faire partie intégrante du processus de souscription, bien que de nombreux systèmes de micro-assurance utilisent des méthodes plus simples comme une **déclaration de bonne santé**. Via cette déclaration, le système reçoit des informations délivrées par les assurés eux-mêmes sur leur état de santé. Plutôt que de mettre en évidence une quelconque maladie préexistante, il sert à informer les gens de certaines exclusions et offre un mécanisme d'évaluation simple. Il fait principalement évoluer la souscription de la sélection au processus de déclaration de sinistre *(voir chapitre 3.4)*.

Pourtant, exclure des personnes en raison de maladies préexistantes contredit souvent l'intention à caractère social des prestataires d'assurance. Ainsi, le BRAC, Grameen Kaylan, la Society for Social Services (Bangladesh) ainsi que le Seguro Báscio de Salud (Bolivie) et le Seguro Materno Infantil (Pérou) ont décidé de fournir une assurance maladie à quiconque souhaite s'inscrire. Pour rendre cet accès libre possible, des mécanismes supplémentaires doivent être mis en place afin de stabiliser le système d'assurance. Disposer d'une large couverture de groupe ou utiliser la solidarité et le capital social des communautés pour réduire le risque moral sont des options possibles. Une autre façon de réduire l'antisélection est d'introduire des **périodes d'attente** pour certaines prestations. La BAIF, près de Pune en Inde, n'accorde aucune prestation pour les accouchements survenant dans les neuf mois suivant l'adhésion. Une autre possibilité consiste à limiter les prestations des nouveaux membres *(voir chapitre 3.1)*.

Pour les mises en commun des petits risques surtout, l'acceptation par inadvertance de risques qui ne seraient normalement pas pris en charge par les assureurs commerciaux peut changer la structure du risque et mettre en péril la viabilité du système. Des informations complètes déterminent la stabilité du système. Pourtant, un effort d'information plus important engendre des coûts plus élevés pour les titulaires de contrats.

Un avantage unique de la micro-assurance est l'implication possible de la communauté dans le processus commercial, ce qui peut réduire les coûts de la collecte d'informations. Dans les communautés très soudées, les membres savent beaucoup de choses les uns sur les autres et, en fonction de la bonne structure incitative, peuvent tirer profit de ce capital social pour réduire à la fois le risque moral et l'antisélection. Par exemple, des membres d'Uplift Health doivent décider démocratiquement s'ils acceptent ou non que d'autres personnes rejoignent leur mise en commun des risques. Comme leur mise en commun des risques est maintenue à un niveau réduit (bien qu'associée à de plus grandes), ils y réfléchiront certainement à deux fois avant d'accepter des membres à haut risque. Le capital social est également utilisé chez Karuna Trust, mais pas pour filtrer l'antisélection ou le risque moral. Chez Karuna, seules les personnes se situant sous ou à la limite du seuil de pauvreté peuvent souscrire au système et ce sont les membres du groupe d'entraide qui déterminent si les candidats sont assez pauvres pour les rejoindre.

Une fois le contrat d'assurance conclu, la première prime doit être collectée. Quand des méthodes de collecte non numéraires ne sont pas possibles, la prime doit être collectée directement auprès du membre. La fraude est une préoccupation significative quand de nombreux agents de terrain collectent quantité de petits paiements. Afin de réduire le risque de fraude, les travailleurs sociaux de Karuna Trust émettent des reçus numérotés pour contrôler le nombre de contrats vendus.

Lorsqu'une prime est payée, l'assureur doit délivrer une preuve de la couverture du titulaire du contrat. Par exemple, Yeshasvini Trust fournit à ses membres une carte d'identification avec photo. Cependant, éditer ces cartes prend du temps, et la photo engendre des frais supplémentaires. L'édition des cartes d'identification des 1,45 million de clients de Yeshasvini implique d'importants coûts administratifs et défis logistiques. Il a fallu près de trois mois pour fournir à chaque membre la bonne carte et saisir les informations de chaque membre dans la base de données. Pendant le traitement des cartes, les patients utilisaient des lettres de leurs coopératives et les reçus de leurs primes pour prouver leur éligibilité. Afin de réduire les coûts de renouvellement, Yeshasvini a décidé d'arrêter la production de nouvelles cartes chaque année et édite à la place des cartes pouvant recevoir un tampon de renouvellement. En vendant des espaces publicitaires au dos des cartes, Yeshasvini espère accroître les revenus supplémentaires et ainsi couvrir les frais.

Karuna Trust souhaite passer à une carte d'identification avec photo également, mais accepte actuellement le reçu du paiement de la prime comme preuve d'adhésion. Le personnel doit néanmoins comparer le reçu du client avec la copie archivée, car les clients peuvent ajouter des noms aux reçus. La carte d'assurance maladie du BRAC comporte une photo du chef de famille et une liste des membres du foyer assurés avec leur âge, leur groupe sanguin et leur lien de parenté avec le chef de famille.

Le tableau 8 présente un aperçu des missions à accomplir durant le processus commercial.

Tableau 8 **Aperçu des missions et caractéristiques de vente du produit**

Missions	*Caractéristiques*
Informations	Apport d'informations factuelles bien fondées
	Création de la confiance
Souscription	Collecte des informations pour l'assurance
	Délivrance des documents au titulaire du contrat

3 Service après-vente du produit

Le service après-vente du produit comprend le traitement des déclarations de sinistre, l'entretien des relations à long terme avec le client et la gestion de la relation avec les prestataires de soins.

3.1 Traitement des déclarations de sinistre

L'éligibilité et l'exhaustivité des documents requis pour la transmission d'une déclaration de sinistre doivent être contrôlées. Pour éviter tout risque moral ou fraude, toutes les demandes doivent être scrupuleusement examinées. Cela peut nécessiter des informations sur l'environnement social du titulaire de contrat, comme la vérification par un médecin. Divers systèmes utilisent différentes approches. Voici quelques exemples :

– Les patients assurés du BRAC et de Grameen Kalyan se rendent normalement chez les **prestataires de santé employés par les systèmes**. Seul 1 % des patients est renvoyé vers des établissements de santé externes pour des maladies plus sérieuses et des actes de chirurgie. Chez Grameen Kalyan, les patients transférés vers des établissements externes soumettent leurs docu-

ments d'indemnisation à une branche locale de Grameen Bank, où le directeur de la branche, l'assistant de santé local et le directeur de centre de l'assurance décident conjointement du sort de la demande de remboursement.

– Chez UMSGF, les patients doivent **demander une autorisation** avant de solliciter un traitement. Armés de leur autorisation et de leur carte de membre, ils prennent contact avec le représentant de l'assureur à l'hôpital. Un ticket modérateur est nécessaire pour la consultation, mais tous les soins internes ultérieurs sont fournis sans frais supplémentaire. Lorsqu'il quitte l'hôpital, le patient reçoit un ticket indiquant l'intervention subie et la durée de l'hospitalisation. Le patient peut utiliser ce ticket pour **demander le remboursement des frais de transport** jusqu'à l'hôpital. L'hôpital reçoit le paiement directement de l'assureur pour l'intervention après avoir transmis une déclaration mensuelle. Cette déclaration est vérifiée en la comparant aux tickets collectés auprès des assurés.
– Un **mécanisme non numéraire** est utilisé par Yeshasvini Trust comme par les systèmes gouvernementaux en Bolivie (SBS/SUMI), au Pérou (SMI/SIS) et au Paraguay (SI). Chez Yeshasvini, les patients assurés prennent contact avec l'un des 150 hôpitaux du réseau munis de leur carte d'identification et d'une lettre prouvant leur adhésion à une société coopérative pour obtenir la gratuité de la consultation. Si des actes de chirurgie couverts par le système sont nécessaires, l'hôpital soumet une demande d'autorisation préalable au **tiers opérateurs de services** (TPA) du système. L'autorisation d'actes chirurgicaux non urgents peut prendre jusqu'à quatre jours. Une fois que l'autorisation est donnée, tous les frais relatifs à l'opération sont couverts par l'assureur à un taux prédéfini. Le système rembourse le prestataire de soins directement.
– Microcare délivre des **cartes à puces** portant la photo de l'assuré et des personnes rattachées. Sur présentation de cette carte au guichet Microcare d'un hôpital ou d'une clinique participant, l'identité et les droits de l'assuré sont vérifiés grâce à la **base de données informatisée** en réseau développée pour l'assureur. Les déclarations de sinistre sont saisies dans le système et traitées en temps réel, ce qui permet un paiement rapide des services rendus.
– Des travailleurs sociaux sont présents dans les trois **établissements publics désignés** avec lesquels Karuna Trust collabore et assurent le **paiement immédiat** quand le patient quitte l'hôpital.

3.2 Gérer les relations avec les prestataires de soins

L'intérêt de disposer d'une équipe propre à l'assureur dans un établissement de soins va bien au-delà du simple fait de vérifier le statut de l'assurance du patient. Ces équipes, comme les travailleurs sociaux de Karuna, les infirmières d'admission de Microcare ou les administrateurs de Bienestar

Magisterial, offrent un accompagnement et s'intéressent aux intérêts des patients, s'assurant par exemple que les prestataires les soignent de manière courtoise et leur offrent des soins de qualité. Un mécanisme similaire est appliqué par Uplift Health : les patients qui ont besoin d'une intervention peuvent appeler le médecin du système qui les accompagne à l'hôpital et s'assure de l'adéquation des soins.

Cet arrangement aide aussi à lutter contre le risque moral encouragé par le prestataire. En général, ni l'assureur ni le patient ne peuvent savoir si les soins étaient nécessaires et administrés de la façon la plus économique. L'assureur devrait engager des frais importants pour obtenir les informations sur la nécessité des soins. En tant que novices en matière de soins médicaux, les patients choisissent les services de soins sur une base de confiance. Ils ne peuvent vérifier si les améliorations de leur état de santé sont une conséquence directe des soins médicaux.

Yeshasvini tente de vérifier la nécessité des soins onéreux en envoyant un représentant local du système pour visiter les établissements de santé concernés. Ce mécanisme a également pour but d'empêcher la fraude. Ces coordinateurs de district sont encadrés par un médecin travaillant au siège du système. Cependant, la plupart des prestataires de soins sont plus au courant des questions médicales que les micro-assureurs et peuvent donc facilement les induire en erreur.

3.3 Relations à long terme avec les clients

L'entretien des relations à long terme avec les clients comprend l'apport continu d'informations, une réponse sans délai aux exigences changeantes des clients et la résolution des problèmes concernant le produit ou les procédures. Une expérience positive avec un produit d'assurance fera naître la confiance parmi les membres et pourra les inciter à acheter des prestations supplémentaires en échange d'une prime plus élevée. Le flux d'informations permanent aide le système à entretenir la satisfaction du client et peut contribuer à attirer de nouveaux clients.

Un élément important des relations avec les clients est le renouvellement des contrats d'une année sur l'autre. Pour la plupart des assurés, les primes ne peuvent pas être facilement collectées via un prélèvement sur un compte courant. Lorsque les primes sont collectées de manière régulière, les coûts des transactions sont élevés, à moins que la collecte puisse « imbriquer les souscriptions » dans des mécanismes existants *(voir chapitre 3.3)*.

Les clients qui n'ont pas transmis de déclarations de sinistre l'année précédente représentent un vrai défi car ils doivent être convaincus que l'adhésion est toujours utile. Les taux de renouvellement de nombreux systèmes

sont bas ; le BRAC est parvenu à augmenter son taux de renouvellement de 15 % la première année à 50 % la troisième année. Grameen Kalyan stagne également avec un taux de renouvellement de 50 %. Compte tenu du fait qu'il peut être bien plus cher d'attirer un nouveau client que de fidéliser un client existant, les faibles taux de rétention de la micro-assurance maladie posent un sérieux problème. Néanmoins, certains systèmes s'en tirent plutôt bien ; chez UMSGF, 80 % des membres renouvellent leur couverture.

Une autre raison de tout faire pour avoir des renouvellements sans difficulté, c'est que les renouvellements tardifs peuvent compter comme de nouveaux contrats. Cela implique que certaines conditions imposées aux nouveaux membres, telles que les périodes d'attente ou les exclusions de certains soins, devront être appliquées à nouveau. Pour les produits d'assurance de Vimo-SEWA, par exemple, les états antérieurs ne sont pas couverts pendant six mois.

Si les clients sont bien intégrés au système, ils identifient le micro-assureur et sont plus susceptibles de se comporter raisonnablement. C'est un avantage particulier des systèmes basés sur les communautés *(voir chapitre 4.3)*. Par exemple, dans le système d'assurance mutuelle d'Uplift Health, les membres se surveillent les uns les autres et encouragent un comportement sain. Si les membres mettent en péril leur santé inutilement, les autres membres peuvent refuser de renouveler le contrat de ces personnes ou n'accorder qu'un remboursement partiel des frais. Dans d'autres modèles institutionnels ; des résultats similaires peuvent être obtenus grâce à des comités de sinistres constitués de titulaires de contrats et d'employés expérimentés de l'assureur. En général, lorsque les titulaires de contrats assument une responsabilité pour le système, le capital social est susceptible d'avoir un impact positif sur le risque moral.

À cette fin, il est intéressant d'avoir des activités de santé préventives intégrées au système de micro-assurance, ce pour entretenir une communication continue avec les clients, tout en leur procurant un avantage tangible même s'ils ne sont pas tombés malades ou n'ont pas utilisé les services de soins. Par exemple, Microcare propose des activités de prévention du VIH et un programme de prévention de la malaria en distribuant des moustiquaires traitées aux insecticides *(voir chapitre 3.9)*.

L'organisation et la mise en place des programmes d'éducation de santé et de prévention peuvent être adaptées pour montrer une présence positive parmi le groupe cible, mais aussi pour diminuer le poids financier des affections sévères qui entraînent de lourds frais d'assurance. Le BRAC et Grameen Kalyan ont tous deux organisé des campagnes d'examens de santé annuelles pour leurs membres. Le BRAC a également lancé une campagne d'information sur le VIH/SIDA pour ses membres et participe, tout comme Grameen Kalyan, à la campagne gouvernementale de vaccination.

Certaines missions de service après-vente des produits se recoupent. Par exemple, vérifier une déclaration de sinistre d'un client implique de vérifier les services du prestataire de soins. Le risque moral provoqué par le patient comme par le prestataire peut être réduit par une seule procédure. Les travailleurs sociaux de Karuna Trust basés à l'hôpital peuvent contrôler avec le patient et le prestataire, et ainsi vérifier le comportement de chacun. Yeshasvini Trust et Bienestar Magisterial demandent une autorisation préalable avant toute intervention chirurgicale, et peuvent inclure une visite de vérification dans le cas d'une opération onéreuse. Une étroite relation avec les prestataires de soins permet de connaître leurs forces, faiblesses et tarifs, ce qui améliore la qualité de l'accompagnement et des conseils offerts au client en ce qui concerne les services de santé.

Les missions et caractéristiques du service après-vente des produits sont résumées dans le tableau 9.

Tableau 9 **Aperçu des missions et caractéristiques du service après-vente du produit**

Missions	*Caractéristiques*
Assistance client sur place	Assistance aux clients (gestion des déclarations de sinistre)
Relation avec le prestataire de services de soins	Vérification des déclarations de sinistre et et réduction du risque moral
	Contrôle de la qualité
Relations à long terme avec les clients	Accompagnement et conseils sur des questions de santé
	Collecte et traitement des informations
	Entretien des relations avec les clients
	Gestion du renouvellement

4 Entretien de la stabilité sur le long terme

Une des missions principales de tout système d'assurance est d'assurer la stabilité sur le long terme. La stabilité d'un assureur garantit à ses clients que leurs sinistres seront réglés. Cela représente la dimension abstraite du produit d'assurance.

L'entretien de la stabilité sur le long terme implique une **gestion financière** du prestataire d'assurance, une surveillance permanente du risque, et surtout la gestion du risque actuariel global *(voir chapitre 3.6)*. L'existence

d'un assureur est menacée lorsque le total des sinistres excède la somme des paiements de primes et des réserves de capitaux (risque actuariel). Les risques partiels intervenant dans les sous-ensembles de la mise en commun de l'assurance ne menacent pas nécessairement l'existence de l'assureur tant que la subvention croisée et les réserves sont suffisantes. Il devient donc intéressant de répartir les risques largement entre différents sous-ensembles afin de réduire le danger des sinistres covariants, c'est-à-dire les sinistres qui s'influencent entre eux, comme dans le cas des épidémies. Le BRAC, par exemple, ne s'occupe pas que des personnes à faible revenu, mais intègre aussi des clients plus riches. Cependant, de nombreux micro-assureurs sont trop petits pour répartir et mettre en commun leurs risques efficacement.

Les clients des systèmes de micro-assurance maladie négligent le fait que ces considérations techniques soient liées à la stabilité sur le long terme. De leur point de vue, investir dans les années futures leur paraît moins logique que de rembourser les primes « inutilisées » de l'année en cours.

Il y a deux composantes principales au **risque actuariel**. La première est le « risque des paramètres » découlant des informations incomplètes concernant la probabilité réelle du sinistre. La seconde composante est le « risque des processus » découlant de la nature aléatoire des coûts des prestations, qui serait toujours présent en raison du caractère aléatoire des événements, même si la probabilité réelle de leur survenance était connue (Albrecht, 1992 ; Dror, 2001). Le risque des paramètres peut être divisé en interférence statistique (les prédictions basées sur les données relatives à des événements antérieurs sont sujettes à l'erreur) et en risque prévisionnel découlant du caractère incertain de la validité des statistiques passées pour l'avenir (évolutions possibles des maladies, par exemple). Le risque de prévision est la composante la plus sérieuse (Albrecht, 1992).

En conséquence, l'assureur doit se fier à des connaissances professionnelles saines autant qu'à des données fiables pour garantir la stabilité sur le long terme. La collecte des **données fiables** doit se poursuivre au-delà du processus de fabrication du produit à des fins de contrôle et de modification. La rareté des données, pourtant, est un problème majeur pour les micro-assureurs. De ce fait, il existe un fort besoin de transfert efficace et sans délai de données concernant les risques assurés, l'incidence des événements et les coûts résultants parmi la population assurée. Enfin, cela peut être fait au moyen de logiciels simplifiant et automatisant les opérations comptables et de notification, à commencer par l'enregistrement des membres nouvellement inscrits, jusqu'aux calculs de réassurance. Les logiciels de gestion, comme celui utilisé par Microcare, aident à saisir des données et à les rendre disponibles pour une analyse simple ; ils aident à relier les ventes et le service

après-vente grâce à l'entretien de la stabilité sur le long terme et, au final, à revenir à la conception du (nouveau) produit.

Les **statistiques relatives aux déclarations de sinistre pour les sous-ensembles** doivent être vérifiées en continu. Si des erreurs ont été commises dans le calcul de la prime, elles doivent être corrigées, si possible via des ajustements répétés. De nombreux systèmes de micro-assurance ont dû **ajuster la prime**. Grameen Kalyan n'a pas eu recours à des calculs actuariels pour fixer la prime ; elle a été déterminée après des essais et erreurs et une consultation continue de ses membres. Comme Grameen Kalyan, ServiPerú révise généralement sa prime tous les ans en tenant compte des coûts des diverses indemnités versées. VimoSEWA souhaitait combler les lacunes en termes de viabilité en augmentant la prime de 12 Rs. (0,24 $US) en 2002 à 39 Rs. (0,78 $US) en 2005 pour la composante de l'assurance maladie[3] et a légitimé cette augmentation par un paquet de prestations amélioré. Aucune amélioration du paquet de prestations n'était offerte quand Yeshasvini Trust a doublé ses primes en 2005 pour améliorer la stabilité et, en conséquence, le nombre de clients a diminué d'un tiers. Des ajustements de la prime vers le bas sont également possibles. Karuna Trust en a fait la démonstration quand son taux de sinistres était inférieur à 100 %. UMSGF a connu une expérience similaire, mais a décidé de s'en tenir à la prime existante et de placer l'excédent ; ce qui est peut-être une décision plus sage dans l'optique de la stabilité sur le long terme.

Une autre démarche visant à assurer la stabilité consiste à générer des revenus à partir d'autres sources. Si les primes du titulaire du contrat sont bien investies, les réserves accumulées peuvent être utilisées afin de baisser les primes ou de couvrir des sinistres inattendus. Pourtant, dans la plupart des systèmes, le revenu assuré par les primes couvre à peine les indemnités à cause de la faible capacité des clients à payer. De fait, il n'est généralement pas possible d'investir les primes pour générer des revenus supplémentaires, bien qu'il y ait quelques exceptions.[4] Certaines organisations, dont Grameen Kalyan et VimoSEWA, ont généré des revenus supplémentaires en investissant dans des subventions ou des fonds de dotation *(voir chapitre 6.1)*.

3 Le produit d'assurance de VimoSEWA couvre des risques variés. Le rapport entre la prime et les prestations spécifiques n'est pas partagé avec les titulaires de contrats ; ils paient une somme déterminée pour le paquet entier, ce qui comprend l'assurance sur la vie et les actifs ainsi que la santé.

4 L'UMSGF a connu un retour sur investissement de 0,1 % de ses revenus nets en 2000, et de 2,8 % en 2004. Yeshasvini Trust a placé les excédents des contributions et a bénéficié d'un retour sur investissement de 3 700 000 Rs., ou 2,6 % des revenus totaux du système. Pourtant, Yeshasvini a également reçu des subventions publiques la même année.

Comme le montre le tableau 10, plusieurs micro-assureurs santé semblent viables si on compare les indemnités aux primes. Néanmoins, lorsque toutes les dépenses sont prises en compte, nombreux sont ceux qui ont toujours besoin de subventions. Le BRAC et Grameen utilisent leurs propres équipes de soins, dont les frais ne sont qu'en partie couverts par les primes collectées ; de ce fait, ils ont des frais administratifs élevés comparés aux primes collectées. Il est intéressant de noter que le taux de renouvellement est le plus élevé des systèmes de mutuelle, mais le nombre de systèmes comparés est trop petit pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

Tableau 10

Quelques rapports clés des micro-assureurs santé

	Déclarations de sinistre/ Prime totale (%)	*Rapport des dépenses (%) (Dépenses totales/Revenu total)*	*Coûts administratifs/ Prime (%)*	*Prime de réassurance/Revenu de la prime (%)*	*Taux de renouvellement (%)*
Karuna Trust (2004)	115	nd	18	–	nd
Yeshasvini Trust (2004)	140	nd	10	nd	69
BRAC (2004)	56	452	397	–	51
Grameen Kalyan (2004)	6,9	61	3 918	–	54
VimoSEWA (2004)	74	133	137	nd	51
AssEF (2004)	75	124[1]	55	–	nd
UMSGF (2004)	42	27,9	21	2	81
UTM (2003)	40	nd	15	nd	100
ServiPerú (2003)	31,5	99[2]	19,5	15	71

nd : informations non disponibles – non applicables

[1] Ce chiffre ne prend pas en compte les subventions ; avec les subventions, le rapport des dépenses serait de 83 %.

[2] Ce chiffre reflète la moyenne des quatre dernières années.

Reste toujours un élément de risque. Assumer ce risque est une tâche qui incombe à l'assureur. La **réassurance** constitue une alternative à la prise en charge du risque. C'est grâce à elle qu'une partie des risques sont externalisés vers un prestataire externe. Plus le nombre de risques mis en commun dans un système de micro-assurance maladie est petit, plus le besoin de réassurance est élevé car des frais inattendus peuvent difficilement être couverts par les réserves, et parce que la viabilité des déclarations de sinistre est plus forte lorsque les risques mis en commun sont moins nombreux. Pourtant, alors que les assureurs formels ont accès aux réassureurs, les micro-assureurs santé n'y ont actuellement pas accès.

Qu'un assureur doive chercher un réassureur ou non dépend de l'ampleur des risques acceptés par rapport à sa capacité financière et à la probabilité du sinistre. Si l'ampleur du sinistre potentiel est élevée, l'assureur devrait chercher une réassurance, même si la probabilité de survenance est faible. Les sinistres de faible ampleur qui, du point de vue des compagnies d'assurance formelles, sont typiques des mises en commun de la micro-assurance maladie, devraient être assumés par la compagnie d'assurance elle-même. Pourtant, la plupart des petits micro-assureurs ne peuvent pas accumuler les réserves suffisantes pour se prémunir de plusieurs mauvaises années consécutives. De plus, la réassurance peut constituer un moyen moins coûteux d'assurer la longévité que l'épargne *(voir chapitre 5.4)*.

Savoir qui gère et assume les risques est une question critique pour tous les systèmes de micro-assurance. Tandis que la nature participative des systèmes basés sur la communauté semble séduisante, ces derniers peuvent ne pas disposer d'une expertise suffisante pour gérer les risques et disposent d'options de partage des risques limitées (réassurance, par exemple). La gestion des réserves est liée à la prise de risques. Si un système n'a pas les réserves adéquates, il peut ne pas être en mesure de payer les services rendus en cas de déclarations de sinistre plus élevées que prévues. Cela peut rapidement éroder la confiance des prestataires de santé, ce qui affectera en retour la qualité de prestation des services et touchera finalement les clients.

Le tableau 11 reprend les missions exposées précédemment.

Tableau 11

Aperçu des missions à entreprendre pour entretenir la stabilité sur le long terme

Missions	*Caractéristiques*
Gestion financière	Utilisation des marchés financiers
	Application des compétences et connaissances
Surveillance de la stabilité d'une mise en commun d'une assurance	Contrôle des sinistres (rétrospectivement)
	Contrôle de la structure du risque (par anticipation)
Gestion du risque actuariel total	Large dispersion du risque
	Réassurance si nécessaire

5 Conclusion

Par de nombreux aspects, les problèmes liés à l'assurance maladie sont constatés pour d'autres produits de micro-assurance. Pour être satisfaits, les clients doivent nécessairement être éduqués et informés sur l'assurance. De plus, les prestations doivent être en adéquation avec les besoins et attentes des clients. Néanmoins, alors qu'il semble exister pour les autres lignes de produits de micro-assurance un consensus selon lequel il est particulièrement rentable de couvrir des événements chers et peu fréquents, cela ne se vérifie pas nécessairement pour la santé. Les personnes pauvres sont bien conscientes du fardeau que représentent les événements peu chers et très fréquents, mais ces derniers sont vraiment difficiles à couvrir pour un assureur santé. Le processus de déclaration de sinistre engendre des frais élevés car il est cher et compliqué d'obtenir les informations nécessaires à la vérification des déclarations de sinistre. Pour qu'un système d'assurance maladie soit viable, il est donc recommandé que les titulaires de contrats et la communauté soient impliqués dans le processus commercial, mobilisant ainsi leur capital social. Plus le degré de convergence des intérêts des assurés et de l'assureur est important, plus le contrat sera viable.

2.2 Assurance et épargne à long terme

James Roth, Denis Garand et Stuart Rutherford

Les auteurs souhaitent remercier John Pott (Aga Khan Agency for Microfinance) et Ellis Wohlner (Consultant pour SIDA) pour leurs suggestions et informations détaillées qui donnent beaucoup de valeur à ce chapitre.

Comme décrit au chapitre 1.2, l'épargne est un moyen pour les ménages à faible revenu de gérer les risques. Malheureusement, cette stratégie présente de nombreuses limites parmi lesquelles : 1) les défis auxquels sont confrontées les personnes pauvres lorsqu'elles tentent de constituer des actifs et 2) l'incapacité de leurs petits « bas de laine » à compenser les sinistres les plus importants. Un plan contractuel d'épargne, également appelé plan d'épargne systématique ou sous engagement, qui aide à élaborer une discipline d'épargne et à constituer des actifs sur la durée, peut être une solution au premier problème. En ce qui concerne le second problème, l'épargne peut être reliée à l'assurance afin de gérer les sinistres importants.

Ce chapitre explore les possibilités d'extension de l'assurance et de l'épargne contractuelles à long terme aux populations pauvres. La première partie présente les raisons pour lesquelles plus de ménages à faible revenu ne disposent pas d'un meilleur accès à l'épargne, et la façon dont les assureurs peuvent éventuellement devenir les prestataires de ce type de service. Ensuite, le chapitre présente les produits actuels de ce type disponibles pour le marché des personnes à faible revenu. La dernière partie s'intéresse à ce que les micro-assureurs peuvent proposer pour combler ou, au moins, contribuer à combler le fossé existant entre l'apport insuffisant d'épargne contractuelle à long terme et la demande de la part des populations pauvres pour ce type de services. Elle examine également les risques et avantages de tels contrats et suggère des moyens de gestion de ces risques.

1 Proposer l'épargne aux populations pauvres

Malgré la preuve de l'existence d'une demande de services d'épargne formelle parmi les ménages à faible revenu,[1] l'offre actuelle est plutôt réduite. Les données MIX (2004) sur la performance des institutions de micro-finance indiquaient que, sur les 302 IMF pour lesquelles des données étaient disponibles, les institutions comptaient en moyenne 62 246 emprunteurs actifs contre seulement 33 657 épargnants volontaires.[2]

Bien sûr, nombre de ménages à faible revenu épargnent auprès d'institutions qui ne se considèrent pas comme des IMF, et donc ne fournissent pas d'information au MIX, mais d'un point de vue général, on constate un manque de services d'épargne institutionnels pour les populations pauvres, et ce pour plusieurs raisons :

- Des obstacles réglementaires rendent difficile l'obtention d'une licence permettant d'accepter les dépôts.
- L'économie politique de développement récompense les bailleurs de fonds et les services gouvernementaux pour les dépenses de leurs budgets, incitant ainsi à promouvoir le crédit plutôt que les initiatives d'épargne.
- En lien avec le point précédent, les bailleurs de fonds enclins à dépenser leurs budgets proposent souvent des prêts « en gros » aux IMF à des taux d'intérêts bien plus bas que ceux auxquels ils devraient rémunérer les épargnants, mettant ainsi à mal les initiatives des IMF pour attirer les dépôts.
- Le programme de développement a reconnu que le crédit aux micro-entreprises était un élément clé qui faisait défaut au développement économique.
- De nombreux prestataires considèrent la mobilisation de l'épargne comme une méthode coûteuse de constitution d'un capital.
- Une croyance toujours aussi largement répandue consiste à penser que les populations pauvres ne peuvent ou ne souhaitent pas épargner.
- En général, il existe trop peu d'établissements permettant l'épargne au sein d'un système sûr et rentable.

Aujourd'hui, ces perspectives sont reconsidérées et révisées. De nombreux pays disposent de cadres juridiques, nouveaux ou en préparation pour la micro-épargne. Les prestataires de services financiers et leurs avaliseurs, de plus en plus conscients des avantages de l'épargne pour leurs institutions et clients, sont occupés à améliorer leurs systèmes afin d'en accroître l'efficacité et de bâtir une relation de confiance avec le marché. La recherche continue à révéler des niveaux de demande élevés pour des services d'épargne parmi les

1 Par exemple, voir la Fiche de synthèse de MicroSave n° 6 : L'épargne des pauvres et ses risques relatifs : www.microsave.org.

2 www.mixmarket.org vu le 21 avril 2006.

ménages pauvres. Cependant, de nombreux épargnants potentiels à faible revenu ne sont, à l'heure actuelle, pas correctement pourvus.

De plus, nombre de problèmes associés aux services d'épargne sont exacerbés par des produits à long terme, par opposition à l'épargne par « livret » ou « dépôt à vue » en accès libre. Les autorités de réglementation sont particulièrement concernées lorsque les institutions tentent de se procurer ce qui représente souvent les économies de toute une vie pour les clients. Un haut degré de confiance est nécessaire pour inciter les clients à partager leurs économies pendant cinq ans ou plus, et la confiance dans les institutions financières est souvent peu élevée dans les pays qui pâtissent de l'effondrement de leur monnaie, de l'échec des institutions financières, d'une inéquation des marchés de capitaux, d'une hyperinflation ou de coups d'états. Dans des environnements aussi instables, offrir des produits d'épargne à long terme n'est pas toujours praticable. Même dans les pays jouissant d'une stabilité politique et macro-économique, les institutions financières sont souvent faibles ou relativement récentes et fragiles.

Les produits d'épargne à long terme sont intéressants pour les ménages à faible revenu car ces derniers souhaitent mettre de l'argent de côté pour financer plus tard études, mariage, retraite ou autres postes majeurs. La discipline est une nécessité importante. La recherche menée sur les systèmes d'épargne obligatoire tels que les associations d'épargne et de crédit accumulatifs (ASCA)[3] indique que leurs membres participent souvent parce qu'ils aiment épargner de manière compulsive (Aliber, 2001). Comme la préservation de l'épargne contre l'érosion provoquée par les petits retraits, ou contre la consommation par les proches, est très importante à leurs yeux, les populations à faible revenu préfèrent souvent l'argent non liquide, au moins pour une partie de leur épargne.

Dans certains pays en voie de développement, les épargnants doivent même payer pour épargner. Au Ghana, par exemple, les agents porte-à-porte appelés collecteurs *susu* recueillent les dépôts et facturent leurs services. Des dispositifs similaires ont été observés en Inde et partout ailleurs en Asie (Rutherford, 2000). L'idée selon laquelle il existe des frais associés aux instruments d'épargne, et qu'il est impossible de récupérer tout ce qui a été déposé, n'est pas obligatoirement étrangère aux populations pauvres. En effet, pour un client, la valeur d'un produit s'évalue en tenant compte des frais de transaction associés au dépôt, en plus des coûts d'opportunité : où auraient-ils pu placer leur argent, et qu'auraient-ils retiré de ces opportunités d'investissement ?

3 Les ASCA sont des groupes informels de petits nombres de personnes qui épargnent ensemble de manière régulière ; la plupart des ASCA proposent à leurs membres des prêts rendus possibles par les fonds accumulés. Avec les ROSCA, des groupes de personnes épargnent ensemble et les fonds mis en commun tournent, chaque membre y ayant accès à tour de rôle.

Dans une situation où il existe une demande des populations pauvres pour l'épargne à long terme, mais peu de prestataires pour ces services, il est utile de considérer les compagnies d'assurance comme une option possible. Les compagnies d'assurance proposent depuis longtemps des produits d'épargne contractuelle combinés à l'assurance. Pourtant, ces produits sont souvent insuffisants car les coûts de fonctionnement des compagnies d'assurance sont élevés et inconnus des consommateurs. Le fait que les produits mixtes traditionnels qui combinent l'épargne et l'assurance, présentent des rapports de dépenses élevés, dépendent de taux de défaut de paiement élevés et ne rapportent rien à l'assuré, pose par exemple problème.

Il n'est cependant pas évident de savoir si cette situation est inévitable ou s'il existe une méthode de distribution permettant de supprimer ces frais élevés et d'apporter sécurité et profit au client. De nombreux assureurs traditionnels ont utilisé des produits à long terme comme principale source de bénéfices ; en effet, de nombreux professionnels de l'assurance ont le sentiment que ces produits sont nécessaires à la viabilité. Pourtant, d'autres ont développé des organisations d'assurance qui vendent des produits rentables garantissant des profits au client. La prochaine étape consiste à y parvenir tout en approvisionnant le marché des ménages à faible revenu.

2 Produits d'assurance et d'épargne à long terme pour les populations pauvres

Selon les études de cas et d'autres documents, il existe différentes façons d'offrir de l'assurance et de l'épargne à long terme, dont 1) le viager, 2) les produits mixtes, 3) l'assurance d'achèvement d'épargne et 4) l'épargne à long terme seule.[4]

2.1 Rentes viagères

Grâce aux rentes viagères, le titulaire de contrat ou bénéficiaire d'une rente paie des primes régulières jusqu'à une date précise, habituellement celle de son départ en retraite. Dans de nombreux pays, les rentes viagères sont appelées retraites complémentaires. Elles ne doivent cependant pas être nécessairement reliées au départ en retraite ; elles peuvent être associées à n'importe quelle date qui aura été acceptée par l'assureur. À partir de cette date, le titulaire du contrat reçoit des paiements de la compagnie d'assurance jusqu'à son décès. Il existe des variantes. Dans le cadre d'une rente de réversion, par exemple, la

4 Une cinquième option, l'assurance vie-épargne, qui ne se fait pas nécessairement à long terme, bien qu'elle le puisse, est détaillée au chapitre 2.3.

compagnie d'assurance continue de payer à l'époux/épouse du titulaire du contrat après son décès, pendant toute la vie du partenaire.

La rente viagère, comme tout autre produit d'assurance, fonctionne sur le principe de la mise en commun. L'ensemble des personnes bénéficiant d'une rente ont, selon toute attente, une espérance de vie se situant autour de la moyenne de la population, donc ceux qui décèdent plus tôt couvrent les dépenses de ceux qui vivent plus longtemps.

Pourtant, pour que les rentes fonctionnent, l'assureur a besoin de données précises concernant l'âge et les tables de mortalité de la population (en plus d'autres données démographiques complètes) et doit jouir d'une expertise actuarielle lui permettant de prédire les espérances de vie moyennes pour l'avenir. Cette tâche est déjà assez difficile dans les pays développés proposant des données fiables, elle l'est d'autant plus dans les pays en voie de développement. Dans de nombreux systèmes de micro-assurance, par exemple, même l'âge des clients peut être difficile à obtenir. Prédire le futur est également un défi car de petits changements peuvent avoir des effets dramatiques sur les espérances de vie à long terme. Par exemple, les améliorations pour l'approvisionnement en eau potable et pour l'assainissement, ou une campagne réussie de vaccination ou de sensibilisation à l'usage de la moustiquaire peuvent augmenter de manière significative les espérances de vie. Cela rend la tarification des rentes très difficile.

La rente viagère pour les populations pauvres a été testée aux Philippines par une institution de premier ordre et reconnue, le Centre de recherche et de développement en agriculture (CARD). Pourtant, comme le montre l'encadré 18, le système de « pension » du CARD a presque mené l'organisation à la faillite. Le CARD a commencé à proposer une assurance avec un MMF (Members Mutual Fund) conçu pour fournir une couverture de solde de prêt ainsi qu'une assistance à l'inhumation en cas de décès de l'emprunteur. Il s'agissait d'un produit d'assurance révolutionnaire. Le succès, et les réserves grandissantes, ont conduit l'organisation à introduire des produits supplémentaires et une complexité supplémentaire.

Encadré 18

L'incursion du CARD dans le domaine des rentes

En décembre 1996, reconnaissant le besoin de pension de ses membres les plus âgés et (trop) confiant dans l'apparent succès initial du MMF, la direction a pris la décision d'étendre la couverture du produit. Le CARD a décidé d'offrir une indemnité de pension aux membres atteignant soixante cinq ans pour seulement 0,05 $US de plus par semaine. Les cinq cents supplémentaires portaient ainsi à 0,10 $US par semaine la nouvelle contribution obligatoire pour une assurance et une pension. Ce système de pension a été mis en place parmi les adhérents sans avoir été testé et sans données actuarielles.

Lorsque le client atteignait l'âge de 65 ans, ou passait en invalidité permanente, le nouveau produit offrait une pension mensuelle comprise entre 5,45 $US et 10,90 $US, en fonction de la durée pendant laquelle le rentier avait été membre du CARD. Selon ce contrat, il fallait 14 primes mensuelles de 0,40 $US pour qu'un membre puisse prétendre à la pension minimale de 5,45 $US. Il n'y avait pas de période de participation minimale avant la mise à disposition de la pension ; les membres devaient juste atteindre soixante cinq ans, bien que les membres récents ne recevaient que la pension minimale.

Au cours de l'audit de 1998, les contrôleurs externes du CARD ont informé la direction que la situation de la pension n'était pas viable financièrement. Ils avaient remarqué les limites sous-jacentes au MMF. Sur la base des conclusions des contrôleurs, la direction a réalisé que cette limite constituait une menace sérieuse. Même si l'âge moyen des membres du CARD était de 43,6 ans (contre 37,1 en 2004), le volume potentiel des pensionnés à venir aurait vite fait de vider le capital du CARD. Le fonds de pension aurait détruit tous les progrès faits par le CARD et aurait effectivement fini par réduire à néant l'institution elle-même. Le CARD est finalement parvenu à se sortir de cette difficulté et à clore le système en reversant toutes les primes dans une nouvelle société mutualiste distincte détenue par les membres du CARD.

Source : d'après McCord et Buczkowski, 2004.

Le système de pension du CARD était opérationnel de 1996 à 1999. Les primes versées au système de pension ont ensuite été utilisées pour servir de capital à une société mutualiste distincte (MBA) qui proposait à la place un plan d'épargne à rémunération unique à son terme, sans composante d'assurance.

Ce cas illustre les désastres potentiels pesant sur une institution qui s'engage dans le monde risqué de l'assurance sans posséder l'expertise appropriée. En effet, la nouvelle MBA du CARD est gérée par un professionnel de l'assurance, et la MBA a beaucoup travaillé avec un consultant actuariel. Ce cas met également en évidence les obstacles jumeaux posés par l'insuffisance de données et la difficulté à prédire les taux de mortalité évolutifs dans les pays en voie de développement.[5]

5 Dans les pays en voie de développement, les taux de mortalité peuvent être fortement réduits grâce à une meilleure utilisation de technologies sanitaires existantes comme la vaccination, des systèmes d'écoulement des eaux usées efficaces et la purification de l'eau. Dans les pays développés, la portée de cette amélioration de l'espérance de vie grâce aux technologies sanitaires existantes est plus limitée. Bien sûr, que ce soit dans les pays développés ou en voie de développement, de nouvelles technologies peuvent grandement réduire les taux de mortalité, ce qui rendrait actuariellement difficile l'usage des rentes quel que soit le contexte.

Les organisations qui tentent leur chance dans la rente viagère ont besoin de compétences dans l'expertise des risques et la gestion des investissements tels que la gestion bilantielle. Tout établissement d'épargne proposant des garanties à long terme doit être contrôlé par un actuaire et géré de manière à en assurer la viabilité. Par dessus tout, un candidat à l'entrée sur le marché de la micro-rente doit être certain de disposer de données actuarielles suffisantes. Comme ces données sont généralement difficiles d'accès dans les pays en voie de développement, ces produits ne sont pas recommandés pour le moment. Si la situation devait évoluer, et la qualité des données actuarielles s'améliorer, il pourrait être intéressant de reconsidérer la rente viagère.

2.2 Polices d'assurance mixte

Les polices d'assurance mixtes communément vendues par les assureurs combinent l'assurance-vie et une épargne contractuelle à long terme. Elles impliquent un paiement régulier versé sur le long terme, habituellement de cinq ans ou plus. Si les clients vivent au-delà du terme, ils reçoivent un montant forfaitaire et parfois un bonus ; si le titulaire du contrat décède avant le terme, et est à jour de ses paiements de primes, le bénéficiaire reçoit la somme assurée. Les polices d'assurance mixtes peuvent également faciliter l'accès au crédit puisque les clients sont en mesure d'emprunter à hauteur de la valeur de rachat de la police, ce qui constitue une caractéristique particulièrement intéressante. Cette combinaison d'épargne, de crédit et d'assurance peut être un instrument efficace pour assister les ménages à faible revenu dans la gestion de toute une série de risques si elle est conçue et proposée de manière rentable.

Les polices d'assurance mixtes sont déjà vendues en grandes quantités aux clients à faible revenu. En Afrique du Sud, on estime que fin 2004, 300 000 personnes à faible revenu bénéficiaient de polices d'assurance mixtes (Smith et Meltzer, 2004). Delta Life (Bangladesh), Tata-AIG (Inde) et ALMAO (Sri Lanka) vendent toutes des polices d'assurance mixtes aux personnes pauvres avec des résultats mitigés en termes de demande, de faisabilité, et de rentabilité. Ces compagnies sont toutes des compagnies d'assurance réglementées, même si elles ont des programmes différents.

Quand Delta Life s'est lancée dans les affaires en 1986, c'était l'une des premières compagnies d'assurance privées au Bangladesh (après sa privatisation vers le milieu des années 1980). Initialement, elle vendait des polices haut de gamme, mais très rapidement, elle a commencé à compléter son offre avec de la micro-assurance. Sa mission dans la vente de ces produits était explicitement sociale. Elle a engagé des professionnels de l'assurance pour traiter ses opérations haut de gamme, et a choisi des travailleurs sociaux pour ses activi-

tés de micro-assurance. En 2002, le comité de direction a professionnalisé le secteur de la micro-assurance de sorte qu'il se concentre davantage désormais sur la rentabilité. Pourtant, indépendamment de sa motivation louable, Delta a été critiquée pour avoir offert un produit fournissant des prestations inadaptées aux clients démunis ; elle paie les indemnités tardivement et plus de la moitié de ses polices sont tombées en désuétude.

Tata-AIG s'est, dans un premier temps, lancée dans la micro-assurance, comme tous les assureurs indiens, parce qu'elle s'était vue légalement contrainte à proposer des services aux titulaires de contrats ruraux et à faible revenu. Même si ce marché n'est pas aussi rentable que les autres programmes d'assurance, elle a rapidement réalisé qu'il apportait son lot d'avantages, parmi lesquels une reconnaissance accrue de la marque, une expansion du marché et l'accomplissement des obligations de responsabilité sociale.

Tableau 12

Deux assureurs proposant des produits mixtes

Institution	*Tata-AIG ($US)*	*Delta Life ($US)*
Pays	Inde	Bangladesh
PIB par habitant (2003 PNUD)	564	376
Nom du contrat	Karuna Yojana	Dotation (avec bénéfices)
Terme	15 ans	15 ans
Prime	6,67 par an en fonction des caractéristiques notées ci-dessous « Avantages » (comprend l'épargne et la prime d'assurance)	6,33 % de la somme assurée (comprend l'épargne et la prime d'assurance)
Avantages	S'ils sont récupérés à 18 ans - somme assurée 556, échéance avantage 112	85 à 1 650 Autres avantages : après deux ans, éligible pour emprunter jusqu'à 90 % de la valeur de rachat pendant un an à 20 % par an à Delta.

ALMAO a débuté en 1991 en tant que système d'assurance informel du réseau Sanasa de coopératives d'épargne et de crédit, offrant des produits de base couvrant le décès, l'invalidité et l'hospitalisation. ALMAO a également proposé aux sociétés de Sanasa des services tels que la protection des prêts, l'assurance vie-épargne, l'assurance des biens et l'assurance maladie aux employés. En 2002, ALMAO a été officiellement enregistrée comme compagnie d'assurance-vie. Ce changement de statut a encouragé l'assureur à introduire une nouvelle gamme de produits mixtes tarifés et gérés de manière

professionnelle. Malheureusement, ces produits ne semblent pas répondre aux besoins du marché cible car il y a eu peu de demande les concernant jusqu'à maintenant.

En tant que moyens de collecte de l'épargne contractuelle à long terme des populations pauvres, les polices d'assurance mixtes sont controversées. Dans de nombreux pays, les polices d'assurance mixtes ne rapportent pas beaucoup car les dépenses sont élevées et les rendements bas par rapport à d'autres outils. Ils sont relativement chers à la vente car ils sont vendus individuellement plutôt qu'à des groupes, ce qui augmente considérablement le coût, particulièrement sous la forme de commissions de vente. La structure en commission tend également à encourager les pratiques commerciales qui ne sont pas dans l'esprit de la micro-assurance *(voir chapitre 3.2)*. Les assurances mixtes sont complexes à concevoir et à gérer. Quand de petites sommes sont assurées, les coûts sont parfois couverts en fournissant au titulaire du contrat une valeur petite en comparaison. Par exemple, nombre de titulaires de contrats de personnes pauvres, sinon la majorité, reçoivent bien moins que ce qu'ils ont payé en primes parce qu'ils n'ont pas été capables de maintenir leurs paiements. Pour que les produits mixtes soient profitables au marché des ménages à faible revenu, ces obstacles, et d'autres, doivent être surmontés.

2.3 Assurance d'achèvement d'épargne

L'assurance d'achèvement d'épargne constitue un troisième moyen de répondre aux besoins d'assurance et d'épargne à long terme du marché des ménages à faible revenu. TUW SKOK, le principal prestataire d'assurance des unions de crédit polonaises, offre ce type de produit pour encourager les membres de l'union de crédit à développer un programme régulier d'épargne. Le membre détermine l'objectif de l'épargne et sa durée, qui est au maximum de 10 ans. L'union de crédit dispose d'un logiciel qui calcule le montant du dépôt mensuel nécessaire pour atteindre cet objectif. Le logiciel calcule également la prime mensuelle de couverture de l'assurance. Dans l'éventualité du décès accidentel du membre, TUW SKOK paiera au bénéficiaire la différence entre l'objectif de l'épargne et le solde de l'épargne au moment du décès. On y trouve également une clause traitant de l'invalidité qui compense la perte de salaire du membre s'il est incapable de travailler pendant plus de 30 jours.

Ce produit d'assurance revêt un intérêt particulier pour les unions de crédit parce qu'il est intrinsèquement présent au cœur de leurs affaires et les aide à atteindre leurs propres objectifs en rendant le produit d'épargne contractuelle plus attrayant. Il est également plus simple pour les membres de l'équipe de l'union de crédit de vendre des produits d'assurance indépendants parce qu'ils peuvent demander lors de l'ouverture du compte si le membre souhaite la couverture d'assurance supplémentaire.

Il existe une différence majeure entre l'assurance mixte et l'assurance d'achèvement d'épargne, c'est qu'avec cette dernière, ce n'est pas l'assureur qui récupère l'épargne, mais l'union de crédit. Du point de vue de l'assureur, il s'agit d'un produit très simple : une simple assurance-vie de base avec assurance d'une somme décroissante. Elle peut sembler moins attrayante pour les assureurs qu'un produit mixte parce que ces derniers préfèrent généralement investir les fonds et générer des revenus supplémentaires. Pourtant, l'assurance d'achèvement d'épargne peut rapporter plus aux clients car leur épargne ne sert plus à payer la commission de l'agent. L'assurance d'achèvement d'épargne est un contrat de groupe abordable ; par exemple, TUW SKOK facture 0,07 % du solde d'épargne restant par mois pour la couverture,[6] tandis que l'union de crédit paie 3 à 6 % par an du solde d'épargne.

2.4 Dissocier assurance et épargne à long terme

Une quatrième approche consiste à offrir séparément épargne et assurance. L'assurance-vie à terme s'obtient généralement assez facilement. L'épargne à long terme ne peut, bien sûr, être proposée que par les institutions agréées pour accepter des dépôts et dont la réputation incite les clients à la confiance. Comme mentionné précédemment, l'apport de ces services est limité, mais il existe de grands exemples d'institutions offrant de l'épargne contractuelle à long terme *(voir encadré 19)*.

6 Si l'objectif d'épargne est de 1 000 et que l'épargne actuelle est de 900, la différence de 100 est assurée moyennant une prime annuelle de 0,84.

Encadré 19

Le système de fonds de pension de Grameen (GPS)

Dans le cadre de « Grameen II », la refonte générale que Grameen Bank a imposée en 2001 à ses produits dans un pari visant à relancer ses performances déclinantes dans les années 1990, Grameen a commencé à offrir les plus gros et les plus rapides produits d'épargne à long terme à destination des populations pauvres. Elle s'inspire très fortement d'un produit extrêmement populaire proposé depuis longtemps aux populations les plus aisées du Bangladesh par les banques commerciales du pays, montrant une fois de plus que ce sont les problèmes au niveau de l'offre, et non de la demande, qui restreignent l'utilisation de ces services par les populations pauvres.

La durée est de cinq ou dix ans, et les dépôts mensuels égaux peuvent se faire dès 1 $US. Les intérêts sur 10 ans sont de 12 % par an (environ 8 % par an en durée réelle, ce qui est plutôt généreux comparé aux taux proposés par les banques commerciales pour des produits similaires. Cela a mené à une demande nouvelle d'adhésion à Grameen par des ménages non-pauvres). La somme échue peut être retirée en liquide ou sous la forme d'un revenu mensuel (pas une rente, mais seulement les revenus des intérêts perçus sur la base de 12 % par an). Les épargnants peuvent également transférer le capital dans un des systèmes de dépôt fixes attrayants de Grameen. Il n'y a pas d'élément d'assurance et aucun besoin explicite d'en ajouter.

Les dépôts sont effectués pendant la réunion hebdomadaire à laquelle tous les membres de Grameen sont obligés d'assister. Grameen utilise ainsi ses propres « agents », et de manière très économique, car les agents sont également responsables du suivi du portefeuille de prêts.

Aujourd'hui âgé de cinq ans, le système a attiré plus de 3 millions de comptes, et le portefeuille total de GPS détenu par Grameen fin 2005 était d'environ 83 millions de dollars. Le GPS a été l'un des principaux éléments de la conversion de Grameen de l'état de prestataire de micro-crédit à celui de véritable intermédiaire financier : son portefeuille total d'épargne, calculé à partir de tous les produits d'épargne, s'élève désormais à 450 millions de dollars et dépasse son portefeuille de prêts.

Il est difficile de comprendre précisément pourquoi ce système est si populaire parce que tous les emprunteurs souscrivant un prêt supérieur à 125 $US doivent détenir un compte GPS d'une valeur minimale. Néanmoins, de nombreux comptes ont un solde supérieur à ce minimum, et de nombreux épargnants détiennent plus d'un compte, ce qui laisse supposer que le système est apprécié pour ce qu'il est ; ce constat est renforcé par des témoignages recueillis auprès d'épargnants pour le compte d'un projet de recherche financé par MicroSave.

Source : Rutherford, notes personnelles basées sur une recherche effectuée pour MicroSave, 2005.

La banque CARD a fini par offrir une épargne contractuelle à long terme après son expérience désastreuse avec les rentes. Plutôt que de se préoccuper des complexités de l'assurance, elle a créé un fonds de prévoyance dans le cadre duquel tous ses membres paient 5 PhP (0,09 $US) par semaine. Lorsqu'ils atteignent 65 ans, ils reçoivent une rémunération unique basée sur la valeur des dépôts perçus, plus les intérêts cumulés (8 % par an actuellement).

Par rapport aux autres options mentionnées précédemment, l'avantage principal pour les clients est qu'ils peuvent épargner sans avoir besoin d'une assurance. Mais c'est aussi un inconvénient. S'ils tombent en invalidité pendant les années d'épargne, ils n'ont rien sur quoi se rabattre et s'ils décèdent, les familles n'ont aucun recours. S'ils souhaitent une assurance pour compléter le système d'épargne, ils peuvent en prendre une ailleurs. Cependant, durant leur recherche d'une couverture individuelle, ils risquent de ne pas trouver d'option plus abordable qu'une assurance-vie proposée par l'organisation qui gère leur épargne (idéalement souscrite par un assureur).

3 Préoccupations principales de l'offre d'assurance et d'épargne à long terme

Lorsque l'assurance et l'épargne à long terme sont proposées aux populations pauvres, plusieurs questions doivent être étudiées avec précaution, comme la stabilité macro-économique et politique, l'infrastructure financière du secteur, la vente abusive et inadaptée, les mécanismes de collecte des primes, les défauts de paiement et les valeurs de rachat. Certains de ces défis affectent les produits mixtes de manière plus significative que les autres produits d'épargne.

3.1 Stabilité macro-économique et politique

Pour tout instrument financier prévu pour conserver la valeur sur la durée, la stabilité macro-économique et politique est une préoccupation capitale. De nombreuses personnes dans le monde, riches et pauvres, se sont réveillées un jour pour s'apercevoir que l'argent qu'elles avaient épargné était désormais virtuellement sans valeur. Les fautifs : l'inflation et/ou la dévaluation. Ces risques ne sont pas futiles. L'étude de cas d'AIG Ouganda relate l'histoire d'un homme qui avait payé ses primes comme prévu et avait attendu que la dotation soit arrivée à échéance. Lorsqu'il est arrivé au bureau de la compagnie d'assurance, la rémunération était moins élevée que le prix du ticket de bus qu'il avait payé pour venir en ville récupérer ses dividendes.

Dans des systèmes économiques instables avec une forte inflation, il est particulièrement difficile d'offrir une assurance et une épargne à long terme. Il existe cependant des moyens de gérer les risques liés à l'inflation. Par exemple, l'institution financière pourrait offrir des comptes dans une monnaie étrangère et faire des investissements internationaux. Les compagnies d'assurance établies peuvent être mieux placées que les intermédiaires financiers plus récents pour mener les transactions complexes requises afin de lutter efficacement contre l'inflation. Les taux d'intérêts ou les revenus de placements sont parfois liés à l'inflation, les dépôts, les primes et les rémunérations augmentant avec l'inflation.

La situation financière des personnes à faible revenu est précaire. Si des polices contenant des composantes d'investissement à long terme doivent être vendues pour ce marché, les contrats doivent être développés pour procurer une protection contre l'instabilité macro-économique et une valeur réelle pour ses clients. Toutes les économies sont sujettes à l'inflation imprévue ; la conception du produit doit développer des retours pour les titulaires de contrats afin de les protéger contre les ravages de l'inflation. Si les assureurs ne peuvent pas atteindre cet objectif, les clients doivent être encouragés à épargner dans des actifs qui conservent leur valeur, comme le bétail ou l'or, et à envisager l'assurance à court terme pour gérer les risques.

3.2 Infrastructure du secteur financier

Une autre exigence importante de l'assurance et de l'épargne à long terme est de disposer d'un marché de capitaux ou d'un investissement effectif dans le pays. L'épargne à long terme peut être bénéfique pour tous si l'institution qui perçoit les fonds peut investir dans divers instruments pendant des durées variables. L'investissement en obligations, bons du Trésor, actions et valeurs immobilières sont des formes possibles d'épargne à long terme dans le sens où elles correspondent à la durée d'investissement voulue. La capacité à hiérarchiser les investissements est également requise pour évaluer leur profil de risque. Dans certains pays, ces options n'existent pas, ce qui rend difficile la gestion correcte de l'épargne à long terme.

Un manque d'infrastructure du secteur financier a un effet plus important sur les produits mixtes que sur l'achèvement d'épargne ou l'épargne seule parce que l'assureur se fie davantage au marché d'investissement pour les revenus. Si les opportunités d'investissement sont limitées, et s'il est difficile d'évaluer le risque de peu d'options disponibles, il sera particulièrement difficile pour les produits mixtes de s'imposer. Les unions de crédit, ou Grameen

Bank d'un autre côté, investissent une part significative, sinon l'intégralité, de leur épargne dans le portefeuille de prêt associé. Bien que cela crée un risque de concentration déconseillé *(voir chapitre 3.6)*, de tels investissements ne requièrent aucune agence de notation ou de bourse.

3.3 Vente abusive et inadaptée

Un autre problème posé par les produits à long terme est le potentiel de vente abusive et inadaptée, du fait que le client n'est pas en mesure d'évaluer efficacement si l'institution financière et son agent sont effectivement dignes de confiance pendant quelques temps, parfois des années, après leur achat du produit. Cette question est bien plus problématique pour les polices d'assurance mixtes *(voir encadré 20)* que pour les systèmes d'épargne parce que ces derniers sont plus transparents. De plus, les employés qui « vendent » des produits d'épargne ont peu de chances de percevoir une commission individuelle basée sur les volumes d'épargne, et ils ne sont donc pas incités à mal représenter le produit ou à pousser les personnes qui ne sont pas intéressées à l'acheter.

Encadré 20

Vente abusive en Afrique du Sud

Le Black Sash est une organisation sud africaine de droits de l'homme qui gère des bureaux de conseil à la communauté apportant leur assistance pour différents problèmes de protection des consommateurs. De nombreux cas pris en charge par le Black Sash impliquent des agents de compagnies d'assurance qui vendent quantité de polices d'assurance, dont des produits mixtes, à des consommateurs ruraux. Un cas typique impliquait une domestique dans une agence gouvernementale locale.

Jusqu'à son départ en retraite en mars 1993, elle gagnait 162 $US par mois. Elle payait 37 $US par mois pour des polices d'assurance chez quatre grandes compagnies d'assurance. Après son départ en retraite, elle reçut pour toute rémunération de ses nombreuses polices 58 $US. Elle s'est alors tournée vers le Black Sash pour obtenir de l'aide.

Dans ce cas, après un long combat impliquant de nombreux mois de correspondance avec les compagnies d'assurance, elle a finalement reçu 169 $US en tout (en résiliant ses contrats). Une police a été résiliée à son départ en retraite, quatre ans avant le terme de la police. Elle avait été « aidée » par le responsable du personnel de l'agence gouvernementale pour laquelle elle travaillait, qui avait omis de lui dire que si elle attendait que la police arrive à son terme, elle toucherait bien plus.

Source : d'après Roth, 1995.

La vente abusive et inadaptée peut être un problème majeur, même dans les pays où les marchés financiers sont hautement réglementés. Au Royaume-Uni, on estime que 5 millions de personnes ont acheté des polices d'assurance mixtes inadaptées.[7] Pour la plupart, ces personnes ont acheté ces polices d'assurance mixtes en souscrivant parallèlement une hypothèque, en pensant que la police d'assurance mixte rembourserait leur prêt à l'échéance de la dotation, mais ce n'est pas ce qui s'est produit. Le Treasury Select Committee du Royaume-Uni qui a effectué des recherches sur ce problème a estimé le manque à gagner national à 40 milliards de £ (69 milliards de $US).

Il faut garder à l'esprit le fait que, bien qu'il puisse être dans l'intérêt de l'agent de vendre des polices inadaptées (en fonction du système de prime commerciale), cela peut également être dans l'intérêt de l'assureur, particulièrement si la police tombe en désuétude. Certains assureurs comptent sur les défauts de paiement intervenant dans les dernières années pour éviter de payer des prestations. Les plans de dotation conçus pour capitaliser sur les défauts de paiement peuvent être profitables à quelques clients qui ont la capacité de maintenir les primes, mais ils ont peu de valeur pour la majorité des clients. Heureusement, suite à la pression des clients dans certains pays, certaines compagnies d'assurance ont été contraintes par des organismes de régulation à rembourser des centaines de millions de dollars aux consommateurs abusés. Cela n'a pas seulement été coûteux, mais cela s'est révélé un véritable fiasco pour les assureurs en termes de relations publiques.

3.4 Méthodes de collecte des primes et de l'épargne

La réduction des coûts de la collecte des primes et de l'épargne est un des problèmes majeurs pour tous les produits ; sinon l'épargne des populations pauvres ne rembourserait que les frais de fonctionnement du prestataire. Pour réduire les coûts, on peut réduire la fréquence des paiements, mais pour le marché des ménages à faible revenu, il est raisonnable d'estimer que des paiements périodiques (hebdomadaires, mensuels ou trimestriels) sont probablement plus adaptés à leurs revenus en espèces que les paiements annuels *(voir chapitre 3.3)*.

Avec les produits d'assurance et d'épargne à long terme, il existe principalement trois modes de collecte des primes : les virements électroniques, les micro-agents et l'association du produit à une autre transaction financière.

7 Réf : http://www.which.net/endowmentaction/index.html

Virements électroniques : dans les pays où les personnes à faible revenu disposent de comptes bancaires, le versement des primes peut se faire de manière électronique, avec un suivi uniquement en cas d'échec du virement. C'est ainsi que les polices d'assurance mixtes sont vendues aux populations les plus démunies en Afrique du Sud, où les ménages pauvres comptent un membre travaillant dans le secteur formel et disposant d'un compte bancaire. Aux conditions actuelles, ce modèle serait inapproprié pour de nombreux pays à faible revenu, bien qu'avec l'émergence des nouvelles technologies et l'évolution du système bancaire, de nouvelles options peuvent apparaître, comme le virement des primes via téléphone portable. Aux Philippines, les dépôts peuvent désormais être effectués par téléphone portable pour 1 peso (0,02 $US) par transaction, ce qui est considérablement moins cher que les frais de transport induits par un déplacement vers une institution financière (Chemonics, 2006).

Micro-agents : en Inde, Tata-AIG a d'abord commencé à travailler avec une IMF pour vendre ses polices d'assurance. La relation n'a pas fonctionné parce que la nature à court terme du prêt de l'IMF entrait en conflit avec la nature à long terme des polices d'assurance mixtes. Il était, de ce fait, difficile de collecter les primes de clients qui souscrivaient une police d'assurance mixte mais seulement un prêt unique. Alors qu'il est relativement facile de déduire une prime du prêt déboursé, lorsque le client arrête d'emprunter il faut un nouveau mécanisme de collecte des primes. Tata-AIG s'est donc tournée vers des agents individuels, principalement des femmes à faible revenu, formés aux Groupes d'assurance Rurale communautaires (CRIG) qui opèrent comme une compagnie d'assurance. Ces agents considèreraient leurs revenus comme un supplément et seraient prêts à travailler pour des commissions relativement faibles. Le modèle de Tata-AIG est traité plus en détails au chapitre 4.5.

Delta Life et ALMOA comptent également sur des femmes au foyer pauvres avant tout pour constituer leurs troupes. En effet, l'élément de base de la collecte de primes par porte-à-porte est identique pour les trois organisations. Cette approche peut fonctionner dans le sous-continent indien où les densités de population sont élevées et où de nombreuses personnes au niveau d'études satisfaisant sont conditionnées à travailler pour des salaires faibles. Il n'est pas certain que ce modèle puisse s'appliquer à des pays aux densités de population inférieures et aux niveaux d'éducation faibles.

Paiements associés : dans les exemples de CARD, Grameen et TUW SKOK, les coûts de collecte de l'épargne sont réduits en les associant à d'autres transactions financières. Les clients de CARD et de Grameen effectuent leurs versements d'épargne au cours des mêmes réunions de groupe hebdomadaires,

généralement situées très près de leur domicile, que celles où ils remboursent leurs prêts. Chez TUW SKOK, lorsque le membre effectue son dépôt mensuel, une petite partie est automatiquement déduite et ajoutée à la fin du mois à toutes les autres primes que l'union de crédit doit payer à l'assureur.

3.5 Défauts de paiement et problème des valeurs de rachat

Un autre problème, spécifique aux produits mixtes, est posé par les polices déchues. Avec les produits d'épargne, si les épargnants oublient un paiement ou cessent leurs dépôts, ils peuvent subir une baisse du taux d'intérêt, mais ils ne perdent pas leur épargne. Si un titulaire de contrat cesse de payer la prime de sa police d'assurance mixte, elle tombe en désuétude et seule la valeur de rachat, généralement juste une petite partie de l'épargne, est rendue au client. En raison des revenus irréguliers des foyers à faible revenu, les polices déchues constituent un problème vraiment préoccupant pour la micro-assurance.

La valeur de rachat limitée dans les premières années est liée à la rémunération de départ de l'agent, plus les autres frais d'ouverture du contrat, tels que la sélection, la saisie des données et la préparation du contrat. Les agents reçoivent généralement leur commission dans les toutes premières années de la vente *(voir chapitre 3.2)*. Dans une situation de défaut de paiement, ces frais sont déduits de la composante d'épargne et le reste est rendu au client. Dans les toutes premières années d'un contrat, il n'y a habituellement aucune valeur de rachat.

Il y a diverses façons de gérer ces problèmes de défaut de paiement. Delta autorise un délai de trente jours pour les paiements tardifs, après quoi la composante d'assurance est suspendue. Les titulaires de contrats peuvent renouveler la police sous 12 mois s'ils paient une majoration de retard et sollicitent une révision de la souscription. Les polices peuvent même être réactivées après deux ans avec une majoration de retard et un certificat médical attestant d'un état de santé convenable. Outre l'introduction d'un produit de prêt aux micro-entreprises peu réussi censé aider les titulaires de contrats à générer des revenus *(voir chapitre 3.3)*, Delta n'a pas accepté le concept d'assurance mixte pour s'adapter aux réalités du marché des populations à faible revenu dans lequel il faut s'attendre à des revenus en espèces irréguliers. De plus, dans le cadre de l'assurance de petites sommes, le certificat médical ne devrait pas être requis. Par contraste, si les titulaires de contrats de Tata-AIG ont du retard dans le paiement de leurs primes, l'assureur déduit la prime du montant accumulé dans la valeur de rachat. Cela semble être une approche plus souple pour le marché des ménages à faible revenu.

Il faut davantage d'innovations pour gérer les problèmes de défaut de paiement. La mise en place d'incitations à payer de manière régulière, sous la forme d'un bonus si toutes les primes sont payées sous cinq jours et une réduction de la rémunération si les paiements ne sont pas effectués, par exemple, plutôt qu'une résiliation simple de la couverture, constitue peut-être une voie à explorer. Le problème crucial est que les valeurs de rachat doivent être équitables, et les clients doivent être conscients des conditions du contrat, y compris de la valeur de rachat. L'équité dans ce cas signifie que les parts de primes d'épargne et d'assurance sont comprises par le titulaire du contrat, et que les ajustements au niveau du revenu ou des frais généraux sont clairement assimilés avant l'acquisition de la police.

4 Conclusions

L'assurance et l'épargne à long terme offrent une opportunité nouvelle et intéressante permettant de repousser les limites de la finance. La demande est là. Le défi est de trouver une conception de produit, un mécanisme de distribution et une disposition institutionnelle adaptés pour répondre à cette demande d'une manière rentable et générant de la valeur. Sur les trois produits analysés dans ce chapitre (les rentes ne sont pas considérées viables pour le moment), d'un point de vue purement axé sur la conception du produit, il apparaît que les deux produits qui distinguent l'épargne et l'assurance (ou n'incluent pas d'assurance) disposent d'un avantage substantiel sur les produits mixtes.

Les services d'épargne institutionnalisés ne sont pas disponibles à grande échelle pour les populations pauvres, et s'ils le sont, ils peuvent être proposés par des organisations qui ne sont pas suffisamment solides ou crédibles pour offrir de l'épargne à long terme. Par conséquent, les compagnies d'assurance sont bien placées pour offrir une alternative, un produit mixte, qui peut aussi attirer les ménages pauvres s'il est conçu pour satisfaire les caractéristiques du marché des faibles revenus et lui apporter de la valeur.

Voici les principaux enseignements de ce chapitre :

- Les institutions financières ont pris du temps à proposer de l'épargne à long terme aux populations pauvres pour des questions légales, d'instabilité macro-économique, de sous-estimation de la demande de ces services et des coûts engendrés par ces derniers, ainsi que du manque de confiance des consommateurs. Ces obstacles peuvent être surmontés, et dans certains pays des progrès sont en cours, mais pour le moment, la plupart des ménages à faible revenu ne disposent pas d'un accès aux services en dépit d'une forte demande.

- Les compagnies d'assurance peuvent jouer un rôle dans le règlement de nombreuses difficultés associées à l'épargne à long terme, soit à elles seules, soit en partenariat avec les intermédiaires financiers populaires, comme une union de crédit ou un autre type d'institution de micro-finance.
- Il n'est pas facile de développer les rentes pour les clients à faible revenu dans les pays en voie de développement ; ces produits ne sont actuellement pas recommandés en raison de difficultés actuarielles et de l'importance du risque de mortalité et du risque lié aux placements.
- Tous les produits d'assurance et d'épargne à long terme sont difficiles à offrir dans des environnements politiques et économiques instables.
- Il apparaît que les produits mixtes vendus actuellement aux clients à faible revenu n'ont pas encore été conçus pour rapporter une valeur substantielle au titulaire de contrat.
- Les principales difficultés posées par les produits mixtes sont les suivantes : (i) s'assurer que les primes peuvent être collectées de manière rentable sur de longues périodes, ce qui nécessite des systèmes de collecte innovants, (ii) des valeurs de rachat permettant au titulaire du contrat de récupérer uniquement une partie des primes payées et (iii) la vente abusive et inadaptée, un problème répandu même dans les économies développées.
- Les bailleurs de fonds et les agents de développement ne doivent recommander les polices d'assurance mixtes que dans les pays où elles peuvent être régies efficacement et où suffisamment de valeur est proposée aux clients comparée à celle offerte par d'autres moyens d'épargne.
- Plutôt que les produits mixtes, la combinaison de composantes d'épargne d'une IMF et d'une prestation d'assurance peut être une meilleure solution. Cela aurait l'avantage d'inciter simplement les clients qui épargnent à s'assurer.

Afin d'étendre la disponibilité des produits d'assurance et d'épargne à long terme, les assureurs, banquiers, bailleurs de fonds et agences de développement peuvent jouer un rôle significatif dans l'amélioration des produits pour les populations pauvres en aidant les organismes de régulation à les superviser et à renforcer les mécanismes de protection afin de s'assurer que les produits sont équitablement conçus et vendus honnêtement.

Aucun des produits actuellement disponibles n'est infaillible. En effet, des améliorations supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir proposer de meilleurs produits à long terme pour le marché des ménages à faible revenu. Ces innovations devraient être évaluées en fonction de leurs propres atouts. Sont-elles sûres, protégées de l'inflation et bien réglementées ? Apportent-elles une réelle valeur aux clients ?

2.3 Assurance liée à l'épargne et au crédit

Sven Enarsson, Kjell Wirén et Gloria Almeyda

Les auteurs remercient pour leurs contributions et suggestions Jean Bernard Fournier, Catherine Tremblay (DID) et Ellis Wohlner (Consultant pour SIDA).

Traditionnellement, dans les pays en voie de développement, les villages proposent aux habitants des formes simples de répartition des risques ou d'assurance. Des groupes bénévoles, des clans ou des villages entiers aident les membres affectés par des bouleversements. Dans de nombreux pays, les groupes d'aide aux frais d'obsèques représentaient une première forme d'assurance volontaire. Les gens formaient des associations qui assistaient la famille d'un membre lorsqu'une personne décédait. L'aide pouvait se faire en espèces ou en nature, et souvent la plus grande partie de celle-ci servait pour les obsèques, qui constituaient un événement onéreux. Certains groupes accumulaient de l'épargne pour payer les dépenses, tandis que d'autres collectaient des fonds au moment du décès. Les cas d'épargne accumulative montrent que la relation entre l'épargne et l'assurance relève d'une longue tradition.

Les coopératives formelles d'épargne et de crédit ont émergé dans les premières décennies du XIXe siècle dans le but d'aider les personnes à faible revenu. Comme le système financier classique n'atteignait pas ce marché, les populations pauvres ont créé leurs propres institutions. Ces coopératives ont touché beaucoup de monde, dans les petites et grandes villes, ainsi que dans les zones rurales. Les coopératives d'épargne et de crédit ont souvent offert des prêts d'urgence, qui fonctionnaient comme un service simple de gestion des risques pour les membres. Plus tard, l'assurance pour la protection des prêts a été introduite et est devenue l'une des premières formes de microassurance, atteignant un grand nombre de personnes pauvres. L'assurance couvrait le remboursement d'un prêt si l'emprunteur venait à mourir. Un groupe d'assurance américain, le CUNA Mutual, a joué un rôle important dans l'introduction de l'assurance pour la protection des prêts dans plusieurs pays, en particulier pour les coopératives d'épargne et de crédit.

Dans les années 1960 et 1970, plusieurs systèmes ont été mis en place dans les pays en voie de développement pour fournir des crédits, principalement aux petits agriculteurs. Nombre de ces systèmes n'ont pas réussi à

obtenir le remboursement des prêts, et il n'y avait pas de contrat d'assurance. Cependant, les responsables politiques et les bailleurs de fonds percevaient toujours l'offre de crédit aux populations pauvres comme un moyen important pour favoriser le développement. Dans les années 1980 et 1990, plusieurs institutions de micro-finance ont été créées, souvent sous la forme d'une ONG, et ciblaient essentiellement les entrepreneurs et non les agriculteurs. Alors que ces institutions de micro-finance gagnaient en expérience, la protection des prêts devenait une caractéristique de plus en plus courante.

Petit à petit le service en assurance fourni par les organismes d'épargne et de crédit s'est développé. Ces organismes, sous forme de coopératives et d'ONG, ajoutaient souvent une ou deux options d'assurance au système de protection des prêts comme partie intégrante de leur fonctionnement, et supportaient parfois les risques eux-mêmes. D'autres, en revanche, ont choisi de devenir agents de compagnies d'assurance commerciale *(voir chapitre 4.2)*. Certains organismes d'épargne et de crédit ont même créé leurs propres compagnies d'assurance commerciale pour offrir une large gamme de services à leurs membres *(voir chapitre 4.1)*.

Cette évolution de la relation entre l'assurance et les produits d'épargne et de crédit se résume à deux dimensions complémentaires :

1. Les intermédiaires financiers souhaitent que l'assurance protège leurs portefeuilles de prêts.

2. Puisqu'ils effectuent déjà des transactions financières avec le marché cible, c'est rentable, pour eux, de proposer aux ménages à faible revenu des services d'assurance liés à leurs produits d'épargne ou de crédit.

Ce chapitre s'appuie principalement sur dix études de cas d'organismes d'épargne et de crédit impliqués dans l'offre de micro-assurance. Les études couvrent de nombreux environnements, conditions et types de distribution de services différents. Bien que d'autres organismes d'épargne et de crédit puissent fournir des services de micro-assurance un peu différemment, les dix cas couvrent les aspects importants de l'assurance liée à l'épargne et au crédit.

L'abréviation IMF est utilisée pour tous les types d'organismes d'épargne et de crédit qui fournissent des services financiers aux ménages à faible revenu, y compris les ONG, les banques de micro-finance et les coopératives d'épargne et de crédit. Ce terme n'est utilisé que lorsqu'une référence spécifique aux coopératives d'épargne et de crédit est faite. De la même façon, les termes « client » et « membre » sont utilisés de façon interchangeable pour faire référence à la personne achetant une assurance ou à la personne protégée.

1 Produits liés au prêt

Toute une gamme de produits d'assurance pourrait être liée aux prêts. Là où les produits d'assurance sont conçus et gérés par les institutions de microfinance elles-mêmes, les produits ont tendance à être simples et étroitement liés aux services de crédit. Là où il y a une implication étroite d'un organisme professionnel d'assurance, les services sont généralement plus sensibles aux besoins des clients, et moins liés aux opérations d'épargne et de crédit.

Il est à noter que de nombreuses IMF n'offrent des services de prêt qu'à leurs membres. Elles n'acceptent pas de dépôt. Ces IMF sont naturellement enclines à n'offrir que des services d'assurance directement liés au prêt. Lorsque le prêt est remboursé, l'IMF n'a plus de transaction commerciale avec le client et la couverture d'assurance cesse également.

1.1 Protection des prêts

De nombreuses IMF ont introduit une assurance pour la protection des prêts, aussi appelée assurance-vie de crédit, pour atteindre deux objectifs : 1) couvrir la perte qu'un organisme peut encourir lors du décès d'un emprunteur et 2) soulager la famille de l'emprunteur de la charge de remboursement du solde restant dû de prêt, garantissant ainsi que « la dette meurt avec le débiteur ». Par rapport aux autres produits mentionnés dans ce chapitre, la protection des prêts offre la couverture la plus limitée au client ou aux bénéficiaires, mais elle est aussi la plus abordable et constitue souvent une partie obligatoire du prêt.

L'intégration de l'assurance dans le prêt par les IMF est un moyen courant de faire fonctionner un système de protection des prêts, et simplifie le travail administratif. Comme le système est obligatoire, il y a peu de risque d'antisélection et du personnel supplémentaire n'est pas nécessaire puisque les primes sont payées par le biais du prêt, normalement à un taux d'intérêt légèrement plus élevé. Les aspects de la couverture pour la protection des prêts sont assez communs aux différents organismes. Les caractéristiques distinctives clés sont les suivantes :

1. Qui supporte le risque ?

Certaines IMF supportent le risque de leur système de protection des prêts elles-mêmes. Cela peut paraître quelque peu risqué puisqu'un assureur non réglementé ne peut pas obtenir de réassurance. Pour un fonctionnement d'assurance non réglementé, il y a aussi un risque que l'intérêt des titulaires de contrat soit négligé, bien qu'en réalité, sans IMF, les clients n'auront de toute façon probablement pas besoin d'une couverture pour la protection des prêts. C'est lorsque l'assurance fournit d'autres avantages en plus de la cou-

verture pour les prêts que les préoccupations relatives à la protection du consommateur deviennent justifiées. Un autre problème avec l'IMF supportant le risque est que les fonds d'assurance peuvent être mélangés de façon inappropriée avec les fonds des opérations d'épargne et de crédit. Les avantages et les inconvénients de l'auto-assurance sont étudiés de façon plus détaillée au chapitre 4.7.

2. Quels sont les risques assurés ?
En plus de couvrir le décès de l'emprunteur, la protection des prêts peut aussi couvrir l'invalidité permanente et la maladie. L'inclusion d'une telle couverture dans le marché des personnes à faible revenu peut engendrer des problèmes et nécessite une préparation soignée et des termes et conditions bien pensés *(voir chapitre 3.1)*.

3. Quel est le prix ?
Il est quelque peu difficile d'évaluer le prix de la protection des prêts car le taux peut être coté de nombreuses façons différentes. Columna, au Guatemala, fait payer aux coopératives 0,71 Q par 1 000 Q par mois. En Zambie, la couverture de Madison va de 0,8 % du montant du prêt pour quatre mois pour FINCA, à 3,5 % des prêts de Pulse d'une durée supérieure à un an. L'OIBM en Malawi paie 0,35 % du capital du prêt par mois de la durée du prêt, tandis qu'à Opportunity International au Mexique, la prime est calculée ainsi : (0,0039 x capital du prêt /52) x durée du prêt en semaines.

Ces exemples montrent que les frais d'assurance correspondant aux intérêts en vigueur sur le montant restant d'un prêt peuvent varier de moins de 1 à plus de 8 %. Les termes et conditions variables peuvent justifier des différences au niveau des frais, mais une trop grande amplitude des frais plaide en faveur de régulations, recherches et analyses actuarielles améliorées.

4. Quelle somme est assurée ?
La comparaison des taux de frais est également rendue complexe par le fait que la somme assurée diffère d'un système à l'autre. Columna couvre le **solde restant dû du prêt** et les intérêts courus, ce qui constitue certainement la prestation pour la protection des prêts la plus typique. À FINCA Zambie, la protection des prêts de Madison Insurance couvre le montant restant dû du prêt, ce qui comprend les intérêts car ces derniers sont facturés sur une base forfaitaire et ajoutés au montant du prêt lorsque celui-ci est effectué. Cependant, pour les deux filiales de Opportunity International et pour CARD MBA aux Philippines, la somme assurée correspond à **la somme du prêt**. OI préfère cette approche car le prêteur est sûr d'avoir une couverture pour la totalité du montant du prêt, que le prêt soit payé ou non à la date du décès. Acheter une assurance-vie de crédit sur la somme allouée présente un autre intérêt : cela laisse un solde, parfois considérable, pour les bénéficiaires.

5. Est-elle associée à d'autres prestations ?
La protection des prêts peut avoir une valeur considérable pour une famille après la perte d'un membre qui était peut-être le principal soutien de famille. Un défaut majeur est que la couverture ne facilite que le remboursement des prêts, alors que le besoin de gérer les risques est bien plus grand dans les familles pauvres. Par conséquent, comme décrit ci-dessous, la valeur de la protection des prêts peut être améliorée en offrant des prestations supplémentaires dans la mesure où leur gestion reste simple.

La protection des prêts est une forme rudimentaire d'assurance, souvent le premier type d'assurance formelle rencontré par les populations pauvres dans les pays en voie de développement. Si cette protection est mise en application de façon adéquate avec des campagnes étendues de sensibilisation, elle peut améliorer la connaissance de l'assurance au sein de la population cible. Malheureusement, d'après les expériences relatées dans les études de cas, les clients (et les bénéficiaires des polices d'assurance) ne savent pas toujours qu'ils bénéficient de cette protection, et donc intrinsèquement, la protection des prêts ne contribue pas automatiquement à la création d'une culture de l'assurance. L'importance d'impliquer les clients dans la conception des produits et de leur fournir des informations et une formation ne sera jamais surestimée. Proposer une assurance-vie obligatoire avec un prêt plutôt qu'une simple protection des prêts peut être une autre façon de surmonter certains des inconvénients, comme le décrit l'encadré 21.

Encadré 21

L'assurance-vie comme alternative à la protection des prêts ?

À la place de la protection des prêts, certaines IMF proposent une assurance-vie obligatoire avec le prêt. Par exemple, ASA en Inde a offert une assurance sous une forme ou une autre pendant plus de dix ans, mais n'a jamais proposé d'assurance-vie de crédit. À la place, sa police d'assurance-vie à terme classique (maintenant proposée pour le compte de trois compagnies d'assurance différentes, chacune chargée des clients de secteurs différents) fournit une enveloppe forfaitaire de 20 000 Rs (222 $US) au bénéficiaire dans le cas du décès de l'emprunteur. Lorsqu'il reçoit l'indemnité, le bénéficiaire doit rembourser le prêt (moins toute épargne détenue par l'IMF).

L'inconvénient de cette approche est qu'une transaction supplémentaire doit avoir lieu dans le cas d'une déclaration de sinistre. Au lieu d'être payée directement par l'assureur, l'IMF doit recueillir de l'argent auprès du parent le plus proche. L'avantage cependant, est qu'il s'agit d'une approche plus transparente. Les emprunteurs sont plus au courant de leur achat d'assurance et de son prix.

Ce qui est peut-être le plus important, c'est que cette approche a un effet de démonstration bien plus fort que la protection des prêts car elle donne l'occasion d'une cérémonie publique pour verser au bénéficiaire l'indemnité d'assurance. Tous les membres du groupe d'entraide du défunt, ainsi que de nombreuses personnes de la communauté, peuvent directement voir la compagnie d'assurance remplir ses obligations contractuelles (la protection des prêts classique ne fournit pas une telle opportunité de semer les graines d'une culture de l'assurance).

Source : d'après Roth et al., 2005.

Si l'assurance-vie est proposée à la place de la protection des prêts, la somme assurée doit être supérieure au montant du prêt. Puisque la taille des prêts peut varier considérablement, un choix entre différents niveaux d'indemnisations devrait être proposé avec l'assurance-vie. La procédure pour le remboursement du solde restant du prêt peut aussi être simplifiée en obtenant la permission du client pour que l'indemnité soit canalisée dans l'IMF pour le remboursement du prêt. Une cérémonie de paiement pour encourager le système d'assurance-vie peut encore être convenue pour le solde de l'indemnité. D'un point de vue marketing, elle peut être encore plus attrayante puisqu'elle élimine le besoin de récupérer le solde restant du prêt à partir d'une somme déjà payée en public.

Le grand avantage d'une assurance-vie séparée est que cela facilite le prolongement de l'assurance. La séparation de l'assurance par rapport au prêt signifie qu'il sera naturel d'expliquer les termes et les conditions de l'assurance au client et de se mettre d'accord sur un système de paiement des cotisations une fois le prêt remboursé.

1.2 Protection des prêts associée à l'aide aux frais d'obsèques

La prestation supplémentaire la plus courante dans les systèmes de protection des prêts est **la protection de l'aide aux frais d'obsèques pour l'emprunteur**. En plus du remboursement du prêt, l'assurance fournit une indemnité à la famille du défunt pour payer les frais d'obsèques. Généralement, l'indemnité est égale au montant du prêt original ou au solde du prêt restant, ou à un autre montant fixe. Parfois l'indemnité pour un décès accidentel est plus élevée que pour un décès naturel.

La couverture de l'assurance obsèques est parfois élargie pour couvrir également le décès des membres de la famille non emprunteurs.[1] Outre l'aide apportée à l'emprunteur dans une situation difficile, cette disposition facilite aussi le remboursement continu de son prêt. Par conséquent, elle profite aussi indirectement à l'IMF. L'institution de micro-finance (ou son assureur) en bénéficie également car l'approche familiale augmente le nombre de personnes couvertes, y compris les personnes à faibles risques comme les enfants de plus de cinq ans. Dans la mesure où le client devient membre d'une IMF pour accéder aux services d'épargne et de crédit, et non pour obtenir une assurance, le risque d'antisélection pour les membres de la famille est réduit. Cependant, si la couverture des frais d'obsèques des membres de la famille ne correspond pas à une partie obligatoire du système de protection des prêts, il existe un risque que les emprunteurs ayant des proches malades ou sur le point de mourir optent pour cette couverture supplémentaire dans une plus large mesure que les emprunteurs ayant une famille en bonne santé.

Bien que l'aide aux frais d'obsèques soit avant tout une prestation destinée à l'emprunteur et sa famille, elle est souvent obligatoire car elle est couplée à la protection des prêts. Il s'agit d'une option administrative peu coûteuse et efficace pour les organismes d'épargne et de crédit ; cependant, il y a peu de place pour les solutions flexibles qui prennent en considération les besoins explicites des membres individuels.

CARD MBA a introduit un pack d'assurance pour tous les prêts, obligatoire pour les emprunteurs *(tableau 13)*. Lors du décès d'un emprunteur, outre le remboursement du solde restant, les indemnités prévoient le paiement à un bénéficiaire désigné d'une somme égale aux versements déjà effectués. En outre, un époux ou une épouse et jusqu'à trois enfants sont couverts par l'indemnité de l'assurance obsèques de la famille ; autrement, si le membre est célibataire et sans enfant, ses parents peuvent aussi être couverts. Pour que les risques de couverture des époux et même des parents restent sous contrôle, CARD MBA propose des indemnités moins élevées pour les nouveaux clients et les membres de leur famille.

[1] Dans Churchill et al. (2003), la protection de l'aide aux frais d'obsèques pour l'emprunteur est évoquée comme Prestation supplémentaire, tandis que la couverture pour les autres membres de la famille porte le nom de Vies supplémentaires.

Tableau 13

La protection pour les prêts plus l'assurance obsèques de famille de CARD MBA

	Polices et caractéristiques du produit
Type de micro-assurance	Assurance-vie obligatoire
Produit collectif ou individuel	Les transactions entre les membres et la MBA sont toutes gérées par la banque ou l'ONG. En ce sens, elle fonctionne comme une police collective. Cependant, en termes de structure légale, une MBA doit fournir des polices individuelles à chaque assuré et les suivre en tant qu'individus.
Terme	Les renouvellements correspondent aux renouvellements des prêts.
Couverture du produit (prestations)	· Valeur déboursée du prêt · Paiement unique lors du décès ou de l'invalidité totale ou permanente du membre, époux/se légal(e), enfants légitimes (21 et au-dessous, ou si au-dessus de 21, doit être en incapacité ou en invalidité ; trois enfants maximum couverts), parents légitimes âgés de plus de 60 ans si le membre est célibataire et sans enfant.[2]
Exclusions clés	Période de contestabilité d'un an
Tarification – primes	Protection des prêts : 1,5 % de la somme du prêt déboursée par an Assurance obsèques de famille : 5 PhP par semaine (0,09 $US)

Source : McCord et Buczkowski, 2004.

1.3 Protection des prêts associée à d'autres prestations

Pour améliorer la valeur pour le client, comme mentionné plus tôt, d'autres prestations peuvent aussi être ajoutées à la protection des prêts. AIG Ouganda offre un système de protection des prêts développé qui couvre, comme les autres, le solde restant du prêt dans le cas d'un décès non-accidentel. Dans le cas d'un décès accidentel, en plus de rembourser le solde restant du prêt, l'assureur verse une somme forfaitaire mineure au bénéficiaire.[3] Le montant restant dû du prêt sera aussi remboursé dans le cas d'une **invalidité permanente**. Enfin, un élément appelé « **couverture catastrophe** » a été ajouté à la police d'assurance, et prévoit le remboursement du prêt du client si un incendie endommage plusieurs micro-entreprises (mais n'aide pas à la reconstruction).

2 Comme l'illustre le tableau 21 dans le chapitre 3.1, l'indemnité actuelle va de 18 $US à 665 $US en fonction de l'ancienneté d'adhésion à CARD de l'emprunteur, de la nature du décès (naturel ou accidentel), et du décès possible d'un autre membre de la famille ou d'un membre emprunteur.

3 Aucune aide aux frais d'obsèques n'est versée dans le cas d'un décès naturel car AIG présente une licence d'assurance non-vie.

Chez TYM au Vietnam, en plus de couvrir le solde restant dû du prêt et de fournir une petite aide aux frais d'obsèques à la famille (32 $US pour les membres, 13 $US pour les époux/ses et enfants), le Mutual Assistance Fund paie également une petite indemnité aux membres en cas **de graves maladies ou d'opérations chirurgicales**, même si, comme chaque membre ne peut réclamer cette indemnité qu'une fois dans sa vie, son utilisation est limitée.

Madison a ajouté à son système de protection des prêts une autre prestation liée à la santé, la **couverture maladie**. Si un emprunteur tombe malade, la police couvre les versements durant la période de maladie, selon la fréquence de remboursement : 8 versements par semaine, 5 versements toutes les deux semaines ou 3 versements par mois. Pour réclamer cette indemnité, la maladie doit être attestée par un médecin, ce qui peut être un obstacle *(voir encadré 22)*. Elle ne couvre pas les frais de soins de santé directs ; elle garantit que l'IMF est payée, et elle réduit le risque d'emprunt pour les clients, mais ils doivent trouver un autre moyen de couvrir les dépenses de médecin et de pharmacie.

Encadré 22

Couverture maladie dans une police d'assurance-vie de crédit ?

Lorsque CETZAM a introduit pour la première fois l'assurance-vie de crédit, le produit couvrait la maladie. Si le client était malade pour une période prolongée, Madison Insurance payait jusqu'à trois versements par mois pour rembourser le prêt. L'expérience a montré qu'il était difficile pour les clients de faire une demande sous cette condition parce qu'ils ne pouvaient pas fournir de compte-rendus médicaux, comme l'exigeait Madison. Par conséquent, CETZAM a négocié pour que l'assurance-vie de crédit ne couvre que le décès moyennant un montant de prime réduit.

Source : d'après Leftley, 2005.

L'assurance pour la protection des prêts avec des prestations supplémentaires peut être une première étape appropriée vers l'extension de la couverture au marché des personnes à faible revenu. Puisque le produit de base fait partie intégrante d'un prêt, les coûts de transaction peuvent être maintenus au strict minimum, ce qui permet d'affecter davantage de primes aux indemnisations.

Dans la pratique, néanmoins, ce type de couverture a œuvré fortement en faveur de l'organisme de prêt, en payant, par exemple, les versements du prêt lorsque l'emprunteur est malade ou lorsque sa maison a été détruite par le feu, tout en ne proposant que peu d'assistance aux emprunteurs pour se remettre sur pied. Les institutions de micro-finance (et leurs partenaires d'assurance) pourraient théoriquement fournir davantage de prestations com-

plètes, mais cela induirait de plus gros paiements de primes, ce qui peut être difficile à imposer aux emprunteurs, surtout sur les marchés de crédit concurrentiels.

L'expérience, en particulier celle des coopératives d'épargne et de crédit, montre que les IMF ne devraient pas ajouter de prestations sans une préparation minutieuse et approfondie. En effet, lorsqu'elles envisagent des prestations supplémentaires, les institutions de micro-finance doivent évaluer la demande pour comprendre quelles prestations seraient les plus utiles aux membres, afin de garantir que les prestations sont simples et faciles à appréhender, et pour garantir que la direction et le personnel sont impliqués dans le processus et qu'ils sont récompensés pour leur travail relatif aux prestations d'assurance.

1.4 Assurance-vie volontaire

En plus des couvertures obligatoires associées à la protection des prêts, les IMF peuvent aussi offrir une assurance-vie collective à titre facultatif qui est toujours liée au prêt. Les principales raisons qui poussent à lier ces produits au prêt sont l'efficacité et l'accessibilité. L'argument de **l'efficacité** est le même que pour la protection des prêts ; la plupart des coûts de transaction pour l'assurance (par exemple, les ventes et la collecte des primes) sont intégrés aux activités liées aux prêts. En ce qui concerne **l'accessibilité**, les familles pauvres ont du mal à obtenir l'accès à de l'argent en espèces pour payer les primes. Lorsqu'elles bénéficient d'un prêt, cependant, ce problème est temporairement résolu. Dans le cadre de la transaction financière actuelle, on demande généralement aux emprunteurs potentiels s'ils souhaitent la couverture avant que le prêt ne soit fourni, afin que la prime puisse être déduite de, ou ajoutée au, montant du prêt.

Pour l'assurance-vie volontaire liée au prêt, les IMF doivent convenir avec les clients d'un moyen réaliste de payer les primes après le remboursement intégral du prêt, afin que la couverture puisse se poursuivre même si les clients préfèrent arrêter d'emprunter. Les clients doivent comprendre l'intégralité des dispositions futures pour garantir une couverture continue des risques pour eux.

En plus de fournir une assurance-vie de crédit, La Equidad distribue une assurance-vie collective volontaire par le biais de ses coopératives et d'une ONG de micro-finance, Women's World Fund (WWF). Les responsables des prêts de WWF vendent le produit d'assurance, *Amparar*, lorsqu'ils évaluent les applications du prêt des clients. Il existe six options basées sur les valeurs assurées : de 3 millions COP (1 245 $US) à 20 millions COP (8 290 $US). Pour améliorer l'efficacité et l'accessibilité, les emprunteurs qui sont intéres-

sés par la couverture acceptent que le montant des primes annuelles soit inclus dans leur prêt. Le coût des primes annuelles pour le plan le plus petit est équivalent à 2,3 % d'un prêt de 500 $US. Les primes peuvent aussi être payées grâce aux remboursements des prêts (les plans incluent des paiements mensuels, trimestriels et semestriels). Cependant, le système est confronté au problème courant de non-renouvellement pour ceux qui ne continuent pas d'emprunter.

ALMAO au Sri Lanka propose un produit d'assurance obsèques pour une prime peu élevée de moins de 2 $US par an. Jusqu'à neuf personnes (le membre, l'époux/se, les enfants, les parents et la belle-famille) peuvent être couvertes par un contrat. L'indemnité, d'un montant de 100 $US, est payable lors du décès d'une des personnes couvertes, bien que limitée à deux décès par an et par famille. L'un des objectifs est d'utiliser ce produit comme introduction à l'assurance pour les membres de Sanasa, un grand mouvement coopératif d'épargne et de crédit. L'assurance obsèques est très populaire, et complète les services offerts par les divers groupes traditionnels d'aide aux frais d'obsèques au Sri Lanka.

Comme pour la protection des prêts, des prestations supplémentaires pertinentes pour les titulaires des contrats peuvent être ajoutées à l'assurance-vie. À Columna par exemple, en plus de sa protection des prêts (évoquée ci-dessus) et de la couverture d'assurance vie-épargne (évoquée ci-dessous), l'assureur offre un produit d'assurance-vie collective, « *Plan de Vida Especial* » (Plan de vie spécial) aux coopératives pour qu'elles les vendent à leurs membres. Même si ce produit est facultatif pour l'assureur, 75 % des coopératives qui ont rejoint le système ont préféré rendre le produit obligatoire pour les nouveaux membres afin d'augmenter les volumes et de rationaliser la paperasserie.

Pour une prime de 63,39 Q. par somme assurée de 10 000 Q. par an, la principale indemnité du Plan de vie spécial correspond aux frais d'obsèques, avec une somme assurée entre 10 000 Q. (1 235 $US) et 50 000 Q. (6 173 $US), selon l'âge et la préférence de l'assuré.[4] En outre, le contrat offre les prestations supplémentaires suivantes :

– **Décès accidentel :** si le décès intervient suite à un accident, la somme assurée est doublée.

[4] Les exclusions pour ce produit incluent : le suicide durant les deux premières années ; les décès par mort naturelle survenant durant les premiers 180 jours ; et un décès ou une invalidité survenant pendant l'exercice d'activités illégales. Pour être éligible, la personne doit avoir moins de 64 ans lorsqu'elle souscrit et pas plus de 74 ans pour les renouvellements.

- **Décès accidentel spécial :** si le décès intervient à la suite d'un accident « spécial », par exemple en voyageant en tant que passager dans un transport public, dans un ascenseur, ou à la suite d'un incendie dans un bâtiment public, la somme assurée est multipliée par trois.[5]
- **Invalidité totale et permanente :** dans le cas d'une invalidité permanente causée par un accident, le titulaire de contrat reçoit la somme assurée.
- **Perte de membres corporels :** la compensation pour la perte de membres corporels à la suite d'un accident est payée selon le modèle d'indemnisation suivant :

  · 100 % du montant assuré pour la perte des deux mains, des deux pieds, de la vue des deux yeux, d'une main et d'un pied, ou la perte d'une main ou d'un pied combinée à la vue d'un œil
  · 50 % pour la perte d'une main ou d'un pied
  · 33,3 % pour la perte de la vue d'un œil
  · 25 % pour la perte du pouce et de n'importe quel autre doigt de la même main

De même, le système de Yasiru Mutual Provident Fund au Sri Lanka a créé une base d'assurance-vie pour ajouter des prestations qui ont été développées en concertation avec les adhérents. Les membres sont répartis en quatre catégories selon la situation de leur foyer, ainsi les plus petits foyers paient des primes moins élevées. Dans chaque catégorie, le membre peut choisir entre cinq niveaux différents de primes mensuelles pour recevoir une gamme de prestations *(voir tableau 14)*.

Même si ces produits d'assurance-vie collective sont facultatifs, en les distribuant par le biais des organismes d'épargne et de crédit, les assureurs et leurs agents de distribution peuvent rationaliser la paperasserie, minimiser le nombre de transactions, et rendre le produit plus abordable pour le marché des personnes à faible revenu. Ces produits facultatifs fournissent de plus larges prestations aux clients que la couverture associée à la protection des prêts, mais cependant leur part du marché n'est pas particulièrement élevée *(voir tableau 15)*. Une des explications pour le nombre limité de ventes est le fait que le personnel de première ligne n'est pas suffisamment motivé, formé ou récompensé pour vendre quelque chose qui ne constitue pas un service essentiel. Une autre explication est que le développement d'une culture de l'assurance prend du temps : si des personnes commencent à profiter de la couverture, d'autres vont commencer à s'y intéresser également.

5 Certains experts se soucient des indemnités spéciales qui paient les multiples de la somme assurée parce qu'elles peuvent être mal utilisées à des fins de stratagèmes de marketing, et en fait l'assureur ne paie pratiquement jamais les indemnités spéciales. Un autre inconvénient des grosses sommes assurées pour les décès accidentels est que cela augmente les coûts associés à la vérification des déclarations de sinistre, car l'assureur ou son agent doit déterminer si le décès est effectivement accidentel, un processus qui est souvent plus compliqué dans les communautés pauvres (voir chapitre 3.4).

Tableau 14

Différentes classes de prestations pour des primes minimales/maximales à Yasiru

Classe de prestations	*Primes mensuelles* *Minimales* 5–15 LKR	*Maximales* 50–150 LKR
1 Décès après l'âge de 18 ans et avant 65 ans suite à un accident	6 000	60 000
2 Invalidité permanente après trois mois avant l'âge de 65 ans suite à un accident	12 000	120 000
3 Décès après l'âge de 18 ans et avant 65 ans par cause naturelle	3 000	30 000
4a Mort subite avant l'âge de 18 ans	3 000	3 000
4b Mort subite entre 65 et 75 ans	3 000	6 000
5a Frais d'hospitalisation journaliers pour un maximum de 15 jours	30	300
5b Frais de traitement traditionnel ou similaire journaliers pour un maximum de 15 jours	15	150

Remarque : le taux de change est de 100 LKR = 1 $US
Source : Enarsson et Wirén, 2005.

Tableau 15

Couverture du marché de produits d'assurance-vie volontaire sélectionnés

Organisation de micro-assurance	*Nombre de titulaires des contrats (assurance-vie volontaire)*	*Taille potentielle du marché*	*Part de marché (%)*
La Equidad et coopératives (Equidad)	18 223	218 000	8,7
La Equidad et WWF (Amparar)	11 150	44 000	25,3
Yasiru et ONG	9 000	60 000	15,0
ALMAO et Sanasa	2 000	800 000	0,3
Columna et coopératives	54 000	500 000	10,8

D'après les leçons tirées de plusieurs études de cas, il est utile de considérer les caractéristiques suivantes lors de la mise en pratique de l'assurance-vie à terme volontaire liée au prêt pour le marché des personnes à faible revenu :

1. La demande est primordiale
Si le produit est conçu en collaboration avec les clients afin de garantir que la couverture la plus utile est incluse, alors le produit connaîtra assurément un certain succès. Le produit doit être simple et facile à comprendre. L'accessibilité des primes, la somme assurée, et le nombre de personnes à charge couvertes sont tous des facteurs cruciaux à déterminer lors de l'étude de marché.

2. Distribution et collecte des primes
Dans le cadre de la micro-assurance, le moyen le plus courant de rendre l'assurance-vie à terme disponible est de l'associer à la durée du prêt d'une IMF et d'utiliser le prêt comme mécanisme de collecte des primes. Cependant, la protection est uniquement disponible pour les emprunteurs et souvent les clients souhaitent une assurance même lorsqu'ils n'empruntent pas. Les IMF avec des services d'épargne devraient associer la prolongation de l'assurance-vie à un compte d'épargne. De telles IMF devraient, bien sûr, également vendre l'assurance-vie directement aux membres avec des comptes d'épargne sans attendre qu'ils empruntent.

3. Accessibilité des primes
La meilleure façon de rendre les primes abordables pour le client est de les collecter régulièrement. Alors que des paiements fréquents augmentent les coûts de transaction pour l'IMF et le client, la charge peut être réduite en utilisant des prêts ou des comptes d'épargne comme voies de collecte des primes.

4. Antisélection
Pour une assurance-vie volontaire, une courte période d'attente peut être introduite, généralement d'un mois, pour contrôler l'antisélection. La période d'attente peut aussi décourager les défauts de paiement car les clients seraient informés que s'ils oublient un paiement, ils seront sujets à la période d'attente lorsqu'ils recommenceront à payer les primes. La période d'attente devrait être suffisamment longue pour décourager ceux qui cherchent à abuser du produit, mais suffisamment courte pour ne pas être perçue comme prohibitive.[6] Des limites d'âge strictes et des indemnités réduites peuvent également être nécessaires pour limiter l'antisélection dans l'assurance-vie. L'effet négatif des maladies incurables précoces, comme le SIDA, est difficile

6 Tous les experts ne sont pas d'accord sur le fait qu'une période d'attente soit un moyen approprié de contrôler le risque d'antisélection. Un mois peut ne pas suffire pour contrôler le problème, pourtant les membres paient généralement une couverture totale même s'ils ne reçoivent pas de protection pendant la période d'attente. Les approches alternatives sont également évoquées au chapitre 3.1.

à contrôler. Les connaissances locales du réseau des IMF sont d'une importance capitale pour faire face à ce problème et à d'autres problèmes d'antisélection, qui sinon menaceraient la viabilité des produits d'assurance-vie. L'antisélection est également réduite par le fait que les membres ont d'abord rejoint l'organisme pour obtenir des services d'épargne et de crédit, et non une couverture d'assurance.

5. Faciliter les déclarations de sinistre
Le meilleur moyen de faire exploser les coûts administratifs et d'être sûr d'avoir des clients mécontents est d'avoir un processus de déclaration de sinistre compliqué. En simplifiant le produit (par exemple si vous décédez, alors c'est nous qui payons) et en réduisant la portée de la couverture (il est difficile pour un responsable de prêts d'évaluer si quelqu'un est malade, mais il lui est facile de constater le décès de quelqu'un), les coûts diminueront et la satisfaction augmentera.

6. Éviter la contestabilité de maladies existantes
Certains assureurs exigent que les décès survenant suite à une maladie existante soient sujets à une période de contestabilité qui peut s'étaler jusqu'à un an. En réalité, cette stipulation n'est pas facile à expliquer aux clients et aux responsables des prêts, et elle peut être difficile à mettre en pratique parce que les clients n'ont souvent pas de compte-rendus médicaux formels.

7. Réduire le nombre d'exclusions
Une longue liste d'exclusions est difficile (et demande du temps) à expliquer pour le personnel et s'avère compliquée à comprendre pour les clients.

8. Un prix pour tous les âges
Appliquer différents taux pour l'assurance-vie selon l'âge et le sexe des personnes est une pratique courante pour les compagnies d'assurance. Cependant, cela peut être difficile à comprendre pour le personnel et les clients. Dans le cas où la simplification est jugée nécessaire, un taux unique peut être appliqué si les prestations sont limitées (au moins jusqu'à ce que les clients et le personnel aient développé leurs connaissances de l'assurance). Le taux unique signifie que les jeunes gens sont pénalisés, mais la somme assurée et les primes sont si petites que les différences sont acceptables. Pour des contrats d'un montant élevé, un barème sera nécessaire.

9. Promotion des ventes simplifiée

La base pour commercialiser une assurance est de proposer un produit simple qui répond à un besoin évident. Le personnel chargé de la promotion et le personnel de vente doivent être bien formés sur les techniques de vente efficaces. Comme évoqué au chapitre 3.2, les arguments de vente devraient se concentrer sur les facteurs les plus importants : quel est le prix, quelle est la prestation et qui est couvert ? En outre, il devrait y avoir de la publicité en rapport avec les paiements des prestations.

2 Assurance liée à l'épargne

Les réglementations bancaires dans la plupart des pays n'autorisent pas les ONG de micro-finance à proposer des produits d'épargne. Cependant, durant la dernière décennie, certains pays ont développé une législation séparée pour réglementer les IMF de dépôt et retrait. De plus, les coopératives d'épargne et de crédit, qui constituent la majorité des IMF dans certains pays, sont normalement autorisées à accepter les dépôts de leurs membres selon des réglementations coopératives. Pour les organismes autorisés à accepter les dépôts, l'assurance liée à l'épargne a un énorme avantage par rapport aux produits liés au crédit car les titulaires de contrats peuvent avoir une couverture sans avoir de dette.

2.1 Assurance vie-épargne

Le modèle le plus commun d'assurance liée à l'épargne est **l'assurance vie-épargne**. L'indemnité versée par un système d'assurance vie-épargne est normalement égale au solde d'épargne au moment du décès de l'assuré. Dans le cas d'un décès accidentel, il est courant de payer les multiples du solde d'épargne, tels que trois fois le solde d'épargne. Dans la plupart des cas, l'assuré désigne des bénéficiaires. La prime est normalement déduite comme pourcentage du solde d'épargne de l'assuré. Cette structure rend le produit très rentable pour les IMF.

Un mouvement coopératif d'épargne et de crédit au Malawi, MUSCCO, a trouvé un moyen très efficace de faire fonctionner un système d'assurance vie-épargne, en ajoutant l'assurance vie-épargne comme prestation supplémentaire pour tous les membres. Cela permet aux sociétés coopératives participantes de payer les primes sur une base collective. La société verse un paiement pour tous les membres, calculé sur la base de l'épargne totale des membres au moment du paiement. Le montant mensuel de la prime a été récemment augmenté, passant de 2,50 MK à 4,00 MK par somme de 1 000 MK assurée par mois, en grande partie à cause de l'effet du VIH/SIDA sur les taux de mortalité.

Il est difficile de concevoir un système de paiement plus rentable que celui-ci. Le grand avantage est que tous ceux qui possèdent une épargne sont assurés, et il n'existe aucun risque de perdre sa couverture à cause de primes non-payées ou payées en retard. Le risque d'antisélection est également minime. La couverture maximale est de 100 000 MK (935 $US).

Cependant, les systèmes d'assurance vie-épargne souffrent de certains inconvénients. Il est courant pour les personnes de réduire ou de mettre fin à leurs épargnes pendant les moments difficiles avant le décès (par exemple, pour payer les dépenses de santé ou simplement pour compenser la perte de revenu). Donc, le solde d'épargne est peu élevé au moment du décès, de même que l'indemnité, offrant que peu de valeur financière aux bénéficiaires. Il est possible d'atténuer ce problème en basant les indemnités sur l'épargne moyenne durant, par exemple, une période de six mois, un an ou deux ans avant le décès. Une telle méthode ne peut qu'être conseillée lorsque l'on a facilement accès aux anciens dossiers d'épargne et qu'ils sont de préférence informatisés. La méthode nécessiterait un travail administratif supplémentaire et une expertise actuarielle pour effectuer les calculs nécessaires, mais améliorerait la valeur de la couverture.

Si les membres d'une IMF demandent explicitement une assurance-vie, il existe d'autres solutions. Un moyen très efficace est d'offrir à tous les membres une somme fixe au moment de leur décès et de payer la couverture une ou deux fois par an sous la forme de frais administratifs, débités des comptes d'épargne des membres. Cela signifie que l'assurance serait obligatoire et que tous les membres, ou plutôt leurs bénéficiaires, obtiendraient la même indemnité. Ce serait plus une assurance liée aux membres plutôt qu'à l'épargne. Le compte d'épargne du membre serait uniquement utilisé pour faciliter la gestion du service.

Un système similaire pourrait, bien sûr, être proposé à titre facultatif et avec un choix (limité) de prestations fixes. Cela augmenterait les risques d'antisélection et les coûts de gestion, mais serait aussi plus adapté aux demandes individuelles des membres. Avec des systèmes informatisés, les coûts peuvent encore être maintenus à un niveau raisonnable.

2.2 Autres produits liés à l'épargne

En plus de l'assurance vie-épargne, de l'épargne à long terme et des produits d'assurance décrits dans le chapitre précédent, il existe d'autres façons d'utiliser les produits d'épargne pour étendre la protection de l'assurance aux personnes à faible revenu. Avant tout, tout type d'assurance pourrait être lié à l'épargne avec un compte servant de mécanisme pour réduire les coûts de

transaction associés à la collecte des primes. Opportunity International a commencé à faire des essais au Monténégro, au Mozambique et au Malawi avec le compte d'épargne comme méthode de distribution. Cette disposition permet au client de payer les primes par échelonnement sur un mois, leur compte d'épargne étant débité à la fin du mois.

VimoSEWA et SEWA Bank ont utilisé la même approche il y a plusieurs années, mais elle n'a pas connu un grand succès car beaucoup de détenteurs de comptes ne savaient pas que les primes allaient être déduites de leurs comptes. Comme l'explique plus en détails le chapitre 3.3, SEWA Bank offre maintenant un compte de dépôt fixe, les intérêts sur le compte étant utilisés pour payer les primes. Tant que les déposants laissent leur argent sur le compte et que les primes n'augmentent pas, ils auront une couverture permanente (jusqu'à un âge maximum) sans jamais avoir à retirer de l'argent pour le paiement, tout en conservant la propriété du capital du compte d'épargne.

Un autre exemple vient du Sri Lanka, où Yasiru fournit une assurance aux populations pauvres par le biais d'organismes basés sur la communauté (CBO). Le système de Yasiru comprend un « compte de membre » pour chaque membre. Sur les bénéfices annuels, 40 % sont alloués au compte personnel de chaque membre. Le membre peut retirer l'argent plus les intérêts cinq ans après la fin de son adhésion. Malheureusement, dans la situation actuelle au Sri Lanka, où l'inflation dépasse le niveau d'intérêt général d'épargne, incluant les remboursements de bons du Trésor, il est difficile d'obtenir de vrais remboursements des fonds des membres. Néanmoins, cette disposition permet aux membres de Yasiru d'économiser de l'argent pour leur retraite.

3 Problèmes de distribution et conception du produit

D'après ces expériences, un certain nombre de problèmes, opportunités et limitations émergent concernant les produits d'assurance liée à l'épargne et au crédit.

3.1 Volontaire vs obligatoire

Une question sensible pour la plupart des IMF est de savoir si le service doit être obligatoire ou volontaire. La couverture obligatoire est de loin le moyen le plus rentable de distribuer l'assurance aux populations pauvres, et elle protège bien plus de personnes que si l'assurance est vendue de façon facultative. Le risque d'antisélection est aussi réduit avec la couverture obligatoire. Beaucoup de systèmes de micro-assurance souffrent d'un taux d'abandon élevé, qui, au fil du temps, affaiblira la confiance des personnes dans l'assurance et

compromettra la viabilité financière des services. Avec les systèmes obligatoires, ce risque est éliminé. Même avec un niveau d'abandon raisonnable, la gestion d'un produit volontaire peut devenir si chère qu'il ne reste qu'une trop petite portion de primes pour payer les indemnités. Les coûts de transaction et les autres coûts consommeront tout simplement trop d'argent issu des primes et les clients connaîtront un retour médiocre (indemnités) des cotisations qu'ils paient.

L'éducation du client est un moyen permettant de surmonter les limites de la couverture obligatoire. Les clients des IMF ne savent généralement pas grand chose de la micro-assurance. La plupart des systèmes de micro-assurance font face à des difficultés pour atteindre leur groupe cible via des campagnes de marketing, d'éducation, de formation et de sensibilisation. Cependant, les IMF bien établies ont des réseaux intégrés pour fournir ces types de services aux membres, qui peuvent aussi être utilisés efficacement à des fins d'assurance. Les coopératives d'épargne et de crédit présentent un avantage particulier pour réduire le scepticisme induit par les services obligatoires : leur structure démocratique permet à tous les membres de prendre part à une décision pour fournir des services d'assurance obligatoires.

La structure de formation et de communication d'une IMF peut également être utilisée pour impliquer les clients dans la conception de produits d'assurance, ce qui peut donner plus de valeur à la couverture obligatoire ou du moins la rendre plus acceptable pour les clients. Si les produits offrent le type de prestations que les clients préfèrent, la rentabilité du service d'assurance augmente. Comme l'explique plus en détails le chapitre 3.1, l'assurance collective obligatoire peut être extrêmement utile tant que les clients sont conscients de ce pour quoi ils paient et l'apprécient à sa juste valeur.

3.2 Optimisation des actifs

Puisque les IMF sont déjà impliquées dans des transactions financières avec leurs clients, il est facile d'ajouter une collecte des cotisations pour les produits d'assurance. Toutefois, certaines IMF ont copié des procédures laborieuses et onéreuses de l'industrie de l'assurance commerciale au lieu de développer des services d'assurance basés sur leurs propres avantages spécifiques. Par exemple, au lieu d'utiliser le système d'épargne et de crédit de leurs partenaires IMF pour une distribution intégrée de ses produits, Yasiru, au Sri Lanka, a recruté des agents de terrain pour vendre et collecter les primes.

Toutes les coopératives d'épargne et de crédit, et un nombre croissant d'autres IMF, gèrent des comptes d'épargne. Cela permet d'avoir un système de collecte des cotisations très efficace. Grâce à des débits directs autorisés par le membre, la prime est déduite du compte à intervalles réguliers. Dans la

mesure où la plupart des systèmes sont informatisés, ce processus de collecte des cotisations est très rentable.

Les institutions de micro-finance ont une connaissance locale de leurs clients, ce qui favorise les ventes. Il est plus facile de vendre quelque chose à une personne que vous connaissez, et plus simple pour les gens d'accepter des produits soutenus par des sources connues. De fait, la commercialisation, la collecte des primes et les procédures de déclarations de sinistre deviennent plus efficaces et rentables. Quand les gens se connaissent, il est difficile pour les clients de frauder. Par conséquent, dans le marché de la micro-assurance, des adaptations significatives devraient être effectuées au niveau des procédures de déclarations de sinistre normalement exigées afin qu'elles soient plus adaptées aux populations pauvres *(voir chapitre 3.4)*.

3.3 Limites

Il existe des limites inhérentes aux systèmes de protection des prêts et d'assurance vie-épargne. L'assurance pour la protection des prêts, dans certains cas avec une clause d'aide aux frais d'obsèques, prend fin lorsque le prêt est remboursé. Même si cette assurance présente des avantages pour la famille des clients, elle est toujours dynamisée par l'offre. Même lorsque d'autres avantages ont été ajoutés à l'assurance pour la protection des prêts, les avantages sont présents uniquement tant que le prêt n'est pas remboursé. Il n'y a pas de réduction à long terme du risque pour les clients et leurs familles. Cette limite peut être compensée en offrant des polices de prolongation ou une couverture vie volontaire aux personnes qui cessent d'emprunter.

En règle générale, on peut dire que les services d'assurance offerts par les IMF ont tendance à être standardisés, obligatoires et simples. Ces caractéristiques ajoutent à la rentabilité des produits mais, en même temps, le service est inflexible et peut ne pas satisfaire aux besoins actuels de gestion des risques des clients.

L'assurance vie-épargne est un service d'assurance naturel pour les organismes d'épargne et de crédit. Une faiblesse notoire du produit est que le reliquat du compte (et donc, l'indemnité) est souvent plus bas juste avant le décès d'une personne, peut-être en raison de l'âge avancé ou d'une longue maladie. Une façon de surmonter le problème est d'associer l'indemnité au solde d'épargne moyen durant une période avant le décès.

Il existe un grand risque que les membres du personnel des organismes d'épargne et de crédit donnent la priorité à leurs missions essentielles et prêtent moins d'attention au service d'assurance. Il peut être nécessaire d'allouer des missions relatives à l'assurance à un personnel spécifique (si l'organisme d'assurance peut en endosser le coût) ou de récompenser les employés qui travaillent avec les services d'assurance. Même si les deux mesures augmenteront les coûts, elles peuvent se justifier *(voir chapitre 3.7)*.

4 Conclusions

Les produits d'assurance liés à l'épargne et au crédit peuvent apporter une importante contribution à la protection des personnes à faible revenu, et ils peuvent bénéficier également aux IMF. Pour tirer profit de ce potentiel, les IMF devraient s'assurer qu'elles exploitent complètement les systèmes qu'elles ont mis en place pour l'éducation, la formation et l'information des clients, afin d'améliorer la sensibilisation des clients et, en fin de compte, développer une culture de l'assurance. L'implication des clients dans le développement des produits et leur connaissance intime de l'assurance sont essentielles pour garantir le succès des opérations.

Pour la plupart des organismes d'épargne et de crédit, l'assurance pour la protection des prêts est un point de départ naturel pour offrir une assurance aux populations pauvres. Tous les produits d'assurance ou avantages supplémentaires devraient être simples, abordables et faciles à comprendre. Les membres devraient facilement pouvoir continuer à payer les primes et obtenir des avantages même une fois leur prêt entièrement remboursé.

Une des exigences capitales pour le succès de l'assurance liée à l'épargne et au crédit est d'allouer suffisamment de temps et de ressources pour former le personnel et gérer les agents de distribution (l'IMF). Si les membres du personnel des IMF sont impliqués dans le développement du service d'assurance dès le départ, ils distribueront certainement le service correctement. L'idée de nommer du personnel d'assurance à part et/ou de récompenser le personnel impliqué des IMF devrait être discutée et analysée plus tôt dans le processus, de préférence en concertation avec des représentants du personnel.

Chaque personne impliquée dans l'introduction de l'assurance dans une IMF devrait s'assurer que la gestion est consacrée au système, surtout depuis que les services d'épargne et de crédit représentent leurs activités principales et que l'assurance est accessoire. Il est important de trouver des moyens pour que l'assurance complète et améliore l'activité principale ; autrement il est peu probable qu'elle reçoive suffisamment d'attention de la part du personnel ou de la direction pour prospérer.

Les organismes d'épargne et de crédit devraient utiliser la totalité de leur capacité et structure spécifiques lors de l'introduction de la micro-assurance. Au lieu de copier le système d'agent onéreux utilisé par l'industrie de l'assurance, ils devraient optimiser leurs propres systèmes pour communiquer avec les clients et pour encaisser les remboursements des prêts. Toutes les IMF qui gèrent des comptes d'épargne pour leurs clients devraient se servir des débits directs, permettant à l'organisme de déduire les primes des comptes d'épargne des clients à des intervalles convenus.

Il est difficile de diriger des systèmes de micro-assurance simples d'une manière rentable avec des primes peu élevées et abordables pour les clients. L'assurance obligatoire réduit les coûts de transaction et les autres coûts de façon conséquente et est parfois le seul moyen de rendre un système viable. Si un organisme d'épargne et de crédit a l'intention d'introduire une assurance obligatoire, il devrait impliquer les clients dans cette décision. Les coopératives devraient utiliser leur structure démocratique pour obtenir une approbation formelle des membres avant que de telles mesures soient mises en application.

2.4 Répondre aux besoins spécifiques des femmes et des enfants

Mosleh Ahmed et Gabriele Ramm

Les auteurs remercient Irma van Leeuwen (Novib), Linda Mayoux (Consultante) et Jyoti Tuladhar (OIT) pour la pertinence de leurs commentaires et suggestions.

Bien que la plupart des personnes à faible revenu travaillant dans l'économie informelle (hommes et femmes exerçant une activité rémunérée ou non) affrontent généralement des risques similaires, leur exposition à ces risques et l'impact des bouleversements diffèrent selon leur situation politique, culturelle, économique et sociale. Ils sont différents de par l'activité exercée (par ex. les travailleurs de la construction sont exposés aux accidents), le lieu de résidence (zones sujettes aux inondations par ex.) et d'autres facteurs.

Les hommes, les femmes et les enfants sont exposés à différents risques appelant différentes solutions. Par conséquent, la micro-assurance, en tant que solution possible, devrait être conçue pour aborder les besoins spécifiques des femmes (et des hommes) et des enfants (filles et garçons). Plus particulièrement, davantage d'attention est nécessaire pour intégrer les besoins pratiques des femmes et des enfants (filles et garçons) dans la conception et les opérations du produit. Cependant, l'égalité des sexes ne peut être obtenue qu'en promouvant la micro-assurance. Les causes structurelles de la discrimination sexuelle, telles que les politiques économiques, sociales et légales, doivent également être abordées afin d'améliorer la position stratégique des femmes.

Ce chapitre décrit tout d'abord les risques spécifiques qui rendent vulnérables les femmes et les enfants. Il illustre ensuite comment la micro-assurance peut constituer une aide pour traiter certains de ces risques. La dernière partie explique que la micro-assurance seule ne pourra pas résoudre ce problème, et que des changements sociaux et politiques importants sont également nécessaires pour que la micro-assurance puisse exploiter son potentiel.

1 Risques spéciaux affectant les femmes et les enfants (filles et garçons)

Les femmes sont particulièrement vulnérables. Elles représentent 70 % de la population pauvre mondiale. Par rapport aux hommes, les femmes et les enfants font face à plus de violence, d'abus et d'exploitation, tels que la pros-

titution forcée, les coups et blessures et la cruauté extrême, ou la servitude domestique abusive. Les femmes à la maison et les enfants qui travaillent font de longues heures mais ne sont payés que pour une partie de leur temps. Dans les milieux ruraux, la culture de parcelles de terre familiales demande des heures de labeur éreintant qui ne sont pas rémunérées. Dans les milieux urbains, ils travaillent de longues heures dans des usines non réglementées, non sécurisées et insalubres sans avoir la possibilité de protester ou de faire valoir leurs opinions. Il y a donc une plus grande concentration de femmes et d'enfants au bout de la chaîne de l'égalité et de la sécurité de la vie.

Cette extrême vulnérabilité contribue au développement d'un comportement réfractaire aux risques. La tendance des femmes à être réfractaires aux risques peut être une réponse rationnelle à leur extrême vulnérabilité et à leur manque de contrôle de leur vie. Cette attitude, cependant, influence négativement l'efficacité de leurs stratégies de gestion des risques puisque les approches réfractaires aux risques ont tendance à limiter les rendements, ce qui rend plus difficile la rupture du cercle de la pauvreté.

Alors que certains risques peuvent être traités grâce à des produits de micro-assurance appropriés, des changements dans les institutions impliquées (niveau méso), par le biais de l'intégration organisationnelle et de la responsabilité selon les sexes, sont également nécessaires. De plus, la micro-assurance peut avoir un maximum d'impact uniquement si des améliorations du statut des femmes dans la société et une protection spéciale des enfants, en particulier des filles, sont obtenues à travers des interventions politiques au niveau macro. Par conséquent, cette partie fait la distinction entre les risques affectant les femmes et les enfants qui peuvent être gérés par la micro-assurance, et ceux qui nécessitent l'intervention de l'État et une réorganisation générale selon les sexes de la société au niveau macro. La combinaison de ces deux stratégies complémentaires est abordée dans le présent chapitre. Toutefois, l'accent est mis sur les risques et les mécanismes qui peuvent être améliorés grâce à la micro-assurance.

1.1 Les risques pouvant être (en partie) gérés par la micro-assurance

Par rapport à d'autres programmes de réduction de la pauvreté, la micro-assurance est relativement nouvelle et sa demande doit être davantage étudiée. Cependant, l'expérience a révélé la nécessité de proposer des produits de micro-assurance personnalisés, répondant aux besoins pratiques des femmes et des enfants (filles et garçons). Cette partie examine les risques pour la santé, la propriété et le cycle de vie des femmes et des enfants qui pourraient être gérés par la micro-assurance.

Risques pour la santé

- Les femmes sont vulnérables à des risques sanitaires spécifiques, notamment un taux de mortalité maternelle élevé et des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. On estime à 300 millions le nombre de femmes souffrant de problèmes de santé suite à la grossesse et l'accouchement (Tuladhar, 2003).
- Les femmes sont plus sujettes à certaines maladies, comme les maladies sexuellement transmissibles (dont le VIH/SIDA) que les hommes. Le risque pour les femmes est plus grand dans les sociétés où la promiscuité sexuelle des hommes est répandue.
- La plus grande exposition des enfants aux maladies et aux accidents les placent naturellement devant un risque de maladie plus élevé. En outre, puisque les crèches n'existent pas, de nombreuses mères emmènent leurs enfants avec elles au travail, les exposant à des accidents sur le lieu de travail.
- L'OIT estime qu'il y a 218 millions d'enfants qui travaillent dans le monde aujourd'hui. Près de 58 % de ces enfants travaillent dans des environnements à risque, par exemple dans les mines et dans les industries de produits chimiques et de pesticides, ou en contact avec des machines dangereuses. Beaucoup ont moins de 10 ans et leur immaturité physique les rend plus vulnérables aux accidents et aux maladies liés au travail (OIT, 2006).
- Les risques pour la santé résultent surtout des conditions de travail dangereuses. Ces risques sont présents dans des environnements tels que le travail dans les tanneries de cuir, qui peut provoquer une exposition à des pesticides toxiques et à d'autres produits chimiques ; le travail dans les industries du tapis et du recyclage ainsi que le commerce de rue, qui peuvent causer de graves problèmes respiratoires ; et le travail sur les chantiers de construction, terrains de prédilection des accidents.
- Le travail domestique a un effet négatif sur l'état de santé des femmes et des filles. Porter de lourdes charges telles que le bois de chauffage peut dégrader la santé des filles, provoquant des troubles tels que maux de dos chroniques. Aller chercher de l'eau et le contact quotidien avec l'eau (par exemple pour laver les vêtements) dans les régions tropicales augmentent l'exposition à des maladies hydriques comme la malaria et la schistosomiase. D'autres travaux domestiques, comme le fait de cuisiner avec du bois de chauffage ou du charbon de bois, peuvent entraîner des problèmes respiratoires et des brûlures.
- Traditionnellement, les femmes s'occupent des enfants, des malades et des personnes âgées. Pour des foyers dont le chef de famille est une femme, cela peut avoir de graves conséquences économiques à cause du temps que les femmes doivent passer à des activités non rémunératrices pour prodiguer des soins.

Risques pour la propriété

- Les femmes peuvent être extrêmement vulnérables en cas de divorce ou de veuvage en raison d'un contrôle inégal des actifs. Même si les femmes paient une assurance pour les actifs, elles peuvent ne pas bénéficier de la protection si l'actif ne leur appartient pas.
- En raison de leur faible revenu, les femmes investissent moins volontiers dans des outils de travail optimisés ou dans des cultures et du bétail résistant aux maladies, ou n'ont probablement pas les moyens de payer des soins vétérinaires ou de mettre en place des mesures préventives.
- La vulnérabilité physique menace la propriété des femmes du risque de vol et de délit. Le harcèlement des autorités locales tel que la confiscation de la propriété et la destruction des étals de marché affecte les femmes plus que les hommes, surtout lorsque le chef du foyer est une femme (Mayoux, 2005).
- Les femmes pauvres habitent et travaillent souvent dans des zones à hauts risques, ce qui rend leurs actifs plus fragiles aux dommages et à la destruction (par exemple des lieux surpeuplés sont plus sujets à l'incendie). La situation s'aggrave car les femmes n'ont pas ou peu d'argent pour répondre aux bouleversements covariants.

Risques pour le cycle de vie

- Les femmes sont surtout vulnérables lorsque leur mari décède car elles perdent souvent leur propriété au profit de proches. D'autre part, si les femmes viennent à décéder en premier, elles ont peur que leurs maris utilisent l'indemnité d'assurance prévue pour l'éducation des enfants pour investir dans une nouvelle femme ou à d'autres fins non désirées.
- Comme la plupart des femmes travaillent dans l'économie informelle, elles manquent de protection pour leur retraite. Élever des enfants sans aucune allocation de maternité mène à des activités à temps partiel peu rémunérées. Par conséquent, même si les femmes pauvres étaient en mesure d'économiser, cela ne serait pas suffisant pour subvenir à leurs besoins pour la retraite. Avec l'éclatement des familles traditionnelles, d'autres formes de protection pour la retraite prennent de l'importance.
- Un niveau d'éducation plus bas force les femmes à prendre un travail qui n'exige pas de qualification professionnelle et augmente leur risque d'être sans emploi.

1.2 Les risques liés à la discrimination sexuelle ne pouvant pas être gérés par la micro-assurance

Dans la plupart des cas, la micro-assurance peut uniquement aborder les symptômes de ces risques, comme l'apport d'un traitement aux personnes qui

sont malades, mais elle ne peut pas résoudre les causes originelles, c'est-à-dire la raison pour laquelle elles sont tombées malades. Pour que la micro-assurance soit efficace, il faut des changements stratégiques en faveur de l'égalité des sexes dans la société. En effet, comme les besoins pratiques et les intérêts stratégiques sont intimement liés, ces approches (la micro-assurance et une stratégie de plus grande ampleur pour l'égalité des sexes) se complètent.

Dans la plupart des pays en voie de développement, les femmes sont marginalisées. Le bas statut social des femmes (et des filles), et les pratiques traditionnelles préjudiciables (mutilation génitale de la femme, meurtre pour dot, crime d'honneur, mariage précoce) dans certaines sociétés ont un impact négatif : une alimentation non nutritive accroît la dégradation de la santé, de même qu'une plus faible priorité dans l'obtention d'un traitement médical.

Dans leur enfance, les filles risquent davantage de recevoir peu ou pas d'éducation et moins de nourriture que les garçons. La malnutrition induit une réaction en chaîne. Non seulement elle affaiblit physiquement les enfants, mais elle diminue leur aptitude à apprendre. Les enfants qui ne peuvent pas fréquenter toutes les classes du primaire ont certainement moins d'aptitudes littéraires, mathématiques et autres, nécessaires pour un travail bien payé à l'âge adulte. Les enfants orphelins ou devant quitter leur maison à cause du VIH/SIDA, des conflits armés, des émeutes et des guerres civiles courent aussi le risque de rater l'école et de manquer de la protection d'une famille.

Une fois adultes, ils exécutent un travail pénible et mal payé. Les femmes qui travaillent sont surreprésentées dans l'économie informelle, n'ont pas de protection sociale, sont peu rémunérées et souffrent d'une différence de salaire hommes-femmes élevée même pour les travailleurs analphabètes. Les femmes exercent des emplois moins sécurisés dans le secteur informel et sont supplantées dès que le travail devient plus pointu et lorsque des qualifications techniques sont requises.

L'évolution technologique a privé les femmes des gagne-pains traditionnels (par exemple la technologie des métiers mécaniques). Comme les femmes sont généralement moins instruites, elles sont davantage affectées par ce développement et l'accès à un travail industriel plus spécialisé et qualifié est extrêmement difficile. Ces problèmes deviennent plus importants au fur et à mesure que l'économie informelle se développe. Les femmes qui travaillent dans le secteur informel sont plus laissées pour compte en termes de conditions de travail dangereuses, de privation d'allocation de maternité et de perte d'emploi durant la grossesse.

Les femmes font aussi face à la violence et aux abus domestiques. Selon la Banque interaméricaine de développement, la violence domestique à elle seule engendre des coûts énormes pour les soins et la réinsertion. Les femmes vic-

times de violence souffrent de graves problèmes de santé (BID, 1999). En dehors de la souffrance infligée aux femmes, la violence envers les femmes et les filles se produit à une échelle qui crée une lourde charge sur le long terme pour les systèmes de santé publique (UNICEF, 2000).

2 La micro-assurance pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des enfants

La micro-assurance a d'abord été créée par les institutions de micro-finance qui voulaient sécuriser leurs portefeuilles de prêts et réduire la charge des remboursements des soldes restants dus par la famille du membre défunt. Certains organismes sont également enclins à fournir une micro-assurance maladie en raison du manque de soins de santé de qualité et accessibles. Par exemple, de nombreux groupes ont créé des systèmes de santé basés sur la communauté, en particulier en Afrique (voir chapitre 4.3). Comme ces activités étaient typiquement initiées par des organismes impliqués dans la réduction de la pauvreté et la responsabilisation des femmes, la micro-assurance était pensée pour profiter aux femmes (et à leurs familles).

Une analyse des systèmes de micro-assurance actuellement en place révèle un certain progrès dans la réduction de la vulnérabilité des femmes et des enfants, mais plusieurs défis doivent encore être relevés. Cette partie étudie les expériences faites par les micro-assureurs pour développer des formules répondant aux besoins des femmes et des enfants, et identifie les endroits où des améliorations futures pourraient être justifiées.

2.1 Développement produit

Il est frappant de constater que seuls quelques micro-assureurs font la distinction entre les chances et besoins spécifiques des femmes et ceux des hommes. La plupart des organismes font référence aux « foyers » ou aux « titulaires des contrats » et ne reflètent ainsi pas explicitement une démarche soucieuse d'équité entre les sexes. De nombreux micro-assureurs opèrent auprès d'un grand nombre de femmes, ils partent donc du principe que ce sont les femmes qui en profitent. Dans la pratique, néanmoins, les produits de micro-assurance ne sont pas toujours conçus pour répondre aux besoins particuliers des femmes (ou des enfants).

Pour traiter ce problème, avant de lancer une micro-assurance, des études de la demande spécifique au sexe sont requises pour révéler les besoins spécifiques du marché cible, y compris la situation des enfants (filles et garçons pris séparément). Comme la micro-assurance n'est qu'un outil de gestion des

risques, les stratégies existantes de gestion des risques spécifiques au sexe doivent être analysées ; la micro-assurance ne peut pas, et ne doit pas, résoudre tous les problèmes liés aux risques.

Une fois la micro-assurance mise en place, les évaluations systématiques de la satisfaction des clients sont une source importante d'informations pour vérifier l'adéquation continue de ses produits et opérations avec la demande, de même que l'efficacité de sa gestion des risques. De plus, l'implication du groupe cible dans la gouvernance et la gestion (par exemple les comités consultatifs clients) permet de garantir que la voix des femmes est entendue lors de la détermination de la conception et de la gestion du système.

2.2 Prestations

En concevant **des systèmes de santé**, les micro-assureurs doivent garantir qu'ils couvrent les préoccupations de santé des femmes, surtout celles liées à la grossesse, l'accouchement et la maternité, les maladies gynécologiques et le VIH/SIDA. Au Bénin par exemple, les prestations de l'AssEF se concentrent en grande partie sur les besoins des femmes, avec un accent particulier mis sur la santé reproductive (gynécologie et obstétrique). En Inde, le produit d'assurance de Karuna Trust couvre toute admission dans un hôpital public, afin que l'accouchement, la césarienne et les autres besoins des femmes soient pris en charge.

Certains systèmes, cependant, évitent de proposer des allocations de maternité parce que, contrairement à la maladie ou l'accident, les femmes ont un (certain) pouvoir de contrôle pour tomber ou non enceintes. Par conséquent, la grossesse n'est pas un risque qui peut être mis en commun au sens strict de l'assurance. En outre, il existe un risque important d'antisélection des femmes qui savent qu'elles sont enceintes (mais ne le montrent pas encore) et s'inscrivent alors à un système d'assurance.

Lorsque Shepherd, une ONG indienne, a négocié son système d'hospitalisation Unimicro avec l'assureur d'État UIIC, si elle avait inclus l'accouchement dans le contrat, le prix aurait à peu près doublé *et* il y aurait eu une période d'attente de neuf mois. Par conséquent, les membres de Shepherd ont choisi de ne pas l'inclure en raison du coût supplémentaire et parce que cela n'aurait profité qu'à certains membres. À la place, Shepherd aide ses clients à faire face aux dépenses de maternité grâce à un système de prêts souples *(voir encadré 23)*. Cela sous-entend que si les organismes ne peuvent pas inclure les risques spécifiques aux femmes à une police d'assurance, ils devraient envisager de proposer d'autres outils de gestion des risques.

Encadré 23 **Le Sugam Fund de Shepherd**

Le Sugam Fund est conçu pour aider les femmes enceintes membres de Shepherd. Grâce aux fonds constitués via les contributions des membres et grâce à la subvention de Friends of Women's World Banking (FWWB), les membres peuvent obtenir un prêt souple de 2 000 Rs (44 $US) à 3 000 Rs (55 $US) en provenance du fonds. L'argent est conservé à la fédération de quartier afin qu'il soit facilement accessible ; la direction des SHG est chargée de la gestion des fonds. Avec chaque prime payée par le membre, une contribution de 5 Rs (0,11 $US) est apportée à ce fonds afin qu'il augmente en valeur. Le fonds peut aussi être utilisé pour fournir un soutien aux jeunes adolescentes.

D'après Roth et al., 2005.

Il est également important de concevoir des prestations pour satisfaire les besoins en soins de santé des enfants. L'assurance maladie pour toute la famille profite aux filles et peut convaincre les maris de dépenser de l'argent pour elles, ce qui peut être assez pertinent si les femmes ont un pouvoir de négociation restreint.

Par exemple, le *Previsión Familiar* de ServiPerú, ou Plan familial qui couvre jusqu'à cinq personnes, prend en charge les consultations médicales, les examens de diagnostic, les services d'urgences médicales, les soins médicaux à la suite d'un accident, l'hospitalisation à la suite d'une maladie ou d'un accident, et les services funéraires. Les services de soins de santé sont fournis dans son propre centre médical, qui offre des services pour les femmes et les hommes de tous les groupes d'âge. Il propose des services pédiatriques pour les enfants et offre un service gynécologique et obstétrique pour les femmes. En outre, le centre gère les programmes/services spéciaux suivants :

- Programme de soins pour les enfants
- Programme de soins pour les femmes
- Programme de soins pour les personnes âgées
- Planning familial
- Médecine préventive

Les polices d'assurance-vie peuvent aussi prendre en compte les besoins spécifiques des femmes et des enfants. ALMAO au Sri Lanka a décidé d'agir ainsi directement en créant « Senehasa », un contrat pour enfants. Le plan verse des indemnités aux enfants de l'assuré si le parent décède pendant la durée du contrat. Ce qui est unique avec cette police est que, au lieu de procéder au paiement d'un montant forfaitaire, 20 % de la somme assurée sont

payables lors du décès, et ensuite 20 % de la somme assurée sont versés à chaque date anniversaire du décès pendant quatre ans. Ce paiement échelonné des indemnités convient aux besoins des enfants bénéficiaires car cela leur garantit un soutien financier continu au fur et à mesure des années.

La Equidad a utilisé une approche similaire pour échelonner les indemnités dans le temps. En Colombie, lorsqu'un soutien de famille dans une famille pauvre décède, l'un des mécanismes clés pour faire face est de retirer les enfants de l'école. Le produit *Amparar* de La Equidad tente d'empêcher cette éventualité en versant une indemnité mensuelle pour l'éducation pour une durée allant jusqu'à 24 mois. La famille reçoit également un chèque mensuel pour acheter des provisions pendant un an.

Au Bangladesh, Delta Life a développé une police d'assurance mixte pour le mariage d'une fille de la famille conçue comme un système d'épargne dont bénéficiera la fille du titulaire du contrat à ses 18 ans. Même si le contrat est vendu en tant que produit de mariage, il peut être utilisé pour l'éducation ou à d'autres fins. La durée peut s'étendre de cinq à seize ans selon l'âge de la fille (qui doit avoir entre deux et treize ans à la souscription du contrat). Si le parent titulaire du contrat décède durant cette période, alors la fille bénéficiaire recevra la totalité de la somme assurée à ses 18 ans (en partant du principe que la famille était à jour dans ses versements de prime). Le moment de l'échéance est un effort intentionnel pour motiver les parents à attendre au minimum les 18 ans de leur fille pour la marier.

Cette police d'assurance mixte n'était pas le premier essai de Delta pour aborder les besoins des filles. Au milieu des années 1990, Delta a expérimenté l'éducation des filles et a proposé un produit d'assurance qui payait des bonus lorsque la fille du titulaire du contrat réussissait certaines étapes importantes de l'éducation, et une amende était facturée si la fille se mariait avant un certain âge. En collaboration avec le gouvernement, Delta a également proposé un planning familial et un produit d'assurance qui versait des sommes plus élevées aux titulaires de contrat qui avaient moins d'enfants. Même si le produit a été supprimé progressivement lorsque le gouvernement a changé de politique, il s'agit d'un exemple d'ingénierie sociale qui pourrait être appliqué à l'assurance pour les populations pauvres.

2.3 Autres caractéristiques de conception du produit

En plus du paquet de prestations, il est également important de prendre en compte les effets d'autres caractéristiques de conception du produit sur les femmes.

Paiement des primes : comme les femmes à faible revenu sont essentiellement des travailleuses saisonnières et temporaires, les versements réguliers mensuels des primes peuvent être difficiles à effectuer, mais un paiement annuel peut ne pas convenir non plus. Des dispositions flexibles sont plus appropriées. Cependant, elles doivent prendre en considération la capacité administrative de l'organisme de micro-assurance et les coûts de transaction. En raison du revenu irrégulier et peu élevé des femmes, les micro-assureurs devraient offrir une gamme d'options de paiement des primes, par exemple, un délai de grâce de plusieurs mois et un programme de paiement flexible permettant le paiement de petites sommes selon la situation financière spécifique des femmes. Cela s'applique particulièrement aux produits d'assurance mixte car la valeur du contrat est considérablement réduite lorsque les primes sont versées en retard *(voir chapitre 2.2)*.

Prix : il existe souvent un conflit entre le désir d'offrir des produits accessibles aux populations pauvres et le désir de devenir financièrement rentable. Ce dilemme a parfois conduit à s'intéresser plutôt aux clients à revenu plus élevé et à exclure les femmes pauvres. Faire payer aux populations pauvres des primes plus basses permet d'éviter certaines implications négatives, surtout pour les femmes puisqu'elles gagnent traditionnellement moins que les hommes. Grameen Kalyan et la MHIB de BRAC au Bangladesh, font par exemple payer une prime réduite aux clients de micro-finance de leurs sociétés sœurs respectives, qui sont presque tous des femmes, qu'au large public.

Une autre approche serait d'utiliser le prix comme moyen pour développer la motivation ou encourager certains comportements. VimoSEWA en Inde, par exemple, offre 20 Rs (0,45 $US) de remise aux membres qui inscrivent toute leur famille *(voir tableau 16)*. D'autres objectifs tels que la promotion des petites familles (programmes de santé reproductive) pourraient être poursuivis en facturant des primes plus basses aux familles plus petites.

Tableau 16

Couverture et prix en roupies de VimoSEWA

Système 1	*Membre*	*Époux/se*	*Enfants*	*Famille*
Décès naturel	5 000	5 000		
Hospitalisation	2 000	2 000	2 000	
Dommages sur les actifs ou perte des actifs	10 000			
Décès accidentel	40 000	25 000		
Décès accidentel de l'époux/se	15 000			
Prime : prime annuelle*	100	70	100	250

Système 2	*Membre*	*Époux/se*	*Enfants*	*Famille*
Décès naturel	20 000	20 000		
Hospitalisation	6 000	6 000	2 000	
Dommages sur les actifs ou perte des actifs	20 000			
Décès accidentel	65 000	50 000		
Décès accidentel de l'époux/se	15 000			
Prime : prime annuelle*	225	175	100	480

* VimoSEWA a également une autre méthode de paiement des primes, le compte d'épargne fixe, qui est décrite au chapitre 3.3, mais la couverture familiale n'est pas disponible avec cette méthode de paiement. Remarque : 44 Rs = 1 $US

Exclusions : nombre des aspects discriminatoires en termes de discrimination sexuelle des polices d'assurance peuvent se cacher dans les petits caractères. Par exemple, à cause du risque élevé de mortalité durant l'accouchement, Delta Life empêche les femmes dont c'est la première grossesse de souscrire une police. Pour beaucoup de produits d'assurance, les limites d'âge restreignent la protection pour les enfants en bas âge et les personnes âgées, qui ont pourtant le plus besoin d'une protection. Dans l'idéal, les micro-assureurs devraient trouver des moyens pour rendre leurs produits plus inclusifs.

Règlement des sinistres : une documentation compliquée rend le règlement des sinistres plus difficile. Comme les femmes sont moins familiarisées avec les procédures écrites officielles, une documentation incomplète peut entraîner des rejets de déclarations de sinistre. Si cela est combiné à un statut social bas et à un faible pouvoir de négociation (par exemple avec les fonctionnaires), obtenir les documents nécessaires peut s'avérer difficile.

Commission d'agent : les commissions pour les renouvellements sont beaucoup plus basses que pour les nouvelles polices. L'expérience révèle que les personnes analphabètes, essentiellement des femmes, ne se rappellent pas de la date d'échéance de leur contrat de micro-assurance, ne renouvellent donc pas leurs polices, et pensent souvent qu'elles sont toujours assurées. Si les agents reçoivent une plus grande commission pour les nouveaux contrats, ils vont en priorité vendre de nouvelles polices plutôt que de donner suite aux renouvellements, aux dépens des femmes moins instruites.

2.4 Distribution

Comme le décrit le chapitre 4.7, la dépendance vis-à-vis des IMF comme réseau de distribution de micro-assurance présente des limites. Par exemple, un manque de transparence a été rapporté lorsque la micro-assurance est liée aux prêts ; les emprunteurs de micro-crédits en Zambie (Manje, 2005) et en Ouganda (McCord et al., 2005a) n'étaient pas au courant des frais facturés pour le traitement des prêts et le paiement des primes de micro-assurance (parfois les femmes n'étaient même pas au courant de leur couverture d'assurance). La déduction des primes des montants des prêts ainsi que d'autres frais liés aux prêts ont eu un effet sur la perception des clients. Pour eux, l'assurance constitue une partie du coût d'acquisition d'un prêt. Même si ces limitations s'appliquent à tous les clients, les femmes peuvent être davantage affectées car elles sont moins familiarisées avec les contrats et gagnent moins d'argent.

Les coopératives sont également un moyen courant de distribution de la micro-assurance. Cependant, le membre de l'organisme est souvent un homme. Par exemple, à Columna au Guatemala, les époux/ses des membres d'unions de crédit peuvent se procurer le Plan de vie spécial sans avoir à rejoindre la coopérative, mais en fait très peu de femmes souscrivent l'assurance. On retrouve des résultats similaires avec les unions de crédit associées à TUW SKOK (Pologne) et La Equidad,[1] et avec les coopératives associées à Yeshasvini *(voir encadré 24)*.

[1] La Equidad a surmonté ce penchant pour ce mode de distribution en collaborant également avec une institution de micro-finance, Women's World Foundation, qui est avant tout au service des femmes.

Encadré 24

La portée de Yeshasvini

Bien que quelque 78 % de la population adulte de Karnataka, en Inde, soit liés, de près ou de loin, à une société coopérative, la plupart des membres de la coopérative sont des hommes. Yeshasvini Trust couvre les membres des sociétés coopératives et est également accessible à leurs familles. Cependant seulement 40 % des membres assurés de Yeshasvini sont des femmes. Comme les femmes elles-mêmes ne sont généralement pas membres des coopératives, il semble plus difficile pour elles d'obtenir une assurance chez Yeshasvini : le membre est le premier à entrer dans le système et la couverture de la famille peut intervenir plus tard. Changer cela, par l'introduction possible d'une cotisation réduite lorsque tout le foyer est couvert, pourrait développer l'accès des femmes à l'assurance et réduire simultanément l'antisélection.

D'après Radermacher et al., 2005b.

Par conséquent, il ne s'agit pas là de réseaux de distribution particulièrement efficaces pour atteindre les femmes. VimoSEWA a adopté l'approche opposée par laquelle l'accès aux prestations se fait par le biais des femmes. Une cliente peut décider si elle veut également ajouter son mari et ses enfants. Elle ne serait pas autorisée à choisir une couverture pour elle-même et son enfant si elle a un mari ; elle ne pourrait pas couvrir son mari si elle ne prend pas de couverture pour elle : la priorité est de couvrir les femmes car SEWA est un organisme pour les femmes.

Les réseaux de distribution « en faveur des femmes » nécessitent un contact direct et régulier avec les clientes grâce à des personnes familières et dignes de confiance comme le personnel de terrain des ONG/IMF, le personnel dédié aux soins de santé, et les agents d'assurance féminins pour réduire les risques de pratiques de vente mensongères et de confusion concernant les contrats d'assurance. Les stratégies marketing devraient aussi inclure un élément éducatif fort car le manque de compréhension suffisante de l'assurance et des polices d'assurance compliquées peut mener au refus des services, les femmes moins instruites ne pouvant pas (de façon appropriée) soumettre leurs déclarations de sinistre. Le manque de compréhension, et le risque associé de devenir victime d'un comportement frauduleux, pourraient être plus pertinents pour les femmes que pour les hommes.

Par exemple, la collecte via le porte-à-porte des primes par les agents de terrain de Delta et par les agents de Tata-AIG en Inde, permet l'accès à ces produits pour les femmes qui, pour diverses raisons, ne peuvent pas quitter leur domicile. Le fait que la majorité des organisateurs soient des femmes signifie aussi que le réseau de distribution est plus abordable et accessible

pour les femmes. En effet, les agents de Tata-AIG sont presque tous des femmes et ils se concentrent en priorité sur la vente à des personnes qu'ils connaissent déjà.

2.5 Groupes cibles et titulaires de contrat

C'est l'une des grandes ironies de beaucoup de systèmes d'assurance liés à la micro-finance : ils couvrent souvent la vie de l'emprunteur, généralement de sexe féminin. Par conséquent, pour qu'une femme « bénéficie » de l'assurance, elle devra d'abord mourir. Aux Philippines, le système d'assurance initial de CARD couvrait simplement les membres dans le cas d'un décès. L'organisme a réalisé à travers des discussions avec les membres et le personnel que la couverture d'assurance fournissait peu d'avantages aux femmes elles-mêmes. Cette prise de conscience a apporté une contribution importante au processus de prise de décisions qui a conduit à une couverture supplémentaire pour l'époux/se et les enfants, constituant des prestations plus intéressantes pour les membres féminins de CARD.

Plusieurs autres IMF, dont ASA, SPANDANA et FINCA Ouganda, ont vécu cette même évolution. En effet, l'un des besoins prioritaires pour les femmes est **l'assurance-vie pour le mari**. Si le mari décède, c'est à ce moment qu'elles ont vraiment besoin des indemnités d'assurance. Les institutions de micro-finance qui ont introduit la couverture de l'époux/se reconnaissent aussi que l'IMF en bénéficie également, puisque l'emprunteuse aurait plus de difficultés à rembourser son prêt si elle n'avait pas l'assurance-vie de son mari.

Lorsque les systèmes autorisent les personnes à choisir qui sera et ne sera pas couvert, souvent les femmes et les filles ne sont pas inscrites car leur vie ou leur santé est moins valorisée par ceux qui prennent les décisions dans le foyer. **La couverture familiale**, comme le Plan familial de ServiPerú ou l'assurance maladie de UMSFG *(voir encadré 25)*, est un moyen de surmonter le problème causé par la capacité à sélectionner les membres de la famille pour la couverture, et cela permet de contrôler le risque d'antisélection. « Ma famille » de TUW SKOK, un produit de décès et d'invalidité accidentels, couvre le membre de l'union de crédit, son époux/se et ses enfants, et les parents des adultes jusqu'à 65 ans. De même, lorsque VimoSEWA a inclus les enfants dans son paquet de prestations pour l'hospitalisation, l'organisme s'est rendu compte qu'il devait couvrir tous les enfants du foyer pour un seul prix afin que les parents ne soient pas forcés de choisir quel enfant couvrir.

Encadré 25

Couverture familiale chez UMSFG

Chez UMSFG en Guinée, l'adhésion à un MHO est basée sur la famille. Toutes les personnes à charge doivent être inscrites. Les responsables de groupe sont chargés de garantir qu'aucun membre du foyer (en particulier les enfants) n'est exclu de la couverture. Pour faciliter leur mission, les MHO offrent une couverture gratuite aux enfants nés durant l'année. Dans les foyers polygames, nombreux dans certaines régions, l'inscription de la famille s'effectue séparément pour chaque épouse et les personnes à charge. Une carte de membre est remise à chaque mère pour elle et ses enfants.

D'après Gautier et al., 2005.

Si une femme bénéficie d'une couverture d'assurance-vie, elle devrait pouvoir choisir le **bénéficiaire**. Lorsqu'on leur donne le choix, de nombreuses femmes désignent leurs filles, afin que l'indemnité puisse être utilisée pour leur éducation. Si les enfants sont mineurs et que la femme ne fait pas confiance à son mari pour utiliser l'indemnité comme elle l'entend, elle devrait pouvoir nommer un tuteur en qui elle a confiance.

3 Les missions politiques pour améliorer la situation stratégique des femmes et des enfants

Étant donné les besoins et les expériences actuelles avec la micro-assurance, plusieurs mesures sont nécessaires pour fournir une plus grande protection aux femmes et aux enfants, l'accent étant mis plus particulièrement sur les filles. Plusieurs besoins pratiques des femmes, des filles et des garçons peuvent être pris en compte en améliorant la conception du produit de micro-assurance au niveau micro et grâce à des opérations au niveau méso, tandis que d'autres intérêts stratégiques nécessitent des changements sur le long terme concernant la politique de l'emploi et le statut des femmes dans la société (niveau macro).

Puisque cet ouvrage se concentre sur la micro-assurance, les politiques d'amélioration de la situation stratégique des femmes et des enfants ne sont que brièvement évoquées, car elles dépassent le champ de la seule micro-assurance à mettre en œuvre. Néanmoins, elles sont essentielles pour renforcer l'impact de la micro-assurance et pour tendre vers l'objectif d'égalité des sexes.

Responsabilité de l'État pour la protection sociale : peu importe le succès rencontré par la micro-assurance, elle ne sera jamais en position de fournir une protection substantielle, comme l'explique le chapitre 1.3. Les mécanismes privés ont un rôle supplémentaire – la protection sociale intégrale découle de la responsabilité de l'État. Reconnaissant cette responsabilité, les systèmes de micro-assurance gérés par l'État au Pérou (SMI), en Bolivie (SMS) et au Paraguay (SI) ont tous commencé à se concentrer sur les besoins épidémiologiques les plus importants de la maternité et des maladies infantiles précoces – risques auxquels les assureurs, et même les micro-assureurs privés n'ont pas envie de s'attaquer. De la même façon, l'État a un important rôle à jouer dans la protection des groupes vulnérables contre les risques covariants, que les micro-assureurs ne peuvent pas facilement gérer car il est souvent difficile ou peu rentable pour ces groupes d'accéder à la réassurance. Pour les familles pauvres, et les femmes en particulier, les stratégies d'ajustement ex post ne suffisent pas à couvrir les pertes résultant d'événements catastrophiques : elles ont besoin de l'aide de l'État.

Par conséquent, le lobbying et le travail de soutien des organismes de la société civile sont un moyen essentiel pour fournir une couverture complète des risques. Cependant, cette approche doit être interprétée avec précaution car l'offre grandissante de micro-assurance ne devrait pas servir à justifier le rôle de plus en plus limité du gouvernement dans l'offre de protection sociale.

Les mécanismes de mise en commun des risques basés sur la communauté sont particulièrement vulnérables de par leurs ressources financières limitées. Les pertes catastrophiques, les risques idiosyncratiques répétés et les contrôles médiocres peuvent épuiser leurs ressources communes et mener à leur effondrement. En Tanzanie, UMASIDA avait dû suspendre ses opérations après seulement six mois, puis reprendre son activité plusieurs mois après, une fois ses contrôles restructurés (McCord, 2000). Lorsque des systèmes s'écroulent, les femmes pauvres qui n'ont pas accès à la micro-assurance sont susceptibles de souffrir plus que les hommes à cause de leur capacité de gain plus faible et de leurs actifs limités.

Problèmes réglementaires et légaux : les lois formelles et informelles déterminent les problèmes liés à l'héritage, au mariage, aux droits sur les actifs, à l'utilisation du revenu et de la main-d'œuvre, et ont par conséquent un impact sur le pouvoir de négociation des femmes par rapport aux rares ressources de la maison et de la société. Dans ce contexte, formaliser les conditions de travail et assurer des droits de propriété égaux constituent des mesures importantes vers une protection et un statut social améliorés des femmes.

Formaliser des dispositions contractuelles dans l'économie informelle et encourager les employeurs à payer une sécurité sociale sont des mesures qui bénéficieraient aux femmes en particulier. La création d'un environnement réglementaire approprié encourageant la formalisation du travail informel permettrait aux femmes du marché à faible revenu d'accéder à des prestations adaptées. Cela comprend la reconnaissance officielle de la société civile comme défenseur essentiel de la micro-assurance et implique qu'il devrait y avoir une compensation financière pour ses services (par ex. des commissions payées par les prestataires d'assurance ou des frais administratifs payés par les institutions gouvernementales).

La signature de conventions concernant le travail des enfants et les droits de l'homme, et le renforcement de la mise en application de ces lois sont également essentiels pour protéger les enfants.

Amélioration des services existants : la participation des femmes au contrôle, à la gestion et à la planification des programmes gouvernementaux tels que les centres de soins de santé et les programmes de réinsertion suite aux événements catastrophiques, va augmenter les chances de voir ces services répondre aux besoins des femmes.

Réformes économiques : même si de nouvelles technologies sont introduites, qui, en principe, pourraient augmenter la productivité et améliorer les ressources des hommes et des femmes, la situation des femmes pourrait être encore pire après de telles innovations. Comme les femmes ont moins accès à l'éducation et à la formation professionnelle que les hommes, elles sont mises au ban des emplois traditionnels plus rapidement. L'une des conséquences pour les responsables politiques est que dès que des changements technologiques se produisent, une intervention peut être nécessaire pour garantir que le statut des femmes n'est pas altéré. Une telle intervention pourrait inclure une action positive créant de nouvelles opportunités, formations techniques et de nouveaux emplois de qualité pour les femmes.

4 Conclusions

En raison de plusieurs facteurs, notamment des conditions politiques, économiques et sociales, les femmes, hommes et enfants sont exposés à différents types de risques. De plus, les mêmes risques peuvent les affecter de façon différente. Leur comportement envers la gestion des risques et leur accès aux stratégies de gestion des risques peuvent également différer.

L'idée selon laquelle les ONG et les IMF travaillent pour la responsabilisation des femmes et que, par conséquent, ces organismes prennent en compte la perspective des sexes dans leurs opérations de micro-assurance s'est avérée erronée. Une plus grande attention doit être accordée aux besoins spécifiques liés au sexe. L'erreur consiste à considérer le « foyer » ou la « famille » comme une unité (homogène) pour les stratégies de gestion des risques. L'accent doit plutôt être mis sur les outils de gestion des risques spécifiques à chaque sexe.

Les différences de sexe peuvent considérablement affecter la conception d'un produit d'assurance. L'expérience a révélé la nécessité d'avoir des produits personnalisés, reflétant les besoins des femmes et des enfants, en particulier des filles. Même si les produits sont conjointement développés avec les clientes, leurs besoins ne sont pas forcément pris en compte ; les fournisseurs d'assurance excluent souvent les prestations telles que les maladies gynécologiques et les soins associés à la grossesse. Même si les micro-assureurs exercent leur pouvoir de négociation, il y a des limites à ce que peuvent payer les groupes à faible revenu par rapport à ce qu'un fournisseur d'assurance peut inclure dans le paquet de prestations. Dans ces cas précis, d'autres outils de gestion des risques tels que des mesures préventives ou un système de microfinance peuvent compléter les produits de micro-assurance. De plus, la micro-assurance privée devrait être perçue comme un complément de la responsabilité de l'État en matière de protection sociale.

En moyenne, les femmes sont sujettes à une plus grande vulnérabilité que les hommes car elles travaillent essentiellement dans l'économie informelle, sans aucune protection sociale. Elles gagnent en moyenne moins que les hommes, ont moins de biens et de contrôle sur les actifs, sont plus susceptibles de s'occuper des enfants et des personnes âgées, risquent davantage de vivre dans la pauvreté, et sont moins enclines à avoir une assurance maladie et une couverture de retraite. Ces états de fait, combinés à un statut peu élevé dans la société, ne peuvent pas être résolus grâce à la micro-assurance et nécessitent plutôt une intervention politique sur le long terme au niveau macro. Si ces circonstances sont modifiées en faveur des femmes (et d'autres groupes discriminés comme les enfants), leur protection sera améliorée et la micro-assurance se montrera à la hauteur de tout son potentiel.

3 Opérations de micro-assurance

3.1 Conception du produit et gestion des risques d'assurance

John Wipf, Dominic Liber et Craig Churchill[1]

Les auteurs remercient Bruno Galland (CIDR), Herbert Meister (Munich Re), Aude de Montesquiou (CGAP) et Ellis Wohlner (Consultant pour SIDA) pour leurs idées et suggestions précieuses.

La conception de produits de micro-assurance suit les mêmes règles de base que l'assurance conventionnelle : l'assureur doit créer de la demande pour le marché de l'assurance, déterminer les risques pouvant être assurés et concevoir des processus de gestion des risques d'assurance afin de garantir la viabilité du produit.

Toutefois, la conception des produits de micro-assurance comporte un certain nombre de complications spécifiques. Les principaux défis à relever émanent des faibles primes et bénéfices générés par les contraintes extrêmes posées par la circulation d'espèces et les ressources limitées du marché, ce qui restreint la portée de la souscription, la gestion des déclarations de sinistre et la complexité du produit. Ces défis requièrent des étapes, de l'innovation, de l'efficacité, de la simplicité et une gestion intelligente des risques.

En outre, certains micro-assureurs endossent une mission bien plus complexe que les compagnies d'assurance. Les moteurs financiers et économiques d'une activité d'assurance saine peuvent être complétés par un programme de développement, visant, par exemple, à étendre le plus possible l'accès à l'assurance ou à couvrir certains risques pouvant être exclus par la logique commerciale. Tous les micro-assureurs ne subissent pas ces influences, mais, lorsque c'est le cas, il est crucial de ne pas sacrifier les principes de gestion saine des risques. Lors d'une prise de risque « non commerciale », ledit risque doit être assimilé et géré.

Comme expliqué dans le chapitre 1.2, il n'existe pas de solution de « modèle unique pour tous ». Les besoins et préférences du client ainsi que les mécanismes de distribution adaptés et les exigences réglementaires varient considérablement d'une région à l'autre. Une connaissance approfondie des situations au niveau local est nécessaire pour concevoir des produits de micro-assurance réussis.

[1] Les références de ce chapitre renvoyant à RIMANSI et à l'étude de marché aux Philippines, Dong Trieu (Vietnam), African Life (Afrique du Sud) et Fondation Constanta (Géorgie) sont issues des expériences des auteurs et non des études de cas.

Cette présentation de la conception de produits répond aux questions suivantes :

- Quels sont les besoins et exigences du marché cible ?
- Qui a droit à la micro-assurance ?
- Quelles sont les conditions de couverture et les options de paiement des primes ?
- Quelles sont les prestations ?
- Dans quelle mesure la conception des produits permet-elle de contrôler les risques d'assurance ?

1 Étude de marché

1.1 Étude de marché initiale

Le processus de conception du produit commence par l'étude de marché initiale qui compte quatre étapes de base.

a) Définition du marché cible

Certaines organisations, telles que les institutions de micro-finance, peuvent déterminer que le marché de l'assurance est identique à leurs marchés d'épargne et de crédit existants. D'autres organisations peuvent introduire l'assurance pour accéder à de nouveaux marchés, par exemple les personnes qui ne souhaitent pas emprunter mais recherchent vraiment une assurance. Une décision clé consiste à déterminer si le micro-assureur se contentera de cibler les plus vulnérables ou s'il veut proposer ses services à une communauté à faible revenu plus importante avec une gamme d'options de produits. Ainsi, les systèmes d'assurance maladie de la BRAC et de Grameen Kalyan au Bangladesh ne s'adressent pas uniquement aux membres de leurs IMF correspondantes mais à la communauté en général, en facturant des primes plus élevées aux non-membres afin de soutenir la stratégie de pérennité des organisations.

b) Identification des risques qui se présentent et doivent être assurés (et des risques assurables)

Les études sur la demande permettent d'identifier les événements assurables les plus adaptés pour une couverture : quels risques inquiètent le plus les groupes cibles ou sont les plus difficiles à gérer via les mécanismes informels ? Comme l'illustre le chapitre 1.2, les personnes à faible revenu sont généralement préoccupées par le décès prématuré du soutien de famille et leur propre maladie ou celle des membres de leur famille. Les populations

pauvres possèdent certains mécanismes pour faire face aux épreuves au niveau de la communauté et/ou du ménage, basés sur l'épargne, l'emprunt et l'échange. L'assurance doit venir compléter ces mécanismes existants.

c) Choix des caractéristiques du produit qui sont importantes pour le marché cible

La troisième étape consiste à évaluer les besoins et exigences du marché cible, et à obtenir des informations sur les détails du produit, telles que les niveaux de couverture (par ex. les sommes assurées) et les types de prestations (par ex. l'hospitalisation, la consultation externe et les médicaments), qui revêtent une importance capitale pour le marché cible. Par exemple, concernant l'assurance-vie, souhaitent-ils une couverture d'assurance pure (par ex. à terme) ou une assurance offrant une composante d'épargne (par ex. assurance mixte) ? Sont-ils intéressés par une couverture pour eux-mêmes uniquement, ou préfèreraient-ils couvrir leurs conjoints ou même l'ensemble de leur famille ? Dans quel délai auraient-ils besoin, souhaiteraient-il ou espèreraient-ils recevoir le paiement des indemnités ? Où les titulaires de contrats peuvent-ils payer les primes ou soumettre les déclarations de sinistre ?

d) Définition du montant que les assurés potentiels veulent et peuvent payer

Pour finir, il est essentiel de déterminer quelle somme le marché cible est prêt à payer pour ces services. La demande peut considérablement varier, même au sein d'un pays. Deux études menées parmi des clients de la micro-finance aux Philippines ont fourni des résultats différents. Les emprunteurs d'une IMF située dans la région centrale de l'île de Luzon souhaitaient une couverture d'assurance-vie s'élevant à 120 000 Php (2 160 $US) pour eux-mêmes et à 60 000 Php (1 080 $US) pour leurs conjoint et enfants. Ils étaient prêts à payer en conséquence, étant habitués à payer des primes dans le cadre du précédent programme d'assurance de l'IMF. Un échantillon de clients similaires d'une IMF située dans la région nord de l'île de Mindanao ont indiqué qu'ils pouvaient au mieux payer des primes pour une couverture s'élevant à 30 000 Php (540 $US) pour eux-mêmes, et à 10 000 Php (180 $US) pour leur conjoint et 5 000 Php (90 $US) pour le décès d'un enfant.[2]

Il s'avère utile d'étudier ensemble l'accessibilité aux couvertures d'assurance du point de vue financier et les préférences de chacun en termes de conception de produits. Tous souhaitent être indemnisés immédiatement ou couvrir tous les membres de leur famille, mais quelle somme sont-ils prêts à payer

2 Étude réalisée par RIMANSI (Risk Management Solutions, Inc.), un centre de ressources en micro-assurance basé aux Philippines.

pour ces services ? Compte tenu des contraintes de coût que connaît le marché cible, un lien explicite établi entre la conception du produit et les conséquences financières aide les clients à prendre les décisions appropriées en fonction de la valeur, tout en sécurisant leur achat au sein du système. Un exemple de ce type de processus a été développé dans le cadre du programme Social Re afin de permettre une prise de décision sensée par rapport à la conception du paquet de prestations (Dror et Prekker, 2002).

Lors de l'évaluation de la volonté de payer, par le biais d'entretiens avec des groupes et individus cibles, les clients potentiels risquent de surestimer leur capacité à payer, ce qui pourrait entraîner de nombreux abandons. Aussi, les informations relatives au niveau de revenus représentent un autre moyen, probablement plus fiable, d'évaluer la capacité de paiement de la population cible. Par exemple, en comparant le revenu annuel à la contribution réellement payée aux systèmes de micro-assurance maladie, le CIDR a remarqué que les foyers à faible revenu d'Afrique de l'Ouest n'y consacraient pas plus de 2 % de leurs revenus (Galland, 2005a). En outre, lors de la conception d'un produit destiné aux populations pauvres, il faut également tenir compte du fait que les revenus peuvent varier d'une année sur l'autre. Un produit dont le prix est abordable une année risque de ne plus l'être l'année suivante.

1.2 Étude de marché en continu

L'étude de marché ne doit pas être abandonnée une fois le produit lancé. Les assureurs doivent garder un contact périodique avec leurs clients afin de garantir que leurs services sont toujours adaptés et appréciés.

Les très forts taux de défaut de paiement subis par certains micro-assureurs peuvent être la conséquence de leur incapacité à rester informés : les éléments problématiques de la conception de produit doivent être identifiés, et, si possible, rectifiés afin d'assurer une viabilité continue. Les renouvellements ou la persistance des polices d'assurance et les taux de nouveaux contrats offrent un retour d'informations sur la valeur perçue par les clients et doivent ainsi être étroitement surveillés. La recherche qualitative, sous forme de débats avec les groupes cibles, peut également donner un meilleur aperçu des mécanismes du marché ainsi que des préférences et des insatisfactions des clients.

1.3 Éducation des consommateurs

Il convient d'évaluer l'exposition du marché ciblé ou la familiarité de celui-ci avec l'assurance. Comme évoqué au chapitre 3.2, si le marché ne comprend pas l'assurance, ou ne lui fait pas confiance, l'éducation du client doit être intégrée au marketing et à la distribution du produit. Une bonne connaissance des préférences et inquiétudes des titulaires de contrats existants aide également l'assureur à élaborer une éducation financière appropriée en vue de répondre aux attentes de l'assuré.

1.4 La concurrence

Aujourd'hui, un grand nombre d'initiatives de micro-assurance ont été les premiers vecteurs du marché local, de véritables pionniers ayant mis le pied sur un territoire vierge, dépourvu de toute concurrence. Il semblerait que les choses soient en train de changer avec l'arrivée sur le marché de concurrents offrant de meilleurs produits. Il est, par conséquent, très important de focaliser l'intelligence du marché sur les offres des concurrents et les perceptions de leur valeur sur le marché lors de l'analyse d'un nouveau produit.

Il peut s'avérer avantageux d'être un « disciple intelligent » en tirant des leçons des erreurs commises par les prédécesseurs. Les IMF ougandaises, qui ont collaboré avec AIG de 2000 à 2002, ont progressé dans le sillage de FINCA Ouganda, pionnière dans l'apprentissage de l'assurance et du marché des ménages à faible revenu. Les coûts d'introduction de l'assurance dans ces organisations étaient considérablement inférieurs à ceux de la FINCA.

2 Éligibilité

Qui a droit à la couverture ? Cette question complexe doit être étudiée dans le contexte des objectifs du micro-assureur et des préférences des membres, tout en gardant à l'esprit les principes de mise en commun des risques qui s'appliquent. Dans le domaine de la micro-assurance, l'objectif consiste à trouver un bon équilibre entre un groupe cible étendu, des prestations suffisantes, des taux de prime faibles et une certaine pérennité. Les facteurs d'éligibilité doivent être déterminés uniquement par les circonstances économiques du fait que de grands nombres de clients à primes peu élevées nécessitent un travail minimal de souscription, qui permet d'inclure un plus large public. Des objectifs sociaux peuvent également nécessiter d'inclure un plus grand nombre de personnes.

Lors de la détermination de l'éligibilité, il est essentiel de savoir si le produit est conçu pour des groupes ou des individus, s'il est obligatoire ou

volontaire et de tenir compte de l'approche que l'assureur souhaite adopter pour couvrir les personnes à plus haut risque.

2.1 Assurance collective

La première caractéristique permettant de distinguer une assurance commerciale collective d'une assurance individuelle est le nombre de personnes assurées sur une seule police principale. Le titulaire du contrat collectif décide du type de couverture qu'il souhaite acquérir pour les membres du groupe en question. Le titulaire du contrat est chargé d'inscrire les membres, d'encaisser les primes, de distribuer les certificats d'assurance et les informations sur le produit et d'aider les membres à soumettre les déclarations de sinistre. La police décrit et définit les membres éligibles du groupe.

Les directives de souscription relatives à l'assurance collective commencent généralement par l'expression des exigences fondamentales qui définissent un groupe. Le critère principal stipule que le groupe doit avoir été formé à d'autres fins que l'obtention de l'assurance. Par exemple, si une entreprise de service public exige que le ménage soit assuré pour être relié au réseau électrique, le groupe est clairement défini et la couverture d'assurance est requise en vertu de la connexion au réseau. Il est très peu probable qu'une famille cherche à obtenir un raccordement électrique pour avoir accès à l'assurance. Ce mécanisme limite ainsi la portée de l'antisélection et permet une souscription et une gestion des risques plus souples. Les employés d'une entreprise, les membres d'un syndicat et des groupes d'affinité tels que des associations de professionnels sont autant d'exemples de groupes ciblés par les assureurs. L'assurance collective obligatoire représente probablement le type de micro-assurance le plus répandu. Par exemple, les programmes de micro-assurance créés par de nombreuses IMF sont similaires aux membres de CARD MBA aux Philippines, membres qui sont exclusivement des emprunteurs de la CARD. Les membres de CARD MBA constituent un groupe à risque très faible. L'antisélection est minimale du fait de la participation obligatoire ; les participants sont toutes des femmes âgées de 16 à 64 ans qui s'engagent activement afin de gagner leur vie (raison pour laquelle elles contractent un emprunt auprès de l'IMF). Le groupe est ainsi relativement homogène et dans un bon état de santé moyen. Afin de réduire les risques au maximum, même les 30 000 épargnants de CARD Bank ne peuvent pas participer à la MBA car une couverture élective entraînerait une augmentation des coûts des indemnités, tandis qu'une couverture obligatoire serait difficile à vendre aux épargnants.

La couverture volontaire semblerait être la méthode la plus appropriée pour une approche basée sur la demande et sur le client. Pourtant, dans le

domaine de l'assurance, et de la micro-assurance en particulier du fait de l'importance du caractère abordable, il y a beaucoup à dire sur la couverture obligatoire. L'assurance obligatoire :

- réduit les coûts en raison de volumes plus importants et de coûts de collecte et de souscription réduits ;
- réduit le risque grâce à une base plus large et une antisélection limitée ;
- améliore les rapports d'indemnités dans la mesure où elle inclut les individus à faible risque (sélection positive) qui auraient sinon choisi de ne pas participer ou d'attendre d'être plus âgés pour souscrire une couverture ;
- réduit la vulnérabilité du personnel face à la fraude du fait qu'elle réduit le risque que des agents vendent des contrats et empochent les primes.

L'un des inconvénients majeurs de la couverture obligatoire, outre le fait que les personnes sont obligées d'acquérir quelque chose qu'elles ne souhaitent peut-être pas, est que le système de distribution tend à négliger le besoin en informations des consommateurs. Cette tendance ressort clairement de l'étude menée en Ouganda où de nombreux clients ont une mauvaise compréhension de ce que la couverture inclut, ce qui a entraîné un très fort mécontentement (McCord et al., 2005a). Comme l'explique le prochain chapitre, les micro-assureurs (ou leurs agents) doivent constamment promouvoir la valeur du programme lorsqu'ils offrent une couverture obligatoire. Les clients doivent être informés en permanence des avantages qu'offre l'achat d'un service immatériel, c'est-à-dire la sécurité et la tranquillité d'esprit.

2.2 Assurance collective volontaire

L'assurance collective peut être proposée sur une base volontaire de deux manières différentes. Soit les membres du groupe sont couverts, à moins d'avoir spécifiquement refusé la couverture, soit chaque membre du groupe doit choisir de s'inscrire ou non au système. Les coûts et risques liés à cette première option sont souvent plus proches de la couverture obligatoire, tandis que la deuxième option est plus analogue à l'assurance individuelle, avec une antisélection plus importante. Des zones d'ombre subsistent parfois entre la couverture collective et la couverture individuelle. Par exemple, VimoSEWA (Inde) et ServiPerú proposent toutes deux des assurances collectives venant de compagnies d'assurance, mais celles-ci sont commercialisées et vendues individuellement.

Si les assurés potentiels ne forment pas encore de groupes, l'une des stratégies utilisées par certains micro-assureurs consiste à créer ces groupes.

Cette approche a été adoptée par les mutuelles de santé, telles que l'UMSGF (Guinée), les communautés rurales étant organisées en groupes, les groupes formant des mutuelles et les mutuelles étant affiliées à des fédérations. Afin de contourner le risque d'antisélection propre aux groupes créés à des fins d'assurance, l'UMSGF encourage l'ensemble des membres de la communauté à participer et l'adhésion se fait souvent par famille.

Les prestataires de micro-assurance peuvent conjuguer les avantages de la couverture collective obligatoire et volontaire de différentes manières. L'une de ces manières consiste à rendre l'assurance obligatoire pour tous les membres d'un groupe existant (ce qui réduit l'antisélection) tout en leur proposant de choisir entre deux ou trois options. Cela permet aux membres d'opter pour le niveau de couverture qu'ils préfèrent et d'augmenter la probabilité d'obtenir suffisamment d'informations pour prendre des décisions en connaissance de cause. Il convient de ne pas proposer un trop grand nombre d'options ou de ne pas les diversifier exagérément car les individus à risque plus élevé tendent à optimiser la couverture, réduisant ainsi les bénéfices de la participation obligatoire.

Une autre approche, parfois constatée dans certaines IMF, consiste à proposer une couverture « tout-ou-rien » au niveau du groupe emprunteur, comme la banque d'un village par exemple. Ainsi, dans la disposition FINCA-AIG initiale en Ouganda, tous les membres de la banque du village devaient s'accorder sur une couverture ou aucun d'eux n'en bénéficierait. Cela a permis de simplifier l'administration et de mettre en place un contrôle de l'antisélection du fait que les individus ne pouvaient pas choisir de participer ou non.

2.3 Assurance individuelle

À l'autre bout de l'éventail de produits, on trouve les adhésions susmentionnées de la MHIB de BRAC et Grameen Kalyan au Bangladesh. Bien qu'un grand nombre de membres proviennent des IMF associées, les systèmes recrutent également parmi le grand public avec des primes et des tickets modérateurs légèrement plus élevés. Ces exemples illustrent la micro-assurance individuelle (de par la participation facultative), tout comme les polices d'assurance mixtes proposées par Tata-AIG (Inde) et Delta Life (Bangladesh). La micro-assurance individuelle est possible mais elle requiert un taux de participation plus élevé sur le marché cible potentiel pour obtenir les résultats financiers escomptés.

L'assurance individuelle peut coûter jusqu'à deux fois plus cher que l'assurance collective en raison des coûts de vente, de souscription, d'administration et de prestations plus élevés. Les coûts de prestations de l'assurance indi-

viduelle peuvent être réduits par le biais d'une souscription plus rigoureuse, telle que le dépistage, du fait que les risques sérieux sont identifiés et écartés ou limités à une couverture plus réduite. Toutefois, cette sélection n'a aucun sens économique dans le cas de la micro-assurance car les montants de couverture sont très bas, et cela pourrait également aller à l'encontre du programme social.

Et c'est tout l'enjeu que constitue le travail de micro-assurance. Il s'avère relativement simple si la population ciblée forme un groupe bien organisé capable d'accéder à l'assurance collective, mais il se révèle bien plus difficile dans le cas contraire, en raison des coûts de distribution et d'indemnités plus élevés. Alors dans quelles circonstances la micro-assurance est-elle judicieuse ? Dans le cas d'un groupe déjà couvert par une assurance-vie obligatoire et dont certain membres souhaitent une couverture élective supplémentaire. La couverture individuelle peut également se justifier, mais s'avérer onéreuse, lorsque la population cible manque d'organisation.

L'assurance individuelle offre un avantage clé : l'individu peut continuer à être couvert même lorsqu'il n'adhère plus au groupe, comme les clients de l'IMF qui n'ont plus besoin de prêts. Les couvertures collectives peuvent être converties en polices individuelles à l'aide d'options de prolongation. Dans la mesure où la couverture collective repose sur une infrastructure prenant en charge le groupe (par ex. à l'aide des mécanismes des IMF pour la collecte des primes), les polices de prolongation peuvent entraîner des frais et des démarches administratives supplémentaires.

Comme évoqué ci-dessus, la viabilité de l'assurance individuelle peut être renforcée par le biais de caractéristiques de la conception du produit qui limitent la portée de l'antisélection, dont les déclarations de santé, les périodes d'attente et les prestations progressives. Pour le marché des personnes à faible revenu, les couvertures individuelles peuvent devenir possibles si la technologie peut permettre de réduire les coûts d'exploitation, bien que de tels exemples n'aient pas été identifiés dans le cadre des études de cas.

2.4 Couvrir ou ne pas couvrir

Un aspect unique de la micro-assurance est la volonté d'offrir une couverture aussi large que possible. En règle générale, les assureurs commerciaux limitent leur exposition en excluant les risques élevés, tels que les personnes âgées ou présentant des états antérieurs. Le défi de la micro-assurance consiste à trouver des moyens de rendre service à des ménages vulnérables à des taux abordables et sur le long terme. Cela soulève plusieurs problèmes :

- Une couverture plus large présente un intérêt marketing et social. Dans certains contextes, le marché cible préfère subventionner les individus à haut risque (par ex. les membres de Dong Trieu Mutual Aid Fund au Vietnam désignés dans une étude récente ; phénomène également constaté en Indonésie (McCord et al., 2005b) et au Cambodge (McCord, 2001)), tandis que dans d'autres on préfère les exclure afin de réduire les montants des primes.
- Une couverture plus large permet de faire baisser les coûts d'exploitation grâce à la réduction des coûts de sélection, tout en acceptant les personnes à risque plus élevé et les coûts d'indemnisation associés. Un volume significatif de titulaires de contrats est requis pour justifier cette approche.
- Les individus à haut risque peuvent être inclus si les prestations sont limitées ou si les primes sont proportionnellement plus élevées pour les membres à risque par rapport au reste du groupe. Ces approches réduisent toutes deux la subvention croisée des individus à haut risque par les membres restants et permettent une couverture plus large sur une base durable.
- De solides raisons économiques sont également en jeu : les coûts de contrôle et d'application d'exclusions complexes doivent être évalués par rapport aux indemnités économisées ; les faibles sommes assurées et les primes des produits de micro-assurance ne suffisent pas pour prendre en charge une sélection et une validation des déclarations de sinistre complexes.

Bien que les systèmes soient souvent disposés à accepter les membres à haut risque, ils ne sont pas si enclins à garder les titulaires de contrats plus âgés. La plupart des systèmes présentent des limites d'âge, 60 ans chez Vimo-SEWA et 67 ans pour l'indemnisation d'hospitalisation chez ServiPerú, mais pas tous, comme l'UMSFG. Afin d'amortir le choc qui consiste à demander aux membres de quitter le système, au moment même où ils ont réellement besoin des prestations, certains micro-assureurs, comme CARD MBA et Yasiru (Sri Lanka), offrent un dédommagement.

Le financement des membres plus âgés peut s'avérer possible dans certains cas. Il convient de trouver un compromis entre des primes moins élevées qui renforcent l'efficacité de la commercialisation du programme pour tous, et des primes plus élevées qui permettent une couverture plus large. Si l'intention est d'inclure plus de personnes, tout le monde doit-il payer des primes plus élevées, ou les membres plus âgés doivent-il payer des primes plus élevées ou bénéficier de prestations moins importantes afin de réduire la subvention par les membres plus jeunes ? La meilleure solution, comme pour d'autres compromis, consiste à expliquer les différences entre le coût d'une adhésion tout au long de la vie et la détermination d'un âge limite, puis laisser les titulaires de contrats potentiels décider.

3 Durées et options de paiement

3.1 Durée de la couverture

De nombreux produits de micro-assurance s'étendent sur 12 mois ou moins. Ces polices à court terme sont généralement plébiscitées par les assureurs car les assurances à long terme impliquent des engagements permanents et un risque plus élevé. Il est plus aisé de prédire la probabilité d'occurrence d'un événement assuré au cours de l'année qui suit qu'au cours des 10 prochaines années. Un assureur se doit d'être conservateur lorsqu'il offre des garanties à moyen et long terme et il doit veiller à inclure des marges importantes dans les taux afin de compenser tout risque d'erreur *(voir chapitre 3.5)*. Du point de vue de l'organisme de régulation, la couverture à long terme est plus étroitement surveillée du fait des effets dévastateurs qu'un taux d'intérêt et des hypothèses de mortalité erronés peuvent avoir sur l'assureur.

Quant à l'assuré, l'avantage de la couverture à long terme est qu'il bénéficiera d'une protection même s'il développe une nouvelle maladie. D'un autre côté, elle est généralement plus onéreuse au cours des premières années que la couverture à terme renouvelable.

Si l'assurance est proposée avec un prêt, il est généralement recommandé de définir une même échéance pour la durée du prêt et de l'assurance, de sorte que le client puisse les renouveler simultanément. En Zambie, CETZAM et NICO Insurance ont conclu un contrat intéressant : la couverture d'assurance se poursuit pendant deux semaines après le terme du prêt afin que les emprunteurs puissent garder leur couverture d'assurance entre les prêts étant donné l'intervalle qui sépare généralement la fin d'un prêt et le début d'un autre.

Par contre, si la durée de l'assurance est considérablement plus longue que la durée du prêt, les organisations subissent des défauts de paiement. Par exemple, Tata-AIG vendait initialement ses polices d'assurance-vie sur cinq et quinze ans par le biais d'institutions de micro-finance. Mais sur les 10 000 polices vendues en 2002 et 2003, seuls 14 % étaient encore actives en 2005. Ce fort taux de défauts de paiement est essentiellement dû aux clients qui ont mis fin au prêt, et dans ce cas, l'IMF ne possède pas de système d'administration permettant de poursuivre la collecte des primes.

Les couvertures à court terme bénéficient d'un arrangement à terme renouvelable qui permet au titulaire du contrat de bénéficier d'une couverture jusqu'à un âge limite, sans aucune souscription ou demande supplémentaire, aussi longtemps que les paiements des primes sont effectués. Les durées renouvelables associent les avantages des couvertures à court terme et à long terme. Les assurés bénéficient d'une couverture permanente garantie. L'assu-

reur peut toutefois augmenter ou baisser le prix, selon son expérience. L'option de renouvellement peut être soumise à l'antisélection du fait que les titulaires de police les plus susceptibles de déclarer des sinistres sont ceux qui risquent fortement de renouveler leur couverture, ce qui doit être pris en compte dans les tarifs.

Les préférences locales constituent un facteur essentiel lors de la définition de la durée. Microcare, en Ouganda, est passé de produits sur quatre mois (correspondants aux cycles de prêt) à une couverture annuelle afin de répondre à la demande des clients. Au contraire, VimoSEWA a vécu l'expérience inverse. Ils proposaient traditionnellement uniquement des cycles d'assurance de douze mois, mais ils introduisent aujourd'hui des contrats de trois mois car les clients souhaitent des intervalles de prime et un renouvellement de la couverture plus réguliers. En général, les courts termes engendrent des coûts d'exploitation élevés, ainsi que des coûts considérables de non-renouvellement, car plus la durée est courte, plus le client doit fréquemment prendre la décision d'acheter, et moins l'effet de démonstration dispose de temps pour faire ses preuves.

3.2 Fréquence de paiement des primes

Le marché cible de la micro-assurance dispose souvent de revenus irréguliers et incertains. Avant de minimiser les défauts de paiement (et d'optimiser les renouvellements), le mécanisme de paiement des primes doit trouver des moyens de répartir les paiements de manière à ce qu'ils correspondent aux périodes pendant lesquelles les ménages disposent de surplus de revenus.

Lorsque Delta Life a commencé à proposer la micro-assurance, elle supposait que les populations pauvres avaient besoin de payer les primes toutes les semaines, car c'est ce qui avait été mis en place chez Grameen, BRAC et les autres IMF du Bangladesh. Pour rendre cela possible, Delta a employé du personnel de terrain chargé de faire du porte-à-porte pour collecter les primes de tous les assurés, chez eux ou sur leur lieu de travail, chaque semaine. Cette méthode était non seulement très coûteuse pour Delta, mais il s'est en fin de compte avéré qu'elle ne répondait pas non plus aux besoins des clients. Lorsque Delta a introduit les options de paiement mensuelles, trimestrielles, semestrielles et annuelles, elle a constaté que les différents segments du marché avaient des préférences différentes.

Lors de la définition des échéanciers de paiement des primes, un autre facteur à prendre en compte est la valeur de l'argent dans le temps. Comme décrit au chapitre 3.5, lorsque les assureurs reçoivent les primes en avance, ils peuvent les investir ; les retours sur cet investissement servent, au moins partiellement, à maintenir le coût de l'assurance à un bas niveau. Par conséquent,

les assureurs préfèrent en général les paiements à l'avance aux versements échelonnés.

Du point de vue de l'assureur, les paiements à l'avance éliminent ou réduisent les problèmes de polices prenant fin. Les défauts de paiement surviennent généralement lorsqu'un assuré néglige le paiement d'une prime au cours d'une certaine période, tout comme un emprunteur n'effectue pas le remboursement d'un prêt.[3] La grande différence par rapport au remboursement d'un prêt est que le prêteur veut récupérer son argent, tandis qu'une police tombée en désuétude peut tourner à l'avantage financier de l'assureur qui a reçu de l'argent de l'assuré mais n'est plus tenu de payer des indemnités d'assurance, comme l'illustre l'encadré 26.[4]

Encadré 26

Défauts de paiement chez Delta Life

Au départ, les produits de micro-assurance de Delta étaient facultatifs. L'assureur ayant vendu près de deux millions de polices au fil des années, cela suggérait un certain niveau de satisfaction de la part du client. Pourtant, seule la moitié de ces polices sont encore actives, ce qui pourrait refléter le manque d'adéquation entre la conception du produit et les besoins du client. L'une des mesures raisonnables d'évaluation de la satisfaction client peut être le paiement en continu des primes. Lorsque les personnes ne sont plus satisfaites, elles arrêtent souvent de payer leurs contributions. D'autres facteurs sont évidemment à l'origine de ces défauts de paiement, mais cela représente néanmoins un indicateur valable d'insatisfaction.

Parmi les 1,9 million de polices vendues par Delta Life jusqu'en septembre 2004, 57 % sont inactives. Cela est dû dans certains cas aux échéances et règlements. Les polices inactives peuvent être le résultat de changements survenus dans la situation financière des clients ou de différences subsistant entre ce qu'ils pensaient acheter et ce qu'ils ont réellement acheté. Ce phénomène peut également être imputé à la simple insatisfaction par rapport au produit. Les clients se sont plaints des retards de traitement des déclarations de sinistre et de leur paiement par chèque, ce qui les oblige à ouvrir un compte bancaire. Certains assurés comparent également de manière défavorable les avantages de Delta Life à ceux des banques.

La direction reconnaît qu'elle rencontre un sérieux problème avec les défauts de paiement. Auparavant, ils n'étaient pas une priorité, probablement en raison des bénéfices financiers que retirait l'organisation lors du défaut de paiement des polices. Le personnel de terrain n'était pas contrôlé ou récom-

3 Les défauts de paiement représentent un problème pour les polices à long terme avec versements échelonnés. Pour l'assurance à court terme, le pendant est le non renouvellement.

4 Une police devenue caduque peut généralement être réactivée via le paiement de primes exceptionnelles et une souscription supplémentaire.

pensé en fonction du nombre de polices qui restaient actives, et il n'avait bénéficié d'aucune formation sur la manière d'encourager les paiements ponctuels. Delta prévoit cependant qu'une reconception et une meilleure gestion des informations permettront d'améliorer la situation.

Source : d'après McCord et Churchill, 2005.

Comme décrit au chapitre 2.2, l'une des méthodes permettant d'éviter les défauts de paiement, avec les polices d'assurance mixtes, consiste à appliquer une clause de non-défaut de paiement. De façon similaire, le produit principal d'une société mutualiste aux Philippines est, comme l'exige la loi, l'assurance-vie avec participation obligatoire de tous les membres de la MBA. La règlementation stipule que 50 % des primes brutes doivent être mis de côté pour l'équité entre membres. Si un défaut de paiement de police survient, le fonds d'équité peut être utilisé par la MBA comme prêt de prime, de manière à maintenir la couverture au moins jusqu'à épuisement de ce fonds. Si le membre souhaite alors rétablir la police, il/elle est d'abord tenu(e) de rembourser le capital emprunté. Ce cannibalisme de la valeur de la police sape clairement l'utilité de l'assurance comme moyen d'épargne à long terme, mais il permet au moins de garder la couverture active.

3.3 Mécanismes de paiement des primes

Comme évoqué au chapitre 3.3, outre la réduction des défauts de paiement et des non-renouvellements, l'autre facteur critique à considérer lors de la conception des méthodes de paiement des primes est le fait de maintenir les coûts administratifs (et les coûts de la transaction vers le client) au plus bas niveau possible. En règle générale, le meilleur moment pour collecter les primes est lorsque les titulaires de police disposent d'espèces, par exemple aux périodes de récolte ou lorsqu'ils ont reçu un prêt ou un transfert d'argent du gouvernement. Une méthode encore plus éprouvée consiste à collecter les primes à la source, de sorte qu'elles peuvent être combinées pour plusieurs clients. Par exemple, Yeshasvini en Inde collecte les primes auprès des coopératives de producteurs qui déduisent ce montant des revenus de leurs membres.

La couverture collective offre l'avantage de rationaliser le processus de collecte des primes : un seul assuré central paie une prime au nom d'un grand nombre de personnes. La collecte des primes est efficacement externalisé auprès de cet assuré.

Afin de rationaliser les paiements des primes, une autre stratégie courante consiste à « imbriquer » la prime dans une autre transaction financière. Par exemple, l'une des manières les plus simples pour obtenir un fort taux de

renouvellement et des coûts administratifs minimes consiste à associer le paiement de la prime à un emprunt, car les clients disposent d'espèces lorsqu'ils reçoivent le prêt et peuvent ainsi facilement payer la prime. L'inconvénient de cette approche est que seuls les clients bénéficiant d'un prêt peuvent profiter d'une couverture d'assurance.

Une autre approche consiste à déduire la prime d'un compte d'épargne, comme le pratique La Equidad en Colombie, et d'autres établissements. Cette approche est fortement recommandée dans le chapitre 2.3 à condition que les clients sachent que l'argent est déduit. Un autre lien plus innovant entre l'épargne et l'assurance consiste à créer un compte de dépôt fixe et permettre le paiement de la prime d'assurance à l'aide des intérêts. Cette stratégie est utilisée avec succès par VimoSEWA. Cette méthode soulève néanmoins un problème : les clients les plus pauvres doivent pouvoir économiser suffisamment d'argent pour le déposer sur le compte.

Que peut faire un assureur lorsque ses clients n'ont pas de domicile ni de travail régulier, encore moins un compte bancaire ? Il existe d'autres méthodes que les transactions financières pour imbriquer la prime afin d'atteindre une clientèle de l'économie informelle. Par exemple, African Life a découvert que de nombreux clients de l'un de ses produits d'entrée de gamme en Afrique du Sud avaient une activité régulière : aller à l'église tous les dimanches. L'établissement a alors distribué des « livrets » aux clients, livrets tamponnés à l'église lorsqu'ils paient leur prime hebdomadaire.

3.4 Montants des primes

Les assureurs ont pour pratique courante d'appliquer différents taux de prime en fonction de l'âge et du sexe de l'assuré, en particulier en matière d'assurance individuelle. En ce qui concerne la micro-assurance, cela rajoute un niveau de complexité qui peut s'avérer difficile à comprendre pour le personnel et les clients. Dans le cadre du modèle partenaire-agent, plusieurs IMF, dont TSKI (Philippines) et Shepherd (Inde), ont négocié avec les assureurs afin d'offrir un seul taux pour tous les âges *(voir encadré 27)*.

Un tel arrangement est possible lorsque la somme assurée est petite, s'il existe un flot entrant continu de membres jeunes, s'il existe un âge maximal de couverture et/ou de souscription et avec une révision actuarielle annuelle des tarifs. Pour les polices à valeur plus élevée ou avec participation élective, l'IMF devra probablement appliquer des taux définis en fonction de l'âge par la compagnie d'assurance ou l'actuaire. [5]

[5] Bien qu'une tarification forfaitaire puisse être préférable d'un point de vue opérationnel, le chapitre 3.6 décrit pour quelles raisons cette approche n'est pas idéale pour la gestion des risques financiers.

Mais quelles que soient les conditions des primes, il est difficile de surestimer l'importance de la gestion des défauts de paiement de primes. De nombreux systèmes d'assurance ont échoué dans la mesure où ils fournissaient une couverture sans réellement collecter les primes.

Encadré 27

Tarifs forfaitaires de Shepherd

Lorsque Shepherd a développé son produit d'hospitalisation en collaboration avec United India Insurance Company (UIIC), l'un des points de friction au cours des négociations portait sur les tranches d'âge proposées par l'assureur. UIIC souhaitait initialement proposer une prime inférieure aux membres âgés de 18 à 45 ans et imposer un tarif plus élevé à la tranche d'âge 46 - 60 ans. Selon la coutume, Shepherd a fait cette proposition à ses membres et ils ont exprimé de vives inquiétudes, préférant à la place un tarif uniforme. Et du fait qu'il est très compliqué de déterminer l'âge d'une personne dans les régions rurales de l'Inde et compte tenu des coûts et défis administratifs que représente la répartition des assurés en deux catégories, ce choix a probablement été très judicieux.

Source : d'après Roth et al., 2005.

4 Prestations

Les prestations offertes par le produit d'assurance doivent être essentiellement définies par le biais d'études sur la demande : quels éléments ont besoin d'être couverts ? En règle générale, les prestations de la micro-assurance doivent rester les plus simples possible, et ce pour différentes raisons. Premièrement, les coûts administratifs doivent rester faibles pour maintenir les primes à un niveau bas ; et il est bien plus facile d'atteindre cet objectif si les prestations ne sont pas complexes. Des produits plus complexes peuvent être gérés de manière rentable si l'organisation dispose d'un excellent système d'information et de gestion, domaine dans lequel les micro-assureurs n'excellent pas pour le moment.

Deuxièmement, le marché cible de la micro-assurance est souvent illettré ou sans instruction et n'est pas suffisamment exposé à l'assurance. Des paquets de prestations trop compliqués sont difficiles et longs à expliquer aux clients. En effet, l'une des raisons pour lesquelles les nouveaux produits proposés par ALMAO au Sri Lanka n'ont pas connu le succès est le fait qu'ils sont plus compliqués à expliquer aux clients que l'ancien produit d'assurance obsèques de base.[6] Si un produit ne peut pas être expliqué clairement en

6 Une autre cause de la demande limitée est le coût plus élevé des nouveaux produits du fait qu'ils incluent une composante de valeur accumulative.

quelques phrases, les clients à faible revenu ne le comprendront pas et le produit ne sera pas bien perçu. En définitif, lorsque le paquet de prestations est complexe, les commerciaux ont tendance à omettre de mentionner certaines prestations.

Une autre raison qui explique l'importance de la simplicité du produit est que les nombreuses fantaisies des produits complexes ne sont qu'une façade utilisée à des fins marketing en vue de rendre le produit plus impressionnant. Toutefois, en pratique il n'existe que très peu de demandes pour certaines prestations. Les personnes paient alors pour une prestation dont elles n'ont pas vraiment besoin ou qu'elles ne souhaitent pas. Par exemple, ASA proposait une assurance en partenariat avec Life Insurance Corporation (LIC) d'Inde qui offrait plusieurs prestations *(voir tableau 17)* pour une prime annuelle de 100 Rs. (2,22 $US). Du point de vue d'ASA, le problème provenait du fait que l'assureur ne paierait presque jamais d'indemnités en cas de décès accidentel, car un justificatif complexe était requis pour prouver que le décès était dû à un accident et que quasiment aucun client n'avait formulé de demande d'indemnité pour invalidité. Par conséquent, lorsque ASA a changé de partenaires d'assurance, l'IMF a simplifié les prestations en demandant une couverture en cas de décès, quelle qu'en soit la cause, et aucune indemnité pour invalidité.

Tableau 17

Prestations de Janashree Bima Yojana de la LIC

Événement assuré	*Somme assurée*
Décès naturel	20 000 Rs. (444 $US)
Décès accidentel	50 000 Rs. (1 111 $US)
Invalidité partielle	25 000 Rs. (556 $US)
Invalidité totale	50 000 Rs. (1 111 $US)

Source : Roth et al., 2005.

Lors de la définition des prestations d'assurance, il est important de se demander si les assurés pourront facilement formuler une déclaration de sinistre. Si le client ne peut pas formuler de demande, ou du moins pas facilement, la prestation proposée ne s'avèrera pas particulièrement bénéfique. Cette logique a conduit d'autres établissements à suivre l'exemple d'ASA en écartant la couverture en cas de décès accidentel et les indemnités d'invalidité. Leftley (2005) s'accorde à dire que les indemnités d'invalidité ne doivent pas être incluses dans la micro-assurance : « de nombreux clients ne peuvent formuler une demande d'indemnités d'invalidité car ils ne sont pas en mesure de prouver que cette invalidité n'était pas un état antérieur en raison du manque

de documents médicaux formels. De plus, il est compliqué et rebutant d'expliquer à un nouveau client de l'assurance qu'il recevra 50 % de la somme assurée pour un bras, 25 % pour un œil, etc. »

En revanche, CARD MBA propose des prestations supplémentaires en cas de décès accidentel *(voir tableau 21 ci-dessous)*. Du fait que ce système est propre au membre, ses pairs peuvent plus facilement évaluer si le décès a réellement été accidentel, même sans rapport de police ou du médecin légiste difficiles à obtenir sur les îles des Philippines isolées. CARD MBA suit également une règle très simple en matière de traitement des indemnités : « En cas de doute, il faut payer. » Une telle approche aide à renforcer la confiance que le membre accorde au système.

Même si les prestations doivent être simples et les indemnités faciles à demander, les micro-assureurs doivent également penser à proposer différents niveaux de prestation, permettant au marché à faible revenu de faire l'expérience d'un produit très basique et peu cher. S'ils finissent par croire que l'assurance offre une valeur ajoutée à leur argent, ils pourraient être séduits par des niveaux de prestations plus élevés. Cette gradation établie entre les produits d'entrée de gamme et des prestations plus importantes pourrait être un bon indicateur de la satisfaction et de la loyauté du client (et même un risque d'antisélection !).

4.1 Couverture multirisque ?

En Inde, probablement le marché de la micro-assurance le plus sophistiqué du monde, la tendance est à la couverture multirisque qui inclut un certain nombre de prestations en une seule police d'assurance intégrée. Par exemple, le produit de VimoSEWA couvre le décès, l'hospitalisation et la perte de biens, prestations proposées par deux compagnies d'assurance différentes, combinées en un seul produit complet *(voir tableau 16 du chapitre 2.4)*.

Le tableau 18 résume les prestations d'une police d'assurance proposée par l'UIIC à Shepherd. La prestation principale de ce produit est la couverture en cas d'hospitalisation. Bien que ce produit soit relativement nouveau et dénombre peu de déclarations de sinistre, il est peu probable que de nombreuses demandes soient formulées pour la plupart des autres prestations. Si cela s'avère être le cas, les clients paient alors 20 à 25 % de plus qu'il ne devrait pour la prestation d'hospitalisation. En effet, l'un des problèmes que soulève la couverture multirisque est que les assurés risquent d'acheter des prestations qu'ils ne souhaitent pas (bien que cela ait l'avantage de réduire l'antisélection).

Les raisons de l'existence d'un produit combiné sont qu'il offre un ensemble de protection contre les risques plus complet tout en réduisant les dépenses (c'est-à-dire qu'il serait plus coûteux de vendre trois produits séparés). Le coût marginal de l'ajout de prestations supplémentaires est minimal. En outre, lors de la vente du produit, le commercial peut proposer une solution rentable qui répond aux divers besoins en gestion des risques du marché cible.

L'un des problèmes majeurs de cette approche de couverture multirisque est le manque de transparence. Les clients ne connaîtront jamais la contribution de chaque prestation individuelle par rapport au prix total et ils ne seront jamais autorisés à choisir les prestations spécifiques qu'ils souhaitent. Un autre problème potentiel est que la gestion inadéquate d'une composante du produit risque de ternir la perception du produit complet, du fait que les risques vie et non-vie sont généralement cédés à des compagnies différentes. Par conséquent, si les indemnités de santé ne sont pas versées à temps, par exemple, le paquet complet en sera affecté. L'inverse est également possible : une bonne gestion et une bonne valeur d'une composante peuvent augmenter l'attractivité du paquet complet, entraînant le maintien, au moins temporaire, d'une composante inférieure.

En résumé, cette question reste sans réponse car l'envie de proposer une couverture plus complète entre en conflit avec la raison impérieuse qui impose de garder le produit simple.

Tableau 18

Prestations du système d'assurance UniMicro de l'UIIC

Caractéristique du produit	*Commentaire*
Collective ou individuelle	Collective
Durée	1 an
Conditions d'éligibilité	entre 18 et 60 ans Déclaration de bonne santé
Modèle de distribution	Partenaire-agent avec l'UIIC
Volontaire ou obligatoire	Volontaire
Couverture du produit (indemnités)	15 000 Rs. (333 $US) décès accidentel
	15 000 Rs. (333 $US) invalidité permanente
	250 Rs. (5,55 $US)/mois jusqu'à 750 Rs. max. pour une invalidité temporaire
	50 000 (111 $US) frais d'hospitalisation
	50 000 (111 $US) pour un incendie et risques associés
Principales exclusions	Période d'attente de 30 jours (sauf pour les accidents) ; les exclusions de la couverture d'hospitalisation incluent l'accouchement, les états antérieurs et le VIH/SIDA ; au cours de la première année de couverture, le traitement de la cataracte, l'hystérectomie, la hernie et les maladies congénitales internes ne sont pas remboursées, mais sont couvertes dès la deuxième année
Tarification	Le membre paie 100 Rs. (2,22 $US) ; 84 Rs. (1,87 $US) reviennent au partenaire d'assurance ; 16 Rs sont gardés comme commission (20 Rs. supplémentaires (0,44 $US) sont facturés pour les maisons à toit de chaume)

Source : Roth et al., 2005.

4.2 Prestations familiales

Tandis qu'il peut s'avérer approprié de proposer moins de prestations, il est également (généralement) bienvenu d'avoir plus de personnes couvertes par un produit. Une approche en termes de prestations familiales, qui incluent les conjoints, les personnes à charge voire les parents, crée un certain nombre d'avantages pour les micro-assureurs :

- Une famille est un type de groupe. Par conséquent, la couverture familiale comporte la plupart des avantages de la couverture collective : nombres plus importants, risque plus faible d'antisélection, etc. Le prix pour une unité familiale est généralement plus bas que le montant des primes individuelles.
- La couverture familiale peut avoir un effet de sélection positif en inscrivant intentionnellement des personnes à risque faible. Par exemple, African Life s'est introduit sur le marché d'entrée de gamme des malades du VIH/SIDA en développant un produit dans lequel la famille, plutôt que l'individu, est l'unité assurée.
- La couverture familiale a généralement un effet marketing plus efficace car les déclarations de sinistre sont plus fréquentes et constituent autant d'exemples qui attestent de la valeur de la micro-assurance.
- Les institutions de micro-finance, vigilantes quant à la protection de leur portefeuille de prêts, réalisent que les emprunteurs rencontrent des problèmes de remboursement lorsqu'un décès ou une maladie survient parmi les membres de la famille.
- Si l'objectif qui se cache derrière la micro-assurance consiste à réduire la vulnérabilité des ménages à faible revenu, alors la couverture doit être étendue afin d'inclure tous les membres du foyer.

L'inconvénient des prestations familiales est que certains n'ont pas de famille et que des familles sont plus nombreuses que d'autres. Afin de résoudre le problème de la taille de la famille, les micro-assureurs demandent à l'assuré d'identifier les personnes à charges couvertes par la police ou proposent différents prix pour différentes tailles de ménages. Et pour que les femmes et les enfants ne soient pas exclus, il est préférable de requérir une couverture familiale lorsque cela est possible.

La police d'obsèques d'ALMAO couvre jusqu'à neuf personnes, y compris les parents et les beaux-parents. CARD MBA couvre le conjoint et jusqu'à trois enfants âgés de moins de 21 ans. Les personnes sans enfant peuvent inclure leurs parents. Pour les couples qui ne sont pas mariés légalement, CARD les aide en organisant les mariages (voir encadré 28). Un autre incon-

vénient des prestations familiales est qu'elles sont plus chères en termes absolus (bien que probablement pas en termes de coût par personne), ce qui peut rendre la couverture inaccessible à certains segments de marché.

Encadré 28

Mariages collectifs

CARD MBA requiert des documents légaux prouvant la relation avec les autres membres de la famille bénéficiant de la couverture. Un grand nombre de membres de la MBA n'ont pas encore officialisé leur relation avec leur conjoint, souvent en raison des coûts impliqués. C'est pourquoi la MBA organise occasionnellement des mariages collectifs, sous forme de prestation pour ses membres. Cet événement aide les membres à satisfaire aux exigences de la MBA, place les femmes dans une meilleure position juridique et leur permet d'économiser de l'argent.

Source : d'après McCord et Buczkowski, 2004.

On ne peut pas supposer que tous les ménages sont composés de familles nucléaires avec une mère, un père et deux enfants. En fonction du pays, de nombreux ménages comprennent des familles étendues qui incluent les grands-parents, les nièces, les neveux, les tantes, les enfants d'amis, etc., en particulier dans les régions ravagées par le VIH/SIDA où les grands-mères s'occupent des orphelins. En conséquence, les micro-assureurs doivent être très clairs par rapport aux personnes qu'ils considèrent comme étant à charge en se rapportant aux définitions locales le cas échéant *(voir encadré 29)*.

Encadré 29

Définition de la famille selon l'UHC en Ouganda

Lorsqu'il a été convenu de financer le développement de l'Uganda Health Cooperative, la gestion de Health Partners, un organisme médical privé basé aux États-Unis, pensait que les hypothèses et manières de procéder nord-américaines allaient devoir être adaptées au contexte de l'Ouganda. Une des adaptations qui fut rapidement jugée comme nécessaire était la définition des personnes incluses dans la couverture « famille ». La définition nord-américaine de la famille ne reflétait pas la réalité de vie des assurés ougandais potentiels. L'UHC a alors développé une définition « locale » : « toute personne qui mange dans la même marmite ».

Source : d'après Brown et Churchill, 2000.

Par exemple, TSKI et son partenaire d'assurance Cocolife s'accordent sur le fait que les enfants nés hors des liens du mariage peuvent être inclus dans la police tant qu'ils portent le même nom de famille que le client de TSKI. Les enfants illégitimes portant un autre nom de famille ne peuvent être inclus. Cependant, les enfants issus de précédents mariages et portant des noms différents peuvent être inclus dans la micro-assurance dans la mesure où un document prouve qu'ils sont les enfants biologiques du client. Cet exemple n'est pas nécessairement une bonne ou une mauvaise pratique, mais il illustre les types de questions qui doivent être clarifiées en termes de couverture familiale.

Et identifier à l'avance les personnes à charge éligibles est encore plus important que de les définir. Afin de réduire la fraude concernant les indemnités, chaque personne couverte par la police doit être identifiée individuellement à l'aide de documents officiels (le cas échéant) et/ou de photographies. Il n'est pas suffisant de spécifier les personnes couvertes sans associer cette étape à une identification explicite des personnes supplémentaires. Il est également essentiel de contrôler les entrées et sorties des personnes à charge de la police. Par exemple, les clients peuvent avoir la possibilité d'ajouter les nouveau-nés au contrat au moment de la naissance (ou au cours d'une brève période suivant la naissance) mais pas par la suite. Cela permet de contrôler l'antisélection.

Lors de l'extension de l'assurance-vie aux conjoints, il est important de reconnaître que les hommes présentent souvent des taux de déclarations de sinistre plus élevés. Par exemple, d'après l'expérience d'AIG Ouganda, le taux de demandes des hommes par rapport aux femmes est de 4:1, tandis qu'il n'est que de 3,2:1 chez CARD MBA. Spandana a rapporté une expérience similaire. Plusieurs facteurs sont impliqués : les hommes sont généralement plus vieux que leurs femmes, par exemple, tout en ayant une espérance de vie moins longue. Cependant, un problème de sélection semble également se poser. Dans chacun des cas mentionnés, les femmes sont des emprunteurs qui doivent satisfaire à des critères spécifiques, par ex. être âgées de moins de 55 ans, économiquement actives et acceptées par leur groupe emprunteur. Toutefois, aucune restriction de sélection ou d'âge n'est appliquée aux conjoints, ce qui entraîne un scénario d'antisélection dans lequel les femmes vivant avec un mari malade peuvent rejoindre le système.

4.3 En espèces ou en nature ? Aujourd'hui ou plus tard ?

En ce qui concerne l'assurance maladie, les prestations sont offertes en nature, c'est-à-dire que l'indemnisation est le service de soins de santé, ou un paiement en espèces. Les prestations de soins de santé proposées en espèces sont généralement versées sur la base du remboursement ; l'assuré doit payer les factures puis soumettre les reçus pour remboursement. Un tel arrangement est généralement moins adapté aux clients les plus pauvres qui ne disposent pas de l'argent nécessaire pour payer les factures à l'avance *(voir chapitre 2.1)*.

L'avantage d'une assurance maladie est que les personnes n'ont pas besoin de reporter les soins en attendant de trouver l'argent nécessaire. La plupart des systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté ont recours à un système de paiement au tiers ou non numéraire dans lequel le micro-assureur paie le prestataire des soins de santé de sorte que l'assuré n'a pas besoin d'avancer les dépenses, sauf peut-être pour un ticket modérateur ou un transport (souvent également remboursé par l'assureur). L'assurance maladie basée sur le remboursement est une deuxième meilleure option assez éloignée.

En Géorgie, où Aldagi Insurance travaille en partenariat avec la Fondation Constanta, les assurés reçoivent des espèces à l'hôpital pour pouvoir payer les dessous-de-table nécessaires pour recevoir les soins (ces sommes ne sont pas facturées et ne peuvent donc pas être payées à l'hôpital ou remboursées au bénéficiaire). Bien que cette approche puisse ne pas être recommandée dans d'autres contextes, elle illustre parfaitement l'esprit d'invention requis pour rendre service au marché des personnes à faible revenu.

En ce qui concerne l'assurance-vie, les prestations sont presque toujours payées en espèces, bien qu'il existe un certain nombre d'exceptions intéressantes. La couverture de ServiPerú est payée par le biais de services d'obsèques, qui incluent un cercueil, des fleurs et un corbillard. En réalité, ServiPerú a remarqué que le marché des personnes à faible revenu était plus réceptif aux prestations de service car elles sont plus faciles à comprendre que la mise en commun des risques. L'un des avantages qu'offre l'approche en nature est que l'assureur peut convenir d'une remise en achetant les services funéraires en gros, de sorte que les ménages à faible revenu peuvent retirer une meilleure valeur de leur argent. L'inconvénient est que, lorsqu'un décès survient, la famille doit souvent faire face à d'autres dépenses que les funérailles, et a par conséquent tout autant besoin d'un paiement en espèces.

Un autre facteur à prendre en compte lorsqu'il s'agit de prestations d'assurance-vie est le remboursement. Généralement, après le dépôt d'une décla-

ration de sinistre, le bénéficiaire reçoit un montant forfaitaire et cela s'arrête là. Si un soutien de famille décède, le ménage devra trouver le moyen de remplacer la perte de revenus. Dans de telles circonstances, la prestation d'un montant forfaitaire pourrait rapidement être engloutie. Afin de résoudre ce problème, La Equidad propose plusieurs prestations aux ménages. Outre un paiement en cas de décès ou d'invalidité permanente de l'assuré, son produit *Amparar* (qui signifie protéger en espagnol), proposé aux personnes à faible revenu par le biais de l'IMF Women's World Foundation, offre également un soutien financier qui aide les bénéficiaires à payer les denrées alimentaires et les services publics *(voir tableau 19)*. En échange d'une prime supplémentaire, les assurés peuvent acquérir une clause d'éducation des enfants qui garantit des paiements mensuels supplémentaires pendant deux ans afin de subvenir aux frais de scolarité.

Tableau 19

Prestations du produit de micro-assurance *Amparar* de La Equidad

Couverture ($US)	*Plan 1* *Le plus petit*	*Plan 6* *Le plus grand*
Décès (toutes causes)	1 244	8 292
Invalidité totale et permanente	1 244	8 292
Denrées alimentaires pendant 12 mois	25	104
Services publics pendant 12 mois	12	62
Assistance funérailles (montant forfaitaire)	62	332
En option :		
Dépenses d'éducation des enfants 24 mois	15	75

Remarque : il existe six plans. Seuls le plus petit et le plus grand sont inclus ici.
Source : Almeyda et Jaramillo, 2005.

Le financement de prestations au cours d'une période spécifique consécutive à l'événement assuré semble avoir un impact plus important sur le développement que le paiement d'une somme forfaitaire qui risque d'être dépensée dans un service funéraire élaboré et n'aidera pas le ménage à faire face à la perte de revenus. L'approche des prestations progressives est également adoptée par le produit « Senehasa » d'ALMAO *(voir chapitre 2.4)* et la couverture d'invalidité totale et permanente (ITP) de la CARD MBA, qui prévoit des versements sur une période de 18 mois. L'inconvénient majeur des prestations progressives réside dans les coûts de transaction qu'elles engendrent, en particulier si elles sont versées sous forme de chèques difficiles à encaisser pour les bénéficiaires. Cet inconvénient est surmontable si les indemnités peuvent être directement versées sur un compte épargne, ou à un prestataire de services tel qu'une épicerie ou une entreprise de service public.

4.4 Remboursements

Comme mentionné ci-dessus, l'une des difficultés que présente le marketing de la micro-assurance est de convaincre les clients qu'ils accroissent la valeur de leur argent, même s'ils ne soumettent pas de déclaration de sinistre. Les assurés ont souvent le sentiment que cela ne leur sert à rien lorsqu'ils paient des primes pendant un certain temps sans en retirer de bénéfice, et n'ont pas conscience de l'importance que peut avoir le fait de vivre dans la sécurité et sous protection. Cela s'avère particulièrement vrai lorsque l'assuré devient trop âgé et qu'on l'oblige à abandonner l'assurance.

Afin de tenter de résoudre ce problème, certaines caractéristiques de prestations peuvent être ajoutées aux produits à plus long terme, tels que ceux décrits dans le chapitre 2.2, bien que cela soit susceptible d'introduire des risques de tarification généralement inhérents à la plupart des garanties à long terme *(voir chapitres 3.5 et 3.6)* :

1. Les options de retour sur prime remboursent généralement en intégralité ou en partie les primes payées au bout de plusieurs années d'adhésion, comme cela est requis dans la règlementation de la MBA aux Philippines. Si la durée est suffisamment longue, un faible taux d'intérêt peut également être inclus. Yasiru (Sri Lanka) applique cette méthode en redistribuant 40 % de ses bénéfices aux clients présentant au moins cinq ans d'adhésion en guise de prime de loyauté.

2. L'assurance libérée signifie qu'au bout de plusieurs années de paiements de primes, la couverture peut être prolongée tout au long de la vie sans payer de primes supplémentaires. Le montant de l'assurance peut également être déterminé en fonction de l'âge d'entrée et de sortie de chaque client. Par exemple, avec le produit « Pilisarana » d'ALMAO, les primes sont payées jusqu'aux 60 ans de l'assuré. Les prestations qui surviennent au-delà de cet âge dépendent de l'âge auquel le client a commencé à cotiser au système.

3. Des options d'épargne peuvent être associées au produit et les contributions ainsi remboursées avec des intérêts en fonction des bénéfices nets du portefeuille. Il peut être difficile de commercialiser un taux d'intérêt non garanti, mais cela est possible en ayant recours à des projections hypothétiques.

4. Les assurances mixtes paient une indemnité en espèces garantie, probablement équivalente au montant de la couverture-vie pour une certaine période ou lorsque l'assuré atteint un certain âge.

Ces caractéristiques se révèlent relativement coûteuses et potentiellement risquées pour l'assureur si leur conception n'est pas adaptée, en particulier si les taux d'intérêts sont bas ou en baisse. Même si des primes en espèces récompensant « l'absence de sinistre » ou la persistance peuvent être très attractives pour les clients, tout comme toute autre indemnité, elles doivent être facturées et réduire efficacement la répartition des risques afin de redistribuer les ressources des personnes non affectées par le risque aux personnes affectées. En outre, il convient de veiller à ce que le produit reste simple lors de l'introduction de telles options, et ce afin de préserver son attractivité.

5 Gestion des risques et contrôle des déclarations de sinistre

Dans les domaines de l'assurance maladie et de l'assurance-vie, il est essentiel de concevoir des produits dotés de fonctionnalités de contrôle des déclarations de sinistre et d'antisélection afin de maintenir le système à flot et les primes à un niveau bas. En règle générale, la participation élective, la diversité des populations cibles, la plus grande étendue de couverture et un vaste choix de produits tendent à accroître l'antisélection et nécessitent, par conséquent, des contrôles accrus, en particulier dans les systèmes de plus petite taille.

Le principe de simplicité qui s'applique à la conception et au marketing des prestations, s'applique également à la gestion des risques et au contrôle des déclarations de sinistre. Les assureurs font preuve d'une tendance inhérente à rendre les choses compliquées, tendance que la micro-assurance se doit de limiter. Pour des raisons de gestion des risques, les options du produit ne doivent pas être présentées sous forme de choix mais plutôt de manière prédéfinie et liée aux circonstances qui échappent au contrôle immédiat du demandeur. Par exemple, si le demandeur possède une famille, il doit être amené à prendre l'enveloppe familiale.

Les autres points de contrôle essentiels à prendre en considération sont les déclarations de santé, les tickets modérateurs et les franchises, ainsi que les alternatives de la micro-assurance face aux exclusions.

5.1 Déclarations de santé

Si l'antisélection présente un risque de fort potentiel, le demandeur doit signer une déclaration de bonne santé, approche utilisée par de nombreuses organisations qui proposent une assurance-vie. Cela peut également s'avérer utile pour l'assurance-vie de crédit en vue de décourager les emprunteurs âgés ou malades de tenter d'optimiser le montant du prêt lorsqu'ils sont informés d'une maladie en phase terminale telle que le cancer.

Le fondement d'une déclaration de santé consiste en la déclaration de bon état de santé des demandeurs, et ce selon leur connaissance au moment de la déclaration. Si, par la suite, l'assuré décède et que le micro-assureur peut déterminer qu'il connaissait son état de malade en phase terminale au moment de la déclaration mais a choisi de mentir à ce sujet, le micro-assureur est en droit de rejeter la déclaration de sinistre en se basant sur la fausse déclaration. Ainsi, au lieu de procéder à une sélection onéreuse de tous les demandeurs, l'assureur se concentre sur ses ressources en vue de vérifier un certain nombre de demandes.

La déclaration de santé ne fait pas uniquement office d'outil de rejet des demandes pour le micro-assureur. Elle a également un effet dissuasif sur l'antisélection. Par exemple, si un demandeur de prêt atteint d'une maladie en phase terminale sait que son indemnité d'assurance-vie de crédit est susceptible de lui être refusée à cause de la déclaration, il/elle sera découragé(e) en pensant au fardeau qu'il imposera aux membres survivants de sa famille s'il soumet une demande de prêt.

Dans le domaine des assurances-vie de crédit, les déclarations de santé peuvent être requises pour tous les prêts ou uniquement pour les emprunts de sommes plus importantes. Mais pour des raisons d'efficacité, les systèmes de micro-assurance limitent les contrôles pour les polices de moindre importance et les imposent pour les sommes assurées plus élevées. Si le contrôle est appliqué uniquement aux prêts plus importants, le micro-assureur restera exposé à l'antisélection mais il la supportera afin de réduire les coûts administratifs engendrés par le traitement d'une déclaration pour chaque prêt. Dans ces cas-là, le facteur déclencheur d'une déclaration doit se baser sur le montant total de tous les prêts en cours octroyés à l'emprunteur plutôt que sur chaque prêt individuel.

5.2 Tickets modérateurs et plafonds d'indemnités

Lorsqu'il s'agit de micro-assurance maladie, les franchises et la participation de l'assuré (qui sont d'autres types de tickets modérateurs) et les plafonds d'indemnités constituent d'importants mécanismes de contrôle des déclarations de sinistre. La configuration la plus efficace combine les trois mécanismes. Ainsi, toutes les indemnités inférieures à un certain montant, la franchise, sont payées par l'assuré. Ensuite, l'assuré paie une participation de x % de l'indemnité (ou un montant fixe) qui dépasse la franchise. L'assureur paie la différence jusqu'à un certain montant maximal. Ces mécanismes de contrôle peuvent être appliqués à chaque déclaration de sinistre ou sur une base annuelle.

Ces paiements offrent un double avantage : 1) ils réduisent le montant réel des indemnités versées par l'assureur et, encore plus important, 2) ils permettent de réduire la fréquence des déclarations de sinistre. Par exemple, les assurés sont plus réticents à se rendre à l'hôpital pour des affections mineures s'ils doivent payer une franchise et l'idée de rester hospitalisés plus longtemps que la période nécessaire les décourage si une participation doit être payée au-delà de la franchise.

La franchise comporte un objectif supplémentaire : réduire le fardeau administratif de l'assureur engendré par le traitement de nombreuses petites déclarations de sinistre. Si une franchise est mise en place, l'assureur n'a plus qu'à traiter les demandes qui dépassent la franchise. Et chose intéressante, bien que la participation de l'assuré soit courante dans le domaine de la micro-assurance *(voir tableau 20)*, aucune des études de cas n'a inclus d'organisations comprenant des franchises. Les mutuelles de l'UMSGF avaient initialement recours aux franchises, mais lorsque le réseau a introduit un système de paiement au tiers, dans lequel l'assureur rembourse directement le prestataire de soins de santé, les franchises n'étaient plus jugées nécessaires car les processus administratifs étaient déjà suffisamment simplifiés. Cependant, du point de vue de la tarification, toutes les déclarations de sinistre doivent être codées en SIG, que la franchise soit dépassée ou non et qu'un paiement d'indemnités soit effectué ou non. Cette étape sert à déterminer les vrais taux de morbidité et coûts médicaux *(voir chapitre 3.5)*

Les systèmes de santé qui offrent uniquement des indemnités d'hospitalisation peuvent trouver les tickets modérateurs tout aussi inutiles. Par exemple, Yeshasvini, qui couvre uniquement la chirurgie, ne les requiert pas non plus du fait qu'il suppose que les personnes ne subiront pas de chirurgie si elles n'en ont pas réellement besoin (la chirurgie élective étant exclue). De même, ni VimoSEWA ni Shepherd n'ont de ticket modérateur pour leurs couvertures d'hospitalisation.

Tableau 20

Participation de l'assuré et plafond de paiement des micro-assureurs maladie

Assureur maladie	*Participation de l'assuré*	*Plafonds d'indemnités*
UMSGF	· 0,38 $US pour la consultation externe · aucune pour l'hospitalisation · 30 % pour les premiers soins	aucun
AssEF	30 % des dépenses pour les services de consultation externe et d'hospitalisation	aucun
BRAC MHIB	· 0,03 $US pour les clients de l'IMF · 0,08 $US pour un autre assuré · aucune pour les personnes très pauvres	entre 8,52 $US et 17,04 $US pour chaque incident lorsque les personnes sont soignées en dehors des cliniques BRAC
Grameen Kalyan	· 0,09 $US pour les clients de l'IMF · 0,17 $US pour les non clients · 0,85 $US pour les personnes non assurées	34,08 $US pour l'hospitalisation due à des complications lors de la grossesse, et à 17,04 $US pour l'hospitalisation due à d'autres complications
Yeshasvini	Aucune	4 545 $US par an, ce qui couvre deux des opérations les plus chères et plusieurs opérations plus petites
ServiPerú	· 1,43 $US par consultation (sauf pour les rayons X, l'assuré paie 50 % des coûts). · 11,43 $US par service d'urgence. · 10 % des dépenses de soins de santé en cas d'accident et des soins hospitaliers suite à une maladie ou un accident.	aucun

Le montant des tickets modérateurs doit être déterminé avec soin. S'il est trop élevé, alors l'assuré aura tendance à attendre trop longtemps pour suivre un traitement, voire à ne pas en suivre du tout, ce qui pourrait provoquer la détérioration de son état et une maladie plus grave, entraînant ainsi le versement d'une indemnité plus importante voire le décès. Lors de l'étude des tickets modérateurs (ou des franchises), les micro-assureurs doivent garder à l'esprit les tickets modérateurs « explicites », par exemple les coûts du voyage

pour accéder à des services de soins de santé ou les pertes de revenu dues à l'absence au travail, ce qui peut avoir un effet dissuasif par rapport aux déclarations de sinistre inutiles.

Un autre facteur à prendre en compte lorsqu'il s'agit de tickets modérateurs est la présence d'une infrastructure nécessaire pour accepter les paiements en espèces. Par exemple, trois des quatre systèmes gouvernementaux étudiés en Amérique latine excluent également les tickets modérateurs du fait que des transactions financières ouvrent la voie à la fraude (Holst, 2005a).

En matière d'assurance maladie, plusieurs organisations contrôlent les indemnités en instituant un montant d'indemnité maximal par année ou par hospitalisation, ou en limitant le nombre d'hospitalisations par an. BRAC et Grameen Kalyan appliquent ces limites lorsque les titulaires de carte doivent être envoyés auprès d'autres fournisseurs de soins de santé, mais ils ne limitent pas le montant des soins pratiqués dans leurs propres cliniques. Yeshasvini Trust a défini un montant maximal d'indemnités pouvant être versé au cours d'une année calendaire (4 545 $US). Ces contrôles protègent la viabilité du système, surtout du fait que les systèmes ne possèdent pas de réassurance, mais les limites ne peuvent pas être trop basses, au risque d'amoindrir l'utilité de la couverture d'assurance.

5.3 Alternatives aux exclusions

Les assureurs peuvent avoir recours aux exclusions pour un certain nombre de raisons :

- Contrôle de l'antisélection (par ex. exclusions d'états antérieurs)
- Réduction du risque moral (par ex. exclusions des suicides)
- Réduction du coût de l'assurance en supprimant les déclarations de sinistre à fréquence élevée ou courantes et en ciblant uniquement des causes spécifiques de demandes (par ex. couverture des accidents uniquement qui exclut le décès suite à une maladie)
- Contrôle du risque de covariance ou de catastrophe (par ex. exclusions des guerres, émeutes ou catastrophes climatiques)
- Réduction de la portée de la souscription initiale (par ex. exclusions VIH/SIDA d'un an appliquées à l'assurance-vie afin de supprimer la nécessité d'un test)

Comme évoqué ci-dessus, les micro-assureurs peuvent adopter une approche différente des assureurs traditionnels en ce qui concerne les exclusions. Alors que l'exclusion du risque moral se justifie quel que soit le type d'assurance, un micro-assureur peut autoriser des conditions généralement

exclues pour le risque de covariance et certains risques d'antisélection dans un esprit de protection sociale.

Lorsque les risques de covariance sont pris en charge, il est essentiel de créer des stratégies appropriées d'atténuation des risques, telles que la réassurance ou le soutien de bailleurs de fonds sous forme de garanties. Sinon, l'élimination de l'exclusion de la catastrophe aura pour unique conséquence la faillite du système en cas de catastrophe, ce qui ne bénéficiera à personne.

Mais l'argument qui s'oppose aux exclusions des états antérieurs n'est pas aussi clair. Si un micro-assureur propose une assurance individuelle volontaire, les personnes à haut risque sont plus susceptibles de la souscrire ; si seules des personnes à haut risque participent au système, l'assureur ne peut pas regrouper efficacement les risques. Toutefois, dans le cadre d'une couverture collective obligatoire, ou si le micro-assureur attire d'importants volumes d'assurés, la couverture peut être plus large en ce qui concerne les états antérieurs. Ce risque supplémentaire est plus élevé lors du lancement du produit. Si les taux de renouvellement/persistance restent élevés au fur et à mesure du développement du système, le risque associé aux états antérieurs devient de plus en plus gérable du fait que les nouveaux assurés représentent une faible proportion par rapport à l'ensemble du portefeuille. Il peut s'avérer judicieux de financer ce risque au démarrage par le biais de soutiens de bailleurs de fonds pouvant être modérés à mesure que le système emprunte la voie de la pérennité.

Une alternative favorable à la micro-assurance face aux exclusions est la période d'attente qui empêche les assurés d'accéder à certaines indemnités au cours d'une période donnée consécutive à leur adhésion. Par exemple, en Afrique du Sud, l'antisélection liée au VIH/SIDA est gérée à l'aide de périodes d'attente pour accident uniquement qui s'étendent de six mois à un an pour les polices d'assurance-vie soutenant des emprunts de ménages à faible revenu. Une période d'attente a essentiellement le même effet que l'exclusion des états antérieurs, sauf que l'assureur n'a pas besoin d'encourir les coûts de vérification des déclarations de sinistre. Si l'événement assuré survient au cours de la période d'attente, la déclaration de sinistre est rejetée ; l'assureur n'a pas besoin de vérifier auprès des médecins et d'étudier les documents médicaux pour déterminer si l'assuré présentait déjà le problème en question, comme c'est le cas pour les exclusions des états antérieurs.

Une autre alternative aux exclusions, qui est plus en accord avec l'esprit de la micro-assurance, consiste à proposer des **prestations progressives** avec un montant qui augmente progressivement. Par exemple, si l'événement assuré survient au cours de la première année, l'indemnité est de moindre importance. Mais s'il survient au-delà de la première année, l'indemnité est plus importante. Une telle approche représente une méthode efficace de contrôle de l'antisélection, tout en créant un système de micro-assurance équitable qui

encourage la participation à long terme et le renouvellement. La CARD MBA a adopté cette approche de prestations progressives, comme illustré dans le tableau 21.

Tableau 21

Montants des prestations chez CARD MBA

Durée de l'adhésion ($US)	*Cause du décès*	*Membre* ($US)	*Conjoint légal et personnes à charge*
Moins d'un an	État antérieur ou événement au cours de la période de contestabilité	18	–
Moins d'un an	Non-accidentel	55	55
Moins d'un an	Accident	182	55
1-2 ans	Non-accidentel	55	55
1-2 ans	Accident	236	55
2-3 ans	Non-accidentel	302	110
2-3 ans	Accident	575	110
Au-delà de 3 ans	Non-accidentel	302	110
Au-delà de 3 ans	Accident	665	110

Source : McCord et Buczkowski, 2004.

5.4 Lutte contre la fraude

Un composant final et critique de la conception de produit et de la gestion des risques de la micro-assurance est la mise en place d'un système visant à empêcher les déclarations de sinistre frauduleuses. Les produits doivent être conçus de manière à soutenir la couverture et la validation des déclarations de sinistre en présentant des critères objectifs clairs. Une méthode de mise en œuvre de contrôles de lutte contre la fraude rentables dans les systèmes de micro-assurance consiste à se servir de leurs relations avec les structures communautaires.

De plus, les besoins en rentabilité doivent être pris en compte aussi bien du côté de l'assureur que de l'assuré. Si avoir sous les yeux le certificat de décès implique deux ou trois trajets de 10 kilomètres, des frais non officiels et un mois d'attente, cela est-il réellement nécessaire si l'agent assiste aux funérailles de l'assuré ?

6 Conclusions

Ce chapitre délivre les principaux messages suivants :

- La conception du produit de micro-assurance doit trouver un juste équilibre entre un groupe cible étendu, des prestations adaptées, des taux de prime faibles et une certaine pérennité (ou rentabilité ciblée).
- Les produits doivent être adaptés aux besoins et préférences des clients.
- Le prix abordable et les caractéristiques de conception du produit doivent être considérés conjointement.
- La micro-assurance se révèle relativement simple si le marché cible est un groupe bien organisé ; elle doit faire face à d'importants défis lorsqu'elle tente de rendre service à des individus non organisés.
- La couverture collective s'avère généralement plus appropriée pour la micro-assurance du fait qu'elle réduit les coûts administratifs, ce qui permet de baisser les primes.
- La couverture obligatoire offre des avantages considérables, ses inconvénients pouvant être réduits par des efforts marketing et d'éducation, et certains choix à effectuer pour les paquets de prestations.
- L'assurance à court terme est généralement plus adaptée au marché des personnes à faible revenu.
- Le marché très hétérogène des personnes à faible revenu préfère une diversité de fréquences et de mécanismes de paiement des primes.
- Il est conseillé de limiter les prestations aux risques assurables les plus importants.
- La répartition des prestations de l'assurance-vie sur une certaine période peut s'avérer avantageuse pour les deux parties dans la mesure où les coûts de transaction peuvent être réduits.
- Si les assurés ne sont pas en mesure de soumettre facilement une déclaration de sinistre, la police d'assurance n'est pas bénéfique.
- Les franchises, tickets modérateurs et autres limites de prestations représentent des mécanismes importants de contrôle des déclarations de sinistre pour les systèmes d'assurance maladie.
- Les caractéristiques de conception du produit telles que les périodes d'attente et les prestations progressives permettent aux systèmes de micro-assurance d'inclure les personnes à haut risque sans encourir de coûts supplémentaires de sélection.

3.2 Marketing de la micro-assurance

Craig Churchill et Monique Cohen

Les auteurs remercient Herbert Meister (Munich Ré), Dirk Reinhard (Fondation Munich Ré) et Tamsin Wilson (MicroInsurance Centre) pour leurs commentaires sur ce chapitre.

Lorsqu'elle est bien conçue, la micro-assurance peut devenir un précieux outil financier pour les clients à faible revenu. Pourtant, un système de micro-assurance doté d'un produit solide échouerait en l'absence d'une campagne marketing efficace. Lorsque l'on aborde le thème de l'assurance, les personnes à faible revenu expriment souvent leur ignorance ou le sentiment que ce produit est réservé aux personnes riches. L'un des principaux obstacles que rencontre le marketing d'assurance face aux communautés les plus pauvres est le manque de distinction entre la micro-assurance et les produits d'assurance conventionnels. La mentalité qui consiste à croire que l'assurance est réservée aux plus riches persistera tant que les micro-assureurs ne parviendront pas à différencier leur produit sur le marché de manière appropriée.

Le marketing de l'assurance auprès des populations pauvres doit relever bien d'autres défis. Si les populations ont eu accès à l'assurance conventionnelle (ou connaissent des personnes ayant bénéficié d'une assurance), l'expérience s'est souvent révélée négative, entachée par des retards de traitement des déclarations de sinistre, des rejets et de défauts de paiement des polices, autant de caractéristiques que le produit de micro-assurance doit éviter à tout prix. Les faibles niveaux d'alphabétisation des clients potentiels compliquent davantage encore le marketing du produit.

La plupart des personnes, qu'elles soient riches ou pauvres, n'aiment pas acheter une assurance car elles ne souhaitent pas envisager les risques potentiels ou la survenue possible de catastrophes. Nombre d'entre elles rejettent l'idée d'acheter une certaine tranquillité d'esprit et ont le sentiment que la dépense est synonyme de gaspillage si l'événement assuré ne se produit pas. Toutefois, cette idée est encore plus difficile à gérer chez les personnes les plus modestes qui vivent au jour le jour sans prévoir l'avenir et ne disposent pas d'un excédent d'argent à dépenser.

Ce chapitre se divise en quatre parties. La première partie résume les principaux messages marketing couramment véhiculés par les micro-assureurs.

La deuxième partie passe en revue les techniques utilisées pour véhiculer ces messages. La troisième partie aborde l'importance marketing du service après-vente tandis que la dernière évoque les répercussions marketing de l'assurance obligatoire.

1 Principaux messages marketing

La première étape de conception d'une stratégie marketing consiste à déterminer les cibles que le micro-assureur tente d'atteindre, ainsi que leur degré d'alphabétisation et leur niveau de revenus. L'une des leçons fondamentales qui ressort de l'ICMIF (2005) est que les micro-assureurs ne doivent pas essayer de toucher un trop grand nombre de segments de marché différents car cela nécessite une vaste gamme de produits et les canaux marketing associés, ce qui risque d'accroître considérablement les coûts d'exploitation.

Une fois le marché cible identifié, l'étape suivante consiste à définir les principaux messages que les micro-assureurs souhaitent véhiculer. Pour ce faire, il convient de prendre en considération les arguments anti-assurance que le marché cible risque d'opposer, puis d'élaborer des messages visant à contrer ces arguments. Quatre messages marketing principaux émergent des études de cas existantes : protection, solidarité, optimisme et confiance. Malheureusement, compte tenu des données disponibles, il est impossible d'évaluer leur efficacité relative. Cette partie se contente donc de décrire les messages marketing les plus courants.

1.1 Protection

L'un des principaux messages marketing véhiculés par les micro-assureurs consiste à rappeler aux ménages à faible revenu qu'ils sont vulnérables, que les personnes comme elles courent des risques à tout moment et qu'elles seront encore moins bien pourvues si elles ne disposent pas d'un moyen efficace pour gérer ces risques. Cette approche émotionnelle s'appuie souvent fortement sur des **témoignages** de personnes ayant bénéficié d'une assurance et ayant réussi à survivre à une crise tout comme sur des témoignages négatifs de personnes n'ayant pas eu de protection et ayant souffert.

Delta Life (Bangladesh) utilise cette approche dans le cadre de son nouveau produit d'assurance mixte de mariage qui est censé profiter à la fille du titulaire de contrat lorsque celle-ci atteint l'âge de 18 ans, soit sous forme d'épargne, soit, si l'assuré décède au cours de la période d'assurance, sous forme d'indemnités d'assurance. Dans la brochure du produit *(voir illustration 10)*, on peut voir la future mariée en train de pleurer, même si elle va avoir un beau mariage, parce que son père ou sa mère ne sera pas là pour partager sa joie.

Illustration 10

Plan d'assurance du mariage de la fille : Delta Life

Source : Delta Life Insurance Company Limited, Bangladesh

1.2 Solidarité

Alors que le message de protection est relativement similaire pour l'assurance et la micro-assurance, certains micro-assureurs mettent également l'accent sur la solidarité comme message marketing principal. Ce message s'appuie sur des mécanismes d'auto-assistance informels auxquels les personnes sont habituées afin de rendre l'assurance et la mise en commun des risques plus compréhensibles sur le marché des personnes illettrées. Voici un exemple :

- **VimoSEWA (Inde) :** « Tout le monde contribue à une cagnotte commune ; ceux qui doivent faire face aux risques prévus peuvent piocher dans cette cagnotte selon les règles et réglementations décidées par tous. »
- **AssEF (Bénin) :** « Organisme de mutuelle santé ! Très forte adhésion + paiement régulier des primes = une bonne santé pour tous. Gestion des risques et solidarité pour une meilleure santé. »
- **Yeshasvini (Inde) :** « Un pour tous et tous pour un » *(voir illustration 11)*.

Illustration 11 **Brochure marketing : Yeshasvini**

Le message de solidarité est plus courant, et probablement plus efficace, lorsque les titulaires de contrat sont impliqués dans la conception des prestations et procédures. Ce message revêt une importance toute particulière quand il s'agit d'éviter la confusion souvent constatée lorsque l'assurance arrive à son terme et que les clients qui n'ont pas subi l'événement assuré souhaitent recevoir quelque chose en retour. Le défi consiste à aider les ménages à revenu faible à comprendre dès le départ que l'assurance requiert une certaine solidarité et que même s'ils n'en retirent aucun bénéfice cette année, ils pourraient en profiter dans le futur, comme ils l'ont permis à bien d'autres.

1.3 Optimisme

Plusieurs micro-assureurs reconnaissent qu'ils ont besoin d'insuffler de l'optimisme dans leurs messages marketing car l'approche « morosité et fatalisme » peut renforcer le sentiment négatif que l'assurance suscite chez les consommateurs les plus pauvres. Cette approche positive est parfaitement illustrée par le contraste que crée la petite fille souriante figurant sur la brochure de TUW SKOK *(illustration 12)* par rapport à la future mariée en pleurs de Delta Life.

Illustration 12 **Brochure épargne garantie : TUW SKOK**

Traduction :

- Un compte épargne systématiquement assuré
- Taux d'intérêt élevé
- Pas réservé aux riches
- Sentiment de sécurité
- Avenir assuré

Cette approche optimiste est probablement la plus facile avec des polices d'assurance mixtes et d'assurance-vie à valeur accumulative. Ce message peut se concentrer sur le montant des économies que l'on peut retirer au terme de l'assurance, ou sur les fins auxquelles cet argent peut être utilisé, comme par exemple la construction d'une maison, l'envoi d'un enfant à l'école ou l'organisation d'un mariage, au lieu de mettre l'accent sur la somme assurée que le bénéficiaire reçoit au décès du titulaire du contrat.

L'approche positive de l'assurance maladie est axée sur le fait de garder les personnes en bonne santé, plutôt que sur les maladies et les traitements médicaux. Il est même possible de présenter l'assurance-vie à terme sous un angle positif, en associant la couverture, qui s'avère relativement peu chère, à une dépense superflue courante. Cette même idée ressort du slogan pour un système d'assurance maladie en Inde, « Pour une roupie par jour », ce système coûtant 365 Rs. par an par personne.[1]

1.4 Confiance

L'un des problèmes que rencontre la vente d'assurance est que les assurés ne savent pas si l'assureur honorera ses engagements en cas de déclaration de sinistre. Le marché perçoit souvent les assureurs comme étant très prompts à encaisser leur argent, mais très lents à effectuer des versements. Les personnes à faible revenu sont particulièrement sensibles aux systèmes frauduleux qui, dans certaines régions, ont ébranlé la crédibilité des assureurs légaux. Et même avec des compagnies d'assurance respectables, le marché des personnes à faible revenu tend à faire l'objet d'un nombre disproportionné de retards et de rejets de déclarations de sinistre. Cela est en partie dû au fait que les plus pauvres ne constituent pas une base clientèle puissante ou influente, de sorte que les assureurs ne s'efforcent pas de les satisfaire pleinement.

Les micro-assureurs doivent trouver des moyens de convaincre le marché cible qu'ils sont réellement dignes de confiance. Les assureurs conventionnels tentent généralement d'établir d'importants sièges bien visibles pour donner l'impression qu'ils représentent une compagnie importante et stable. Ces sièges, situés au cœur des villes, sont souvent très éloignés des régions dans

[1] Ce système du secteur public, Universal Health Insurance, n'a pas touché autant de personnes que prévu, mais il est impossible de déterminer si le problème provient de la campagne de marketing, de la conception du produit ou du mécanisme de distribution, voire d'une combinaison des trois. Le produit est encore moins cher pour les familles vivant en-dessous du seuil de pauvreté qui bénéficient d'une subvention annuelle du gouvernement central s'élevant à 200 Rs. (4,60 $US) par personne, et jusqu'à 400 Rs. (9,10 $US) pour une famille de sept personnes. À la fin du mois de mars 2004, 471 000 familles étaient couvertes (Radermacher et al., 2005b).

lesquelles les personnes les plus pauvres vivent. Cette stratégie ne s'avère donc pas très utile pour le marché des personnes à faible revenu. Dans le cadre de la micro-assurance, la méthode la plus efficace pour véhiculer ce message consiste à appliquer une stratégie de marque, en associant l'assureur à quelque chose qui inspire la confiance auprès des populations les plus pauvres. Voici un exemple :

- Le logo de TUW SKOK (Pologne) ressemble aux logos des unions de crédit avec lesquelles elle travaille, et ce afin de créer un lien entre la confiance que les membres accordent à leurs unions de crédit et la compagnie d'assurance de ces mêmes unions.
- SEWA bénéficie d'une image puissante et de confiance parmi les femmes de l'économie informelle, ce qui a considérablement contribué au développement de VimoSEWA. Même après des périodes très difficiles, telles que le tremblement de terre du Gujarat ayant entraîné une vaste vague de déclarations de sinistre qui dépassait la capacité du micro-assureur et des délais de paiement des indemnités qui excédaient les trois mois, les membres ont accordé à VimoSEWA une certaine marge de manœuvre qui n'aurait pas été octroyée à la plupart des organisations.
- Lorsque AIG s'est introduite sur le marché indien, la compagnie a eu la chance de lancer une joint-venture avec le groupe de compagnies Tata, l'un des conglomérats industriels indiens les plus respectés et dignes de confiance. Et lorsque Tata-AIG a fait son entrée sur le marché des personnes à faible revenu, le groupe a exploité la marque Tata : les agents chargés de vendre la micro-assurance affirmaient à leurs clients potentiels qu'un groupe d'une telle importance n'aurait aucun intérêt à voler leurs primes d'un montant minuscule (en termes relatifs). En outre, sa collaboration avec les ONG locales a permis d'asseoir sa crédibilité locale.

2 Techniques marketing

Les micro-assureurs ont recours à diverses techniques marketing pour véhiculer ces messages. Avant d'arriver à la signature du contrat et au paiement des primes par les clients, les responsables marketing doivent passer par trois étapes *(illustration 13)*. Tout d'abord, ils doivent sensibiliser les populations à la micro-assurance et à ses prestataires. Ensuite, ils doivent aider le marché à comprendre les produits, ainsi que les coûts et les avantages. Pour finir, ils doivent convertir le marché en matérialisant la sensibilité suscitée et la compréhension en une vente.

Illustration 13

Processus marketing en trois étapes

2.1 Développer la sensibilisation

Sensibiliser le client à l'importance de l'assurance comporte deux aspects : a) une connaissance générale de l'assurance et b) une familiarité spécifique avec un prestataire d'assurance. Les expériences des micro-assureurs révèlent que l'aspect général retient nettement moins l'attention que l'aspect spécifique. Peu de micro-assureurs utilisent des techniques de marketing social pour :

- informer plus largement leurs clients sur l'assurance,
- décrire dans quelle mesure elle fait partie de mécanismes de gestion des risques bien plus étendus et
- illustrer les avantages et inconvénients que présente l'assurance par rapport à d'autres moyens de gestion des risques (par ex. l'épargne ou le crédit).

L'unique exemple de développement d'une sensibilité générale qui ressort des études de cas est celui de Tata-AIG qui a édité des brochures expliquant l'assurance sans réellement mentionner l'assureur ou son produit. La documentation a été distribuée par les ONG partenaires et leur crédibilité sur le marché des personnes à faible revenu a permis d'améliorer la réputation de l'assurance et d'en faire un service viable pour les plus pauvres. Il semblerait toutefois que la réussite de cette approche puisse être limitée par les niveaux d'alphabétisation des assurés potentiels.

Deux raisons principales expliquent pourquoi la sensibilisation générale n'est pas plus répandue dans le domaine de la micro-assurance. Premièrement, les principaux assureurs ont tout intérêt à ce que leurs clients comprennent leurs produits mais gardent une connaissance limitée du secteur en général. Deuxièmement, les campagnes de sensibilisation à l'assurance généralisées peuvent tout aussi bien profiter à d'autres prestataires d'assurance, de sorte que les assureurs individuels sont moins enclins à prendre une telle initiative. En effet, dans la mesure où la sensibilisation générale constitue un bien public, le gouvernement ou une association industrielle peut bénéficier d'une meilleure position pour lancer des campagnes informatives, comme c'est le cas en Afrique du Sud (voir encadré 30). C'est également un domaine dans lequel des bailleurs de fonds peuvent apporter des contributions utiles.

Encadré 30

Développer la sensibilisation : l'expérience de la South African Insurance Association

Dans le cadre d'une charte industrielle, les assureurs sud-africains se sont mis d'accord pour allouer des ressources à la distribution des produits d'assurance aux ménages à faible revenu. Ils ont également apporté leur contribution, à hauteur de 0,2 % des bénéfices nets, à l'éducation financière. Les membres de la South African Insurance Association (SAIA) et les prestataires de produits d'assurance non-vie et à court terme ont décidé conjointement d'offrir un programme d'éducation pour les consommateurs qui regroupe les sept thèmes suivants : gestion de l'argent, budgétisation, dette, épargne, opérations bancaires, assurance-vie et à court terme ainsi que droits et responsabilités du consommateur. Et afin de sensibiliser la population, SAIA a lancé trois activités :

1. Développement d'un kit de ressources pour enseignant destiné aux étudiants du secondaire.
2. Atelier d'éducation financière d'un jour dans les zones rurales. Aujourd'hui, plus de 10 000 personnes ont suivi cette formation.
3. Réseau pendulaire : avec 17,5 millions de gens effectuant chaque jour la navette, cette population a été désignée comme un groupe cible prioritaire. Plusieurs initiatives ont vu le jour :
   – des écrans de télévision ont été installés dans les stations de taxi et diffusent des spots TV sur les sept thèmes énoncés ci-dessus ;
   – des stations de radio proposent une formation interactive ;
   – 25 000 cassettes diffusant de la musique et des messages d'éducation financière ont été distribuées dans les stations de taxis tout comme
   – des bandes dessinées d'éducation financière.

Source : d'après le site Web de la SAIA.

Il est plus courant de sensibiliser la population à des prestataires de micro-assurance spécifiques que de promouvoir des informations générales sur l'assurance. Les trois approches les plus courantes ont recours à la stratégie de marque, aux relations publiques et aux campagnes de prévention :

- La stratégie de marque représente un moyen efficace de faire connaître une organisation sur un marché. Pour promouvoir leur marque, les micro-assureurs ont tendance à utiliser des panneaux publicitaires placés devant leurs bureaux ou sur des panneaux d'affichage et qui renvoient à des couleurs facilement identifiables et parfois à un symbole. Un autre composant de la marque est le slogan utilisé sur les supports marketing pour véhiculer un message général sur l'organisation aux clients et clients potentiels. Par exemple, les supports de Delta arboraient le slogan « Delta Life, Prosperous Life » (La vie Delta, la vie prospère), tandis que ceux de Tata-AIG scandaient « A New Look at Life » (Un nouveau regard sur la vie). Une stratégie de marque simple qui utilise des illustrations ou des images constitue une méthode efficace pour véhiculer un message marketing au sein des segments de marchés instruits comme au sein des segments illettrés.
- La plupart des micro-assureurs sont engagés, d'une manière ou d'une autre, dans les **relations publiques**. L'action de relations publiques la plus répandue auprès des prestataires d'assurance-vie consiste à organiser des cérémonies de remise d'indemnités au cours desquelles un bénéficiaire reçoit un paiement d'assurance lors d'un événement public. Les micro-assureurs plus importants sont également engagés dans le sponsoring associatif. Par exemple, TUW SKOK soutient une équipe de jeunes footballeurs et une compétition annuelle de peintures et de dessins d'enfants, autant d'événements informels qui servent à promouvoir l'image de TUW SKOK en tant qu'institution ancrée dans la communauté. Spandana (Inde) utilise une partie de l'excédent généré par son système d'assurance pour financer des bourses d'études. Ces types de programmes attestent de l'engagement des organisations au sein de la communauté de manière tangible sans avoir recours à des brochures imprimées sur papier brillant et des distributions de masse.
- Comme décrit au chapitre 3.9, les **campagnes de prévention** peuvent également sensibiliser la population au travail des micro-assureurs. Shepherd (Inde) dirige des centres de soins pour bétail, en partie financés par un excédent dégagé sur chaque police d'assurance, afin de promouvoir leur propre entretien des animaux et également d'offrir une vaccination et une vermifugation gratuites. Ces centres sont ouverts au grand public et ne sont pas réservés aux membres. Outre leurs objectifs préventifs, les centres servent également d'outil marketing. De la même manière, ServiPerú possède des unités médicales mobiles qui rendent visite aux coopératives et autres groupes d'af-

finité pour proposer des consultations médicales gratuites. Et parallèlement à ces équipements mobiles, un kiosque fait la promotion de ses services d'assurance. BRAC MHIB et Grameen Kalyan (GK), toutes deux établies au Bangladesh, participent à des campagnes de vaccination gouvernementales. Les administrations de santé publique proposent des vaccins gratuits et une petite contribution afin de couvrir les coûts de publicité de la campagne. Une telle participation renforce le propre programme de prévention du micro-assureur et améliore son image.

Développer la sensibilisation au sein du modèle communautaire (chapitre 4.3) est légèrement différent du fait que le micro-assureur ne se contente pas de demander à ses clients potentiels d'acheter une assurance, mais il les invite à participer à la conception et à la gestion du système de santé *(voir encadré 31)*.

Encadré 31

Stratégie marketing à trois niveaux de l'UMSGF

Au sein d'un modèle communautaire, le marketing implique bien plus que de simplement tenter de convaincre quelqu'un de signer un contrat et de payer une prime. Il est nécessaire de travailler avec la communauté afin de l'aider à aboutir à la conclusion qu'un travail en groupe lui permettra de résoudre de manière collective les problèmes individuels. Dans le cas de l'UMSGF de Guinée, qui promeut les mutuelles de santé, le problème qu'elle tente de résoudre est le prix abordable de l'accès aux soins de santé.

L'UMSGF utilise une stratégie marketing sur trois niveaux pour mettre en action la communauté et l'impliquer dans la création de mutuelles de santé ou MHO :

Le **premier niveau** est celui de la communauté où les promoteurs proposent des représentations du problème et des solutions possibles et tentent de susciter l'intérêt pour l'assurance. Ce niveau est apparenté à la sensibilisation générale.

Le **deuxième niveau** comprend deux approches de niveau de groupe, toutes deux visant à expliquer le fonctionnement de l'assurance maladie un peu plus en détails. Avec la première approche, les promoteurs rencontrent des groupes existants, les ROSCA ou tontines, associations religieuses, groupes de femmes, associations professionnelles, etc., afin de voir s'ils souhaitent former un MHO. Dans le cadre de la deuxième approche, les promoteurs encouragent les individus qui souhaitent bénéficier d'une assurance maladie à créer leur propre groupe mutuel avec d'autres personnes de confiance. Le cas échéant, l'objectif consiste à travailler avec les groupes sociaux de la communauté, qu'ils soient préexistants ou organisés autour des

activités des mutuelles de santé. Ainsi, ils se greffent sur une infrastructure et une direction existantes.

Le **troisième niveau** représente les ménages individuels, en commençant par les personnes que les organisateurs ont identifiées comme leaders d'opinion. Certaines personnes sont mal à l'aise à l'idée d'évoquer des questions personnelles, qui touchent par exemple à leurs besoins spécifiques en matière de santé, devant d'autres personnes. Par conséquent, les organisateurs doivent compléter les réunions de groupe par des discussions au sein du ménage. Une fois quelques personnes d'influence converties, les promoteurs peuvent amener ces leaders de la communauté à persuader leurs voisins de participer au système.

Source : d'après Galland, 2005a.

2.2 Accroître la compréhension

Lorsque le marché est sensibilisé de manière générale à l'assurance et familiarisé avec le prestataire d'assurance, l'étape suivante dans le processus marketing consiste à approfondir sa compréhension des produits spécifiques disponibles, à savoir les caractéristiques du produit et les coûts et avantages de l'assurance par rapport à d'autres stratégies de gestion des risques. Cela nécessite une formation à l'assurance qui se révèle particulièrement difficile sur les marchés présentant de faibles niveaux d'alphabétisation.

En définitive, on pourrait espérer que la formation entraînerait des modifications en termes de connaissances, compétences et attitudes et finalement l'adoption de la micro-assurance par le marché cible. Malheureusement, les prestataires de micro-assurance ont tendance à se limiter à la diffusion d'informations plutôt que d'organiser de réelles formations. On peut toutefois noter quelques exceptions notables. La BRAC a été l'une des premières à utiliser le **théâtre de rue** pour informer les groupes cibles des bénéfices de la micro-assurance maladie. Depuis 1998, le Programme de développement social de la BRAC produit des pièces pour illustrer les pratiques injustes, illicites et abusives de la société tout en préservant la riche tradition du théâtre local et des chansons populaires au Bangladesh. Les participants sont sélectionnés parmi les clients de l'IMF et reçoivent une formation intensive de 10 jours au théâtre rural. Pendant les trois derniers jours de formation, les participants se rendent dans plusieurs villages pour recueillir des histoires vraies qui reflètent les problèmes sociaux cruciaux. De telles méthodes promeuvent le système d'assurance maladie en dressant la liste des avantages qu'il offre en cas de problème de santé.

La **vidéo** constitue une version moderne du théâtre populaire ; utilisée par les organisations telles que Tata-AIG pour aider les clients potentiels à comprendre le fonctionnement de l'assurance et les raisons pour lesquelles ils doivent en acquérir une. Contrairement au théâtre de rue, l'approche par la vidéo n'offre pas l'avantage d'impliquer les participants dans le processus de diffusion du message, mais en Inde, les films de style Bollywood peuvent avoir un puissant impact sur le public cible. Tata-AIG diffuse les vidéos via des camionnettes portant le nom de la marque et une fois le film terminé, les micro-agents peuvent répondre aux questions et recueillir les souscriptions des assurés.

Les stratégies de formation rudimentaires peuvent également s'avérer efficaces si elles tiennent compte du niveau d'éducation du marché cible. L'une des techniques marketing qui semble la plus répandue est l'utilisation de **présentations en images**, plébiscitée par BRAC MHIB, AssEF et bien d'autres, pour illustrer le fonctionnement de l'assurance. Un tableau chevalet illustré constitue un support visuel qui permet de standardiser la diffusion des principaux messages et d'augmenter la probabilité que ces messages soient compris par le public. De plus, cette approche reste interactive et permet aux potentiels assurés de poser des questions.

Les niveaux d'alphabétisation dans une communauté donnée doivent influencer la conception d'une campagne de formation. Lors de la définition de la profondeur et de la largeur de son marché, un micro-assureur doit savoir si les clients potentiels sont instruits ou non. S'ils sont illettrés, les micro-assureurs doivent fournir les informations nécessaires relatives à la micro-assurance en général et aux produits spécifiques proposés, sans trop s'appuyer sur une communication écrite.

L'un des défis à relever lors de l'utilisation de l'une de ces techniques d'éducation consiste à s'assurer que les personnes comprennent et retiennent réellement les principaux messages véhiculés. Au Vietnam, pour relever ce défi, le système Ninh Phuoc a transformé l'exercice en jeu. Les questions essentielles sont écrites dans des fleurs en papier qui sont ensuite placées dans un arbre ou un buisson. Les clients cueillent chacun à leur tour ces fleurs et tentent de répondre aux questions. S'ils répondent correctement, ils reçoivent une friandise ou une autre récompense.[2]

Lors de la conception d'une campagne éducative, il est important de tenir compte du caractère hétérogène du marché. Des méthodes et messages de communication différents peuvent être nécessaires pour chaque segment de marché potentiel, une leçon retenue par CETZAM *(voir encadré 32)* Il est

[2] Ces informations relatives à Ninh Phuoc ont été fournies par Nguyen Thi Bich Van du bureau de l'OIT de Hanoi.

également essentiel de définir les durées et d'éviter l'utilisation de jargon. Par exemple, en Ouganda, le mot « bénéficiaire » est associé à une personne qui bénéficie d'un programme social. Par conséquent, les clients se considèrent souvent comme des bénéficiaires de leurs IMF. Et compte tenu de l'absence de formation adéquate, ni les clients ni les gestionnaires de crédit ne comprennent la signification de ce mot dans le contexte de l'assurance.

Encadré 32 **Différences régionales en Zambie**

En septembre 2002, CETZAM a mené une étude de marché pour évaluer la réaction de ses clients face au nouveau produit de micro-assurance vie, *Ntula*. Cette étude a démontré que 81 % des clients pensaient que *Ntula* les protégeait ainsi que leur activité en cas de tension. L'étude a également révélé la raison de la forte demande en assurance : 41 % des clients ont rapporté un décès dans leur famille au cours de l'année précédente. Chose intéressante, 15 % des clients de CETZAM étaient opposés à l'introduction de *Ntula* et la quasi-totalité de ces clients provenait de Livingstone, une ville située dans le sud de la Zambie.

Le siège social de CETZAM et la majorité de ses clients sont basés dans les villes du nord du Copperbelt. Les clients voyagent souvent entre ces villes. Du fait qu'une langue commune est parlée, les clients des villes du nord ont entendu parler de l'assurance pilote lancée à Kitwe via les stations radio de la communauté. Au moment où *Ntula* a été introduit en dehors des villes du Copperbelt, les clients demandaient déjà le produit auprès de leurs gestionnaires de crédits. Son introduction a donc été accueillie avec enthousiasme.

À l'opposé, Livingstone, au sud, est située à une journée de voyage de Kitwe qui possède un dialecte et une culture locale différents. « Ntula », qui signifie « alléger le fardeau » en bemba, ne signifie rien pour les habitants de Livingstone. Les clients et le personnel de Livingstone n'ont pas été informés de la création de *Ntula* et par conséquent son lancement a suscité une certaine résistance et des soupçons.

Il a été révélé ultérieurement que lors de l'introduction de *Ntula*, deux autres facteurs ont contribué à décourager les clients de Livingstone. Tout d'abord, des déboursements de prêts avaient été récemment retardés, ce qui avait rendu les clients inquiets quant à la santé financière de CETZAM. L'introduction du produit d'assurance, obligatoire et qui impliquait une déduction du prêt, est apparue aux clients comme une mesure désespérée visant à assurer la survie de l'organisation. Ils n'ont jamais imaginé que *Ntula* pourrait entraîner le paiement d'indemnités et l'ont plutôt considéré comme un prélèvement sur le prêt qui garantirait le fonctionnement de CETZAM. En

outre, lors du lancement du produit, un journal local évoquait des incidents de « magie noire » survenus dans la ville. Les clients ont alors considéré *Ntula*, un produit qui couvre le décès du client et cinq membres de sa famille (six personnes au total), comme démoniaque. Il a fallu plusieurs semaines de théâtre de rue produit par une organisation locale pour changer la perception du grand public de l'assurance à Livingstone.

Source : d'après Leftley, 2005.

Lors du développement d'outils de formation à l'assurance, il s'avère également utile de prendre en considération la **portée des communicants potentiels**. Bon nombre de micro-assureurs s'associent à d'autres organisations (ou d'autres secteurs de leur propre organisation), dont les membres du personnel soignant, les travailleurs sociaux et les fonctionnaires du gouvernement, pour communiquer avec un grand nombre d'assurés potentiels. Par exemple, GK au Bangladesh utilise les services de maternité et de pédiatrie fournis aux ménages les plus pauvres par les assistants de santé itinérants d'une organisation sœur comme outil promotionnel. De même, les enseignants non officiels de la BRAC promeuvent le système d'assurance maladie auprès des parents de leurs élèves. Les assureurs de mutuelle et coopérative utilisent leurs groupes d'affinité, qui présentent souvent des commissions chargées des affaires scolaires, comme outil clé de la formation à l'assurance. En général, pour que ces « formateurs en assurance » soient efficaces, ils ont besoin de suffisamment d'outils et de formation pour diffuser les messages.

L'une des leçons ressortant le plus des études de cas est qu'il est bien plus facile de communiquer avec les clients si le produit reste simple. La Equidad en Colombie propose deux produits de micro-assurance et remporte le plus de succès avec le plus simple des deux. Comme décrit au chapitre 3.1, les clients comprennent plus facilement le produit s'il n'y a aucune exclusion, si les prestations sont uniformes ou au moins simples, et si la tarification est transparente. Idéalement, on devrait pouvoir expliquer les détails du produit en moins de cinq minutes.

Lorsque les produits sont complexes, le personnel de terrain explique souvent uniquement une partie des prestations, exclusions et procédures. Si le personnel ne mentionne pas certaines prestations, les clients ne soumettront aucune déclaration de sinistre si l'événement couvert survient. Si le personnel n'explique pas les procédures, le processus de déclaration de sinistre se révèlera très probablement extrêmement inefficace pour tous.

Un obstacle majeur qui empêche le développement de la compréhension du marché à l'égard du produit d'assurance est le fait que de nombreuses personnes du système de distribution ne le comprennent pas. Ce problème, qui

se pose couramment parmi les micro-assureurs, a plusieurs causes, dont le manque de formation satisfaisante du personnel, ainsi qu'une surveillance et des incitations insuffisantes concernant le chiffre d'affaires du personnel et de la force de vente. Ce défi, que peu d'organisations ont réussi à relever, est abordé au chapitre 3.7.

2.3 Convertir le client

Une fois que le marché est sensibilisé à l'assurance et à l'assureur, et qu'il possède une bonne compréhension du produit, la troisième phase du processus marketing consiste à amener les clients à signer leurs contrats et payer leurs primes.

Une approche qui permet de convertir le client consiste à recourir aux périodes de souscription annuelles ou à des **campagnes d'adhésion**, comme l'ont fait VimoSEWA et l'UMSGF. Comme le résume le tableau 22, les campagnes annuelles et les adhésions permanentes offrent toutes deux des avantages. Les campagnes annuelles peuvent motiver le personnel à fournir de gros efforts une fois dans l'année pour faire adhérer des clients. Elles encouragent les personnes peu enthousiastes ou indécises à acquérir une assurance car elles ne veulent pas attendre une année entière avant de bénéficier d'une couverture. De plus, une adhésion annuelle permet un certain contrôle des souscriptions, car les assurés ne peuvent pas choisir de s'engager uniquement lorsqu'ils tombent malades ; ils peuvent uniquement souscrire pendant la campagne. L'un des inconvénients majeurs est que cela crée un pic de charge de travail pour le personnel. Parallèlement, les membres absents au moment de la campagne doivent attendre un an pour bénéficier d'une assurance. La campagne doit également être programmée de manière à ce que les assurés aient une valeur annuelle de primes disponible au cours de la période d'adhésion, comme cela ressort de l'expérience de Karuna Trust *(voir chapitre 3.3)*.

Tableau 22

Adhésions permanentes contre campagne annuelle

Avantages des adhésions permanentes	*Avantages d'une campagne annuelle*
La charge de travail est mieux répartie tout au long de l'année	Aide à contrôler l'antisélection du fait que les membres ne peuvent pas choisir à quel moment adhérer
Le système peut toujours accueillir de nouveaux clients	L'attention marketing est concentrée sur une seule période courte
Différents segments de marché peuvent avoir besoin de payer à différents moments dans l'année	Peut convertir certains clients

D'autres activités promotionnelles incluent les tombolas ou les loteries. Par exemple, Columna organise régulièrement des tombolas dans lesquelles les assurés peuvent gagner des appareils électroménagers. Une telle approche peut profiter aux assurés, aux agents de vente ou aux deux.

Delta Life a fait l'expérience d'une stratégie d'activation que les micro-assureurs doivent éviter à tout prix. Dans les années 1990, Delta Life a introduit un produit complémentaire qui proposait un prêt pour micro-entreprise aux assurés. L'une des raisons principales de la croissance exponentielle de Delta au cours de cette période était que les agents utilisaient la perspective d'obtenir un prêt comme appât pour souscrire une police d'assurance. Cette offre s'est révélée très attrayante du fait que l'on pouvait obtenir un prêt de 5 000 Tk. (83 $US) après avoir payé quelques centaines de *takas* sous forme de primes. Cependant, un grand nombre de ces polices ont cessé d'être en vigueur et de nombreux prêts n'ont pas été remboursés *(voir encadré 37 du chapitre 3.3)*.

Peu importe la façon dont le marketing est stimulé (campagnes annuelles, tombolas ou autres gadgets de vente), en définitive, le facteur le plus important de la vente d'assurances volontaires est la technique de l'agent, la force de persuasion des commerciaux et le bouche à oreille des pairs ayant eu une bonne expérience avec une police de micro-assurance. Malheureusement, les micro-assureurs ont généralement d'importantes lacunes dans ce domaine. Du fait qu'ils ont tendance à s'appuyer sur des promoteurs à faible coût, voire bénévoles, ou sur des vendeurs qui distribuent l'assurance en plus de leur activité principale (par ex. l'épargne et les prêts), une grande marge de progression existe, comme l'illustre l'encadré 33.

Encadré 33 **Défis de vente chez TUW SKOK**

L'unique raison d'être de TUW SKOK est d'être au service des unions de crédit et de leurs membres. Pourtant, la nature de cette relation crée une tension dynamique qui doit être équilibrée avec précaution. La réussite de l'assureur dépend entièrement du succès de son système de distribution, les unions de crédit, de leur capacité à se développer, des compétences de leur personnel en matière de vente de produits d'assurance et de la volonté des responsables des UC de promouvoir les ventes d'assurance. Cet arrangement engendre des défis liés à la qualité de la force de vente, son engagement et sa motivation de vente ainsi que sa disponibilité par rapport à la formation.

L'assureur reconnaît qu'il est plus facile pour les UC et leurs agents d'assurance à mi-temps de vendre une assurance associée à des produits d'épargne ou de crédit que des polices d'assurance indépendantes. Si, par exemple, un client souhaite un produit d'épargne contractuel, il est relative-

ment naturel de lui proposer l'assurance épargne bon marché en cas de décès accidentel ou d'invalidité. Par contre, il est bien plus difficile de vendre un produit d'assurance locataire qui n'est associé à aucune épargne ou aucun crédit.

En ce qui concerne les produits payés par les membres, l'union de crédit et l'assureur peuvent entrer en concurrence concernant les ressources financières limitées du membre.[3] Aussi, accroître le montant que le consommateur est prêt à dépenser (et capable de le faire) pour les deux est leur seul moyen de réussir conjointement.

Pour relever certains de ces défis, TUW SKOK investit du temps et de l'argent dans l'entretien des bonnes relations avec les UC, en mettant l'accent sur la communication et le partage d'informations. Deux fois par an, l'assureur organise une retraite avec les responsables des principales unions de crédit et profite de cette occasion pour informer les UC des projets à venir, solliciter un retour d'informations sur la conception du produit et le service client et cultiver une concurrence de vente entre les unions de crédit.

Source : d'après Churchill et Pepler, 2004.

Au début de ses relations avec AIG, FINCA Ouganda a reconnu que son personnel disposait de compétences limitées en matière de vente. Elle a donc organisé une formation marketing dispensée par un professeur de l'Université Makarere. Ces nouvelles compétences de vente ont entraîné d'importantes améliorations en termes de croissance, passant de 5 % de taux de participation à 40 % l'année suivant la formation. Toutefois, le produit d'assurance est par la suite devenu obligatoire pour les emprunteurs, ce qui a conduit à l'arrêt des ventes et même à la négligence de la diffusion d'informations (McCord et al., 2000).

La micro-assurance requiert une culture de vente qui se distingue de l'assurance conventionnelle. Au lieu d'évoquer le produit et ses bénéfices, les agents doivent aiguiller les clients potentiels vers la conclusion que les urgences coûtent cher et qu'ils sont vulnérables à ce type d'urgences en leur demandant de raconter leurs expériences ou celles de leurs voisins. Ils se comportent comme des conseillers plutôt que comme des vendeurs en aidant les ménages à faible revenu à reconnaître les risques qu'il convient de gérer par le biais de l'assurance. En général, en raison des faibles niveaux d'alphabétisation et du manque de confiance en l'assurance formelle du marché

3 Comme évoqué au chapitre 4.1, avec le modèle de réseau coopératif, il est important de distinguer l'assurance acquise par l'union de crédit ou SACCO comme un bénéfice du membre, tel qu'une protection du prêt ou une épargne de vie, et les produits d'assurance pour lesquels les membres paient, tels que l'assurance-vie.

cible, les agents de micro-assurance doivent insister sur l'aspect pratique et se montrer personnellement impliqués.

Pour convertir le client, le marketing de la micro-assurance doit convertir le vendeur, et c'est là que le bât blesse. Les micro-assureurs veulent récompenser et encourager les ventes sans forcer la main aux personnes qui ne souhaitent pas réellement d'assurance. Il est difficile d'atteindre un tel équilibre et cela peut vite se transformer en terrain glissant. Les micro-assureurs qui affirment agir dans l'intérêt du client doivent réellement le faire. Par exemple, même si l'assurance fournie par ASA (Inde) est théoriquement facultative, en pratique le système compte le même nombre d'emprunteurs que d'assurés. Les membres se sentent obligés d'acquérir une assurance car ils craignent sinon de ne pas recevoir le prêt (c'est-à-dire le produit qu'ils souhaitent réellement). Voici quelques stratégies permettant de trouver un tel équilibre :

- Définition de cibles de vente raisonnables pouvant être atteintes sans mesure agressive. Si les micro-assureurs tentent de pousser leurs agents à atteindre de gros volumes, ils peuvent être amenés à utiliser des techniques de vente qui ne correspondent pas à l'esprit de la micro-assurance.
- **Équilibre des commissions de vente avec les incitations de renouvellement** afin de garantir que le service bénéficie de la même attention que les ventes.
- Dans les compagnies d'assurance commerciales, **création d'un département à part entière** consacré à la micro-assurance afin qu'il puisse développer une culture de vente unique.
- **Encouragement des vendeurs à acquérir une assurance** de leur côté, afin qu'ils puissent parler de leur expérience.

Delta Life a tiré des leçons quant aux incitations de vente à éviter. Au départ, elle versait des commissions pour les nouvelles polices, ce qui a encouragé certains agents à utiliser une partie de leur commission comme une remise non officielle au cours de la première année. Les agents payaient une partie des primes de la première année de leur propre poche, et lorsque les assurés devaient payer la totalité de la prime, de nombreuses polices cessaient d'être en vigueur. Un autre système d'incitation inadapté prévoyait d'offrir un service de vaisselle aux agents qui vendaient un certain nombre de nouvelles polices. Certains agents se regroupaient et soumettaient des contrats sous le nom d'un seul agent, pour ensuite se partager la vaisselle.

Toutes ces stratégies marketing ont évidemment un coût. Certains micro-assureurs considèrent le marketing comme une dépense plutôt que comme un investissement, et sont par conséquent réticents à l'idée d'allouer suffisamment d'argent pour promouvoir leurs systèmes. Un autre problème se

présente également à l'autre extrémité, en particulier avec les assureurs commerciaux qui versent des commissions trop généreuses.[4] Mais dans quelle mesure est-ce assez et dans quelle mesure est-ce trop ? Le montant varie selon la gamme de produits, la maturité du système et le modèle institutionnel, de seulement 2 % jusqu'à 40 % des primes. Les produits individuels requièrent des investissements marketing plus conséquents, en particulier lorsque l'on tient compte des commissions des agents de terrain. Dans le cadre des activités collectives, les dépenses marketing sont plus réduites. En règle générale, les dépenses marketing pour les produits de micro-assurance collective (commission incluse) vont de 5 à 15 % des primes.

Toutefois, dans l'ensemble, le marketing ne constitue pas la force de la plupart des micro-assureurs. Et pourtant, compte tenu de la réticence du marché à accepter l'assurance, une attention, une créativité et des ressources supplémentaires sont nécessaires.

3 Service après-vente

L'un des aspects qui atteste du caractère unique de la micro-assurance par rapport à l'assurance conventionnelle est le fait de minimiser l'importance des ventes et de mettre l'accent sur le service. Le service dans le langage de l'assurance est essentiellement associé aux déclarations de sinistre : s'assurer que les clients savent soumettre des déclarations, les aider à satisfaire aux exigences de documentation et veiller à ce que les indemnités soient rapidement versées avec un minimum de rejets. En outre, des publicités permanentes de rappel du produit peuvent s'avérer nécessaires pour garantir qu'un marché illettré ne perd pas de vue sa couverture d'assurance.

Il est essentiel de mettre l'accent sur le service après-vente. Il peut être considéré comme une extension du processus permanent d'instauration d'une certaine confiance entre l'assureur et l'assuré. De plus, pour les systèmes ayant déjà investi considérablement dans leurs clients, par le biais de la sensibilisation, l'éducation, etc., il est extrêmement contre-productif de perdre par la suite ces clients à cause d'un mauvais service. Un service d'excellence crée un **effet de démonstration** qui pousse le non-assuré à voir que l'assureur a des devoirs, qu'il remplit ses obligations et qu'il est digne de confiance. Un excellent service peut également devenir une stratégie marketing car il stimule une publicité positive par le biais du bouche-à-oreille, souvent l'un des moyens marketing les plus puissants.

4 Par exemple, McCord et al. (2005a) estime que l'un des agents de vente d'AIG Ouganda a gagné 158 000 $US en commissions en 2004 (c.-à-d. 20 % des primes versées par les IMF à l'assureur).

Compte tenu de l'importance du service après-vente, l'une des faiblesses les plus choquantes de nombreux systèmes de micro-assurance est que le client reçoit très rarement un **document de contrat** qui explique les prestations, les exclusions et les procédures de déclaration de sinistre.[5] Pourtant, de telles informations et une explication complémentaire sont indispensables pour réduire le nombre de déclarations rejetées. Lorsque les assurés comprennent ce qui est et n'est pas couvert, ils sont moins susceptibles de soumettre des déclarations pour des pertes qui ne sont pas couvertes.

VimoSEWA a néanmoins connu le problème inverse. Après plusieurs années de taux de déclarations étonnamment faibles, elle a réalisé que de nombreux assurés étaient en droit de soumettre des déclarations de sinistre mais ne le faisaient pas. Par conséquent, VimoSEWA a lancé en 2003 une importante campagne de service après-vente. Aujourd'hui, les *Vimo Aagewans* établissent des contacts avec leurs membres entre les périodes d'adhésion afin de réexpliquer la couverture, demander s'ils ont été hospitalisés et les aider à soumettre des déclarations de sinistre. Les assurés reçoivent un poster à accrocher au mur qui leur rappelle leur adhésion et le nom de leur agent de vente ainsi que l'adresse et le numéro de téléphone de l'agence afin de leur permettre de demander facilement de l'aide. En outre, tous les membres reçoivent une carte postale préaffranchie et préremplie qu'ils peuvent envoyer à l'agence s'ils ont besoin de la visite d'un *Aagewan*. VimoSEWA espère que ces mesures simplifieront la soumission de déclarations pour les membres, en particulier les plus pauvres. Ces interventions ont entraîné une élévation permanente des taux de renouvellement.

Mais, malgré les efforts fournis pour informer les clients et s'assurer qu'ils comprennent les prestations et le processus de déclaration de sinistre, un certain nombre de déclarations devront invariablement être rejetées. Le micro-assureur (ou son agent de distribution) a une autre responsabilité d'après-vente importante qui consiste à informer l'assuré, et même parfois les membres de la communauté, de la raison pour laquelle la déclaration a été rejetée de manière à réduire l'impact négatif du rejet et à transformer un potentiel cauchemar de relations publiques en une opportunité de formation. Par exemple, pour réduire l'impact d'une déclaration rejetée, VimoSEWA a amélioré la communication avec ses membres et la communauté en instaurant des visites du *Vimo Aagewan* accompagné de membres du personnel de direction.

5 Le fait que le marché cible soit souvent illettré permet d'expliquer le manque de supports écrits. Toutefois, dans la plupart des marchés, les adultes illettrés connaissent généralement quelqu'un qui sait lire, souvent un membre de leur foyer. Une autre explication réside dans le fait que dans certaines cultures, comme dans certaines régions de l'Inde, les personnes ne font pas confiance aux informations écrites. D'un point de vue réaliste, les principales raisons sont toutefois les suivantes : 1) refus d'investir dans des coûts d'impression et 2) refus d'être lié à des conditions de vente spécifiques, deux raisons qui ne semblent pas justifiables.

Un **processus d'appel de déclarations** est également requis pour garantir que les assurés bénéficient du traitement approprié, même si en pratique très peu de micro-assureurs offrent une telle disposition. TUW SKOK fait exception. Dans son processus d'appel de déclarations clairement défini, un membre non satisfait de la décision du juge peut faire appel de la demande par écrit. Tous les appels sont transmis au conseil de TUW SKOK pour étude. Les reversements ou les modifications d'indemnités surviennent généralement dans le cadre de déclarations de sinistre d'invalidité, par exemple si l'assuré fournit des informations médicales supplémentaires qui entraînent une augmentation du montant des indemnités.

Le dernier aspect du service après-vente est **l'évaluation de la satisfaction du client** et la surveillance de la fidélisation. Les micro-assureurs s'illustrent généralement mieux dans cette dernière que dans la première, bien que l'évaluation de la fidélisation soit délicate dans le cadre de l'assurance obligatoire du fait que l'organisation ne sait pas dans quelle mesure l'assurance contribue (ou non) à la désertion. En règle générale, il est plus important de comprendre pour quelles raisons les assurés ne renouvellent pas leur couverture.

4 Marketing et assurance obligatoire

Un défi marketing intéressant apparaît au sein des organisations qui proposent des assurances obligatoires. Comme décrit au chapitre 3.1, l'assurance obligatoire offre de nombreux avantages à l'assureur comme à l'assuré, mais pour apprécier pleinement ces avantages, les systèmes de micro-assurance doivent compenser les inconvénients tout aussi manifestes, en particulier le problème marketing.

Lorsque l'assurance est obligatoire, aucune action de vente n'est impliquée. Les personnes bénéficient automatiquement de la couverture d'assurance du fait qu'elles ont obtenu un autre produit, un prêt par exemple, ou qu'elles ont ouvert un compte épargne. Par conséquent, les agents de distribution ont tendance à négliger le besoin en informations des clients. Un certain nombre de problèmes courants ressortent des études menées auprès des clients des IMF possédant une couverture obligatoire en Ouganda (McCord et al., 2005a) et en Zambie (Manje, 2005) :

- les clients ne savent pas qu'ils bénéficient d'une assurance ;
- dans ce cas, ils ne sont pas conscients de toutes les prestations offertes ;
- ils risquent de ne pas savoir comment déposer une déclaration de sinistre ;

- ils considèrent l'assurance obligatoire comme un coût supplémentaire pour obtenir un prêt ;
- ils ne savent pas combien ils paient pour l'assurance du fait que les primes peuvent être déduites du prêt ou associées à d'autres frais : la plupart pensent payer bien plus qu'en réalité ;
- certains ont le sentiment d'avoir droit à un remboursement de prime s'ils ne déposent pas de déclaration de sinistre.

Pour surmonter ces problèmes de perception, les agents de distribution doivent traiter l'assurance comme un service complémentaire et convaincre les clients de son utilité. Le marketing de l'assurance obligatoire se concentre essentiellement sur le développement de l'adhésion ou de la consommation, quel que soit le vecteur auquel l'assurance est associée, à savoir un crédit, une adhésion à une union de crédit ou un emploi. Dans ce contexte, les besoins en assurance doivent être présentés comme un avantage supplémentaire très utile et non comme un coût.

Les informations sur le produit fournies aux clients doivent être standardisées et simplifiées afin d'éviter des rejets de demande dus à une désinformation. Les organisations doivent fournir au minimum une brochure simple à chaque client expliquant les frais et les prestations et décrivant les processus de soumission de déclarations de sinistre. Selon Manje (2005), malgré le caractère obligatoire des produits, plusieurs opportunités s'offrent au marketing d'assurance :

1. Inclure des composants facultatifs aux polices d'assurance, tels que des vies supplémentaires pour l'assurance funérailles, afin d'accroître la probabilité que le personnel explique les options aux clients.
2. Mettre l'accent sur la gamme de services financiers avec des tarifs clairs pour commercialiser l'assurance obligatoire au sein d'un pack complet de services, et non comme une condition pour obtenir un prêt.
3. Montrer aux clients le montant qu'ils devraient payer pour la même couverture s'ils l'achetaient par leurs propres moyens. Du fait que les produits d'assurance individuelle sont souvent bien plus chers que les polices collectives, cette caractéristique de vente s'avère très importante pour convaincre les gens qu'ils font une bonne affaire avec la police collective obligatoire.
4. Rendre le produit concret. Utiliser des témoignages de bénéficiaires qui ont reçu des indemnités pour communiquer sur l'importance d'un tel versement lorsque la famille en a le plus besoin.
5. Promouvoir la nature solidaire de l'assurance de sorte que les personnes n'aient pas le sentiment d'avoir gaspillé de l'argent si elles ne déposent pas de déclarations de sinistre.

Dans le cadre d'un produit obligatoire, il est assez difficile d'obtenir une réelle compréhension de la demande de micro-assurance. La CARD a réalisé des efforts pour comprendre cette demande et dans quelle mesure elle impacte ses activités. Dans une étude qualitative menée par Freedom from Hunger, de nombreux clients ont désigné l'assurance comme l'aspect le plus important de toute la gamme de produits CARD. Une telle découverte devrait motiver les autres micro-assureurs à commercialiser leurs produits d'assurance obligatoire de manière à ce que les clients l'apprécient réellement.

5 Conclusion

En conclusion, ce chapitre propose une liste de questions *(voir tableau 23)* susceptibles d'aider les micro-assureurs à évaluer et améliorer leurs stratégies marketing.

Tableau 23

Liste de vérification marketing pour les responsables de micro-assurance

- Avec qui tentez-vous de communiquer ? Quelles sont les méthodes efficaces pour toucher ce public ?
- Quel est le niveau d'éducation et d'alphabétisation de votre public cible ? Comment allez-vous intégrer cette donnée à votre plan marketing ?
- Quel est le besoin des clients en matière de couverture des risques ? Comment est-il abordé ? Quel est l'avantage offert par le produit ?
- Quels sont les arguments anti-assurance du marché cible ? Quels sont les principaux messages qui permettent de contrer ces arguments ?
- Que pouvez-vous faire pour renforcer la confiance que le marché accorde à votre organisation ?
- Comment pouvez-vous transmettre le message de mise en commun des risques ou de solidarité de manière à ce que les assurés qui n'ont pas vécu d'événement assuré n'attendent pas un remboursement ?
- Comment pouvez-vous décrire le produit sous un angle positif ?
- Quel type de campagnes de prévention ou d'autres actions de relations publiques auraient le plus gros impact pour sensibiliser le public à votre organisation ?
- Comment votre organisation peut-elle aller au-delà de l'information et de la communication pour inclure une formation sur l'assurance ?
- Disposez-vous de méthodes pour évaluer si vos clients ou le marché comprennent réellement les principaux messages que vous tentez de véhiculer ?

- Quels sont les partenaires pouvant être impliqués pour vous aider dans les activités d'éducation et de promotion ? De quels outils et formation ont-ils besoin pour remplir cette fonction ?
- Le produit et le processus d'indemnisation sont-ils suffisamment simples pour que les vendeurs puissent les expliquer aux clients potentiels ?
- Quelles techniques marketing sont susceptibles de réussir à attirer des clients (par ex. campagnes d'adhésion, tombolas) ?
- Quelles incitations peuvent motiver de manière efficace les vendeurs tout en conservant une culture de vente adaptée à la micro-assurance ?
- Comment pouvez-vous encourager ou solliciter le marketing de bouche-à-oreille ?
- Comment pouvez-vous garantir que vos clients comprennent que vous proposez un service client exceptionnel ?
- Contrôlez-vous la satisfaction client et la fidélisation ?
- Comment pouvez-vous persuader les clients d'apprécier les bénéfices de l'assurance obligatoire ?

3.3 Collecte des primes : réduction des coûts de transaction et optimisation du service client

Michael J. McCord, Grzegorz Buczkowski et Priyanka Saksena[1]

Les auteurs remercient Aristotle Alip (CARD) et Ellis Wohlner (Consultant pour SIDA) pour leur contribution à ce chapitre.

Le processus de collecte des primes représente un défi majeur dans le cadre de l'extension de l'assurance au marché des ménages à faible revenu. Le marché cible travaille essentiellement à son compte ou pour l'économie informelle et il est peu probable qu'il dispose d'un compte d'épargne bancaire. Par conséquent, les principaux mécanismes de collecte des primes utilisés par les assureurs conventionnels (déduction du salaire par les employeurs et virements automatiques ou débits directs à partir des comptes d'épargne) ne fonctionneront pas pour une grande partie des ménages les plus pauvres. Le marché cible ayant par définition des revenus faibles, souvent irréguliers et imprévisibles, un défi supplémentaire consiste à planifier le paiement de la prime à un moment où l'assuré a des fonds disponibles.

Pour que la micro-assurance rencontre le succès, le mécanisme de paiement des primes doit trouver un équilibre entre efficacité et sensibilité aux besoins et capacités des clients. Une simple collecte d'un grand nombre de petites primes peut rendre les produits plus accessibles aux plus pauvres, mais cela peut également entraîner une hausse des coûts de transaction susceptible d'augmenter les taux des primes.

En s'appuyant sur une analyse approfondie des études de cas, ce chapitre propose des solutions possibles à ces problèmes, organisées autour des quatre thèmes suivants :

1. Modes de collecte des primes
2. Fréquence et rythme des collectes
3. Considérations relatives au client
4. Contrôles de collecte des primes

[1] Les références renvoyant à Microcare (Ouganda) dans ce chapitre sont tirées des expériences des auteurs.

1 Modes de collecte des primes

La manière dont les primes sont collectées est directement liée aux coûts de transaction par unité. En effet, il est nécessaire de réduire les coûts de transaction en vue de rendre la micro-assurance viable. Toutefois, il ne fait aucun doute que le facteur principal à prendre en compte lors du choix du mode de collecte des primes reste la situation des clients et l'accès à d'autres services financiers. Cette section décrit quatre modes de collecte des primes.

1.1 Primes liées aux prêts

De nombreux types de produits de micro-assurance sont associés à d'autres produits financiers, en particulier des crédits. La collecte des primes au niveau du déboursement ou du remboursement du prêt est très attrayant du fait que la transaction est « couverte » par une autre transaction financière. Ainsi, le coût marginal de la collecte des primes est maintenu à son minimum.

La démonstration de ce phénomène consiste à comparer les coûts de collecte des primes de l'assurance indépendante avec une couverture associée à d'autres services financiers, tels que les prêts. Par exemple, TUW SKOK (Pologne) paie, pour sa couverture de locataire indépendant, des commissions aux agents à un taux moyen de 15 %. En ce qui concerne les produits intégrés tels que sa couverture GDIA liée au prêt, l'assureur encourt un coût total de moins de 1 % des primes. Les systèmes de TUW SKOK ont été développés pour gérer la collecte mensuelle des primes à partir des produits ajoutés aux prêts pour plus de 200 000 assurés, et à partir de plus de 60 unions de crédit à l'échelle nationale. Ces systèmes sont supervisés par trois membres du personnel au siège de l'assureur.

Lier l'assurance à des prêts est le mode de collecte utilisé par de nombreuses IMF. Certains clients, comme ceux de Pulse en Zambie, sont satisfaits de cette méthode du fait qu'ils n'ont pas le sentiment d'être « justes financièrement ». En outre, comme décrit au chapitre précédent, la couverture d'assurance peut être présentée comme un avantage pour obtenir un prêt. Pour d'autres clients, en revanche, cette association peut devenir une source majeure de mécontentement. Par exemple, avec le produit d'assurance obsèques de CETZAM en Zambie, les clients se sont plaints de la déduction de la prime de leur prêt qui réduisait le montant d'argent liquide qu'ils recevaient. Les mécanismes réels de paiement des primes varient considérablement, comme décrit dans l'encadré 34.

Encadré 34 **Lier les primes d'assurance aux prêts**

De nombreuses IMF proposent une assurance en l'associant à leurs produits de prêt. Il existe cependant différentes méthodes de paiement réel des primes, offrant toutes des avantages et des inconvénients. Les cinq alternatives courantes sont les suivantes :

1. Déduction de la prime du montant du prêt
Cette approche est probablement la plus répandue, mais les emprunteurs n'apprécient généralement pas le fait que, par exemple, ils demandent un prêt de 400 $US et reçoivent seulement 390 $US une fois la prime de 10 $US déduite. En outre, les emprunteurs paient des intérêts sur le montant de la prime, ce qui augmente le coût brut de l'assurance.

2. Ajout de la prime au montant du prêt
Une autre approche consiste à accorder un prêt de 400 $US par exemple, mais à obliger le client à rembourser un montant total de 410 $US plus les intérêts. Ainsi, le client reçoit au moins la somme attendue, mais paie néanmoins des intérêts sur le montant de la prime.

3. Intégration de la prime au taux d'intérêt du prêt
Certaines organisations augmentent légèrement leur taux d'intérêt et utilise ces recettes supplémentaires pour payer la prime au nom des clients. Parmi les cinq options possibles, celle-ci est probablement la moins avantageuse car : a) elle rend le taux d'intérêt moins compétitif et b) elle déguise la prime de sorte que les emprunteurs risquent de ne pas réaliser qu'ils bénéficient d'une couverture d'assurance. Toutefois, cette méthode est de loin la plus simple des méthodes de paiement des primes liées au prêt dans la mesure où elle représente une simple transaction comptable interne.

4. Paiement de la prime avec chaque versement du prêt
Afin de rendre la prime plus abordable, son montant peut également être divisé et payé sous forme de versement avec chaque remboursement. Cette approche partage néanmoins certains des inconvénients de l'association entre taux d'intérêt et de prime : les clients risquent de ne pas savoir qu'ils bénéficient d'une assurance et l'IMF devra probablement payer l'assureur en avance. De plus, la couverture ne risque-t-elle pas d'être annulée si le client prend du retard sur le remboursement du prêt ?

5. Paiement en espèces à l'avance
Si les emprunteurs paient la prime au préalable, à souscription ou réception du prêt, la probabilité qu'ils soient informés de l'assurance dont ils bénéfi-

cient est plus forte. Toutefois, comparée aux options 1 et 2, celle-ci génère une transaction supplémentaire et accroît la vulnérabilité à la fraude du fait que l'argent passe de main en main.

Les inconvénients majeurs de ce mode de collecte sont les suivants :

1. Manque de transparence
Les mêmes raisons qui font que les clients de Pulse n'ont pas l'impression d'être « justes financièrement » les empêchent également de connaître le prix réel qu'ils paient pour les prestations. Chose intéressante, en Zambie, de nombreux clients pensaient qu'ils payaient davantage pour leur couverture d'assurance qu'ils ne le faisaient réellement (Manje, 2005).

2. Méconnaissance de la couverture
Pire encore, les clients (ou bénéficiaires) risquent de ne pas savoir qu'ils bénéficient d'une assurance, de sorte qu'ils ne profiteront pas des prestations auxquelles ils ont droit. Cette situation fait du tort à l'un des objectifs de développement les plus importants de la micro-assurance, objectif qui vise à créer une culture de l'assurance au sein de laquelle le marché des personnes à faible revenu développe une compréhension et une appréciation du rôle de gestion des risques que joue l'assurance.

3. Protection limitée à la durée du prêt
Ce mécanisme de paiement implique que le marché cible peut uniquement bénéficier de la protection de l'assurance lorsqu'il obtient un prêt. Alors que ces personnes peuvent avoir besoin d'une couverture permanente, la plupart d'entre elles, riches ou pauvres, préfèrent ne pas être perpétuellement endettées.

En réponse à ce dernier problème, les membres des unions de crédit associées à Columna (Guatemala) peuvent renouveler leur police d'assurance sans contracter un nouvel emprunt. Toutefois, du fait que le système de distribution initiale est associé au crédit, il est difficile d'amener le personnel de l'union de crédit à renouveler la police car celle-ci n'est plus associée à leurs activités principales. Ainsi, la CARD MBA et la CARD Bank, aux Philippines, sont en litige car l'assureur souhaite conserver la couverture même lorsque les emprunteurs ne contractent plus de prêt auprès de la banque. La banque soutient que cela n'incite plus les gens à continuer d'emprunter.

En conclusion, les primes d'assurance liées aux prêts s'avèrent adaptées à la couverture qui améliore directement la sécurité du prêt, aussi bien pour l'emprunteur que pour le prêteur. L'assurance-vie de crédit et l'assurance des

biens sur gage sont des produits qui se prêtent à une association. D'autres produits sont moins appropriés, tels que les couvertures vie familiale ou maladie. De tels produits ne peuvent généralement pas être intégrés à une couverture obligatoire liée à un prêt du fait qu'ils sont relativement chers et ne présentent aucun lien direct avec le prêt.

1.2 Informatisation : déduction des primes des comptes d'épargne

Lorsqu'elle est possible, la collecte automatique des primes permet de réduire les coûts de transaction. Dans le cas de TUW SKOK, du fait que la totalité de ses assurés à faible revenu possède un compte d'épargne, l'union de crédit peut très facilement déduire les primes des comptes des membres et les transférer à l'assureur, des centaines de petites primes étant alors réunies en un seul transfert électronique. Les virements automatiques/débits directs réduisent les coûts de transaction et le risque de fraude.

Néanmoins, le principal inconvénient des paiements automatiques est que le marché cible risque de ne pas avoir de compte d'épargne, ou même de ne pas pouvoir en ouvrir un. En effet, en vue d'étendre la disponibilité de la micro-assurance à un plus grand nombre de ménages à faible revenu, l'une des principales stratégies consiste à développer l'accès aux services d'épargne. Toutefois, certains micro-assureurs ont cette option à leur disposition mais n'en tirent pas profit. Par exemple, ALMAO au Sri Lanka a été lancée par les sociétés d'épargne et de crédit du mouvement Sanasa. Et pourtant, malgré les deux millions de membres Sanasa, ALMAO dénombre seulement quelques centaines de polices, en partie parce qu'elle s'appuie sur une collecte par porte-à-porte plutôt que sur des virements automatiques.[2]

Ce mode de collecte des primes est vulnérable aux problèmes de relations publiques s'il n'est pas correctement mis en œuvre. VimoSEWA (Inde) a dû faire face à d'importantes difficultés lorsqu'elle a eu recours aux paiements automatiques pour son système d'assurance obligatoire, difficultés dues au fait qu'elle n'avait pas correctement informé les épargnants que le paiement serait prélevé sur leurs comptes. En conséquence, l'organisation a subi un sévère revers de la part de ses assurés et a été contrainte de passer à une couverture volontaire.

2 À son apogée, le prédécesseur non réglementé d'ALMAO fournissait une assurance obsèques à près de 50 000 personnes, mais ses nouveaux produits d'assurance mixtes ne sont pas particulièrement populaires.

1.3 Primes payées par les intérêts du compte d'épargne

Le mode le plus simple de collecte des primes est probablement leur paiement par le biais des intérêts dégagés par un compte d'épargne. L'exemple le plus courant de cette approche est le produit d'assurance vie-épargne proposé par de nombreux assureurs d'unions de crédit, comme décrit au chapitre 2.3.

Ainsi, les assurés de VimoSEWA (qui a expérimenté de nombreux mécanismes de paiement des primes) peuvent effectuer un dépôt sur un compte bancaire SEWA spécial, et au lieu de recevoir les intérêts, ils bénéficient d'une couverture d'assurance « semi-permanente » jusqu'à l'âge de 60 ans sans aucune transaction supplémentaire. Ainsi, le déposant ne paie jamais de prime et bénéficie néanmoins de la propriété et de l'accès à l'argent placé sur le compte d'épargne. En un sens, cela équivaut à préfinancer une police d'assurance pour la vie entière. Pourtant, du fait que l'argent leur appartient toujours, cette méthode permet de contrecarrer l'une des plaintes formulées par les plus pauvres : s'ils ne soumettent pas de déclaration de sinistre, ils ont le sentiment d'avoir gaspillé leur argent en payant les primes.

Cette approche de paiement par dépôt fixe réduit indubitablement les coûts de transaction. Cependant, elle peut également être limitée en termes de pénétration si les montants demandés aux clients sont trop élevés. Chez ASA en Inde, une association ayant également fait l'expérience de cette méthode de paiement, un nombre insuffisant de membres étaient en mesure d'apporter les fonds nécessaires pour justifier le maintien de ce mécanisme. Dans le cas de VimoSEWA, si une personne membre souscrit une assurance pour elle-même, elle doit effectuer un dépôt fixe de 2 100 Rs. (46 $US) ou elle peut payer une prime annuelle de 100 Rs. (2,20 $US). Même si un quart des membres a recours au principe de dépôt fixe, la proportion a diminué au fil des années, en comparaison avec les 33 % relevés lors de l'étude de cas (Garand, 2005).

Ce principe de dépôt fixe fonctionne mieux dans un environnement au taux d'intérêt plus élevé, et est sensible aux baisses du taux d'intérêt qui risquent de faire naître une situation dans laquelle les intérêts ne suffisent plus à couvrir le coût de l'assurance. Dans une telle situation, tout comme dans le cas d'une hausse des taux de prime, VimoSEWA a remarqué qu'il est très difficile d'amener les déposants à alimenter leur compte d'épargne. S'ils y parviennent, le coût engendré de leur côté est considérablement plus élevé que le montant de l'augmentation de la prime. Par exemple, si le taux d'intérêt s'élève à 10 % et que la prime augmente de 10 Rs. (0,22 $US), le montant déposé sur le compte doit être d'au moins 100 Rs. (2,20 $US) pour couvrir l'augmentation.

1.4 Collecte physique des primes

La quatrième approche consiste à collecter physiquement les primes, soit en allant de porte en porte pour collecter les paiements individuels, soit en appliquant des mécanismes collectifs permettant de collecter un grand nombre de primes en une seule fois, soit en demandant aux assurés de se rendre dans un lieu central pour payer leurs primes. Il est très important de souligner la principale caractéristique qui différencie cette méthode des autres méthodes évoquées ci-dessus : elle constitue une transaction axée uniquement sur l'assurance, tandis que les autres méthodes sont toutes liées à un produit d'épargne ou de crédit. Par conséquent, la collecte physique des primes s'avère plus appropriée pour : a) les organisations sans autre transaction financière, telles que les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté *(voir chapitre 4.3)* et b) les polices à valeur accumulative difficiles à associer à d'autres services financiers *(voir chapitre 2.2)*. Cette méthode de collecte physique a l'avantage d'être accessible aux clients tout en offrant les opportunités d'une interaction personnelle entre l'assureur et ses clients. Par exemple, au Bangladesh, la collecte par porte-à-porte de Delta Life offre aux clients un lien physique avec la compagnie, tout en réduisant potentiellement les défauts de paiement, même si celles-ci restent un problème d'importance, et en renforçant la relation entre le personnel de terrain et le client. En outre, il est déconseillé voire interdit à certaines femmes au foyer de voyager. La collecte par porte-à-porte leur offre ainsi l'accès à un service précieux.

La faiblesse la plus notable de la collecte physique des primes est liée aux coûts de transaction imputés à l'assureur car la collecte des primes par porte-à-porte coûte cher. La rémunération des employés doit être en accord avec leur perception de l'effort fourni. Si le personnel n'est pas motivé pour collecter les primes, le système est indubitablement voué à l'échec. Par exemple, La Equidad a rencontré des problèmes de collecte par porte-à-porte car les faibles commissions ne suffisaient pas à motiver sa force de vente.

D'un autre côté, le fait de demander à des assurés à faible revenu de se rendre dans un lieu central pour payer leurs primes n'est pas une solution pratique, sauf s'ils sont obligés de venir pour effectuer une autre transaction. Les gens détestent naturellement perdre du temps et de l'argent pour effectuer un tel paiement, en particulier au cours d'une période imposée.

Le risque de fraude augmente également considérablement par le biais de ce mode de collecte, en raison du grand nombre de personnes gérant les primes. L'un des aspects les plus dangereux de la collecte par porte-à-porte est que, dans de nombreux systèmes juridiques, une fois la prime collectée par un agent ou un représentant de l'assureur, elle est juridiquement considérée comme encaissée par l'assureur, habilitant l'assuré à bénéficier de la cou-

verture même si l'agent ne transfère pas la prime à l'assureur. À défaut d'une détection rapide, cela peut entraîner d'importantes pertes financières, car les indemnités devront être payées même si l'assureur n'a jamais perçu les primes. Dans de nombreuses juridictions, il est extrêmement difficile et onéreux de récupérer les primes auprès des fraudeurs, même si ces derniers sont identifiés et attrapés.

La fraude relative à la collecte des primes n'entraîne pas seulement des déficits financiers, mais rend également les clients méfiants à l'égard de l'assurance, renforçant probablement les idées préconçues négatives du marché. Dans l'une des organisations de mutuelle santé associées à l'UMSGF en Guinée, des responsables de groupes ont détourné les primes collectées auprès des ménages. Les membres ont aujourd'hui perdu toute confiance en l'organisation de mutuelle santé qui a beaucoup de mal à surmonter cette crise. Pour éliminer une telle fraude, il est impératif de procéder à des contrôles stricts qui, à leur tour, engendrent des dépenses supplémentaires.

1.5 Conclusion

La comparaison de ces quatre approches, résumées dans le tableau 24, doit tenir compte de la rentabilité du mécanisme par rapport à la valeur apportée aux assurées (par ex. facilité d'accès, compréhension du produit, taux de prime).

La différence de coûts entre le maintien d'une équipe d'agents de collecte par porte-à-porte et le recours à une entité intermédiaire peut se révéler considérable. Comparons par exemple Delta Life et AIG Ouganda, comptant toutes deux un minimum d'un million de clients. Delta emploie ses propres agents pour servir les assurés sur une base individuelle, tandis qu'AIG Ouganda propose principalement des polices collectives obligatoires vendues par le biais de 26 IMF. La différence en termes de coûts d'exploitation entre ces deux méthodes, exprimée sous forme de pourcentage des primes, est de près de 10 %, les agences des IMF étant bien moins chères qu'une armée d'agents.

La collecte des primes par porte en porte offre l'opportunité d'entretenir une relation étroite avec l'assuré qui, si elle est gérée et exploitée correctement, peut devenir une source d'informations précieuses pour l'assureur, tout en permettant de conserver une certaine loyauté et des taux de défaut de paiement bas. Cependant, la collecte physique entraîne des coûts élevés en raison des commissions de vente devant être payées à partir de primes très faibles et des contrôles renforcés requis pour éviter la fraude. Les dangers de la fraude ne doivent pas être sous-estimés, car ils peuvent détruire les liens cruciaux de confiance établis entre les différentes parties et causer des pertes

financières à l'assureur. En règle générale, il est préférable de laisser la collecte physique de côté si une autre alternative est possible et d'identifier les méthodes de collecte des primes auprès des groupes d'assurés.

Tableau 24

Comparaison des modes de collecte des primes

Mode de collecte	*Accroissement de la valeur pour les clients*	*Réduction des coûts de transaction*
a) Liées au produit de prêt	+ améliore le caractère abordable du fait que les emprunteurs peuvent payer les primes lorsqu'ils reçoivent leur prêt (ou échelonner les paiements sur la durée du prêt) – peut augmenter le coût de l'assurance en raison des coûts des intérêts du prêt – couverture d'assurance uniquement disponible lorsqu'un prêt est en cours (pas d'accès sans prêt)	+ coûts supplémentaires minimaux en les imbriquant dans les transactions existantes + en particulier lorsque la couverture obligatoire permet une couverture collective simple
b) Déduites du compte d'épargne	– uniquement disponible pour les personnes possédant des comptes d'épargne + élimine les coûts de transaction indirects pour les assurés	+ transactions électroniques uniquement
c) Payées par les intérêts de l'épargne	– l'assuré doit disposer de suffisamment d'argent pour effectuer un dépôt fixe sur le compte + les clients n'ont pas l'impression d'avoir gaspillé de l'argent pour payer les primes + offre une couverture semi-permanente	+ aussi simple que la déduction du compte d'épargne – notification et incitation requises pour les augmentations – inapproprié pour les environnements à faible taux d'intérêt
d) Collecte physique	+ la collecte par porte-à-porte signifie aucun coût d'opportunité pour les assurés (ils n'ont pas besoin de s'absenter du travail pour payer la prime) + peut améliorer l'accès pour les femmes qui ne peuvent pas se déplacer – un fort pourcentage des primes sert à payer les commissions et frais généraux de l'assureur	– coûts de transaction très élevés qui plombent les avantages de l'accès – le coût des contrôles visant à limiter le risque de fraude peut être élevé

2 Fréquence et rythme des collectes

Outre la méthode de collecte, les micro-assureurs doivent déterminer la fréquence et le rythme des collectes. Comme évoqué au chapitre 3.5, les assureurs préfèrent généralement être payés avant l'activation de la police afin de pouvoir générer des revenus supplémentaires en investissant l'argent, ce qui peut à son tour entraîner une baisse des taux de prime. Dans le cas du marché des personnes à faible revenu, il s'avère parfois impossible de percevoir le paiement des primes à l'avance ; il est parfois nécessaire de proposer des versements échelonnés. Tout comme il peut s'avérer utile d'octroyer une certaine flexibilité aux moyens de paiement du client en proposant une période flexible au cours de laquelle les primes peuvent être payées.

Les paiements périodiques (mensuels, trimestriels ou annuels) représentent un mode populaire de collecte des primes du fait qu'ils sont, de par leur nature, mieux adaptés aux liquidités et pouvoir d'achat limités du marché cible. Les principaux inconvénients sont les coûts de transaction supplémentaires (en particulier avec des paiements plus fréquents) et la probabilité accrue que l'assuré choisisse d'annuler la couverture car chaque possibilité de renouvellement de leur affiliation à un système représente également une opportunité de suspendre temporairement ou définitivement leur adhésion.

L'une des principales leçons à retenir dans le domaine de la fréquence de la collecte est que les suppositions des micro-assureurs en termes de préférences et de capacité à payer des clients ne sont pas toujours justes. Delta Life a lancé les paiements hebdomadaires dans les années 1980, mais l'expérience accumulée au fil des années a permis une meilleure appréciation des préférences du client ; aujourd'hui, la plupart des polices sont honorées par des versements mensuels et trimestriels. La BRAC MHIB s'adresse à un marché cible particulièrement pauvre et vulnérable financièrement. Par conséquent, il peut sembler évident que les paiements doivent être aussi petits que possible et donc collectés très fréquemment. Et pourtant, la collecte hebdomadaire des primes ne satisfait pas les clients de la BRAC MHIB car, effectuer à la fois les contributions d'épargne, les remboursements de prêt et les paiements de prime constituait un trop lourd fardeau.

Le rythme de collecte des primes représente un autre facteur critique. Par exemple, la BRAC MHIB a appris que les clients engagés dans des activités telles que l'agriculture, la pêche et l'élevage de volailles, activités qui génèrent des revenus trimestriels ou biannuels, préféraient des paiements coïncidant avec leurs flux de trésorerie. En effet, il peut s'avérer vain de vouloir collecter des primes à un moment inopportun pour les clients. À la fin de la phase pilote de Karuna Trust, les primes étaient collectées en juin et juillet alors que la plupart des travailleurs journaliers étaient sans emploi. Il était clairement

inapproprié de collecter les primes à une période où la plupart des ménages ont à peine assez d'argent pour se nourrir. À l'issue de discussions plus approfondies avec les clients, Karuna a réalisé que les mois de septembre et de novembre seraient mieux adaptés pour collecter les primes dans la mesure où les clients prévoyaient d'avoir suffisamment de travail à cette époque.

Pour comprendre davantage le problème du rythme de collecte, il ne faut pas se contenter de déterminer à quel moment le marché cible dispose d'argent, il faut également prendre en compte la source de revenus. Si de nombreuses personnes tirent leurs revenus de la même source, il est éventuellement possible de faire payer les primes en masse par cette source pour un grand nombre d'assurés et ainsi accroître l'efficacité. C'est l'essence même du mécanisme lié au prêt décrit ci-dessus : les gens ont (généralement) de l'argent lorsqu'ils bénéficient d'un prêt. Mais existe-t-il d'autres sources d'argent courantes qui permettraient à l'assureur de collecter les primes à la source ?

Une autre approche permet aux assurés d'effectuer les paiements des primes au cours d'une période définie, et non à un moment spécifique, et cette méthode est relativement populaire parmi les assureurs informels d'assurance obsèques en Afrique du Sud *(voir encadré 35).* Cette approche tente en effet de tenir compte du caractère variable des revenus et pouvoir d'achat des personnes les plus pauvres. Mais une capacité administrative supplémentaire est néanmoins nécessaire pour gérer les systèmes de paiement flexible, et les coûts de transaction sont plus élevés si les clients peuvent modifier leur planning de paiement.

Encadré 35 **Paiements flexibles des primes pour l'assurance obsèques en Afrique du Sud**

Les obsèques représentent une dépense majeure du cycle de vie pour les foyers sud-africains à faible revenu. Dans la commune de Grahamstown, les ménages à faible revenu dépensent environ 15 fois leur revenu mensuel moyen pour des obsèques. L'assurance obsèques est une des méthodes courantes de financement. Une myriade d'assureurs formels et informels se font concurrence pour vendre une couverture au marché des personnes à faible revenu, parmi lesquels des salons funéraires qui proposent une prestation en nature. Certains de ces systèmes d'obsèques informels ont adopté un mécanisme flexible de paiement des primes.

Les ménages appliquent plusieurs stratégies pour subsister, avec des revenus provenant de différentes sources à différentes périodes. Ils doivent pouvoir payer leurs primes quand ils ont de l'argent et non à une date précise dans le mois. Comme l'expliquait un assureur informel, « ici, les gens vivent

au jour le jour ; vous ne pouvez pas leur demander de payer chaque mois à la même date ».

Par conséquent, de nombreux assureurs informels permettent à leurs clients de payer les primes, y compris partiellement, en apportant les espèces dont ils disposent au salon funéraire, au cours de plusieurs visites pendant le mois par exemple. Lorsqu'une prime est payée, le livret du client est tamponné et daté. Dans la mesure où ils sont à jour dans leurs paiements à la fin du mois, la police reste en vigueur. Certains systèmes laissent les polices actives tant que les clients n'ont pas plus de trois mois d'arriérés.

L'utilisation des livrets ou tickets est intéressante à la fois pour les assureurs et leurs clients. Avec ce système, les clients ont le sentiment de posséder un document sûr qui leur permet de prouver qu'ils sont à jour de leurs primes. Un tel système est comparativement bon marché et simple à gérer pour les assureurs. En outre, la flexibilité de paiement offre un autre avantage en adaptant les produits d'assurance aux flux de trésorerie des clients les plus pauvres.

Source : d'après Roth, 2002.

Un rythme flexible de paiement des primes est une composante importante de l'accès à la micro-assurance. Cependant, cette flexibilité engendre des coûts significatifs, dont les pertes liées à une plus grande exposition à la fraude du personnel. La capacité à gérer cette flexibilité nécessite des systèmes d'informations pouvant être mis en place sans augmenter considérablement les coûts. Sinon, les micro-assureurs ne peuvent offrir ce niveau d'accès sans répercussion significative sur la tarification.

3 Considérations relatives au client

3.1 Financement des primes d'assurance

Afin d'étendre la portée de la micro-assurance et de rendre les systèmes existants plus viables, les prestataires doivent explorer de nouveaux moyens d'aide aux assurés pour le financement de leurs primes. En effet, pour la plupart des ménages à faible revenu, les problèmes rencontrés pour payer les primes ne constituent pas un obstacle absolu à l'acquisition d'une assurance. Les problèmes surviennent plutôt parce qu'ils n'ont pas suffisamment d'argent au bon moment. En effet, de nombreux ménages peuvent payer les primes s'ils ont accès à des mécanismes de financement adaptés. Ces mécanismes peuvent permettre aux micro-assureurs de développer leurs marchés et d'obtenir des bases clientèle plus importantes et plus fiables. Des méca-

nismes de financement adaptés promeuvent également la nature sociale de la micro-assurance, du fait que les clients pour lesquels l'assurance était auparavant inabordable pourront bénéficier d'une couverture de risques formelle.

L'un des moyens les plus simples de fournir des options de financement consiste à travailler avec des groupes d'entraide ou des associations d'épargne et de crédit différé. Les assureurs associés aux SGH ou ROSCA peuvent encourager les membres à augmenter légèrement leurs dépôts réguliers d'épargne de manière à ce qu'ils disposent de l'argent nécessaire au moment de payer la prime annuelle. Grâce aux partenariats de financement avec les ROSCA, les assureurs bénéficient des mécanismes d'épargne informels existants, tandis que leurs membres peuvent accumuler les primes d'assurance sans coûts de transaction supplémentaires.

Une collaboration avec les coopératives peut offrir les mêmes avantages. Des options personnalisées de financement des primes peuvent être développées grâce à la relation financière des coopératives avec leurs membres, comme l'illustre l'encadré 36, tout en apportant à l'assureur un paiement groupé de primes provenant d'une source de revenus. En outre, les coopératives sont des entités plus formelles que les ROSCA et constituent ainsi des partenaires plus sûrs d'un point de vue juridique. Il convient également de mentionner que la nature de « pseudo-employeur » des coopératives peut inciter davantage leurs membres à rester à jour des paiements de leurs primes.

Encadré 36

Paiement des primes en lait chez Yeshasvini

Mangsandra est un petit village en Inde qui compte environ 1 000 habitants. Quelques 200 familles sont membres de la Mangsandra Cooperative Milk Society, l'un des partenaires de Yeshasvini Trust. M. Krishnamoti, le secrétaire de la société, est chargé de fournir les informations relatives à l'assurance maladie de Yeshasvini, d'inscrire les membres et de collecter leurs primes. Au cours de la première année, 96 personnes ont adhéré au système. Au cours de la deuxième année, 230 membres et personnes à charge se sont inscrites.

M. Krishnamoti explique qu'il est difficile pour une famille de payer la prime à un moment précis. L'association laitière a ainsi développé une solution à ce problème. Chaque matin, les membres de la coopérative apportent leur lait et M. Krishnamoti consigne la contribution de chaque membre dans ses cahiers. Un camion collecte chaque jour le lait et le transporte à la coopérative pour être traité et distribué. L'association paie chaque mois la société pour le lait reçu, puis la société paie à son tour les membres pour la quantité de lait qu'ils ont fournie pendant le mois.

Lorsque les membres adhèrent à Yeshasvini ou renouvellent leur police, leur prime peut être déduite du revenu que la coopérative leur verse. Lorsque M. Krishnamoti transmet la liste des adhérents à son association, il indique à l'Agent de vulgarisation agricole le nombre de membres ayant opté pour la déduction de la prime. L'association laitière avance le paiement de la prime à Yeshasvini. Cette avance est ensuite déduite du paiement mensuel de l'association à la coopérative, qui à son tour la déduit de la part du membre concerné. Si les membres décident d'engager les personnes qu'ils ont à leur charge dans le système, la société déduit uniquement le montant pour une personne par mois et permet ainsi au membre de payer sous forme de versements (de lait).

Source : d'après Radermacher et al., 2005b.

Une approche moins conseillée pour rendre les primes plus « abordables » pour les clients consiste à proposer des prêts séparés pour couvrir l'assurance. Par exemple, certains agents de l'IMF de Microcare proposent des prêts spécifiques pour payer les primes. En octroyant un prêt séparé pour les primes, au lieu d'intégrer les primes dans un prêt pour micro-entreprise ou logement, le coût de l'assurance devient bien plus perceptible pour les clients. Cependant, la prime devient plus chère, en termes absolus, pour les membres en raison des intérêts de leur prêt. Une prime annuelle de 50 $US, par exemple, s'élève à 60 $US si elle est financée par un prêt annuel à un taux effectif de 20 %. Cela entraîne un retour encore plus faible pour les assurés en termes de déclarations de sinistre par rapport aux primes. De la même manière, l'emprunteur prend un risque supplémentaire pour le remboursement du prêt qui doit être entièrement remboursé bien avant l'expiration de la couverture.

TUW SKOK a conçu un mécanisme de financement mieux adapté pour pousser les clients à acquérir ses polices d'assurance plus chères. L'assureur encourage ses unions de crédit partenaires à proposer des prêts sans intérêts à leurs membres, ce qui rend le montant plus élevé de la prime abordable pour les membres à faible revenu. Et pour compenser le revenu dont les unions de crédit se privent sur le prêt, TUW SKOK leur paie une commission plus élevée. Ainsi, TUW SKOK est parvenue à limiter ses passifs, tout en rendant plus abordables ses produits plus chers.

En bref, plusieurs leçons ressortent quant aux mécanismes de financement de la micro-assurance. Tout d'abord, il convient d'encourager les assurés à épargner, lorsque cela est possible, sur une base régulière afin qu'ils puissent payer une prime annuelle. La collaboration avec les coopératives permet aux micro-assureurs de déduire les primes au niveau de la source de revenus.

Lorsqu'un prêt est proposé pour financer une prime, la transparence est optimale si le prêt est destiné spécifiquement aux primes. Toutefois, le coût accru de la couverture fait des prêts à intérêt un choix moins judicieux.

3.2 Équilibre entre efficacité et prix abordable

L'équilibre entre l'efficacité pour les organisations et le prix abordable pour les clients représente un compromis classique. Il n'existe pas une unique réponse pour tous et cet équilibre doit être adapté à l'environnement commercial. Toutefois, Leftley (2005) propose une règle générale très utile en matière de prix abordable :

Veillez à ce que les primes soient abordables pour les clients les plus pauvres. La manière la plus simple de définir le caractère abordable est de déterminer de quel montant un client dispose en moyenne par jour. Il est peu probable que les clients épargnent toujours pour anticiper le paiement d'une prime. Par conséquent, une prime mensuelle doit correspondre au coût d'un produit non vital (comme une bouteille de bière par exemple).

Lorsqu'on considère les coûts imputés aux clients, il est également essentiel de reconnaître que la prime ne se traduit pas par une seule dépense. Si les assurés doivent se déplacer pour payer la prime, le transport et les coûts de l'absence au travail peuvent être plus élevés que les coûts de la prime elle-même. Aussi, l'efficacité doit être surveillée et évaluée en fonction des coûts de transaction pour l'assureur et du montant de la couverture fournie à l'assuré.

Pour obtenir un équilibre entre efficacité et prix abordable, certaines organisations ajoutent une cotisation à la prime par souci de commodité de collecte. Par exemple, les primes sont réduites pour les personnes qui paient par virement automatique ou en un petit nombre de versements. Cet arrangement renforce l'efficacité tout en rendant le produit plus abordable.

3.3 Prévention des défauts de paiement et non-renouvellements

Les défauts de paiement et non-renouvellements sont un indicateur majeur de la pertinence des mécanismes de collecte des primes. La situation idéale permettant d'éviter les non-renouvellements doit néanmoins être équilibrée par rapport aux réalités du service fourni aux personnes les plus pauvres.

Mais les systèmes de micro-assurance doivent avant tout s'efforcer de se protéger contre les problèmes de défauts de paiement et de non-renouvellement. Plutôt que de s'appuyer uniquement sur des pénalités, telles que l'arrêt

de la couverture en cas de paiements en retard, des innovations sont requises pour aider les personnes qui ont besoin d'une certaine clémence. Par exemple, avec la police d'assurance mixte de Tata-AIG, si les clients omettent de payer la prime, l'assureur déduit le montant non payé de la valeur accumulée au titre de la police afin de conserver la couverture.

Des incitations peuvent également jouer un rôle en encourageant une certaine discipline du paiement. Par exemple, les assurés qui paient régulièrement à temps peuvent payer moins cher leur prime. La principale leçon à tirer est que les règles relatives aux paiements de prime non acquittés doivent refléter les réalités des personnes les plus pauvres tout en offrant une conception empêchant les abus.

À chaque fois qu'un client doit payer une prime, il est obligé de prendre une décision d'achat. Cela peut pousser les clients à choisir finalement de ne pas payer les primes d'assurance dues. Par conséquent, plus la collecte des primes est fréquent, plus les clients ont l'opportunité de renoncer à leurs polices d'assurance. C'est ce qu'illustre parfaitement l'expérience de l'AssEF (Bénin) qui collecte les primes tous les mois. En décembre 2003, l'AssEF avait perçu seulement 71 % des primes des femmes ayant adhéré au début de l'année. Elle a ainsi réalisé qu'un travail promotionnel et marketing supplémentaire était nécessaire pour les systèmes de collecte de primes fréquent afin d'encourager les clients à maintenir leur police en vigueur. Suite à des campagnes de sensibilisation menées en 2004, les taux de fidélisation ont atteint 84/86 %.

Une autre stratégie visant à réduire les défauts de paiement consiste à aider les assurés à augmenter leurs revenus. En effet, l'une des raisons principales pour lesquelles les plus pauvres omettent de payer les primes est le manque d'argent. Alors que s'ils avaient eu accès à un prêt pour micro-entreprise leur permettant d'augmenter le revenu du ménage, il aurait été plus facile pour eux de payer également leur prime. C'est ce qui ressort de l'expérience d'un prestataire d'assurance maladie basé sur la communauté en Tanzanie qui a appris cette leçon par hasard. L'UMASIDA avait commencé à travailler avec deux MHO identiques, la différence résidant dans le fait que l'une avait accès à une institution de micro-finance séparée et l'autre pas. Comme le montre l'illustration 14, le taux d'abandon du groupe n'ayant pas accès à la micro-finance était considérablement plus élevé que celui du groupe bénéficiant de cet accès (Kiwara et Fungu, 2005).

Illustration 14

Abandons de la micro-assurance et accès au micro-crédit

Source : Kiwara et Fungu, 2005

Cette constatation suggère que le lien entre la micro-assurance et la micro-finance va bien au-delà des simples rendements générés par des services financiers intégrés. L'accès à la micro-finance peut également permettre aux assurés les plus pauvres de payer plus facilement leur prime. Il y a déjà quelque temps, Delta Life a identifié ce lien entre le prix abordable de la prime et les prêts aux micro-entreprises et a tenté de résoudre ce problème par ses propres moyens. Mais, comme l'illustre l'encadré 37, les assureurs peuvent courir de sérieux risques lorsqu'ils s'impliquent directement dans le prêt aux micro-entreprises.

Encadré 37

Delta Life – association entre micro-crédit et micro-assurance

Motivée par l'extraordinaire succès du micro-crédit au Bangladesh, Delta s'est imposée en proposant ses propres prêts. En plus de fournir des **prêts pour police** à hauteur de la valeur de rachat de la police, comme l'exige la loi, Delta a commencé à proposer des **prêts pour projet** aux micro-entreprises, destinés à aider les assurés à augmenter leurs revenus et ainsi leur permettre de payer les primes très régulièrement.

Et malgré des remboursements acceptables au milieu des années 1990, le taux de recouvrement s'est effondré simultanément avec la montée en flèche du portefeuille d'assurance. En réalité, l'une des explications de cette crois-

sance est que les organisateurs (agents) utilisaient les prêts de projet comme outil marketing, en promettant de fournir des prêts après achat d'une police.

La mauvaise qualité du crédit des prêts pour police ne représentait pas une grande source d'inquiétude. Ils étaient entièrement sécurisés et les organisateurs encourageaient activement les assurés à payer leurs primes plutôt que leurs prêts, s'ils étaient obligés de choisir entre les deux, afin de garder le contrat d'assurance actif. Par contre, les problèmes de remboursement relatif aux prêts pour projet donnaient lieu de s'inquiéter car les montants étaient plus élevés et garantis uniquement par les engagements d'autres membres du groupe. Les principaux problèmes que rencontraient les produits de prêt étaient les suivants :

– Le personnel n'était pas suffisamment formé à la méthodologie de prêt collectif ou à la gestion de groupes d'emprunteurs et la garantie collective s'avérait par conséquent peu efficace.
– Les principaux indicateurs servant à mesurer les performances des organisateurs incluaient le nombre de nouvelles polices et le montant des primes collectées. Le remboursement de leur prêt n'était pas contrôlé avec soin ni réclamé.
– La culture associée à la collecte opportune des remboursements est assez différente de la collecte des primes. Dans le cadre du paiement d'une prime pour une police d'assurance mixte, l'organisation demande principalement au client de la laisser conserver son argent. Il est donc inapproprié d'exercer une trop forte pression si le client n'est pas en mesure de payer immédiatement. En ce qui concerne un prêt, en revanche, le client dispose de l'argent de l'organisation qui a, à son tour, la responsabilité de le récupérer.

En outre, en tant que compagnie d'assurance réglementée, une question se pose : Delta a-t-elle légalement le droit de proposer des prêts pour projet ? Des restrictions s'appliquent aux pratiques d'investissement des assureurs et il est probablement inapproprié pour Delta d'investir des primes dans son propre portefeuille de prêts.

Source : d'après McCord et Churchill, 2005.

4 Contrôles de collecte des primes

La fraude et les erreurs lors de la collecte des primes représentent des problèmes majeurs pour les micro-assureurs du fait que leurs faibles marges ne permettent pas une mauvaise gestion financière. Aussi, des contrôles efficaces de la collecte des primes doivent être mis en place. Il convient de combiner des contrôles hiérarchiques et horizontaux.

Les contrôles hiérarchiques requièrent que l'assureur crée une structure rudimentaire au sein de l'organisation afin de surveiller la qualité du processus de collecte des primes. Ces contrôles fonctionnement généralement mieux pour les assureurs qui utilisent leurs propres structures pour gérer le processus que pour ceux qui sous-traitent le processus auprès d'autres organisations. S'il opte pour cette dernière option, l'assureur doit créer des contrôles horizontaux, en exigeant par exemple une certaine sécurité collective garantie par l'organisation ou la structure auprès de laquelle le processus est sous-traité. Une des solutions très largement répandues en Pologne avant l'introduction de l'assurance de passif obligatoire, consistait à exiger de l'agent un billet à ordre vierge, cosigné par un ou plusieurs agents de la même organisation ou du même groupe. Le billet pouvait uniquement servir à collecter les indemnités résultant des actions frauduleuses commises par un agent à l'encontre de l'assureur, mais cela a créé un niveau supplémentaire de sécurité pour l'assureur par le biais d'un arrangement de responsabilité collective conclu entre les agents.

L'importance de la fraude ne doit pas non plus être sous-estimée. En effet, la structure des systèmes dans leur intégralité doit être modifiée pour remédier à ce problème. Par exemple, chez AIG Ouganda, l'une des raisons pour lesquelles le produit est passé d'une assurance initiale volontaire à une assurance obligatoire était la réduction de l'incidence de la fraude parmi les agents de terrain de l'IMF qui collectaient les primes auprès des clients et empochaient l'argent. En rendant le produit obligatoire, le risque de fraude a été réduit car les primes sont payées par le biais de transactions sans espèces au niveau du back-office.

ServiPerú a mis en place un audit des montants collectés afin de tenter de prévenir la fraude et les erreurs. La procédure de collecte des cotisations débute par des factures distribuées par les agents de collecte dans leurs zones géographiques dédiées. Les collecteurs rendent visite aux clients, principalement sur leur lieu de travail, à trois reprises si nécessaire, pour collecter les montants dus. À la fin de la journée (ou plus fréquemment si les volumes sont importants), les collecteurs déposent l'argent dans les bureaux ou sur les comptes bancaires de ServiPerú en consignant les paiements collectés. Une fois la période de collecte des cotisations terminée pour le mois, les collec-

teurs doivent présenter un compte-rendu des primes non collectées, en indiquant les raisons de non-collecte. Des auditeurs internes étudient un échantillon des non-renouvellements afin de s'assurer qu'ils n'ont réellement pas payé leur prime.

5 Conclusion

La collecte des primes est décourageant en termes de financement efficace de la micro-assurance. Certains assureurs (ou leurs réseaux de distribution) ont imaginé des moyens de réduire les coûts de collecte des primes et d'optimiser l'efficacité. Des arrangements efficaces impliquent un paiement prompt et intégral sans affecter la sécurité du mécanisme de transfert des primes ni sacrifier les avantages du service client. Et afin d'atteindre cette stabilité financière, les assureurs doivent fournir tous les efforts possibles pour garantir le paiement des primes dans les temps.

Les méthodes courantes de collecte des primes répondent aux besoins du client à différents niveaux. Parmi les méthodes les moins coûteuses pour l'assureur, on trouve la collecte des primes pour les groupes communautaires par leurs propres membres, ce qui consolide les paiements à l'assureur. La collecte par les assureurs de primes cumulées auprès des IMF et autres groupes, qui associent les primes à un autre produit ou les transfèrent électroniquement, peut s'avérer tout aussi bon marché. La méthode du porte-à-porte pour collecter les primes des assurés individuels est généralement très onéreuse.

Les leçons à retenir en matière de paiement des primes sont les suivantes :

- Un équilibre doit être conservé entre l'efficacité de l'assureur et les mouvements de trésorerie et coûts de transaction de l'assuré. Sans un équilibre acceptable entre ces deux facteurs, la micro-assurance risque d'être vouée à l'échec. Cela ne permet pas la fidélisation ou la génération de nouveaux clients si l'assureur réduit ses coûts de collecte à un niveau proche de zéro, tout en se contentant de transférer les coûts aux assurés qui risquent d'être obligés, par exemple, de se déplacer pour effectuer les paiements.
- Les transferts électroniques réduisent les coûts de toutes les parties prenantes. Une meilleure disponibilité des services d'épargne pour les personnes les plus pauvres peut considérablement améliorer les mécanismes de paiement des primes abordables.
- Dans la mesure du possible, il convient de collecter les primes auprès d'une source spécifique de fonds, à un moment où ces fonds sont disponibles, tels qu'un déboursement de prêt, le paiement mensuel d'une coopérative laitière ou le versement du salaire par un employeur.

- La fraude est un problème majeur de la collecte des primes. Des contrôles stricts s'imposent lorsque des individus gèrent les primes. Heureusement, certaines des méthodes de transaction les plus efficaces, notamment les transferts électroniques, sont parmi les plus simples à contrôler.
- La fréquence et le rythme de collecte nécessitent une bonne compréhension des mouvements de trésorerie et préférences de l'assuré. L'hypothèse selon laquelle les assurés préfèrent des paiements de primes de faible montant ne s'avèrent pas toujours exacte. Une étude de marché s'impose.
- Les clients doivent comprendre le mécanisme de collecte, ce qui doit conduire à une bonne compréhension de la police qu'ils acquièrent et ainsi tendre à un développement d'une culture d'assurance parmi les plus pauvres. Le paiement des primes par le biais des taux d'intérêt n'est pas suffisant lorsque les titulaires de contrat ne savent pas qu'ils sont assurés.
- Les stratégies visant à réduire les non-renouvellements doivent tenir compte des réalités des populations les plus pauvres. L'objectif consiste à maintenir l'assuré actif dans le paiement de ses primes. Il est important de prévoir des pénalités de retard de paiement pour contrôler l'antisélection et la fraude tout en permettant néanmoins de fidéliser le client.

Il est évident que l'efficacité ne peut être le seul critère retenu pour sélectionner le meilleur mode de collecte des primes. L'assureur ne doit pas oublier sa position stratégique et ses points forts, ainsi que les objectifs à long terme qu'il souhaite atteindre. S'il présente le prix du produit comme son meilleur atout, c'est-à-dire qu'il tente d'offrir la prime la plus basse possible pour une couverture compétitive, il doit se concentrer sur les méthodes les moins chères, telles que le transfert électronique des produits ajoutés. En revanche, si les atouts de l'assureur résident dans une étroite collaboration avec le marché et une forte loyauté réciproque, l'augmentation du coût dû à la collecte par porte-à-porte peut être compensée par le nombre réduit de défauts de paiement et de déclarations de sinistre frauduleuses déposées par les clients qui ont le sentiment de jouir d'une relation plus étroite avec l'assureur, au prix de primes plus élevées. En bref, aucun aspect pris séparément ne peut servir à trouver une solution au problème à multiples facettes de la relation assureur-assuré, dont la réussite ultime dépend de la survie sur le long terme de l'assureur, qui se transforme au final en une protection sûre pour l'assuré.

3.4 Traitement des sinistres

Michael J. McCord et Richard Leftley[1]

Les auteurs remercient les lecteurs suivants pour leurs relectures et suggestions : Aris Alip (CARD), Dubby Mahalanobis (anciennement Microcare) et Ralf Radermacher (Université de Cologne).

Le traitement des sinistres, de la déclaration au règlement, représente souvent une activité coûteuse et chronophage aux difficultés multiples. L'équilibre entre les coûts d'exploitation, y compris les contrôles visant à réduire les déclarations injustifiées, et le coût de la fraude en fait un processus onéreux, en particulier pour l'assurance maladie. Pourtant, pour que la micro-assurance connaisse le succès, les coûts des opérations et contrôles doivent rester peu élevés afin de maintenir les primes à un niveau abordable pour le marché.

Le processus des déclarations de sinistre pour la micro-assurance diffère de celui de l'assurance traditionnelle de par sa considération des réalités de la population à faible revenu, à savoir :

- Les indemnités doivent être rapidement versées car les personnes à faible revenu ont trop peu accès à des fonds pour gérer les coûts financiers des risques.
- Les indemnités pour maladie doivent être immédiatement versées au prestataire car les personnes à faible revenu ne disposent pas des fonds nécessaires pour bénéficier du traitement et attendre le remboursement.
- Les exigences en matière de documents légaux doivent souvent être remplacées par un justificatif alternatif en raison des difficultés que rencontrent les personnes à faible revenu pour obtenir certains documents.
- Le processus des déclarations de sinistre remplace souvent la souscription car il est moins coûteux d'étudier de près quelques déclarations de sinistre que d'exiger une souscription étendue pour des volumes importants de petites polices.
- Dans le cadre de primes à faible montant et de prestations très limitées, les options des différentes exigences de la documentation requise pour les déclarations doivent être évaluées en fonction de leurs coûts et bénéfices.

[1] Les références de ce chapitre renvoyant à Microcare (Ouganda), Compartamos (Mexique), Aldagi (Géorgie), Kashf Foundation (Pakistan) et Gemini Life (Ghana) sont issues des expériences des auteurs et non des études de cas.

– Pour être efficaces, les assureurs doivent rationaliser leurs contrôles des polices les plus petites, car l'effort consenti dans la mise en œuvre des contrôles risque de coûter plus cher que le bénéfice réel.
– En général, le processus doit être le plus simple possible.

Ce chapitre aborde ces différences en détails, en s'appuyant sur des exemples qui illustrent les raisons pour lesquelles la gestion des sinistres de la micro-assurance doit différer de celle de l'assurance conventionnelle. Il résume également les leçons retenues suite aux tentatives visant à rendre les processus de déclaration de sinistre de la micro-assurance efficaces, effectifs et contrôlés. Le présent chapitre aborde en premier lieu le processus dans son ensemble avant de se concentrer plus spécifiquement sur la déclaration, le règlement, les contrôles et la gestion des sinistres.

1 Introduction

Les indemnités représentent sans doute l'aspect le plus important de l'assurance pour les assurés. En l'absence d'un traitement des sinistres efficace et effectif, il devient très difficile pour l'assureur de vendre des polices face au mécontentement grandissant de ses clients. Par le biais des primes, les assureurs achètent le droit à des indemnités effectives dans certaines circonstances.

Le coût du traitement des sinistres constitue un facteur crucial de la réussite des compagnies d'assurance. Elles doivent être efficaces en appliquant des contrôles réels afin de s'assurer que seuls les sinistres légitimes sont réglés et selon les bons montants. Pourtant, les contrôles et processus qui fonctionnent pour un marché plus fortuné peuvent se révéler totalement inefficaces sur le marché des ménages à faible revenu. En effet, lorsque le traitement des sinistres devient trop exigeant ou trop coûteux, les produits associés ne peuvent tout simplement pas être proposés au marché des personnes à faible revenu. Telle est la nature critique du traitement des sinistres.

1.1 Le processus de règlement des sinistres

Le processus de déclaration de sinistre inclut généralement les composantes suivantes :

– un événement assuré aboutissant à une déclaration de sinistre ;
– la collecte des documents requis ;

- la présentation de la déclaration de sinistre à un intermédiaire ou à l'assureur ;
- la liquidation des sinistres ;
- le règlement des sinistres.

Pour que la micro-assurance soit couronnée de succès, elle doit atteindre un équilibre entre la quantité d'informations requises pour confirmer réellement que l'événement s'est produit et la capacité de l'assuré à obtenir ces informations de façon opportune et rentable. Le processus de déclarations de sinistre doit rester simple afin de gagner la confiance des clients. Comme le montre l'illustration 15, le processus de Madison Insurance en Zambie, par exemple, est très clair et relativement opportun (par rapport à d'autres cas).

Illustration 15

Processus normal de règlement des sinistres pour le produit de micro-assurance de Madison

Remarque : lorsque les documents ne sont pas correctement remplis (Étape 1 ou Étape 5), la déclaration de sinistre est renvoyée au responsable de crédits/client et le processus nécessitera 2 à 3 jours supplémentaires.

Source : Manje, 2005.

Le processus de Madison Insurance requiert 10 jours, dans la mesure où la documentation est correcte et la demande légitime. Chez Delta Life au Bangladesh, le processus peut durer 60 jours ou plus. Et même si une grande partie du processus de Delta a été centralisée dans les Centres Opérationnels de Zone (COZ), un certain nombre d'activités restent concentrées au niveau du siège et certaines approbations de déclarations de sinistre requièrent même la signature du Directeur Général. Des contrôles stricts sont effectivement nécessaires, mais chaque étape demande du temps et de l'argent, augmentant ainsi les coûts d'exploitation.

Les dossiers d'assurance maladie sont plus complexes que ceux de l'assurance-vie du fait qu'une nouvelle partie est impliquée, le prestataire de soins de santé, et que l'évaluation de la déclaration est subjective et requiert une expertise médicale. De plus, un seul assuré peut être amené à déposer plusieurs déclarations de sinistre au cours de la période de validité de la police. À l'UMSGF, un programme d'assurance de mutuelle santé en Guinée, le processus débute par la confirmation que la personne nécessitant des soins médicaux est réellement couverte par la police. Les neuf principales étapes de l'accès aux soins avec l'UMSGF sont décrites dans l'illustration 16.

Illustration 16

Le processus de déclarations de sinistre à l'UMSGF

1°) Le patient demande une autorisation de traitement.
2°) Le responsable du système vérifie que le patient est éligible aux soins médicaux et délivre l'autorisation.
3°) Le patient se rend à l'hôpital et paie la consultation.
4°) L'hôpital contrôle la validité de la carte de membre du patient, prodigue les soins et lui donne un ticket attestant du traitement.
5°) À sa sortie de l'hôpital, le patient remet le ticket au responsable du système.
6°) Le responsable rembourse les coûts de transport du patient.
7°) L'hôpital envoie une facture récapitulative.
8°) Le responsable vérifie et paie la facture.
9°) L'hôpital édite un reçu.

→ Flux d'informations
⇢ Flux financier

Source : Gautier et al., 2005.

Comme décrit au chapitre 2.1, un système de micro-assurance maladie qui exige le paiement du traitement par l'assuré puis la demande de remboursement, comme les prestations maladie de VimoSEWA et Shepherd (toutes deux en Inde), ne correspond pas à l'avantage de base de l'assurance, à savoir pouvoir bénéficier de soins sans avoir à accumuler des fonds pour les payer.[2] En revanche, l'UMSGF, Yeshasvini (Inde) et Microcare (Ouganda) remboursent directement le prestataire de soins de santé.

1.2 Sélection en amont contre contrôles en aval

Dans de nombreux systèmes de micro-assurance, les mesures de réduction des coûts ont entraîné le transfert des tâches normales de souscription des polices vers le département de gestion des sinistres. Les assurés potentiels n'ont pas d'examen médical par exemple. Ils n'ont pas besoin de présenter de certificats de naissance ou de mariage, ou de documents médicaux lors de la demande initiale de police. La sélection des assurés potentiels est souvent éliminée, ou couverte dans une certaine mesure par la souscription de partenaires. Ainsi, une femme appartenant à une IMF peut avoir besoin de la micro-assurance. Elle serait automatiquement acceptée pour l'assurance dans la mesure où elle satisfait aux critères de prêt de l'IMF. La couverture pourrait même intégrer les membres de sa famille, comme avec AIG Ouganda, Spandana (Inde) et CARD MBA (Philippines), sans exigences supplémentaires de souscription.

Même dans le cadre des ventes individuelles, comme c'est le cas avec Delta Life, les assurés potentiels doivent simplement signer une déclaration de bonne santé. En cas de réalisation d'un événement assuré, l'assureur exige la confirmation de la déclaration, par exemple, qu'il n'existait réellement aucun antécédent. Ainsi, les micro-assureurs réduisent la charge de travail associée à l'évaluation d'une grande quantité de demandes de couverture et concentrent leurs efforts sur le petit nombre de requérants.

En règle générale, il doit y avoir suffisamment de freins et contrepoids pour garantir le non-paiement des demandes frauduleuses, mais le processus doit également être simple d'utilisation et rentable pour l'ensemble des parties. Cependant, il convient de tenir compte de l'intégralité du processus d'assurance. Lorsque les contrôles sont réduits pour le grand nombre d'acquéreurs d'assurance, les requérants doivent supporter un fardeau plus lourd. Une autre stratégie visant à améliorer l'efficacité consiste à prévoir des exigences à plusieurs niveaux en ce qui concerne les déclarations de sinistre, avec un nombre limité de documents et un processus simplifié pour les indemnités

[2] VimoSEWA est en train de tester un système de paiement sans espèces pour tenter de résoudre ce problème.

les plus faibles, mais avec des contrôles plus rigoureux pour les déclarations de sinistre d'un montant plus important.

Les parties suivantes analysent la manière dont les principaux sous-processus de déclarations de sinistre profitent aux assurés et comment les micro-assureurs font fonctionner ces processus avec efficacité.

2 Déclaration de sinistre

La déclarations de sinistre s'effectue à deux niveaux. En premier lieu, l'approche est réalisée par l'assuré, le bénéficiaire ou le représentant de l'assureur. En second lieu, la demande est complétée et soumise afin de lancer officiellement le processus de règlement du sinistre.

2.1 Approche

La plupart des micro-assureurs laissent au bénéficiaire la responsabilité d'initier les déclarations de sinistre. Bien que plusieurs institutions, telles que Delta Life, AIG Ouganda et La Equidad (Colombie), demandent à leurs bénéficiaires de se rapprocher de l'assureur ou de son agent, les assureurs peuvent améliorer leur service client en entrant à leur tour en contact avec les bénéficiaires, renforçant ainsi la crédibilité de l'assureur et consolidant une culture d'assurance en plein essor.

Pour MUSCCO au Malawi, les bénéficiaires informent généralement le SACCO du décès d'un membre, bien que, dans certains cas, les bénéficiaires ne soient pas conscients de leur désignation ou de la couverture d'assurance. Dans de telles circonstances, les SACCO informent les bénéficiaires et les encouragent à initier les tâches administratives. Le SACCO est particulièrement enclin à procéder de la sorte lorsque le membre décède et qu'il reste un montant dû.

Il en va de même chez CARD MBA, où l'agent de terrain et les membres du groupe sont déterminés à trouver les bénéficiaires afin qu'ils s'acquittent des soldes du prêt du défunt. S'il n'existe aucun bénéficiaire désigné ou si cette personne a précédé l'assuré dans la mort, la politique de CARD MBA prévoit qu'« en cas de décès d'un membre sans désignation de son bénéficiaire, toutes les prestations dues seront versées à ses héritiers légaux, conformément à la loi » (Mc Cord et Buczkowski, 2004).

Et même en l'absence de prêt à rembourser, il est important pour les micro-assureurs ou leurs intermédiaires de veiller à ce que ces déclarations de sinistre, dans le cadre de l'assurance-vie, soient initiées, même s'ils doivent rechercher le bénéficiaire. Une certaine confiance continue de s'établir avec une grande partie de ces programmes, et le versement des indemnités montre que les assurés peuvent compter sur l'assureur pour effectuer les paiements.

En matière de soins de santé, soit l'assuré s'adresse aux assureurs pour demander le remboursement, soit l'assureur tient l'assuré à l'écart du processus en payant directement le prestataire de soins de santé. Cette dernière approche est plus simple pour les assurés et plus efficaces pour les assureurs. Grameen Kalyan (Bangladesh) a recours à une troisième approche qui élimine totalement le processus de déclarations de sinistre. Chez GK, les membres disposent de cartes à présenter au moment du traitement. Le coût du traitement est ensuite simplement comptabilisé et aucune déclaration de sinistre n'a besoin d'être soumise. L'assuré doit néanmoins disposer d'espèces pour accéder aux soins au taux comptabilisé, et le coût des soins médicaux qui dépasse la capacité du centre médical est couvert sur la base d'un remboursement.

TUW SKOK (Pologne) et Aldagi (Géorgie) ont mis en place des moyens d'assistance au processus de déclaration de sinistre sous forme de lignes d'assistance gratuites ouvertes 24 heures sur 24, destinées à aider les personnes dans leurs déclarations de sinistre, entre autres choses. En ce qui concerne TUW SKOK, il est intéressant de remarquer que seulement 10 % des déclarations de sinistre sont initiées via le centre d'appels, tandis que le reste émane de leurs unions de crédit partenaires. Cela indique clairement la préférence pour le contact humain physique concernant ce processus.

2.2 Dépôt des déclarations de sinistre

Les dépôts des déclarations de sinistre pour les produits d'assurance sont compliqués et peuvent s'avérer problématiques pour les assurés à faible revenu, en particulier ceux disposant d'une éducation limitée. Par exemple, le formulaire de déclaration de sinistre de Delta Life requiert un certain nombre d'informations importantes, dont des détails émanant des autorités locales et de l'employeur du défunt, ainsi que des informations spécifiques relatives à la cause du décès. Le remplissage de ce formulaire avec toutes les signatures et informations requises génère une certaine frustration et retarde le bénéficiaire. En outre, le taux de rejet de déclarations de sinistre atteint 15 % chez Delta, taux qui est en partie dû à des dépôts de déclarations de sinistre incomplètes.

Chez certains micro-assureurs comme Delta, la documentation requise pour déposer une déclaration de sinistre n'a pas suffisamment évolué pour s'adapter au marché des personnes à faible revenu. Par exemple, tandis que les documents émis par un employeur peuvent être faciles à obtenir pour une veuve de la classe moyenne habitant en ville, cela peut représenter un véritable défi pour un bénéficiaire à faible revenu en milieu rural. Les rejets de déclarations de sinistre sont souvent le résultat direct de la complexité des

formulaires et de l'absence de prise en compte de la capacité de ce marché à acquérir les documents officiels, ce qui risque de mettre à mal l'intention de la micro-assurance, comme l'illustre l'encadré 38.

Encadré 38 **Rejet de déclaration de sinistre : un cas de documentation insuffisante en Zambie**

La femme de Philip Zulu est décédée et il lance le processus de déclaration de sinistre à l'issue des funérailles. Au moment de soumettre le formulaire de déclaration de sinistre accompagné des certificats de naissance et de décès, on a demandé à Philip de fournir également le Certificat officiel de cause du décès. Il est alors retourné à l'hôpital pour y apprendre que ce certificat ne pouvait lui être délivré car le décès de sa femme était survenu il y a trop longtemps. Après avoir passé trois semaines à faire des allers et venus entre le bureau de son IMF et l'hôpital, il a finalement abandonné la déclaration de sinistre de l'assurance.

Source : d'après Manje, 2005.

En revanche, certains micro-assureurs ont adapté leurs exigences en matière de déclarations de sinistre au marché cible. Citons par exemple :

- VimoSEWA qui demande un reçu pour le bois ayant servi à construire le bûcher funéraire.
- Un permis d'inhumation qui peut faire office de certificat de décès pour AIG Ouganda et Madison.

Une partie de la complexité des exigences de la déclaration de sinistre est liée aux expériences négatives vécues par l'assureur avec des titulaires de police profitant de la combinaison de dépôts initiaux simples (donc limités ou sans garantie) avec des processus de déclaration de sinistre relativement simples. Les contrôles étant faibles aux deux extrémités de la transaction, CARD MBA a rencontré un problème sérieux et récurrent avec l'antisélection, en particulier pour les membres de la famille des clients. Cela a incité CARD MBA à mettre en place une clause de contestabilité pour les décès ou invalidités survenant au cours de la première année de couverture (voir chapitre 3.1).

La complexité des formulaires de déclaration de sinistre dépend en partie de la manière dont l'assureur s'appuie sur la souscription via le processus de déclaration de sinistre, ainsi que de la complexité du produit en lui-même. Les produits simples présentant peu d'exclusions nécessitent moins d'informations pour soumettre une déclaration de sinistre du fait que l'assureur n'est pas obligé de vérifier que la cause de la déclaration est bien couverte

étant donné que tout (ou presque) est couvert. Un processus simplifié de déclarations de sinistre ne réduit pas seulement les coûts pour le bénéficiaire, l'agent et l'assureur, mais génère également une plus grande satisfaction de l'assuré.

Ainsi, Microcare et Opportunity International utilisent un formulaire pour leur combinaison de polices d'assurance-vie sur crédit et obsèques, extrêmement simple *(voir illustration 17)*, même si ce formulaire requiert un certificat de décès qui peut être difficile à obtenir dans les régions rurales d'Ouganda. Par conséquent, Microcare a récemment commencé à accepter une lettre rédigée par le clergé ou l'imam ayant officié lors des funérailles si un certificat de décès ou un rapport de police n'est pas disponible. Sans ces adaptations, les bénéficiaires sont frustrés, comme l'ami de l'assuré de l'encadré 39.

Encadré 39

Frustration du bénéficiaire

Un titulaire de police en Ouganda a déclaré : « Je connais une femme qui a perdu son mari et qui n'avait pas assez d'argent pour fournir les documents. Et pourtant son mari est décédé dans un accident et avait donc droit à une indemnité conséquente. Elle a fini par abandonner. »

Source : d'après McCord et al., 2005a.

L'objectif vise à trouver un équilibre entre la garantie que l'événement assuré s'est bien produit et l'acceptation d'une documentation moins complète. TUW SKOK, par exemple, demande le certificat de décès de l'assuré et des moyens acceptables d'identification capables de confirmer l'identité du bénéficiaire. Madison exige le certificat de décès, un rapport post mortem, le permis d'inhumation, le rapport de police et l'identification. Obtenir les formulaires requis demande du temps et de l'argent. Toutefois, dans les zones rurales, Madison accepte à la place trois confirmations écrites du décès émanant du secrétaire de district, du chef local, de l'employeur du défunt ou de la police locale.

Yeshasvini a adopté une approche radicalement différente en demandant que les déclarations de sinistre soient approuvées par son tiers opérateur de services avant que l'assuré ne bénéficie du traitement. Cette approche offre un contrôle en amont qui garantit que seuls les services autorisés sont fournis, ce qui diminue le risque de rejet des déclarations.

En général, les déclarations de sinistre doivent pouvoir être facilement complétées par les bénéficiaires, exigeant uniquement la documentation suffisante permettant de confirmer la survenance de l'événement assuré. La frustration des assurés ou de leurs bénéficiaires ne fait qu'entraver le développement de la micro-assurance.

Illustration 17

Formulaire de déclaration de sinistre de Microcare et Opportunity International

Formulaire de déclaration de sinistre d'assurance – Group Credit Life

Nom du prêteur : _____ Nom de la succursale : _____

Nom du contact de la succursale : _____

Numéro de téléphone du contact : _____

Nom de famille du défunt : _____ Autre(s) nom(s) : _____

Cause du décès : _____

Date du décès : _____ (jour) _____ (mois) _____ (année)

Valeur totale de l'indemnisation demandée : UGS _____

Dont UGS _____ destinés au solde/intérêt du prêt

Informations relatives à l'emprunteur décédé ou dont un membre de la famille est décédé

Nom de famille de l'emprunteur : _____ Autre(s) nom(s) : _____

Date de déboursement du prêt : _____ (jour) _____ (mois) _____ (année)

Nous confirmons par la présente que les informations contenues dans ce formulaire de déclaration de sinistre et la preuve de décès ci-jointe sont, à notre connaissance, vraies et précises :

Signature du requérant : _____ Date : _____

Nom du requérant : _____

Signature du responsable de prêts : _____ Date : _____

Nom du responsable de prêts : _____

Signature du responsable de la succursale : _____ Date : _____

Nom du responsable de la succursale : _____

Veuillez joindre tous les documents de confirmation requis par la Condition n° 12 de la police, à savoir :

– certificat de décès ou copie certifiée ;
– rapport de police en cas de décès accidentel ;
– copie de l'accord de prêt ;
– en cas de décès d'un membre, livret original et déclaration d'amortissement de prêt ;
– lettre rédigée par un membre du conseil local ;
– lettre rédigée par le responsable de la succursale ou le responsable de groupe concerné.

2.3 Retards dans le dépôt des déclarations de sinistre

La lenteur de la soumission des déclarations de sinistre à l'assureur peut être due à de nombreux facteurs. Chez Madison, les déclarations de sinistre tardives sont fréquemment liées à des problèmes de documentation. Ces problèmes sont essentiellement imputés aux responsables de prêts qui sont supposés apporter leur aide pour rassembler la documentation mais sont trop occupés à poursuivre les emprunteurs défaillants pour consacrer du temps à s'assurer que les papiers des déclarations de sinistre sont en ordre. De plus, le personnel de terrain de l'IMF a indiqué que la documentation de règlement des sinistres était très contraignante et qu'il souhaitait des formulaires plus simples.

En revanche, les *Vimo Aagewans* dédiés à l'assurance de VimoSEWA veillent à ce que les membres sachent comment soumettre une déclaration de sinistre et leur facilitent le processus le cas échéant. VimoSEWA a réalisé que les documents officiels ne sont parfois pas disponibles du fait que les fonctionnaires locaux exigent de « l'argent rapide » pour préparer ou signer les documents requis. Dans de tels cas, les *Vimo Aagewans* interviennent et veillent à ce que le document soit délivré sans coût supplémentaire.

Les retards de soumission à la MUSCCO ont deux causes principales. La première est la difficulté au Malawi à obtenir un certificat de décès, requis par la MUSCCO. La seconde est plus intéressante. La MUSCCO travaille avec des unions de crédit locales en charge des prestations de service des polices d'assurance. Afin de combattre le problème des unions de crédit qui retardent considérablement le transfert des primes à la MUSCCO, les versements des indemnités sont différés jusqu'à ce que les paiements soient à jour. Il en résulte un retard considérable de la soumission des déclarations de sinistre par les unions de crédit.

AIG Ouganda rencontre des problèmes similaires avec ses réseaux de distribution. Bien que l'assureur règle la plupart des sinistres dans les 30 jours qui suivent la réception de la déclaration de sinistre, le délai total qui sépare l'événement assuré du versement des indemnités au bénéficiaire s'est allongé de façon spectaculaire. Les déclarations de sinistre présentées par les bénéficiaires à certaines IMF sont regroupées, conservées pendant des semaines avant d'être transférées au département de traitement des sinistres d'AIG Ouganda.

En cas de décès accidentel, lorsque la couverture offre un avantage supplémentaire, un rapport de police est généralement requis. Columna au Guatemala requiert en outre un certificat délivré par le médecin légiste ainsi qu'un rapport d'ambulance (si une ambulance était impliquée). L'exclusion des différences spécifiques entre le décès « naturel » et « accidentel » permettrait d'éliminer de telles exigences.

Pour rembourser les dépenses de soins de santé, ServiPerú exige uniquement l'identification du titulaire de contrat, le compte-rendu médical et les factures, tous ces documents pouvant être obtenus lors du renvoi du patient par le prestataire de soins de santé. Cela simplifie considérablement la soumission des documents pour l'assuré, et motivé par le remboursement, celui-ci dépose rapidement sa déclaration de sinistre.

Avec l'assurance d'achèvement d'épargne de TUW SKOK, il faut environ 60 jours pour recevoir la documentation de la déclaration de sinistre, en partie à cause de la méconnaissance du bénéficiaire à l'égard de sa couverture. En outre, les déclarations de sinistre sont d'abord présentées aux unions de crédit partenaires de TUW SKOK et leur motivation pour débourser ces fonds au profit des personnes ayant oublié l'existence de la prestation est très limitée. Dans le cadre de sa police GDIA, un délai moyen de 56 jours pour la soumission de la déclaration de sinistre est souvent le résultat de problèmes techniques plutôt que de soucis de mémoire. TUW SKOK et AIG Ouganda ont réalisé qu'il était plus long de confirmer une déclaration de sinistre de décès accidentel ou d'invalidité parce que la confirmation repose sur des parties tierces, telles que la police ou les médecins, qui n'ont aucune raison de se dépêcher pour exécuter leurs tâches administratives.

3 Règlement

3.1 Mécanismes de règlement

Plusieurs IMF et unions de crédit s'efforcent de payer tout ou partie des indemnités presque immédiatement après la déclaration de sinistre. La Kashf Foundation au Pakistan, par exemple, promettait à l'origine le versement des indemnités un jour après la survenue de l'événement assuré. Cela a bien fonctionné pour les bénéficiaires car ils pouvaient obtenir les fonds nécessaires sans avoir à présenter la documentation requise immédiatement. Par contre, les bénéficiaires n'avaient plus aucune raison de rassembler les documents et Kashf se retrouvait avec des créances et sans aucune documentation pour réclamer l'argent à l'assureur. Par la suite, l'IMF a modifié sa politique pour proposer un paiement dans les cinq jours, mais uniquement après soumission des documents.

Afin de verser rapidement les fonds aux requérants, tout en les amenant à fournir les documents, certaines coopératives partenaires de Columna effectuent des versements partiels lorsque les bénéficiaires fournissent la documentation initiale. Ces bénéficiaires doivent satisfaire à certains critères *(voir encadré 40)* pour pouvoir accéder à ce paiement partiel. De plus, les coopératives contactent Columna pour se protéger et vérifier le statut d'assuré du titulaire de contrat.

Encadré 40

Exigences pour un paiement anticipé chez Columna

La déclaration de sinistre n'est pas rejetée si les conditions suivantes sont réunies :

– La police doit être en vigueur.
– L'assuré doit être à jour de ses paiements de primes.
– En cas de décès naturel, une période d'attente de 180 jours entre la date effective du contrat et le décès doit être respectée. Cette période ne s'applique pas à un décès accidentel.
– La ou les causes du décès établies dans le certificat post mortem du médecin doivent exclure le VIH/SIDA.
– En cas de suicide, la police doit être en vigueur depuis au moins deux ans.

Source : d'après Herrera et Miranda, 2004.

Afin d'accélérer le processus de règlement, TYM, CARD MBA et MUSCCO ont créé des systèmes décentralisés qui permettent aux succursales ou agents de verser les indemnités dès réception de la documentation complète et adaptée. La plupart des autres organisations, dont l'UMSGF, VimoSEWA et Tata-AIG, disposent d'un système plus centralisé qui requiert la présentation de la documentation au département des déclarations de sinistre du siège à des fins de traitement. Ce traitement inclut souvent le test d'échantillons de la documentation en termes de validité et parfois, comme c'est le cas chez VimoSEWA, une analyse de la déclaration par un comité *(voir chapitre 4.5)*. Les déclarations de sinistre médicales peuvent également nécessiter un contrôle, comme chez VimoSEWA et Microcare en Ouganda, destiné à confirmer les soins adaptés et à contrôler le surtraitement.

De nombreux micro-assureurs chargent leur administration de verser les indemnités aux bénéficiaires. Cette activité améliore leur image publique et promeut le système et ses prestations auprès de leurs membres. L'effet de démonstration qui en résulte, et qui incite les autres personnes à rejoindre le système d'assurance du fait qu'elles constatent que les indemnités sont versées comme promis, constitue un élément essentiel dans la création d'une culture d'assurance car il renforce la confiance entre l'assureur et les assurés potentiels.

Les requérants qui sollicitent une pension d'invalidité expriment fréquemment un certain mécontentement face aux règlements en raison des désaccords relatifs à l'étendue de l'invalidité. TUW SKOK a développé un processus d'appel dans lequel les bénéficiaires peuvent et font appel des règlements. Pendant les neuf premiers mois de l'année 2003, le conseil a reçu 69 plaintes relatives aux indemnités, ayant entraîné 16 décisions de modifica-

tion ou d'inversion de la décision, 48 de maintien et 5 qui sont toujours en cours de traitement. De même, VimoSEWA dispose d'un comité d'arbitrage auprès duquel les assurés peuvent faire appel de leur règlement.

3.2 Rejet des déclarations de sinistre

Étant donné que les exigences de souscription sont souvent appliquées lors de la présentation des déclarations de sinistre plutôt qu'au moment de la souscription de la police, les rejets peuvent représenter un grave problème pour la micro-assurance. Les études de cas ont révélé que les taux de rejet de déclarations de sinistre, lorsqu'ils sont connus, se situent généralement entre 5 et 22 %. Les taux plus élevés de l'assurance des biens de TUW SKOK, MUSCCO et La Equidad, respectivement de 22, 15 et 14 %, peuvent refléter une consignation plus précise au niveau des micro-assureurs associés à une union de crédit. Ils peuvent également être synonymes d'un recours plus fréquent à la résolution des problèmes de souscription par le biais des déclarations de sinistre. Le taux élevé de TUW SKOK est directement lié aux déclarations de sinistre de dégâts des eaux pour lesquelles TUW SKOK a instauré une période d'attente de 15 jours visant à éviter que des personnes acquièrent des polices après que leur bien a subi des dommages causés par des fuites d'eau. À cela s'ajoute la mise en place d'une franchise de 27 $US par TUW SKOK destinée à réduire les déclarations de sinistre peu importantes.

Les rejets de déclarations de sinistre interviennent à plusieurs niveaux, rendant les taux réels de rejet relativement ambigus. Pour Madison Insurance, qui présente un taux de rejet d'environ 5 %, il était possible de refuser les déclarations à plusieurs niveaux, dont les agents de terrain, leur superviseur, l'administration du siège ou le département de traitement des sinistres de l'assureur. Seul ce dernier niveau suivait réellement les rejets, mais il est fort probable qu'un grand nombre de soumissions discutables avaient d'ores et déjà été rejetées à leur arrivée au département de traitement des sinistres.

Les principales causes de rejet des déclarations de sinistre maladie sont liées aux exclusions de la police et à la mauvaise compréhension, voire la méconnaissance, du client par rapport à ces exclusions. Par exemple, certaines procédures médicales et médications ne sont pas couvertes par VimoSEWA car les demandes de remboursement des membres entraînent un risque potentiel de rejet de la déclaration. VimoSEWA s'efforce de combattre ce phénomène en offrant une formation approfondie à ses agents de terrain.

Un autre motif courant de rejet parmi les micro-assureurs est que les assurés ne comprennent pas qu'ils doivent payer leurs primes chaque année pour maintenir leur police en vigueur. Ils pensent souvent qu'ils restent couverts même si la police n'a pas été renouvelée. Dans de nombreux systèmes, les assurés ne sont pas suffisamment informés ou oublient les détails importants.

Delta Life fait face à un problème de rejet courant chez les micro-assureurs avec les polices à long terme, celui des défauts de paiement. Pendant trois ans, de 2000 à 2002, seuls 43 % de ses polices étaient en vigueur. Aussi, le décès de plus de la moitié de ses assurés n'aurait pas été couvert par une assurance, même si le bénéficiaire avait probablement reçu une partie de l'épargne accumulée au fil des années. Il est probable que la croissance ait été limitée par l'image publique négative que véhiculent ces rejets.

Deux améliorations s'imposent pour réduire les taux de rejet. Tout d'abord, les assurés doivent être parfaitement informés sur le produit qu'ils acquièrent. Outre cette éducation du client, les micro-assureurs doivent distribuer à leurs clients une brochure ou un simple document contractuel reprenant les dates de la couverture, les prestations et le processus de déclaration de sinistre. Ensuite, les micro-assureurs doivent s'attaquer aux raisons profondes de non-renouvellement et de sortie ; il s'avère parfois nécessaire de développer des options alternatives de paiement des primes afin de s'adapter à la nature souvent saisonnière des revenus du ménage *(voir chapitre 3.3)*

3.3 Délai de règlement

En moyenne, les délais de règlement varient entre sept et soixante jours, le délai de règlement le plus long pouvant atteindre deux ans. La moyenne des assureurs figurant dans ces études de cas en mesure de fournir cette information était de 24 jours.

Le règlement des sinistres est souvent retardé par les obstacles cachés du processus. Chez Delta Life, l'embûche n'est autre que la politique de l'institution elle-même, qui n'a pas fait des règlements dans les temps une priorité *(voir encadré 41).* Une estimation de 10 % des déclarations de sinistre pour décès prennent un minimum de six mois pour être réglées en raison de problèmes de courrier, de systèmes de données manuels, de documentation insuffisante et de centralisation du traitement des déclarations.

Encadré 41

Les nombreux obstacles au règlement des sinistre chez Delta Life

Il est intéressant de noter le nombre de personnes impliquées dans la vérification et l'approbation d'une déclaration de sinistre, ce qui a un impact direct sur l'efficacité et le coût de règlement des sinistres. Chez Delta Life, outre les trois personnes formant l'unité administrative chargée d'étudier les déclarations, on compte une ou deux personnes du département de gestion de la COZ et au moins trois membres du siège, ainsi que le PDG si les indemnités demandées dépassent 180 $US. Et cela n'inclut pas encore le rôle joué par le département de contrôle et de conformité qui veille à ce que toutes les signatures requises figurent sur le formulaire. Pas étonnant dès lors que le règle-

ment des sinistres prenne au moins un mois, et souvent bien plus. Delta espère à l'avenir décentraliser le traitement de l'ensemble du processus de déclaration de sinistre dans les COZ, mais un tel changement prend du temps.

Source : d'après McCord et Churchill, 2005.

Dans le cadre d'une collaboration avec les IMF, le retard peut être imputé à l'agent de l'IMF qui ne se concentre pas sur la distribution des produits de micro-assurance. Dans l'une des études de cas, le délai de règlement a été suivi pour plusieurs polices spécifiques *(voir tableau 25)* et il apparaît que l'IMF est à l'origine de retards conséquents. L'assureur se doit d'intervenir pour résoudre ce problème. Cependant, du fait que ce dernier est associé à une police collective par le biais de l'IMF, l'assureur pense qu'il a satisfait aux exigences de la police une fois l'IMF payée. Bien que cela puisse être techniquement correct, il est essentiel de reconnaître que lors de la réception des requêtes des bénéficiaires, le personnel de l'IMF rejette la faute du retard sur l'assureur. En effet, même dans le cadre du Cas 6 rejeté, le personnel de l'IMF continue à dire au bénéficiaire qu'il attend que l'assureur paie les indemnités.

Tableau 25

Exemples de délais de déclaration de sinistre

	Nombre de jours à partir du décès pour que la déclaration atteigne l'assureur	*Jours à partir du dépôt de la déclaration chez l'assureur jusqu'au paiement à l'IMF*	*Jours à partir de la réception par l'IMF jusqu'à réception par le bénéficiaire*	*Total de jours à partir du décès jusqu'à la réception par le bénéficiaire*
Cas 1	91	38	280	409
Cas 2	60	26	101	187
Cas 3	46	21	101	168
Cas 4	75	33	221	329
Cas 5	77	31	Prêt uniquement	108
Cas 6	86	30	Rejet	N/A
Moyenne	72,5	29,8	175,8	278

Source : McCord et al., 2005a.

Un certain nombre des institutions faisant l'objet de l'étude de cas aspirent à atteindre des versements « rapides » d'indemnités. Le document de partenariat de Madison Insurance stipule l'engagement suivant : « les indemnités doivent être promptement versées dans un délai maximal de sept jours ouvrés ». L'assureur Shepherd s'est engagé à un versement des indemnités

dans un délai de 15 jours. En ce qui concerne ServiPerú, le gouvernement a pris l'initiative de rendre obligatoire le versement des indemnités sous 30 jours. AIG Ouganda a donné son accord pour verser les indemnités sous 14 jours, bien que son délai moyen soit bien plus long. Une approche alternative intéressante aux déclarations de sinistre d'assurance a été présentée par la compagnie d'assurance-vie Gemini au Ghana : si le règlement complet d'un sinistre dépasse les 14 jours, une pénalité de 25 % de l'indemnité devra être versée au bénéficiaire. Microcare propose une offre similaire.

Les retards constatés pour le règlement des sinistres chez LIC étaient inacceptables pour les clients de VimoSEWA avec un délai d'un mois ou plus après soumission de l'ensemble de la documentation. L'administration de VimoSewa a décidé d'explorer des alternatives. Aviva Insurance a été sélectionnée pour remplacer LIC en 2005 car elle permettait à VimoSEWA de payer les indemnités d'assurance-vie en réduisant le délai de remboursement à une semaine. Dans le domaine de l'assurance maladie et de biens, VimoSEWA collabore avec l'assureur privé de produits non-vie ICICI Lombard depuis 2003. Cette relation a permis d'améliorer le règlement des sinistres via l'approvisionnement d'un fonds de remboursement qui permet à VimoSEWA de payer les indemnités avant d'être remboursée par l'assureur.

C'est lors d'une déclaration de sinistre que les assurés jugent si leur prime a été dépensée à bon escient. Tous les clients s'attendent à ce que les indemnités soient payées rapidement. Toutefois, « rapidement » peut avoir un sens très différent selon les personnes. Par exemple, au Zimbabwe *(voir encadré 42)* ou en Afrique du Sud, deux pays dont les habitants ont pris l'habitude de s'adresser à des sociétés d'inhumation informelles, le versement rapide des indemnités signifie un délai d'un jour. En revanche, en Zambie, où les sociétés d'inhumation sont moins répandues, rapidement signifie dans un délai d'une semaine ou deux. Ces différentes perceptions ont un énorme impact sur le processus de déclaration de sinistre, le coût de la prestation et le niveau de satisfaction du client.

Encadré 42 **Efficacités de l'assurance informelle**

Zambuko Trust, une IMF zimbabwéenne, a mené une étude de marché afin d'explorer différentes opportunités d'assurance possibles. L'étude a révélé que plus de la moitié des clients de Zambuko avaient cotisé à une société d'inhumation informelle. Ces sociétés d'inhumation sont gérées par une personne de la communauté qui collecte de petites contributions régulières auprès des membres. Ces contributions sont conservées dans une banque (ou parfois dans une boîte) et en cas de décès d'un membre ou d'une personne de

sa famille, la société d'inhumation verse une somme prélevée sur les contributions économisées.

En raison du nombre limité de personnes que compte chaque société d'inhumation et de sa portée géographique limitée, les indemnités sont souvent payées dans les heures qui suivent le décès. Ces sociétés d'inhumation étant très répandues au Zimbabwe, la plupart des personnes à faible revenu connaissent bien l'assurance obsèques et s'attendent à être payées dans les 24 heures.

Source : d'après Leftley, 2005.

Des contrôles efficaces sont indispensables à tout produit d'assurance. Comme l'illustre l'expérience de Delta, un plus grand nombre de personnes chargées d'étudier la déclaration n'entraîne pas forcément un meilleur contrôle. Le fait de garder les décisions de paiement d'indemnités proches du bénéficiaire offre de nombreux avantages. La réussite des exemples indiens démontre que même avec un assureur réglementé à la base du système, les délais peuvent être réduits en créant des structures au sein du réseau de distribution destinées à faciliter ces transactions. Néanmoins, les données du tableau 1 montrent que les IMF ne représentent pas toujours les meilleurs arbitres des besoins du client. Les assureurs doivent donc veiller à ce que le client final soit satisfait.

4 Contrôles

Le paiement rapide des indemnités ne garantit pas à lui seul le succès des assureurs. Ces derniers doivent veiller à ce que les déclarations de sinistre soient légitimes et correspondent aux exigences de la police. Par exemple, pour un sinistre de décès accidentel, ils ne peuvent se contenter d'un document délivré par la police confirmant le décès, ils doivent également s'assurer que :

- le document est légal ;
- le décès est accidentel ;
- la personne décédée est bien couverte par la police ;
- le décès est survenu au cours de la période de validité de la police ;
- l'assuré était à jour de ses cotisations au moment du décès.

Les assureurs promettent de couvrir les risques dans certaines circonstances. Leurs assurés, voire même leurs agents intermédiaires, sont déterminés à tenter d'escroquer le système, en particulier si les assurés ne sont pas proprié-

taires du système. Si les assureurs veulent perdurer, ils doivent appliquer des contrôles stricts et efficaces.

4.1 Liquidation des sinistres

Certains micro-assureurs, comme TUW SKOK, travaillent conjointement avec des experts en sinistres professionnels. TUW SKOK procède ainsi pour les déclarations de sinistre de biens présentant une estimation relativement complexe. Les compagnies proposant des assurances maladie ou invalidité font souvent appel à des médecins pour étudier et liquider les sinistres. Lorsqu'il s'agit d'assurance-vie, la plupart des micro-assureurs ont recours à une combinaison de documents et aux relations des agents intermédiaires. TYM, par exemple, utilise l'union des femmes locales pour liquider les sinistres ; la MUSCCO fait quant à elle appel à ses SACCO partenaires.

La MUSCCO considère la liquidation des sinistres comme un véritable défi du fait qu'aucun système d'identification nationale n'existe au Malawi. Par conséquent, elle n'est pas en mesure de confirmer que le requérant est réellement un assuré. Plusieurs institutions parviennent à surmonter ce problème, ou à renforcer la confirmation de l'identité, en demandant aux agents qui connaissent le défunt d'identifier le corps. CARD MBA s'adresse à ses coordinateurs volontaires, sélectionnés parmi leurs membres, pour confirmer visuellement le sinistre. D'autres, comme VimoSEWA, exigent une photo du défunt. L'Opportunity International Bank au Malawi a contourné l'absence de cartes d'identité nationales en lançant des cartes à puce qui enregistrent les empreintes digitales des clients.

La confirmation du VIH/SIDA comme cause du décès s'avère difficile, en particulier dans les pays fortement touchés, comme l'illustre l'encadré 43.

Encadré 43 **Liquidation des sinistres et VIH/SIDA**

Face à la forte sinistralité potentielle due au VIH/SIDA, plusieurs micro-assureurs ont appliqué des exclusions spécifiques pour les décès causés par le VIH/SIDA. AIG Ouganda et MUSCCO en ont toutes deux conclu que l'exclusion du VIH/SIDA était une solution difficilement applicable. Les deux institutions proposent une assurance partielle ou totale aux emprunteurs qui doivent satisfaire aux critères de crédit du prêteur. Les prêts sont le plus souvent à court terme. Aussi, du fait que l'emprunteur a pu se qualifier pour le prêt et sa courte durée, une grande part du risque d'une déclaration de sinistre due au VIH/SIDA est écartée. De même, en Ouganda et au Malawi, le VIH/SIDA est rarement indiqué comme cause officielle d'un décès. Les décès des personnes atteintes du VIH/SIDA sont généralement dus à une pneumonie, une tuberculose ou une autre maladie opportuniste. Ces fac-

teurs rendent de fait l'exclusion impopulaire du VIH/SIDA inefficace. Par conséquent, l'exclusion a été supprimée des polices d'AIG Ouganda et de la MUSCCO.

D'après Enarsson et Wirén, 2005, et McCord et al., 2005a.

En 2004, VimoSEWA a amélioré son approche de liquidation des sinistres en formant trois membres du personnel administratif aux techniques d'investigation des déclarations de sinistre. La cellule a été formée par le COO dans l'objectif de se procurer discrètement des informations de base exactes auprès des hôpitaux, médecins, personnel soignant, proches et voisins des requérants. Ils ont également été formés à analyser les factures de soins de santé et les informations relatives aux revenus des requérants, à leur travail et à leur famille, en fonction des détails de la déclaration de sinistre. Les résultats des investigations font l'objet d'un débat impliquant uniquement le coordinateur des déclarations de sinistre et le COO, ainsi que le PDG pour les décisions finales.

4.2 Autres contrôles généraux

Certains contrôles ont trait à la structure des franchises et tickets modérateurs, qui restreignent le volume et la valeur des indemnités. De plus, ces contrôles jouent un rôle essentiel en limitant les tentatives de fraude de l'assuré. Par exemple, dans le cadre des déclarations de sinistre de biens, TUW SKOK limite le règlement à 50 % de la valeur de remplacement. Ainsi, l'assuré encourt une participation de 50 % dans le risque de perte.

Certains contrôles courants sont parfois difficiles à mettre en œuvre ; Tata-AIG ne peut par exemple pas appliquer de période d'attente dans la mesure où la réglementation nationale en matière d'assurance l'interdit. Les régulateurs estiment qu'une telle disposition peut susciter de la malveillance parmi les assurés ayant une faible connaissance de l'assurance, lorsqu'une déclaration de sinistre est soumise au cours de cette période d'attente. Tata-AIG paie des indemnités dès le premier mois d'activation de la police.

Chez Grameen Kalyan et la BRAC au Bangladesh, les membres du personnel interagissent régulièrement avec les clients et connaissent personnellement leurs familles, ce qui a un effet moral dissuasif sur la fraude et les fausses déclarations de sinistre. De nombreuses IMF ont observé que les groupes d'emprunteurs ont tendance à exclure les individus qui ont un passé de mauvaise santé ou sont connus pour être malades. Les membres du groupe craignent que de tels individus aient du mal à rembourser leurs prêts, obligeant les autres membres à les rembourser sous couvert de la garantie mutuelle.

Opportunity International tire profit de cette observation en obligeant les compagnies d'assurance en Afrique et aux Philippines à supprimer les périodes d'attente et les restrictions de maladie existantes de leurs produits d'assurance-vie.

En plus d'autres méthodes, CARD MBA utilise les données pour contrôler les déclarations de sinistre. Le micro-assureur examine à quel moment au cours des relations entre les titulaires de contrat et la CARD des déclarations sont soumises. Comme le montre l'illustration 18, près de la moitié des déclarations surviennent au cours de la première année d'adhésion, ce qui suggère un problème d'antisélection. Cependant, cette constatation doit être analysée dans son contexte ; en effet, compte tenu de la croissance rapide, 40 % de l'ensemble des membres de la CARD étaient dans leur première année et 40 % de ses membres étaient à l'origine de 51 % des déclarations de sinistre.

Illustration 18

Délais des déclarations de sinistre chez CARD MBA

Source : McCord et Buczkowski, 2004.

Comme mentionné au chapitre 2.1, le risque de déclarations de sinistre frauduleuses dans le cadre de l'assurance-vie est relativement faible car il est difficile de feindre un décès, en particulier dans une communauté rurale dans laquelle tout le monde se connaît. En revanche, le risque est considérable-

ment plus élevé avec l'assurance maladie. Les problèmes courants de fraude constatés dans la micro-assurance maladie sont les suivants :

- des médecins soumettant des factures de soins jamais prodigués, en partageant probablement le règlement avec l'assuré ;
- des assurés obtenant une couverture pour des personnes non couvertes par la police ;
- un surtraitement des prestataires ;
- une soumission de factures frauduleuses par les assurés.

Combattre ces problèmes de fraude requiert une analyse consciencieuse des déclarations de sinistre et, plus important encore, nécessite que les contrôles soient intégrés aux systèmes afin de prévenir la fraude avant qu'elle n'ait lieu. Par exemple, pour contrôler la fraude, Microcare a placé une réceptionniste dans la salle d'attente du prestataire de soins de santé homologué. Ces réceptionnistes, infirmières qualifiées, veillent à ce que seuls les individus couverts bénéficient du traitement en contrôlant les cartes d'identification ; les photos figurant sur la carte sont comparées au patient et à la base de données mise à la disposition des infirmières.

Cette technologie permet à Microcare de garantir qu'à chaque étape, seul le soin couvert est prodigué, et l'assureur dispose immédiatement d'une fiche indiquant les coûts du traitement pouvant être comparée à la facture de l'hôpital une fois celle-ci réceptionnée. Microcare veille ainsi à ce que ses assurés reçoivent le soin pour lequel ils ont payé, et est en mesure de maintenir les primes à un plus bas niveau. Néanmoins, bien que ce système coûteux réduise la fraude des assurés, il encourage peu les soins de santé réellement gérés, du fait que Microcare ne dispose d'aucun contrôle sur les médecins et cliniques.

Pour contrôler la transaction financière, Delta Life paie près de la moitié de ses indemnités à l'aide de chèques barrés, ce qui oblige le bénéficiaire à les déposer sur un compte bancaire. Cette procédure est très répandue parmi les compagnies d'assurance. Toutefois, le bénéficiaire risque de ne pas posséder de compte bancaire sur lequel déposer le chèque, et peu de banques sont prêtes à ouvrir un compte en sachant que le bénéficiaire effectuera son dépôt, retirera les indemnités et clôturera le compte. Et même lorsque les banques autorisent l'ouverture d'un compte, elles imposent d'importants frais de gestion qui rendent la transaction de l'assurance encore plus coûteuse pour le bénéficiaire.

Le fond du problème en matière de micro-assurance est que les contrôles doivent être stricts, tout en reflétant la fonctionnalité et la situation du marché. Mettre en place des contrôles onéreux n'a pas beaucoup de sens si le

marché ne peut pas les respecter, ou si leur application est plus chère que le coût probable du sinistre total. Les micro-assureurs bénéficiant de très faibles marges, l'analyse coûts-bénéfices est particulièrement critique.

5 Prise en considération des sinistres dans la conception du produit

Une conception simplifiée du produit contribuera considérablement à la réussite du processus de déclaration de sinistre. Les concepteurs de produits de micro-assurance doivent penser aux étapes successives par lesquelles les assurés doivent passer pour déposer une déclaration de sinistre. Lorsque CARD MBA a testé un produit d'assurance maladie, elle a réalisé que la gestion des risques et les tâches administratives étaient trop onéreuses pour la MBA et ses membres et a ainsi abandonné le produit. Les processus et les coûts des déclarations de sinistre doivent être pris en compte et évalués avec honnêteté au cours du processus de développement du produit.

En général, les polices d'assurance-vie sont relativement simples du fait qu'un seul événement évident est assuré : le décès de la personne couverte. Plusieurs programmes proposent des polices simples stipulant qu'en cas de décès de la personne (couverte et dont le décès est prouvé), le bénéficiaire perçoit des indemnités. D'autres programmes ajoutent un niveau de complexité par le biais d'exclusions des suicides et décès dus à des conflits civils ou catastrophes naturelles. L'exclusion favorite de micro-assurance de l'auteur est celle visant les assurés qui décèdent « en tant que passager d'un véhicule autopropulsé ». Plus les exclusions sont nombreuses, plus le processus de règlement est complexe.

Un éventail d'options de prestations ajoute également un niveau de complexité. Certains micro-assureurs proposent une prestation supplémentaire (indemnité double, par exemple) en cas de décès accidentel ; Columna offre une prestation spéciale en cas de décès accidentel pour certaines causes de décès, par exemple suite à un décès en tant que passager des transports publics ou occupant d'un ascenseur, ou dû à un incendie dans un bâtiment public, circonstances pour lesquelles l'indemnité de l'assuré est multipliée par trois. Deux problèmes se posent avec les polices qui couvrent le décès accidentel. Tout d'abord, une certaine ambiguïté subsiste autour de la définition même d'un accident, ce qui peut créer des conflits dans le processus de liquidation, situation que les micro-assureurs sensibles aux relations publiques ont à cœur d'éviter. Il est très difficile et désagréable d'expliquer à des bénéficiaires pleins d'attente qu'un événement qu'ils considèrent comme un accident, voire un accident spécial, n'en est pas un.

Le second problème se posant avec les déclarations de sinistre soumises suite à un décès accidentel est que les bénéficiaires ont tendance à transformer un décès dû à une maladie en un décès accidentel. Des micro-assureurs ont rapporté des cas de bénéficiaires ayant créé des rapports de police frauduleux et soudoyé des médecins pour obtenir des rapports post mortem falsifiés. L'appât que représente un versement potentiellement conséquent d'indemnités incite de nombreuses personnes à s'adonner à des activités frauduleuses. Le problème est résolu en présence d'une police de décès simple dans laquelle tout décès entraîne un règlement commun. Compartamos, par exemple, utilise le slogan « un décès est un décès » ; avec son assureur partenaire Seguros Banamex, elle traite tous les décès de la même manière. Les polices proposant des prestations et des procédures de déclaration de sinistre simples sont indispensables à des opérations efficaces de micro-assurance.

Tata-AIG a développé une vaste stratégie de conception de ses produits de micro-assurance. Son objectif consiste à limiter les garanties coûteuses et à se concentrer plutôt sur la vérification des déclarations de sinistre. Malgré une réduction des coûts d'exploitation, le problème d'une telle stratégie est que ses produits sont vendus de manière abusive par des agents avides de commissions ayant vendu des produits à des personnes non qualifiées. Lorsque ces personnes déposent une déclaration de sinistre, celle-ci risque d'être rejetée lors du processus de vérification. Une telle situation ne véhicule pas une bonne image de Tata-AIG et n'aide pas à créer une culture d'assurance.

Dans certains programmes mutualistes et basés sur la communauté, tels que ServiPerú, les responsables de système ont découvert qu'il était important que les membres limitent eux-mêmes leur comportement de déclarations de sinistre et se sont ainsi efforcés de sensibiliser les assurés aux avantages de la prévention et de la réduction des déclarations de sinistre, afin de maintenir les prix à un bas niveau dans le futur. Cela permet de réduire le volume et la valeur des indemnités, entraînant, en définitive, une réduction potentielle des primes. La BRAC propose une approche intéressante à ce type de limite pour son assurance maladie, en autorisant un seul remboursement par an par détenteur de carte.

6 Conclusions

En résumé, les leçons et recommandations principales suivantes relatives à la gestion des déclarations de sinistre doivent être prises en compte :

- Pour être efficaces, les assureurs doivent rationaliser leurs contrôles des polices les plus petites, car l'effort consenti dans l'application des contrôles risque de coûter plus cher que le bénéfice réel.
- Une micro-assurance efficace doit proposer une couverture simple, ainsi qu'un règlement rapide et des contrôles adaptés aux déclarations de sinistre simples d'application.
- Plus le règlement est proche de l'assuré, plus le versement s'effectue rapidement, bien que des problèmes potentiels de contrôle et des règles incohérentes de déclarations de sinistre nécessitent une étroite surveillance.
- Les indemnités doivent se baser sur une documentation adaptée aux clients.
- Les processus généraux de micro-assurance sont plus efficaces et rentables lorsque la souscription s'effectue par le biais de déclarations de sinistre plutôt qu'au moment de l'achat. Toutefois, lorsque les contrôles sont réduits pour les grands nombres d'acquéreurs d'assurance, les requérants sont soumis à un plus lourd fardeau et exposés à un risque de vente abusive.
- Dans le cadre de l'assurance maladie, le paiement direct du prestataire de soins par l'assureur représente le plus grand bénéfice pour les assurés. Les procédures et contrôles peuvent être plus efficaces lorsque les prestataires de soins sont chargés d'initier les déclarations de sinistre.
- Un comité d'appel du règlement est essentiel pour offrir aux bénéficiaires l'opportunité de faire étudier et clarifier les conclusions de leurs déclarations de sinistre.
- Les agents de distribution tels que les institutions de micro-finance ne constituent pas toujours les meilleurs arbitres des besoins du client. Les assureurs doivent donc veiller à ce que le client final soit satisfait.
- L'informatisation améliore considérablement le potentiel de développement et d'application de l'efficacité, tout comme elle peut contribuer à des processus efficaces, en particulier pour les assureurs maladie.
- Une simple brochure distribuée à chaque client présentant l'analyse des frais et prestations, la période de couverture et la description du processus de déclaration de sinistre est une solution à prendre en compte.

3.5 Tarification des produits de micro-assurance

John Wipf et Denis Garand

Les auteurs remercient Susanne Daniela Bürger (Munich Ré), Dominic Liber (Quindiem Consulting), M. Francisco Villagrasa et Carlos Martínez Gantes (DVK Seguros) ainsi qu'Ellis Wohlner (Consultant pour SIDA) pour leurs commentaires avertis sur ce chapitre.

Les compagnies d'assurance commerciales emploient des actuaires, spécialistes des mathématiques de l'assurance et de la gestion des risques, pour calculer l'impact financier des imprévus pour lesquels les titulaires de contrat sont assurés. L'actuaire garantit plus spécifiquement que les taux de prime de la compagnie sont prudents et suffisants, que ses réserves de passifs futurs sont adéquates et que les dividendes de police payés à ses assurés sont équitables.

De même, un programme de micro-assurance doit recourir aux services d'un actuaire afin de déterminer les taux de primes pour ses produits et de bénéficier d'une aide pour d'autres aspects de la gestion du système. Au départ, de nombreux micro-assureurs non réglementés sous-estiment la rigueur technique requise pour déterminer correctement les tarifs des produits. Ils cèdent souvent à la tentation de dupliquer les produits et taux du marché de l'assurance commerciale ou d'autres programmes de micro-assurance sans tenir compte des hypothèses sous-jacentes à ces taux.

Le présent chapitre a pour principal objectif d'illustrer le mode de tarification des produits d'assurance et la conception et l'entretien des bases de données pouvant être utilisées à des fins de tarification et de gestion saine, ainsi que de fournir quelques exemples, bons ou mauvais, de tarification de la micro-assurance tirés des études de cas. Ce chapitre s'intéresse tout particulièrement aux systèmes de micro-assurance non réglementés qui encourent leur risque propre, mais également aux organisations qui distribuent des produits garantis par des compagnies d'assurance : si les réseaux de distribution comprennent la tarification, ils seront plus à même de gérer les données et de négocier avec les assureurs.

Le débat se limite à l'assurance-vie et maladie, même si la plupart des problèmes et questions soulevés peuvent tout aussi bien s'appliquer à la tarification d'autres produits. Il ne s'agit en aucun cas d'un traitement exhaustif du sujet. En effet, un livre entier pourrait être consacré à la tarification de la micro-assurance.

Pour que les informations soient utiles, certaines parties de la discussion sont, par nécessité, relativement techniques. Cet aspect doit également mettre en évidence l'importance d'une tarification adéquate des produits par les professionnels. L'exemple présenté dans l'encadré 44 est fréquemment répandu. Les systèmes d'assurance informels qui ne s'appuient pas sur des actuaires pour déterminer le prix de leurs produits, dont plusieurs sont décrits dans les études de cas, ont tendance à être trop prudents et à imposer des dépenses trop importantes, ou à sous-estimer le prix du produit et ainsi menacer la viabilité de leur système. Aucun de ces résultats ne contribue à la réussite de la micro-assurance.

Encadré 44 **Problèmes de tarification**

Une IMF en Inde a lancé son programme de micro-assurance en proposant un niveau unique de prime pour la couverture d'assurance-vie à tous ses clients. En février 2003, la GTZ a sponsorisé une session de formation consacrée à la tarification. Lors de l'étude des composants des taux abordés dans ce chapitre, l'IMF a réalisé que son système allait faire faillite dans quelques années. Cette session a aidé les responsables à comprendre leurs besoins en données ainsi que leur utilisation pour la tarification et à réaliser que tous les composants de la tarification doivent être pris en compte lors de la définition des taux appropriés pour la pérennité de la micro-assurance à long terme.

Outre l'impact direct de la souscription sur la tarification, il est important de relever que la tarification appropriée peut contribuer à instaurer une certaine confiance dans le produit de micro-assurance, tandis qu'un prix mal évalué peut entraîner des ajustements brusques des taux de prime et une érosion de la confiance accordée au système.

1 Exigences de conception de la base de données pour la tarification (et la gestion saine de la micro-assurance)

Les taux de prime sont établis par l'actuaire à l'aide des **données d'expérience** disponibles. Au tout début du système de micro-assurance, lorsqu'aucune donnée spécifique aux participants n'est disponible pour le calcul des sinistres escomptés, les statistiques et données démographiques des programmes similaires doivent être utilisées dans la mesure où elles sont disponibles. L'actuaire doit ensuite s'appuyer sur les observations et/ou hypothèses relatives aux participants et à leur système d'assurance proposé ou en cours afin d'intégrer les informations dans le calcul des taux de prime.

Les actuaires préfèrent utiliser les données spécifiques au groupe ou à la population à assurer car cela permet des taux plus fiables et plus précis. La

crédibilité des données augmente proportionnellement avec le volume. En se servant, par exemple, des taux approximatifs de mortalité du groupe, l'actuaire envisagerait un minimum de 10 000 années de vie d'exposition[1] nécessaires pour que les données soient jugées relativement crédibles. Une crédibilité moindre serait attribuée à des volumes inférieurs de données.

Il doit donc être clair dès le départ que l'un des facteurs déterminants de la réussite à long terme d'un système est la conception adaptée et le bon entretien d'une base de données et d'un système d'information et de gestion (SIG) pour la collecte et l'analyse des données utilisées lors des études de tarification ultérieures. Les principaux objectifs d'un SIG visent à accumuler des données et à assister la gestion du système d'assurance d'une manière professionnelle, efficace et techniquement prudente. La conception de la base de données doit se fonder sur le modèle de base de données relationnelle, construit avec l'aide de professionnels de l'informatique, et en tenant compte des suggestions d'un actuaire et de l'équipe dirigeante du système *(voir encadré 45)*

Encadré 45

Problèmes de conception de la base de données

TYM au Vietnam a utilisé son système de micro-assurance pendant plusieurs années. Cependant, la base de données n'était pas conçue ni entretenue correctement, ce qui, par la suite, a beaucoup compliqué l'analyse et la nouvelle tarification des produits. Par exemple, le tableau de la base de données relationnelle contenant les informations de prêt ne pouvait pas être correctement lié au tableau renfermant les informations sur les membres, rendant le calcul des expositions aux risques par âge et par sexe impossible.

La micro-assurance maladie de Grameen Kalyan conserve les informations détaillées dans chacun de ses centres de soins. Ces informations auraient pu s'avérer très utiles à des fins d'analyse et de tarification si le numéro d'adhésion de chaque client avait été conservé d'année en année plutôt que d'attribuer un nouveau numéro à chaque renouvellement, ou si les documents avaient disposé d'un autre champ d'identification unique pour chaque membre. Cet identifiant unique aurait permis à l'actuaire de suivre l'exposition et les déclarations de sinistre pour chaque membre au fil des années.

Source : Tran et Yun, 2004; Ahmed et al., 2005.

[1] Une exposition d'un an équivaut à une personne exposée au risque de décès pendant exactement un an. Le taux brut de mortalité représente le nombre de décès observés divisés par le nombre d'expositions.

Il convient d'investir beaucoup de temps et de soin dans la phase de conception de la base de données du fait que celle-ci constitue les fondations d'un bon SIG. Il y a lieu d'y inclure les tableaux d'information suivants :

a) Informations institutionnelles et sectorielles
Si le système couvre plusieurs institutions, les informations détaillées de chaque institution doivent être conservées.

b) Informations relatives aux participants
Qui est couvert ? Quels sont les caractéristiques des participants ? Les caractéristiques suivantes doivent au minimum figurer dans la base de données :

- Identifiant ou clé unique
- Sexe
- Date de naissance
- Statut marital
- Nombre d'enfants (champ calculé si le bénéficiaire et si l'historique des personnes à charge couvertes est conservé)
- Nom
- Date d'adhésion au système
- Profession / moyen d'existence principal(e)
- Lieu de résidence : citadin ou rural, ville, province
- Pour la couverture maladie, une photo récente doit être archivée pour l'impression de cartes d'identification

Ces données servent à établir un profil démographique du groupe, profil indispensable à la projection des tendances futures de mortalité. Si le pays dispose d'un numéro national d'identité, celui-ci peut servir d'identifiant unique ; dans le cas contraire, le système devra générer son propre numéro d'identité unique pouvant être conservé par les clients tout au long de leur participation au système.

c) Bénéficiaires et personnes à charge couvertes
Dans le cadre de l'assurance maladie, certaines de ces données doivent être conservées pour chaque personne à charge couverte, dont le nom, l'identifiant unique, le sexe, la date de naissance, le lien avec le participant et une photographie.

d) Historique de couverture
Quels sont les détails de la couverture ? Un historique de couverture doit être conservé pour chaque personne inscrite, et pas uniquement la couverture en vigueur. Si une modification est apportée à la couverture d'un individu, une

nouvelle entrée doit être créée dans le tableau de l'historique de couverture avec la date effective de la modification apparaissant dans l'un des champs.

Outre ses fins de surveillance et d'administration, le principal objectif de la conservation d'un historique de couverture est de permettre la reconstruction d'une histoire complète de l'exposition de chaque personne à chaque risque couvert, de sorte que les sinistres escomptés puissent être calculés puis comparés aux sinistres réels (ce sujet est abordé dans la partie suivante). En réalité, des applications logicielles peuvent être développées afin de contrôler en permanence les sinistres escomptés par rapport aux sinistres réels. Cela représente un outil puissant pour assister les responsables de la micro-assurance. Par exemple, chez Yeshasvini en Inde, l'équipe de direction a remarqué que l'un de ses hôpitaux accrédités procédait à un nombre anormalement élevé d'hystérectomies. Une enquête approfondie a révélé que la gestion médicale des patients n'était pas appropriée, ce qui a entraîné la fin de toute relation avec l'hôpital. L'AssEF a vécu une expérience similaire, comme l'illustre l'encadré 46.

Encadré 46 **Importance d'un SIG d'assurance maladie : expérience de l'AssEF**

Pour son système d'assurance maladie, l'AssEF au Bénin surveille étroitement les sinistres réels comparés aux sinistres escomptés. Dans certains cas, des différences conséquentes apparaissent entre les chiffres prévus et les chiffres réels. Une fois les écarts identifiés, l'équipe de direction peut réfléchir à une solution. Deux problèmes émergeant des résultats de 2004 *(voir tableau ci-dessous)* ont attiré l'attention des dirigeants : le fort taux de consultations prénatales et de soins infirmiers.

	Fréquence escomptée (%)	*Fréquence réelle 2004 (%)*	*Coût estimé*	*Coût moyen 2004*
Consultations chez le médecin généraliste	107	102,4	392	231
Consultations gynécologiques	10	3,3	1 400	1 525
Consultations prénatales	12	33,1	259	368
Consultations postnatales	4	0	370	-
Consultations externes mineures	8	1,2	1 694	1 960
Consultations externes de soins infirmiers	100	175,9	1 050	1 011
Accouchements (hors césariennes)	4	3,7	3 360	8 655
Césariennes	0,5	0,6	35 000	35 000
Hospitalisation	10	20,1	2 327	1 373
Opérations chirurgicales (hors césariennes)	2	0	34 320	–
Analyses de laboratoire	20	58	2 730	2 938

Radiographies	5	4,2	4 865	3 589
Échographies	5	8,1	4 284	4 069
Médicaments génériques et vitaux	144	157,1	2 954	2 281

Chez AssEF, une période d'attente de trois mois imposée aux nouveaux membres constitue le principal obstacle à l'antisélection. Cette mesure de précaution semble suffisante pour réduire le comportement opportuniste face aux hospitalisations et consultations externes ; toutefois, cela reste à prouver en termes de services de santé planifiés. Par exemple, l'étude des déclarations de sinistre a permis à l'équipe dirigeante d'identifier un important phénomène d'antisélection pour les consultations prénatales (affectant les accouchements en 2005).

Ce phénomène s'est intensifié suite aux nombreux abandons constatés au milieu de l'année 2004, du fait que la plupart des femmes restantes étaient enceintes. Des mesures spécifiques auraient pu être prises pour réduire l'antisélection, comme par exemple l'allongement de la période d'attente pour les consultations prénatales et les accouchements. Toutefois, la décision a été prise d'utiliser ce phénomène à des fins marketing. Du fait que les déclarations de sinistre en question restaient sous contrôle, elles pouvaient servir à améliorer la visibilité du système, tout particulièrement dans un groupe cible composé de femmes. La fréquence d'utilisation est très étroitement surveillée et des mesures peuvent néanmoins être mises en œuvre si le risque d'antisélection devient trop important.

Tout comme avec les soins infirmiers, la fréquence d'utilisation était également surveillée en fonction du prestataire de soins de santé, et ces résultats ont révélé qu'une clinique présentait un taux de déclarations de sinistre beaucoup plus élevé. Dans ce cas, la micro-assurance a clairement conduit à une évolution des comportements. Les bénéficiaires étant assurés, la clinique leur demandait de revenir plusieurs fois pour la même maladie pour recevoir leur traitement ; la première visite était consignée comme une consultation et les visites suivantes étaient considérées comme des soins infirmiers. L'administration du système a contacté la clinique et évoqué cette anomalie des schémas de traitement, ce qui a permis de revenir à une expérience de déclaration de sinistre plus classique. Si l'administration n'avait pas surveillé la situation, les déclarations de sinistre auraient dépassé les ressources financières du programme et l'auraient mené à la faillite. Une base de données et un SIG bien conçus sont essentiels à la bonne gestion de la micro-assurance.

Source : d'après Guérin, 2006.

e) Historique des primes

Un historique de paiement des primes, intégrant les champs suivants, doit être conservé pour chaque produit : date de paiement, montant du paiement et numéro de reçu le cas échéant.[2] Outre qu'il est indispensable pour des raisons administratives, l'historique des primes sert à étudier le modèle des abandons (défauts de paiement et résiliations), qui affectera à son tour la tarification de bon nombre de produits *(voir encadré 47)*. Lorsqu'il s'agit de produits avec options d'épargne et d'accumulation de fonds d'équité, les valeurs d'indemnisation dépendront de l'historique des primes dans la mesure où l'intérêt doit être crédité en conséquence.

Encadré 47

Taux de renouvellement de VimoSEWA

VimoSEWA en Inde a mis en place un nouveau SIG en 2001 qui a permis de mesurer ses taux de renouvellement. La direction a été plutôt surprise d'apprendre que l'organisation présentait un très faible taux de renouvellement : seulement 22 % pour les membres payant des primes annuelles. Consciente du problème, l'équipe de direction a pris des mesures pour accroître le taux de renouvellement en communiquant sur l'importance de conserver une assurance auprès des membres et en imposant des taux de renouvellement cibles à chaque *Aagewan* (promoteur des ventes).

Une base de données adaptée est requise pour mesurer les taux de renouvellement. Le taux de renouvellement pour l'année X représente le nombre de membres qui renouvellement leur contrat sur l'année X+1 divisé par le nombre de membres du même groupe assurés pendant l'année X.

Source : d'après Garand, 2005.

f) Historique des déclarations de sinistre

Qui a déposé la déclaration de sinistre ? Quand la personne est-elle décédée, tombée malade ou a-t-elle été hospitalisée ? Quel montant a-t-elle obtenu comme indemnité ? Quel était le coût engendré, couvert ou non ? Quelle a été la méthode de traitement ? Quelle a été la cause du décès ou de l'hospitalisation ? Quand la déclaration de sinistre a-t-elle été reçue ? Quel montant a été réellement versé et à quelle date ? Pour les déclarations de sinistre pour maladie, la cause de la demande doit être consignée selon la Classification internationale des maladies (CIM) et les frais doivent être ventilés selon les

2 Certains programmes collectifs engagent tous les membres de l'organisation, telle qu'une coopérative laitière, et dans certains cas, seuls les dossiers collectifs du groupe peuvent être conservés dans la pratique.

catégories de prestations.[3] L'historique de déclaration de sinistre est crucial pour la gestion et la surveillance permanentes et constitue également une source principale d'informations destinées à la tarification *(voir encadré 48)*.

Encadré 48

Traitement des déclarations de sinistre de VimoSEWA

Le SIG de VimoSEWA a enregistré la date de l'incidence de la déclaration de sinistre, la date à laquelle l'organisation a réceptionné la déclaration et la date de versement de l'indemnité au membre. Ces données ont montré que le traitement des déclarations de sinistre accusait des retards considérables. Une analyse plus poussée a révélé qu'une partie du problème était due à l'ignorance des membres en matière de dépôt d'une déclaration de sinistre. Forte de cette connaissance, VimoSEWA a renforcé ses efforts d'éducation des membres et de réduction du délai de remboursement des indemnités. En trois ans, le délai de paiement des indemnités a considérablement diminué, passant de trois mois à deux semaines. Les membres se sont montrés reconnaissants envers cette amélioration du service.

Source : d'après Garand, 2005.

g) Historique de police/règles du produit

Les règles de couverture doivent être définies et conservées pour chaque produit. Bien que l'historique de couverture décrit ci-dessus puisse également servir à assimiler les règles du produit, il s'avère bien plus efficace de séparer les informations générales sur la couverture qui ne varient guère d'un individu à l'autre et de les conserver dans un ensemble de tableaux séparés. Cela est nécessaire pour compléter les informations de sinistres escomptés mentionnées ci-dessus.

Tous les enregistrements doivent être conservés indéfiniment, soit dans la base de données actuelle soit sous forme d'archive, à des fins d'expérience cumulative et d'analyse actuarielle. Les données doivent être gérées avec précaution, comme toute autre ressource du système de micro-assurance.

Les actuaires attachent une grande importance à la manière dont les données sont collectées et gérées car des données erronées ou incomplètes peuvent représenter un passif plutôt qu'un actif en cas de mauvaise interprétation. Afin de garantir l'exhaustivité et l'intégrité des données, des contrôles

[3] Le tableau CIM a été développé par l'OMS et attribue un code à plusieurs catégories de maladies. Le tableau CIM le plus récent est disponible sur le site Web de l'OMS.

stricts et une vérification par recoupement méthodique doivent être intégrés au SIG. Les valeurs et formats de codage standard doivent être utilisés pour simplifier les requêtes et améliorer la cohérence. Par exemple, les professions des participants doivent être sélectionnées à partir d'un menu de codes de professions standard au lieu d'être saisies à chaque fois.

Toutes les données doivent être vérifiées, dans la mesure du possible, par rapport aux autres systèmes indépendants, tels que la comptabilité. Par exemple, les primes, commissions et sinistres doivent être équilibrés par rapport au système de comptabilité à la fin de chaque exercice comptable afin de garantir que les deux systèmes sont cohérents (ce qui représente également un contrôle d'intégrité très utile pour le système comptable). En outre, les modifications apportées à la base de données doivent être surveillées et régulièrement confirmées sur la base de systèmes manuels.

2 Composants, facteurs clés et méthodologie de tarification

L'objectif principal d'un exercice de tarification vise à garantir que les taux de prime suffisent à atteindre les objectifs du système et à satisfaire à ses obligations sur le long terme, tout en assurant une certaine équité parmi les participants. En matière d'assurance-vie et maladie, les taux peuvent varier en fonction de l'âge ou, et cette alternative est la plus courante, rester les mêmes pour tous les participants. C'est ce qu'on appelle souvent la tarification communautaire. Si différents niveaux de taux sont utilisés, il est conseillé d'imposer un âge maximal d'entrée voire un âge maximal de couverture, sinon les taux risquent de devenir trop élevés, ce qui pourrait affecter le marketing du produit. Une alternative à l'âge maximal de couverture consiste à imposer un modèle décroissant d'avantages pour les participants âgés.

Plusieurs composants doivent être pris en compte lors de la définition des taux de prime. Chaque composant doit être calculé avec soin à partir des données d'expérience et/ou des autres informations disponibles. Comme mentionné ci-dessus, si ces données spécifiques ne sont pas disponibles, l'actuaire doit émettre des hypothèses raisonnables basées sur l'expérience, les études industrielles et les observations tirées de programmes similaires.

Il est très important de noter que dans le cadre de la conception du produit de micro-assurance, les méthodes de communication, les pratiques de gestion et bien d'autres facteurs affecteront l'expérience observée. Au sein des populations peu familiarisées avec l'assurance, la stabilisation des taux de déclaration de sinistre et l'atteinte des niveaux prévisibles peuvent demander beaucoup plus de temps. Par exemple, même si elle s'adresse à une population assurée similaire, l'expérience en matière de déclarations de sinistre de Yeshasvini est passée de 65 Rs. (1,43 $US) par assuré dans l'année

1 à 86 Rs. (1,89 $US) au cours de sa deuxième année de fonctionnement. La cause la plus probable d'augmentation des coûts d'indemnisation au cours de l'année 2 est la meilleure connaissance des prestations assurées et des procédures de déclarations de sinistre.

2.1 Assurance-vie et produits d'épargne

Les principaux composants de tarification de l'assurance-vie et des produits d'épargne sont les suivants :

a) Taux de mortalité

Généralement, l'actuaire choisit une table de mortalité appropriée élaborée par les compagnies collaboratrices au sein du secteur de l'assurance et l'adapte au groupe de micro-assurance. En l'absence de table spécifique au secteur, les tableaux de population préparés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou d'autres organisations peuvent être utilisés et adaptés au groupe spécifique de participants à la micro-assurance, bien que cette approche ne soit pas idéale.

Le choix et l'adaptation de la table de mortalité représentent une étape essentielle du processus de tarification pour l'assurance-vie. Dans l'idéal, la table finale doit être testée par rapport à la base de données de participants en calculant les sinistres escomptés et le nombre de décès au cours d'une période d'étude rétrospective sélectionnée, puis en comparant ces résultats à l'expérience réelle au cours de la même période. Cette comparaison doit être effectuée, si possible, pour chaque sous-groupe de risque, tels que ceux définis par une combinaison de l'âge, du sexe et de la localisation géographique. Ce test permettra de déterminer le caractère approprié du modèle de mortalité. Il est possible uniquement si le système a accumulé des données fiables, comme décrit dans la section précédente. Le test des sinistres réels par rapport aux sinistres escomptés peut être réalisé de manière itérative jusqu'à ce que le choix de la table de mortalité et les ajustements requis soient effectués. Le résultat final constitue le modèle de tarification de mortalité pour le groupe.

Le cas échéant, l'actuaire doit utiliser un profil démographique du groupe assuré potentiel lors du calcul du taux de mortalité cumulé supposé au lieu de simplifier le calcul en utilisant un âge moyen supposé. Cette dernière approche se révèle en effet peu fiable *(voir chapitre 3.6)*.

Le niveau de participation est un facteur très important à prendre en considération lors de la préparation du modèle de mortalité. **La participation obligatoire de l'ensemble des membres éligibles du groupe cible est recommandée**. Si la participation est facultative, l'antisélection augmentera considérablement le taux de mortalité prévu.

La **tendance supposée de mortalité** constitue un autre facteur important. À cet égard, l'actuaire doit tenir compte du flot entrant de nouveaux participants au cours des mois ou années à venir. Par exemple, si le taux de croissance projeté du système est « élevé » et si les nouveaux participants représentent un segment cible de la population, tels que les entrepreneurs femmes, alors le taux de mortalité cumulé diminuera probablement ou restera stable au fil des années. En revanche, des taux de croissance faibles sont susceptibles d'entraîner l'augmentation du taux de mortalité cumulé au fur et à mesure du vieillissement du groupe. Ce phénomène est moins inquiétant pour les taux établis en fonction de l'âge. Toutefois, en ce qui concerne les niveaux de taux de prime, les tendances futures de la mortalité supposée doivent être intégrées avec précaution.

Par exemple, avec le système volontaire de VimoSEWA, le taux de mortalité a considérablement évolué en quelques années du fait qu'une proportion plus importante de jeunes femmes a intégré le programme et en raison de la participation plus étendue par rapport aux années précédentes *(voir tableau 26)*.

Tableau 26

Évolution du taux de mortalité chez VimoSEWA

Année	*Nombre d'assurés*	*Taux par milliers*
1998	25 000	19,3
1999	31 000	14,2
2000	30 000	12,1
2001	29 000	11,6
2002	93 000	4,3
2003	110 000	3,7
2004	104 000	4,7
2005	117 000	3,2

Source : Garand, 2005.

Le VIH/SIDA représente un facteur majeur à l'origine de l'introduction de changements et tendances sur le long terme dans les taux de mortalité. Dans les régions exposées à des épidémies importantes, les taux de mortalité peuvent doubler voire tripler, en particulier dans les tranches de revenus et d'âge auxquelles s'adressent généralement les institutions de micro-finance et les ONG de développement de la communauté.

Une fois le modèle de mortalité terminé, l'actuaire calcule le composant **déclarations de sinistre escomptées** du taux de prime, en tenant compte des caractéristiques du produit et des prestations dépendant du décès.

D'autres produits tels que l'assurance maladie ou invalidité demandent également des tableaux de tarification basés sur la contingence plutôt que sur les

taux de mortalité. Toutefois, la plupart des considérations évoquées ci-dessus restent applicables.

b) Taux d'abandon

Le taux d'abandon (défauts de paiement et résiliations) représente un autre facteur très important dans la détermination du prix. Un défaut de paiement signifie que le paiement des primes est en retard, au-delà du délai de grâce qui court généralement sur 30 à 60 jours, tandis qu'une résiliation représente l'arrêt ou le non-renouvellement au-delà de la période de réintégration autorisée.

L'actuaire doit pouvoir préparer un modèle de taux d'abandon par âge, sexe et ancienneté d'adhésion, et en conséquence comprendre quelle proportion de défauts de paiement rétablira sa couverture au cours de la période de réintégration autorisée. Ces informations peuvent être tirées de la base de données d'historique des primes décrite ci-dessus.

Selon le produit, les taux et le schéma d'abandon peuvent renforcer ou affaiblir la rentabilité du programme de micro-assurance. Mais quel que soit le produit, un taux élevé d'abandon augmente les dépenses. Néanmoins, si le produit inclut une composante d'équité ou d'épargne dont une partie est confisquée via une résiliation précoce, un taux élevé de résiliation peut alors réellement renforcer la rentabilité. L'actuaire peut choisir d'utiliser une partie de l'équité confisquée projetée pour financer d'autres prestations et ainsi réduire les taux globaux de primes.

c) Majoration des risques

Les actuaires ont recours à la gestion mathématique du risque pour calculer une prime de risque appropriée, considérée comme une **provision pour écart défavorable** (PED) à partir des déclarations de sinistre escomptées sur le court à moyen terme. Les déclarations de sinistre escomptées calculées à partir des tables d'expérience et de mortalité ne seront probablement jamais atteintes[4] et la majoration des risques est une provision visant à augmenter la probabilité que les sinistres réels ne dépasseront pas les primes nettes sur une période prédéfinie.[5]

En règle générale, l'expérience avec les groupes homogènes les plus importants (en termes d'âge, de sexe, d'état de santé, de profession, etc.) et

4 Techniquement, les sinistres escomptés calculés à partir des données peuvent être considérés comme une estimation de la moyenne de la répartition cumulée sous-jacente réelle des sinistres.

5 La majoration des risques est calculée sur la base d'une probabilité souhaitée de disposer de primes nettes suffisantes pour couvrir l'ensemble des sinistres sur une période définie, généralement 1 à 5 ans. Une majoration qui garantit une prime nette adéquate avec une probabilité de 95 % est plus élevée qu'une majoration qui garantit la même prime avec une probabilité de 90 % par exemple.

bénéficiant d'une couverture identique risque moins de s'écarter des sinistres escomptés, en se limitant à un écart léger, que celle des groupes plus petits, présentant des participants différents, ou des groupes bénéficiant de plusieurs options de couverture.

d) Majoration pour incertitude
L'actuaire peut inclure un montant pour compenser l'incertitude. En général, un grand nombre d'hypothèses et des données moins fiables et plus rares renforcent l'incertitude.

e) Bénéfices ou contribution à l'excédent et l'équité de la micro-assurance
Des bénéfices sont indispensables au développement du système. Le bénéfice souhaité peut être exprimé sous forme de majoration ou de composante séparée du taux net.

f) Dépenses
Les dépenses escomptées engagées pour le marketing, la souscription, le versement des indemnités, la collecte des primes et l'administration doivent être intégrées au taux net final. Pour cela, une analyse complète doit être réalisée afin de déterminer de quelle manière les dépenses du système sont imputées. Celles-ci doivent ensuite être projetées et attribuées aux différents produits sur une base encourue. L'attribution arbitraire des dépenses entraîne une subvention croisée des produits (bien que cela puisse être souhaitable dans certains cas).

Le programme d'assurance maladie de Grameen Kalyan a récemment été analysé afin de comparer les primes du centre de soins aux coûts d'exploitation du centre. L'analyse a démontré que certains centres produisaient un excédent après prise en considération de leurs coûts locaux uniquement, mais avant factorisation de l'allocation des coûts au siège et de la dépréciation de leurs équipements. Les futures études de tarification de ses produits doivent intégrer les coûts d'exploitation de l'ensemble du programme.

g) Produits escomptés des placements
Les produits escomptés des placements sont utilisés conjointement avec les taux de mortalité supposés afin de préparer les taux nets pour l'assurance-vie avant intégration des dépenses.[6] Par exemple, Yeshasvini a investi la prime annuelle initiale et l'intérêt perçu de 2 Rs. (0,04 $US) par personne assurée, ce

6 Plus précisément, les produits escomptés des placements combinés aux taux de mortalité supposés servent à calculer la valeur actuarielle présente des sinistres escomptés, utilisée pour en retirer les taux.

qui a permis de couvrir certaines dépenses administratives. L'actuaire doit par conséquent tenir compte de l'investissement de l'excédent de primes avant que celui-ci ne serve à financer les dépenses du système et les sinistres. En outre, le rythme et la fréquence de paiement des primes *(voir ci-dessous)* affectent les produits des placements, tout comme la qualité, les liquidités et les taux de retour sur les investissements sélectionnés.

Comme abordé au chapitre 3.6, le risque principal de la tarification des produits d'assurance à long terme est l'exactitude des produits supposés des placements. Les garanties de taux fixe à long terme sont particulièrement dangereuses si le bien utilisé pour investir les primes (telles que des obligations sur 20 ou 30 ans) n'est pas identifié et acquis au moment où la garantie est donnée. Les taux d'intérêt peuvent baisser relativement vite. Il peut donc devenir impossible d'investir dans des biens qui offrent les retours nécessaires pour financer les taux garantis. Un manque à gagner de quelques points peut mener à la faillite en raison de l'effet de l'intérêt composé. Une solution consiste à lier les garanties de taux aux instruments d'investissement tels que les obligations émises par le gouvernement ou des dépôts d'une durée moyenne de cinq ans effectués auprès de banques commerciales.

h) Conception du produit

Les caractéristiques de conception du produit affectent l'ensemble des composants de la tarification. L'assurance-vie à terme à capital constant est un produit courant. Si la couverture est associée aux prêts d'une IMF, les risques couverts sont essentiellement les vies des femmes, lorsque celles-ci constituent la clientèle cible de l'IMF. En proposant une couverture pour les époux et enfants des clientes, la mise en commun des risques s'en trouve considérablement modifiée du fait qu'un grand nombre des époux sont plus âgés que leurs femmes et que les hommes présentent généralement des taux de mortalité plus élevés. Les caractéristiques du produit telles que les **périodes d'attente** et **les exclusions de maladie préexistante** sont également des éléments à prendre en considération lors de la tarification *(voir chapitre 3.1)*.

i) Rythme et fréquence des paiements des primes

Ces paramètres doivent être pris en compte dans les taux de prime. Par exemple, si la prime annuelle payable au début de l'année de couverture est P, la prime mensuelle équivalente est supérieure à P/12 pour trois raisons : 1) les dépenses supplémentaires de collecte (douze transactions au lieu d'une), 2) la perte des produits des intérêts et 3) le fait que des défauts de paiement viendront mettre à mal les paiements des primes mensuelles.

j) Taille du groupe de micro-assurance
Celle-ci affecte les niveaux de dépenses en raison des économies d'échelle. Elle influera également considérablement sur la majoration des risques requise évoquée ci-dessus.

k) Taux de participation
Ces taux affectent les taux de mortalité, les taux de morbidité et les dépenses. Une communauté présentant une participation de 100 % génèrera des dépenses d'indemnisation moins élevées par personne qu'une communauté comptant seulement 10 % de participation. Dans ce dernier cas, l'antisélection entre en jeu du fait que les familles qui pensent bénéficier d'une prestation sont plus susceptibles d'adhérer au programme d'assurance.

l) Développement du système de micro-assurance
Le développement, conjugué au flux entrant de nouveaux participants, représente un facteur critique des tendances de mortalité. L'ajout de populations assurées âgées ou jeunes peut modifier de façon spectaculaire la mortalité cumulée supposée du groupe.

m) Stabilité du groupe
Un groupe présentant de faibles taux de renouvellement s'expose à une mortalité et une morbidité plus élevées lorsqu'un élément d'antisélection apparaît.

n) Moyens d'existence, professions et activités des participants
Ces paramètres ont un impact sur la santé, les taux de mortalité et de morbidité et, par conséquent, sur les sinistres escomptés.

o) Taux d'inflation
Ces taux affectent les dépenses et peut-être même les bénéfices, en fonction de la conception du produit. Les taux d'inflation ont généralement également un impact sur les produits des placements.

p) Réassurance
La réassurance peut servir à gérer certains risques de tarification. Théoriquement, les choses étant égales, la réassurance peut entraîner la baisse des taux nets grâce aux exigences réduites de majoration des risques. Mais cela dépend de la conception du programme de réassurance et du réassureur. Toutefois, le programme de réassurance représente un coût supplémentaire dans la plupart des cas.

2.2 Tarification de l'assurance maladie

Une grande partie des points évoqués dans la section précédente s'applique également à la tarification de l'assurance maladie. Cependant, certaines considérations et questions supplémentaires rendent la tarification de l'assurance maladie encore plus complexe.

Les **coûts des sinistres escomptés** sont calculés à l'aide d'une combinaison des taux de morbidité, de l'incidence des sinistres pour chaque catégorie de prestation et de la répartition du montant des indemnités par catégorie de prestation. Les indemnités doivent être dissociées dans la base de données car cela permet la tarification individuelle de chaque catégorie de prestation. Les coûts d'indemnisation doivent idéalement être segmentés par âge, sexe et localisation géographique. À cet effet, une base de données étendue et cohérente est la seule solution adaptée pour estimer les répartitions des indemnités.

Les **taux d'incidence** dépendent des taux et tendances d'utilisation des assurés, susceptibles d'évoluer considérablement en un laps de temps très court. L'utilisation dépend quant à elle des caractéristiques prédominantes de l'assuré, dont son état de santé général, l'accès aux services, la compréhension de l'utilisation des services, la dignité avec laquelle les services sont fournis et bien d'autres facteurs. Par exemple, VimoSEWA a introduit une prestation pour enfant dans son plan d'hospitalisation de 2002. L'expérience a révélé une augmentation du nombre de familles participant à la couverture maladie pour enfant. Cette participation accrue a permis de diminuer les taux moyens d'utilisation *(voir tableau 27)*.

Tableau 27

Sinistralité de la prestation pour enfant de VimoSEWA

Année	*Coût réel des indemnités par assuré*
2002	97 Rs.
2003	85 Rs.
2004	70 Rs.

Source : Garand, 2005.

Les taux d'inflation des bénéfices représentent une considération clé pour l'assurance maladie : ils sont difficilement prévisibles et généralement plus élevés que l'Indice des prix à la consommation (IPC). Afin de diminuer l'incertitude de la tarification, le produit doit être conçu avec des maxima

pour chaque catégorie de prestation ainsi qu'un maximum annuel global.[7] On peut également suivre l'approche utilisée par l'UMSGF et Yeshasvini et négocier des tarifs fixes pour les services tels que la chirurgie auprès des prestataires de soins de santé.

Les **tickets modérateurs** ont un impact considérable sur les taux du fait qu'ils entraînent une incidence moindre et des hospitalisations plus courtes. La base de données d'indemnisation peut servir à déterminer les effets des franchises et tickets modérateurs sur les taux de prime. Dans de nombreux cas, les plus pauvres hésitent à recourir aux services de santé qui leur font perdre plusieurs jours de revenus et engendrent des dépenses de déplacement supplémentaires, créant ainsi un ticket modérateur ou une franchise « caché(e) ».

La **localisation géographique** de l'assuré a généralement un impact considérable sur l'accès au service, affectant ainsi la tarification.

3 Techniques de modélisation

La modélisation actuarielle constitue une excellente approche à la planification et tarification car elle assimile les nombreuses interactions complexes des différents paramètres. Les modèles ne se substituent pas à des données crédibles, mais permettent à l'actuaire de tirer profit des données disponibles. Des modèles complets peuvent révéler des problèmes difficiles à concevoir autrement, permettent à l'utilisateur de tester des scénarios de simulation et peuvent servir à la surveillance permanente et à la détection des tendances émergeantes. En outre, un modèle permet la tarification simultanée de plusieurs produits.

Par exemple, l'actuaire de tarification peut demander « Quel serait l'effet composé sur les taux de prime et la solvabilité sur le long terme de la micro-assurance, 5 à 10 ans à partir d'aujourd'hui, si la période d'attente du Produit A était réduite d'un an à six mois, et si l'âge maximal d'entrée pour le programme de micro-assurance passait de 64 à 60 ans, mais que l'âge limite évoluait de 65 à 69 ans, et si une indemnité de décès de 50 $US pour les enfants du membre âgés de 90 jours à 21 ans était ajoutée ? », etc. Ces questions complexes peuvent se poser au cours des étapes de planification commerciale du programme de micro-assurance, ou peuvent être soulevées par la direction à tout moment. Un bon modèle peut être utilisé pour tester ces types de scénarios.

Le modèle doit s'appuyer sur la base de données actuelle pour évaluer les

7 Un maximum annuel global limitera également le nombre de déclarations de sinistre émanant d'individus ou de familles à plus haut risque au cours d'une période définie.

paramètres clés. Par exemple, les profils démographiques ainsi que les taux d'incidence et de défaut de paiement doivent être mis à jour avant l'utilisation du modèle. Les dépenses de l'organisation basées sur l'expérience passée et sur les business plans de la micro-assurance doivent être intégrées au modèle.

La réalisation d'un modèle de qualité inclut les résultats potentiels, les bilans comptables et les tableaux de flux de trésorerie. Ces réalisations représentent une indication en nature et l'on doit veiller à se limiter à leur interprétation. Généralement, l'utilisateur ajuste les taux de prime et les caractéristiques du produit jusqu'à ce que les bilans prévus soient raisonnables.

4 Conclusions

Les points principaux à retenir de ce chapitre sont les suivants :

- La tarification des produits de micro-assurance est très technique et requiert l'aide d'un actuaire.
- L'actuaire doit prendre l'ensemble du pack (marché cible, conception du produit, marketing et communication, administration et service d'indemnisation) en considération pour définir une prime appropriée. Ces paramètres doivent être régulièrement contrôlés en vue d'anticiper les évolutions de la tarification.
- Une tarification précise commence par une base de données de qualité. La base de données doit être conçue par un professionnel de l'informatique et avec les conseils d'un actuaire afin de garantir que les données sont pertinentes pour la tarification.
- Les données, comme toute autre ressource, doivent être gérées avec précaution.
- Les prix de l'assurance maladie sont plus difficiles à déterminer que ceux de l'assurance-vie. Les taux peuvent être révisés tous les six à douze mois car les tendances d'utilisation et d'inflation peuvent évoluer très rapidement.
- Les techniques de modélisation de la micro-assurance peuvent servir à déterminer plus précisément les prix des produits, à élaborer des business plans et à détecter les tendances émergeantes.

3.6 Gestion des risques et gestion financière

Denis Garand et John Wipf[1]

Les auteurs remercient MM. David Dror (Social Re) et Carlos Martínez Gantes (DKV Seguros) pour leurs commentaires et leurs conseils techniques avisés.

Une gestion financière saine est l'un des impératifs absolus permettant d'inscrire le succès d'un assureur sur le long terme. C'est une tâche extrêmement complexe car la majeure partie des actifs d'un assureur est utilisée pour financer les futures indemnités à payer en cas d'occurrence des événements assurés.

De nombreux micro-assureurs (en particulier ceux issus du secteur du développement) manquent cruellement des compétences suffisantes en matière de gestion financière et de gestion des risques. Néanmoins, la plupart d'entre eux ne proposent que des produits à court terme présentant un risque faible, bien que certains *commercialisent des produits à long terme comportant un risque plus important (voir chapitre 2.2).*

L'objectif de ce chapitre est de fournir un bref aperçu des principes clés que l'assureur doit maîtriser en matière de gestion financière, et de soumettre des recommandations essentielles d'ordre pratique dans le domaine de la gestion financière appliquée à la micro-assurance. Le présent chapitre abordera en particulier les thèmes suivants : 1) le risque lié à l'assurance, 2) les besoins en capital, 3) les réserves, 4) la réassurance, 5) la gestion de placements et 6) la répartition des bénéfices.

1 Les risques inhérents aux produits d'assurance

L'assurance relève de la gestion des risques et exige donc une parfaite compréhension de la nature et de l'ampleur des différents risques propres aux produits proposés. La plupart de ces risques sont également inhérents aux produits de micro-assurance. Pour qu'une micro-assurance soit viable, quatre grandes catégories de risques doivent être gérées et comprises. La quantification de ces risques sert de base à la détermination des réserves actuarielles et du capital requis pour assurer la viabilité à long terme d'un programme de micro-assurance *(voir encadré 49)*. Les quatre principales catégories de

[1] Les références à Kasagana Ka (Philippines) sont issues des expériences des auteurs.

risques sont : 1) une tarification inadéquate, 2) la dépréciation et le rendement insuffisant des actifs, 3) les taux d'intérêt et l'asymétrie des placements et 4) la gestion et les contingences d'ordre général.

Encadré 49 **Réserves actuarielles et capital définis**

Dans ce chapitre, nous partons du principe que les réserves actuarielles correspondent à la valeur actuarielle actuelle des passifs escomptés[2] moins la valeur actuarielle actuelle des primes escomptées, comprenant les marges adéquates déterminées par un actuaire en tarification. Ces réserves sont supposées apparaître sur le bilan comptable sous forme de passif. D'autre part, pour simplifier le débat, le terme « capital » englobe ici les bénéfices non répartis, les excédents, la fluctuation des sinistres et les réserves de sécurité, les fonds de garantie déposés auprès des autorités de réglementation, etc. **Cela inclut tous les actifs sauf ceux constituant les réserves actuarielles.** Le capital est supposé être disponible dans l'éventualité d'une insuffisance des réserves actuarielles.

1.1 Risque de tarification

L'importance de la tarification est telle que le chapitre 3.5 lui est entièrement dédié. Comme précisé dans le chapitre précédent, la tarification nécessite une projection précise des sinistres susceptibles d'être encourus, de préférence sur la base de rapports d'expérience spécifiques.

De nombreux programmes de micro-assurance s'appuient sur des informations lacunaires ou inadéquates et éprouvent donc de grandes difficultés à établir des projections précises des sinistres, avec, pour possible conséquence, une tarification erronée de leur produits. En d'autres termes, l'absence de données d'expérience expose ces programmes à un risque lié à la tarification. Comme le développe le chapitre 3.5, un bon SIG associé à une base de données convenablement gérée permet à l'actuaire en charge de la tarification de déduire les coûts des sinistres escomptés, ainsi que les autres éléments entrant en ligne de compte dans la tarification. Ce chapitre décrit également les éléments d'information spécifiques devant être inclus dans la base de données.

Il est essentiel de comprendre que la mortalité réelle et les coûts de morbidité varient selon l'âge, le sexe, la région, le statut socio-économique et différents autres paramètres. En l'absence de données exactes et dans des zones où

2 Si l'on schématise, il s'agit de la valeur des montants prévus payables à différents moments dans le futur en raison de risques tels que le décès ou de l'échéance de la police, réduite à la date actuelle en appliquant des taux d'intérêt particuliers.

le profil démographique du marché cible n'est pas parfaitement cerné, les micro-assureurs qui appliquent des taux uniformes pour tous les participants aux régimes d'assurance-vie et d'assurance maladie s'exposent à un risque de tarification élevé, puisque cette pratique implique une hypothèse intrinsèque concernant les profils de risque du marché cible. Afin de s'affranchir d'hypothèses de profils de risque erronées, les primes doivent être fixées en fonction de l'âge, du sexe et d'autres paramètres.

Dans un souci de simplicité et pour renforcer l'attractivité commerciale du produit, ou en raison de la législation comme en Afrique du Sud, la plupart des programmes de micro-assurance fixent leur tarification sur une base communautaire, ce qui signifie que la même prime est fixée pour tous les risques au sein d'un même régime. Le régime de micro-assurance s'expose donc à un risque de tarification bien plus important, car le profil actuel et les tendances à venir de la démographie de la population cible deviennent tous deux des facteurs essentiels dans l'estimation des sinistres. Plus déterminant encore, le **taux de participation** devient un élément clé du succès puisqu'à son tour il affecte le profil démographique des participants (un sous-ensemble de la population cible) et l'exposition au risque agrégé.

En général, un faible taux de participation débouche sur une plus grande exposition au risque, dans la mesure où les individus âgés et les individus les plus à risque sont généralement les premiers à souscrire et participent plus volontiers. Inversement, un taux de participation plus élevé signifie généralement qu'une plus grande proportion d'individus à faible risque participe également. Ce constat trouve son illustration parfaite dans l'expérience de Vimo-SEWA, pour qui le taux de mortalité est passé de dix-neuf pour mille en 1998 à cinq pour mille en 2004 *(voir tableau 26, chapitre 3.5)*. Cette évolution positive est principalement due à l'expansion de l'organisation, qui est passée de 30 000 à plus de 100 000 vies couvertes, l'accroissement de la participation impliquant une augmentation du nombre de membres plus jeunes.

Pour les micro-assureurs, l'un des risques les plus courants liés à la tarification est de définir un taux appliqué à la communauté pour les produits collectifs sur la base de l'âge moyen d'un groupe, plutôt que de se baser sur le profil démographique âge-sexe réel du groupe. Le taux de mortalité pour l'âge moyen d'un groupe par exemple, ne peut constituer une solution alternative satisfaisante par rapport au taux de mortalité moyen pondéré, puisque cette dernière mesure tient compte du profil démographique du groupe.

Par exemple, l'âge moyen des 8 500 membres de Kasagana Ka (KSK), une IMF implantée à Manille, est de 39,95 ans, pour 98,67 % de femmes. Le taux de mortalité pour KSK, sur la base d'un âge moyen de 40 ans, s'élève à 2,292 pour mille par an. En revanche, si l'on utilise le taux de mortalité moyen pon-

déré, plus fiable, basé sur le profil âge-sexe de l'IMF, on obtient un taux de mortalité de 3,395 pour mille. Le taux de mortalité escompté sur la base de l'âge moyen ne correspondant qu'à 67,5 % du taux de mortalité moyen pondéré, si l'âge moyen était utilisé comme base afin de définir le taux uniforme pour un produit d'assurance-vie obligatoire, le produit serait considérablement sous-évalué.

Bien que les taux de mortalité varient selon les régions,[3] le paramètre géographique est bien plus important pour de nombreux risques couverts par les assureurs proposant d'autres produits que les produits d'assurance-vie. Dans le cadre de l'assurance maladie par exemple, non seulement les taux de morbidité varient selon les régions, mais cette variation touche de façon encore plus manifeste l'accès aux soins, les modes de traitement et les coûts de traitement, qui divergent grandement d'un hôpital à l'autre.[4] Pour d'autres produits également, les coûts des sinistres varient selon les régions, comme c'est le cas, par exemple, des produits offrant une protection contre les catastrophes naturelles.

Même si toutes les informations exactes étaient disponibles pour effectuer une projection des sinistres, il n'en resterait pas moins que les modèles d'occurrence des sinistres réels divergent généralement des modèles escomptés, supposés par l'actuaire en tarification. Dans la mesure où des sinistres supérieurs à ceux escomptés pourraient avoir des conséquences dramatiques sur un programme d'assurance, un certain capital est nécessaire au cas où un risque sous-jacent aurait été sous-estimé. Bien que le risque de tarification soit inhérent à tout programme d'assurance, il est bien plus important dans le contexte de la micro-assurance car les risques ne sont pas aussi bien cernés par les actuaires.

Les taux d'intérêt supposés constituent un autre risque de tarification important des produits d'épargne et des assurances-vie à long terme. Les sinistres estimés, les autres indemnités et dépenses sont réduites à leur valeur actuelle en utilisant des taux d'intérêt futurs présumés : plus les taux d'intérêt présumés sont faibles, plus la valeur actuelle des coûts futurs est répercutée sur les taux des primes, et inversement. L'actuaire en tarification est parfois susceptible de supposer un taux d'intérêt trop optimiste afin d'abaisser la valeur actuelle des sinistres et le taux de primes net résultant. Cette erreur peut néanmoins mettre par la suite le programme en péril si les taux d'intérêt

3 Cet élément est habituellement accepté par la plupart des actuaires et résulte de nombreux facteurs, tels que le régime alimentaire, les conditions de vie, le mode de vie, les pratiques culturelles, les moyens d'existence, l'accès aux traitements médicaux, etc.

4 Dans certains pays comme l'Inde, les coûts des sinistres prévus sont plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales, notamment en raison d'une fréquence plus importante résultant d'un meilleur accès.

supposés ne sont pas atteints. Inversement, l'actuaire peut être trop prudent et prévoir un taux d'intérêt trop faible, rendant le tarif non compétitif. Dans un cas comme dans l'autre, l'estimation du taux d'intérêt engendre un risque important de tarification pour les produits à long terme. Ce risque de tarification, ainsi que d'autres, doit être sécurisé par un capital supplémentaire.

1.2 Dépréciation de l'actif et risque de rendement insuffisant sur l'actif

Les revenus de placement issus des actifs d'une compagnie d'assurance sont une source essentielle de revenus. Toute erreur dans le cadre de la gestion des placements peut ainsi être à l'origine de l'échec de compagnies d'assurance. Une erreur communément répandue consiste à recourir de façon excessive à des actifs ne générant pas les intérêts et les versements de dividende escomptés. C'est ce qu'on désigne sous le terme de « risque de rendement insuffisant sur l'actif ».

Sur les marchés financiers, la qualité d'un actif est généralement jugée de façon inversement proportionnelle au rendement escompté ; il s'agit là de la manifestation d'un état de fait voulant que, toutes choses égales par ailleurs, les actifs promettant un taux de rendement élevé comportent également un risque plus élevé de rendement insuffisant. Un taux d'intérêt élevé est souvent associé à une cote de vulnérabilité élevée de l'instrument de placement. Les investisseurs prudents préfèreront donc des placements plus sûrs. Toutefois, trop investir dans des placements parfaitement sûrs peut entraîner l'érosion de la valeur du portefeuille sur la durée, puisque les rendements ne sont guère plus élevés que les taux d'inflation (ou peuvent parfois même leur être inférieurs). Inversement, un recours excessif à des placements très risqués peut entraîner une baisse importante de la valeur du portefeuille, liée à un rendement insuffisant. Le défi lancé par une bonne gestion des placements est de créer un équilibre entre ces deux extrêmes grâce à une politique de placement diversifié. L'objectif est d'optimiser les retours sur investissement tout en conservant un degré de sécurité acceptable et le niveau de liquidité requis, de façon à ce que les actifs soient disponibles au moment voulu.

La plupart des systèmes de micro-assurance n'accumulent pas une grande quantité d'actifs, car ils ne fournissent que des produits à court terme, tels que des assurances-vie de crédit ou des assurances maladie. Toutefois, pour les systèmes proposant des produits à long terme, comme des assurances mixtes et des prestations de retraite, il est indispensable d'accumuler des actifs conséquents, car les indemnités doivent être payées dans un avenir lointain. L'accumulation sur plusieurs années d'excédents d'un programme fructueux peut constituer une autre source d'actifs non négligeable.

Quelle qu'en soit l'origine, les actifs doivent être investis et contrôlés avec

la plus grande attention. Les contrôles adéquats doivent être mis en place afin de s'assurer que les fonds ne sont pas détournés à des fins personnelles par des dirigeants ou par le conseil d'administration. Les institutions financières mettent généralement en œuvre les mesures suivantes dans le cadre de leur politique de placement :

- placements autorisés ;
- classes d'actifs autorisées pour la diversification ;
- placement maximal autorisé avec une seule entité financière ou sur un actif particulier ;
- appréciation laissée aux personnes responsables des placements ;
- procédure de modification de la politique ;
- rapport des besoins.

Même avec une bonne politique de placement mise en place, le choix des placements reste très limité dans de nombreux pays en développement, ce qui est susceptible de générer des problèmes.

Les études de cas dispensent quelques informations relatives à la façon dont les actifs sont gérés. De rares micro-assureurs ont accumulé des actifs substantiels, exceptions parmi lesquelles on retrouve VimoSEWA (Inde), CARD MBA (Philippines), Delta Life et Grameen Kaylan (tous deux au Bangladesh). Les deux premiers ont investi la majorité de leurs actifs dans des organismes qui leur sont liés, ce qui peut engendrer des problèmes en raison du risque covariant.

Un micro-assureur indien s'est vu alloué des fonds afin de réaliser des placements visant à générer des intérêts permettant de couvrir les dépenses de fonctionnement. Ces fonds ont été entièrement investis en bourse. Cette perspective semble à l'époque intéressante puisque les marchés connaissent alors une croissance substantielle. Cette politique de placement est néanmoins extrêmement risquée en raison du manque de diversification des classes d'actifs et pourrait finalement nuire à l'organisme. Les bourses peuvent être extrêmement instables et se retirer juste avant une baisse importante relève partiellement de la chance.

À l'inverse, ALMAO (Sri Lanka) met en œuvre une politique de placement excessivement prudente. Sa stratégie de placement requiert que 30 % de la totalité des actifs soient investis en bons du Trésor et le solde sur un compte de dépôts à terme. Les rendements de ce portefeuille sont inférieurs au taux d'inflation actuel au Sri Lanka. Sur la durée cela génèrera une érosion de la valeur réelle des placements.

En conclusion, une bonne diversification des actifs sur différents moyens et durées de placement est l'une des pratiques les plus pragmatiques et les

plus importantes dans le cadre de la gestion du risque de rendement insuffisant sur l'actif.

1.3 Taux d'intérêt et risque d'asymétrie des placements

Le risque d'asymétrie des placements peut être illustré par un exemple. Si un assureur propose un produit d'épargne garantissant que les dépôts seront doublés sur cinq ans, cette garantie ne peut être remplie que si l'assureur bénéficie invariablement d'un retour sur investissement de 14,8 %. Tout produit d'assurance impliquant un taux d'intérêt garanti exigerait de l'assureur qu'il fasse correspondre les mouvements des actifs et passifs au taux correct du produit des placements. Sans cette précaution, l'institution s'expose à des pertes à venir si les taux d'intérêt changent. On appelle cela le risque d'asymétrie des placements.

Si l'on se base sur l'exemple cité plus haut, un rendement supérieur à 14,8 % sur cinq ans est nécessaire pour remplir les obligations, couvrir les dépenses et générer un excédent. L'efficience et les objectifs de l'assureur déterminent jusqu'à quel point ce rendement peut être supérieur. La partie ci-dessous consacrée à la gestion de placements aborde le sujet plus en détails.

1.4 Contingences d'ordre général et risque lié à la gestion

Les opérations d'assurance doivent être gérées de façon dynamique et professionnelle. Une mauvaise gestion peut être à l'origine d'une possible dissolution ou faillite. Un manque de compétences et de compréhension de la façon dont fonctionne le programme constitue un risque conséquent pour un micro-assureur. Le risque est encore aggravé si le conseil d'administration ne dispose pas des compétences adéquates pour sa mission de surveillance *(voir chapitre 3.8)*.

Une gouvernance et une gestion incompétentes constituent probablement l'écueil principal auquel sont confrontés de nombreux programmes de micro-assurance *(voir encadré 50)*. Comme indiqué au chapitre 3.10, le benchmarking peut contribuer à écarter une partie du risque, bien que ce dernier ne puisse jamais être totalement éliminé. C'est pourquoi il est préférable de s'attacher à accroître les compétences des responsables et des dirigeants.

Tout en gardant à l'esprit les risques mentionnés ci-dessus, le micro-assureur doit gérer ses ressources financières de façon à remplir ses obligations en temps et en heure. La principale mission est de tenir des registres comptables en bonne et due forme et de préparer les états financiers, notamment les bilans comptables et les tableaux des flux de trésorerie.

Encadré 50

Illustrations du risque lié à la gestion

Au fil des ans, la Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF) a vu plusieurs de ses membres confrontés à des difficultés, certains allant jusqu'à l'effondrement. L'examen de leurs expériences met souvent en évidence des problèmes de gestion et de gouvernance, dont voici quelques exemples :

La société 1 a démarré comme agence, aspirant à desservir les besoins en assurance de divers groupements corporatifs[5] et d'entreprises (agricoles, commerciaux et financiers) dans un pays en développement doté d'une économie centralisée et d'un assureur public. Lorsque le marché a été libéralisé, l'agence a été convertie en un assureur détenu et contrôlé par les groupements corporatifs. La société a résisté cinq ans à peine.

La société 2 fut la première mutuelle fondée, après 50 ans d'absence, dans un pays en transition dans lequel le secteur de l'assurance avait toujours suivi la tradition mutualiste jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Un organisme agricole en est le principal promoteur. La société est sans cesse en concurrence avec des sociétés de capitaux vendant des produits à des tarifs inférieurs, en particulier aux agriculteurs. Cette société lutte toujours pour sa survie, souffrant d'une perpétuelle pénurie de capitaux.

Créée au milieu des années soixante-dix, **la société 3** fournissait une protection aux populations à faible et moyen revenu. L'assurance-vie collective affichait des débuts prometteurs, mais la société se lança dans un produit totalement différent, l'assurance-vie individuelle. La société pensait à tort que la distribution du produit nécessitait un vaste réseau de succursales réparties à travers le pays. Cette société connut une longue agonie avant de mourir dans les années 1990.

La société 4 est détenue par un grand nombre de coopératives d'épargne et de crédit et leur fédération nationale. Elles ont contrôlé (et dirigé) cet assureur ensemble pendant une douzaine d'années. La valse des dirigeants était orchestrée par le conseil d'administration, dont les incursions ambitieuses dans une activité qui leur était étrangère n'ont pas manqué de s'imposer, avec des pertes dramatiques.

Source : d'après l'ICMIF, 2005.

5 Le terme organisation ou groupement corporatif désigne une association organisée selon des principes démocratiques ou coopératifs, comme les associations d'agriculteurs, les coopératives d'épargne et de crédit, les coopératives d'habitation, les syndicats, etc.

2 Besoins en capital

Les programmes de micro-assurance devraient avoir pour objectif d'accumuler des capitaux afin de faire face aux risques abordés ci-dessus. La plupart des micro-assureurs démarrant leur activité avec des capitaux insuffisants, l'actuaire en charge de la tarification devrait, de prime abord, majorer le risque et accroître les majorations pour incertitude exposées au chapitre 3.5. Ces majorations peuvent être utilisées pour accumuler au fil du temps des excédents et des réserves de sécurité. Les marges bénéficiaires en intérêt devraient être utilisées pour réduire les taux de rendement supposés et escomptés dans la tarification des produits à long terme. Ces marges peuvent être utilisées au moins partiellement pour financer les risques de rendement insuffisant sur l'actif et d'asymétrie des placements. Les taux de prime devraient également englober une petite majoration pour la réassurance contre les catastrophes, thème qui sera évoqué plus tard.

La théorie mathématique de la ruine peut être utilisée par les actuaires afin de définir le capital nécessaire pour garantir la solvabilité sur le long terme. En pratique, les techniques de modélisation sont plus fiables et peuvent être personnalisées facilement pour tester les besoins en capital de programmes de micro-assurance spécifiques.

Il est également possible de disposer de trop de capitaux. Bien que l'on puisse créer des scénarios qui consommeraient tout le capital accumulé, la plausibilité de tels scénarios reste sujette à caution. Au Canada, les assureurs commerciaux sont dans l'obligation de tester chaque année l'adéquation de leurs fonds propres face à tous les scénarios auxquels l'assureur est exposé, s'il existe une probabilité de 1 % que ces scénarios se produisent.[6] Les assureurs proposant des produits d'assurance-vie sont dans l'obligation de tester la suffisance de leur capital sur la base de scénarios sur cinq ans et ceux ne proposant pas de produits d'assurance-vie sur la base de scénarios sur deux ans.

MUSCCO et CARD MBA ont accumulé un capital important grâce à leurs excellents résultats d'exploitation courants. MUSCCO est susceptible d'avoir à faire face à des déclarations de sinistre futures plus importantes en raison de l'épidémie de VIH/SIDA. Sachant que cet organisme ne dispose plus de réassurance, l'accumulation de capitaux est bien entendu justifiée. CARD MBA, en revanche, a peut-être accumulé trop de capitaux au fil des années. Les micro-assureurs tels que CARD MBA pourraient songer à réduire les taux de prime (ou à accroître les indemnités) et définir une stratégie afin de reverser équitablement leurs excédents de capitaux à leurs clients et à leurs membres.

6 Affecter une probabilité à un scénario implique un jugement professionnel de la part du directeur de l'actuariat de l'assureur.

3 Réserves

La définition technique la plus générale d'une réserve est la valeur actuarielle actuelle de passifs futurs moins la valeur actuarielle actuelle de primes futures. Dans la pratique, il existe de nombreux types de réserves différents sur les livres des assureurs, générés par les caractéristiques de leurs différents produits d'assurance et par la nature de leurs opérations.

À l'image des autres assureurs, la plupart des programmes de micro-assurance conservent des réserves afin de s'assurer de pouvoir régler leurs obligations lorsque des déclarations de sinistre sont soumises. Afin d'obtenir une image fidèle de la santé financière réelle d'un programme, les réserves doivent être calculées en utilisant des méthodes acceptables du point de vue actuariel. Elles doivent ensuite apparaître dans les états financiers. Les niveaux des réserves apparaissent sous forme de passif sur le bilan comptable, et les augmentations et diminutions des niveaux des réserves doivent être passées en charges dans les résultats.

Les assureurs emploient souvent des méthodes simplifiées et utilisant des indicateurs pour estimer les réserves actuarielles réelles, bien que les autorités de réglementation puissent préconiser la méthodologie et les limites des hypothèses pouvant être utilisées. Par exemple, l'autorité de réglementation peut désigner une table de mortalité et un taux d'intérêt hypothétique devant être appliqués pour l'évaluation de produits d'assurance-vie entière dans le rapport annuel de l'assureur.

L'un des produits de micro-assurance les plus couramment proposés est l'assurance-vie de crédit. Dans le cas de l'assurance-vie de crédit, la prime future exigible s'élève généralement à zéro parce qu'une prime unique est prélevée par le micro-assureur au moment de l'émission du crédit. Si la prime est prélevée à l'avance, la méthode acceptée pour le calcul de la réserve est le suivant :

Réserves actuarielles =
Réserves pour Primes Brutes Non Acquises (RPBNA) + Sinistres Encourus mais Non Déclarés (SEND) + Sinistres en Cours de Règlement (SCR) + Provision pour Écart Défavorable (PED)

La bonne pratique voudrait que les micro-assureurs calculent les RPBNA des prêts au cas par cas pour chaque période du rapport. Cela s'applique également aux autres éléments constitutifs de la réserve. Les PED sont généralement laissées à la discrétion de l'actuaire. La méthode de calcul de ces valeurs dépasse le cadre de ce chapitre.

Comme précisé plus haut, afin d'obtenir une image fidèle de la santé financière réelle, les réserves doivent être calculées de façon précise, et la meilleure solution reste un bon système actuariel ayant accès à une base de données saine et à jour. Les logiciels permettant de calculer les réserves doivent être programmés par un actuaire. Si le produit prévoit des garanties au-delà d'un an, les réserves doivent être calculées directement par l'actuaire.

Le calcul des réserves n'est qu'une première étape. Le micro-assureur doit s'assurer que les réserves sont entièrement financées à tout moment et que les placements garantissant les réserves sont correctement gérés.

4 Réassurance

La réassurance est un outil de gestion des risques que le micro-assureur devrait utiliser dans la mesure du possible. Elle est généralement utilisée pour stabiliser la situation financière de l'assureur. Le chapitre 5.4 aborde ce point plus en détails, mais une brève description de cet outil est ici justifiée car la réassurance constitue un aspect important de la gestion financière.

Sur les marchés commerciaux, la réassurance est utilisée pour répondre aux besoins en capital réglementaires ou même comme source de capital pour les sociétés disposant de moyens limités. Les assureurs souscrivent parfois une réassurance afin de recevoir des conseils professionnels des réassureurs.

La réassurance n'est pas une baguette magique qu'il vous suffit de brandir pour transformer un projet perdu d'avance en une entité viable. La condition préalable pour que la réassurance apporte de la valeur à des résultats commerciaux est que l'assureur dispose d'un produit viable ou d'un produit pouvant devenir viable si les mesures adéquates sont prises. Cela nécessite de la part de l'assureur la tenue des registres nécessaires, la gestion des sinistres, la communication des informations financières et un business plan bien structuré.

Il existe plusieurs types de risques auxquels est confronté un assureur pouvant être gérés grâce à la réassurance. **Le risque de catastrophe** est rare et asymptomatique, comme un tremblement de terre ou un tsunami, et affecte particulièrement la sécurité des actifs et les portefeuilles d'assurance-vie. De la même façon, une épidémie majeure, comme celle de la grippe aviaire que beaucoup attendaient, peut avoir un impact sur les assureurs santé. Un portefeuille qui serait trop limité géographiquement est bien plus exposé aux conséquences financières d'une catastrophe.

Il n'existe pas de définition unique et universelle de l'étendue des dégâts que représente une « catastrophe ». Ce terme a une signification différente selon qu'il se rapporte à des cataclysmes climatiques, à des crises sanitaires ou à des incendies. Dans certains cas, la catastrophe est mesurée par rapport à la

taille du portefeuille, alors que dans d'autres elle est exprimée en termes de revenu annuel des foyers. Une seule catastrophe est généralement capable d'affaiblir la situation financière de l'assureur en raison du nombre inhabituel de sinistres.

La couverture des catastrophes est proposée par la plupart des assureurs commerciaux. La prime est généralement très faible par rapport à la couverture en raison de la faible probabilité d'occurrence. Les réassureurs peuvent prendre en charge ce risque parce qu'ils le répartissent sur toute la planète en se réassurant à leur tour auprès d'autres réassureurs. Le caractère international de la réassurance permet de répartir le risque au-delà des frontières nationales.

Le risque de gravité des sinistres désigne un risque disproportionné au sein d'un regroupement de risques plus faibles et homogènes. Un programme d'assurance-vie de crédit couvrant 20 000 prêts de 500 $US et un prêt de 10 000 $US offre un exemple à la fois simple et clair. Dans ce cas, l'assureur doit seulement conserver une petite partie du risque important unique, disons 500 $US sur les 10 000 $US, et céder les 9 500 $US restants à un réassureur, parce qu'une déclaration de sinistre de ce seul emprunteur pourrait avoir un impact dramatique ou même absorber l'ensemble de l'excédent du programme. Cette couverture porte le nom de réassurance en excédent de plein ou réassurance individuelle en excédent de sinistre.

L'ensemble des sinistres sont affectés par **le risque de fréquence des sinistres**, qui fluctue autour de la moyenne de la répartition des sinistres, par exemple le nombre de sinistres escompté. En clair, la valeur actuelle des sinistres est supérieure à la valeur escomptée prise en compte dans les taux. Un micro-assureur peut gérer ce type de risque grâce à des participations et/ou à une réassurance en excédent de pertes.

Pour les régimes de retraite et d'assurance invalidité, **la durée d'un sinistre** ou la probabilité qu'une personne reçoive une pension de retraite ou une prestation d'invalidité plus longtemps que prévu est un risque affectant les résultats financiers. Une couverture des excédents de sinistres individuelle, si elle est proposée, peut être utilisée pour gérer ce risque.

La réassurance est également utilisée pour égaliser **les modèles d'occurrence de sinistres irréguliers.** Sur une certaine période, comme une année, une compagnie d'assurance peut être capable de régler tous ses sinistres. Ces déclarations de sinistre peuvent toutefois ne pas être réparties de façon homogène sur l'année et peuvent en revanche survenir selon des modèles irréguliers, comme par exemple une vague de déclarations de sinistre ou une déclaration de sinistre importante pendant un mois particulier. La réassurance permet au réassuré de répartir de façon homogène ses obligations en cas de sinistre et de réduire l'incertitude provoquée par les sinistres irréguliers. La

réassurance permet également aux assureurs de limiter les fluctuations d'une année sur l'autre. Globalement, le réassuré emprunte au réassureur les mauvaises années et rembourse lorsque son rapport sinistres/primes est bon.

Certains micro-assureurs n'ont guère besoin de réassurance en excédent de plein ou en participation. Une bonne illustration nous est fournie par l'exemple d'un micro-assureur couvrant un « grand » nombre de clients présentant un « risque homogène » avec une assurance-vie à terme simple offrant une couverture « faible » identique pour tous. Dans ce cas, le nombre de sinistres va probablement rester stable d'une période sur l'autre puisque le nombre de clients est important. En d'autres termes, la variance de la fréquence des sinistres est faible en raison de la loi des grands nombres. Le nombre réel de sinistres devrait s'approcher du nombre de sinistres escompté si la tarification a été effectuée correctement. Puisque les montants assurés sont censés être identiques pour tous les participants, le risque de gravité des sinistres n'existe pas (soit une variance nulle dans le règlement des sinistres lorsqu'un sinistre survient).

D'autres micro-assureurs ont en revanche besoin de réassurances en excédent de plein ou en participation parce qu'ils couvrent un nombre relativement « petit » de vies (et ont donc une variance de fréquence plus importante que pour un regroupement de risques plus important) ou parce qu'ils ne disposent que de peu, voire d'aucun capital. La réassurance serait également nécessaire dans l'hypothèse où seuls quelques individus représenteraient une part important de la somme totale assurée. Certains actuaires utilisent la règle empirique selon laquelle la retenue du risque individuel ne devrait pas excéder 0,5 % du capital et de l'excédent du micro-assureur. Ainsi, pour un micro-assureur doté d'un capital de 100 000 $US et de 20 000 $US d'excédent, la retenue maximale doit être de 0,5 % de 120 000 $US, soit 600 $US. Le risque restant devrait être réassuré. Cette formule est trop simpliste car elle ne tient pas compte du nombre de risques couverts, mais elle a l'avantage de fournir une indication de départ.

Il est plus prudent pour les micro-assureurs de contracter une réassurance contre les catastrophes si celle-ci est proposée, et à un prix abordable. Toutefois, l'un des obstacles majeurs reste la répugnance des réassureurs à proposer une réassurance à des systèmes de micro-assurance, car ils n'ont pas une bonne compréhension du marché de la micro-assurance. En outre, de nombreux micro-assureurs n'exercent pas légalement et le réassureur n'est autorisé à traiter qu'avec des assureurs disposant d'une licence.

L'étude de cas sur AIG Ouganda illustre le manque de pertinence de la réassurance pour certains produits de micro-assurance. Pour cet assureur commercial, la décision de ne pas avoir recours à la réassurance est logique

puisque les sommes assurées sont faibles et réparties sur 1,6 million de personnes vivant dans une vaste zone géographique. La couverture des catastrophes pourrait être une stratégie de gestion des risques intéressante pour ce regroupement.

MUSCCO, au Malawi, ne pourrait en revanche pas contracter une réassurance même s'il le souhaitait, car il ne dispose pas de la licence nécessaire. En outre, bien qu'il ne semble pas susceptible d'être exposé à un risque brusque et imminent de taux de mortalité élevé, il a accumulé des fonds importants pour couvrir des augmentations du nombre de sinistres à venir, pouvant également couvrir les fluctuations de sinistres. Néanmoins, comme pour AIG, la réassurance contre les catastrophes pourrait être judicieuse si elle était possible.

5 Gestion de placements

Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'objectif d'un bon programme de placement est d'optimiser la valeur des produits des placements tout en garantissant la bonne sécurité des passifs et des actifs afin de répondre aux obligations lorsqu'elles se présentent. Cet objectif est atteint en diversifiant les types d'actifs et en respectant un plafond pour chaque placement. De nombreux organismes définissent leur conception d'une politique de placement saine en déterminant les objectifs, les responsabilités des dirigeants, les rapports de surveillance, les catégories et les types d'actifs autorisés.

Les assureurs en développement ont généralement tendance à sombrer dans l'écueil du surinvestissement dans la propriété, souvent pour des raisons de prestige ou dans l'espoir (spéculatif) que sa valeur s'accroisse et génère une belle plus-value. En règle générale, la propriété ne doit pas excéder 10 % des actifs placés, particulièrement parce qu'il s'agit d'un placement non liquide.

L'une des fonctions essentielles pour tout assureur exposé à des passifs à plus long terme, comme les assurances mixtes et les pensions de retraite, est de faire coïncider les mouvements de trésorerie positifs anticipés générés par les actifs (comme les échéances anticipées, les produits des intérêts et les dividendes) avec les mouvements de trésorerie négatifs escomptés découlant des passifs (en majorité des indemnités prévues, devant être payées). Ce principe porte le nom de **gestion bilantielle.**[7] L'objectif est de s'assurer que les modèles et l'ampleur des mouvements de trésorerie positifs correspondent à ceux des mouvements de trésorerie négatifs. Cela doit être surveillé en per-

7 Les modèles informatiques sont de plus en plus fréquemment utilisés pour concevoir des portefeuilles d'actifs en adéquation avec les besoins de règlement anticipé. Cela permet de mettre en place une série de scénarios sur le modèle « et si », mettant en évidence les implications de différentes associations d'actifs variés et hypothèses.

manence et nécessite en pratique une projection du flux de passifs constitué des sinistres et des dépenses prévus (par exemple), qui est ensuite comparée au flux des rentrées escompté composé des versements des intérêts planifiés et des échéances des actifs (par exemple) générés par le portefeuille d'actifs. L'idéal est d'avoir une correspondance parfaite ou presque de ces deux flux, de façon à ce qu'ils se compensent mutuellement. Si les flux ne correspondent pas, l'assureur devra faire face à des problèmes de mouvements de trésorerie dans le futur.

Pour corriger une situation déséquilibrée, un remaniement des actifs est nécessaire, mais cela engendre un nouveau risque : trouver un actif offrant un rendement meilleur ou équivalent et de qualité comparable. Si un actif est troqué contre un autre actif, les rendements supposés dans la tarification doivent être conservés. L'autre risque lié aux produits à long terme est le **risque de réinvestissement**. Cela se produit lorsque l'assureur prend en charge un passif à long terme ou une garantie fixe sans disposer d'actifs offrant les rendements nécessaires et les durées équivalentes permettant de couvrir la garantie.

Par exemple, imaginons qu'un micro-assureur promette une dotation fixe de 20 ans dans le futur et que l'actuaire ait prévu un taux d'intérêt de 6 % sur l'ensemble de la période de 20 ans pour déterminer le taux de prime. Si le micro-assureur se limite, par exemple, à investir dans des dépôts à terme de cinq ans, offrant un rendement actuel légèrement supérieur à 6 %, il fait face à un énorme risque de tarification et de réinvestissement en raison de l'incertitude concernant les taux d'intérêt du réinvestissement à échéance des dépôts à terme de cinq ans. Si les rendements des dépôts à terme de cinq ans descendent sous les 6 % au cours des années suivantes, le micro-assureur pourrait s'écrouler, selon la taille de ce portefeuille et le degré d'asymétrie. Même quelques points peuvent avoir des conséquences dévastatrices sous l'effet des intérêts composés. **La seule méthode sûre permettant de gérer ce risque est de faire correspondre les options sur garantie de taux (montant des intérêts et durée de la garantie) et les actifs disponibles au moment de l'établissement de la garantie.**

Le fonds de prévoyance de CARD MBA s'est récemment exposé à ce risque en promettant un retour de 8 % sur 20 ans à des membres sur leurs versements d'épargne hebdomadaires de 5 Php. Cette garantie n'était pas correctement couverte car l'organisme s'était limité à des placements à court terme ou à des placements dans des organismes apparentés.

Les encours de crédit de CARD offraient un rendement net d'environ 8 % fin 2003, après déduction de 20 % de dépenses et taxe d'investissement. Le risque restait toutefois réduit car les membres qui sortaient du système avant trois ans d'adhésion consécutifs perdaient leur épargne. Les épargnes perdues augmentaient le rendement du portefeuille et cela couvrait une partie du

risque d'asymétrie. Le danger vient du fait que l'organisme ne mesurait pas le degré net de risque auquel il était confronté à l'époque (et auquel il continuera d'être confronté jusqu'à ce que les polices arrivent à échéance). L'organisme a depuis remédié à la situation et informe désormais ses membres que les intérêts crédités dépendent des rendements actuels nets des placements.

Le tableau 28 offre une illustration de l'effet potentiel que peuvent avoir des rendements actuels nets inférieurs à 8 %. Cette simulation part du principe que 100 000 membres déposent 5 Php par semaine pendant 1 044 semaines (20 ans), puis réclament leurs dépôts au taux garanti de 8 % par an. Ce calcul part également du principe selon lequel les épargnes perdues par les membres sortis prématurément du système ont été prises en compte dans les rendements nets sur 20 ans.

Tableau 28

Effet potentiel de l'asymétrie de placement sur le fonds de prévoyance de CARD – Illustration

Rendement net actuel sur 20 ans (%)	*Valeur actuelle cumulée (Php)*	*Règlement actuel cumulé (Php) à 8 %*	*Manque à gagner cumulé (Php)*	*Manque à gagner cumulé ($US)*
8,00	1 241 123 685	1 241 123 685	0	0
7,90	1 226 889 442	1 241 123 685	(14 234 243)	(258 804)
7,80	1 212 836 564	1 241 123 685	(28 287 120)	(514 311)
7,70	1 198 962 701	1 241 123 685	(42 160 984)	(766 563)
7,60	1 185 265 529	1 241 123 685	(55 858 156)	(1 015 603)
7,50	1 171 742 756	1 241 123 685	(69 380 929)	(1 261 471)
7,40	1 158 392 119	1 241 123 685	(82 731 566)	(1 504 210)
7,30	1 145 211 384	1 241 123 685	(95 912 301)	(1 743 860)
7,20	1 132 198 345	1 241 123 685	(108 925 339)	(1 980 461)
7,10	1 119 350 826	1 241 123 685	(121 772 859)	(2 214 052)
7,00	1 106 666 676	1 241 123 685	(134 457 009)	(2 444 673)

Remarque : 55 Php = 1 $US

6 Répartition des bénéfices

La plupart des programmes de micro-assurance sont aujourd'hui encore trop récents pour commencer à redistribuer les bénéfices. En réalité, ils sont encore nombreux à lutter pour acquérir une certaine viabilité. À l'image de CARD MBA, d'autres ne sont pas autorisés à payer des dividendes en raison des restrictions légales imposées aux mutuelles d'assurance, même si leur situation financière leur permet de restituer une partie des bénéfices accumulés au fil des années.

Avant de répartir les bénéfices, l'objectif doit être de maintenir les réserves de sécurité à un certain niveau. Le niveau de cette réserve ou excédent doit correspondre au risque auquel l'assureur est confronté. Par exemple, dans le cadre de l'assurance maladie, de nombreux organismes tels que AssEF se sont fixé pour objectif une réserve de sécurité équivalant à six à neuf mois de primes.[8] Pour l'assurance crédit, le niveau des réserves de sécurité peut être calculé à l'aide de mesures du capital basées sur le risque, en d'autres termes, une mesure du capital qui associe risque et suffisance du capital, communément utilisée par les compagnies d'assurance commerciales.

Certains organismes sont dotés de règlements ou sont soumis à des exigences légales définissant la répartition des bénéfices à partir d'une formule imposée. Par exemple :

- La Equidad en Colombie respecte le droit coopératif et alloue 20 % de ses bénéfices à l'éducation, 10 % à son fonds de solidarité, 20 % aux réserves des membres et 50 % aux dividendes des membres sur la base des primes payées et des sinistres indemnisés.
- Spandana en Inde utilise ses bénéfices pour financer des bourses pour les enfants de ses membres.
- Yasiru au Sri Lanka distribue 40 % de ses bénéfices à ses membres dont l'adhésion remonte à cinq ans au moins, 10 % à une caisse de prévoyance sociale, et 50 % à un fonds de prévoyance.
- UMSFG en Guinée accumule des réserves correspondant à 75 % des indemnisations de l'année précédente. Une fois ce niveau atteint, il prévoit d'utiliser les excédents pour financer une campagne de sensibilisation sur la santé et améliorer les infrastructures médicales.
- MUSCCO réfléchit à répartir les bénéfices entre les SACCO réalisant de bonnes performances et ayant une bonne gestion des sinistres. Ces bénéfices ne seront toutefois versés que si le SACCO paie ses primes en temps et en heure. Un tiers des SACCO sont en retard sur le paiement des primes.
- Selon la loi, 90 % des bénéfices de Delta Life doivent être restitués à ses titulaires de police d'assurance mixte et les 10 % restants doivent être versés aux actionnaires. La micro-assurance ne fait pas exception.

Dans le modèle partenaire-agent, l'agent opère généralement sur la base d'une commission et les actionnaires de l'assureur tirent profit de la performance globale de la société. Il existe néanmoins une autre façon de structurer cette relation. Par exemple, le circuit de distribution pourrait négocier un excédent de plein avec l'assureur, comme Pulse l'a fait avec Madison Insurance

8 Les autres micro-assureurs ont pour objectif une réserve de sécurité basée sur les sinistres indemnisés au cours des 1,2,3... x mois précédents.

en Zambie. Dans ce cas, après avoir versé les indemnités, Madison déduit 30 % des primes pour ses dépenses, puis partage le solde à 50-50 avec l'institution de micro-finance. Cette approche semble plus en adéquation avec l'esprit de la micro-assurance puisqu'une partie au moins des excédents revient à la communauté. Cela implique également une meilleure gestion des risques de la part de l'assureur, puisqu'elle offre à l'agent une stimulation financière l'incitant à mettre en place un portefeuille de risques de qualité et à ne pas être indifférent à la possible existence d'antisélection et de fraude.

7 Conclusion

Les points principaux à retenir de ce chapitre sont les suivants :

- Une gestion financière saine est l'un des impératifs absolus permettant d'inscrire le succès d'un assureur sur le long terme.
- L'assurance relève de la gestion des risques. La quantification de ces risques, mission d'un actuaire, constitue la base permettant de déterminer le montant des réserves et les capitaux requis pour faire fonctionner le système.
- Pour des raisons marketing, il semble judicieux de faire payer le même prix à tous les clients, tout du moins pour les petites polices. Le taux applicable doit être dérivé des taux de mortalité ou de morbidité moyens pondérés, afin de prendre en compte le profil démographique âge-sexe réel du groupe.
- L'objectif d'une bonne gestion des placements est de façonner un équilibre entre le risque et le rendement, en faisant coïncider les rentrées anticipées générées par les placements et les sorties prévues, tout en conservant des liquidités adéquates afin de répondre aux obligations lorsqu'elles se présentent.
- Les produits à long terme présentent une vulnérabilité particulière au risque de réinvestissement. Pour gérer ce risque, il est nécessaire de faire coïncider les options sur garantie de taux (en termes de montant et de durée) et les actifs disponibles au moment de l'établissement de la garantie.
- Les micro-assureurs devraient adopter des politiques de placements et des contrôles visant à s'assurer que celles-ci sont appliquées.
- La réassurance ne peut pas prendre un projet perdu d'avance et le transformer en une entité viable. Le recours à la réassurance est judicieux pour les groupes à faible risque et ceux présentant une grande hétérogénéité des risques et une irrégularité des sinistres. C'est une solution judicieuse également pour tous les systèmes de micro-assurance quelle que soit leur taille pour couvrir le risque de catastrophe.
- Les programmes de micro-assurance devraient avoir pour objectif d'accumuler des capitaux pour gérer les risques, et ne distribuer les bénéfices et les excédents qu'une fois qu'un actuaire a estimé que le système dispose de réserves suffisantes.

3.7 Développement organisationnel de la micro-assurance

Craig Churchill et Richard Leftley

Les auteurs remercient Toon Bullens (Interpolis), D'Arcy Delamere (CUMIS) et Zahid Qureshi (Consultant) pour leurs remarques et leurs conseils.

Le développement organisationnel consiste en un effort planifié visant à accroître l'efficacité d'un organisme en intervenant sur les processus opérationnels. Apparu au cours de la première moitié du XXe siècle, le développement organisationnel a depuis évolué en concentrant son attention sur le changement, afin de mettre l'accent sur la notion d'organisme en formation.

Warner Burke (1992) insiste sur l'idée selon laquelle le développement organisationnel ne se résume pas à l'ensemble des mesures prises pour améliorer le fonctionnement d'un organisme, mais désigne un processus de changement façonné dans le but d'atteindre un résultat final intentionnel, nécessitant une réflexion organisationnelle, une optimisation du système, une planification et une auto-analyse. Warren Bennis (1993), théoricien du leadership, décrit le développement organisationnel comme une stratégie complexe visant à faire évoluer les croyances, attitudes, valeurs et structures des organismes, de façon à ce qu'ils soient davantage capables de s'adapter aux nouvelles technologies, ainsi qu'aux marchés et défis émergents.

De tels changements sont en effet nécessaires, tant au niveau des assureurs que des réseaux de distribution, s'ils souhaitent proposer avec une plus grande efficacité des prestations d'assurance aux plus démunis.

L'un des critères utilisés pour évaluer le succès d'un organisme est la flexibilité avec laquelle il est capable de répondre aux besoins en perpétuelle mutation de ses clients et de ses actionnaires. Le secteur tertiaire est tributaire de l'efficacité du personnel en contact direct avec la clientèle, qui interagit directement avec les clients, et a pour mission de leur apporter un bénéfice. Ce constat est particulièrement vrai en ce qui concerne l'assurance, un service immatériel généralement considéré avec méfiance et souvent mal compris. La micro-assurance recèle une complexité supplémentaire en raison des différents niveaux de clients, par exemple le titulaire d'une police collective et les utilisateurs finaux. De plus, l'assureur et le distributeur pouvant être deux organismes différents, l'assureur peut n'avoir aucun contrôle, ou très peu, sur le personnel en interaction directe avec les personnes couvertes par une police collective.

Le manque de contrôle sur le personnel en première ligne, associé à un marché réticent et mal informé, requiert une certaine créativité en ce qui concerne les méthodes utilisées pour déployer, former et récompenser le personnel chargé de distribuer les produits de micro-assurance. Ce chapitre s'intéresse à cinq aspects du développement organisationnel : 1) la structure organisationnelle, 2) le recrutement, 3) la formation, 4) la rémunération et 5) la culture institutionnelle.

1 Structure organisationnelle : quelle place pour la micro-assurance ?

La micro-assurance représente souvent une infime partie des activités d'un organisme de plus grande envergure. Chez un assureur, il peut s'agir d'une gamme de produits ou simplement de quelques polices d'assurance. Pour les organismes en charge de sa distribution, tels que les institutions de microfinance, la micro-assurance est généralement considérée comme un produit financier supplémentaire, mais doté d'une moindre importance que les services de crédit et d'épargne constituant le cœur de l'activité de l'organisme.

Seule exception à cette affirmation généraliste : le modèle basé sur la communauté *(chapitre 4.3)*, dont l'unique objet est de fournir des produits de micro-assurance à un groupe défini d'individus. Si le marché comportait davantage d'organismes se concentrant en priorité, voire exclusivement, sur la distribution de produits de micro-assurance, une énergie et une attention plus grandes auraient été concentrées sur l'innovation structurelle.

Pour les organismes pour lesquels la micro-assurance constitue une activité marginale, il existe néanmoins plusieurs enseignements simples et clairs concernant la façon de l'intégrer au sein d'un organisme plus vaste (à la fois les réseaux de distribution et la compagnie d'assurance) permettant d'obtenir de meilleurs résultats.

1.1 Réseaux de distribution

Tout examen de la structure de la micro-assurance dans un réseau de distribution tel qu'une IMF exige d'étudier la façon dont elle s'intègre dans les structures des front et back offices.

Siège social

Afin de s'assurer qu'une attention suffisante est portée à la micro-assurance, les réseaux de distribution devraient désigner des membres du personnel, ou même un petit département au siège social, dédiés à la micro-assurance. Cela dépend évidemment de la taille de l'organisme et des fonctions remplies pour l'assureur par le réseau de distribution. Par exemple, s'il est chargé du traite-

ment des déclarations de sinistre, il aura besoin de davantage de personnel. En règle générale, lorsque la micro-assurance ne représente qu'une partie du travail de quelqu'un d'autre, elle bénéficie trop souvent d'un degré de priorité minime.

Dans un réseau de distribution, un département de micro-assurance est la première source de réponses aux questions du personnel sur le terrain et des clients. Il réunit les primes de toutes les succursales et met en place des règlements mensuels aux assureurs. Il filtre les déclarations de sinistre en s'assurant de leur recevabilité et de la bonne constitution du dossier lorsque la déclaration est transmise du terrain à la compagnie d'assurance. Afin de simplifier le travail administratif, le département en charge de la micro-assurance réceptionne généralement les formulaires de déclarations de sinistre et ne les soumet à la compagnie d'assurance qu'en présence d'un sinistre réel. Le département assure également l'indispensable tenue des comptes et peut donc avoir besoin d'un aide-comptable. Le département peut également avoir besoin de formateurs capables de transmettre au personnel de terrain et aux clients suffisamment d'informations et de compétences.

Par exemple, chez ASA en Inde, parmi les 350 personnes travaillant pour l'IMF, sept d'entre elles travaillent exclusivement sur les activités de micro-assurance. L'activité d'ASA requiert un tel niveau d'engagement car cette IMF prend également en charge la gestion des déclarations de sinistre. Si un agent de distribution envisage de créer à l'avenir une société de courtage officielle ou même une compagnie d'assurance, il serait judicieux de tenir un rôle plus important dans la distribution de l'assurance, en particulier dans le traitement des sinistres.

En plus d'un département consacré à la micro-assurance, il est également essentiel de disposer d'un représentant au sein de l'équipe de dirigeants et du conseil d'administration. Même si ces personnes ne sont pas impliquées au quotidien dans les opérations d'assurance, elles peuvent représenter et promouvoir le produit dans les sphères de direction et de gouvernance, faisant office de porte-parole de l'assurance à un niveau stratégique de l'organisme. Ces représentants doivent être tenus régulièrement informés des opérations menées par le département responsable.

Structure sur le terrain

Dans le cadre des opérations menées sur le terrain, il existe deux principales façons de structurer les responsabilités lorsque l'assurance n'est pas l'activité principale de l'organisme. L'approche généralement privilégiée est d'intégrer l'assurance aux activités du personnel de terrain, comme les guichetiers et les responsables des prêts. Lorsqu'ils ouvrent des comptes d'épargne ou signent

des produits de crédit marketing, ils peuvent également inciter leurs clients à prendre une assurance.

Toutefois, si les opérations de terrain prennent suffisamment d'ampleur, le recrutement d'un spécialiste en assurance au niveau de la succursale peut s'avérer justifié. Par exemple, lorsque les opérations d'assurance dans les unions de crédit collaborant avec TUW SKOK (Pologne) et La Equidad (Colombie) génèrent un certain nombre de polices par an, elles emploient alors un membre du personnel de l'union de crédit pour travailler exclusivement sur l'assurance. Cette personne est formée pour répondre aux questions les plus complexes et résoudre les problèmes que le personnel de terrain ne peut habituellement pas traiter. Ces dispositions ont un impact mitigé sur les ventes. Les primes appliquées dans les unions de crédit dotées de spécialistes de l'assurance ont tendance à croître plus rapidement que dans celles ne disposant pas de tels spécialistes.

Le choix entre généralistes et spécialistes sur le terrain ne se résume pas à une question d'échelle. TSKI aux Philippines rassemble plus de 150 000 emprunteurs, mais s'appuie sur ses responsables des prêts pour vendre ses assurances. L'autre facteur déterminant est le type de produit. Si l'assurance est intégrée dans les autres services du réseau de distribution, comme l'épargne et le crédit, et n'est jamais proposée seule, l'organisme peut ne pas avoir besoin d'un spécialiste de l'assurance sur le terrain.

Des spécialistes peuvent également s'avérer utiles si le produit d'assurance est complexe. Par exemple, VimoSEWA (Inde), qui propose une police multirisque couvrant le décès, l'hospitalisation et la perte de biens, est passée d'organisateurs SEWA généralistes à un personnel spécialisé pour gérer sa campagne annuelle de mobilisation. Ces *Vimo Aagewans* sont des dirigeants de communautés que l'on a formés à la vente et au service après-vente du produit d'assurance. Grâce à leur spécialisation dans l'assurance, les *Vimo Aagewans* sont supposés être plus performants que des agents généralistes. Compte tenu de l'augmentation des volumes, des taux de fidélisation plus élevés et des améliorations significatives intervenues dans le service après-vente au cours de ces dernières années, il semble que ce changement commence à porter ses fruits malgré des frais de distribution logiquement plus élevés, bien qu'aucune information ne soit disponible à ce jour permettant de tirer des conclusions sur l'efficacité de cette stratégie.

1.2 Assureurs

Les compagnies d'assurance proposant leurs prestations aux foyers à faible revenu peuvent également envisager de créer une unité spéciale dédiée à la

micro-assurance. Concentrer leurs efforts de cette façon leur permettra d'acquérir une meilleure compréhension du marché de la micro-assurance et d'imaginer des réponses ingénieuses aux besoins de la clientèle. Ce ne sont pas les dispositions qu'avait prises AIG Ouganda, où personne n'avait d'aperçu global des relations de l'assureur avec l'IMF et où aucune information concernant la contribution des polices de micro-assurance aux bénéfices de la société n'était disponible. En conséquence, peu d'investissements étaient consentis en faveur du produit de micro-assurance, laissant place à très peu d'innovations sur six ans et révélant un manque manifeste de formation des employés de l'IMF.

En revanche, Tata-AIG a créé un département spécial pour le secteur social et rural, doté d'un budget et d'une flexibilité suffisants pour intervenir de façon créative, ainsi que d'un mandat de la direction générale. Possible résultat de la réglementation unique en Inde administrant l'entrée sur le marché des foyers à faible revenu, ces dispositions ont permis à l'assureur d'expérimenter des produits et des réseaux de distribution susceptibles d'être mieux adaptés à ce marché que la couverture décès et invalidité accidentels proposée par son alter ego en Ouganda.

Selon l'ICMIF (2005), les stratégies de développement de la société 3 dans l'étude de cas illustrent également les embûches semées par une structure organisationnelle inadéquate *(voir encadré 51)*. Ciblant les foyers à revenus faible et modéré, son assurance-vie collective affichait des débuts prometteurs, mais la société s'est mise à exploiter un produit totalement différent, l'assurance-vie individuelle. Pour distribuer ses produits individuels, la société 3 a créé une structure organisationnelle qu'elle n'a finalement pas pu assumer.

Encadré 51 **Développement de l'organisme : les pièges à éviter**

La société 1 intervient dans un pays en transition avec un revenu de primes annuel net de 3,5 millions $US, 27 membres du personnel et aucun autre centre de services que son siège social. Dans le même pays, **la société 2** présente un revenu de primes net de 5,8 millions $US, 210 employés à plein temps et 85 à temps partiel, et 23 bureaux régionaux avec 32 succursales dédiées à « la vente et à l'expertise des sinistres ». **La société 3**, active dans un pays en développement, disposait (le passé est intentionnel) d'un revenu de primes net de 2,8 millions $US, de 705 employés à plein temps, plus 1 825 à temps partiel, et de 58 bureaux dans tout le pays.

Même en mettant de côté les différences entre les produits, les segments de marché et les zones géographiques, il est facile de dire quel assureur est promis à un avenir stable, quel est celui qui risque de devoir continuer à se

battre et pourquoi le troisième a échoué. Une simple mesure de productivité, bien qu'approximative, s'avère révélatrice : la prime par employé. Elle revient à 129 629 $US pour l'une, à 19 661 $US pour l'autre, et à seulement 1 106 $US pour la troisième. La société comptant le plus d'employés supportait logiquement l'encombrant fardeau du plus grand nombre de points de vente.

La société 3, qui subissait d'énormes frais généraux et s'est écroulée avant d'atteindre l'échéance des contrats, désirait être proche de ses clients répartis à travers tout le pays. Elle a mis en place toutes les fonctions nécessaires (souscription, règlement des sinistres, collecte des primes et marketing) dans chacun de ses 58 bureaux, sans faire la distinction entre services de terrain et services administratifs. Une bonne solution pour créer des emplois, malheureusement temporaires dans le meilleur des cas.

Source : d'après l'ICMIF, 2005.

2 Recrutement : où trouver les compétences adéquates

2.1 Personnel de terrain

La sélection du personnel de terrain chargé de la distribution des assurances repose généralement sur des critères liés aux principales responsabilités exercées (par exemple, accorder des prêts). Le fait que ces personnes soient également impliquées dans la vente d'assurances ne constitue que rarement un facteur déterminant dans la décision d'embauche. Toutefois, les qualités nécessaires pour vendre un crédit diffèrent quelque peu de celles requises pour la vente d'assurances. Lorsqu'une personne bénéficie d'un prêt, il s'agit d'un avantage bien plus tangible (cash en mains propres) que la tranquillité d'esprit et la sécurité que procure l'assurance.

En conséquence, la demande est souvent bien plus forte pour le crédit que pour l'assurance et les responsables des prêts n'ont donc pas besoin des compétences commerciales requises par l'assurance. Les populations pauvres ont en outre une meilleure compréhension du fonctionnement du crédit que de l'assurance, cela nécessite donc moins d'explications. Le besoin d'éduquer le client exige une autre palette de compétences que celles dont un responsable des prêts ordinaire peut disposer.

Si un organisme souhaite recruter du personnel uniquement dans l'optique de distribuer des assurances, il peut être utile de s'intéresser aux critères de sélection établis par Tata-AIG pour ses micro-agents, qui se concentrent exclusivement sur la vente d'assurances *(voir encadré 52)*. Tata-AIG fait également intervenir plusieurs organisations non gouvernementales (ONG)

dans le processus d'identification des candidats au poste de micro-agent, car leur position leur permet généralement de déterminer localement quelles personnes jouissent du respect de leur communauté (*voir chapitre 4.5*).

Encadré 52

Critères de sélection des micro-agents chez Tata-AIG

Les critères de sélection de la dirigeante d'un groupe d'assurance rurale communautaire (CRIG) sont les suivants :

1. Résider dans la communauté où elle vendra les polices et assurera les services s'y rattachant.
2. Avoir de préférence validé son année de Terminale ou au moins de Seconde, afin de s'assurer qu'elle soit éligible pour la licence (une exigence de l'IRDA).
3. Être mariée : la micro-assurance constitue un engagement à long terme vis-à-vis des titulaires de polices. Une dirigeante de CRIG non mariée pourrait avoir à s'installer dans le village de son (futur) mari, abandonnant le CRIG et les titulaires de polices.
4. Savoir écrire en anglais : la souscription au niveau du siège se faisant en anglais, il est indispensable que les formulaires soient complétés en anglais.
5. Faire preuve d'une intégrité irréprochable : manipuler de l'argent fait partie intégrante des attributions d'une dirigeante.
6. Avoir de réelles qualités de leader : elle doit diriger un groupe de quatre autres femmes.
7. Être capable de s'exprimer en public : elle devra s'adresser à des assemblées afin de faire la promotion des produits.
8. Avoir des talents de pédagogue : comme elle sera la seule ayant reçu une formation dans le domaine de l'assurance, elle devra former les quatre autres.
9. Avoir une influence positive sur le marché cible : chaque dirigeante doit faire preuve d'une intégrité suscitant l'admiration et être résolument tournée vers l'avenir et dotée d'un caractère progressiste. Elle doit être capable de mettre à profit son influence pour permettre aux membres de son CRIG d'atteindre leurs objectifs.
10. Elle devrait, de préférence, disposer d'une certaine expérience dans le secteur social.

Source : d'après Roth et Athreye, 2005.

Les agents de CARD MBA aux Philippines, appelés coordinateurs, sont élus par les membres et non recrutés par l'institution *(voir encadré 53)*. La sélection du personnel de terrain dans le cadre du modèle basé sur la communauté présente l'avantage d'impliquer directement les membres dans le choix de la personne amenée à gérer le système. Si ce processus de prise de décision est convenablement mis en place, les membres sélectionnent généralement une personne en laquelle ils ont confiance et qui dispose des compétences nécessaires à l'acquisition des responsabilités administratives.

Lorsque le personnel de terrain est réellement spécialisé dans l'assurance, il peut être judicieux d'envisager de lui donner des responsabilités plus spécifiques. Par exemple, ServiPerú dispose d'agents spécialisés dans la vente, alors que d'autres collectent les primes et traitent les déclarations de sinistre. Cette répartition des responsabilités est justifiée par la palette de compétences différentes nécessaires pour remplir ces fonctions.

Encadré 53

Personnel de terrain chez CARD MBA

Le personnel de terrain ou coordinateurs de CARD MBA sont des membres du système, élus par leurs pairs pour remplir une mission de service à la clientèle. Leurs activités comprennent le contrôle et le règlement des sinistres, l'éducation des clients actuels et potentiels et le traitement des questions du personnel de CARD ou des clients. Ils collaborent également avec les directeurs des succursales afin de garantir une collecte et un transfert ponctuels des primes, ainsi que la validité des documents.

Selon Pilar Garcia, ancienne Présidente de MBA et ancienne coordinatrice, les missions de coordinateur sont déléguées à des membres dignes de confiance, jouissant d'une bonne réputation chez CARD. Les coordinateurs s'engagent à travailler au moins un jour par semaine pour les activités de MBA, bien que les responsabilités exigent généralement davantage de temps. Cette mission implique des horaires irréguliers, car la vérification des déclarations de sinistre doit être réalisée immédiatement afin de garantir un règlement sous trois jours.

Les coordinateurs sont sélectionnés pour un mandat d'un an. Bien que cette courte période nécessite une formation conséquente, la limitation de durée du mandat réduit les possibilités de fraude puisqu'elle ne laisse pas le temps aux coordinateurs de mettre au point les stratégies nécessaires. Plus important encore, le fait d'impliquer de nombreux membres dans les opérations d'assurance entraîne une meilleure connaissance du système de la part des titulaires de polices, améliorant ainsi l'efficacité de la gouvernance de MBA.

Les nouveaux coordinateurs bénéficient d'une journée de formation à l'occasion de la convention annuelle en mars. Entre leur élection (en décembre ou

en janvier) et la formation, ils accomplissent leurs tâches en collaboration avec le coordinateur MBA sortant de leur région et sous sa surveillance. La majeure partie de la formation traite du poste, ce qui est rendu possible par des processus et des produits simplifiés chez MBA.

Source : d'après McCord et Buczkowski, 2004.

2.2 Personnel back-office

En ce qui concerne la gestion et le personnel back-office, la nature récente de la micro-assurance rend difficile aux assureurs et aux réseaux de distribution de trouver de nombreux spécialistes de la micro-assurance. Les organismes peuvent adopter l'une des deux démarches suivantes : ils peuvent soit recruter des personnes intelligentes ayant une expérience dans le développement et leur enseigner les principes de l'assurance, soit embaucher des spécialistes de l'assurance et les aider à comprendre le marché des ménages à faible revenu.

Delta Life (Bangladesh) et Tata-AIG ont tous deux opté pour la première approche, et ont embauché des spécialistes du secteur social pour prendre en charge leurs premières opérations de micro-assurance, car l'organisme disposait déjà de compétences en matière d'assurance. Dans les deux cas, les organismes se sont aperçu qu'ils avaient besoin d'un regard neuf pour surmonter les obstacles posés par l'accès des plus démunis aux assurances, et que ce regard ne viendrait pas d'assureurs conventionnels. CARD MBA, en revanche, avait besoin d'embaucher des spécialistes de l'assurance afin de résoudre les problèmes causés par les spécialistes en micro-finance qui géraient les opérations d'assurance. SEWA a adopté globalement les deux approches et confié les rênes de VimoSEWA à un directeur de longue date de SEWA, recrutant toutefois une personne issue du secteur de l'assurance pour le poste de directeur de l'exploitation.

Les micro-assureurs n'ont évidemment pas besoin de disposer de toutes les compétences nécessaires en interne, tant qu'ils y ont accès. En réalité, nombreuses sont les compagnies d'assurance qui n'ont pas leurs propres actuaires en interne, mais font appel à des consultants. TUW SKOK, par exemple, a eu recours à un actuaire consultant pendant des années. Après avoir obtenu la licence lui permettant de lancer une compagnie d'assurance-vie en plus de son activité d'assureur général, l'organisme a estimé que ses besoins en matière d'actuariat étaient suffisants pour justifier l'embauche d'un actuaire. Il a néanmoins décidé simultanément d'externaliser la gestion de ses placements, les placements d'assurance-vie nécessitant des compétences plus pointues que celles dont il disposait en interne *(voir encadré 54)*.

Il peut ne pas être possible ni rentable pour chaque fournisseur de micro-

assurance de s'assurer les services d'experts à plein temps. Il est néanmoins prudent d'identifier des sources de compétences adéquates dans les domaines de la conception produit, de l'analyse des besoins de la clientèle, de la cartographie des processus, de l'estimation du prix de revient des produits, de la distribution, de la réassurance et de l'actuariat, avant de lancer une nouvelle entreprise de micro-assurance.

Encadré 54 **Modèle d'externalisation de TUW SKOK**

La structure de TUW SKOK est en grande partie organisée autour d'un modèle d'externalisation. L'organisme central dans le cadre de ce modèle est Asekuracja, une société de courtage détenue par TUW SKOK, l'association nationale des unions de crédit (NACSCU) et la fondation des unions de crédit polonaises. La société de courtage sert de lien entre les unions de crédit (SKOK) et les compagnies d'assurance, incluant, entre autres, TUW SKOK. Lorsque la situation le permet, l'assurance fournie par la société de courtage aux unions de crédit provient de TUW SKOK, mais comme l'assureur ne dispose pas des licences lui permettant de proposer tous types d'assurance, la société de courtage fait appel au marché libre si TUW SKOK ne propose pas le produit désiré, et lance un appel d'offres à différentes compagnies d'assurance.

Ces dispositions permettent aux SKOK de proposer des produits, tels que l'assurance automobile, pour lesquels le TUW SKOK ne dispose d'aucune licence. Outre cette relation avec la société de courtage, TUW SKOK externalise d'autres activités essentielles :

– *Étude de marché :* TUW SKOK prend en charge quelques études de marché en interne, mais externalise les études de marché de plus grande envergure à une société d'étude de marché.
– *Services actuariels :* lorsque TUW SKOK était encore un assureur de moindre importance, il engageait un actuaire consultant quelques jours par mois. L'acquisition récente de la compagnie d'assurance-vie a entraîné une croissance suffisante de l'activité pour justifier le recrutement d'un actuaire interne.
– *Développement de logiciel :* TUW SKOK détient également pour partie la société de logiciel en charge du développement du SIG des unions de crédit. H&S Software, dont les bureaux sont situés dans le même bâtiment que TUW SKOK, NACSCU et la fondation, développe également certains des logiciels utilisés par la compagnie d'assurance.
– *Ventes :* outre la vente aux sociétés externalisée à la société de courtage, TUW SKOK (via Asekuracja) externalise ses activités de vente aux particuliers aux unions de crédit et leur personnel.
– *Expertise des sinistres :* pour ses propres polices d'assurance, TUW SKOK a recours à des experts d'assurance indépendants chargés d'estimer le sinistre et de recueillir les preuves de ce dernier. Pour les assurances invalidité, l'assureur dispose également d'une liste de médecins de confiance chargés d'évaluer le degré d'invalidité.

Source : d'après Churchill et Pepler, 2004.

3 Formation

Étant donné qu'il est très difficile pour les organismes de recruter des personnes dotées d'une expérience de la micro-assurance, ils doivent compenser ce manque en investissant massivement dans la formation du personnel. Cela n'a toutefois pas pu à ce jour être vérifié sur le terrain. Les études de cas montrent que la formation du personnel reste l'un des points cruciaux à améliorer.

On retrouve notamment à l'origine du problème la prévalence des produits obligatoires. Lorsque l'assurance est obligatoire, la formation est en grande partie négligée ou limitée aux produits de base. Ce constat trouve une illustration claire dans le passage de la FINCA et AIG Ouganda de l'assurance volontaire à l'assurance obligatoire. Peu après cette transition, ni le personnel, ni les clients n'avaient une idée claire des coûts, des paquets de prestations ou des procédures de déclaration de sinistre (McCord et al., 2000).

Même lorsque le produit est facultatif, de nombreux prestataires de micro-assurances admettent que la formation du personnel de terrain est l'un des défis les plus importants auxquels ils sont confrontés. Chez Delta Life

par exemple, les commerciaux en micro-assurance apprennent sur le tas et ne reçoivent aucune réelle formation. TUW SKOK, Columna (Guatemala) et La Equidad tentent tous de former le personnel des unions de crédit, mais le renouvellement fréquent du personnel sape leurs efforts. Dans le souci de surmonter ce problème, TUW SKOK a ouvert des bureaux régionaux essentiellement responsables de la formation, organisée généralement le soir et le week-end lorsque le personnel des unions de crédit est libéré de ses responsabilités premières.

VimoSEWA prend très au sérieux le problème de la formation. Grâce à l'assistance d'un professionnel externe, il a mis au point des plans de formation pour chaque membre du personnel. Leur méthode a consisté à consigner les compétences existantes et les lacunes, puis à identifier les besoins prioritaires de chaque employé. Les *Vimo Aagewans* ont mis tout particulièrement l'accent sur la connaissance du produit, le traitement des déclarations de sinistre, et les compétences commerciales.

De manière générale, la formation du personnel de terrain devrait comprendre :

- des notions de base en matière d'assurance, il faut fournir au personnel les outils lui permettant de répondre à des questions complexes ;
- des points spécifiques concernant les polices et les procédures liées aux produits ;
- des informations précises concernant les résultats des essais pilotes (pour les nouveaux produits) ;
- une familiarisation avec le manuel des opérations ;
- des stratégies d'éducation des adultes, comprenant les méthodes d'utilisation des outils pédagogiques ;
- des démonstrations des méthodes d'utilisation des outils marketing (brochures, posters, etc.) ;
- des jeux de rôle permettant au personnel de faire des erreurs en classe plutôt que face aux clients ;
- une formation au service clientèle ;
- un examen afin de garantir que le niveau de compréhension nécessaire a été acquis et d'identifier les membres du personnel ayant besoin d'une formation supplémentaire.

Il est essentiel de ne pas restreindre la formation en matière d'assurance au seul personnel de terrain. Par exemple, avant de lancer un essai pilote, Opportunity International fournit à ses responsables des prêts, contrôleurs, comptables de succursales, directeurs de succursales, opérateurs SIG et chefs de services, une formation d'une journée abordant les notions de base de l'assurance,

les réponses aux questions fréquemment posées (FAQ) et des aspects plus spécifiques concernant le fonctionnement du nouveau produit. La micro-assurance étant un domaine d'activité récent, une exposition internationale recèle également des avantages pour les dirigeants puisqu'elle leur permet de partager leurs expériences avec d'autres dirigeants impliqués dans des systèmes similaires.

Enfin, la formation ne doit pas se résumer à une expérience unique. Les micro-assureurs devraient mettre à niveau régulièrement les compétences de leur personnel dans l'optique de créer de véritables perspectives de carrière qui permettent de le retenir.

4 Rémunération

Le problème du renouvellement fréquent du personnel décelé ci-dessus est en grande partie dû à la rémunération. Afin que la micro-assurance reste abordable pour le marché des populations à faible revenu, les coûts doivent être faibles. Toutefois, les systèmes de distribution nécessitant une forte main d'œuvre et gérant un nombre important de petites transactions peuvent rapidement revenir cher. Par conséquent, les micro-assureurs essaient de maintenir les frais de personnel au minimum *(voir tableau 29)*, ce qui peut entraîner un renouvellement très fréquent de ce dernier et une faible productivité.

Tableau 29

Revenu mensuel moyen du personnel de terrain ($US)*

Micro-assureur (pays)	*Revenu mensuel moyen d'un agent*
Delta Life (Bangladesh)	16
UMSGF (Guinée)	7
VimoSEWA (Inde)	38
Tata-AIG (Inde)	15
CARD MBA (Philippines)	11

**Remarque : ces agents travaillent souvent uniquement à temps partiel sur l'assurance.*

En effet, l'une des questions les plus intéressantes concernant la micro-assurance gravite autour des mécanismes de rémunération adéquats pour le personnel et les agents de terrain. Pour ce qui est de l'assurance volontaire, comment un assureur récompense-t-il ses commerciaux qui parviennent à élargir la portée et l'impact de l'assurance sans pour autant forcer la main aux populations démunies ? Delta Life a su identifier ce problème et a d'abord créé une grille de salaire échelonnée basée sur les primes mensuelles (moyenne du trimestre précédent). Ce système d'incitation progressif plutôt que linéaire fut mis au point dans l'intention de récompenser le personnel obtenant de bons résultats sans pour autant mettre une forte pression sur la

vente. Après une période de mauvais résultats commerciaux, la direction de Delta expérimente aujourd'hui une approche basée uniquement sur un système de commissions utilisée par les systèmes d'assurance conventionnels pour favoriser la pénétration du marché.

Comme évoqué au chapitre 3.2, rémunérer le personnel pour qu'il vende des assurances volontaires entraîne toujours un risque de voir ce personnel vendre des produits dont les gens n'ont pas réellement besoin. Toutefois, le risque généré par une rémunération inadéquate du personnel de terrain est soit qu'il ne vende pas le produit, soit qu'il limite ses efforts, induisant ainsi les clients en erreur ou leur fournissant des informations lacunaires ou erronées. La rémunération doit motiver les commerciaux et servir le client. Afin de s'assurer que les polices ne sont pas vendues à des personnes qui n'en ont pas l'utilité, la direction devrait interroger régulièrement les clients dans le cadre d'études de marché ou de programme d'analyse des besoins afin d'évaluer leur niveau de compréhension.

Une autre question directement liée serait de savoir qui doit recevoir la prime : le réseau de distribution ou le personnel de terrain (ou les deux) ? Lorsque l'assurance est obligatoire, récompenser individuellement les agents n'aurait aucun sens, mais la situation est différente lorsqu'il s'agit de produits facultatifs. Par exemple, TUW SKOK n'étant pas en mesure de forcer les unions de crédit ou leur personnel à faire quoi que ce soit, les incitations constituent un outil essentiel permettant d'influer sur les performances. L'assureur a expérimenté avec différents produits diverses méthodes pour structurer les commissions visant à récompenser les unions de crédit et leurs agents. Bien que nous ne disposions pas des preuves nécessaires permettant d'affirmer quelle méthode de rétribution est la plus efficace, TUW SKOK est plus enclin à verser des primes aux unions de crédit qu'aux agents, afin de recueillir un soutien plus fort de la direction dans le cadre de la vente de produits d'assurance.[1] Au contraire, La Equidad réalise une meilleure pénétration du marché lorsque les agents, et non l'union de crédit seule, reçoivent une commission. Yasiru au Sri Lanka verse une commission de 25 % des primes, 10 % à l'organisme et 15 % à l'agent de terrain.

Pour les produits d'assurance à long terme, les commissions sont souvent attribuées en amont. Par exemple, ALMAO au Sri Lanka utilise la structure de commissionnement officielle approuvée par les autorités de régulation pour l'assurance à long terme *(voir tableau 30)*. Une telle structure d'incitation entraîne le risque de voir s'effondrer le taux de fidélisation de la micro-assurance lorsque la commission de l'agent est réduite. Si l'agent gagne trois à six

[1] TUW SKOK a mis en place des commissions supplémentaires si des seuils de volumes sont atteints. Lorsqu'une union de crédit vend 1 000 polices, la société de courtage lui verse un bonus de 1 200 $US.

fois plus pour chaque nouveau client, il sera plus avantageux pour lui de faire souscrire de nouveaux membres plutôt que de collecter les primes des anciens clients.

Tableau 30

Commissions (% des primes) sur des polices à long terme chez ALMAO et Tata-AIG

Année d'assurance	*ALMAO*	*Tata-AIG*
1	30	26 à 30
2	20	5,5 à 6
3	15	5,5 à 6
4	10	4 à 5
5 à 10	5	4 à 5

Tata-AIG utilise une structure d'incitation dégressive similaire.[2] De telles structures de commissionnement peuvent être judicieuses lorsque le travail est réalisé en amont, comme c'est le cas lorsque les primes sont payées par virement électronique via le système bancaire. Pour les produits conventionnels, après la troisième année, la plupart des clients en Inde paient leurs primes directement aux compagnies d'assurance et ne passent plus par l'agent. Toutefois, lorsque les agents collectent manuellement les primes et que la charge de travail est ainsi répartie de façon plus homogène sur toute la durée de la police, une distribution plus équitable des commissions est alors justifiée. Tata-AIG tente donc actuellement de convaincre les autorités de régulation indiennes d'accepter une structure de commissionnement fixe pour ses agents, afin de récompenser leurs services sur la durée, et non uniquement les ventes.

ServiPerú propose en revanche une assurance-vie et maladie sur un mois, reconductible. Les commerciaux gagnent une commission durant les trois premiers mois d'une police sur la base des taux suivants : 56 % le premier mois, 28 % le deuxième mois, et 42 % le troisième mois. La commission du troisième mois est plus élevée que celle du deuxième mois afin d'inciter les agents à encourager leurs clients à établir un budget en conséquence. Après le troisième mois, le commercial ne perçoit plus de commission. Ce système peut exister grâce à la séparation des responsabilités entre la vente et la collecte des primes. 70 % des primes sont collectées par le porte-à-porte, pas par le commercial, mais par un responsable de la collecte des primes.

En règle générale, les sommes assurées étant peu élevées, le montant des commissions peut difficilement être suffisamment élevé pour influencer le

2 Tata-AIG verse en plus un bonus de 10 000 Rs. (222 $US) aux CRIG qui constituent une base clients de 600 polices, sans limite de temps pour atteindre cet objectif.

comportement de l'agent. Une commission de 10 à 20 %, correspondant à la plage généralement appliquée, représente une somme relativement peu élevée pour les agents de micro-assurance. D'autres techniques sont donc nécessaires pour dynamiser les ventes. Par exemple, Tata-AIG organise une conférence annuelle à laquelle elle invite ses agents de micro-assurance les plus performants. L'assureur organise également régulièrement des concours afin d'accroître la persévérance et de stimuler de nouvelles activités. L'un d'entre eux vous est présenté sur l'illustration 19. Afin de stimuler l'esprit de compétition de ses agents, TUW SKOK récompense ses 20 meilleurs commerciaux en leur offrant un voyage pour deux à Rome ou à Paris (récompensant ainsi leurs époux/épouses ou partenaires pour leur soutien et leur sens du sacrifice).

Pour définir la rémunération des activités de micro-assurance, il peut être utile d'adopter **une approche différentielle**. La grille salariale de Grameen Kalyan est basée sur la distance séparant le lieu de travail de la capitale. Plus la zone en est éloignée, plus le salaire est élevé, ce qui encourage le personnel à aller travailler dans les zones rurales. VimoSEWA recrute en revanche ses *Vimo Aagewans* de façon à ce qu'ils travaillent à proximité de leur lieu de résidence et rémunère davantage ses agents urbains que ses agents ruraux en raison d'un coût de la vie plus élevé. Chez ServiPerú, les agents sont classés en quatre catégories selon leur ancienneté dans l'organisme et leurs performances commerciales : New Executives, Junior Executives, Master Executives et Premium Executives. Le salaire mensuel de base varie selon la catégorie : les Premium Executives gagnent plus que les Master Executives, et ainsi de suite. Chaque catégorie dispose d'un nombre minimum de produits à vendre chaque mois : plus la catégorie est élevée, plus l'objectif est lui-même élevé.

Si l'on se base sur l'expérience de ServiPerú, il semble que l'idée de fixer des objectifs personnalisés pour chaque commercial constituerait une méthode adéquate permettant de juguler un entrain commercial excessif, et d'obtenir un modèle de croissance raisonnable. VimoSEWA prévoit d'expérimenter un système d'incitation basé sur le taux de renouvellement, les objectifs commerciaux et le nombre de paquets de prestations familiales vendus. En effet, les incitations récompensant la persévérance et la capacité à fidéliser la clientèle sont susceptibles de s'inscrire davantage dans l'esprit de la micro-assurance que des primes fortement liées aux ventes.

Illustration 19 **Prix octroyés aux commerciaux de Kharif Hungama**

5 Culture institutionnelle

Bien que la micro-assurance doive s'en tenir aux mêmes principes de base que l'assurance conventionnelle, elle doit le faire tout en ayant une perception fine des caractéristiques uniques de son marché cible, plus particulièrement la réticence qu'ont les foyers à faible revenu à dépenser leurs ressources déjà plus que limitées pour un produit n'offrant aucun bénéfice tangible. La culture d'un micro-assureur doit associer préoccupations sociales et conscience aigüe des résultats financiers.

Tout organisme qui s'efforce de servir à la fois les plus démunis et les marchés conventionnels devra prendre des mesures actives visant à s'assurer que son personnel de terrain sert effectivement les segments les plus pauvres. Les incitations basées sur le volume des ventes récompensent toujours le personnel ayant vendu des polices de plus grande valeur. Ce dernier est alors tenté de vendre des polices plus chères en moindre quantité plutôt qu'un grand nombre de petites polices. Pour contrer cette tendance, il est possible de distinguer les agents commerciaux et de leur donner des objectifs et des systèmes de récompense différents selon les segments de marché. Les méthodes de distribution peuvent également varier, les clients les plus démunis nécessitant des visites plus fréquentes sur le terrain, alors que la clientèle plus aisée préfèrera des contacts plus espacés, mais plus longs, généralement dans un bureau. Associer des prestations de service destinées aux plus démunis à des services ciblant des clients moins défavorisés est une mission délicate, qui peut être facilitée si le conseil d'administration et la direction s'engagent pleinement sur la voie des services aux plus pauvres.

Ce mariage d'activités d'assurance et de développement social a été clairement identifié par Delta Life qui a cherché à créer une culture spécifique à ses activités de micro-assurance. Elle a totalement distingué son personnel dédié à la micro-assurance de celui en charge des produits conventionnels, à la fois sur le terrain et au siège, dans l'optique de mettre en place des environnements de travail différents. Ces différentes cultures se reflètent parfaitement dans les responsabilités du personnel de terrain. Les collaborateurs sur le terrain en charge de la micro-assurance, appelés « organisateurs », gèrent l'ensemble de la relation avec le titulaire de la police, qu'il s'agisse de la collecte des primes, des prêts et du remboursement des prêts, ou encore des déclarations de sinistre, alors que les agents en charge des produits conventionnels travaillent sur la base d'une commission et remplissent avant tout une fonction commerciale.

La culture de la micro-assurance englobe également d'autres aspects :

- **La construction d'une relation** : la micro-assurance requiert du personnel de terrain, privilégiant davantage la construction de relations avec le client plutôt que la vente. Delta et VimoSEWA ont structuré leurs activités de façon à ce que les agents soient responsables aussi bien de la vente que du service. Ce principe peut être soutenu par des incitations basées sur le taux de fidélisation.
- **Le service après-vente** : VimoSEWA met l'accent sur le service après-vente et s'assure que ses membres savent quelle est l'étendue de leur garantie et reçoivent l'assistance nécessaire dans le cadre de la préparation des formulaires de déclaration de sinistre. Les coûts élevés de ces activités sont supposés être compensés par un taux de fidélisation de la clientèle plus élevé.
- **Le traitement des déclarations de sinistre** : de nombreux assureurs traditionnels appliquent des méthodes visant à décourager les titulaires de police de soumettre de petites déclarations de sinistre « gênantes », en définissant des exclusions, en incluant des franchises, en compliquant la constitution du dossier de déclaration de sinistre, en facturant des frais de traitement des sinistres ou en imposant une augmentation progressive des primes en fonction du nombre de déclarations de sinistre déposées. Dans le cadre de la micro-assurance, les fournisseurs doivent gagner la confiance du marché vis-à-vis de l'assurance en réduisant les exclusions, en facilitant le dépôt de déclarations de sinistre recevables et même en recherchant les bénéficiaires qui pourraient ne pas savoir qu'ils peuvent solliciter une indemnisation.
- **Les rejets de déclarations de sinistre** : les micro-assureurs doivent réduire autant que possible les risques de rejet des déclarations de sinistre. Si les assureurs partenaires de VimoSEWA rejettent une déclaration de sinistre pour laquelle VimoSEWA estime que le demandeur devrait recevoir une indemnisation, cette dernière prend en charge ces indemnisations extracontractuelles. Si le rejet des déclarations de sinistre est justifié, les micro-assureurs doivent trouver une façon de communiquer cette décision qui la rende acceptable pour le demandeur. Par exemple, pour adoucir l'impact du rejet d'une déclaration, VimoSEWA peut envoyer des membres du personnel de son siège expliquer les motifs du rejet aux membres et à la communauté, tout en essayant de renforcer la confiance que ces derniers accordent au système.

Cette culture de la micro-assurance est peut-être plus facile à mettre en place dans une société mutuelle d'assurance ou un système basé sur la communauté, que dans des sociétés privées à but lucratif. Par définition, les systèmes détenus par leurs membres ont pour mission de maximiser les bénéfices revenant aux membres, et non aux actionnaires, et sont donc plus enclins à se

donner tous les moyens nécessaires pour fournir un service de qualité en matière de micro-assurance. En outre, tous les bénéfices générés sont redistribués directement ou indirectement aux titulaires de polices.

6 Conclusions

Pour que la micro-assurance puisse fournir à davantage d'individus des services de meilleure qualité sur le long terme, les assureurs et réseaux de distribution actuels et futurs devront remettre en question leurs croyances, leurs attitudes, leurs valeurs et leur structure. Les bonnes pratiques se faisant rares, le marché actuel laisse toute latitude pour apporter des améliorations. Le développement organisationnel de la micro-assurance est une priorité majeure et devrait s'appuyer sur les enseignements suivants :

- La micro-assurance doit bénéficier de son propre espace au sein de la structure organisationnelle à la fois des assureurs et des réseaux de distribution, afin de s'assurer que certaines personnes ont pour mission d'améliorer le fonctionnement du système.
- L'engagement de la part de la direction et du conseil d'administration joue un rôle-clé dans le succès de la micro-assurance.
- L'externalisation peut constituer une solution efficace pour avoir accès aux compétences d'experts de la (micro-)assurance.
- Pour les assureurs et les réseaux de distribution, il est indispensable, au lancement de produits de micro-assurance, de tenir compte des implications que cela peut avoir sur les descriptifs des postes et les critères de recrutement actuels.
- Un intérêt tout particulier doit être porté à la formation du personnel, en particulier le personnel de terrain. L'efficacité de la formation peut être testée en évaluant indépendamment les connaissances des clients sur l'assurance et les produits suite à une rencontre avec le personnel.
- Les rémunérations et les incitations récompensant la capacité à fidéliser la clientèle sont susceptibles de s'inscrire davantage dans l'esprit de la micro-assurance que des primes fortement liées aux ventes.
- Une culture de la micro-assurance doit tenir compte des caractéristiques du marché cible. Elle doit mettre un accent particulier sur la construction d'une relation et sur le service après-vente, tout en s'assurant que l'organisme réduit les délais de traitement des déclarations de sinistre et les rejets de ces déclarations au minimum.

3.8 Gouvernance

Zahid Qureshi

L'auteur souhaite adresser ses remerciements à Hans Dahlberg (ICMIF), Klaus Fischer (Université de Laval), Augustine Hatch et John Pott (Aga Khan Agency for Microfinance), ainsi qu'à Frank Lowery (The Co-operators Group) pour avoir relu ce chapitre et apporté, grâce à leurs idées et leurs connaissances précises du sujet, davantage de profondeur et de pertinence à cet examen de la gouvernance d'entreprise dans le secteur de la micro-assurance.

La gouvernance est l'action de planifier, d'influencer et de surveiller, à travers une politique, les affaires et la direction d'une entité. Elle englobe des systèmes et des processus permettant de garantir responsabilité et transparence dans la conduite de ses affaires, que cette entité soit un pays, une communauté, une entreprise ou tout autre organisme. La gouvernance exige un exercice du pouvoir et une prise de décision tenant compte des intérêts de toutes les parties prenantes à l'entité et de celles avec lesquelles l'entité interagit ou sur lesquelles elle peut exercer une certaine influence.

Au niveau organisationnel, la gouvernance désigne les actions du conseil d'administration : le groupe officiel de personnes élues ou désignées qui définit et supervise la conduite à long terme de l'organisme. Comme toute autre entreprise, les systèmes de micro-assurance ne peuvent pas réussir sans une bonne gouvernance. Il est néanmoins difficile pour les fournisseurs de micro-assurance de mettre en place une bonne gouvernance. Elle peut être mise en œuvre de différentes façons en fonction de leur structure de propriété.

Ce chapitre commence par présenter le concept de gouvernance d'un point de vue général, puis décrit ses aspects spécifiques lorsqu'il est appliqué au contexte de la micro-assurance. Il aborde ensuite les questions délicates de la composition et des compétences du conseil d'administration. L'essentiel du chapitre s'appuie sur l'analyse de cinq études de cas qui illustrent les enseignements à tirer concernant la gouvernance des systèmes de micro-assurance.

1 Gouvernance et micro-assurance

La gouvernance d'un organisme impliqué dans la micro-assurance recèle-t-elle des caractéristiques ou spécificités propres ? Oui et non. Non, parce que la gouvernance d'entreprise, tout comme la gestion, se base sur des principes et des objectifs fondamentaux qui s'appliquent aussi bien à une multinationale qu'à un organisme basé sur la communauté *(voir encadré 55)*.

Encadré 55

Qu'est-ce-que la gouvernance d'entreprise ?

La gouvernance d'entreprise englobe tout un ensemble de relations entre la direction d'une entreprise, son conseil d'administration, ses actionnaires et les autres parties prenantes. La gouvernance d'entreprise fournit également la structure par l'intermédiaire de laquelle les objectifs de la société sont fixés, et les moyens permettant d'atteindre ces objectifs et de contrôler les performances définis. Une bonne gouvernance d'entreprise devrait fournir une incitation suffisante au conseil d'administration et à la direction pour qu'ils poursuivent des objectifs fixés dans l'intérêt de la société et de ses actionnaires et devrait simplifier la mise en place d'une surveillance efficace. En outre, des facteurs tels que l'éthique des affaires et le degré de sensibilisation de l'entreprise aux intérêts environnementaux et sociétaux des communautés dans lesquelles elle intervient, peuvent également avoir un impact sur sa réputation et sa réussite à long terme.

Source : d'après l'OCDE, 2004.

Non encore, parce que la gouvernance des assureurs conventionnels et des micro-assureurs implique une responsabilité sociale des entreprises (RSE), en plus des objectifs commerciaux. À ce jour, rares sont les rapports annuels qui ne mettent pas en avant la RSE et l'application scrupuleuse des principes de la « triple bottom line », conciliant les intérêts du consommateur et de la communauté, ainsi que de l'actionnaire.

La gouvernance dans le contexte de la micro-assurance recèle toutefois des facettes différentes car le micro-assureur ne peut pas simplement faire abstraction de sa responsabilité sociale sous prétexte de mener des programmes ou des projets d'utilité publique en parallèle. La responsabilité sociale est au cœur du principe de la micro-assurance et le conseil d'administration doit s'assurer qu'une perspective de développement ou d'action sociale est associée aux objectifs commerciaux permettant de viabiliser l'organisme. La protection sociale, second visage de la micro-assurance *(voir chapitre 1.1)*, est omniprésente et ne peut pas simplement faire l'objet d'une attention ponctuelle.

Dans le cadre de son étude « Selected Issues in Corporate Governance » (Sélection de problèmes relatifs à la gouvernance d'entreprise), la Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED) fait la synthèse des principes constitutifs de la gouvernance à partir de plusieurs définitions. Du point de vue financier, l'un des aspects fondamentaux de la gouvernance d'entreprise est qu'elle doit garantir aux fournisseurs des capitaux un retour sur investissement acceptable. La société attirera un plus

grand flux de capitaux lui permettant de se développer à la mesure de son potentiel si les mécanismes régissant sa gouvernance procurent un bon retour aux investisseurs. Cette définition, appliquée à la micro-assurance, doit englober non seulement les retours financiers sur investissement, mais également les retombées sociales. En effet, les fournisseurs des capitaux des systèmes de micro-assurance, y compris les titulaires de polices des systèmes coopératifs et mutualistes, veulent qu'on leur apporte la preuve qu'un tel système réduit la vulnérabilité des ménages défavorisés.

Il est également possible de définir la gouvernance par le biais du **mandat** du conseil d'administration, qui est chargé de guider l'institution dans la réalisation de sa mission d'entreprise, de protéger les actifs de l'institution sur le long terme et de s'assurer qu'elle respecte la législation, les règles et la réglementation relatives au type d'activités auxquelles elle s'adonne. Le conseil d'administration définit une orientation stratégique de l'organisme, s'assure qu'il respecte l'ensemble des exigences légales et réglementaires (y compris tous les codes de conduite industriels applicables), et assume un rôle de fiduciaire ou de gestionnaire afin de préserver les actifs de l'institution. Au travers de l'accomplissement de ce mandat, l'organe de gouvernance d'un micro-assureur ne saurait gouverner ni diriger ce dernier efficacement sans être attentif aux prérequis universels de la gouvernance *(voir encadré 56)*.

Encadré 56 **Les quatre piliers de la gouvernance**

1. **Responsabilité**, ou la capacité d'exiger de la direction qu'elle réponde de ses actes.
2. **Transparence**, impliquant un accès à moindre coût aux informations pertinentes et matérielles.
3. **Prévisibilité**, résultant essentiellement de la législation et des réglementations claires, connues à l'avance et effectivement et uniformément appliquées.
4. **Participation**, nécessaire pour obtenir des informations fiables, donner une image de la situation réelle et être utilisée comme outil de surveillance à la fois pour le gouvernement et pour les actions d'entreprise.

Source : d'après la BAD, 1997.

L'un des grands défis de la gouvernance est de percevoir la **frontière séparant la gestion de la supervision**. Le conseil d'administration donne l'orientation stratégique ; la direction est quant à elle chargée de mettre en œuvre un programme d'actions permettant de se conformer à cette orientation. Néanmoins, dans la pratique, la distinction entre gestion et gouvernance s'estompe

souvent, au détriment de la réussite des actions menées, et l'on observe alors souvent des membres du conseil d'administration transgresser cette frontière et intervenir dans la sphère de responsabilité de la direction, ou des membres de la direction suivre une orientation stratégique sans l'avoir portée à la connaissance du conseil et avoir reçu l'accord de ce dernier.

2 Composition et compétences du conseil d'administration

L'un des traits caractéristiques de la gouvernance dans le domaine de la micro-assurance est qu'elle peut s'exercer au sein d'un large éventail de modèles institutionnels et de modèles de distribution, auxquels la quatrième partie de cet ouvrage est consacrée. Chaque modèle pose des défis de gouvernance particuliers, notamment concernant la composition et les compétences du conseil d'administration.

Les assureurs commerciaux qui mettent sur le marché des produits bas de gamme destinés aux ménages à faible revenu (qu'ils le fassent seuls ou en partenariat avec des réseaux de distribution) prennent le risque de s'engager en terrain inconnu. L'efficacité d'un conseil d'administration dépend invariablement de l'équilibre existant entre les personnalités des responsables, leurs expériences, leur goût du risque, les causes et les ordres du jour. Le président et le directeur général doivent s'assurer conjointement que les responsables désignés pour siéger au conseil disposent de compétences complémentaires, qui ne fassent pas double emploi avec celles d'autres responsables, et qui soient en accord avec l'orientation de l'organisme. Par exemple, si la micro-assurance est au cœur d'une démarche stratégique importante, le conseil aura besoin d'aide pour répondre aux besoins spécifiques et comprendre le comportement de consommation du marché à faible revenu, mais aussi d'une personne disposant d'une influence réelle sur le conseil, capable de contrebalancer le penchant commercial naturel de l'assureur.

Les micro-assureurs coopératifs, mutualistes et à assise populaire ont un atout que les assureurs commerciaux n'ont pas : ils sont plus proches du marché cible et en ont une meilleure connaissance, puisqu'ils en font souvent partie. Toutefois, leur tendance naturelle à privilégier l'aspect social doit être contrebalancée par une orientation commerciale. Les spécialistes du développement qui ont contribué à mettre sur pied des programmes d'assurance à assise populaire dans de nombreux pays au fil des années considèrent que la **formation d'encadrement** est un facteur déterminant. Il s'agit là d'un euphémisme pour désigner deux points offrant une grande « marge de progression » qu'ils distinguent chez de nombreux organisateurs et responsables élus des prestataires de services financiers populaires :

a) la compréhension technique et
b) la perception des responsabilités d'un membre de conseil d'administration.

À l'exception des membres élus ou sélectionnés en raison de leur formation et de leur expérience dans le secteur des services financiers, les membres des conseils d'administration des organismes à assise populaire ne disposent que de connaissances superficielles en matière d'assurance. Ils font preuve également de qualités de leader, mais ils sont plus souvent guidés par une cause ou des convictions populistes que par une solide connaissance des services financiers.

L'absence d'un bon équilibre entre les talents et les compétences des membres du conseil n'est pas simplement dangereuse pour un organisme. Elle peut lui être fatale. De nombreux organismes à assise populaire, notamment les coopératives financières, ont lutté pour leur survie et ont fini par échouer faute de dirigeants disposant des compétences nécessaires. Ces derniers étaient loin d'avoir une connaissance technique suffisante de l'activité et les responsables officiels élus du conseil étaient très portés sur l'idéologie, mais avaient un sens restreint des affaires.

Même dans les rares cas où le conseil d'administration avait eu le bon sens d'embaucher un dirigeant doté d'excellentes qualifications techniques, il avait tendance à lui tenir la bride haute, ce qui eut pour conséquence de générer des conflits fréquents débouchant rapidement sur la démission ou le renvoi du dirigeant *(voir ICMIF, 2005)*.

Même si les défis posés par la gouvernance des organismes de micro-assurance commerciaux et à assise populaire semblent très différents, ils n'en gardent pas moins trois points communs. En premier lieu, pour réussir, une entreprise a besoin d'un **champion**. Tout conseil d'administration œuvrant dans le domaine de la micro-assurance peut s'attacher les services d'au moins un entrepreneur de ce type parmi ses membres. Cette problématique est particulièrement sensible lorsque la micro-assurance n'est que l'un des produits ou l'un des domaines d'activité de l'organisme. Ces conseils d'administration ont également besoin d'autres membres venant compléter le plaidoyer du champion en faveur de la cause par leur bonne compréhension de l'activité et leurs propres responsabilités.

En deuxième lieu, des **responsables externes** peuvent apporter des compétences dont le conseil d'administration peut manquer. Cette stratégie peut être particulièrement judicieuse si la micro-assurance est un service très différent de ceux généralement fournis par l'organisme, ou si les marchés cibles ne sont pas les mêmes. Un responsable externe indépendant ne représente aucune partie prenante, mais dispose de l'expérience et des compétences lui permettant de guider le conseil. Dans les cas de figure où la structure légale

ou organisationnelle de l'organisme ne permet pas de faire appel à des responsables externes, cette fonction peut être prise en charge par un comité consultatif.

En troisième lieu, les membres du conseil doivent savoir ce qu'ils sont censés faire. Bien que cela puisse paraître évident, tous les responsables ne sont pas conscients des responsabilités qui leur incombent et de la façon dont ils peuvent mener leur mission à bien. Une formation intensive des nouveaux responsables, accompagnée de mises à niveau régulières sur les problèmes de gouvernance, est indispensable. Un « **descriptif du poste** » peut constituer un bon point de départ *(encadré 57)*.

Encadré 57 **Responsabilités du conseil d'administration**

– établir et faire le point sur les buts et objectifs à long terme de l'organisme ;
– sur la base de ses recommandations et avec la participation de la direction, élaborer des stratégies et des projets dont la mise en œuvre correspond à l'orientation et au caractère fondamentaux de l'organisme ;
– prendre en charge la conception, le suivi, la validation et l'évaluation des processus de planification de l'entreprise ;
– assurer l'avenir d'un organisme viable fournissant les produits et services dont les membres et les titulaires de polices ont besoin, et géré dans le respect de leurs intérêts ;
– garantir une représentation adéquate et une implication adaptée des partenaires et d'autres organismes compétents ;
– superviser le rôle de la direction en s'assurant du respect des lois et des règlements applicables ;
– déléguer des aspects spécifiques de la prise de décision aux différents comités du conseil ; et
– assurer la continuité de la gestion.

Source : d'après Co-operators Group, 2005.

Par exemple, tous les membres du conseil ne sont pas nécessairement conscients du fait que leur poste implique des **responsabilités légales** et des obligations de gouvernance, qu'ils peuvent être tenus pour responsables d'abus ou de négligence de leurs devoirs légaux, et qu'ils doivent déclarer un conflit d'intérêts si eux-mêmes (ou leurs parents, associés ou amis) sont susceptibles de tirer, directement ou indirectement, un bénéfice financier de toute décision ou action. Les décisions concernant l'attribution de contrats à des tiers doivent être prises de façon objective et en toute indépendance, et être perçues comme telles.

Les membres du conseil doivent non seulement veiller à éviter les conflits d'intérêts à leur niveau, mais également cultiver leurs **relations avec les entités externes**, notamment les organes et associations gouvernementaux, industriels et de surveillance. Ils doivent tenir compte des répercussions des décisions ou des propositions sur leur clientèle, leurs fournisseurs, leurs conseillers et le grand public, car la gouvernance d'entreprise doit également s'intéresser aux impacts générés à l'extérieur de l'entreprise.

De récents scandales impliquant les conseils d'administration de très grandes sociétés ont mis en évidence le rôle des auditeurs. Lorsque l'on a recours à des auditeurs externes, ces derniers peuvent avoir besoin de rencontrer le conseil d'administration en l'absence de la direction. Dans de nombreuses juridictions, les auditeurs ont désormais l'obligation légale d'informer directement les autorités responsables en cas d'incurie ou de non-respect des bonnes pratiques de gouvernance d'entreprise.

Les membres du conseil sont tenus d'assister régulièrement à des réunions et de passer en revue et d'étudier les rapports et la correspondance mis à disposition. Le président doit s'assurer que la direction transmet les ordres du jour et les rapports d'exploitation en temps et en heure aux responsables, afin de rendre la réunion plus productive. Les minutes allouées aux sujets débattus et aux décisions prises doivent également être réparties.

3 La pierre angulaire

Lorsque le vecteur des opérations de micro-assurance est une société par actions, la charte constitutive et les statuts de la société sont la pierre angulaire d'une bonne gouvernance et revêtent une importance capitale. On les appelle souvent les « documents de création » de la société. À quelques différences près, ils doivent posséder un équivalent dans d'autres structures de gouvernance, telles que les coopératives, les mutuelles et les ONG. Ils sont souvent accompagnés d'une convention entre les actionnaires, à laquelle ils font référence, qui peut être révisée lorsqu'un actionnaire important revend ou acquiert des capitaux dans la société.

Ces documents définissent l'intention des fournisseurs initiaux des capitaux à une société et couvrent un certain nombre de points importants concernant le fonctionnement de l'entreprise. Ces documents établissent notamment la distinction entre les pouvoirs de la direction et ceux du conseil d'administration et définissent leurs limites, la décision finale revenant aux actionnaires et aux propriétaires de la société. Ils délimitent ainsi les trois pôles du contrôle exécutif : la direction, le conseil d'administration et les actionnaires (principales parties prenantes).

Ils définissent clairement les éléments suivants :

1. Les domaines d'activité dans lesquels la société doit exercer.

2. L'usage qui doit être fait des capitaux de la société.

3. Les procédures de nomination (et de renvoi) des membres de la direction (généralement uniquement le directeur exécutif et le directeur général, mais éventuellement aussi le directeur financier et d'autres responsables) et les décisions que la direction peut prendre sans en référer au conseil d'administration. Le budget annuel est habituellement un outil essentiel par l'intermédiaire duquel les membres du conseil d'administration contrôlent l'utilisation que la direction fait de l'argent de la société.

4. Les procédures de nomination des membres du conseil d'administration (ainsi que les procédures de renvoi). En règle générale, un certain nombre de responsables ne représentant pas les actionnaires sont nommés, et doivent représenter les intérêts des parties prenantes non représentées lors des conseils d'administration, ainsi que les intérêts du grand public et de l'économie de façon générale. La nomination d'un responsable nécessite généralement l'accord de la majorité des actionnaires, obtenu à l'occasion d'une assemblée officielle de ces derniers. Le nombre maximal et minimal de responsables autorisé est également précisé.

5. Les pouvoirs que le conseil d'administration est en droit d'exercer sans en référer aux actionnaires lors de l'une de leurs assemblées. Le conseil exerce habituellement un contrôle quasi total sur l'utilisation des fonds et des actifs existants de la société, ainsi que sur l'utilisation des revenus résultant des opérations réalisées. Il est toutefois dans l'obligation de faire part aux actionnaires des nouvelles rentrées d'argent dans la société, tout particulièrement si cet argent est lié à un changement du pourcentage de la détention d'actions et/ou s'il excède les normes de prudence (décrites au point 7) dans le cadre d'emprunts ou s'il met en péril d'une quelconque façon les capitaux des actionnaires.

6. La façon dont les votes des responsables sont utilisés pour prendre une décision (par ex. pour certaines décisions, l'unanimité peut être exigée, alors que pour d'autres, la majorité suffit).

7. Les normes de prudence financières (ou limites financières) dans la limite desquelles la société doit exercer, y compris les limites régissant les emprunts, les ratios de liquidité, l'exposition à certains risques de couverture, la réassurance et la suffisance de capital. Elles peuvent également être édictées par les autorités de régulation mandatées par le gouvernement (par ex. le surintendant des assurances), mais rien n'empêche la société de se doter de normes plus restrictives.

8. Les procédures d'entrée et de sortie des actionnaires du capital de la société.

9. Les procédures d'exercice du droit de vote des actionnaires dans le cadre d'une prise de décision leur revenant. Une majorité de 75 % est généralement exigée.

10. Les décisions sur lesquelles les actionnaires exercent un contrôle sont les suivantes :

    – tout changement affectant l'un des neufs points mentionnés ci-dessus couverts par la charte constitutive et les statuts de la société,
    – la vente, la liquidation ou la cession de la société et
    – la nomination d'auditeurs.

Les documents de création de la société sont donc les outils de référence utilisés pour la gouvernance. Ils sont d'une importance cruciale car ils donnent pouvoir aux responsables et aux actionnaires si la direction (susceptible de n'avoir que peu d'intérêts financiers dans la société) s'écarte des souhaits initiaux des propriétaires. Les propriétaires (actionnaires) peuvent néanmoins amender tout élément défini dans ces documents de création, comme le précise le point 10, s'ils sont convaincus de le faire par la direction ou le conseil d'administration. Les documents de création sont donc la pierre angulaire de la gouvernance d'une entreprise, mais peuvent toujours être modifiés si l'évolution de la société et de son environnement l'exige.

4 La gouvernance en pratique dans le contexte de la micro-assurance

Afin d'illustrer certains des problèmes de gouvernance auxquels les micro-assureurs sont confrontés dans différentes catégories institutionnelles, intéressons-nous à cinq cas de figure.

4.1 Avancer, mais en suivant la voie tracée par le travail préparatoire

Fondée en 1986 dans le but de fournir des polices d'assurance mixtes aux classes moyennes et supérieures du Bangladesh, Delta Life a lancé Grameen Bima (assurance de village) deux ans plus tard afin de pénétrer le marché des foyers à faible revenu, en association avec une ONG de micro-crédit. Delta fournissait des produits d'assurance mixte bon marché et l'ONG les distribuait aux plus démunis en même temps que ses crédits. Ce partenariat a pris rapidement fin car le personnel de l'ONG était davantage intéressé par la vente des prêts de son organisation que par celle des assurances de Delta.

Delta a ensuite développé son propre réseau de distribution et obtenu de bons résultats en vendant ses assurances directement. En 1991, elle a ajouté les prêts aux micro-entreprises et le financement de projets à son offre de produits, ses agents proposant des crédits en plus des assurances et collectant les versements de remboursement en même temps que les primes.

En 1993, Delta lança Gono Bima (assurance urbaine) destinée aux populations urbaines démunies. Ensemble, ces deux systèmes de micro-assurance se sont développés à pas de géant : une augmentation de 1 025 % des nouvelles polices souscrites, leur nombre passant ainsi de 40 000 en 1994 à 450 000 en 1998. Dans le secteur des assurances, une croissance de cette ampleur, si elle n'est pas accompagnée d'une croissance proportionnelle des capitaux propres et des bénéfices non répartis, est systématiquement source de problèmes. Delta n'a pas fait exception et s'est trouvée confrontée à des problèmes majeurs, au niveau des systèmes d'information, de l'administration et des contrôles internes. En outre, les créances irrécouvrables ont augmenté avec cette croissance exponentielle, car les agents utilisaient les prêts comme des outils marketing : pour une police achetée, un prêt octroyé.

En 2002-2003, Delta a pris des mesures correctives décisives, notamment en consolidant la micro-assurance sous un seul et unique département Gono-Grameen Bima et en supprimant le financement de projets. Ces ajustements, ainsi que plusieurs autres, ont porté leurs fruits, à la fois pour la société et pour sa clientèle de près d'un million de personnes démunies.

Si les décisions et les mesures déterminantes prises par Delta Life avaient reposé sur des composantes structurelles appropriées, on aurait pu dire que c'était le conseil d'administration de Delta qui avait décidé de lancer Gameen Bima et d'initier le partenariat avec l'ONG. Plus tard également, la décision de mettre fin au partenariat et les choix présidant aux lignes de conduite successives ont été pris par le conseil d'administration.

La direction a également joué un rôle, mais principalement dans la recherche des alternatives disponibles et dans la préparation de dossiers visant à aider le conseil à les analyser et à les évaluer, puis dans l'exécution et le suivi des décisions stratégiques. Puisque la direction était l'une des composantes du problème, la restructuration effectuée en 2002-2003 a été menée par un consultant embauché par le conseil d'administration et à qui il rendait compte.

Le conseil d'administration a été en définitive responsable de l'orientation prise par Delta Life et de ses conséquences, puisqu'il s'est prononcé en faveur du lancement de l'entreprise, et de l'initiation et de la fin du partenariat avec l'ONG.

Le rôle du conseil d'administration est un rôle de gérance, quelle que soit la juridiction.

Comment le conseil d'administration de Delta s'est-il comporté dans le cadre de la gérance de la société ? L'étude de cas dresse la conclusion suivante : « Au fil des années, la motivation sociale de Delta Life a évolué vers une motivation commerciale, profitant à la société ainsi qu'à ses...clients. Delta Life a tiré un certain nombre de précieuses leçons de ces expériences, qu'elle a pour la plupart durement apprises. » L'étude énumère ensuite plusieurs leçons d'ordre institutionnel, notamment :

- recourir à des subventions croisées au lancement de la micro-assurance ;
- gérer la micro-assurance en adoptant la même approche commerciale que pour l'assurance conventionnelle ;
- se concentrer sur les compétences maîtresses ;
- développer un bon système de gestion de l'information pour les gros volumes de petites polices ;
- mettre en place des contrôles internes, car là où il est question d'argent, la fraude n'est jamais bien loin *(voir encadré 58)*.

L'une des leçons sous-jacentes que l'étude de cas, ainsi que Delta Life, auraient pu tirer est que le conseil d'administration aurait pu s'appliquer davantage dans la réalisation de sa mission et aurait dû disposer des compétences nécessaires pour comprendre que la croissance ne doit pas être disproportionnée par rapport à l'accroissement de la solidité financière de la société. Le conseil d'administration aurait peut-être été plus efficace s'il n'avait pas été composé de 36 membres. Cela aurait en effet pu éviter à Delta Life d'éprouver ces déconvenues. Pour les nouveaux-venus dans le domaine de la micro-assurance, des recherches approfondies et une analyse précise du comportement de consommation de la clientèle de base, et de l'approche marketing

de l'ONG de micro-crédit destinée à devenir le réseau de distribution, auraient permis de prévenir la première erreur : un partenariat voué à prendre fin.

Encadré 58 **La confiance a du bon, mais mieux vaut privilégier le contrôle**

Suite aux affaires Enron, WorldCom et Parmalat, le rôle des auditeurs externes n'a pas été la seule cible des projecteurs. Les auditeurs internes ont également été mobilisés. L'Institute of Internal Auditors international (Institut international des Auditeurs Internes), basé en Floride (États-Unis), par exemple, s'est intéressé à la façon dont ses membres peuvent contribuer à favoriser une plus grande conformité avec les normes de la gouvernance d'entreprise. Au cours des premières années, les assureurs peuvent ne pas disposer des ressources suffisantes pour se constituer un service d'audit interne, mais ce serait dans le plus grand intérêt de leurs conseils d'administration de demander à ce que la direction assigne cette responsabilité à un membre du personnel compétent qui pourrait travailler en étroite collaboration avec le comité d'audit du conseil. Les unions de crédit disposent d'une structure ancienne garantissant non seulement la participation démocratique, mais aussi un contrôle constant par l'intermédiaire de leurs conseils d'administration et de leurs comités, et d'autres prestataires de services financiers à assise populaire seraient bien avisés de s'en inspirer.

Il convient néanmoins de garder à l'esprit qu'il existe un grand nombre d'exemples dans lesquels les unions de crédit ont rencontré de sérieuses difficultés financières dues, presque invariablement, à l'absence d'une surveillance efficace et à une confiance excessive accordée aux principaux cadres supérieurs (et parfois à leurs subalternes) et à la direction.

4.2 Contrebalancer « l'excès de bonnes intentions »

La mission de la mutuelle d'assurance CARD aux Philippines est de promouvoir *« le bien-être des femmes marginalisées, d'étendre l'assistance financière à ses membres sous la forme d'indemnités en cas de décès, de subventions et pensions à vocation médicale et de remboursements d'emprunts, et d'impliquer activement les membres dans la gestion directe de l'association, y compris dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de procédures visant à renforcer sa viabilité et à améliorer ses services »*.

Aujourd'hui, CARD MBA fournit une assurance-vie et invalidité, et un plan d'épargne retraite (voir chapitre 2.2) à près de 600 000 personnes à faible revenu. Il s'agit là d'une véritable success story : l'histoire d'une mutuelle d'assurance créée par une institution de micro-finance (IMF), qui ne tarda pas à flirter dangereusement avec la faillite en proposant des assurances sans disposer des compétences techniques et professionnelles requises. Comme

l'un de ses dirigeants l'explique, « On peut dire que CARD MBA [...] est le résultat d'une grave erreur de calcul due à un excès de bonnes intentions ».

Que s'est-il passé ?

En 1994, plusieurs années avant qu'elle ne crée la banque ou la compagnie d'assurance, l'ONG CARD a commencé à proposer des assurances-vie simples à ses membres. Ces services rencontrant un vif succès, CARD a proposé d'autres produits d'assurance plus complexes. En 1996, elle a décidé de lancer une prestation de retraite complémentaire qui s'est révélée extrêmement populaire auprès de ses membres. CARD n'avait toutefois pas évalué son impact sur l'institution. Après évaluation, il s'est avéré qu'un membre devrait verser des primes pendant deux ans pour couvrir un seul mois d'indemnités. L'institution risquait de voir engloutir l'ensemble de son capital.

CARD a appris que les activités d'assurance devaient être menées par des professionnels et ne devraient pas être liées au capital d'une institution de micro-finance.

La direction a dégagé CARD de ce passif et transféré les actifs du fonds aux membres, qui ont lancé alors une société distincte, dotée d'un conseil d'administration lui aussi distinct.

Il apparaît qu'au moment où l'ONG CARD s'est lancée dans des activités d'assurance, elle était administrée, mais il n'existait pas de réelle gouvernance. Du point de vue de la direction, associer les services d'assurance accueillis avec enthousiasme à un plan d'épargne retraite paraissait judicieux. Personne n'a alors réellement réfléchi à l'impact du nouveau produit sur l'orientation et l'avenir de l'organisme, jusqu'à ce que cela se retourne contre lui.

À sa décharge, CARD a tiré profit de cet enseignement. L'étude de cas précise : « Lorsque le conseil d'administration d'une compagnie d'assurance ne compte que des membres et des titulaires de polices ne disposant d'aucune expérience de la gouvernance d'entreprise, il est indispensable de pouvoir compter sur un groupe consultatif expérimenté et ayant l'autorité nécessaire pour épauler le conseil d'administration. Ce comité consultatif a joué un rôle salvateur dans la mise en œuvre d'un contrôle efficace de CARD MBA. »

4.3 Un esprit de stratège aux commandes

Abordons ici le thème du dirigeant visionnaire. Si les concepts d'anticipation et de stratégie parviennent à trouver leur place dans les réunions du conseil d'administration (surpassant les querelles politiques et les détails opérationnels), la survie et le succès d'un organisme sont plus ou moins assurés.

Assureur polonais d'unions de crédit pendant huit ans, assurant depuis cinq ans les membres de ces coopératives ainsi que d'autres, TUW SKOK

doit sa forte implantation sur le marché à la prévoyance des dirigeants du mouvement des unions de crédit, qui ont organisé son entrée dans le secteur des services d'assurance au début des années 1990.

En Pologne, outre les initiatives de protection sociale gouvernementales en matière de santé et de retraite, aucun effort particulier n'est consenti pour étendre l'accès à l'assurance aux consommateurs à faible revenu. Comme dans la plupart des autres pays, il existe néanmoins une niche commerciale sous les consommateurs visés par les assureurs conventionnels, et c'est précisément cette niche qui intéresse TUW SKOK. La façon dont le système a été mis en place et dirigé contient tous les enseignements nécessaires à ceux qui envisageraient de se lancer dans la micro-assurance, où que ce soit. Deux décisions stratégiques lui ont tout particulièrement fourni un rempart infaillible contre l'échec.

L'idée de démarrer une activité d'assurance est venue au conseil d'administration de l'organe centralisé des unions de crédit peu de temps après que les coopératives de crédit ont été réinstaurées dans le pays et ont commencé à collecter les épargnes au début des années 1990. Une compagnie d'assurance-vie a été créée avec l'appui technique et la prise de participation à hauteur de 90 % de CUNA Mutual, groupe d'assurance d'unions de crédit basé aux États-Unis. Elle proposait trois produits basiques : la protection des prêts, l'assurance vie-épargne et l'assurance obsèques. Une société de courtage a rapidement été créée pour fournir aux unions de crédit et à leurs membres des couvertures qui n'étaient pas proposées par la coentreprise. Le courtage est considéré dans l'étude de cas comme l'une des étapes les plus importantes dans l'évolution des services d'assurance pour le mouvement des unions de crédit. Du point de vue de la gouvernance, la décision stratégique majeure a néanmoins été prise après l'effondrement de la coentreprise en 1997.

Lorsque CUNA Mutual a racheté les 10 % détenus localement et a revendu la société à un investisseur étranger désireux de s'implanter sur le marché polonais, le conseil d'administration de l'organe centralisé des coopératives de crédit aurait pu poursuivre son activité comme à son habitude en substituant à la coentreprise un établissement de même nature qu'il détiendrait entièrement : une compagnie d'assurance-vie ciblant directement les membres des coopératives de crédit. Au lieu de cela, il a opté pour une réévaluation stratégique. Sur la base de cette analyse, l'organe centralisé a décidé que la priorité majeure et le potentiel commercial le plus immédiat résidaient dans l'assurance des unions de crédit elles-mêmes plutôt que dans l'assurance de leurs membres, pris individuellement.

Au lieu de conserver son activité de compagnie d'assurance-vie, il a décidé de se doter d'une compagnie d'assurance générale (biens et accidents).

C'est alors qu'a été prise la seconde décision stratégique déterminante : fallait-il créer une nouvelle société, ce qui nécessitait des business plans et des procédures d'octroi de licence, ou fallait-il racheter une compagnie d'assurance existante et la restructurer afin qu'elle réponde aux besoins des unions de crédit ? Le conseil d'administration a pris à nouveau ce qui s'est avéré être la bonne décision : opter pour une acquisition. L'occasion s'est présentée rapidement sous la forme de la société TUW Praca, un assureur mutualiste proche de la faillite soumis à un ultimatum de deux semaines imposé par l'autorité de régulation pour trouver de nouveaux capitaux ou être liquidé. L'organe centralisé a convaincu l'autorité de régulation de le laisser injecter de nouveaux capitaux dans cette société au bord de la faillite et de la réorienter de façon à ce qu'elle réponde aux besoins des unions de crédit. C'est ainsi que TUW Praca est devenue TUW SKOK *(voir encadré 59)*.

Encadré 59

Saisir la gravité de la situation

Sa réincarnation en TUW SKOK n'est pas le seul héritage de TUW Praca. La maladie qui a entraîné sa perte a été causée par un virus qui infecte de nombreux conseils d'administration, un enseignement qui devrait faire office d'avertissement et de leçon aux micro-assureurs.

Au début des années 1990, alors que le chômage touchait de plus en plus durement la Pologne, un groupement de syndicats a lancé une initiative destinée à offrir une certaine protection aux employés des entreprises publiques visées par des mesures de restructuration. Cette idée consistait à créer une société mutuelle d'assurance détenue par les syndicats et leurs membres et qui proposerait une assurance-chômage aux employés.

Les efforts mis en œuvre par les syndicats pour rassembler les capitaux nécessaires à la compagnie d'assurance ont été loin de permettre d'atteindre les objectifs visés, ce qui aurait dû être interprété comme un signal d'avertissement. Au lieu de cela, les partisans de cette initiative se sont tournés vers le ministère du travail. Leur demande a bénéficié d'un concours de circonstances favorable car le ministère disposait de ressources supplémentaires et devait montrer qu'il réagissait face au problème grandissant du chômage. Grâce aux 500 000 $US issus du fonds pour l'emploi du ministère, représentant 90 % du capital social, les syndicats sont parvenus à obtenir une licence leur permettant de créer la société TUW Praca. Malheureusement, cette initiative est pour ainsi dire morte née. Au bout de quelques années, l'assureur ne comptait qu'une centaine de titulaires de polices, les frais de fonctionnement avaient englouti l'essentiel du capital et les autorités de régulation le menaçaient de fermeture.

Avec le recul, il apparaît que les sponsors de TUW Praca n'ont pas effectué le travail de préparation nécessaire avant de lancer ce projet. Une étude de

marché aurait montré que les employés estimaient que le chômage relevait de la responsabilité du gouvernement et non de la responsabilité individuelle des travailleurs. Les membres des syndicats n'étaient donc pas intéressés par l'achat d'une assurance-chômage personnelle, parce qu'ils estimaient qu'il était du ressort du gouvernement de fournir ce type de protection sociale.

Source : d'après Churchill et Pepler, 2004.

4.4 L'intérêt des clients : le secret de la réussite

Le rôle du conseil d'administration (ou du conseil de surveillance selon la terminologie utilisée dans certains pays européens) est de superviser l'exploitation et la gestion de l'assureur. Sa principale mission est d'intervenir pour le compte des actionnaires/sponsors de la société et d'orienter les activités de l'organisme de façon à ce qu'il atteigne les objectifs de l'entreprise. Afin que chacun se concentre sur ses tâches et que la séparation des pouvoirs soit garantie, le conseil délègue les tâches principales, telles que l'audit, les placements et l'exécutif à des comités dédiés. Dans les structures mutualistes plus que dans les autres structures, l'une des responsabilités essentielles du conseil d'administration est de s'assurer que l'utilisation des fonds et les décisions opérationnelles de la direction n'entrent pas en contradiction avec les intérêts des parties prenantes.

La gestion et le suivi quotidien des activités, ainsi que la mise en œuvre des politiques restent réservés aux cadres dirigeants de l'entreprise (ou au conseil des directeurs généraux). De sérieux problèmes et des conflits affaiblissant la société surviennent lorsque la frontière séparant les responsabilités relevant de l'accompagnement et de la surveillance de celles liées à la gestion n'est pas clairement définie. Le conseil d'administration d'un micro-assureur a parfaitement su conserver une stricte séparation de ces responsabilités : il s'agit de Tata-AIG en Inde.

L'Inde exige ce que certains pays ne font qu'encourager : que chaque assureur mène une partie de ses activités sur le marché des foyers à faible revenu, désigné en Inde par le terme de « secteurs ruraux et sociaux » (*voir chapitre 5.2*). En répondant à ces obligations réglementaires, Tata-AIG a pris conscience du fait que la micro-assurance ne se résumait pas à une assurance normale fonctionnant avec des primes et des indemnités moins élevées, mais que la clientèle de base de la micro-assurance avait un profil distinct qui exigeait des approches créatives et de nouveaux mécanismes de distribution. Elle a donc mis en place un service spécialisé dans la micro-assurance portant le nom d'équipe Rural et Social, et lui a donné l'autonomie ainsi que le soutien et les ressources nécessaires à toute innovation. L'espace conséquent que l'équipe

occupe dans la structure de l'entreprise se reflète dans l'organigramme *(voir illustration 20)*.

Comme le décrit le chapitre 4.5, l'une des innovations imaginées par cette équipe consiste en un réseau de distribution novateur utilisant des personnes comme les clients pour prodiguer conseils et services. Un certain nombre de ces « micro-agents » forment un groupe d'assurance rurale communautaire (CRIG) qui fonctionne comme une agence d'assurance. Les micro-agents sont généralement des femmes à faible revenu triées sur le volet issues des communautés au service desquelles elles sont affectées. Les premiers résultats sont prometteurs.

Disposer d'un champion de la micro-assurance au niveau du conseil d'administration fut un facteur déterminant.

4.5 Le rôle du gouvernement dans la gouvernance : savoir quand lâcher du lest

Le Karnataka, un état du Sud de l'Inde, est réputé pour son industrie du logiciel et des biotechnologies, mais 75 % de ses 60 millions d'habitants tirent leur revenu de l'agriculture et peuvent être classés dans la catégorie des plus démunis. Depuis 2003, il attire également l'attention du monde entier car il abrite un système de micro-assurance maladie original et qui remporte un vif succès, véritable modèle de collaboration entre le secteur coopératif, le gouvernement et les entreprises du secteur privé.

Le Yeshasvini Cooperative Farmers Health Care Trust a été conçu pour permettre à un grand nombre de personnes de souscrire au système en échange de primes très peu élevées et fournit une couverture pour plus de 1 600 opérations réalisées par un réseau d'hôpitaux principalement privés à travers tout l'état.

Le mouvement coopératif implanté dans cet état depuis le début des années 1900 se compose de 31 000 sociétés réparties dans différents secteurs, allant de la production de soie et du textile à l'élevage, en passant par l'horticulture et le crédit agricole. On estime que 78 % de la population adulte de l'état est liée à une coopérative d'une façon ou d'une autre. Grâce à cette portée exceptionnelle, en particulier sur les populations rurales pauvres, le mouvement coopératif constituait un choix naturel permettant de mobiliser la base de souscripteurs potentiels à ce système de santé.

Le secteur coopératif au Karnataka, comme dans d'autres états indiens, bénéficie de subventions publiques, le gouvernement fournissant des capitaux, des subventions, des prêts et une assistance technique aux sociétés coopératives. La collaboration de Yeshasvini et du mouvement coopératif subventionné par l'état n'a pas apporté que des bienfaits, même si globalement elle a offert de nombreux avantages.

Yeshasvini Trust est dirigé par un conseil d'administration composé de 12 membres et présidé par le Secrétaire Principal du Ministère des Coopératives. Cinq autres membres du conseil sont également issus de ce ministère. Et cinq autres encore représentent le réseau hospitalier et sont des professionnels de santé réputés. Le douzième membre dirige le Ministère de la Santé. Les représentants du tiers opérateur de services et du secteur coopératif à l'échelle fédérale peuvent assister aux réunions, mais ne sont pas membres du conseil. Aux commandes de l'ensemble du système, le conseil d'administration est en charge de la poursuite du développement, du contrôle des performances, de l'ajout de nouveaux hôpitaux à la liste des partenaires, du remboursement des indemnités et prend les décisions finales concernant les déclarations de sinistre.

La forte implication du Ministère des Coopératives au niveau du conseil d'administration de Yeshasvini a permis au micro-assureur de percevoir des subventions conséquentes. Le gouvernement du Karnataka complétait la prime de 60 Rs (1,36 $US) payée par les titulaires de polices la première année de 30 Rs (0,68 $US) par personne. Bien que la subvention par tête n'ait été accordée que la première année, le gouvernement fournissait un financement complémentaire. Le gouvernement a fourni en tout et pour tout 45 000 000 Rs (1 022 727 $US) la première année et 35 000 000 Rs (795 454 $US) la deuxième année.

L'autre principal avantage apporté par le Ministère des Coopératives a été sa capacité à inciter les coopératives à faire souscrire leurs membres. Durant la seule première année, 1,6 million de personnes à faible revenu ont souscrit au système, en partie parce que le Ministère des Coopératives a fixé des objectifs d'adhésion à ses bureaux locaux, qui eux-mêmes ont fixé des objectifs à chaque société coopérative, qui à son tour utilisait ses propres méthodes pour amener ses membres à adhérer. Certaines ont débattu du système avec leurs membres et les ont incité à adhérer, alors que d'autres ont fait adhérer tous les membres de la société, en usant de leurs prérogatives. D'autres encore ont inscrit automatiquement tous les membres bénéficiant de prêts d'épargne non remboursés.

L'association des primes subventionnées et de la pression marketing exercée par le gouvernement a eu pour conséquence de voir le nombre d'adhérents augmenter pour atteindre 2,2 millions au cours de la seconde année. Néanmoins, la troisième année au cours de laquelle les primes ont dû être doublées pour compenser la perte de la subvention, le nombre d'adhérents a chuté à 1,45 million, ce qui signifie que 750 000 personnes n'étaient pas suffisamment satisfaites du produit ou du prix pour renouveler leur adhésion ! Compte tenu de cette erreur de jugement, l'étude de cas s'interroge sur la pertinence d'un remaniement de la composition du conseil d'administration.

Illustration 20 **Organigramme de Tata-AIG**

Source : Roth et Athreye, 2005.

Bien que le Ministère des Coopératives facilite les contacts avec le secteur coopératif, il convient de garder à l'esprit que les sociétés coopératives restent au centre du dispositif. Il pourrait donc s'avérer judicieux de remplacer les administrateurs issus du gouvernement par des représentants élus des coopératives afin de refléter plus équitablement leur contribution essentielle. L'Inde procédant actuellement à une séparation du secteur coopératif de la structure gouvernementale, il pourrait être envisageable de répercuter également cette situation sur le conseil d'administration (Radermacher et al., 2005b).

Le mouvement coopératif, à l'échelle internationale, a longtemps pris ombrage des interventions du gouvernement, et de l'utilisation déraisonnée des coopératives comme outil de croissance dans les pays en développement. En Inde, où le gouvernement central répond à la demande des sociétés coopératives de procéder à des réformes démocratiques de leur réglementation, de leur supervision et de leur fonctionnement, le mouvement ne fera que se renforcer à mesure que les interventions de l'État diminuent. L'Inde n'est pas un exemple représentatif des interférences arbitraires d'un gouvernement dans les activités des coopératives soumises aux diktats des politiciens et des fonctionnaires.

Le gouvernement a sa part de mérite dans la réussite de Yeshasvini Trust. Son implication dans le lancement de Yeshasvini Trust a peut-être compromis l'autonomie des sociétés coopératives, mais ne les a en rien ébranlées. Les coopératives ont payé un prix réduit pour acquérir un service nécessaire et fourni dans de bonnes conditions à leurs membres.

Les écrits du Dr Alex Laidlaw, idéologue du mouvement coopératif et futurologue, semblent conforter ce jugement. Dans une présentation « classique », il écrit :

Les coopératives ont tendance à se teinter de leur couleur idéologique dans l'environnement économique dans lequel elles évoluent. Dans les pays dominés par une idéologie capitaliste, elles sont généralement jugées, et se jugent elles-mêmes à l'aune d'un système à but lucratif. Dans les pays dominés par l'idéologie communiste, elles se voient attribuer une certaine place et un certain rôle dans l'économie par les planificateurs gouvernementaux et sont utilisées comme des outils de la politique gouvernementale. Dans les pays en développement, elles semblent être confrontées aux pires aspects de ces deux modèles : elles doivent faire preuve de compétitivité vis-à-vis des entreprises privées, y compris des multinationales, tout en obéissant aux diktats d'un contrôle pointu du gouvernement (Laidlaw, 1974).

Il ajoute qu'aucune activité commerciale dans un système économique national n'est complètement indépendante ni autosuffisante, mais fonctionne selon des rapports de dépendance et d'interdépendance. Les entreprises capitalistes et les coopératives dépendent chacune dans une certaine mesure de l'État et des services prodigués par ce dernier. De la même façon, les entreprises publiques dépendent grandement des coopératives et des entreprises privées.

Yeshasvini Trust semble destiné à passer à la postérité comme un exemple de ce jeu de dépendance et d'interdépendance.

5 Conclusions

La gouvernance d'entreprise garantit l'intégrité des entreprises, des institutions financières et des marchés en renforçant la confiance du public et des investisseurs. Afin que la micro-finance et la micro-assurance puissent contribuer à réduire la pauvreté, une bonne gouvernance est déterminante.

Une bonne gouvernance commence par une conscience claire des éléments relevant de la direction et de ceux relevant de la gouvernance. Pour diriger efficacement une compagnie de micro-assurance, il est nécessaire de consacrer du temps à comprendre les tenants et les aboutissants de l'assurance appliquée aux foyers à faible revenu et de prendre les responsabilités et les obligations inhérentes au poste de responsable avec le plus grand sérieux. Certains éléments doivent de préférence être laissés à la discrétion des gestionnaires qui les mèneront jusqu'à leur conclusion.

Le conseil d'administration est en définitive responsable de la réussite de l'entreprise. Cette réussite implique de produire des résultats pour les partenaires, les actionnaires et les clients, de façon à ce que l'assureur ne se retrouve pas à court des capitaux et des excédents nécessaires à la consolidation de sa santé financière.

Le Président et le Directeur Général doivent s'assurer conjointement que les responsables désignés pour siéger au conseil disposent de compétences et de talents complémentaires, et que la composition du conseil offre une représentation équitable des différentes parties prenantes. Concernant la micro-assurance, certaines questions essentielles doivent être prises en considération :

– Le conseil présente-t-il un champion de la micro-assurance apte à défendre les besoins spécifiques des foyers à faible revenu ?
– Quel est le bon équilibre entre les orientations sociales/liées au développement et les orientations commerciales/financières ?
– Quelle direction stratégique est la plus judicieuse pour remplir des objectifs à la fois d'ordre social et commercial ?

3.9 Contrôle des sinistres

Zahid Qureshi et Gerry Noble[1]

Les auteurs souhaitent remercier Thomas Loster (Fondation Munich Ré) pour ses précieux commentaires sur ce chapitre.

Dans les ouvrages dédiés à l'assurance, les termes de prévention, atténuation et contrôle des sinistres sont globalement utilisés de manière interchangeable. Prenons un instant pour réfléchir à la signification de ces termes et nous constatons, au risque de tomber dans une simplification mathématique excessive, qu'ils se résument à une simple équation :

Contrôle des sinistres = prévention des sinistres + atténuation des sinistres

La prévention des sinistres désigne les initiatives prises pour éviter la survenance de risques, visant en particulier les événements assurés, alors que l'atténuation des sinistres cherche à réduire l'impact de ces risques lorsqu'ils surviennent. Lorsqu'elles sont conjuguées, ces deux activités reviennent à contrôler les sinistres.

Bien que tous les micro-assureurs n'accordent pas d'attention particulière au contrôle des sinistres, il s'agit pourtant d'un facteur déterminant pour le succès d'un tel organisme. Un investissement mûrement réfléchi dans la prévention des sinistres peut rapidement s'avérer rentable grâce à la réduction du nombre de déclarations de sinistre. Les incitations utilisées dans le secteur de l'assurance sont structurées de telle sorte qu'elles encouragent les assureurs privés à mettre en place des initiatives liées au développement (comme promouvoir la consommation d'eau potable et des systèmes sanitaires adéquats) non pas pour faire preuve de responsabilité sociale, mais parce qu'ils y trouvent un intérêt financier.

L'objectif de ce chapitre est d'inciter davantage de prestataires de microassurance, assureurs et réseaux de distribution, à aborder le contrôle des sinistres de manière systématique et ciblée. L'accent est mis davantage sur la prévention des sinistres que sur leur atténuation, car la première est susceptible d'avoir un plus grand impact sur la réduction des coûts des sinistres pour les micro-assureurs.

[1] Les références à Microcare sont issues de l'expérience personnelle des auteurs.

1 Retour sur la prévention des sinistres

L'examen du profil d'un assureur multi-branche classique il y a trente ou quarante ans nous aurait montré que la prévention des sinistres était alors affectée au service des assurances commerciales et professionnelles. Les spécialistes de la prévention des risques, généralement des ingénieurs, occupaient une place centrale dans le processus d'assurance des locaux et des biens professionnels, notamment les immeubles de bureaux et les usines. Cela est encore vrai aujourd'hui. Les spécialistes de la prévention des sinistres travaillent en étroite collaboration avec les courtiers pour définir les niveaux des primes.

La mission du courtier est d'analyser, d'estimer et de tarifer l'exposition au risque pour une garantie donnée. Le spécialiste de la prévention des sinistres évalue les méthodes et procédures mises en place par l'organisme dans le cadre de la gestion des risques, conseille le client quant aux améliorations nécessaires et communique les informations au courtier qui les utilise pour comprendre et tarifer les primes. Les recherches et l'analyse portant sur la couverture sont faites en internes ; la prévention des sinistres, réalisée sur le terrain, constitue finalement les « yeux et les oreilles » du courtier.

Au fil des ans, les assureurs se sont également intéressés à la prévention des sinistres dans la branche de l'assurance des particuliers, mais la plupart ne l'ont pas présenté de la sorte. La responsabilité est généralement intégrée aux fonctions marketing et de communication d'entreprise. Régulièrement, on vante les mérites d'une conduite sûre qui permettrait de réduire les sinistres automobiles, ceux des détecteurs de fumée et des mesures de sécurité, recommandés pour les titulaires de contrats d'assurance habitation, ou encore ceux d'un régime alimentaire équilibré et d'une bonne hygiène de vie, associés à des mises en garde contre les méfaits du tabac, destinés aux titulaires de contrats d'assurance-vie.

Plus les titulaires des contrats conduisent prudemment, mieux leurs maisons sont protégées contre les incendies et les cambriolages et meilleure est leur hygiène de vie, moins l'assureur aura de sinistres à dédommager et plus il sera capable de maintenir le coût de l'assurance bas. Quelle logique imparable ! Il s'agit purement et simplement de prévention des sinistres, et cet aspect ne contribue pas moins à maintenir les primes à un niveau bas que de s'assurer qu'une usine est aux normes ou qu'un immeuble de bureaux est bien entretenu.

« C'est bon à savoir », nous diront les acteurs de la micro-assurance, « mais en quoi est-ce pertinent dans notre cas ? »

2 Faire converger les intérêts

La micro-assurance englobe en majeure partie une gamme de produits issus des branches de l'assurance-vie et de l'assurance maladie. En effet, vivre longtemps et en bonne santé ne se résume pas à veiller à se tenir à bonne distance de toute substance nocive, mais consiste à éviter les dangers dissimulés dans l'air, l'eau et la nourriture, ainsi qu'à adopter une bonne hygiène de vie. Alors que de nombreuses maladies ont pris une dimension planétaire, les communautés locales restent les mieux placées pour gérer la priorité que constitue la prévention. Les micro-assureurs, quelle que soit leur taille, peuvent donc tenir le rôle essentiel d'acteurs « professionnels » dans les communautés qu'ils desservent et peuvent fournir un effort constant de promotion de l'hygiène et d'autres facteurs de « bonne santé » parmi leur clientèle.

La pauvreté ne se caractérise pas nécessairement par une mauvaise santé. La prévention des sinistres et la promotion d'une bonne santé peuvent devenir des éléments centraux de l'éducation de la clientèle, qui est elle-même l'un des objectifs principaux de la stratégie marketing d'un micro-assureur. Outre faire la promotion d'une bonne hygiène de vie afin de prévenir les maladies non transmissibles, les prestataires de micro-assurance pourraient s'inspirer de la lutte contre le VIH/SIDA et essayer de sensibiliser leur clientèle à trois points : comment les pandémies se forment, comment les prévenir et comment endiguer leur développement.

D'après un consultant ayant collaboré avec un grand nombre de systèmes de micro-assurance :

Outre une hygiène discutable et un régime alimentaire inadéquat, le plus grand risque sanitaire auquel sont confrontées les populations pauvres est de ne pas bénéficier de soins adaptés. Le soutien apporté par un micro-assureur à des mesures de santé publique peut considérablement contribuer à réduire ce risque pour les plus démunis. Par exemple, SEWA Health en Inde a travaillé à l'amélioration de la formation des sages-femmes. Cette initiative a eu pour conséquence de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, baissant ainsi les coûts des sinistres du programme d'assurance. Dans la branche de l'assurance maladie, l'accessibilité des soins primaires, associée à des stratégies de promotion de la santé, permet de réduire les coûts des sinistres et d'améliorer la santé et la productivité de la clientèle. Je n'ai jamais vu un programme de micro-santé réussir sans s'être doté de mesures de promotion de la santé.

L'un des effets secondaires bénéfiques de ces programmes de prévention est qu'ils aident les organismes populaires à nouer des relations de travail

solides avec des assureurs établis, qui formulent déjà le souhait d'étendre leur responsabilité sociale au-delà de leur clientèle existante. De plus, les micro-assureurs doivent reconnaître qu'ils ne sont pas les seuls à qui la prévention des sinistres profite. Dans une approche globale gagnant-gagnant, les partenariats avec des ONG spécialisées dans la santé, ou avec les programmes de vaccination menés par les gouvernements, peuvent contribuer grandement à atteindre des objectifs communs *(voir encadré 60)*.

Encadré 60

Du point de vue social

Négliger l'importance de la prévention mène invariablement à ce que certains soient touchés par la maladie ou blessés, mais le poids financier repose en définitive sur les épaules de tous. Les frais médicaux n'affectent pas seulement les revenus des victimes et de leur famille, mais également ceux de leur employeur et de leur assureur. Les soins et la guérison génèrent des coûts pour la communauté et les institutions publiques, que le gouvernement répercute ensuite sur les contribuables.

L'aide á la prévention et sa mise en place nécessitent d'adopter un point de vue social et une action collective. Les micro-assureurs peuvent faire partie intégrante de partenariats rassemblant divers organismes et agences gouvernementales déjà engagés dans des campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA par exemple, ou favorisant l'utilisation de moustiquaires dans la prévention de la malaria et creusant des puits donnant accès à une eau potable et propre. Un programme de vaccination communautaire peut constituer un bon point de départ. Les études de cas en donnent quelques exemples :

– **Seguro Basico de Salud** (SBS), en Bolivie, et **Seguro Integral de Salud** (SI), au Paraguay, soutiennent activement les programmes nationaux de vaccination en incluant certains vaccins dans leurs paquets de prestations.
– Plusieurs systèmes basés sur la communauté en Afrique de l'Ouest ont mis en place un programme de vaccination obligatoire des nouveau-nés. Ceux qui ne sont pas vaccinés ne sont pas couverts s'ils sont touchés par des maladies figurant dans le programme de vaccination.
– **UMSGF** en Guinée met au point des « partenariats [officiels] avec des programmes proposant des mesures de prévention efficaces pour les maladies couvertes, en particulier la malaria et le VIH/SIDA ».

La protection de l'environnement, qui attire l'attention croissante des professionnels de l'assurance et de la réassurance, est étroitement liée à la prévention des sinistres en matière d'assurance-vie et d'assurance maladie. Un environnement médiocre ne se contente pas d'avoir un impact négatif sur la santé des populations, mais peut également entraîner un changement climatique et provoquer des sinistres catastrophiques (une sécheresse par exemple). L'environnement ouvre des pistes de réflexion, notamment comment l'écologie peut-elle réduire les sinistres, et plus particulièrement, comment une meilleure protection de l'environnement pourrait-elle à long terme contribuer à stopper le changement climatique.

3 Identifier les besoins de prévention

Alors que les assureurs non-vie ont grandement contribué au fil des années, grâce à leurs spécialistes de la prévention des sinistres, à améliorer les systèmes et les normes de sécurité pour les biens assurés et le transport de biens, et à renforcer la sécurité de leurs assurés en voiture et celle de leur habitation, on ne peut pas dire la même chose des compagnies d'assurance-vie et d'assurance maladie (sauf pour s'être rapidement associées à la lutte anti-tabac). Elles n'ont jamais fait preuve d'un enthousiasme démesuré pour la prévention des sinistres.

Tous les accidents et sinistres ont un lien de cause à effet sous-jacent. Même les catastrophes naturelles, comme les sécheresses, les inondations, les tornades et les ouragans, auraient une origine commune : le changement climatique. Prévenir un sinistre ne devrait donc pas être insurmontable une fois que l'on en a identifié la cause.

Les spécialistes de la prévention des sinistres ont façonné leur discipline dans le secteur des assurances de biens en se concentrant sur les causes des accidents industriels et en trouvant des solutions permettant d'y remédier. Les compagnies d'assurance-vie et d'assurance maladie peuvent faire de même. Le tableau 31 en donne une illustration en analysant un incendie industriel, une blessure, une maladie contagieuse et une maladie non transmissible. La colonne concernant la prévention des sinistres indique pour chacun de ces événements une mesure corrective. Toutes exigent une meilleure formation et une plus grande sensibilisation des sujets. C'est là que résident les clés de la prévention des sinistres en micro-assurance : conseiller et éduquer les clients afin qu'ils sachent prendre soin d'eux-mêmes, de leur famille et de leurs biens.

Tableau 31

Prévention des sinistres dans les secteurs de l'assurance-vie et non-vie

Élément à l'origine d'un sinistre	*Impact/ risque*	*Vecteur/ faille dans le système*	*Élément déclencheur*	*Interaction/danger*	*Champ de prévention des sinistres/activité de contrôle*
Incendie	Usine textile	Négligence d'un employé	Mégot de cigarette allumé jeté au mauvais endroit	Le feu de la cigarette se propage aux fibres de coton	Formation des employés, installation de détecteurs de fumée, extincteurs automatiques, alarme incendie, systèmes d'extinction au CO_2
Fracture crânienne	Homme	Maîtrise de l'énergie mécanique	Vitesse, dérapage de la moto	Accident	Sensibiliser à l'adoption d'une conduite sûre, au code de la route, au respect d'une conduite routière disciplinée, au port du casque
Malaria	Homme	Vulnérabilité aux infections	Moustique	Piqûre	Faire connaître les gîtes larvaires des moustiques, éliminer l'eau stagnante des puisards, réaliser des fumigations, utiliser des moustiquaires et autres répulsifs
Cancer des poumons	Homme	Le corps ne supporte pas l'inhalation de fumée	Consommation de tabac régulière et excessive	Endommagement croissant des poumons	Sensibiliser aux effets toxiques du tabagisme et aux méthodes permettant de venir à bout de l'addiction

Source : d'après Thomas, 2004.

Une telle entreprise peut en apparence sembler superflue aux micro-assureurs qui tentent autant que possible de maintenir la tête hors de l'eau. Toutefois, une approche holistique de l'activité (pas du seul point de vue des revenus, mais également de celui de la viabilité de l'institution) leur montrerait que la prévention des sinistres est un vecteur de viabilité. L'avantage évident que l'on peut en tirer à court terme est la réduction de la fréquence et de la gravité des sinistres et donc un meilleur contrôle des dépenses de l'assureur. Mais son réel atout est qu'elle protège les revenus de l'assureur sur le long terme : elle permet aux clients de l'assureur de rester productifs et en bonne santé, ainsi l'organisme est-il sûr de conserver sa base de clientèle.

JA Zenchu, la centrale syndicale des coopératives agricoles du Japon, a depuis longtemps compris la valeur de ce service en apparence superflu, mais qui, en réalité, offre une valeur ajoutée à l'entreprise comme au client. Sa chaîne de coopératives multi-branches implantées dans des communautés rurales fournit un service populaire de conseils pour « vivre mieux », en plus de ses domaines d'activité principaux : la vente de produits agricoles, l'approvisionnement en intrants de production, l'assurance crédit et la mutuelle d'assurance, et des conseils agricoles. Ces recommandations pour vivre mieux prodigués aux membres et à leur famille englobent les aspects suivants : santé, conseils en matière d'hygiène de vie, gestion du budget du foyer, activités de loisirs et achats groupés de produits de première nécessité de bonne qualité.

La promotion et la prévention de la santé ont encore bien du chemin à parcourir dans les pays en développement. En effet, le champ d'action qui pourrait être pris en charge par les compagnies d'assurance-vie et d'assurance maladie dans ce domaine diverge grandement selon qu'elles interviennent sur les marchés des pays développés ou des pays en développement. Les micro-assureurs disposent peut-être en ce sens d'un atout supplémentaire, puisqu'ils pourraient inciter leurs clients à faire un grand nombre de gestes très simples qui n'altèrent pas leur capacité à répondre aux besoins essentiels et pourraient même avec le temps accroître cette capacité *(voir encadré 61)*.

Encadré 61

Favoriser le bien-être

Un certain nombre de systèmes de micro-assurance, ou d'organismes apparentés, défendent activement auprès de leurs titulaires de contrats l'idée qu'une bonne hygiène de vie réduit le risque de maladie, et donc le nombre de déclarations de sinistre. Par exemple :

– **Karuna Trust** (Inde) gère des jardins de plantes médicinales dans six villages afin d'apprendre à ses clients à cultiver des herbes médicinales.
– **Bienestar Magisterial** (El Salvador) a mis en place des programmes spéciaux de dépistage du cancer, de planning familial et de soins prénatals.
– **Shepherd** (Inde) dirige des centres médicaux pour la pratique de bilans de santé. Elle gère également des centres de soins pour bétail proposant une vaccination et vermifugation gratuites. Ces centres ont également une vocation marketing et servent au recrutement de nouveaux clients.
– **Grameen Bank** (Bangladesh) a défini « 16 résolutions » que ses membres doivent réciter lors des réunions, et parmi lesquelles figurent des engagements comme « prendre soin de notre santé », « cultiver et manger plus de légumes », et « garder nos maisons et notre environnement propres ».

Les assureurs conventionnels trouvent normal de rappeler à leurs clients à quel point le stress affecte le cœur et les systèmes nerveux et digestif, de leur demander d'identifier les symptômes du stress qui tirent la sonnette d'alarme annonçant un syndrome d'épuisement professionnel, et de les inciter à s'inscrire dans des clubs de marche et des clubs de gym. Les micro-assureurs doivent de leur côté mettre l'accent sur d'autres problèmes. Pour ceux qui exercent sur le marché du bas de la pyramide de Prahalad, les initiatives de prévention des sinistres peuvent porter sur l'hygiène et la propreté, sur des idées simples comme le fait de garder une « cuisine » propre, de se laver les mains et de rincer les légumes avant de manger, permettant ainsi de prévenir certaines maladies.

4 **La prévention en pratique**

Les méthodes précises que les assureurs peuvent employer pour guider leurs clients sur le chemin de la prévention des sinistres nécessitent également d'être replacées dans leur contexte. Les organismes qui s'adressent au sommet de la pyramide peuvent mettre à disposition leur personnel et leurs salles de réunions après les heures de travail pour organiser des séances de conseil, ou créer des espaces de bien-être pour qu'ils prodiguent des conseils, une assistance et un avis professionnel. Ces mesures sont néanmoins difficilement transposables au marché de la micro-assurance.

Les initiatives de prévention destinées au marché des foyers à faible revenu sont nécessairement très différentes. Ces approches peuvent comporter les méthodes suivantes :

- **Appel à des organismes apparentés :** VimoSEWA en Inde, et Grameen Kalyan et BRAC MHIB (tous deux au Bangladesh) disposent tous d'organismes apparentés engagés dans des initiatives de santé publique, comme les infirmières et sages-femmes « aux pieds nus », qui constituent des partenaires naturels lors des campagnes de prévention *(voir encadré 4)*.
- **Utilisation de méthodes pédagogiques pour adultes non conventionnelles :** dans certains pays, le marché cible de la micro-assurance peut être analphabète ou n'avoir reçu qu'une éducation restreinte. Pour faire comprendre la prévention des sinistres à ce public, l'utilisation de techniques innovantes est de rigueur et l'on peut avoir recours par exemple à des posters illustrés *(voir illustration 21)* et à du théâtre de rue. Les conversations à but pédagogique, une technique utilisée par l'organisme Freedom from Hunger, s'appuient sur des histoires vraies qui illustrent les problèmes quotidiens auxquels est confronté le marché cible. Les débats autour de l'histoire ont plusieurs objectifs : sensibiliser les participants à un problème précis, résoudre

collectivement un problème auquel sont confrontés les membres, renforcer la cohésion des membres du groupe et les aider à prendre des mesures collectives.

Illustration 21

Illustration des « 16 Résolutions » de Grameen
Résolution 10 : nous devons boire l'eau des puits tubulaires. Si ce n'est pas possible, nous devons faire bouillir l'eau ou utiliser de l'alun.

Source : www.grameen-info.org/bank/the16.html

- **Insister sur les messages fondamentaux :** les campagnes efficaces sont menées en continu et s'appuient sur des vecteurs de communication variés, afin de s'assurer que les principaux messages sont assimilés et mènent à un changement d'attitude. À chaque réunion d'un centre de Grameen Bank, les membres récitent les « 16 Résolutions ».
- **Cibler les enfants :** l'une des façons les plus efficaces de modifier le comportement des adultes est d'éduquer les enfants, qui peuvent ensuite, par des taquineries et des câlins, inciter leurs parents à adopter des pratiques moins risquées.

Encadré 4

Prévention par l'intermédiaire d'organismes apparentés : VimoSEWA

Mainaben, une poissonnière, est membre de SEWA depuis 27 ans empruntant pour son activité professionnelle et pour son foyer. Certaines régions d'Inde ont connu il y a six ans une épidémie de peste. SEWA a mis en place un programme spécial de sensibilisation à la propreté afin de protéger les

communautés de la peste. Mainaben a été nommée organisatrice et chargée de promouvoir la propreté dans la communauté de Chamanpura. Elle a expliqué à la population locale comment garder les maisons propres et elle a adressé une pétition au conseil municipal et à l'État demandant l'organisation du ramassage des ordures. Le conseil municipal a été si agacé par ses constantes pétitions et ses menaces d'organiser des manifestations à son encontre, qu'il a même envoyé une fois la police afin de l'intimider. Mainaben a toutefois fini par l'emporter : de nouvelles poubelles ont été fournies et un ramassage régulier des ordures a été organisé.

La persévérance de Mainaben a attiré l'attention de SEWA : elle a reçu une formation et a été employée comme travailleuse sanitaire. Elle est en charge d'une communauté de 200 foyers. Elle est présente au dispensaire de SEWA de 10h30 à 13h00. De 13h30 à 16h00, elle fait la tournée du quartier. Elle rend visite à chaque foyer au moins une fois par semaine. Elle fournit des informations sur la prévention des maladies, des médicaments de base aux membres de SEWA (au prix de deux roupies pour les enfants et de quatre roupies pour les adultes), fait des rapports aux médecins et aux hôpitaux et suit les patients.

Mainaben encourage chacun à souscrire une assurance maladie. Elle tente de convaincre les femmes d'adhérer au programme de dépôt fixe. Si elles n'en ont pas les moyens, elle essaie de les convaincre de payer des primes annuelles. Quelques femmes économisent avec elle pour accumuler l'argent nécessaire au dépôt fixe. Les femmes contactent Mainaben pour toutes leurs déclarations de sinistre. Les femmes de la communauté disent apprécier Mainaben et ses conseils en matière de santé. Elle a offert son assistance à la population de sa communauté pour lui permettre d'obtenir des soins de santé de meilleure qualité et avant tout plus abordables.

Source : d'après McCord et al., 2001.

- **S'appuyer sur la pression de l'entourage :** l'une des façons les plus efficaces de générer une modification durable des comportements est d'utiliser la pression exercée par les pairs au sein des groupes pour poursuivre l'incitation à adopter (ou faire appliquer) de nouvelles habitudes.
- **Offrir des bénéfices tangibles :** les modifications du comportement exigent parfois l'utilisation d'accessoires. Par exemple, SEWA a parfois fourni des parasols aux commerçants sur les marchés afin de réduire les risques d'insolation. Microcare subventionne l'utilisation sur les lits de moustiquaires traitées aux insecticides *(voir encadré 64, section 6)*. Ces bénéfices tangibles contribuent à rendre plus acceptable pour les populations démunies le concept d'assurance, par nature intangible.

5 Atténuation : savoir intervenir à temps

La prévention, par définition, précède le sinistre. Les mesures visant à minimiser l'impact du sinistre (à le réduire le plus possible) sont prises après que ce dernier a eu lieu. Toutefois, la prévention implique généralement d'anticiper ou de prévoir un sinistre. Or ce processus comporte au moins une notion d'atténuation qui revient à faire quelque chose pour limiter le sinistre prévu. Ce lien peut expliquer partiellement pourquoi les deux termes sont souvent utilisés comme des synonymes dans le domaine de la gestion du risque. Si l'on met de côté la sémantique, on constate que mieux les assureurs préparent le titulaire d'un contrat à réagir rapidement et efficacement à un revers, mieux l'individu et l'organisme font face au sinistre.

Le concept d'atténuation est particulièrement important dans le domaine de l'assurance maladie. Thomas (2004) décrit comment les séquelles d'une maladie ou d'une blessure peuvent être minimisées grâce à une meilleure gestion du temps et des processus entre le moment et le lieu de survenance du sinistre et l'admission à l'hôpital. La plupart des étapes qu'il décrit (comme l'appel d'urgence d'une ambulance et l'intervention rapide des secouristes) sont destinées à des assureurs disposant de gros moyens et dotés d'une clientèle plus riche. Mais elles peuvent donner aux organismes impliqués dans la micro-assurance une meilleure idée de la façon d'appréhender l'atténuation. Certaines de ces mesures pourraient être ajustées ou revues à la baisse pour cadrer avec le budget, les ressources et les contacts dans les communautés accessibles aux micro-assureurs.

Voici quelques aspects essentiels d'atténuation des sinistres :

- **Savoir identifier les maladies est crucial.** Les assurés doivent être capables de reconnaître leurs maux et les signaux d'alarme lancés par leur corps. Ils doivent connaître les choses à faire et à ne pas faire en cas de maladie et prendre des mesures empêchant toute aggravation de cette dernière.
- **Une bonne information est indispensable à la prise de bonnes décisions.** Les titulaires de contrats disposant des bonnes informations sont mieux préparés. Ils doivent recevoir des brochures mentionnant les adresses et les numéros de téléphone des médecins, des centres de traumatologie et des hôpitaux spécialisés, ainsi que des informations détaillées concernant les formalités d'admission.
- **Aider quand c'est nécessaire.** En cas d'urgence, les titulaires de contrats non préparés ne savent rien faire d'autre que se tordre les mains de désespoir. Même des personnes d'ordinaire réactives et efficaces peuvent être prises de

panique et se trouver incapables de prendre les bonnes décisions. Un service d'assistance téléphonique 24h/24 permettrait :

· de guider pas à pas les titulaires de contrats,
· de localiser le service d'ambulance le plus à même d'intervenir,
· de les diriger vers les interlocuteurs médicaux appropriés et
· de prévenir l'hôpital de l'arrivée du patient.

– **Créer ses propres infrastructures.** En se regroupant, les assureurs peuvent mettre en place une infrastructure de services fournissant une éducation, des conseils, et créant des liens avec les hôpitaux et les centres médicaux apparentés, ainsi qu'avec des unités de soins mobiles de traumatologie.

Bien qu'il soit impossible d'empêcher une catastrophe naturelle, il est possible d'en minimiser les effets sur la population assurée en la préparant à ce type d'événement. Les assureurs japonais ont ouvert la voie en développant des techniques de sensibilisation de la population générale aux catastrophes et à la façon de s'y préparer *(voir encadré 63)*.

Encadré 63 **Faire face aux catastrophes : l'expérience japonaise**

Le tremblement de terre de Kobe, au Japon, a donné lieu à une vague d'esprit civique, des familles mettant très rapidement en place des actions au sein de la réponse collective à cette crise. Il n'y a peut-être là rien d'extraordinaire si l'on considère que l'un des traits distinctifs de la société japonaise est la puissance de ses coopératives, y compris des coopératives d'assurance. Zenrosai, la fédération nationale des coopératives d'assurance des ouvriers et des consommateurs, a aidé les victimes en leur fournissant argent, conseils, et soutien psychologique. Le syndicat japonais des coopératives de consommateurs (JCCU) a pris la tête d'un mouvement de lobbying rassemblant groupes de commerce et associations d'entreprise en faveur d'un système de sécurité national capable d'apporter du secours en cas de catastrophe.

Dans l'intervalle de temps, les actions d'atténuation de l'impact des catastrophes sont restées centrées sur la famille. L'association générale des assureurs japonais a mis au point un programme destiné aux élèves des écoles primaires et visant à les sensibiliser aux catastrophes et à accroître leur capacité à les affronter. Cet outil pédagogique interactif ne se contente pas de livrer des informations, il a également une dimension ludique pour les enfants. On leur explique d'abord le principe qui sous-tend cette activité, puis ils sont répartis en petits groupes avant de partir faire le tour de leur ville. Les enfants se rendent dans les infrastructures qui jouent un rôle essentiel en cas de catas-

trophe, comme les postes de police et les hôpitaux et parlent avec les personnes qui y travaillent. Une fois rentrés en classe, les enfants dessinent une carte des infrastructures importantes de leur ville en cas de catastrophe et décorent la carte à l'aide de photographies et des dépliants recueillis durant leur sortie.

Le tremblement de terre de Kobe a également généré un regain d'intérêt pour la couverture des catastrophes naturelles. Zenrosai et une autre coopérative d'assurance, Zenkyoren (fédération nationale des assurances mutualistes des coopératives agricoles), l'un des plus grands assureurs au monde en termes d'actifs, comptent désormais plus de 15 millions de contrats couplés à une assurance contre les catastrophes naturelles. Les contrats proposés par ces coopératives sont des « contrats multi-niveaux », dans le cadre desquels les dédommagements de l'assurance sont gradués ou augmentés selon le coefficient de dégâts.

Source : d'après l'association générale des assureurs japonais et les sites Internet de Zenrosai et Zenkyoren.

6 Évaluer le retour sur investissement de la prévention

Comment un micro-assureur doit-il procéder pour déterminer quelle mesure de prévention est nécessaire, quel est son degré d'utilité, et si elle soutient la comparaison avec d'autres mesures pouvant être prises ? En règle générale, cet exercice se résume à un processus en quatre étapes :

1. **Identifier les tendances dominant les déclarations de sinistre :** la première étape se résume à de la simple gestion d'assurance c.-à-d. surveiller les déclarations de sinistre afin d'identifier d'éventuels modèles récurrents ou tendances dans les causes de décès, les types de maladies ou tout autre risque ou danger.
2. **Développer des stratégies de prévention :** si des tendances se dessinent parmi les déclarations de sinistre, lesquelles d'entre elles peuvent être contrôlées par quel type de programme de prévention ? L'assureur est-il apte à mettre en place les mesures proposées ? Quel est le coût de ces mesures et quel est le retour attendu en termes de réduction des déclarations de sinistre ?
3. **Mettre en place des activités de prévention :** si certaines mesures paraissent rentables, les ressources humaines et financières nécessaires doivent être définies et les activités mises en place.

4. **Surveiller les résultats :** pour pouvoir justifier ses investissements dans la prévention, l'assureur doit constater une réduction proportionnelle des déclarations de sinistre. Le programme a-t-il provoqué une baisse des sinistres ? C'est plus ou moins de cette façon que Microcare a procédé en Ouganda, comme l'illustre l'encadré 64. En évaluant l'efficacité d'une mesure de prévention, le micro-assureur devrait tenir compte de l'impact intangible sur l'activité en termes de marketing et de publicité, et ne pas se limiter au seul bénéfice tangible apporté par la baisse des coûts des sinistres.

Encadré 64

Microcare : utiliser des moustiquaires traitées aux insecticides pour réduire les déclarations de sinistre liées à la malaria

Microcare est un organisme de micro-assurance unique en son genre, qui d'un organisme à but non lucratif a évolué pour devenir une compagnie d'assurance à part entière spécialisée dans l'assurance maladie en Ouganda. Microcare se concentre sur le marché des ménages à faible revenu, piochant dans les secteurs formels et informels et couvrant les zones urbaines et les zones rurales. Microcare s'est fixé pour objectif d'offrir un « accès abordable à des soins de santé de qualité ».

La malaria est une maladie endémique présente sur tout le territoire de l'Ouganda et celle qui touche le plus la clientèle de l'assurance maladie de Microcare, en particulier dans les zones rurales. Additionnés, les coûts des indemnisations versées par Microcare pour la malaria sont supérieurs aux indemnisations versées pour toutes les autres maladies. Pire encore, le coût du traitement contre la malaria en Ouganda est amené à augmenter en raison de la résistance croissante à la chloroquine. La chloroquine est le traitement communément utilisé contre la malaria le moins onéreux du marché et coûte moins de 1 $US pour un traitement complet. La résistance au médicament a contraint le Ministère ougandais de la Santé à modifier ses recommandations concernant le protocole de traitement de première intention et préconise désormais des traitements basés sur des composés de l'Artemether associés à un autre médicament (afin d'endiguer l'émergence rapide d'une résistance à l'Artemether). Ces associations à base d'Artemether coûtent près de 7 $US par traitement.

En Ouganda, la forme la plus répandue de la malaria est falciparum, la plus dangereuse, susceptible d'entraîner un neuropaludisme et la mort, en particulier chez les sujets non immunisés (par ex. les enfants). Le paludisme à P. falciparum conduit fréquemment à une hospitalisation s'il n'est pas traité rapidement aux stades précoces. L'épidémiologie de cette maladie est rendue plus complexe par l'émergence permanente de nouvelles souches contre lesquelles les populations locales ne sont pas immunisées. L'insecte vecteur de cette maladie, l'anophèle femelle, pullule en Ouganda, particulièrement

durant la saison des pluies. Ce facteur, combiné à l'émergence de nouvelles souches, provoque des épidémies saisonnières sporadiques de cette maladie déjà pandémique.

L'utilisation de moustiquaires traitées aux insecticides est une mesure de prévention de la malaria très répandue et ayant fait l'objet de nombreux rapports. Ces moustiquaires sont généralement traitées à l'aide de composés à base de perméthrine (un dérivé des fleurs de pyrèthre). Les moustiquaires peuvent être traitées en incorporant dans la maille des formes à action prolongée de l'insecticide au cours de la fabrication du tissu. L'insecticide se dégage alors lentement au cours des deux à trois années d'utilisation de la moustiquaire. Le traitement peut également consister à immerger les moustiquaires dans une solution d'insecticide après le lavage.

Agissant comme une barrière physique, la moustiquaire empêche les moustiques d'entrer en contact avec les dormeurs et de les piquer. La moustiquaire est traitée aux insecticides : lorsque les moustiques sont attirés par une potentielle victime humaine, ils se posent sur la surface extérieure de la moustiquaire. Lorsqu'ils sont posés sur la moustiquaire, les moustiques absorbent une dose d'insecticide qui les tue ou les affaiblit considérablement. Les anophèles ne piquant généralement pas leurs victimes durant la journée, les moustiquaires traitées installées sur les lits contribuent grandement à endiguer l'épidémie de malaria. Les populations restent toutefois vulnérables le soir avant d'aller se coucher et le matin au lever : une limite inévitable de l'efficacité des moustiquaires dans le cadre de la prévention de la malaria. En Ouganda, une moustiquaire traitée pour lit double coûte environ 6 $US.

Microcare a déjà commencé à fournir à ses clients des zones rurales des moustiquaires traitées aux insecticides subventionnées (à moitié prix). La logique sous-tendant la subvention de moustiquaires (plutôt qu'une distribution gratuite) part du principe que les populations leur accorderont davantage de valeur si elles les ont payées, et qu'elles seront plus susceptibles de les utiliser correctement si elles leur accordent de la valeur.

Ses clients subissant généralement plus d'un accès palustre par an et sachant que plus d'une personne dort sous une moustiquaire pour lit double, l'argument économique est irréfutable : une subvention de 3 $US visant à éviter que deux personnes ou plus ne soient touchées par une maladie occasionnant des crises fréquentes, dont le traitement coûte 7 $US, selon les nouvelles recommandations appliquées. Ces moustiquaires qui devraient résister pendant plusieurs années sont devenues un véritable outil marketing pour Microcare.

Il est à ce jour (soit six mois après le début du programme de subvention des moustiquaires) difficile d'évaluer précisément l'impact de cette mesure, car il est nécessaire de laisser s'écouler une année complète d'intervention

pour pouvoir prendre en compte les variations saisonnières dans l'étude épidémiologique. On a néanmoins déjà pu constater l'enthousiasme de la clientèle pour ces mesures préventives. La prévention contribue à invalider l'argument selon lequel « J'ai payé ma prime, mais je n'ai pas été malade », car alors l'assureur peut répondre : « Si vous n'avez pas été malade, c'est grâce à notre programme de prévention ! ».

Microcare se tourne désormais vers l'élaboration de programmes visant d'autres maladies pouvant faire l'objet de mesure de prévention et d'éducation. Les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH/SIDA), les maladies transmises par l'eau et liées à l'hygiène et les maladies touchant généralement les sociétés occidentales, comme l'obésité et l'apparition successive de diabète (de type II) chez l'adulte, font toutes l'objet d'une réflexion active de la part du service de prévention de la santé de Microcare, qui conçoit actuellement les supports de formation adéquats.

Le programme simple mis en place par Microcare, ainsi que ceux présentés dans les encadrés 60 et 61, démontrent qu'une série de programmes de contrôle des sinistres à la fois simples et efficaces peuvent être mis en œuvre dans des contextes locaux très variés, éventuellement en partenariat avec d'autres organismes et agences gouvernementales.

Dans le secteur de l'assurance classique, il est relativement aisé de chiffrer une mesure de contrôle des sinistres dans la branche des dommages matériels. Si un assureur de biens prévoit un million de déclarations de sinistre automobile pour le remplacement de pare-brise sur une année, et si un atelier automobile partenaire accorde une réduction de trois dollars sur chaque pare-brise, l'assureur économise 3 millions de dollars, moins les coûts générés par un programme de communication permettant de s'assurer que toutes les succursales exigent du demandeur qu'il aille effectuer ses réparations dans cet atelier automobile. Toutefois, comment un assureur peut-il définir la valeur d'une mesure de prévention destinée à réduire le coût des sinistres liés à une maladie ou à une blessure ? Avec son utilisation de données chiffrées comparatives relatives aux sinistres survenus avant et après la mise en œuvre du programme, le programme Microcare en Ouganda fait figure de modèle pour les micro-assureurs. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'évaluer la rentabilité d'un certain nombre de programmes, en particulier dans le but de choisir celui qui sera le mieux adapté, le calcul devient complexe, et des spécialistes, comme des statisticiens et des actuaires, doivent être sollicités.

7 Conclusions

Les principaux éléments et recommandations de ce chapitre sont les suivants :

- Le contrôle des sinistres s'articule autour de deux éléments clés : la prévention des sinistres et leur atténuation.
- La prévention des sinistres a évolué pour devenir une discipline professionnelle dans l'assurance de biens et son développement a eu pour conséquence directe la diminution des risques et l'amélioration des normes de sécurité, ainsi que la réalisation d'économies tant au niveau des coûts des indemnités pour les assureurs, qu'au niveau des primes pour les assurés.
- Les compagnies d'assurance-vie et d'assurance maladie peuvent également en tirer des bénéfices alors que de nouvelles menaces de pandémies et risques environnementaux planent sur notre planète.
- Les micro-assureurs peuvent ajuster les mesures de prévention et d'atténuation des sinistres appliquées à l'industrie et tirer profit de l'aide apportée aux titulaires de contrats visant à prévenir les maladies et à mieux les préparer à faire face efficacement à un imprévu d'ordre médical. Ces mesures contribuent à réduire les coûts aussi bien pour les assurés (primes moins élevées) que pour l'assureur (moins de déclarations de sinistre).
- Un vaste éventail de programmes de contrôle des sinistres, à la fois simples et efficaces, peuvent être mis en œuvre par les micro-assureurs dans des contextes locaux très variés, éventuellement en partenariat avec d'autres organismes et agences gouvernementales.
- Pour calculer la valeur et la rentabilité des mesures de prévention, les micro-assureurs peuvent analyser attentivement les données comparatives relatives aux sinistres survenus avant et après la mise en œuvre d'un programme de prévention.
- La prévention des sinistres peut apporter la preuve que l'assurance ne consiste pas simplement à collecter de l'argent et à indemniser les assurés. Il s'agit d'un outil complet destiné à protéger et à prendre soin de la population.

3.10 Indicateurs de performance et benchmarking

Denis Garand et John Wipf[1]

Les auteurs tiennent à remercier Alexia Latortue et Aude de Montesquiou (CGAP), ainsi qu'Ellis Wohlner (Consultant pour SIDA), pour leur contribution à ce chapitre et leurs suggestions.

La micro-assurance a la capacité d'apporter aux plus démunis la protection dont ils ont besoin. La récente émergence de la micro-assurance donne l'occasion à l'industrie de l'assurance d'acquérir des compétences nouvelles ou d'approfondir des compétences existantes, comme le développement de mécanismes de distribution à faible coût permettant une réelle expansion du marché. Une série de points de référence raisonnable, prenant la forme de normes opérationnelles et d'indicateurs de performance, peut constituer un excellent guide pour les dirigeants d'institutions de micro-assurance s'inscrivant dans un processus d'amélioration permanente et de culture de l'excellence.

Pour les compagnies d'assurance expérimentées par exemple, les agences de notation et les autorités de régulation utilisent des ratios clés appliqués à l'assurance afin de surveiller et repérer les compagnies risquant la faillite. Cela permet d'intervenir à temps et de pouvoir espérer sauver la compagnie d'assurance. De la même façon, de nombreuses compagnies d'assurance utilisent des points de référence de performance industriels pour dresser des comparaisons entre elles-mêmes et leurs concurrents, ce qui les aide à identifier les points demandant à être améliorés. Une série d'indicateurs pertinents associée à des valeurs de référence communément appliquées dans la profession (normes de performance) peut servir de repère aux gestionnaires, aux conseils d'administration et aux autres parties prenantes, et les aider à s'assurer que la compagnie reste solvable et que ses performances poursuivent une évolution favorable.

Le développement d'indicateurs clés de performance pour la micro-assurance et la publication régulière des performances de tous les systèmes de micro-assurance participant sur la base d'une série définie de points de référence doivent devenir une priorité, car ils contribuent à l'expansion d'un marché de la micro-assurance solide, transparent et de grande envergure. Les

[1] Les références à Bungwe (Rwanda), TYM et Dong Trieu (Vietnam), Confederation Life (Canada) et à l'industrie d'anticipation des besoins aux Philippines sont issues de l'expérience des auteurs.

normes de performance sont des objectifs opérationnels qui aident un micro-assureur dans sa quête de viabilité, alors que les indicateurs servent à mesurer le degré d'accomplissement des normes établies. Ces indicateurs, à la fois qualitatifs et quantitatifs, doivent s'intéresser en priorité aux chiffres clés, car ceux-ci permettent une évaluation rapide de l'organisme. Ils doivent couvrir l'ensemble de l'éventail des activités, y compris le marketing et la distribution, les placements et la gestion des risques. Les dirigeants devraient mesurer les performances de leurs activités et les comparer à celles d'organismes similaires au moins une fois par an. Les bailleurs de fonds peuvent également vouloir évaluer la situation actuelle d'un partenaire par rapport aux autres organismes du secteur.

Le principal objectif de ce chapitre est d'aborder certains des indicateurs majeurs devant être pris en considération. Ce chapitre vise également à comprendre pourquoi les indicateurs sélectionnés sont utiles à l'évaluation de l'état général d'un programme de micro-assurance et met en évidence les points nécessitant d'être développés. Afin de garantir leur utilité et leur souplesse d'utilisation, il ne faudrait retenir que cinq à douze indicateurs clés. Si d'importants problèmes sont identifiés, les dirigeants peuvent alors creuser davantage en utilisant des indicateurs plus détaillés conçus pour mettre en évidence des problèmes particuliers.

La mise en œuvre de la micro-assurance variant considérablement selon le pays, ses cultures et les secteurs affiliés, les indicateurs étudiés ici sont destinés à couvrir la plupart des situations et à s'appliquer à la micro-assurance en général, en d'autres termes à un système composé d'un ou de plusieurs des acteurs suivants : un agent de distribution d'une compagnie d'assurance, un prestataire de services, un tiers opérateur de services, une compagnie d'assurance ou un organisme de micro-assurance autonome.

Le postulat de départ considère qu'un organisme proposant des prestations de micro-assurance a tout intérêt à comprendre tous les aspects du programme d'assurance et aspire à sa viabilité à long terme. Ce chapitre étudie les indicateurs de quatre domaines clés : 1) marketing et distribution, 2) gestion financière et viabilité, 3) efficience et valeur pour les clients et 4) gestion des placements.

1 Marketing et distribution

L'efficacité du marketing et de la distribution est l'un des impératifs essentiels à la pérennité d'un système de micro-assurance. Sans un marketing efficace, l'organisme a peu de chance d'atteindre ou de conserver la masse critique indispensable à sa survie. Un marketing réussi dépend, quant à lui, grandement de la satisfaction du client vis-à-vis des services fournis et de la qualité perçue

des produits. On retrouve dans cette catégorie trois taux clés : la participation, le renouvellement et la persistance.

Indicateur de l'efficacité du marketing, le **taux de participation** correspond au pourcentage de membres éligibles au sein d'une population cible participant à un programme de micro-assurance à un moment donné.

Taux de participation = *nombre total de membres/membres éligibles de la population cible*

L'idéal serait qu'une très grande partie de la population cible participe volontairement au programme de micro-assurance. Ce type de scénario indique généralement que la population a accepté le concept de mise en commun des risques et des ressources. Cela laisse également supposer que ces participants ont une bonne compréhension des prestations et savent comment obtenir les indemnités.

Au Rwanda, le système de micro-assurance maladie Bungwe, lancé en 2001, obtint un taux de participation de 24 % la première année. Ce taux a augmenté chaque année, avant d'atteindre en 2005 un niveau historique avec 95 % de la communauté participant au système. Ce système était viable dès sa première année d'existence. Le succès de ce programme peut être dû au fait que les clients ont compris sa vocation solidaire et ont su percevoir la valeur de ce système, qui donne accès au centre médical du village et aux services d'ambulance, mais il est probablement également dû au fait que les personnes en charge du développement de ce projet ont été parfaitement en phase avec les besoins de la population.

Inversement, seuls 10 % des membres des unions de crédit ciblés par TUW SKOK en Pologne souscrivent aux services facultatifs de l'assureur. Ce faible taux de participation peut traduire un manque d'attractivité des gammes de produits pour la plupart des membres ou indiquer que les membres considèrent que les produits et les services de la compagnie présentent un mauvais rapport qualité-prix, ou encore que les compétences marketing du réseau de distribution sont insuffisantes. Quoi qu'il en soit, les dirigeants devraient prêter attention à un indicateur aussi bas et essayer de comprendre pourquoi le système est incapable d'attirer un plus grand pourcentage de son marché cible.

L'une des méthodes permettant d'atteindre un taux de participation élevé est de rendre la couverture obligatoire. Cela n'est possible que dans un certain nombre de cas, par exemple pour les emprunteurs d'une IMF ou si les membres d'une coopérative votent l'obligation de souscrire une assurance lors de leur réunion générale, mais il est pratiquement impossible d'imposer ce type d'obligation dans un système communautaire. CARD aux Philippines exige

de ses emprunteurs éligibles qu'ils adhèrent à la mutuelle d'assurance (CARD MBA). De la même façon, TYM et Dong Trieu au Vietnam imposent aux emprunteurs de leur IMF de souscrire au système de micro-assurance.

Une couverture obligatoire ne signifie pas pour autant que le micro-assureur peut relâcher ses efforts en matière de marketing. Ces produits et services doivent être vendus en continu et leur valeur doit être maintenue, sans quoi la résistance à la participation obligatoire ne fera que s'accroître. CARD semble avoir réussi ce tour de force, car de nombreux membres de la mutuelle d'assurance estiment que les produits d'assurance sont la principale raison de leur adhésion à CARD *(voir encadré 65)*. En 2004, les clients de Dong Trieu ont fait part, à l'occasion de réunions de groupe, de leur satisfaction à l'égard du programme de micro-assurance, malgré ses prestations limitées, principalement parce que les membres se sentaient honorés d'apporter leur contribution à un fonds susceptible d'aider un jour d'autres clients à faire face à des situations difficiles. Dans les deux cas, ces organismes ont remarquablement réussi à mettre en place des programmes de micro-assurance impliquant une participation obligatoire.

Encadré 65

Une grande valeur accordée à l'assurance

Dans une étude qualitative menée en 2002 par Freedom from Hunger, 12 des 27 groupes de discussion interrogés ont désigné l'assurance de MBA comme *l'élément de la gamme de produits de CARD revêtant le plus de valeur à leurs yeux*. De tels résultats vont à l'encontre des expériences recueillies dans le cadre de structures similaires dans d'autres pays dans lesquelles l'assurance obligatoire n'obtient jamais les scores de satisfaction les plus élevés pour une institution proposant des services d'épargne et de crédit, souvent en raison de sa nature intangible.

Source : d'après McCord et Buczkowski, 2004.

Le **taux de renouvellement** est un indicateur directement lié, mais s'applique spécifiquement aux produits à terme (produits dotés d'une couverture à terme fixe, par exemple un an). Ce taux est défini comme le pourcentage de clients couverts l'année précédente et autorisés à reconduire leur couverture, qui la renouvellent effectivement. Il reflète, entre autres, le niveau de satisfaction du client suite à l'achat du produit à terme.

$$\textbf{\textit{Taux de renouvellement}} = \frac{\textit{(nombre de clients de l'année X reconduisant leur assurance pour l'année X + 1)}}{\textit{(nombre de clients durant l'année X)}}$$

Le **taux de persistance** est un indicateur plus général, qui correspond au nombre de clients d'un groupe toujours titulaires d'une police à une date ultérieure, divisé par le nombre de clients de ce même groupe détenant une police durant l'année X. Ce taux a une portée plus générale que le taux de renouvellement car il s'applique à la fois aux couvertures à terme fixe et aux couvertures permanentes.

Dans le cadre de systèmes à participation volontaire, des taux de renouvellement et de persistance faibles indiquent souvent une insatisfaction du client, peut-être due à un manque de communication, à une valeur inacceptable des produits, à un règlement insatisfaisant des sinistres, etc.

Du point de vue opérationnel, des taux de participation et de persistance élevés contribuent à réduire les dépenses administratives. Cela ajoute de la valeur au produit puisqu'une plus grande proportion des primes peut être redistribuée sous forme d'indemnités, ce qui à son tour encourage une participation plus large et à plus long terme *(voir illustration 22)*. Par exemple, en Guinée, le taux de renouvellement relativement élevé de UMSGF à 81 % et son taux de participation de 30 % de la population cible contribuent à atteindre un faible ratio de dépenses de seulement 18 à 20 % des primes brutes. Ce faible ratio de dépenses permet au système de proposer des prestations plus attractives et est probablement à l'origine du fort taux de renouvellement.

Illustration 22

La logique circulaire de la fidélisation de la clientèle

En revanche, des taux de renouvellement faibles sur des périodes prolongées augmentent les coûts unitaires de l'assurance, car les frais fixes du programme doivent être répartis sur moins de contrats d'assurances, ce qui freine encore davantage la participation et la persistance puisque des dépenses élevées ont pour conséquence de réduire le rapport qualité-prix du produit. Il semble très probable que l'ambivalence de Delta Life (Bangladesh) vis-à-vis de son faible taux de persistance contribue à son ratio des dépenses élevé (même s'il s'améliore). Il est tout aussi probable que ce ratio des dépenses élevé renforce à son tour les faibles taux de persistance dus au faible rapport qualité-prix du produit.

À cette étape du raisonnement, le lecteur est susceptible de se demander « quels sont les taux de participation et de renouvellement/persistance acceptables ? » Il n'existe pas de réponse simple à cette question, car elle dépend de facteurs comme le type de système de micro-assurance, la taille de la population cible, le réseau de distribution et la durée d'existence du programme. Un système lié à une IMF, comme CARD par exemple, ne peut pas en toute loyauté être comparé à un système tel que celui de Delta Life, qui s'appuie sur des fantassins chargés de vendre des polices individuelles, si l'on ne met pas en place un mécanisme de notation standard. Cela suppose que les formules de notation utilisées pour la série d'indicateurs considérée doivent tenir compte des paramètres suivants : le type de système de micro-assurance, le temps écoulé depuis la création de ce système, ses gammes de produits, le marché cible, les réseaux de distribution, etc. Cela pourrait par exemple signifier qu'un système d'assurance maladie basé sur la communauté réalisant un taux de participation de 30 % la cinquième année recevrait une note équivalente ou meilleure que celle d'une union de crédit réalisant un taux de pénétration de 65 % la quatrième année avec un produit d'assurance-vie de crédit facultatif, commercialisé auprès d'un marché cible très restreint (ses emprunteurs).

La perception par la clientèle d'une valeur élevée du produit n'est pas le résultat d'un ratio élevé entre indemnités et primes versées, mais également de la satisfaction à l'égard du service fourni. Il est probable que les taux de renouvellement de VimoSEWA aient augmenté ces dernières années notamment en raison d'un meilleur service après-vente et de délais de règlement des sinistres plus courts *(voir tableau 32)*. En revanche, des études détaillées concernant la satisfaction de la clientèle confirmeraient probablement que le faible taux de persistance de Delta Life n'est pas sans rapport avec des délais de versement des indemnités très longs, des efforts minimes consentis au service après-vente des polices et des taux de rejet de déclarations de sinistre élevés.

Tableau 32

L'amélioration du service après-vente augmente la fidélisation chez VimoSEWA (Inde)

Période	*Taux de renouvellement (%)*	*Délai de versement des indemnités de santé (jours)*
2002	Non disponible	90
2003	48	70
2004	51	62
2005	59	59

Remarque : le délai en jours nécessaire au versement des indemnités santé est mesuré à partir de la date d'hospitalisation. Le délai moyen de soumission d'une déclaration de sinistre par un membre est de 40 jours.

Malheureusement, dans certains contextes, des taux de persistance faibles peuvent en réalité générer des bénéfices plus importants pour la compagnie. Par exemple, l'industrie de la prévoyance aux besoins aux Philippines (proposant généralement des prestations d'éducation, des plans d'épargne retraite et des services d'inhumation prépayés) tire un bénéfice important des faibles indemnités de rachat des contrats de prévoyance.[2] Certaines sociétés peu scrupuleuses adoptent une stratégie qui consiste à proposer des taux de commission très élevés à des agents individuels durant les premières années de contrat, puis à réduire considérablement les commissions à partir de la troisième année d'un plan sur cinq ou dix ans. Il en découle une vente très agressive, bien souvent à des acheteurs réticents qui résilient ensuite leurs contrats ou les laissent expirer la troisième et la quatrième année, une fois que les agents ont détourné leur attention. La société tire alors profit des résiliations prématurées car le montant exigé pour le rachat est très faible.

Ces pratiques commerciales vont manifestement à l'encontre de l'essence même de la micro-assurance. Dans certains pays, le marché des foyers à faible revenu est la proie de systèmes d'assurance malhonnêtes, ce qui a pour conséquence d'obliger les véritables micro-assureurs à déployer d'immenses efforts pour se démarquer.

2 L'industrie de l'anticipation des besoins aux Philippines est un sous-secteur spécifique de l'assurance, dans lequel les sociétés proposent des plans d'épargne basés sur les principes de l'assurance destinés à répondre à des besoins futurs (par exemple la retraite, les mariages des enfants, les frais d'inhumation, les études, etc.). Elle est actuellement régulée par la « Securities and Exchange Commission », mais une loi visant à la transférer à la Commission des Assurances est en cours d'élaboration.

2 Gestion financière et viabilité

L'un des indicateurs les plus importants est le résultat financier net ou le **revenu net** du micro-assureur, puisqu'il est le reflet de ses performances dans tous les domaines pour la période considérée *(voir tableau 33)*. Il doit être calculé net de toute subvention. Pour mesurer le revenu net, des comptes de résultats précis doivent être établis conformément à la comptabilité d'exercice[3], tenant compte de tous les frais de fonctionnement du système, de la dépréciation des équipements, des augmentations des réserves, etc.

***Revenu net** (avant subventions non permanentes) = primes reçues + revenus de placements – sinistres survenus – frais de fonctionnement – augmentations des réserves.*

L'établissement d'états financiers précis est l'une des composantes essentielles de la gestion d'un système de micro-assurance. Les résultats doivent de préférence être indiqués par gamme de produits afin d'identifier clairement les postes sur lesquels le programme gagne ou perd de l'argent. Cela nécessite une affectation correcte des dépenses sur l'exercice et par gamme de produits, ainsi qu'un calcul exact des réserves actuarielles, puisque les augmentations des réserves doivent être enregistrées comme des dépenses. La capacité à établir des comptes de résultats précis, un bilan comptable et un tableau des flux de trésorerie par gamme de produits devrait être une exigence standard pour tous les systèmes de micro-assurance et il devrait être possible de contrôler cette capacité en utilisant des indicateurs qualitatifs.

Certains produits, comme l'assurance-vie de crédit, sont généralement rentables dès la première année s'ils sont mis en œuvre correctement, alors que d'autres, comme l'assurance maladie, peuvent nécessiter plusieurs années avant de devenir rentables. Un revenu net positif sur plusieurs années tend manifestement à prouver la viabilité du système de micro-assurance, tout du moins à court terme, alors qu'un organisme cumulant des revenus nets négatifs aura le plus grand mal à survivre longtemps puisque ses capitaux et ses excédents seront érodés provoquant jusqu'à l'insolvabilité de l'organisme.

3 La comptabilité d'exercice est une méthode de mesure de la performance et de la situation d'une société identifiant les événements économiques au moment où ils surviennent, quel que soit le moment où les versements afférents ont lieu.

Tableau 33

Sélection d'exemples de revenus nets

Organisme	*Date de lancement*	*Type de produit de la micro-assurance*	*Revenu net sous forme de pourcentage des primes acquises*
CARD MBA	1994 de façon informelle, 1999 inscription formelle	Assurance-vie de crédit, assurance-vie entière, et produits d'épargne	31 (2003)
MUSCCO	1980	Assurance-vie de crédit et assurance vie-épargne	40-45 (2003 ; informations incomplètes concernant les primes acquises)
Spandana	1998	Assurance-vie et assurance hutte	20 (2003-2004)
AssEF	2003	Maladie	–24 (2004) avant subventions
VimoSEWA	1992	Assurance-vie, accident, maladie, et protection des biens	–51 (2004) avant subventions

Le montant du revenu net doit refléter les objectifs fixés par le système. Les objectifs d'un système à son lancement sont généralement de fournir un bénéfice intéressant aux participants tout en restant viable à moyen et long terme. Pour les programmes plus anciens, les objectifs peuvent toutefois devenir plus ambitieux et refléter le désir d'obtenir un retour compétitif sur les excédents et les capitaux des actionnaires ou des membres, ou de transformer le système en une compagnie d'assurance entièrement capitalisée.

Le revenu net a un impact direct sur le **ratio de solvabilité** défini ici comme le total des passifs du système de micro-assurance divisé par les actifs admis.[4] Ce résultat doit être inférieur à 1 pour que le système soit solvable du point de vue technique. Par exemple, les mutuelles d'assurance, aux Philippines, sont contraintes par la Commission des Assurances de maintenir leur ratio de solvabilité à un niveau inférieur ou égal à 0,80.

Ratio de solvabilité *= total des passifs / total des actifs admis*

4 Les actifs admis sont les actifs que l'autorité de régulation autorise à être inclus dans le calcul du ratio de solvabilité. Il s'agit généralement d'actifs de grande qualité, mais ils peuvent également englober des éléments tels que la valeur résiduelle des équipements de la société.

Le **ratio de liquidité** est également un indicateur essentiel de cette catégorie. Même si un micro-assureur affiche un ratio de solvabilité correct, il peut néanmoins avoir des difficultés à verser les indemnités et à régler ses dépenses s'il n'a pas la trésorerie ou l'équivalent de trésorerie adéquats à court terme *(voir encadré 66)*. Néanmoins, trop de liquidités signifient généralement que le système renonce à des opportunités de placements, ce qui entraîne des primes plus élevées ou des indemnités réduites pour les participants.

Ratio de liquidité *= trésorerie disponible ou équivalents de trésorerie / versements probables sous un an.*

Encadré 66

Pourquoi Confederation Life au Canada était-elle condamnée ?

Pour les compagnies d'assurance spécialisées dans le développement, l'échec est généralement dû à l'illiquidité. Confederation Life, une grande compagnie d'assurance canadienne, doit principalement son échec à la surconcentration de ses placements dans des actifs non liquides. En 1990, Confederation Life était l'une des plus grandes compagnies d'assurance-vie au Canada. La surconcentration de ses placements dans des biens immobiliers occasionna des problèmes lorsque le marché de l'immobilier alors en pleine expansion commença à s'effondrer, entraînant ainsi d'énormes pertes de valeur pour Confederation Life. Plus important encore, cela entraîna une crise de liquidités. Le 12 août 1994, les autorités de régulation déclarèrent la société insolvable. Bien des années après, les administrateurs de faillite furent à même de payer toutes les obligations impayées de l'assureur après avoir eu le temps nécessaire pour vendre les biens immobiliers de la société.

3 Efficience et valeur pour les clients

Comme nous l'avons mentionné plus haut, une perception positive de la valeur du produit est l'un des vecteurs essentiels du taux de participation, permettant au programme de rester viable. Néanmoins, un bon rapport qualité-prix ne peut être obtenu qu'avec un faible **ratio des dépenses**, qui correspond à la proportion des primes acquises sur une période donnée consommée en frais de fonctionnement au cours de la même période.

Ratios de dépenses *= frais généraux engagés / primes acquises*

Par définition, les primes de micro-assurance consistent en de petits versements prélevés fréquemment. Il en découle donc un très grand nombre de

transactions par rapport aux montants des primes, ce qui rend plus difficile de maintenir le ratio de dépenses à un niveau bas. C'est pourquoi l'organisme ne peut devenir viable que s'il utilise un système de collecte existant *(voir chapitre 3.3)*. Un programme de micro-assurance lié à une IMF, collectant les primes en même temps que les versements de remboursement de prêt de l'IMF, en est le meilleur exemple. On peut citer également l'exemple de Yeshasvini (Inde) qui collabore avec des coopératives de producteurs de lait et collecte directement les primes auprès des coopératives, qui les déduisent ensuite du produit des livraisons quotidiennes de lait des agriculteurs. Les produits facultatifs ciblant la communauté au sens large nécessitent également la mise en place de mécanismes permettant d'atteindre efficacement un grand nombre de participants, par exemple grâce à l'utilisation des groupes d'épargne et de crédit.

En règle générale, pour être efficace dans le secteur de la micro-assurance, le ratio de dépenses cible doit être inférieur à 30 % durant les premières années d'existence du système, mais tendre vers 20 % ou moins une fois que le programme est stabilisé. CARD MBA parvient à un ratio de dépenses bien inférieur à 20 % en s'appuyant sur le système de collecte de l'IMF à laquelle elle est associée. Cet objectif est beaucoup plus difficile à atteindre pour des systèmes comme Delta Life, qui proposent des produits d'assurance-vie individuels avec une collecte des primes effectuée par un personnel de terrain par porte-à-porte.

Cet indicateur peut être complété avantageusement du **ratio des sinistres sur primes**, défini comme le total des sinistres survenus divisé par les primes acquises au cours d'une période donnée. Un bon rapport qualité-prix du produit exige que la plus grande proportion possible de la prime soit restituée aux membres sous la forme d'indemnités. **Maintenir un ratio de sinistres élevé tout en restant viable est une difficile équation à résoudre pour la micro-assurance.** Cet équilibre ne peut être atteint que sur la base d'une efficacité opérationnelle maximale résultant d'un ratio de dépenses faible et en maximisant les retours sur investissement des fonds de réserve du système *(voir tableau 34)*.

Ratio des sinistres sur primes *= sinistres survenus / primes acquises*

Bien que CARD MBA affiche un ratio de dépenses inférieur à 20 %, son ratio de sinistres pour l'assurance-vie de crédit atteint près de 16 %, ce qui est extrêmement bas. Si ce faible ratio de sinistres se maintient sur la durée, de nombreux membres risquent de remettre en question la valeur du programme

d'assurance. La MBA devrait envisager soit de baisser les taux de l'assurance-vie de crédit, soit de fournir des avantages supplémentaires, car il lui est interdit de verser des dividendes et d'avoir recours à la subvention croisée des produits.

Avec son ratio de dépenses élevé (plus de 40 %) et un ratio de sinistres très bas, Delta Life remet en question l'intérêt de fournir des produits mixtes aux marchés à faible revenu : les produits mixtes individuels ne sont peut-être pas l'outil d'épargne idéal pour les populations pauvres *(voir chapitre 2.2)*.

Le **délai de versement des indemnités** est un autre indicateur devant être pris en compte dans cette catégorie : combien de jours sont nécessaires pour que le client soit indemnisé après la survenance d'un sinistre ? Un versement rapide des indemnités est un aspect important du service après-vente et de la valorisation du produit. Les modèles de micro-assurance maladie qui prévoient une prise en charge directe apportent une aide immédiate au client ; de tels systèmes obtiendraient un score très élevé selon cet indicateur.

Tableau 34

Ratios de dépenses et de sinistres pour une sélection de systèmes

Système de micro-assurance	*Ratio des dépenses (%)*	*Ratio des sinistres survenus (%)*	*Commentaires*
CARD MBA	17	16 (assurance-vie de crédit) 60 (vie entière)	CARD MBA est extrêmement efficace, mais ces gains sont insuffisamment redistribués sous forme de prestations, occasionnant une croissance rapide de son excédent. La clientèle perçoit néanmoins ce programme comme étant d'un excellent rapport qualité-prix. Un tel jugement ne peut pas perdurer indéfiniment.
Spandana	4	91	Spandana combine un faible ratio de dépenses et un ratio de versement élevé, ce qui apporte des avantages considérables à ses membres.
MUSCCO	15	40	Il apporte certains avantages à ses clients, mais une fois que le système a constitué des réserves, il doit améliorer ces avantages.
AIG Ouganda[1]	41	37	Faible valeur.
Delta Life	41	10	Le ratio de dépenses élevé combiné à un faible niveau d'indemnisation fait surgir des doutes quant à la rentabilité à long terme de ce produit.
Yeshasvini	10	140	Le ratio de sinistres est élevé car le programme a reçu une subvention du gouvernement en 2004 ; il devrait diminuer au cours de l'année à venir, car les primes ont été doublées. Le programme est trop récent pour que nous puissions évaluer sa rentabilité future.
AssEF	28	71	Avec de tels ratios, ce programme a une marge de manœuvre très limitée pour se constituer des réserves afin de se protéger de la variation des sinistres.

[1] Ces ratios ne tiennent compte que de la prime versée par les IMF à l'assureur, et non des frais supplémentaires retenus par les IMF pour régler leurs dépenses.

4 Gestion de placements

Comme nous en avons débattu au chapitre 3.6, à partir du moment où il y a accumulation de fonds, les placements doivent être gérés de façon à obtenir une optimisation de leur valeur. Une gestion inadéquate des actifs est à l'origine de la majorité des faillites d'assureurs commerciaux. Les micro-assureurs proposant des produits destinés à accumuler des actifs à long terme doivent prendre soin de gérer leurs actifs de façon très professionnelle.

Veiller à la diversification des actifs et à leur qualité est la meilleure façon de protéger son portefeuille de placements et constitue donc à cet égard des indicateurs essentiels à la mesure de la viabilité d'une société. La mesure de la **diversification des actifs** devrait refléter le montant investi dans un actif particulier, y compris un organisme apparenté, alors que la mesure de la **qualité des actifs** devrait refléter la qualité globale du portefeuille. Par exemple, en règle générale, moins de 10 % des actifs doivent être concentrés sur un seul placement ou dans un seul organisme apparenté. Une surconcentration des actifs dans l'immobilier constitue également un écueil car elle réduit en définitive les liquidités et empêche le micro-assureur de verser les indemnités et de régler ses dépenses en temps et en heure.

CARD MBA et VimoSEWA concentraient récemment leurs placements dans un organisme apparenté, le portefeuille de prêts de leur IMF.[5] Le risque encouru est parfaitement connu, donc les deux micro-assureurs obtiennent un faible score dans cette catégorie. La plupart des études de cas disposent de très peu d'informations concernant la diversification des actifs, la qualité de ces derniers et les placements en général.

Si l'organisme a fourni des garanties à long terme, il doit avoir la capacité d'effectuer une **gestion bilantielle**. Ce processus nécessite des projections des flux de passifs (indemnisations des sinistres, dépenses, échéances, etc.) et la capacité de remanier périodiquement les placements afin de s'assurer que les retours sur investissement nécessaires sont planifiés de façon à coïncider avec les futures obligations de trésorerie. Si le micro-assureur ne parvient pas à gérer un portefeuille tout en proposant des garanties à long terme, il risque la faillite. Si le système n'est pas capable de gérer ses placements, il devrait en externaliser la gestion à une société professionnelle. Les performances de gestion des placements doivent être contrôlées à l'aide d'indicateurs qualitatifs.

Un micro-assureur proposant des taux d'intérêt garantis à long terme doit avoir accès à des instruments de placement de qualité avec des échéances et des taux d'intérêt adéquats permettant de couvrir le versement des garanties.

5 Depuis l'achèvement des études de cas, CARD MBA et VimoSEWA ont pris des mesures correctives et ont réduit considérablement leurs investissements dans des organismes apparentés.

En règle générale, un micro-assureur ne devrait pas proposer des taux d'intérêt garantis à long terme sans s'assurer qu'ils coïncident avec les performances actuelles du portefeuille *(voir chapitre 3.6)*. Des indicateurs devraient être mis au point pour contrôler ces pratiques.

5 Conclusions

Le recours au benchmarking pour évaluer la performance est une méthode essentielle permettant aux micro-assureurs d'évaluer leur développement ou aux bailleurs de fonds de comprendre leurs besoins de développement. Parmi les indicateurs les plus importants dans le cadre d'une évaluation préliminaire des activités et des pratiques d'un micro-assureur, on retrouve les indicateurs suivants :

Marketing et distribution
– Taux de participation
– Taux de renouvellement
– Taux de persistance

Efficience et valeur pour les clients
– Ratio des dépenses
– Ratio des sinistres survenus
– Délai de versement des indemnités

Gestion financière et rentabilité
– Revenu net
– Ratio de solvabilité
– Ratio de liquidité

Gestion de placements
– Diversification des actifs
– Qualité des actifs
– Gestion bilantielle
– Adéquation des taux d'intérêts garantis

L'objectif de ces indicateurs est de mettre en évidence des secteurs clés requérant l'attention des dirigeants. Une fois qu'une défaillance est identifiée, il est nécessaire de poursuivre les recherches afin de comprendre l'origine du problème et de concevoir des solutions capables d'améliorer les résultats pour les années d'activité à venir.

Outre ces quatre catégories, d'autres indicateurs importants devraient également être mis au point dans les domaines de la **gestion des risques, de la structure légale et organisationnelle, de la gestion de la production, des actions de proximité et de l'assurance maladie.** Cette dernière catégorie devrait s'intéresser aux défis particuliers posés par les prestations de santé.

Les auteurs ont conçu une série préliminaire assez complète de 40 indicateurs répartis en neuf catégories et les mécanismes de notation associés. Certains micro-assureurs réputés et dont nous abordons le cas dans cet ouvrage

ont fait l'objet d'une évaluation test à l'aide de cette série d'indicateurs. Les informations nécessaires ont été reprises des études de cas du CGAP.

Dans l'illustration ci-dessous, chaque indicateur s'est vu attribuer un score potentiel afin de pondérer le score global. Le score potentiel total pour un micro-assureur correspond à la somme des scores potentiels individuels pour chaque indicateur pertinent ou mesurable pour le micro-assureur. Tous les indicateurs n'étant pas applicables ou mesurables pour chaque micro-assureur, le score potentiel total peut varier. Par exemple, un indicateur qualitatif mesurant si les tarifs des prestations sont négociés avec les prestataires de soins de santé ne peut être appliqué qu'à un micro-assureur santé. Pour les micro-assureurs ne proposant pas de produit d'assurance maladie, le score potentiel et le score réel sont tous les deux fixés à zéro. De la même façon, dans les cas où les données ne suffisent pas à évaluer un indicateur particulier, le score potentiel et le score réel sont fixés à zéro pour l'indicateur.

Sans détailler la méthodologie et les formules employées pour la notation, les évaluations reçues par les micro-assureurs dans le cadre des études de cas sont synthétisées dans le tableau 35.

Tableau 35

Évaluation des systèmes de micro-assurance – Illustration

Micro-assureur	*Pays*	*Score potentiel*	*Score réel*	*Évaluation (%)*
Yeshasvini	Inde	122	100	82
TUW SKOK	Pologne	130	106	82
La Equidad	Colombie	86	70	81
VimoSEWA	Inde	86	65	76
Tata-AIG	Inde	89	66	75
AssEF	Bénin	143	105	73
CARD MBA	Philippines	151	109	72
Columna	Guatemala	150	108	72
Grameen Kalyan	Bangladesh	132	92	70
UMSGF	Guinée	117	77	66
ServiPerú	Pérou	109	70	64
Spandana	Inde	114	63	55
MUSCCO	Malawi	137	75	55
Madison	Zambie	77	41	53
Yasiru	Sri Lanka	117	55	47
Delta Life	Bangladesh	127	58	46
AIG Ouganda	Ouganda	79	35	44
Karuna Trust	Inde	59	26	43
TYM	Vietnam	114	39	34

4 Options institutionnelles

4.1 Coopératives et assurance : l'avantage mutualiste

Klaus Fischer et Zahid Qureshi

Karen Schwartz a conçu les parties de ce chapitre grâce aux idées et aux suggestions glanées à partir d'années d'expérience en développement international dans le mouvement coopératif. Les auteurs lui sont reconnaissants pour sa contribution. Ils souhaiteraient également remercier Jean-Bernard Fournier et Catherine Tremblay (DID), Sabbir Pattel (ICMIF), Ralf Radermacher (Université de Cologne) et Igor Vocatch-Boldyrev (OIT) pour avoir relu ce chapitre et avoir fourni des idées et commentaires qui ont permis de positionner les multiples facettes de la l'approche mutuelle dans la perspective adaptée.

1 Introduction

La plupart des prestataires de micro-assurance dans le monde sont des types d'institutions mutualistes. Les institutions mutualistes sont détenues par leurs membres-utilisateurs et respectent le principe d'« un membre, un vote ».[1] Les institutions mutualistes se présentent de plusieurs façons, dont trois en particulier qui émergent des études de cas :

1. Compagnies d'assurance mutuelles (ou coopératives) indépendantes : il s'agit essentiellement de grandes compagnies d'assurance mutuelles non affiliées à un réseau d'institutions mutualistes. CARD MBA aux Philippines et Yasiru Mutual Provident Fund au Sri Lanka sont des exemples de mutuelles indépendantes.

2. Assurance comme activité commerciale affiliée à un réseau de coopératives financières (coopératives d'épargne et de crédit ou SACCO) :[2] une compagnie d'assurance est affiliée à un réseau de coopératives, généralement des coopératives d'épargne et de crédit, et fournit des services d'assurance aux membres du réseau.[3] La plupart des grands réseaux de SACCO proposent également des services d'assurance à leurs membres par le biais d'un assureur sponsorisé de ce type. Nombre de ces assureurs sont membres de la Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF). Ce modèle est nommé réseau SACCO ou réseau coopératif.

1 Les expressions « institution mutualiste » et « mutualisme » utilisées dans ce chapitre font référence aux « coopératives » et aux « associations mutualistes ». Les différences techniques entre ces deux formes spécifiques sont abordées dans la partie 2.

2 Ce chapitre utilise le terme SACCO, qui est plus générique qu'« union de crédit ». Le terme « coopérative financière » n'est pas utilisé car il représente souvent à la fois les coopératives d'épargne et de crédit et les coopératives d'assurance.

3 Le terme « réseau » s'applique aux structures centralisées qui lient de nombreuses institutions indépendantes par un contrat à long terme ou par une alliance pour mettre en commun les ressources. Par exemple, SANASA (propriétaire d'ALMAO), l'une des plus grandes alliances du monde, est composée de 8 500 associations d'épargne et de crédit juridiquement indépendantes.

3. Réseaux d'associations d'assurance mutuelle : le réseau se compose d'associations de mutuelles d'assurance qui créent des structures centralisées, comme l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM). Les associations de sociétés amicales fonctionnent également de la sorte. On dit de ce modèle qu'il correspond à l'approche basée sur la communauté, qui est évoquée en détails au chapitre 4.3.

La principale différence entre la deuxième et la troisième catégorie est que, pour cette dernière, les mutuelles ont été créées uniquement pour fournir une assurance à leurs membres, tandis que pour les SACCO, l'assurance constitue simplement un produit supplémentaire, et qui n'est souvent même pas considéré comme un service essentiel. Ce chapitre se concentre sur le deuxième type, les assureurs pour un réseau coopératif, ce qui inclut les institutions résumées dans le tableau 36.

Tableau 36

Études de cas correspondants au modèle du réseau coopératif

Pays	*Institution (Nb de SACCO affiliées)*	*Début du système*	*Personnes couvertes (données de)*
Pérou	ServiPerú (86)	1994	94 000 (2003)
Pologne	TUW SKOK (1 285)	1998	93 000 (2003)
Guatemala	Columna (87)	1993	54 000 (2003)
Divers	9 assureurs membres de l'ICMIF[1]		
Malawi	MUSCCO (57)	1980	56 000 (2003)
Colombie	La Equidad Seguros (1 273)[2]	1970	30 000 (2004)
Inde	Yeshasvini Health Care Trust (25 000)[3]	2002	1 450 000 (2004)
Sri Lanka	ALMAO (8 500)	1991	50 000 (2004)
Bénin	AssEF (137)	2003	2 000 (2004)
Togo	MAFUCECTO (68)[4]	1989	nd

Remarques :

[1] *Cette étude de cas, l'ICMIF (2005), « Lessons learnt the hard way (Des leçons durement apprises) », couvre neuf institutions dans huit pays. Les accords de confidentialité n'autorisent pas la divulgation des noms.*

[2] *Il s'agit de SACCO et d'autres coopératives.*

[3] *Sociétés coopératives dans une large gamme d'activités.*

[4] *Une expérience pilote menée au Togo qui, en cas de réussite, sera étendue aux réseaux de SACCO au Burkina Faso, au Bénin, au Mali et au Sénégal.*

Dans le modèle du réseau coopératif, il existe deux éléments clés : 1) un assureur, souvent une compagnie d'assurance, qui crée et garantit les produits d'assurance et 2) une association de coopératives (financières et/ou non-financières) qui sert de réseau de distribution et de marché plus ou moins captif. L'illustration 23 décrit cette relation de manière simplifiée : la flèche en ligne discontinue représente les liens de propriété et la flèche en ligne continue représente le flux de services. Alors que les cas traitent essentiellement des

réseaux de SACCO, le modèle fonctionne tout aussi bien avec d'autres types de réseaux coopératifs, tels que les coopératives de consommateurs et les coopératives agricoles. En effet, Yeshasvini est un exemple de micro-assurance qui est fournie par le biais d'un réseau multisectoriel.

Illustration 23

Distribution de produits de micro-assurance dans le modèle du réseau de SACCO

À la différence du modèle partenaire-agent abordé dans le chapitre suivant, cette disposition ne relève pas d'une coentreprise entre deux organismes indépendants contractuellement engagés à offrir des produits d'assurance. Dans le modèle coopératif, la compagnie d'assurance est détenue et contrôlée par le réseau, et créée dans le but de fournir des services d'assurance, d'abord au réseau puis à d'autres segments du marché lorsque la compagnie est bien établie. Cette distinction comporte des implications importantes relatives à la qualité et au coût des services fournis aux segments à faible revenu *(voir encadré 67)*.

Alors que le but principal d'une filiale d'assurance est d'être au service des membres de la SACCO, des produits d'assurance peuvent également être proposés pour les coopératives elles-mêmes. Par exemple, comme le décrit le chapitre 3.8, TUW SKOK a d'abord été créé par l'Association nationale d'unions de crédit de Pologne pour fournir une assurance-dépôts et d'autres couvertures d'entreprise pour les unions d'épargne et de crédit ; ce n'est qu'après plusieurs années que l'assureur a introduit des produits pour les membres des SACCO.[4]

4 Dans le cas de Yeshasvini, le trust est principalement contrôlé par le Service des coopératives plutôt que par les coopératives elles-mêmes. Bien qu'unique, cette expérience illustre que les réseaux coopératifs peuvent être utiles dans divers contextes.

Encadré 67

Pourquoi l'assurance coopérative convient aux marchés des personnes à faible revenu

En 1977, la CNUCED a adopté une résolution approuvant l'assurance coopérative. D'après l'étude intitulée *Assurance coopérative : une forme d'assurance appropriée pour les pays en voie de développement*, elle a demandé à des institutions multilatérales et à d'autres institutions de soutien de « répondre aux demandes d'assistance technique pour promouvoir l'assurance coopérative dans les pays en voie de développement ». Parmi les conclusions de l'étude se trouvent les raisons pour lesquelles l'assurance coopérative est particulièrement adaptée aux segments des ménages à faible revenu du marché :

Cohésion
Une coopérative est avant tout un outil organisationnel permettant aux petits producteurs et consommateurs de mettre leurs ressources en commun afin de garantir les avantages des économies d'échelle : en tant qu'individus, ils ne peuvent, par essence, pas faire entendre leur voix, mais collectivement ils peuvent obtenir des résultats significatifs. Ce principe est particulièrement applicable à l'assurance, qui est basée sur la répartition des risques sur le plus grand nombre d'assurés possible.

Accessibilité
La forme organisationnelle de la coopérative couvre plusieurs secteurs différents, notamment la production agricole, la pêche, le marketing, les procédés de transformation, l'artisanat, le commerce de détail, le stockage, le transport, l'épargne et les prêts, et la propriété du logement. Un assureur coopératif est en mesure de pourvoir un large éventail de besoins basiques et peut toucher les agriculteurs dans des zones rurales éloignées de même que les groupes à faible revenu dans les grandes et petites villes.

Prix abordable
Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les assureurs coopératifs peuvent réduire leurs coûts totaux, et donc les montants des primes, qui sont ainsi inférieurs à ceux des assureurs privés. Un assureur coopératif peut se passer d'une force de vente spécifique et de commission ; il peut conduire une campagne de vente pour un village entier par le biais d'une coopérative agricole existante, ou vendre directement diverses couvertures sans agent grâce aux coopératives d'épargne et de crédit. Grâce à l'utilisation du réseau et de la société au niveau local, la collecte des primes et les procédures de règlement des sinistres sont simples et rentables.

Investissement dans la communauté
L'assurance coopérative facilite l'épargne et l'accumulation de capital dans les segments à faible revenu, et canalise une partie de ces fonds dans le commerce et l'industrie au niveau local, ce qui permet d'améliorer les conditions de vie.

Propriété
Les titulaires des contrats sont aussi les propriétaires des compagnies d'assurance coopérative. La structure parlementaire issue des principes coopératifs leur offre une réelle opportunité de contrôle direct sur les prises de décisions. Ils s'intéressent particulièrement à la promotion de la santé et à la prévention des sinistres, car leur intérêt ne réside pas seulement dans l'assurance personnelle mais également dans la protection des actifs de la société qu'ils possèdent conjointement.

Source : d'après la CNUCED, 1977.

Le modèle coopératif revêt cette forme basique dans la plupart des pays, développés et en voie de développement, où le mouvement coopératif s'est répandu. De plus, le modèle est auto-adaptatif, s'adaptant aux normes et exigences des membres du réseau de SACCO. Dans les réseaux dominés par des personnes de classe moyenne (par exemple SICREDI dans le Sud du Brésil), ses produits auront tendance à convenir à ce marché. Si le réseau se base sur les membres à faible revenu, les produits d'assurance seront adaptés à cette clientèle. Si les services ne sont pas adaptés aux besoins en assurance de ses membres, un échec peut s'ensuivre. Chez ALMAO par exemple, des restrictions réglementaires imposent une structure de coûts plus élevés, laquelle, à son tour, a encouragé la conception de produits haut de gamme avec des marges plus élevées qui ont éloigné l'assureur de sa clientèle ; les produits ne se vendent pas très bien, ce qui n'a rien d'étonnant.

Il y a des dizaines d'années, l'assurance mutuelle et coopérative a été instaurée pour les personnes à faible revenu dans des pays qui sont maintenant développés. Au Canada, à la suite de la Grande Dépression lorsque l'assurance pour les foyers à faible revenu était inaccessible, deux systèmes séparés d'assurance coopérative ont fait leur apparition, chacun réunissant les coopératives d'épargne et de crédit, les coopératives de marketing/approvisionnement et de consommateurs, les associations d'agriculteurs et les syndicats. Dans beaucoup de pays en voie de développement aujourd'hui, des structures similaires sont en train d'émerger.

Cependant, le modèle n'est pas exempt de problème. Dans certains pays, un assureur coopératif peut avoir dans son comité de direction la représentation de second rang du réseau, mais sa micro-assurance est gérée de concert

avec la direction et les membres du conseil de seulement un petit nombre de coopératives principales du réseau. C'est le cas de ServiPerú et La Equidad. Les deux possèdent des programmes d'assurance qui sont maintenus en vigueur non pas par la participation générale du réseau, mais par des relations directes avec seulement quelques membres du réseau. De plus, les ventes de micro-assurance de La Equidad par le biais d'une IMF non-coopérative, Women's World Forum, ont connu plus de succès que celles réalisées par le biais des coopératives participantes. Ces irrégularités sont souvent liées à l'histoire particulière du réseau de soutien ou aux circonstances dans lesquelles la filiale d'assurance a été créée. Si la structure de gouvernance est faible, cela peut mener à un retranchement des membres de la direction et un dénouement moins adapté aux besoins des membres coopératifs.

L'utilisation d'autres réseaux de distribution par un assureur coopératif peut sembler déroutante et peut être perçue comme un signe d'indépendance par rapport au réseau coopératif, mais ce n'est pas le cas. Elle ne dilue pas la propriété du réseau, de même que l'utilisation de multiples réseaux de distribution par un assureur privé n'affecterait son actionnariat. En outre, les tentatives des assureurs mutuels et coopératifs dans les secteurs non-coopératifs impliquent souvent une affiliation à des organismes ayant les mêmes opinions et basés sur un mouvement populaire, dirigés dans les intérêts des clients plutôt que dans ceux des actionnaires eux-mêmes.

2 Qu'est-ce qu'une mutuelle d'assurance ?

Il existe deux types classiques de compagnie d'assurance : par actions et mutuelle. Une **société par actions** appartient à des investisseurs, parmi lesquels les bénéfices sont partagés par le biais de dividendes. Une **société mutuelle** appartient à ses clients. Après déductions des réserves, les bénéfices sont distribués aux clients-propriétaires, généralement proportionnellement aux activités réalisées avec la société.

Les mutuelles d'assurances peuvent être classées en trois catégories. La première catégorie ne nécessite ni prime ni évaluation des polices. Dans ce type d'organisme, aussi appelé système à post-paiement, les déclarations de sinistre sont facturées aux membres après l'événement. Cette forme était courante dans le passé, mais n'existe pratiquement plus aujourd'hui car il est toujours difficile de rechercher les membres après chaque événement, et le respect des obligations s'amenuise à mesure que les liens sociaux se défont. La deuxième catégorie comprend des primes et des polices évaluables, tandis que la troisième présente des primes et des polices non évaluables. Avec cette dernière, les titulaires des contrats reçoivent des dividendes, mais aucune cotisation supplémentaire n'est prélevée pour les pertes (c'est-à-dire qu'ils parta-

gent les excédents, mais pas les pertes). Il n'y a rien d'étonnant à ce que les autorités de régulation exigent des niveaux de réserves et de bénéfices non répartis plus élevés dans le cas de ce troisième modèle. Les deuxième et troisième catégories sont assez courantes aujourd'hui. La plupart des assureurs mutuels évoqués dans le présent chapitre correspondent à la troisième catégorie ; les mutuelles dont traite le chapitre 4.3 ont tendance à appartenir à la deuxième catégorie, les membres partageant les risques et les bénéfices.

Dans les pays ayant une forte tradition coopérative et d'entraide, une compagnie ou une société d'assurance peut être incluse comme une **coopérative**. Alors que les deux institutions sont des institutions d'entraide, d'auto-responsabilité et d'auto-gouvernance, la différence entre les mutuelles et les coopératives repose sur la structure de propriété. Une mutuelle d'assurance doit appartenir à ses titulaires de contrats. Cependant, un assureur coopératif peut appartenir soit à ses clients, soit à des coopératives (institutions de second rang) qui peuvent être ou ne pas être ses clients. Pour d'autres aspects, comme le marketing, l'implication de la communauté, la participation du personnel et l'assistance sociale, les mutuelles et les coopératives partagent le même état d'esprit. Dans certains cas, un assureur « coopératif » constituera effectivement une société par actions pour les raisons stratégiques ou réglementaires évoquées dans la partie 6 de ce chapitre.

Les compagnies d'assurance adhérant aux principes coopératifs ont différentes origines dans divers pays, mais partagent certaines caractéristiques :

- **un contrôle démocratique**, soutenu par l'éducation de la base clientèle, avec des titulaires de polices impliqués dans la gouvernance par le biais de délégués et de groupes de travail ;
- **un retour sur fonds propres limité**, les dividendes des investisseurs et les autres principes coopératifs ;
- **l'affiliation des membres fondateurs** et de la plupart des titulaires de contrats à des institutions sociales, communautaires ou professionnelles ;
- **la promotion** de la prévention en matière de santé, de sécurité et de dommages afin de réduire les coûts d'assurance ;
- **l'influence** sur le secteur de l'assurance et les preneurs de décisions dans l'intérêt des titulaires des contrats.

3 La différence coopérative

Comment ces caractéristiques coopératives se reflètent-elles dans les opérations actuelles, et qu'est-ce qui différencie l'assureur ? Voici un aperçu de cinq des cas évoqués dans le tableau 36 :

1. ServiPerú

Son produit de micro-assurance, Previsión Familiar, propose des services funèbres et de santé pour les foyers à faible revenu. Ses indemnités sont payées en nature, sous forme d'un service (soins de santé et obsèques) grâce au centre médical et à la société funéraire appartenant à ServiPerú, plutôt que sous forme d'un paiement ou d'un remboursement des dépenses. Cette approche surmonte une certaine aversion à l'assurance, inhérente au marché, encourage un meilleur contrôle de la qualité des services, et permet de satisfaire aux caractéristiques spécifiques du marché de la micro-assurance. En plus de la collecte mensuelle des primes par porte-à-porte pour améliorer l'accessibilité, la coopérative a une approche du service qui accorde du respect aux populations pauvres. Les personnes à faible revenu qui ont l'habitude d'être mal considérées dans les centres médicaux sont extrêmement reconnaissantes de l'attention qui leur est portée par le personnel de Servisalud.

2. Seguros La Equidad, Colombie

Cet assureur conventionnel couvrant plus de 3 millions de personnes propose deux produits spécialisés offrant une protection à 30 000 personnes à faible revenu. Il agit sous la surveillance du superintendant des banques et est inscrit sous la Loi sur les coopératives. La Equidad distribue ses excédents à ses membres en fonction de leur utilisation des services d'assurance, et non du capital investi.

La Loi sur les coopératives exige que 20 % de tout excédent soit dédié à l'éducation. En 1990, la société a créé La Equidad Foundation pour que le Développement de la solidarité accomplisse ses responsabilités communautaires dans quatre domaines : a) formation pour les dirigeants des coopératives, b) éducation à la coopérative, c) publications et d) contributions sociales. La formation pour les dirigeants des coopératives, ciblant les jeunes, est conçue pour garantir que, dans le futur, les coopératives seront bien administrées par des personnes ayant des compétences professionnelles et des valeurs sociales élevées. L'éducation à la coopérative concerne surtout les membres des conseils des organismes associés à La Equidad, et se concentrent essentiellement sur l'amélioration de leur performance.

3. Columna, Guatemala

Lorsque cet assureur a été créé par la fédération de SACCO et neuf coopératives membres en 1994, le conseil a décidé que tout excédent généré durant les cinq premières années serait ajouté aux bénéfices non répartis plutôt que reversé en tant que dividendes aux coopératives actionnaires. Ce fut une décision difficile, car les coopératives étaient invitées à investir dans la société sous forme d'opportunité commerciale et n'ont pas totalement apprécié qu'une compagnie d'assurance nécessite un large capital pour se développer. Elles souhaitaient un bon rendement. Depuis 1999, 50 % de l'excédent net chaque année est ajouté au capital des actionnaires et l'autre moitié leur est versée comme dividendes. Cette disposition a renforcé l'assureur tout en générant des bénéfices pour ses propriétaires coopératifs. Columna a aussi impliqué les coopératives de financement dans le traitement des déclarations de sinistre et dans le développement du produit.

4. TUW SKOK, Pologne

La mission de cette mutuelle d'assurance est d'identifier les besoins en assurance de ses membres – les unions d'épargne et de crédit coopératives et *leurs* membres – et de fournir des produits d'assurance de grande qualité qui répondent à de tels besoins. TUW SKOK fournit aux unions de crédit une assurance-dépôts et une protection des prêts, un contrat de fidélité et une couverture contre le vol et l'incendie ; l'assureur fournit également aux membres des unions de crédit plusieurs produits d'assurance personnels. L'assurance-dépôts offerte par une filiale centralisée est une disposition inhabituelle, en partie en raison du cadre réglementaire en vigueur en Pologne. Les SACCO sont nécessaires pour acheter une assurance-dépôts chez TUW SKOK, ce qui offre à l'assureur un flux garanti de primes sans coûts d'acquisition. La plupart des unions de crédit utilisent aussi comme source les polices d'entreprise de l'assureur. En tant que société mutuelle d'assurance, TUW SKOK n'a pas le droit de déclarer de dividendes. Les excédents sont généralement utilisés pour constituer un capital et des réserves, mais sont parfois remis aux unions de crédit sous forme de remboursements des primes. En 2003, par exemple, le conseil de direction de TUW SKOK, au nom de ses propriétaires, a décidé de rembourser les primes de l'assurance-dépôts aux unions de crédit qui avaient enregistré un taux de sinistralité satisfaisant au cours des trois années précédentes.

5. MUSSCO, Malawi

Les SACCO ont été encouragées par l'église et le gouvernement au Malawi dans les années 1970 pour être au service des personnes ignorées par les banques commerciales. En 1980, une association nationale, MUSCCO, a été

créée pour leur fournir des services de soutien, incluant les systèmes de protection des prêts et d'assurance vie-épargne. Ce sont des produits payés par les unions de crédit, ce qui rend le système de MUSCCO efficace pour la collecte des primes. La prime pour tous les prêts et les soldes d'épargne éligibles pour les 55 000 membres est versée par les SACCO au début de chaque trimestre. Même si de tels produits payés par les unions de crédit surmontent l'un des défis les plus importants dans le domaine de la micro-assurance – la collecte des primes auprès des populations à faible revenu – MUSCCO a réalisé qu'en pratique, la collecte des primes de 57 entreprises clientes peut s'avérer difficile. Seul un tiers des SACCO peut être considéré comme des clients disciplinés ; du temps et des efforts considérables doivent être consacrés pour réclamer aux autres le paiement des primes. Cependant, le contrat d'assurance comprend des versements d'indemnités qui sont retenus tout le temps que la prime n'est pas honorée.

4 Étapes et modèles de développement de l'assurance

Le modèle coopératif d'assurance implique en réalité différentes dispositions réglementaires et institutionnelles. En se basant sur une expérience menée dans divers pays, Reinmuth et al. (1990) décrivent un plan de développement institutionnel dans lequel les services d'assurance offerts par le biais du réseau aux SACCO et de leurs membres deviennent de plus en plus formels et complexes avec le temps, au fur et à mesure que l'organisme développe une capacité et des ressources humaines et financières. Trois options institutionnelles sont décrites : le modèle d'agence, le service qui porte les risques et une compagnie d'assurance, qui représentent souvent différentes étapes du développement institutionnel pour les assureurs au service des réseaux de SACCO.

4.1 Le modèle d'agence

La fédération nationale ou l'organisme affilié des SACCO pourrait créer une compagnie d'assurance qu'elle/il possède et contrôle. La compagnie vend des produits d'assurance, qui sont fournis par un assureur local (c'est-à-dire une compagnie d'assurance porteuse de risques) ou par plusieurs assureurs. La compagnie offre des services aux membres en son nom et une commission lui est versée par l'assureur. L'avantage principal du modèle d'agence est que la fédération n'assume aucun risque. Les Cooperative Insurance Services du NUCS (Union nationale des sociétés coopératives) lancés en Jamaïque en 1984 avec un capital social investi par la Ligue d'unions de crédit coopératives de Jamaïque en est un exemple.

4.2 Service porteur de risques

Forte d'une expérience en tant qu'agent pour d'autres assureurs, il peut paraître logique que la fédération nationale crée un service qui lui est propre pour fournir un système d'assurance collective à travers les coopératives membres. Cette mesure nécessite un personnel plus compétent, un capital plus important, une coopération avec un réassureur et, bien sûr, l'acceptation d'un certain degré de risque. Cependant, le risque s'accompagne de la récompense potentielle d'un meilleur retour. Le Service de protection mutualiste de FENACOAC, la fédération nationale de SACCO au Guatemala, en était un exemple. Ce service porteur de risques offrait des couvertures pour la protection des prêts, l'assurance vie-épargne, les dépenses funéraires, l'assurance-vie collective pour les responsables et les employés, l'assurance-vie familiale, un contrat de fidélité et une assurance contre le vol. Ce service était le précurseur de Columna. Le système d'assurance de MUSCCO est actuellement structuré de cette façon.

4.3 Compagnie d'assurance

Les services offerts par un département qui porte les risques tendent à être assez classiques. Au fur et à mesure que les besoins des SACCO et de leurs membres évoluent, ils nécessiteront cependant peut-être une couverture plus complexe qui ne peut être offerte que par une compagnie d'assurance réglementée. Grâce à un engagement continu, des moyens financiers et des perspectives réalistes pour améliorer facilement les activités commerciales, une fédération nationale peut formaliser ce service en créant une compagnie d'assurance accomplie qui répond à toutes les exigences légales, dont le capital minimal et l'approbation du superintendant des assurances.

Les origines d'ALMAO par exemple, sont liées au service d'assurance du mouvement Sanasa et à une société de courtage en assurance créée pour répondre aux besoins des sociétés Sanasa et de leurs membres. Sans aucun soutien de bailleurs de fonds, le mouvement a été capable de mobiliser suffisamment de fonds et de compétences pour créer une compagnie d'assurance-vie en 2002 et une compagnie d'assurance générale en 2005.

5 Produits d'assurance offerts sous le modèle du réseau coopératif

Les mutuelles d'assurance offrent pratiquement tous les produits d'assurance possibles, mais la plupart de ces assureurs multi-branche, tout comme les membres de l'ICMIF, ne se concentrent pas sur le marché des personnes à faible revenu. Des réseaux spécifiques de mutuelles au profit des populations

pauvres tendent à offrir seulement quelques produits, voire même un seul. À cette extrémité du spectre, les organismes de mutuelle santé (MHO) se spécialisent dans l'assurance maladie, tandis qu'à l'autre extrémité, certaines mutuelles peuvent offrir un éventail de produits ressemblant à celui d'une compagnie d'assurance détenue par un investisseur.

En règle générale, la gamme de produits offerte au marché des personnes à faible revenu par les SACCO est limitée. L'intention première des réseaux de SACCO dans la création de filiales d'assurance était de compléter la gamme de services financiers qu'ils offrent, à savoir l'épargne et les prêts. Cela implique que la protection des prêts, ou l'assurance-vie de crédit (assurant que « la dette meurt avec le débiteur »), est presque toujours offerte dans le cadre de ce modèle (voir tableau 2). Ce produit répond aux besoins des membres individuels et des SACCO elles-mêmes. La couverture de l'assurance vie-épargne est un autre produit clé offert par les SACCO car elle correspond également aux services essentiels des coopératives.

Une autre raison pour laquelle l'éventail de produits de micro-assurance de certains assureurs de réseaux de SACCO est limité est que ces systèmes étaient souvent lancés et soutenus par des prestataires d'assistance technique, dont CUNA Mutual, qui ont choisi de promouvoir une couverture très simple et basique. Ce choix était logique, en particulier étant donné le développement limité des réseaux de SACCO. En outre, proposer les mêmes produits basiques partout constituait une stratégie de duplication efficace. Là où les réseaux et leurs filiales d'assurance sont capables de créer la capacité de faire plus, comme en Colombie et en Pologne, les produits basiques servent de point de départ à des couvertures plus utiles ; tandis qu'au Malawi, où la capacité reste limitée, le réseau a gardé le paquet basique.

Le développement de la gamme des services d'assurance est important, non seulement parce que l'assureur répond à une variété de besoins divers, mais aussi parce que cela peut améliorer les relations entre l'assureur et son réseau de distribution. Il existe une distinction intéressante dans le modèle d'assurance coopérative entre la couverture qui est payée par les SACCO et les produits payés par les membres. Même si les produits payés par les SACCO, comme la protection des prêts et l'assurance vie-épargne, sont un moyen extrêmement efficace de fournir une protection pour les foyers à faible revenu, certaines SACCO en arrivent à envisager la prime comme une dépense qu'elles préfèreraient ne pas payer – ce qui peut expliquer en partie pourquoi de nombreuses SACCO au Malawi présentent des défauts de paiement des primes. Par conséquent, il est important pour les assureurs d'envisager l'introduction de produits payés par les membres qui peuvent générer un revenu de commission pour les SACCO, ce qui améliore l'alignement entre les intérêts de l'assureur et le réseau de distribution.

L'alignement des intérêts est particulièrement efficace lorsque le produit payé par le membre prend en charge un produit d'épargne ou de crédit fourni par la SACCO, comme l'assurance d'achèvement d'épargne fournie par TUW SKOK *(voir chapitre 2.2)*. Non seulement la SACCO perçoit un revenu sur les ventes d'assurance, mais l'option d'assurance permet de vendre le produit d'épargne. En revanche, le seul exemple de produits mixtes offerts par le modèle du réseau coopératif est ALMAO, qui ne rencontre pas vraiment le succès avec ces produits. L'une des explications de ce manque de réussite est que, avec un tel produit, l'assureur rivalise essentiellement avec les SACCO pour l'épargne des membres : un conflit d'intérêts plutôt qu'un alignement.

L'une des caractéristiques particulières du modèle mutualiste est le dialogue continu entre l'assureur et ses réseaux de distribution, qui sont aussi (souvent) ses propriétaires. Columna, par exemple, effectue des révisions annuelles des ventes d'assurance par les SACCO qui offrent une occasion de discuter des nouveaux produits et changements qui pourraient être introduits. Le fait de proposer une variété de produits d'assurance comporte de nombreux avantages pour les SACCO : cela encourage l'utilisation croisée de produits, augmente la fidélité et génère des revenus de commission (s'il s'agit d'un produit payé par le client pour lequel la SACCO fonctionne comme agent de vente).

Tableau 37

Produits d'assurance offerts par les réseaux de SACCO

	Protection des prêts	*Épargne vie/Vie*	*Service funéraire*	*Santé*	*Invalidité*	*Autre*
ServiPerú	x		x	x		x
TUW SKOK	x	x	x		x	x
Columna	x	x			x	
MUSCCO	x	x				
La Equidad	x		x		x	
Yeshasvini				x		
ALMAO	x	x	x	x	x	x
AssEF				x		
MAFUCECTO	x		x			

6 Pourquoi les mutuelles développent des réseaux et comment fonctionnent-ils

La plupart des intermédiaires financiers mutualistes (dépôts ou assurance) sont associés à un organisme macro- ou inter-mutualiste. Ils élaborent souvent des alliances complexes capables d'offrir un éventail de produits financiers. Ces alliances constituent des dispositifs institutionnels servant à contrôler le risque du marché face aux membres des mutuelles. Les alliances inter-mutualistes sont si importantes qu'elles peuvent être au service de quelques milliers à quelques millions de membres et offrir une gamme étonnamment riche de services financiers. La taille est déterminante pour (i) la performance qu'on peut attendre en termes de portée et de viabilité et (ii) le rôle du cadre juridique et réglementaire pour les alliances inter-mutualistes. Les pays disposant de vastes réseaux prospères sont typiquement des régions comportant un environnement de soutien juridique et réglementaire.

Les mutuelles créent des alliances et forment des collectifs (aussi appelés fédérations, unions, etc.) pour donner aux membres plus de voix et plus de contrôle concernant l'incertitude associée à l'accès aux services. Sans cet effort collectif, les membres ont un pouvoir de négociation limité avec les fournisseurs, les laissant face à des produits onéreux et de basse qualité et confrontés au risque de comportement opportuniste de la part des fournisseurs. Ainsi, ils créent une « alliance d'approvisionnement ».

L'illustration 24 propose une description de la structure institutionnelle (où « S » signifie SACCO). Les membres des coopératives sont les propriétaires de toute la structure. Les coopératives forment à leur tour une fédération pour gérer la mise en commun des ressources et l'acquisition des contributions requises par le réseau. Pour parvenir à cette fin, la structure centralisée crée des filiales fonctionnelles, telles qu'une compagnie d'assurance, conçue pour créer des produits et des services pour les membres qui sont plus favorables que ceux disponibles sur le marché.[5] Pour certaines contributions, la structure centralisée met en commun les acquisitions grâce à un accord contractuel à long terme et réalise des économies d'échelle tout en protégeant les membres du risque de comportement opportuniste de la part des fournisseurs.

5 Dans les pays où la sophistication des marchés financiers met une plus forte pression sur le réseau, le portefeuille des filiales fonctionnelles peut inclure des dizaines d'entités, organisées en toutes sortes de dispositions de propriété et de holding. Comme la demande en services financiers à la base du système (membres et coopératives) évolue, la structure centralisée incorporera typiquement des filiales fonctionnelles supplémentaires. Les fonds pour ces investissements seront généralement fournis par les coopératives à la base ou par d'autres filiales fonctionnelles qui peuvent avoir un excédent de capital disponible.

Illustration 24

Une structure de réseau mutualiste avec son portefeuille de filiales fonctionnelles

La propriété des filiales varie. Parfois il peut s'agir d'une coopérative (par ex. La Equidad), auquel cas elle est considérée comme une coopérative de troisième niveau. Au premier niveau, une SACCO se compose de membres individuels. Le deuxième niveau est constitué d'une association régionale ou nationale au service de plusieurs coopératives principales. Cet organe centralisé (ou ces organes centralisés si des coopératives dans les secteurs autres que l'épargne et le crédit participent) soutiennent et contrôlent un assureur pour le compte des coopératives membres.

L'utilisation de propriété par actions devient de plus en plus populaire (par ex. ALMAO, Columna). En fait, de nombreuses compagnies d'assurance « mutuelles » et « coopératives » présentent effectivement une propriété par actions, mais sont répertoriées comme des mutuelles car leurs propriétaires finaux ne sont pas des investisseurs individuels mais des institutions mutualistes. La forme par actions est attrayante par sa flexibilité dans la levée de capital et dans l'engagement dans des fusions, acquisitions et coentreprises. Ces transactions sont toutes utiles dans le développement de la gamme des produits offerts aux membres le cas échéant. L'option par actions

est également parfois la seule structure de propriété autorisée par le cadre réglementaire (par exemple au Pérou et, paradoxalement, en Chine et en Russie). Le risque est que, au fur et à mesure que ces compagnies grandissent, elles peuvent oublier leurs origines et se comporter comme des sociétés par actions classiques. En agissant ainsi, elles risquent de perdre leurs avantages caractéristiques : la proximité et la mise au premier plan des membres/clients. Cela représente parfois un défi en termes de gouvernance et de garantie quant à la volonté de l'assureur de continuer à répondre aux besoins spécifiques des membres du réseau de SACCO.

D'autres variantes sont possibles. Lorsqu'une nouvelle loi relative à l'assurance au Pérou (1993) a interdit aux institutions coopératives d'offrir une assurance, la compagnie d'assurance du réseau de SACCO péruvien, SEGUROSCOOP, s'est transformée en ServiPerú, une coopérative offrant des services sociaux (services de protection de la santé et services funèbres). La compagnie a transféré le portefeuille d'assurance à une société par actions et a créé un courtier en assurance auxiliaire pour distribuer des produits qu'elle aide à concevoir. Profitant de l'adversité, la filiale d'assurance a réussi à garder le même rayon d'activités malgré les obstacles réglementaires, tout en développant sa gamme de produits (les services de sécurité sociale).

Plus récemment, au Ghana, lorsque l'autorité de régulation a mis en doute le programme de gestion des risques des coopératives d'épargne et de crédit, la structure centralisée a formé une coentreprise avec un assureur coopératif nouvellement enregistré et agréé, Unique Insurance Company Limited, détenue et contrôlée par le mouvement syndical. L'assureur, couvrant le programme de gestion des risques des coopératives, lui a apporté la conformité requise et a gagné en échange un nouveau segment de marché. Il s'agissait essentiellement d'une disposition partenaire-agent. La propriété d'entreprise a fait d'elle une coopérative. L'assureur et la structure centralisée coopérative ont opté pour un partage 50/50 des coûts et des bénéfices de l'entreprise, avec un groupe de gestion conjoint supervisant le programme. La structure centralisée de la coopérative d'épargne et de crédit est sortie du cadre de son réseau coopératif, de même que l'assureur soutenu par le syndicat, et ils ont créé leur propre réseau de micro-assurance distinct.

Ces variations illustrent la flexibilité du modèle du réseau coopératif à s'adapter à une diversité d'environnements économiques et réglementaires, sans modifier son essence. La conception organisationnelle d'une institution particulière va dépendre de l'histoire du réseau de SACCO, de la façon dont la filiale a été créée/acquise, des restrictions réglementaires et des opportunités disponibles sur le marché.

La structure organisationnelle de base d'un réseau, quel que soit le contexte économique ou culturel, reproduit les caractéristiques de gouvernance d'une

mutuelle à un second niveau. La structure exécutive comprend des organes de gouvernance (assemblée générale et comité de direction) et de réglementation (comité de surveillance). La structure exécutive (bureau) est responsable de la mise en application des décisions et de la gestion des acquisitions, et des distributions des contributions aux membres. Dans ces structures, les titulaires des contrats individuels sont supprimés de la propriété, mais sont souvent assurés d'une voix grâce à un réseau dédié au sein de la structure de contrôle démocratique. Par exemple, un comité de surveillance des titulaires des contrats réunit les représentants pour recevoir des rapports de situation, fournir des informations sur des problèmes spécifiques et examiner les prévisions sur les résultats financiers et les dividendes des investisseurs. En outre, certains assureurs mutualistes et coopératifs peuvent allouer un siège au comité pour un représentant des titulaires des contrats.

L'analyse de la dynamique de la formation de réseau dans les institutions mutualistes comporte des implications politiques importantes :

- Tenter de créer des mutuelles sans structure de soutien de réseau peut mener à des résultats médiocres. Les SACCO individuelles seraient d'ordinaire incapables de lever le capital nécessaire pour créer une compagnie d'assurance au service de ses membres. Par conséquent, à moins que la SACCO ne fasse partie d'un réseau, les avantages décrits dans ce chapitre sont inatteignables.
- Lorsque des mutuelles sont créées avec une structure d'intégration qui soutient leur développement, elles ont le potentiel de devenir des acteurs du marché importants, couvrant de nombreuses personnes et élargissant ainsi leur portée. De plus, ces structures de soutien améliorent la viabilité et réduisent le risque d'insolvabilité. Par exemple, l'assurance-dépôts de TUW SKOK profite de façon significative du fait que l'association nationale des unions de crédit polonaises contrôle étroitement la performance de ses membres et possède un fonds de stabilisation pour aider les SACCO à affronter les difficultés.
- Les mutuelles et les structures de leurs réseaux ont besoin d'un cadre juridique approprié. En effet, de nombreux réseaux de SACCO opèrent dans des environnements inadéquats qui entravent le développement des mutuelles et de leurs réseaux, comme en Argentine et en Uruguay où le cadre réglementaire a mené à la destruction des structures des réseaux et à une réduction massive de la part de marché. Nombre des difficultés rencontrées par le prédécesseur de ServiPerú dans les années 1990 sont dues au cadre réglementaire inadapté qui a émergé durant les réformes d'après-crise.

7 Avantages et inconvénients du modèle

Cette partie présente les principales leçons relatives à la distribution de micro-assurance par le biais du modèle coopératif. Les institutions mutualistes présentent des faiblesses. Il y en a littéralement des centaines de milliers dans le monde, et par conséquent, il y a lieu de supposer que plus que quelques–unes ne remplissent pas leur fonction. Toutefois, certains problèmes peuvent être corrigés voire évités.

Voici quelques-uns des **problèmes** les plus significatifs :

1. Les plus pauvres parmi les pauvres peuvent ne pas toujours en bénéficier (mais en bénéficient souvent).
C'est une critique classique du modèle coopératif. Les institutions mutualistes représentent l'intermédiaire financier désigné d'un très grand éventail de secteurs sociaux, parfois allant très haut dans l'échelle des revenus. Cependant, on retrouve également des institutions mutualistes au bas de la société : elles touchent des centaines de millions de personnes qui n'ont pas accès à d'autres institutions financières, en particulier dans les zones rurales où même les institutions alternatives les plus motivées sont souvent absentes. Cette caractéristique permet en fait aux mutuelles de pourvoir les segments pauvres de la population sans obligatoirement compromettre leur propre viabilité. Les limites de leur portée sont définies par leur capacité à activer le potentiel d'entraide des membres.

2. Les produits d'assurance peuvent être trop limités car ils ont tendance à être liés aux produits de crédit.
Cela s'avère largement vrai, surtout au sein des réseaux qui sont relativement récents, avec un faible niveau d'intégration, ou peu de ressources techniques, humaines et financières disponibles (par ex. Columna, MUSCCO, MAFUCECTO). Comme l'intégration et la confiance dans les coopératives se développent,[6] les ressources financières et les compétences techniques s'accumulent, permettant au réseau d'étendre sa gamme de produits financiers, notamment l'assurance. La gamme des produits offerts par La Equidad, par exemple, rivalise avec celle des assureurs commerciaux en Colombie (même si l'étude de cas ne décrit que les produits distribués au marché des personnes à faible revenu).

6 Cela implique généralement le développement et le financement d'organes de gouvernance de réseau et de mécanismes de contrôle qui assurent que la conduite des membres du réseau est en accord avec les termes de l'alliance.

3. Les dirigeants peuvent être enclins à dilapider le capital des membres.
Il n'y a aucune preuve directe de ce comportement dans les études de cas, si ce n'est la critique avancée dans *Lessons learnt the hard way* (ICMIF 2005). En effet, il n'est pas rare pour un réseau de SACCO d'avoir une structure de gouvernance fragile. Cela engendre un faible contrôle des agents (dirigeants) au niveau de la structure centralisée et ils peuvent ainsi engager des pratiques expansionnistes sans tenir compte de la protection de la richesse des membres.[7]

4. Le succès d'une mutuelle d'assurance concorde avec le succès du réseau coopératif.
Cela est inévitable, puisque la véritable *raison d'être* des « filiales fonctionnelles » est d'être au service du réseau. Alors qu'il n'est pas rare pour elles de développer des activités commerciales hors du réseau, cela ne représente généralement qu'une part du chiffre d'affaires. L'essentiel des activités tend à rester au sein du réseau. ServiPerú est un exemple dans lequel le prestataire de service de micro-assurance a survécu à une grave crise de son réseau de soutien au début des années 1990.[8]

5. Les risques peuvent ne pas toujours être correctement dissociés (pare-feu).
Cela peut s'avérer un grave problème qui doit être traité par les autorités de régulation. En l'absence d'une surveillance appropriée, la tentation de mélanger le risque d'assurance et de crédit peut être grande, provoquant un risque élevé d'échec. MUSCCO est un exemple dans lequel la séparation est faible et pourrait s'effondrer sous la pression.

6. S'attaquer à des activités commerciales dangereuses sans être bien informé.
Bien que ce comportement ne soit pas spécifique aux réseaux de SACCO, il doit être évité. Si le réseau est petit, il peut ne pas être en mesure de trouver les fonds nécessaires pour obtenir les compétences requises, comme les services actuariels. La compagnie 4 (dans ICMIF 2005), un exemple des « pires pratiques », a été créée en tant qu'assureur SACCO, mais ce fut un échec. MAFUCECTO a vécu une histoire chaotique, endurant plusieurs restructurations avec un soutien international. Alors que la solution à ce problème n'incombe pas aux autorités de régulation, elles peuvent jouer un rôle important.

7 Ce phénomène est connu sous le nom de comportement « de préférences des frais » ou de « coûts d'agence ». Sa gravité au sein des institutions mutualistes, en grande partie due à la grande diffusion de propriété, et à l'origine de la plupart des échecs, est bien documentée dans les ouvrages de recherche.

8 Cette crise a provoqué l'effondrement de la banque coopérative centrale du réseau, d'autres filiales fonctionnelles et de plusieurs des coopératives S&L. Cela a engendré une chute des actifs dans les réseaux d'environ 50 %.

Comme pour le type de problème précédemment abordé, le cadre réglementaire devrait garantir que les compagnies d'assurance sont créées après prise en considération de tous les risques et sous la direction de personnes qualifiées.

Cependant, le modèle possède bien certains **avantages** éminents :

1. Un risque de « non-accomplissement » faible pour les individus assurés.
Le risque de non-accomplissement se réfère à la possibilité qu'une partie prenante à un contrat puisse ne pas réussir à remplir ses obligations. Les personnes pauvres sont particulièrement vulnérables au risque de non-accomplissement en raison d'un capital social faible et de l'incapacité à défendre leurs droits devant un tribunal. La différence fondamentale entre un contrat d'assurance offert par une société par actions et celui proposé par une institution mutualiste est que, pour ce dernier, l'assuré est aussi le propriétaire de la compagnie d'assurance. Alors que les compagnies d'assurance détenues par un investisseur peuvent cesser d'offrir des services, s'engager dans un processus discriminatoire et même s'opposer à honorer les déclarations de sinistre lorsqu'elles jugent bon d'agir ainsi pour des raisons stratégiques, ces pratiques sont limitées dans une institution mutualiste. Il ne s'agit pas d'un problème d'éthique, mais de motivations économiques basiques *(voir encadré 68)*. La propriété de l'assureur par les assurés sert à contrôler les actions de l'assureur afin qu'elles soient en adéquation avec les intérêts des membres/propriétaires.

Encadré 68

Gestion des défauts de paiement et des déclarations de sinistre : la différence mutualiste

Pour décrire les différences d'incitations, prenez comme exemple les dilemmes posés à Delta Life, un assureur détenu par un investisseur, et MAFUCECTO (ainsi que d'autres mutuelles). D'après McCord et Churchill (2005), Delta Life a une « attitude ambivalente » par rapport aux défauts de paiement. Lorsque la compagnie s'engage dans des objectifs sociaux, elle bénéficie financièrement des polices tombées en désuétude où il n'y a aucune obligation de rembourser l'épargne accumulée. De plus, le défaut de paiement permet à la société de sélectionner périodiquement le client assuré en exigeant un nouveau certificat de santé. Ainsi, les propriétaires et le personnel font face aux objectifs contradictoires des bénéfices et du service client. Sous la pression financière, il est probable que la balance finisse par pencher en faveur de la protection des bénéfices des actionnaires au détriment des indemnités des membres.

MAFUCECTO prévient les défauts de paiement grâce à des déductions automatiques des comptes des membres. La Equidad (en débitant le compte

d'épargne ou de prêts, ou par des dépôts de salaire directs) et TUW SKOK (débits des comptes) agissent de même. Il s'agit bien sûr d'un avantage associé au modèle de combinaison d'épargne et de crédit avec des produits d'assurance. Cependant, même en l'absence de ce lien, les mutuelles gèrent les défauts de paiement différemment. Les MHO (traités dans le chapitre 4.3) n'utilisent pas les défauts de paiement pour sélectionner les clients. Les membres qui ont arrêté de payer leurs primes peuvent devoir entrer dans une nouvelle période d'attente, afin d'éviter le comportement opportuniste des membres qui peuvent chercher à gérer les défauts de paiement de façon stratégique, mais ils ne font pas l'objet d'une nouvelle sélection. En fait, les défauts de paiement dans un MHO, au lieu de procurer un avantage financier, représentent un facteur clé d'instabilité.

La même chose est vraie pour la gestion des déclarations de sinistre. À Delta Life, lorsqu'un décès survient, le bénéficiaire est chargé d'en avertir l'assureur. Dans le cas de MAFUCECTO, les SACCO recherchent les bénéficiaires pour les informer de leurs droits et les aident dans la préparation des déclarations de sinistre.

Ce comportement exceptionnel n'a pas grand chose à voir avec l'éthique commerciale mais plutôt avec le fait que les membres possèdent et dirigent l'institution. L'assemblée générale de la SACCO n'aurait toléré aucun autre comportement que celui qui consiste à rechercher le meilleur intérêt pour les propriétaires. Cet intérêt implique de ne pas encourager les défauts de paiement mais de les prévenir, et de ne pas ignorer les déclarations de sinistre refusées mais de partir à leur recherche. Cette dualité de motivations est accentuée dans les communautés pauvres où les marges bénéficiaires sur les polices individuelles offertes par les sociétés détenues par des investisseurs sont très petites, et où les individus n'ont aucun moyen de renforcer leurs droits contractuels. Dans une institution mutualiste, même dans les communautés pauvres, le membre, en tant que propriétaire, a toujours raison. Le comité de direction de MAFUCECTO est composé de membres du comité de direction des SACCO (eux-mêmes membres de la coopérative). Ainsi, à travers la structure de gouvernance, les intérêts des membres sont protégés (mais se référer au problème décrit sous 3, à la page 402).

2. Accès potentiel pour un grand nombre de personnes dans une grande diversité d'environnements économiques et culturels.

Souvent les réseaux de SACCO ou d'autres coopératives peuvent être très étendus, atteignant des dizaines de milliers de personnes jusqu'à des millions de personnes à travers les coopératives membres. Yeshasvini a pu atteindre 1,6 million de clients en seulement un an ! De plus, la présence du modèle sur chaque continent démontre sa faculté d'adaptation dans différents environ-

nements culturels et économiques. En raison de la clientèle « captive » et dont le potentiel est grand, les compagnies d'assurance peuvent exploiter les économies d'échelle (l'un des principaux objectifs de création de compagnies d'assurance affiliées), devenant rapidement rentables et viables.

3. Disponibilité du capital de risque pour des objectifs d'investissement.
Les fonds pour la création de filiales d'assurance proviennent des membres des SACCO, financés par un investissement direct ou en cédant le capital à une structure centralisée, qui à son tour investit dans la filiale d'assurance. Les SACCO ont tendance à accumuler un excédent de liquidité et de capital au cours de leur maturation, en particulier si elles opèrent dans une économie saine. Ainsi, ces réseaux constituent une excellente source de capital de risque pour financer l'assurance et développer la gamme de services fournis par les SACCO. Dans huit des neuf cas présentés dans le tableau 37 (Yeshasvini Health Care Trust, une fondation, fait exception), le capital de départ des filiales d'assurance a été versé par les SACCO, avec ou sans participation externe. D'un autre côté, les mutuelles ne peuvent pas trouver de capital sur le marché boursier. Néanmoins, il n'y a aucune restriction concernant les coentreprises ou les problèmes d'obligations.[9]

4. Besoin limité de financement externe autre que l'assistance technique.
En liaison avec le point précédent, le réseau de SACCO peut souvent fournir un capital pour créer/acquérir la filiale d'assurance, du moment que le cadre réglementaire ne place pas les exigences de capital minimales hors de portée du réseau. Le financement externe dans ces cas peut être accueilli comme une coentreprise, surtout s'il est accompagné d'un soutien technique, comme c'était souvent le cas avec CUNA Mutual,[10] mais le financement n'est pas essentiel. Cependant, les bailleurs de fonds peuvent faire une grande différence en fournissant une assistance technique pour former le personnel sur les complexités liées à la gestion d'une compagnie d'assurance. Cela a été le

9 Il s'agit d'un débat complexe. Une mutuelle indépendante ne peut pas émettre de titres, ce qui limite le potentiel de croissance des mutuelles d'assurance. Cependant, lorsque la société d'assurance est l'affilié d'un réseau de SACCO, sa structure de propriété peut être ajustée pour convenir à différentes options de financement. La plupart des réseaux ont choisi de ne pas répertorier les affiliés dans les marchés des valeurs boursières, mais certains l'ont fait, optimisant ainsi le capital généré par le réseau. En règle générale, le réseau conserve une part de contrôle de l'action donnant droit à voter. Ainsi, les coentreprises apparaissent comme étant une forme plus souple pour optimiser le capital des réseaux de SACCO.

10 En 1993 par exemple, CUNA Mutual et la Fondation pour les unions de crédit polonaises (FPCU) ont lancé Benefit, une coentreprise qui a fourni une protection des prêts, une assurance vie-épargne et une assurance obsèques. En plus d'une assistance technique, CUNA Mutual a versé 90 % du capital initial de Benefit. Après quatre ans de fonctionnement et un succès modéré, les partenaires ont décidé de se séparer. Cependant, à ce moment-là, les unions de crédit polonaises étaient en train de développer l'impressionnant portefeuille de produits d'assurance qu'elles offrent aujourd'hui.

cas de Columna, par exemple, où l'assistance technique de SOCODEVI et AAC/MIS, et les partenariats stratégiques avec eux, ont été un élément clé dans le développement de la compagnie, et de MAFUCECTO où DID et CIF ont essentiellement joué le même rôle *(voir chapitre 5.5)*.

5. Les investissements ont un effet de développement alors que le revenu revient à la communauté.
Puisque l'équité des filiales d'assurance est conservée par les coopératives (directement ou indirectement par le biais de la structure centralisée), les fonds générés par l'activité d'assurance reviennent finalement à leurs membres. La taille du portefeuille des filiales fonctionnelles augmentant, les actifs du réseau grossissent également. Si ces actifs sont gérés prudemment, les revenus en espèces qu'ils génèrent seront utilisés pour profiter au réseau et à ses membres. Par exemple, à cause des restrictions réglementaires, TUW SKOK ne peut pas payer de dividendes aux actionnaires. Bien que certains bénéfices soient reversés aux SACCO sous forme de remboursements des primes, l'assureur accumule aussi un capital suffisant pour acquérir une compagnie d'assurance-vie et ainsi étendre la gamme de services à ses membres.

6. Accès à la réassurance.
Comme le décrit le chapitre 5.4, l'accès à la réassurance est une sérieuse contrainte pour beaucoup de prestataires de micro-assurance. Cependant, ceux qui fournissent une micro-assurance par le biais des réseaux de SACCO ont le savoir-faire nécessaire pour accéder à la réassurance grâce à des alliances en amont. L'ICMIF joue un rôle central pour faciliter l'accès à la réassurance pour ses réseaux membres. Par conséquent, la plupart des structures d'assurance mutualistes ont probablement accès à une certaine réassurance sur les marchés internationaux, généralement, mais pas exclusivement, avec d'autres mutuelles d'assurance dans le monde.

8 Conclusion

Les sociétés mutuelles d'assurance sont des institutions omniprésentes et polyvalentes. Ce chapitre s'est concentré sur un type de modèle mutualiste, dans lequel un réseau de coopératives d'épargne et de crédit crée sa propre compagnie d'assurance (ou agence, ou un service du réseau) pour répondre aux besoins en assurance des coopératives et de leurs membres.

Les caractéristiques suivantes peuvent être glanées pour les assureurs affiliés aux réseaux mutualistes : i) le modèle apparaît fréquemment et dans une large diversité d'environnements économiques et culturels ; ii) à l'exception de quelques variations mineures dans la structure organisationnelle, souvent

conditionnées par les contraintes réglementaires locales, les exemples présentent une constance des caractéristiques fonctionnelles et des dispositions institutionnelles ; iii) dans l'ensemble, ces structures fonctionnent sans aucune subvention ; iv) les institutions ont souvent accès à la réassurance, traitant un problème courant pour les prestataires de micro-assurance ; et v) même si les exemples sont basés sur des coopératives financières, ce modèle fonctionne de la même façon pour d'autres types de coopératives également.

Non seulement le modèle du réseau de SACCO est financièrement viable, mais il est solide et potentiellement applicable pour fournir des services de micro-assurance aux populations pauvres pour un large éventail de situations. D'un point de vue général, les réseaux de SACCO sont des mécanismes souples qui fournissent divers produits d'assurance à un nombre relativement grand de personnes. Toutefois, les structures individuelles ont tendance à se spécialiser dans les produits d'assurance qui complètent les portefeuilles d'épargne et de prêts des SACCO. Il s'agit de l'un des points faibles du modèle. Un autre risque est que les grandes compagnies peuvent oublier leurs origines et se comporter comme des sociétés par actions, perdant leur avantage comparatif.

Ces conclusions suggèrent que cette forme organisationnelle convient en présence d'un réseau de coopératives d'épargne et de prêts sur lequel établir l'activité de l'assurance. Compte tenu du potentiel du modèle, il serait logique d'exploiter ses forces et de minimiser ses limites, par exemple en élaborant des lignes directives claires pour les plans commerciaux qui incluent les modes de financement, l'amélioration des dispositions de gouvernance (liens entre le réseau et le commerce de l'assurance), la création de pare-feu et le développement de produits d'assurance, de la capacité et de produits de réassurance, ce qui garantirait aux SACCO des avantages compétitifs. Le présent chapitre évoque brièvement plusieurs de ces points, mais davantage de recherches sont nécessaires dans ce domaine.

4.2 Le modèle partenaire-agent : défis et opportunités

Michael J. McCord[1]

L'auteur aimerait remercier Lemmy Manje (OIT), Gaby Ramm (Consultant), Jim Roth (MicroInsurance Centre) et Constantin Tsereteli (Constanta Foundation) pour leurs commentaires avertis apportés à ce chapitre.

Depuis que l'assurance existe, il y a toujours eu des agents pour la vendre. Les agents qui vendaient une « assurance industrielle » à l'entrée des usines dans les villes américaines au début des années 1900 ont fait de la Metropolitan Life Insurance Company la plus grande entreprise, et pas seulement compagnie d'assurance, du monde à cette époque. L'assurance industrielle était grossièrement le précurseur de la micro-assurance commerciale d'aujourd'hui. Le passage de la collecte des primes à l'entrée des usines à des polices collectives a considérablement amélioré la rentabilité de la couverture. Pour atteindre le marché cible historique, les employeurs sont devenus des acteurs clés dans le regroupement des paiements des primes pour l'assureur avant de finalement proposer la couverture comme avantage pour les employés. Cependant, pour le marché cible de la micro-assurance d'aujourd'hui, c'est-à-dire les travailleurs de l'économie informelle, les polices collectives doivent trouver un nouveau réseau de distribution.

Une telle option a émergé lorsque les institutions de micro-finance ont commencé à identifier les besoins assurables de leurs clients, car les IMF effectuent des transactions financières avec un grand nombre de personnes à faible revenu. Certaines IMF se sont tournées vers les assureurs, en proposant d'agir comme intermédiaires, et permettant ainsi à leurs clients d'avoir un accès efficace aux produits d'assurance. Voyant cela comme un moyen rentable et peu risqué de percer un nouveau marché, les assureurs ont également montré un intérêt, du moins pour les produits de base. Ainsi, le modèle partenaire-agent est simplement une extension logique d'un modèle commercial qui a été utilisé par les assureurs durant le siècle dernier.

Le présent chapitre étudie les défis et les opportunités que constitue l'utilisation de ce modèle d'organisme dans l'offre performante de micro-assu-

[1] Les expériences décrites dans ce chapitre de Compartamos (Mexique), CARE et GLICO (Ghana), Constanta et Aldagi (Géorgie), K-Rep (Kenya) et Kashf Foundation (Pakistan) sont tirées des expériences des auteurs, et non des études de cas.

rance aux foyers à faible revenu. À bien des égards, le modèle partenaire-agent est similaire au modèle coopératif décrit au chapitre précédent, avec un assureur réglementé offrant des produits par le biais d'un agent institutionnel. La différence clé réside dans la structure de propriété des compagnies d'assurance. L'assureur appartient aux unions de crédit, alors qu'avec le modèle partenaire-agent, les agents (souvent des IMF) sont simplement liés à l'assureur par une relation contractuelle.

Le modèle partenaire-agent peut s'appliquer à différents réseaux de distribution. Jusqu'ici, le modèle a été couramment associé aux IMF, mais davantage d'actions sont menées pour développer des liens efficaces avec d'autres réseaux comme des magasins de vente au détail, des bureaux de poste, ou même l'utilisation de cartes téléphoniques prépayées. Ce chapitre se concentre globalement sur les IMF en tant qu'agents et sur les expériences qu'elles ont connues avec les assureurs. Le chapitre 4.6 décrit les partenariats entre les assureurs et les détaillants en tant qu'agents de distribution.

1 Pourquoi un modèle partenaire-agent ?

Des transactions et des opérations performantes constituent les éléments essentiels d'une micro-assurance réussie. Si l'efficacité ne peut pas être optimisée, le seul moyen de baisser les coûts des primes à des niveaux accessibles est de réduire la couverture. Par conséquent, proposer un bon produit à un prix abordable nécessite des processus efficients, mais contrôlés. L'interface avec le titulaire de contrat joue un rôle clé dans les processus efficients. Cette relation définit l'efficacité des ventes, de la collecte des primes, de la diffusion des informations, et, dans de nombreux cas, du traitement des déclarations de sinistre. La force du modèle partenaire-agent s'exprime dans le fait que l'agent, en règle générale une institution de micro-finance, possède généralement une interface performante avec le marché des personnes à faible revenu, ce qui peut améliorer l'efficacité.

Ayant commencé comme micro-crédit dans les années 1970, la micro-finance est devenue un phénomène mondial dans les années 1990, une fois que les dirigeants eurent acquis des compétences suffisantes pour prêter aux populations pauvres sur une base viable ou rentable. En s'appuyant sur ces fondations solides, les dirigeants ont commencé à exprimer un intérêt pour le développement de leurs gammes de produits. L'un des scénarios particulièrement courants pour les dirigeants des IMF était de voir un client agir correctement pendant les premiers cycles de prêts, pour être confronté ensuite à des problèmes financiers. Les études ont montré que lorsque les clients rencontraient des difficultés pour rembourser leurs prêts, c'était souvent à cause des risques financiers idiosyncratiques tels que le décès ou la maladie au sein de la

famille. Pour les organismes qui utilisaient des méthodologies basées sur le prêt collectif, une crise personnelle affectant un membre pouvait altérer la cohésion du groupe et contaminer la qualité de plusieurs prêts.

Plusieurs dirigeants d'IMF ont reconnu que l'assurance pouvait réduire l'impact de ces problèmes. Certaines IMF se sont concentrées sur la protection de leur portefeuille à travers l'assurance ; d'autres voulaient également aider leurs clients et leurs familles dans les moments difficiles. La décision consistait alors à trouver un mécanisme pour assurer leurs clients sans détourner la direction et le personnel de leurs produits essentiels.

Alors que certains organismes ont décidé de s'auto-assurer, pour la plupart, le choix était simple : se tourner vers les assureurs commerciaux qui présentaient déjà les mécanismes nécessaires pour aborder ces problèmes.[2] Beaucoup l'ont constaté depuis, ce modèle est généralement le moyen le plus simple, le moins cher et le plus rapide pour qu'une IMF puisse commencer à offrir à ses clients des services de gestion des risques en dehors des produits traditionnels d'épargne et de crédit. À titre d'avantage, cela peut être réalisé avec peu de risques supplémentaires pour l'IMF. Une gamme de produits élargie, une source de revenu basé sur les cotisations, une protection pour l'IMF et ses clients, peu de risques et pratiquement pas de contribution financière : comment pourrait-on obtenir mieux ?

Avec ces dispositions, les assureurs se garantissent un accès immédiat à des dizaines, voire des centaines de milliers de titulaires de contrats à faible revenu, et ce généralement grâce à une seule police collective. Bien que certains aient été peu enthousiastes au début, les assureurs rivalisent maintenant dans de nombreuses régions pour être au service des IMF et de leurs clients. En effet, lorsque Compartamos au Mexique cherchait un partenaire d'assurance, ses trois finalistes étaient tous des assureurs internationaux majeurs qui se disputaient le contrat.

Ce modèle est également bénéfique pour les titulaires de contrats à faible revenu. Ils obtiennent l'accès à des produits d'assurance gérés de façon professionnelle, pour lesquels ils auraient autrement eu un accès très limité. Pour les clients des grandes IMF, leur nombre élevé devrait leur permettre d'avoir un certain contrôle sur la conception du produit, et les primes devraient être plus favorables. Enfin, en cas de désaccord, l'IMF est là pour les soutenir, et ce n'est pas aux titulaires des contrats à faible revenu de poursuivre l'assureur pour faire appliquer la garantie.

Ce modèle a manifestement le potentiel d'être avantageux pour tous les acteurs et peut véritablement offrir une situation où tout le monde sort

2 Voir chapitre 4.7 pour un résumé des avantages et des inconvénients de l'auto-assurance pour les IMF.

gagnant. Cependant, dans de nombreux partenariats, demeurent encore des problèmes qui doivent être traités afin d'optimiser les avantages pour toutes les parties, en particulier les clients. En effet, il existe des situations où les clients pourraient obtenir bien plus de ce modèle, et ce sont pourtant les assureurs et les agents qui en profitent. Les parties suivantes vont traiter de la façon dont le modèle est mis en pratique et où résident certains des problèmes rencontrés.

2 Comment fonctionne le modèle partenaire-agent

2.1 Sélection du partenaire

Contrairement aux agents traditionnels, qui présentent un ensemble de produits développés par l'assureur pour les vendre au public crédule, les IMF ont généralement identifié un besoin parmi leurs clients, l'ont traduit en un produit d'assurance prototype, et se sont adressées aux assureurs. La conception du produit souvent proposée aux assureurs inclut une gamme de prix que les clients seraient prêts à payer, et le soin est laissé aux assureurs d'examiner la possibilité d'offrir ce produit.

Le processus d'appel d'offres utilisé par CARE au Ghana *(comme l'indique l'encadré 69)* s'est avéré être un moyen efficace pour qu'une IMF obtienne le produit qu'elle souhaite selon les conditions les plus appropriées. En Inde, ASA a également utilisé la méthode des appels d'offres, et a cherché des assureurs qui lui permettraient de gérer la vérification des déclarations de sinistre et de payer les clients directement, depuis que l'IMF a rencontré des problèmes importants concernant des déclarations de sinistre en retard ou rejetées avec de précédents partenaires d'assurance. ASA a envoyé une lettre d'invitation à une dizaine de compagnies d'assurance et a reçu des offres de presque toutes, peut-être parce que la lettre disait, en gras, « nous avons environ 45 000 clients ». Il est intéressant de remarquer qu'ASA a choisi de travailler avec trois assureurs ayant des produits quasiment identiques, chacun couvrant une zone géographique différente. Même si la gestion des trois relations a impliqué plus de travail, ASA a préféré cette solution car cela a permis d'instaurer une concurrence entre les assureurs. Si l'un était moins performant que les autres, l'IMF pouvait progressivement le supprimer et transférer ces clients à l'un de ses autres partenaires d'assurance.

Encadré 69 **Vendre un concept d'assurance au Ghana**

CARE a mené une étude sur l'offre et la demande concernant la distribution d'une micro-assurance par le biais des banques rurales au Ghana. L'organisme a ensuite réuni toutes les banques rurales et tous les assureurs intéressés pendant un atelier d'une journée afin d'expliquer les résultats et le concept du produit lui-même. Suite à cela, CARE a lancé un appel d'offres à tous les assureurs. Les assureurs intéressés ont répondu avec leurs taux de primes pour les produits demandés (ainsi que d'autres exigences spécifiques). CARE a ensuite utilisé une grille d'évaluation pour effectuer son choix final : Gemini Life Insurance of Ghana (GLICO). Le processus a généré un fort intérêt de la part des assureurs (12 assureurs et courtiers ont participé à la réunion initiale et huit ont répondu aux appels d'offres) et a certainement fourni de meilleurs résultats pour CARE.

Source : d'après McCord, 2004.

Concevoir le produit et les processus de cette manière a permis à CARE et ASA d'obtenir ce qu'ils voulaient. Comme la conception de leurs produits reflétait directement les besoins de leurs clients, les clients y trouvaient leur compte.

Beaucoup ont soutenu que les assureurs n'accepteraient pas une conception du produit développée par un agent institutionnel tel qu'une IMF. Il y a probablement certains assureurs qui ne sont pas intéressés par les institutions de micro-finance ou les clients à faible revenu, mais ils ne représentent qu'une minorité. L'expérience de nombreuses IMF a montré que si une compagnie d'assurance est présentée avec une étude de marché convaincante et un discours basé sur une compréhension sensée de l'assurance, alors un produit spécialisé sera accepté. Bien sûr, l'assureur évalue et définit la prime, et peut ajuster le produit pour traiter des problèmes institutionnels spécifiques, mais au final le produit doit répondre à la demande du marché, représentée par l'agent. Il s'agit d'un mode de fonctionnement usuel pour les assureurs travaillant avec les courtiers en assurance.

2.2 Sélection de l'agent

Il y a cinq ans, le moyen le plus courant de faire naître ces relations était qu'une IMF s'adresse à des assureurs avec un concept de produit. Mais aujourd'hui, certaines compagnies d'assurance reconnaissent qu'il s'agit d'un marché qui peut être exploité, et elles ont, de façon proactive, cherché des réseaux de distribution potentiels, dont les IMF et d'autres organismes réalisant des transactions financières avec le marché des personnes à faible revenu.

Pour les assureurs, trouver un agent approprié est également essentiel à la réussite. Puisque l'agent est le visage du produit, sa force de persuasion auprès des titulaires de contrats potentiels dans l'achat d'une assurance est déterminante. Une mauvaise sélection des agents peut mener à de sérieux retards de croissance, à une mauvaise perception du public et à des coûts considérablement plus élevés.

Les assureurs veulent des réseaux de distribution avec beaucoup de clients, un potentiel de croissance, une forte réputation en termes de satisfaction du client et un engagement envers l'assurance au niveau du conseil d'administration et de la direction. Les partenariats réussissent davantage si l'agent possède un SIG informatisé et une solide formation. Les assureurs expriment certainement plus de satisfaction lorsqu'ils peuvent offrir des produits collectifs par le biais d'une seule police principale pour l'agent institutionnel tel qu'une IMF, une association de professionnels ou un autre grand groupe de personnes à faible revenu, et lorsque le produit est obligatoire.

Lorsqu'il lance ses recherches pour trouver un agent approprié, l'assureur doit se rappeler que sa propre capacité à reconnaître les foyers pauvres comme un marché à part entière nécessitant des produits distincts est cruciale au succès. Les assureurs doivent être prêts à modifier leurs produits standard, ou mieux encore, à développer de nouveaux produits en partant de zéro, pour se conformer aux caractéristiques du marché des personnes à faible revenu.

Dans certaines juridictions, les agents d'assurance doivent être agréés ; dans certains cas, les agents ne peuvent pas être des organismes, ils doivent être des individus. Le processus d'agrément peut impliquer un certain nombre d'heures de formation et/ou le passage d'un examen. Ces exigences ne sont souvent pas favorables à l'enregistrement officiel d'une IMF ou de membres du personnel sélectionnés en tant qu'agents, et par conséquent, il est essentiel d'explorer un moyen approprié permettant d'être conforme aux réglementations relatives à l'assurance *(voir chapitre 5.2)*.

2.3 Clarification des rôles

Une fois le concept du produit développé, et dès que l'assureur et l'agent se sont identifiés, il est important que les parties déterminent les rôles qu'elles vont jouer dans le processus de la micro-assurance. Des contrats formels ou **des protocoles d'accord** (MOU) atténueront les divergences futures, faciliteront la relation de travail et constitueront les bases des rapports de gouvernance.

En élaborant le contrat, chaque partie doit comprendre les diverses composantes de la distribution d'assurance et se mettre d'accord pour savoir où

résident les responsabilités. Certains des éléments correspondent manifestement à une partie ou à une autre. Les rapports de réglementation incombent à l'assureur, tout comme la collecte des primes incombe à l'IMF. D'autres éléments peuvent ne pas être aussi clairs. Les responsabilités clés qui doivent être abordées dans un contrat sont décrites ci-dessous.[3]

Souscription

Pour maximiser l'efficacité de ce modèle, la souscription est habituellement effectuée durant le processus de vérification des déclarations de sinistre. Dans ce cas, une sorte de souscription a lieu simplement en vertu de la capacité d'un titulaire de contrat à se conformer aux polices et aux exigences de l'organisme grâce auquel il achète l'assurance. Par exemple, AIG Ouganda accepte tous les titulaires de contrats fournis par les IMF. Il n'y a aucune restriction d'entrée autre que la capacité d'une personne à rejoindre l'une des nombreuses IMF en Ouganda. L'un des principaux avantages dans la collaboration des assureurs avec une IMF, contrairement à un organisme qui ne prête pas, est que sa sélection pour les crédits peut constituer un substitut pour la souscription d'une assurance-vie. Le chapitre 3.4 s'intéresse plus en détails à l'importance de déplacer la souscription de la phase d'application initiale à la phase terminale du processus de déclarations de sinistre.

Formation du personnel

En règle générale, l'équipe de première ligne de l'agent a besoin d'une formation aux principes de l'assurance, au marketing relatif à l'assurance et aux informations concernant le produit particulier. Cette formation peut être dispensée directement par l'assureur. Autrement, ce dernier peut aider à développer la documentation de formation pour que le personnel de formation de l'IMF la distribue. La Equidad en Colombie par exemple, a développé un programme spécial pour former les analystes de crédit de son agent, Women's World Foundation (WWF). WWF consacre une moyenne de deux jours pour l'assurance sur les 45 jours de formation pour les nouveaux analystes de crédit à l'aide du programme conçu par La Equidad. D'autres catégories de personnel ont besoin d'une formation et de conseils sur des questions comme l'administration du système et les applications des SIG.

Collecte et envoi des primes

Comme le souligne l'encadré 70, le processus de collecte des primes est très détaillé. Ce processus doit être documenté afin que chaque partie comprenne

[3] Vous trouverez une liste complète des activités liées à l'assurance qui devraient faire partie d'un contrat partenaire-agent dans Churchill et al., 2003.

le rythme et son rôle dans le processus. L'efficacité est cruciale. Puisque les IMF effectuent déjà des transactions financières avec leurs clients, il est relativement aisé pour elles de collecter des primes comme parts des remboursements des prêts ou à partir des épargnes des titulaires de contrats.

Encadré 70 **Liste de vérification de la collecte des primes des partenaires-agents**

– Quand les clients paient-ils les primes ?
– Quand l'agent envoie-t-il les fonds ?
– Les primes sont-elles versées en espèces ?
– L'agent peut-il utiliser les primes pour payer les indemnités ?
– La commission est-elle déduite des primes ?
– De quelles informations l'assureur a-t-il besoin comme appui pour chaque paiement de prime ?
– Où ces informations sont-elles conservées ?
– En l'absence de numéros nationaux d'identification, comment l'assureur souhaite-t-il désigner l'assuré ?
– Est-ce que la police prend effet lorsque l'agent encaisse le paiement de la prime ?

L'échange d'informations concernant les paiements des primes doit également être soigneusement évalué. Quelles sont les informations dont a vraiment besoin l'assureur concernant le paiement des primes ? AIG Ouganda par exemple, exige que les IMF paient la somme cumulée des primes sur une base mensuelle, ce qui est efficace, mais le paiement doit être accompagné d'une liste physique de toutes les personnes qui sont couvertes par la police collective. Une IMF a soumis près d'une rame de papier chaque mois pour satisfaire à cette exigence. Ce processus nécessite des efforts, des fournitures et même un espace de stockage considérables. Il est clairement inefficace.

Adalgi, en Géorgie, avec son agent IMF Constanta Foundation, utilise par contre un système électronique qui télécharge les données pertinentes automatiquement et quotidiennement. Il n'y a pratiquement aucune intervention humaine dans ce processus. D'autres IMF ayant des capacités d'épargne, comme K-Rep Bank au Kenya et les banques rurales du Ghana, nécessitent que l'assureur conserve les primes sur un compte dans leurs banques. Cette disposition simple aide les banques de micro-finance dans la gestion des liquidités.

Tout contrat partenaire-agent devrait garantir que le maximum de choses est fait de façon électronique. L'utilisation des ordinateurs et des fichiers électroniques est un moyen important de réduire les coûts et l'effort dans la gestion d'une micro-assurance, de même que la collecte des données démographiques nécessaires du client.

Traitement des déclarations de sinistre

Dans la mesure où les paiements ponctuels des indemnités sont déterminants pour la crédibilité des institutions (sans parler des besoins des bénéficiaires), un accord sur **les normes de service** est impératif. Dans certaines des premières expériences menées avec le modèle partenaire-agent, les assureurs insistaient généralement pour verser les indemnités, mais souvent avec de très mauvais résultats. Dans le cas d'ASA avec Life Insurance Corporation of India (LIC), les indemnités prenaient régulièrement trois mois ou plus avant d'être versées, et même à ce moment-là un certain nombre d'entre elles était rejeté parce que l'âge du défunt ne pouvait être prouvé (certaines personnes n'ont jamais eu de certificat de naissance) ou parce qu'une partie des documents nécessaires portaient un surnom plutôt que le nom officiel. Certains micro-assureurs avaient des déclarations de sinistre en souffrance, dont certaines dataient de plus d'un an. Cela est inacceptable pour n'importe quel programme de micro-assurance.

Pour éviter ces problèmes, de nombreuses IMF comme ASA et Kashf au Pakistan ont décidé de régler les sinistres directement. Il peut s'agir d'une question sensible pour les assureurs, mais là où cette pratique est appliquée, les bénéficiaires en tirent parti. Courante au sein des filiales d'Opportunity International, Leftley (2005) évoque cette approche comme étant un contrat d'agence modifié. L'IMF vérifie que la déclaration de sinistre est valide et, le cas échéant, verse l'indemnité à partir des primes encaissées mais qui n'ont pas encore été envoyées à l'assureur. À la fin du mois, l'IMF envoie le tableau de primes nettes indiquant le montant total des primes collectées et le montant total des indemnités versées, accompagné de tous les documents relatifs aux déclarations de sinistre. Dans le cas où l'assureur identifie une indemnité qui a été versée par erreur, alors l'IMF est chargée de rembourser la compagnie d'assurance. Le problème est décrit plus en détails au chapitre 4.5.

Si l'assureur insiste pour verser les indemnités, une garantie de règlement est une alternative innovante, par laquelle l'assureur accepte que les sinistres (avec documentation adéquate à l'appui) soient réglés dans les deux semaines qui suivent ou bien il payera un bonus de 25 %, par exemple. Cela réduit le passif de l'IMF et incite l'assureur à travailler de façon efficace. Il est évident que la mesure supplémentaire qui est de permettre à l'assureur d'obtenir des documents pour le remboursement par le biais de l'IMF constitue une perte de temps, et ceux qui paient directement ont un avantage avec leurs clients tant que les contrôles sont simples, clairs et efficaces.

Alors qu'il peut être possible pour l'IMF de verser des indemnités pour l'assurance-vie, cela est plus difficile pour d'autres types de couverture. Et même, faire la distinction entre un décès naturel et accidentel peut s'avérer difficile pour le personnel de terrain de l'IMF. L'assurance maladie est encore

plus compliquée. Parmi une variété d'autres contrôles, VimoSEWA (Inde) et UMSGF (Guinée) emploient des médecins pour participer aux comités des déclarations de sinistre afin d'évaluer si les cliniques fournissent le bon traitement et suivent les protocoles approuvés. En règle générale, les sinistres liés à l'assurance maladie sont trop onéreux pour que les agents les gèrent.

Avec une approche différente pour la vérification des déclarations de sinistre, United India Insurance Company (UIIC) a travaillé avec Shepherd, une ONG de micro-finance, à la création d'un comité d'examen pour traiter les problèmes de mise en application de la micro-assurance et décider des déclarations de sinistre contestables. Ce comité se compose de deux représentants de UIIC, deux représentants des titulaires des contrats et un représentant de Shepherd. Il permet de répondre efficacement aux problèmes liés aux déclarations de sinistre et au contrôle de la mise en pratique du produit, de même qu'il permet d'améliorer la surveillance générale du programme.

2.4 Mise en pratique

Tout comme d'autres aspects de la distribution de la micro-assurance, l'efficacité de la mise en pratique est essentielle, et c'est là où une relation partenaire-agent peut prouver sa valeur. En principe, le personnel de l'IMF interagit fréquemment avec ses clients. Les opportunités de ventes croisées d'assurance sont ainsi très courantes et le coût différentiel engendré devrait être presque insignifiant. L'idée est d'utiliser les réseaux et relations existants d'un agent IMF pour ajouter un autre produit, qui devrait en théorie réduire les coûts d'acquisition et de transaction, surtout par rapport à l'emploi d'agents d'assurance spécialisés pour vendre des produits individuels.

Cependant, la théorie de la mise en pratique ne reflétait pas la réalité des transactions avec les IMF. Cette approche de ventes croisées simple n'a pas connu le succès dans plusieurs institutions, tout d'abord parce que la micro-assurance n'est pas l'activité principale des agents. Par définition, l'épargne et le crédit sont les activités centrales d'une IMF. L'assurance peut prendre en charge l'activité principale, par exemple en atténuant le risque lié au crédit de l'agent et de ses clients, mais lorsque des problèmes de défaut de paiement surviennent, peu d'efforts sont faits pour commercialiser l'assurance. Comme le portefeuille de prêts constitue l'évaluation clé et le générateur de revenu pour la plupart des IMF, il est logique que lorsque celui-ci est menacé, l'attention de la direction et du personnel se porte sur ce problème afin de le traiter. Ce phénomène est vrai pour d'autres réseaux de distribution et représente un obstacle important dans la progression de la micro-assurance. Offrir une micro-assurance efficacement grâce à d'autres organismes engendrera toujours un traitement de seconde classe pour de tels produits comparé à

l'activité centrale du réseau de distribution.

Même lorsque les choses se passent bien, certains agents potentiels de micro-assurance ne s'intéressent pas à l'assurance parce que le développement de l'activité centrale nécessite toutes les ressources disponibles. ProCredit Bank en Ukraine, par exemple, était quelque peu intéressée par la micro-assurance et a commencé à tester un partenariat avec une compagnie d'assurance locale. Avant même que le test ne soit terminé, il est devenu évident que, en raison du développement phénoménal de l'activité centrale, les gestionnaires ne détourneraient pas leur attention pour un produit non stratégique.

L'espérance de voir la micro-assurance être mise en application facilement dans une IMF sans coût supplémentaire s'est avérée bien trop optimiste. Plusieurs institutions ont reconnu le besoin d'avoir quelqu'un dans l'institution agent pour assurer la liaison entre l'assureur et l'IMF. Dans certains cas, l'agent nomme quelqu'un pour gérer la relation de son côté, superviser la formation, gérer les rapports et les communications avec les assureurs, répondre aux questions du personnel et agir de façon générale comme le chef de produits d'assurance. Dans d'autres cas, comme avec GLICO, l'assureur nommera en fait l'un de ses agents à un poste dans l'IMF afin de garantir des ventes et un service adaptés.

L'espoir que le personnel d'une IMF puisse effectuer des ventes croisées d'assurance n'a généralement pas non plus été concrétisé. Les études sur la demande et la satisfaction du client ont indiqué que les clients de microfinance ne savent pas grand chose des produits d'assurance qu'ils ont achetés. Cela est particulièrement vrai pour les produits obligatoires. Lorsqu'un produit est obligatoire, le personnel de terrain ne voit guère de raison de promouvoir le produit de micro-assurance ou même de s'y intéresser.

Un engagement pour que le client reste bien informé est nécessaire pour réussir dans la micro-assurance. Sans un tel engagement, les titulaires de contrats ne voient l'assurance que comme un coût supplémentaire à l'emprunt et les produits obligatoires et volontaires risquent de connaître des taux de renouvellement faibles.

2.5 Dispositions financières avec l'agent

Même si les agents IMF ont généralement limité leurs offres en micro-assurance à des produits qui sont en rapport direct avec les besoins en protection de leur portefeuille de prêts, ils s'attendent également à juste titre à bénéficier

d'un avantage financier direct de la vente d'une assurance pour un assureur. Trois méthodes de rémunération ont été identifiées dans les études de cas :

1. Commissions versées à l'agent et correspondant à un pourcentage des primes collectées
2. Participation aux bénéfices avec un potentiel de revenu/perte variable
3. Majorations des primes, c'est-à-dire que l'agent IMF ajoute un montant supplémentaire à la prime facturée par l'assureur

Rémunération basée sur les commissions

Les commissions sont le moyen le plus courant pour les agents IMF de tirer un revenu de l'assurance. En règle générale, elles s'échelonnent de 5 à 20 % des primes versées. Certains des agents IMF les plus professionnels suivent de près les coûts de vente et de service après-vente des produits de micro-assurance. Il est important pour l'agent de comprendre la structure du coût lié à son assurance et de déterminer si le coût rentre au minimum dans ses frais relatif à l'activité. Certains dirigeants d'IMF soutiennent que, parce que les activités sont ajoutées à l'infrastructure existante et fournies en même temps que les produits de crédit et d'épargne, l'assurance ne génère en fait aucun coût supplémentaire. Cependant, sans une analyse du coût de revient, les agents ne sont jamais certains de la rentabilité du produit.

À l'aide d'un calcul du prix de revient basé sur l'activité (ABC), ASA a évalué le coût associé aux ventes et services de ses produits d'assurance et a déterminé que le coût administratif par police et par année est de 1,80 $US *(voir tableau 38)*.

Tableau 38

Coût d'ASA par police (janvier 2005)

Catégorie	*Dépenses annuelles (Rs)*	*Dépenses annuelles ($US)*
Coûts liés au personnel	1 500 000	33 333
Coûts non liés au personnel (par exemple fournitures de bureau, loyer, ordinateurs)	1 460 000	32 445
Commission d'incitation de l'agence	1 325 250	29 450
Coûts totaux annuels pour toutes les polices	**4 285 250**	**95 228**
Nombre total de polices vendues	53 010	
Coût total du service après-vente par membre	**80,84**	**1,80**

Source : Roth et al., 2005.

Le tableau 39 évalue la rentabilité des activités de micro-assurance selon le coût par police. La prime par police est équivalente à 125 Rs (2,78 $US), mais la prime retenue est différente pour Max New York. Lorsque l'on compare le coût par police à la prime retenue par police (colonne B), il est clair qu'il y a un bénéfice avec les deux premiers assureurs et une perte avec le troisième.

Lorsque ce calcul du prix de revient a été effectué, les coûts administratifs d'ASA constituaient 64,6 % des primes et les bénéfices correspondaient à 4,8 % des primes.[4] (Les coûts administratifs supplémentaires doivent également être appliqués par rapport au surplus qui a été payé à l'assureur). En suivant les coûts et les revenus de cette manière, un agent peut mieux gérer le niveau des coûts, et dans ce cas il est clair qu'il existe un besoin d'identifier les rendements potentiels supplémentaires pour réduire les coûts administratifs très élevés.

Tableau 39

Bénéfice/perte d'ASA par police (janvier 2005)

Compagnie d'assurance	*A) Prime reçue de la part du client*	*B) Prime retenue pour couvrir les dépenses*	*C) Bénéfice ou perte par police (colonne B – 80,84 Rs.)*	*D) Nombre de polices*	*E) Bénéfice ou perte sur l'ensemble des polices (Rs)*	*F) Bénéfice ou perte sur l'ensemble des polices ($US)*
AMP-Sanmar	125	89	8,16	26 444	215 822	4 796
Allianz Bajaj	125	89	8,16	18 218	148 686	3 304
Max New York	125	75	-5,84	8 348	-48 740	-1 083
Totaux				***53 010***	***315 768***	***7 017***

Source : Roth et al., 2005.

4 Le coût moyen pondéré par police est de 86,8 Rs, soit 69,4 % de la prime. Le coût administratif des primes est de 80,84/125 = 64,6 %, et le bénéfice est de (86,8 - 80,84)/125 = 4,8 %.

Tableau 40

Performance de quatre systèmes de micro-assurance en Zambie

	Pulse Holdings	*PRIDE Zambie*	*FINCA Zambie*	*CETZAM*
		2004		
Valeur de la prime ($US)	25 345	28 098	31 826	17 507
Sinistres ($US)	12 252	5 034	3 302	1 613
Taux de déclarations de sinistre (%)	***48,3***	***17,9***	***10,4***	***9,2***
Primes nettes ($US)	13 092	23 063	28 534	15 894
Participation aux bénéfices ($US)	4 582			
Participation aux bénéfices (%)	***18,0***			
Frais d'administration (10 %)		2 810	3 184	1 751
		2003		
Valeur de la prime ($US)	18 603	4 010	9 571	7 544
Sinistres ($US)	9 803	786	976	3 749
Taux de déclarations de sinistre (%)	***52,7***	***19,6***	***10,2***	***49,7***
Primes nettes ($US)	8 800	3 224	8 595	3 794
Participation aux bénéfices ($US)	3 080			
Participation aux bénéfices (%)	***16,6***			
Frais d'administration *(10 %)*		401	957	754

Source : Manje, 2005.

Participation aux bénéfices

La deuxième approche de rémunération, la participation aux bénéfices, est un moyen de partager les risques et les bénéfices pour générer un revenu (ou une perte) potentiellement plus élevé pour l'agent IMF. Cette méthode place certains des risques liés à l'assurance du côté de l'agent institutionnel. Typiquement, ce passif potentiel est plafonné au montant des primes payées, ainsi l'agent IMF peut probablement perdre son investissement dans les coûts de vente et de service après-vente des produits, mais toute perte supplémentaire est prise en charge par l'assureur.

Madison Insurance travaille avec quatre agents institutionnels en Zambie. Trois d'entre eux se voient verser une commission garantie correspondant à 10 % des primes, alors que le quatrième, Pulse Holdings, est payé selon une participation aux bénéfices (et aux risques). Le tableau 40 montre certains résultats clés des quatre IMF.

Dans ce cas, la disposition concernant la participation aux bénéfices demande à Madison de verser les indemnités à partir de la mise en commun des primes et de retenir ensuite 35 % des primes nettes (après déduction des sinistres) pour couvrir ses coûts. Tout surplus est alors partagé de façon égale entre l'assureur et l'IMF. Cette disposition a fourni un meilleur retour pour Pulse Holdings durant ces deux années – 16,6 % pour 2003 et 18 % pour 2004 – que le retour garanti de 10 % pour les autres, même si Pulse avait un taux de déclarations de sinistre beaucoup plus élevé. Il est important de reconnaître qu'avec un mécanisme de participation aux bénéfices et aux risques, le retour pourrait être de zéro. Cependant, il apparaît que Pulse, et Madison elle-même, sont protégées par des primes extrêmement élevées. Le taux de déclarations de sinistre pour Pulse en 2005, par exemple, aurait dû être supérieur à 70 % pour que Pulse puisse gagner rien que les 10 % que les autres touchaient. Avec un taux de déclarations de sinistre total moyen de seulement 16 % pour les agents rémunérés à la commission, il est clair que ce produit est vendu bien trop cher.[5]

Majorations des primes

La troisième option correspond aux majorations des primes, comme celles utilisées par de nombreuses IMF en Ouganda qui imposent une majoration allant jusqu'à 100 % de la prime. En d'autres termes, si l'assurance couvre les coûts à 0,5 % du montant du prêt, l'IMF facture 1 % et gardent les autres 0,5 %. Dans le cas d'AIG Ouganda, l'assureur ne paie pas de commission aux IMF, mais il paie en revanche une commission de 20 % à son propre agent d'assurance. Cela engendre un niveau exorbitant des coûts administratifs et des niveaux de primes, qui sont bien supérieurs aux taux raisonnables. En outre, il est probable que de telles majorations soient illégales dans les pays où les autorités d'assurance approuvent officiellement les primes.

Aux Philippines, Opportunity International a guidé ses filiales IMF vers cette approche de majorations après avoir appris qu'il était courant d'augmenter le taux des primes de façon considérable si une commission était versée à l'intermédiaire. Par exemple, si une commission de 20 % est nécessaire pour couvrir les coûts de l'IMF, alors il est courant que le taux net sans commission soit augmenté pour atteindre plus de 100 %. Selon cette observation, il a été conclu que les IMF paieraient le taux net à l'assureur et ne recevraient aucune commission, mais majoreraient à la place le taux facturé aux clients par des frais de gestion. Cela a conduit à une solution finale moins chère pour les clients des organismes.

5 Notez qu'avec un taux de sinistres total de 16 %, plus les 10 % de frais d'administration versés aux IMF, Madison a 74 % de primes à partager entre 1) les coûts administratifs très bas de ses opérations liées à ces produits, 2) probablement pas de coûts de réassurance et 3) des bénéfices qui correspondent certainement à 50 à 60 % des primes.

2.6 Conclusion

Pour la mise en pratique du modèle partenaire-agent, plusieurs points préoccupants devraient être résolus avant que le produit ne soit proposé aux titulaires de contrats potentiels. Chaque partie doit comprendre son rôle, et les rôles devraient être attribués sur la base de ce qui peut constituer l'avantage comparatif de chaque institution. En développant le produit et en négociant avec l'assureur, l'agent IMF endosse un double rôle : il doit garantir que ses propres exigences institutionnelles sont satisfaites en termes de distribution, de couverture des coûts, et d'exigences de capacité, mais il doit aussi représenter ses clients et leurs besoins. Dans certains cas, surtout en Asie, les IMF ont effectué un travail admirable dans la représentation des besoins de leurs clients et dans la négociation des produits répondant à ces besoins. Dans la plupart des cas cependant, les IMF apparaissent trop centrées sur leurs portefeuilles et la volonté de générer des gains significatifs, contribuant ainsi à générer des produits qui ne reflètent pas les besoins de leurs clients et ne leur offrent pas de vraie valeur.

3 Le bon et le mauvais

Le modèle partenaire-agent n'est pas bon pour tous. Beaucoup trouvent qu'il répond à leurs besoins. Certains, comme VimaSEWA et ASA, ont commencé avec le modèle partenaire-agent, sont passés à l'auto-assurance, puis sont revenus au modèle partenaire-agent. Comme le décrit l'encadré 71, ASA est finalement fermement engagée dans le modèle partenaire-agent maintenant qu'il est davantage capable de gérer la relation avec les assureurs et qu'il peut influencer la conception des produits.

Encadré 71

La relation changeante d'ASA vis-à-vis du modèle partenaire-agent

ASA a tergiversé entre le modèle partenaire-agent et le modèle de service complet plusieurs fois au fil des années, parfois même en combinant les deux (par ex. en prenant en charge le risque de décès naturel de façon interne, mais en externalisant la couverture d'un décès accidentel vers un assureur). Cependant, ASA apparaît maintenant fermement engagée à collaborer avec les compagnies d'assurance. Une partie de cet engagement est due à son expérience ; elle connaît les risques d'une assurance interne sans réassurance. Un autre facteur réside dans le fait qu'ASA a eu suffisamment d'expérience avec les partenaires d'assurance pour savoir maintenant quoi demander et comment gérer la relation – et avec 45 000 emprunteurs, ASA jouit du volume lui permettant d'être exigeante. Par conséquent, ASA a conçu son propre produit pour répondre à ses besoins et générer un petit revenu, tandis que quelqu'un d'autre se charge du risque.

Source : d'après Roth et al., 2005.

Les assureurs travaillant avec les agents IMF ont rencontré un succès mitigé avec ce modèle. La pénétration a été relativement faible avec les produits facultatifs, même si certains agents réussissent mieux dans la distribution d'assurance que d'autres. Certains des facteurs en corrélation avec le succès des ventes incluent :

- **La taille de la base clientèle de l'agent** : les agents disposant d'une large clientèle tendent à connaître de meilleurs taux de pénétration que les petits agents.
- **L'attitudes des gestionnaires** : les agents qui réussissent plus apprécient la nature stratégique de l'assurance dans leur offre de produits et démontrent une discipline de gestion appropriée pour les points tels que la définition de cibles de vente.
- **L'attitudes des employés** : l'attitude du personnel de terrain envers l'assurance est un facteur crucial dans l'obtention de résultats de vente positifs. S'ils ne sont pas enthousiasmés par le produit, il est difficile de connaître le succès au niveau des ventes.

Même si les assureurs veulent habituellement « offrir » une **assurance obligatoire**, cela ne paraît logique que là où il existe une relation directe entre le produit et sa nature obligatoire. Par exemple, une IMF peut associer une couverture assurance-vie de crédit à un crédit de fonds de roulement ou une assurance habitation à un emprunt logement. Lorsque les assureurs offrent des produits qui vont au-delà du lien direct, ceux-ci doivent être facultatifs, et doivent, par conséquent, être vendus de façon active par l'intermédiaire. Cela s'avère difficile.

Comme couramment envisagé, ce modèle se limite aux épargnants ou plus probablement aux emprunteurs d'une IMF. Cependant, il y a quelques endroits où les institutions de micro-finance travaillent avec 10 % du marché potentiel. Dans un pays comme l'Inde, où les réglementations relatives à l'assurance nécessitent que les assureurs soient au service du marché des personnes à faible revenu, Tata-AIG a trouvé le modèle partenaire-agent trop restrictif. Trop d'institutions de micro-finance avaient déjà des relations avec d'autres assureurs, et la pénétration des IMF en Inde a été faible comparée au marché potentiel. Ainsi, Tata-AIG a développé son propre modèle à l'aide d'ONG pour identifier les personnes locales pouvant devenir des « micro-agents » *(voir chapitre 4.6)*. La saturation des IMF désireuses, et capables, de travailler avec les assureurs en Inde, couplée à leur portée relativement limitée, est une considération importante pour le modèle partenaire-agent, et continuera de pousser les assureurs à identifier des réseaux de distribution autres que les IMF et à collaborer avec eux.

Delta Life a connu des défis similaires lorsqu'elle a tenté d'offrir une assurance par le biais d'une ONG de micro-finance au Bangladesh. Une partie du problème réside dans le type de produit qu'offrent Delta et Tata-AIG. Les institutions de micro-finance ne sont pas des distributeurs particulièrement efficaces de **polices d'assurance mixtes**, et ce pour deux raisons. Les IMF associent habituellement leurs polices aux produits liés au prêt. Les assurances mixtes nécessitent des transactions régulières sur le long terme. Le crédit des IMF est généralement basé sur du court terme avec des intervalles occasionnels de non-emprunt. La compatibilité entre ces deux approches est limitée. De plus, pour les IMF qui acceptent l'épargne, les produits d'assurance mixtes se disputent les ressources limitées du client à faible revenu.

Le chapitre 1.2 décrit la demande en micro-assurance du marché des personnes à faible revenu et montre que dans la plupart des pays le plus gros besoin en assistance pour la gestion des risques, et donc le plus gros besoin en assurance, concerne le secteur de la couverture santé. Au départ, certains pensaient que **l'assurance maladie** apparaitrait comme faisant partie d'un processus évolutif. Si les assureurs pouvaient être séduits par le fait d'entrer sur le marché des produits liés à la vie et autres produits basiques, ils pourraient être encouragés peu à peu à évoluer vers des produits plus complexes, notamment ceux liés à la santé. À l'exception de quelques cas notables – comme VimoSEWA et Shepherd, en Inde – cette évolution n'a pas eu lieu. Cela s'explique à la fois par une réticence générale des assureurs et par un manque de pression pour une évolution des agents IMF, qui sont également censés représenter leurs clients. Comme l'assurance maladie ne peut pas être proposée comme produit obligatoire dans la plupart des endroits, et que les produits ne se rapportent pas directement au remboursement des prêts, le développement de la couverture santé par le biais de ce modèle a été freiné.

4 Avantages et inconvénients

Dans le modèle partenaire-agent, il y a trois acteurs clés : les assureurs, les IMF ou agents similaires, et les personnes à faible revenu, qui à l'extrémité de la chaîne, sont couvertes par ces polices. Bien que présentée comme une approche où tout le monde sort gagnant, en pratique ce modèle a montré des avantages et des inconvénients pour chacun de ces groupes.

4.1 Les agents

Pour les IMF, il est plus simple d'offrir une assurance en partenariat avec un assureur formel que de créer leur propre compagnie d'assurance ou couvrir en leur nom propre *(comme l'indique le tableau 41)*. La capacité d'offrir une

assurance sans les exigences de connaissances, de fonds ou de réglementations en fait une option facile.

Les inconvénients sont généralement liés aux problèmes relationnels. Les IMF et les assureurs entrent en négociation avec des bases de connaissances très différentes. L'assureur connaît l'assurance tandis que l'IMF connaît le marché. Ce qui en fait une relation idéale – la fusion de deux ensembles de compétences – crée aussi le terrain propice aux fraudes. Même si les connaissances spécifiques à l'assurance et l'accès au marché sont deux éléments clés, les IMF diffèrent trop fréquemment de l'expertise de l'assureur en échouant dans la transmission de leur connaissance du marché à l'assureur. C'est une erreur. Là où les IMF sont capables d'influencer la conception du produit, ou là où il existe une concurrence entre assureurs, il y a manifestement de meilleurs produits pour les clients avec de meilleures conditions.

Tableau 41

Avantages et inconvénients de l'agent par rapport à l'auto-assurance

Avantages	*Inconvénients*
1. Souvent le moyen le plus simple, le moins cher et le plus rapide pour se lancer dans l'assurance	1. Doit négocier avec un tiers pour un produit qui répond aux besoins des clients et des IMF
2. Risque de réputation et risque financier plus faible	2. Revenu souvent limité aux commissions ; faible risque, mais également récompense relativement faible
3. Revenu garanti des commissions, ou revenu/perte potentiel(le) de la participation aux bénéfices	3. Les normes de service peuvent appartenir à un tiers (si l'assureur verse des indemnités)
4. Pas de besoin en capital	4. Le personnel de terrain a des responsabilités commerciales supplémentaires, non stratégiques
5. Pas ou peu d'exigences réglementaires	5. Nécessite de créer une structure d'incitation pour motiver le personnel à vendre le produit ou au moins pour que les clients restent informés sur les produits
6. Non-obligation d'avoir des dirigeants et du personnel spécialisés qui coûte cher	6. Limites potentielles de conception du produit et des prestations dues à des restrictions sur ce que l'assureur couvrira ou sur ce qu'il peut légalement couvrir
7. Peut proposer des produits qui sont plus sûrs pour les clients	

Pour que le modèle partenaire-agent fonctionne avec les IMF, plusieurs exigences doivent être satisfaites :

– Les IMF doivent utiliser la taille de leur marché pour obtenir ce qu'elles veulent en produits et en conditions. Elles doivent pousser les assureurs à offrir des produits qui répondent mieux aux besoins et aux demandes de leurs

clients, et faire pression pour que l'évolution continue des produits soit en adéquation avec les besoins plus pointus des clients.

- Il doit y avoir une concurrence entre les assureurs : plusieurs assureurs vendant à l'IMF, appels d'offres et révisions annuelles des polices.
- Une meilleure intégration de la micro-assurance au niveau de l'administration est nécessaire afin que le personnel de terrain estime la valeur de l'assurance auprès de ses clients et reçoive des avantages pour vendre des produits facultatifs et informer les clients à propos des produits obligatoires.
- La valeur d'une gamme de produits d'assurance pour les clients de l'IMF, et indirectement pour l'IMF, doit être identifiée. Cela permettra d'inciter les IMF à obliger les assureurs à offrir les produits et à les vendre de façon professionnelle à leurs clients.

4.2 Les assureurs

Les avantages de ce modèle pour les assureurs sont facilement identifiables. Les inconvénients sont basés sur la relation, comme le montre le tableau 42. Les IMF se sont généralement révélées être des agents décevants. Le marketing est leur point faible, et le potentiel du marché auquel elles fournissent l'accès est rarement atteint avec les produits d'assurance offerts.

Tableau 42

Avantages et inconvénients pour un assureur

Avantages	*Inconvénients*
1. Le moyen le plus simple, le moins cher et le plus rapide pour entrer sur le marché des personnes à faible revenu ; l'agent donne à l'assureur une crédibilité immédiate auprès d'un marché sceptique, de nombreux clients et un mécanisme de transaction efficace	1. Travailler avec des agents ayant une connaissance de l'assurance limitée
2. Améliore la diversification des risques en ajoutant un nombre substantiel de titulaires de polices, surtout avec un produit obligatoire	2. Effort direct et considérable dans la formation du personnel de l'IMF, et dans le développement de processus et de matériels marketing
3. Impact positif sur les exigences de responsabilité sociale des entreprises et sur les relations avec les autorités de régulation	3. Dépend de l'agent qui pourrait modifier son opinion à propos des produits ou des services de l'assureur après l'investissement initial
4. Meilleure compréhension des risques grâce aux données historiques des agents sur les clients	4. Risque de perdre une part considérable du marché si l'agent choisit un autre assureur, ou change de priorités
5. Le prototype du produit devrait être développé à partir d'une étude de marché menée par l'agent	5. Les normes de service sont dans les mains de l'agent menant à un risque potentiel pour la réputation
	6. Doit adapter les contrôles pour gérer des produits particuliers

Pour que le modèle partenaire-agent fonctionne avec les assureurs, ils doivent :

- Jouer un rôle actif dans la formation et la motivation du personnel agent de première ligne (en coordination avec l'agent institutionnel). Certains assureurs possèdent du personnel chargé de ces comptes et leurs interactions doivent être améliorées pour rendre le personnel de l'agent plus efficace.
- Reconnaître que l'assurance ne sera jamais l'intérêt premier d'aucun agent institutionnel et ainsi se focaliser sur la façon de rendre chaque processus simple à offrir, simple à gérer, et simple à négocier. Si le produit est simple à tous les égards, l'effort exigé par l'agent sera minimisé, et le potentiel d'amélioration des ventes sera plus grand.
- S'assurer que les titulaires de contrats reçoivent des informations correctes. Cela améliorera le potentiel des renouvellements.
- Même si la théorie voudrait qu'il y ait une intervention limitée de la part de l'assureur, ces études de cas montrent clairement que les assureurs ont un plus grand rôle dans l'orientation de ce processus.

4.3 Les clients

Les titulaires de contrats potentiels sont à la merci de leurs agents et des assureurs. L'accès aux produits d'assurance réglementés devrait être bénéfique, mais dans de nombreux cas l'accès s'est non seulement avéré inutile, mais vraiment préjudiciable, du moins pour ce qui est de payer inutilement des primes élevées pour des produits insatisfaisants. Cela a probablement pu se justifier au départ car les assureurs ont adopté une approche conservative tandis qu'ils essayaient de comprendre le risque sur ce marché. Comme des informations nombreuses sont maintenant disponibles, les primes devraient chuter, mais ce n'est pas le cas. Une grande partie du problème relève de la dépendance des titulaires de contrats envers deux entités qui les représentent : l'agent institutionnel et les assureurs, toutes deux motivées par les bénéfices. Les avantages et les inconvénients du modèle partenaire-agent pour le marché des personnes à faible revenu sont résumés dans le tableau 43.

Tableau 43

Avantages et inconvénients pour les titulaires de contrats à faible revenu

Avantages	*Inconvénients*
1. Avoir accès à des produits qu'ils n'auraient pas eu autrement par le biais d'assureurs réglementés 2. Ils devraient pouvoir être en mesure de profiter de la tarification commune 3. L'assureur est soutenu par les réserves, la législation, et si nécessaire, par la réassurance, il ne devrait donc pratiquement pas y avoir de risque d'échec pour un assureur 4. Peuvent potentiellement accéder à une vaste gamme de produits	1. Leur représentant (souvent l'agent IMF) a un rôle contradictoire dans les négociations, représentant à la fois ses propres objectifs de maximisation des bénéfices et ceux du rapport qualité-prix pour ses clients ; les produits sont souvent conçus au profit de l'agent 2. En cas de conflit, les clients sont réticents à se confronter à leur prêteur par crainte que cela ne puisse affecter négativement leur capacité d'emprunt 3. Trop fréquemment, les populations pauvres ne peuvent obtenir une assurance qu'en empruntant, et l'emprunt n'est pas toujours nécessaire pour le client 4. Dans la plupart des cas les primes restent trop élevées, comme l'illustre le niveau minimal des indemnités par rapport aux primes observé dans de nombreux programmes

Pour que le modèle partenaire-agent fonctionne pour le marché des personnes à faible revenu :

- les besoins et les demandes de leurs clients doivent être la base pour tout produit et réseau de distribution ;
- les autorités de régulation doivent simplifier les polices et les procédures tout en protégeant les droits de ce marché ;
- les IMF doivent élaborer des moyens d'inclure les clients dans le développement de leurs produits et dans les procédures de révision, puis doivent prendre en compte les informations dans leurs négociations.

5 Conclusions

L'approche partenaire-agent continue à évoluer. Durant ces dernières années, les assureurs se sont davantage intéressés au marché des personnes à faible revenu ; les IMF et agents similaires se sont spécialisés dans la structuration d'accords plus en adéquation avec leurs besoins, et parfois même avec les besoins de leurs clients. Il y a toujours une réticence de la part des assureurs à offrir des produits liés à la santé, bien que cela soit en train de changer. La réticence initiale à proposer ne serait-ce qu'une assurance-vie a diminué de telle sorte que les assureurs cherchent des IMF et d'autres partenaires par lesquels accéder au marché des personnes à faible revenu. Les IMF atteignent une part limitée des marchés financiers à faible revenu dans le monde. Maintenant que les assureurs perçoivent le potentiel de la micro-assurance, ils recherchent activement des réseaux de distribution complémentaires et alternatifs *(voir chapitre 4.6)*. Il est clair, après étude de ces cas, qu'une portée massive ne pourra être atteinte qu'avec de nouveaux réseaux de distribution efficaces.

D'un point de vue institutionnel, on s'attendait à ce que les primes soient tout d'abord élevées, mais que les taux baissent ensuite et les gammes de produits se développent après un ou deux ans de fonctionnement. Une réduction correspondante dans les bénéfices nets des assureurs aurait dû suivre. En fait, cela s'est produit avec certains des assureurs, même si d'autres continuent à percevoir des bénéfices excessifs. Les contrôles de ces bénéfices doivent venir des IMF et des autres organismes qui vendent des produits aux clients à faible revenu.

Une pression du marché existe pour gérer ces primes de façon avantageuse pour les clients. AIG Ouganda, qui avait le monopole sur ce marché jusqu'à récemment, a dû lutter contre deux nouveaux concurrents. C'est le fonctionnement du marché. La concurrence dans le domaine de la micro-assurance mènera à de meilleurs produits et à des primes plus appropriées pour les clients à faible revenu. Les précurseurs de ce modèle n'ont probablement pas eu, et n'ont peut-être toujours pas, de produits et de primes qui répondent vraiment aux besoins et aux demandes de ce marché. Cependant, ils ont montré la voie, et les nouveaux arrivants génèreront une concurrence qui améliorera l'assurance pour les pauvres.

Le modèle partenaire-agent semble actuellement mieux fonctionner quand :

- l'assurance est directement liée aux produits de l'institution agent;
- l'agent IMF a une connaissance et une motivation suffisantes pour réellement représenter ses clients dans les négociations avec les assureurs et gérer le processus de développement du produit ;
- l'agent IMF reconnaît l'avantage de l'assurance non seulement dans la protection du portefeuille de l'IMF, mais plus important encore, de ses clients ;
- les produits sont simples à tous les égards, des exigences d'entrée initiales à une police avec un minimum d'exclusions, en passant par un processus de règlement qui facilite le dépôt de déclarations de sinistre valides ;
- les produits sont évalués par les clients de l'IMF, et ne sont pas obligatoires ;
- les primes sont équitables pour toutes les personnes concernées ;
- le personnel de terrain de l'agent est suffisamment compétent et prend le temps d'expliquer l'assurance et le produit que les clients achètent ;
- pour le marché des personnes à faible revenu, l'assureur développe un modèle commercial différent de celui utilisé pour sa clientèle traditionnelle.

Le modèle partenaire-agent a un potentiel considérable. Il est encore au début de son évolution, progressant doucement à chaque leçon apprise. Les défaillances du modèle peuvent être surmontées relativement facilement grâce à une formation et au renforcement des capacités des assureurs et des réseaux de distribution. Cependant, il serait judicieux que les assureurs ne misent pas tout sur les IMF. Ces études de cas ont révélé qu'un développement massif de la micro-assurance nécessitera un large éventail de réseaux de distribution et qu'il ne sera pas suffisant de travailler uniquement avec les IMF.

4.3 Le modèle basé sur la communauté : organismes de mutuelle santé en Afrique

Bénédicte Fonteneau et Bruno Galland[1]

Les auteurs sont reconnaissants aux membres de l'OIT/STEP (Christine Bockstal, Valérie Schmitt-Diabate, Olivier Louis dit Guerin et bien d'autres) pour leurs contributions considérables apportées à ce chapitre. Les auteurs remercient également les relecteurs suivants pour leurs idées et leurs suggestions : Patrick Develtere (Université de Louvain), Klaus Fischer (Université Laval) et Ralf Radermacher (Université de Cologne).

Ce chapitre traite d'un modèle de micro-assurance particulier, le modèle basé sur la communauté, dans une région spécifique du monde, l'Afrique. Il évoque également un secteur particulier, l'assurance maladie, qui n'est certainement pas le type d'assurance le plus facile à proposer *(voir Chapitre 2.1)*. Étant donné que l'accès aux soins de santé demeure un problème majeur non résolu en Afrique, les systèmes de micro-assurance maladie sont l'un des moyens de résoudre ce problème, au moins en partie.

L'assurance maladie basée sur la communauté n'est pas un modèle théorique. Il s'agit d'une approche novatrice pour démocratiser la protection sociale, puisque son développement a commencé il y a plus de 15 ans. Basé sur plusieurs études[2] et sur l'expérience d'organismes de soutien externes actifs dans ce domaine (en particulier le programme STEP de l'OIT et l'ONG française CIDR), ce chapitre explique les développements passés et actuels de ce modèle spécifique.

Le présent chapitre se divise en six parties. La première partie décrit un modèle particulier basé sur la communauté, l'organisme de mutuelle santé (MHO) et son application théorique en Afrique de l'Ouest. La deuxième partie fournit des informations sur la diffusion de ce modèle en Afrique de l'Ouest alors que quelques autres approches ont été testées dans la région. La partie 3 examine succinctement le groupe cible des MHO en Afrique de l'Ouest. La partie suivante explore des questions stratégiques, à savoir : les organismes de mutuelle santé fonctionnent-ils (bien) et ont-ils un impact ? Pour expliquer certaines des observations exposées dans cette quatrième partie, la partie 5 examine les origines spécifiques des problèmes décrits. Enfin, la dernière partie illustre la valeur ajoutée intrinsèque du modèle basé sur la communauté.

1 Les références à Alliance santé au Bénin sont tirées des expériences des auteurs, et non des études de cas.

2 Pour exemple, reportez-vous à Atim, 1998, Atim et al., 2005, Fonteneau, 2004, Fonteneau et al., 2004, Jütting, 2002 et Tabor, 2005.

1 Qu'est-ce qu'un modèle basé sur la communauté ?

Il est difficile de donner une définition standard de la micro-assurance basée sur la communauté. Les ouvrages sur le sujet proposent presque autant de définitions du modèle qu'il y a de spécialistes ou d'organismes basés sur la communauté (CBO). En pratique, de nombreux systèmes d'assurance contenant des éléments basés sur la communauté ont été testés à travers le monde. L'Ouganda a testé plusieurs systèmes gouvernés et gérés par des hôpitaux impliquant des groupes communautaires dans la conception de paquets de prestations et de collecte des primes (Dierrennic et al., 2005). La Tanzanie met en pratique un système national appelé Community Health Fund (CHF). Les membres sont organisés en comités de gestion, incluant les gestionnaires de santé, même si les règlements du CHF (dont le montant des primes) sont fixés par les autorités locales (Musau, 1999). Une autre façon de gérer la micro-assurance maladie est de passer par les IFM. Si une IFM est basée sur la communauté, c'est-à-dire organisée en mutuelle comme l'AssEF au Bénin, son système de micro-assurance pourrait être inclus dans le modèle basé sur la communauté.

Quelques ONG ont testé la micro-assurance maladie gérée par des professionnels, système qui partage les objectifs et les caractéristiques d'un modèle basé sur la communauté. Par exemple, dans le programme SKY lancé par l'ONG française GRET au Cambodge, ce sont des professionnels employés par l'ONG qui gèrent le système. Les assurés dans les comités de village sont régulièrement consultés afin de vérifier que le système est bien responsable devant les titulaires des contrats (CIDR, 2005).

Exception faite de ce type de systèmes d'assurance basés sur la communauté, ce chapitre se concentre sur un modèle particulier : l'organisme de mutuelle santé ou mutuelle de santé. La référence géographique principale est l'Afrique de l'Ouest car ce modèle est le plus courant dans cette région du monde (Tabor, 2005).[3]

Les organismes de mutuelle santé se sont d'abord développés en Europe au XIXe siècle quand des associations de travailleurs ont instauré des fonds mutuels pour améliorer l'accès aux soins de santé en l'absence d'autres types de protection sociale. Dans plusieurs pays, ces initiatives ont contribué de façon significative à la mise en application d'une politique de protection sociale au niveau national.

[3] Certains exemples fournis par le CIDR proviennent d'autres pays africains car le CIDR est l'un des seuls organismes de soutien externes qui met en place des MHO ailleurs sur le continent.

1.1 Caractéristiques essentielles

Les caractéristiques essentielles des MHO démontrent leur forte nature basée sur la communauté et reflètent les objectifs et les réalisations du modèle :

- Améliorer l'accès aux soins de santé à travers la répartition des risques et la mise en commun des ressources
- Organisme à but non lucratif
- Organismes d'intérêt mutuel basés sur des groupes partageant des attributs communs
- Les membres sont à la fois propriétaires et bénéficiaires
- Prise de décisions participative
- Adhésion facultative
- Promotion de la solidarité, la démocratie et la cohésion sociale
- Applications potentielles au-delà de l'assurance

Comme d'autres systèmes d'assurance, les organismes de mutuelle santé sont basés sur un mécanisme de répartition des risques et de mise en commun des ressources. Mais plus particulièrement, il s'agit d'organismes à but non lucratif qui ne choisissent pas leurs membres selon leurs profils de risque individuels. L'accès aux soins de santé via le principe de solidarité est par conséquent le principal objectif de ces organismes.

Les membres des organismes de mutuelle santé sont les propriétaires, les preneurs de décisions et les titulaires des contrats, ce qui différencie fortement ce modèle des autres systèmes d'assurance. Cette caractéristique requiert une participation forte et des mécanismes de contrôle puissants pour rendre la prise de décisions collective efficace. Des assemblées générales annuelles permettent de débattre des questions comme les budgets, les comptes, ce qu'il faut faire des excédents, ainsi que des questions fonctionnelles et de la stratégie globale. Les membres dirigent leurs MHO par le biais de représentants élus, qui sont responsables de l'application des mécanismes de contrôle, comme surveiller la mise en œuvre de règlements internes, contrôler les flux financiers et recueillir les plaintes liées au service fourni.

L'adhésion est facultative. Ce principe distingue clairement les MHO des systèmes d'assurance obligatoires tels que la plupart des systèmes de sécurité sociale nationaux, et souvent même contrôlés par l'État. Comme dans n'importe quel organisme à but non lucratif, une personne peut choisir de devenir membre mais n'y est jamais forcée.

Dans la plupart des MHO, les membres présentent certains traits communs, comme le fait d'être membres des mêmes organisations, habitants du même village ou travailleurs exerçant la même profession, souvent parce que

ces MHO sont élaborés à partir d'un modèle d'organisme existant *(voir encadré 72)*. Sachant que l'adhésion est facultative, un MHO doit trouver un moyen de garantir qu'il peut réunir un nombre « suffisant » de membres pour faire fonctionner les mécanismes de répartition des risques d'une manière efficace et attrayante : plus le groupe est grand, plus les prestations pour les membres sont importantes. S'organiser à partir d'un groupe préexistant (formel ou informel) facilite ce processus. En outre, partager certaines caractéristiques, ou mieux, avoir déjà été impliqué dans des mécanismes similaires de prise de décisions collective avec le même groupe, facilite le fonctionnement d'un MHO.

Encadré 72

Profils d'organismes d'initiation des MHO

Au Burkina Faso, l'Association *Yekouma Dakoupa* et l'Association des Veuves et Orphelins du Leere offrent une gamme de services tels que le soutien agricole, les micro-crédits et la gratuité des frais de scolarité pour les enfants orphelins. Un groupe de femmes a organisé un fonds de solidarité informel pour aider les membres et leurs familles confrontés à un problème de santé. Inquiètes que ce fonds ne soit pas suffisant pour couvrir tous les besoins et toutes les dépenses de santé, elles ont décidé d'instaurer un système plus durable. Elles ont contacté le programme STEP avec lequel elles ont créé un organisme de mutuelle santé appelé Leere Laafi Bolem, en 2001.

Dans le cas du MHO *Lalane Diassap* au Sénégal, un organisme de jeunes du village *(Association des Jeunes de Lalane)* a pris l'initiative de lancer un organisme de mutuelle santé basé sur le village au milieu des années 1990. Le personnel travaillant déjà avec d'autres organismes de mutuelle santé dans la région de Thiès a participé au lancement de cette initiative.

Dans le cas de la *Mutuelle de Fatako* (Guinée-Conakry), l'*Association des Femmes Ressortissantes de Fatako* a identifié l'accès aux soins de santé comme problème majeur pour les habitants de Fatako. En collaboration avec le programme STEP et l'*Association Guinéenne de Bien-Être Familial* (ASBEF), elles ont créé un organisme de mutuelle santé en 2002.

Source : d'après Fonteneau et al., 2004 et Fonteneau, 2004.

Les MHO encouragent activement certains idéaux comme la solidarité, la démocratie et la cohésion sociale. Ces valeurs sont particulièrement importantes pour la mise en commun des ressources et la répartition des risques de la micro-assurance, puisque la familiarité des membres les uns avec les autres peut faciliter le contrôle des risques moraux et de la fraude, et encourager les renouvellements.

Cependant, contrairement aux autres prestataires d'assurance, un MHO ne peut pas être réduit à sa fonction d'assurance. En tant qu'organismes d'intérêt mutuel participatifs, les MHO remplissent des fonctions au-delà de l'assurance. Par exemple, les objectifs des MHO comportent presque toujours une éducation à la santé. Les MHO agissent également dans un secteur (soins de santé) où les intérêts des utilisateurs ne sont représentés que depuis peu. En encadrant les utilisateurs potentiels des services de santé, ils peuvent représenter leurs intérêts face aux prestataires de soins de santé. De la même manière, puisque l'État est un acteur clé dans les systèmes de soins de santé, les MHO peuvent représenter la population dans les discussions politiques. Par exemple, ces organismes basés sur la communauté peuvent faire pression sur les questions de financement de la santé et participer aux processus de réforme de protection sociale *(voir chapitre 1.3)*.

1.2 Caractéristiques importantes

Outre les caractéristiques essentielles, d'autres spécificités valent également la peine d'être mentionnées pour une description plus complète du modèle des MHO. Elles sont « importantes » dans le sens où elles résultent de ce modèle, mais ce ne sont pas des caractéristiques inhérentes.

L'établissement d'un MHO implique souvent la création d'un nouvel organisme, même lorsqu'un organisme existant prend l'initiative de lancer un système de micro-assurance. Dans d'autres modèles, l'assurance peut en effet être développée comme produit offert et géré par une institution existante (par exemple les IFM ou compagnies d'assurance). Dans le cas d'un MHO, le système d'assurance, c'est l'organisme. Le nouvel organisme créé dans le but de fournir une assurance mène à un processus d'institutionnalisation qui nécessite un effort supplémentaire de la part des organismes d'initiation et/ou de la part des organismes d'aide externes.

Les systèmes des MHO sont gérés et contrôlés par des membres qui y contribuent financièrement. Cela ne veut pas dire qu'un MHO doit s'autogérer, mais, dans la réalité, cela est souvent le cas. Les dirigeants, qui sont eux-mêmes membres, sont élus ou désignés par les membres des systèmes d'assurance. Ils remplissent souvent cette fonction volontairement et bénévolement. L'« autogestion » facultative est une façon de garantir la continuité entre les membres et les institutions, et d'éviter les conflits entre les gestionnaires et les bénéficiaires. Cependant, les activités facultatives et bénévoles, sont aussi choisies par nécessité en raison du manque de ressources. Cette pratique réduit les coûts du produit d'assurance, mais n'est pas une solution durable.

Comme mentionné plus haut, les systèmes de micro-assurance consistent en une communauté de membres partageant certaines caractéristiques. Cet

aspect garantit le niveau minimum nécessaire de confiance et de cohésion sociale pour créer et faire fonctionner un MHO, selon les caractéristiques décrites (c'est-à-dire l'autogestion, un processus de prise de décisions collectif, des mécanismes participatifs, la répartition des risques). Surtout au début, l'adhésion à un MHO est souvent homogène, ce qui peut avoir des effets négatifs en raison d'un manque de diversification des risques. Une telle situation présente également une capacité restreinte pour atteindre une solidarité verticale, permettant une subvention croisée entre les personnes les plus riches et les plus pauvres.

2 Pourquoi cette approche est-elle/a-t-elle été instaurée en Afrique de l'Ouest ?

L'existence et l'instauration des MHO en Afrique n'ont pas eu lieu par hasard. Les premiers MHO africains sont apparus à la fin des années 1980 et au début des années 1990, coïncidant avec deux développements : 1) le processus de démocratisation et 2) la mise en place de l'Initiative de Bamako.

Dans de nombreux pays africains, la fin des années 1980 a représenté le début de la démocratisation et l'émergence d'une société civile. Par la suite, de nombreuses initiatives ont été entreprises par la population pour répondre aux besoins et aux problèmes politiques urgents. Ces initiatives ont été encouragées par des agences de coopération au développement qui voulaient soutenir le processus de démocratisation. Dans ce contexte, l'affiliation associative des MHO en tant qu'organismes d'intérêt mutuel autonomes et à but non lucratif a constitué un moyen souple et facile pour lancer une initiative collective.

Durant les années 1990, l'Initiative de Bamako (lancée en 1987 par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF) a également été mise en œuvre progressivement. Conçue pour sécuriser l'accès universel à des soins de santé primaires de qualité, l'Initiative de Bamako repose sur trois principes. Tout d'abord, les services de soins de santé primaires doivent atteindre un niveau suffisant d'autofinancement, ce qui nécessite la contribution des patients par le biais de frais d'utilisation. Le deuxième principe est celui d'un meilleur accès aux médicaments, en particulier les médicaments génériques. Le troisième principe consiste en la participation de la communauté à l'amélioration de la qualité des soins. Si les représentants de la communauté locale siègent aux conseils des établissements de santé, les prestataires seront plus transparents et réactifs. Ce dernier principe reconnaît que divers acteurs devraient être impliqués dans le système des soins de santé, y compris les organismes basés sur la communauté.

Cependant, d'autres régions ont également vécu un processus de démocratisation et sont également passées de soins de santé gratuits à des frais d'utilisation. Qu'est-ce qui explique le caractère relativement unique de ce modèle d'assurance mis en place en Afrique de l'Ouest ? Une des explications provient du profil et du contexte des organismes de soutien externes impliqués, et plus généralement de l'histoire coloniale de la région. Le développement des MHO n'est pas qu'un phénomène purement ascendant puisque les acteurs externes ont joué un rôle stratégique dès le début. Au Sénégal et au Burkina Faso, par exemple, l'Église catholique a aidé à instaurer certaines des premières mutuelles à la fin des années 1980.

Les organismes actuellement impliqués dans le développement des micro-assurances en Afrique de l'Ouest possèdent certaines caractéristiques communes. Depuis le début, les ONG belges et françaises (par exemple le CIDR et l'ONG belge Solidarité Mondiale) ont joué un rôle important dans la propagation du modèle MHO, qui a été considéré comme un mécanisme approprié dans un environnement en manque de protection sociale, et comme modèle pour lequel elles pouvaient offrir un savoir-faire unique. D'autres organismes de soutien externes (par exemple, Partnership for Health Reform, aux États-Unis) ont suivi cette tendance en Afrique de l'Ouest. Pour des raisons similaires, les agences de coopération au développement françaises, allemandes et belges ont également été actives dans ce domaine.

Parmi les organismes internationaux, l'Organisation internationale du Travail, grâce à son programme STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté), s'est engagée dans le développement de la micro-assurance maladie comme stratégie de déploiement de la protection sociale aux populations non couvertes. Le principal groupe cible de l'OIT (travailleurs), et la référence à certains modèles de protection sociale et cadres normatifs (économie sociale, secteur à but non lucratif), expliquent également l'attirance de l'OIT pour le modèle MHO.[4]

3 Quel est le groupe cible du modèle basé sur la communauté ?

Les organismes de mutuelle santé ne sont pas définis par un profil de groupe cible, et le modèle ne se limite pas aux populations pauvres *(encadré 73)*. Ce type d'organisme, appartenant au secteur tertiaire (les autres faisant partie du secteur de l'État et du secteur privé à but lucratif) peut être adopté pour des raisons normatives et/ou parce que ces organismes peuvent fournir certains services plus efficacement.

4 Aujourd'hui, l'OIT soutient aussi d'autres modèles de micro-assurance à travers le monde.

Encadré 73

Une diversité de profils d'adhésion

Les membres des MHO associés à l'UTM (Mali) comprennent aussi bien des employés d'État que des groupes de travailleuses informelles fabriquant du savon artisanal. On peut dire que les membres des MHO sont issus de tout l'éventail des groupes de population, y compris les employés des secteurs formel et informel, les travailleurs à temps complet et à temps partiel, les citadins et les ruraux, les hommes et les femmes. Autrement dit, le mouvement MHO pénètre tous les créneaux possibles de la société du Mali et se développe lentement, mais régulièrement.

Source : d'après Fischer et al., 2006a.

Les MHO affiliés à l'UMSGF (Guinée) ciblent généralement les personnes travaillant dans l'économie informelle et les personnes qui n'ont pas accès à l'assurance maladie par le biais de leurs employeurs. Dans les zones rurales, le lieu d'habitation détermine les populations cibles. Les agriculteurs représentent ici la majorité de la population active du village. Dans les milieux urbains, la majorité des membres sont artisans et commerçants. Les personnes retraitées, les fonctionnaires et d'autres employés peuvent également devenir membres puisque les MHO ne font pas de distinction de critères socio-économiques ou de santé. Les personnes employées représentent 10 à 20 % de l'adhésion urbaine. Les analphabètes représentent 57,6 % des adhésions. Le revenu médian est estimé à 120 €(150 $US) par personne et par an, ou à 0,33 €(0,41 $US) par jour selon l'étude préliminaire effectuée en 2000.

Source : d'après Gautier et al., 2005.

Une des caractéristiques communes des membres des MHO est qu'ils n'ont pas accès à ou ne sont pas suffisamment couverts par les systèmes de sécurité sociale. De plus, ils n'auraient pas les moyens de payer les primes d'assurance des compagnies d'assurance à but lucratif, même si de tels services étaient disponibles (ce qui est rare, surtout en milieu rural). En pratique, la plupart des membres des MHO ont des revenus variables et irréguliers provenant de leurs activités dans l'économie informelle et/ou dans le secteur agricole. Néanmoins, les MHO peuvent aussi couvrir les employés de l'État ou du secteur formel. En Afrique de l'Ouest, étant donné la répartition de la population, les MHO sont plus présents dans les zones rurales que dans les zones urbaines *(voir encadré 74)*.

Encadré 74

La population cible des MHO ruraux

Dans les zones rurales, la population cible de la plupart des MHO soutenue ou étudiée par le CIDR en Afrique de l'Ouest ou de l'Est peut être considérée comme pauvre. Cependant, à l'intérieur de cette population cible, le statut économique des foyers qui s'inscrivent aux MHO n'est pas toujours connu.

Pour évaluer le profil des membres des MHO soutenus par le CIDR en Tanzanie, une étude sur 185 foyers a été menée en 2005. Le résultat montre que les revenus moyen et médian des membres sont supérieurs à ceux des non-membres. La taille des foyers pour les membres est inférieure à celle des foyers des non-membres, ce qui suggère que les grands foyers ont plus de difficulté à payer les primes.

	Niveau des revenus en €		*Taille du foyer*	
	Moyen	*Médian*	*Moyenne*	*Médiane*
Membres MHO	1 061	713	7,4	6,0
Non-membres	872	664	8,0	6,0

(1 € = 1,26 $US)

Bien que le montant des primes n'excède pas 2,50 $US par personne et par an, ces résultats montrent clairement que les foyers les moins riches sont les moins représentés dans les MHO. Les personnes sans ressources ne sont pas les seules à ne pas pouvoir adhérer aux systèmes.

Source : d'après Dkhimi, 2005.

4 Les MHO fonctionnent-ils (bien) et ont-ils un impact significatif ?

Le passage de la théorie à la pratique offre l'occasion d'évaluer dans quelle mesure ces systèmes fonctionnent et s'ils atteignent leurs objectifs. Pour répondre au plus juste, il est important d'être au courant des informations disponibles sur ces questions et de la perspective adoptée en y répondant. Jusque-là, la plupart des études se sont concentrées sur les aspects organisationnels des systèmes basés sur la communauté. Par conséquent, il existe des informations sur le fonctionnement des MHO et sur les difficultés rencontrées durant leurs phases de mise en place, leur gestion et leur dynamique sociale.

Cependant, il y a une différence entre savoir si les MHO fonctionnent bien et savoir comment ils procèdent selon une norme définie. Par exemple, les MHO doivent-ils se limiter à offrir une sécurité sociale à leurs membres ou devraient-ils contribuer activement à l'extension de la protection sociale

aux populations exclues ? L'objectif principal d'un MHO est-il d'améliorer l'accès aux soins de santé ou d'améliorer la sécurité financière lorsque les foyers sont confrontés à des problèmes de santé ? La fonction d'assurance d'un MHO est-elle plus ou moins importante que la participation sociale et le potentiel de responsabilisation qui en découlent ? Les réponses vont différer selon la perspective adoptée : s'agit-il du point de vue des organismes nationaux, des organismes de mutuelle santé, des agences de soutien externes ou des autorités sanitaires nationales ? Conformément à leur identité autonome, ce chapitre tente de répondre à cette question par rapport aux objectifs et perspectives des MHO.

Le même problème se pose pour la deuxième partie de la question qui concerne leur impact : selon quels critères la performance peut-elle être mesurée, et les MHO sont-ils efficaces ? De plus, suffisamment de données substantielles sont-elles disponibles pour aborder cette question de façon équitable ? À part quelques exceptions, la réponse est non, ce qui limitera les analyses possibles de la performance des organismes de mutuelle santé en Afrique de l'Ouest.

4.1 Les MHO fonctionnent-ils (bien) ?

Lors d'une étude menée dans 11 pays africains francophones, 622 systèmes de micro-assurance maladie ont été identifiés (Concertation, 2004). Cette estimation a non seulement couvert les MHO, mais également un plus large éventail de modèles d'assurance. Néanmoins, 88 % des systèmes se sont définis comme des mutuelles de santé (MHO). Sur 622 systèmes d'assurance maladie, 366 étaient opérationnels (58,8 %). La plupart des systèmes restants venaient d'être instaurés (22,8 %) ou étaient en phase pilote (12,4 %). Les derniers 5 % étaient incapables de répondre aux déclarations de sinistre de leurs membres.

Le fonctionnement des MHO a reçu beaucoup d'intérêt de la part des chercheurs et des praticiens. Basée sur plusieurs études, cette partie résume ce qui a été rapporté dans ce domaine.

La plupart des MHO présentent peu d'adhésions. À part quelques exceptions, la plupart couvrent moins de 1 000 personnes. En plus de la nature volontaire de l'adhésion, il existe d'autres raisons à cette pénétration limitée : l'introduction récente de ce mécanisme, la capacité restreinte des organismes d'initiation à fournir une assistance technique et la difficulté à atteindre les populations au-delà des membres des organismes d'initiation. De plus, de nombreux systèmes rencontrent des problèmes de marketing alors qu'ils s'efforcent d'accroître la sensibilisation et d'éduquer les membres. Le marketing étant une action à mener de façon continue, les problèmes inhérents constituent de sérieux obstacles à la stabilité et au développement des MHO.

La gestion des MHO est réalisée par des bénévoles, généralement élus ou désignés par les membres. Une certaine discontinuité de la gestion quotidienne se produit en raison de la nature bénévole du travail, ainsi qu'un manque de motivation et de compétences en gestion. Pour les mêmes raisons, les mécanismes de participation et les organes de prise de décisions collective ne fonctionnent pas en pratique comme initialement prévu. La phase d'apprentissage de ces jeunes organismes, le manque de ressources humaines (menant à des concentrations de pouvoir), et le travail administratif permanent nécessaires pour faire fonctionner un système d'assurance pourraient également expliquer l'observation relative à la gestion mentionnée ci-dessus. Cependant, ces organismes montrent des tendances positives en termes de viabilité institutionnelle. Ils essaient constamment d'adapter leurs systèmes de gestion pour les rendre plus efficaces, en prenant en compte leurs ressources limitées. Par exemple, certains MHO décentralisent leur système de gestion (ou choisissent des personnes externes comme prestataires de soins de santé) pour rendre les organismes plus proches des membres et pour élargir leur groupe cible.

Comme le montre le tableau 44, les primes d'assurance sont souvent peu élevées. Le groupe cible ne peut souvent pas se permettre plus, en raison de ses revenus modestes et irréguliers. Ces bas niveaux de primes résultent également de l'objectif essentiel des MHO, à savoir améliorer l'accès aux soins de santé en proposant une assurance abordable pour la majorité des personnes. Enfin, et surtout dans les premières phases, les MHO facturent des primes peu élevées pour attirer le marché cible, puisqu'ils ont besoin de couvrir beaucoup de personnes pour garantir l'efficacité des mécanismes de mise en commun des risques. Il a également été observé que les membres impliqués dans la prise de décisions relatives au prix des primes préfèrent souvent commencer avec de petites sommes pour acquérir de l'expérience dans l'instauration de l'assurance. Lorsque la confiance dans l'assurance augmente, et qu'une culture de l'assurance commence à s'établir, on peut s'attendre à ce que la volonté de payer augmente, bien que cette supposition ait besoin d'être vérifiée.

Tableau 44

Une comparaison des primes et des prestation de certains des MHO

	Mutuelle Wer werlé (Thiès, Sénégal)	*Mutuelle de Sirarou (Sud Bourgou, Bénin)*	*Mutuelle Leere Laafi Bolem, (Zabré, Burkina Faso)*	*Mutuelle Têkêyé (Boni, Burkina Faso)*
Prime d'assurance (bénéficiaires/an)	2 400 FCFA	Seul : 2 000 FCFA 2-5 pers. : 8 000 FCFA 6-10 pers. : 16 000 FCFA 11-15 pers. : 24 000 FCFA	2 400 FCFA	500 FCFA
Paquets de prestations et taux de couverture	Soins de santé primaires et secondaires (100 %) sauf échographie/scanner, médicaments et accouchement (50 %)	Soins de santé primaires et secondaires (100 %)	Soins de santé primaires et secondaires (100 %)	Soins de santé primaires (25 %)

Source : Fonteneau et al., 2004 (informations recueillies en 2003). 1 €= 656 FCFA, 1 $US = 514 FCFA.

Si les primes restent peu élevées, il n'est pas surprenant que les paquets de prestations soient également limités. Les primes donnent essentiellement accès aux niveaux primaire et secondaire de soins de santé dans les établissements publics (puisqu'ils sont les prestataires les plus importants en Afrique de l'Ouest, en particulier dans les zones rurales). Dans certains cas, le manque de prestataires limite le choix de conception du système. Dans d'autres cas, le niveau de primes ne permet tout simplement pas une prise en charge par les prestataires de soins de santé.

Même si les primes sont basses, les taux de collecte des primes sont faibles et ceux des abandons d'assurance élevés. Conjointement à la faible adhésion, ces facteurs soulèvent de nombreuses questions en rapport avec la satisfaction (paquets de prestations, procédures), la répartition (systèmes de collecte des primes) et l'accessibilité financière (niveaux des revenus, niveau des primes, etc.) des membres.

Pour devenir viables face à ces défis, certains MHO rejoignent des réseaux, unions ou fédérations. Actuellement, on peut trouver quelques fédérations efficaces en Afrique de l'Ouest, comme :

- *Union des Mutuelles de Santé de Dakar* (plus de 30 MHO)
- *Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès* au Sénégal (39 MHO)
- *Union Technique de la Mutualité* (UTM) au Mali (32 MHO)
- *Alliance Santé au Bénin* (27 MHO).
- *Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière* (28 MHO)

Dans certains cas, la création d'une union a fait partie du projet initial (par exemple, l'UTM au Mali *(encadré 75)* et les MHO au Bénin soutenus par le CIDR). Cette conception implique des interventions plus onéreuses et techniquement plus compliquées, mais augmente les chances de viabilité.

Encadré 75

Union Technique de la Mutualité Malienne

L'UTM a été créée après que le Gouvernement malien a demandé à la *Mutualité Française* et à la Coopération Française de l'aider dans le développement d'un réseau de MHO ciblant les travailleurs de l'économie informelle. Le gouvernement a agi de la sorte après avoir observé que le fait d'augmenter la viabilité des services de soins de santé basiques ne provoquait pas d'augmentation significative de la demande en la matière car la population faisait face à des difficultés pour payer les frais d'utilisation instaurés par l'Initiative de Bamako.

L'UTM a été créée en 1996 et est devenue une structure centralisée qui offre son soutien aux MHO existants et nouveaux. Aujourd'hui, 32 MHO couvrant 40 000 bénéficiaires sont membres de l'UTM. L'Union offre un éventail d'activités très variées comme soutenir le développement des nouveaux MHO, réaliser des études de faisabilité, développer de nouveaux produits, contrôler les MHO, représenter les MHO lors d'assemblées gouvernementales, et assurer que le cadre juridique et réglementaire soutient les activités des MHO.

Chaque MHO conçoit son propre paquet de prestations. De plus, l'UTM a lancé un produit hautement standardisé, géré à un niveau centralisé, qui a attiré de grands segments de la population urbaine. Ce produit est si performant que certains travailleurs formels couverts par le régime légal d'assurance maladie parrainé par l'État choisissent de s'affilier à un MHO pour avoir accès au plan. Ce plan standard simplifie de façon significative la gestion au niveau des MHO et permet l'exploitation des économies d'échelle.

Source : d'après Fischer et al., 2006a.

Dans d'autres cas, comme les deux réseaux au Sénégal *(encadré 76)*, l'union a été créée d'après les MHO de membres. Dans cette intégration ascendante, des efforts doivent être faits pour instaurer des relations structurelles entre les MHO ayant différentes cultures organisationnelles et différents profils d'adhésion. En outre, les outils de gestion et les systèmes de contrôle doivent souvent être harmonisés pour permettre la surveillance, et, si nécessaire, des flux financiers entre les MHO.

Encadré 76

Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès

La *Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès* a été créée au milieu des années 1990 par des dirigeants de MHO dans la région de Thiès. Les 39 membres des MHO tirent profit d'un éventail de services offerts par la Coordination, comme soutenir le développement des nouveaux MHO, former les dirigeants de MHO, mener des études de faisabilité, faciliter les contrats entre les prestataires de services de soins et les MHO ou proposer des programmes d'éducation à la santé. Dans ce processus ascendant, le niveau d'intégration est inférieur que dans le cas de l'UTM, par exemple. La diversité des pratiques des MHO (par exemple en termes de conception, de fonctionnement, de paquets de prestations et de gestion des risques) rend l'intégration plus difficile.

Sources : d'après Fischer et al, 2006b.

Dans tous les cas, les réseaux jouent trois rôles : a) un rôle politique (représentation des intérêts) ; b) un rôle de soutien financier, par exemple par le biais de fonds de garantie ou de mécanismes de réassurance, et c) un rôle technique par le biais du soutien en gestion *(voir encadré 77)*. Les fédérations représentent également un moyen d'intégrer plus « facilement » les MHO dans un système de protection sociale plus large au niveau régional ou national.

Encadré 77

Réseau Alliance Santé, Bénin

Alliance Santé est une association de 25 MHO représentant 21 000 bénéficiaires (en 2005). Avec l'aide du CIDR, l'association offre un soutien technique et financier aux MHO. Trois agents mutualistes employés par Alliance Santé aident les membres des conseils des MHO à la gestion technique et financière, au traitement des déclarations de sinistre et à l'organisation de leur Assemblée Générale. Alliance Santé possède un fonds de garantie, qui prête de l'argent à des MHO sélectionnés lorsque leurs réserves sont épuisées, ainsi qu'un fonds de réassurance pour aider les MHO à développer leurs activités.

Les MHO paient pour ces services en accordant 10 % de leurs contributions à l'Alliance.

L'association possède également une unité technique, composée d'un médecin et d'un spécialiste en gestion des risques, qui est responsable des fonctions inhérentes à la gestion de la micro-assurance, des audits médicaux, du calcul des primes et de la conception de nouveaux services. Cette unité technique est également chargée des rapports financiers annuels et des contrôles externes. 10 % supplémentaires de la prime sont affectés par les MHO pour financer l'unité technique.

Réseau Alliance Santé

Les prestataires de soins de santé et, plus généralement, les systèmes de soins de santé, jouent un rôle stratégique dans la *raison d'être* des MHO. S'il existe un manque de services dans les établissements de santé, ou s'ils n'offrent pas des standards de qualité minimaux, il n'y a aucune raison d'instaurer un mécanisme d'assurance visant à améliorer l'accès à des soins de santé

non existants ou de mauvaise qualité. Même si les prestataires de soins de santé existent, sont accessibles d'un point de vue financier et géographique et offrent un niveau de soin acceptable, la relation entre les prestataires et les MHO peut s'avérer problématique. Ces relations représentent un nouveau facteur pour les prestataires de soins de santé, intervenants uniques pour tout problème lié à la santé dans leurs régions (Wiegandt et al., 2002). L'émergence de nouveaux acteurs dans le domaine de la santé, avec d'autres points de vue et des conditions spécifiques de demande, peut constituer une menace pour les prestataires. En pratique, les prestataires de soins de santé peuvent déstabiliser les MHO en n'accomplissant pas ce qui a été négocié ou à travers une mauvaise qualité des soins, des relations interpersonnelles insatisfaisantes, des perturbations dans l'approvisionnement en médicaments, etc. (Fonteneau et al., 2004; Criel et al., 2002).

4.2 Les MHO ont-ils un impact significatif ?

L'impact des MHO pourrait être évalué grâce à de nombreux indicateurs, incluant une comparaison des taux d'utilisation et des dépenses non remboursées entre les personnes assurées et non assurées. Il est cependant difficile de dire si les MHO ont un impact, en raison d'un manque d'informations, surtout en comparaison avec des groupes de contrôle. Peu d'informations sont disponibles sur le profil d'adhésion, les facteurs déterminant l'affiliation et la participation, ou sur les raisons d'abandon. De plus, on connaît peu de chose sur l'effet de l'adhésion : prestations pour l'assuré (plus de visites lorsqu'on est malade, moins de dépenses non remboursées lors des visites, etc.), et les avantages sociaux pour le membre (meilleure représentation, amélioration de la qualité des soins de santé). Peu d'études systématiques ont été menées pour évaluer l'effet des MHO sur l'accessibilité aux services de soins de santé, sur le remboursement des frais des services de santé et sur les niveaux de dépenses de santé des foyers. Lorsque des études ont été réalisées, elles ont semblé montrer que l'impact était positif *(voir encadré 78)*, même si un certain nombre de questions attendent toujours des réponses pour permettre d'évaluer l'impact de ces systèmes.

Encadré 78 **Performance des MHO : quelques tendances**

En se basant sur un projet de recherche-action mené en Guinée-Conakry, Criel et al. (2002) a démontré comment un MHO local a eu un impact considérable sur le taux d'utilisation (nouveau contact/personne/année) d'un établissement de santé.

	Utilisation par les membres	*Utilisation par les non-membres*	*Membres/ Non-membres*
Consultations curatives primaires	1,8	0,5	3,6

Le CIDR fait également ressortir des tendances intéressantes. Par exemple, en Tanzanie et en Guinée, le taux de malades hospitalisés a doublé pour les membres des MHO. Au Bénin, le pourcentage de femmes adhérant au MHO et qui accouchent dans un établissement de santé dépasse les 80 %, comparé à seulement 50 % sur l'ensemble de la population cible. Dans les MHO des îles Comores, de Guinée, de Tanzanie et du Bénin, les prestataires de santé s'accordent pour dire que les membres vont plus rapidement à l'hôpital.

Si le niveau de satisfaction des membres MHO est un indicateur indirect de leur efficacité, les MHO apparaissent comme ayant un impact. En général, le niveau de satisfaction pour les services offerts par ces MHO est élevé. Malheureusement, la satisfaction des membres est toujours plus élevée que ce que le taux de fidélisation laisse penser : de nombreux membres qui ne renouvellent pas leur adhésion ne sont pas mécontents du système, mais ne parviennent tout simplement pas à faire face aux contraintes financières.

Niveau de satisfaction vis-à-vis de MHO (%)	*Très satisfait*	*Satisfait*	*Moyennement satisfait*	*Pas satisfait*
UMSGF (Guinée)*	50,5	42,4	2,0	5,1
Organisme de santé autogéré (Tanzanie)**	56,8	20,0	10,6	10,6

* Enquête du CIDR sur l'évaluation de la satisfaction, 2004.
** Enquête du CIDR sur l'évaluation de la satisfaction, 2005.

5 Quelles sont les origines des problèmes ?

Les parties précédentes donnent une impression relativement négative de la performance et du fonctionnement des MHO. Bien qu'interconnectés, les problèmes débattus précédemment n'ont pas tous la même origine. Certains sont plus spécifiques au contexte, d'autres sont liés au modèle lui-même, et enfin certains sont liés au soutien externe.

5.1 Problèmes liés au contexte

Lorsque les MHO ont fait leur apparition au début des années 1990, beaucoup ont été initiés par des ONG nationales ou des organismes basés sur la communauté. Des problèmes, comme un manque de compétences techniques ou de surveillance, de ressources marketing et humaines, peuvent s'expliquer par la jeune nature inexpérimentée et multi-objectifs des organismes d'initiation.

La mise à disposition limitée de soins de santé liée à la faible ou mauvaise qualité des soins proposés par le secteur public, constituait un autre problème de contexte. Les systèmes de soins de santé plus ou moins « fermés » de ces pays signifiaient aussi que de nouveaux acteurs comme les MHO n'étaient pas toujours les bienvenus. Compte tenu des problèmes internes des prestataires de soins de santé (mécanismes de financement, manque de ressources humaines et de motivation des employés, etc.), la présence des MHO, et plus encore, la présence de leurs organismes de soutien externes, a suscité des attentes chez les prestataires de soins de santé. Si ces attentes (formation, incitations financières) n'étaient pas comblées, les prestataires de soins de santé ne pouvaient peut-être pas agir en tant que « partenaires » des MHO, mais plutôt dresser des obstacles à leur fonctionnement en dépit de leur attitude officielle positive.

Cette micro-réalité (bonne volonté des prestataires de soins de santé) doit être combinée à un macro-facteur, à savoir la volonté politique nationale de reconnaître et d'encourager les systèmes d'assurance basés sur la communauté. Ces dernières années, plusieurs pays, dont le Bénin, le Sénégal, le Burkina Faso et la Guinée, ont inclus des systèmes de micro-assurance, et parfois spécifiquement des mutuelles de santé, à leurs politiques nationales de santé. De la même manière, de nombreux Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRP) en Afrique de l'Ouest mentionnent également la micro-assurance comme un outil potentiel de protection sociale ou comme une source de financement pour le secteur des soins de santé. Cependant, ces politiques ne se traduisent pas toujours par des mesures opérationnelles.

En Afrique de l'Ouest, seuls le Mali et le Sénégal[5] ont voté en faveur d'un cadre réglementaire pour les MHO (Sénégal) en particulier, ou pour les mutuelles (Mali) en général. Dans d'autres pays, un travail préparatoire législatif est en cours.[6] Au niveau régional, un projet *(Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de*

5 Au Sénégal, la Loi sur les mutuelles de santé, votée en 2003, n'est pas encore en vigueur parce que les décrets d'application n'ont à ce jour pas encore été promulgués.

6 Dans certains pays, ce processus est complexe car plusieurs ministères (par exemple, la Santé Publique, la Protection Sociale, le Travail, les Affaires Sociales) revendiquent la responsabilité administrative pour les MHO.

l'UEMOA) a été lancé par l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine, la Coopération Française et l'OIT/STEP en 2004. Cependant, la plupart des MHO entrent dans le cadre des lois nationales régulant les associations ou du statut légal de leurs organismes d'initiation. Bien que cette situation ne soit pas un problème majeur dans la gestion quotidienne de ces systèmes (Fonteneau et al., 2004), les MHO et leurs organismes de soutien réclament un cadre réglementaire approprié pour prendre en considération les caractéristiques spécifiques des MHO et pour encourager la création de tels organismes plutôt que le contraire.

5.2 Problèmes liés au modèle

Certains des problèmes identifiés sont liés au modèle spécifique d'assurance basé sur la communauté. Cependant, une nuance doit être prise en compte. Les problèmes liés au modèle présentés ci-dessous ne peuvent pas être considérés indépendamment du contexte de l'Afrique de l'Ouest où ce modèle a été principalement mis en œuvre. Cela signifie que ce modèle, en tant que tel, ne mène pas forcément automatiquement aux mêmes conséquences dans d'autres environnements.

Jusque-là, la plupart des MHO ont été dirigés par des bénévoles sur la base d'une autogestion. Même si les caractéristiques essentielles du modèle entraînent l'implication active des membres dans la prise de décisions politique et stratégique, cela ne veut pas dire que les dirigeants doivent être des membres non rémunérés, et peut-être peu motivés. La prudence financière (surtout au début) et les ressources insuffisantes sont les causes de ce qui s'est passé. À part quelques exceptions, cette instabilité et ce mécontentement des bénévoles sont maintenant identifiés comme des problèmes récurrents. Des solutions peuvent être trouvées (par exemple, des fonds externes, l'utilisation efficace des primes), mais elles ne suffisent pas toujours.

Tous les scénarios basés sur la participation ou sur l'action collective démontrent que ces processus prennent plus de temps que les approches descendantes (Esman et Uphoff, 1984). Si les caractéristiques d'« apprentissage » spécifiques de ces organismes sont reconnues, en particulier dans les processus de démocratisation, cela veut aussi dire que plus de temps est nécessaire pour prendre des décisions lorsque tout repose sur la volonté et le choix des membres. Cela explique également pourquoi il est parfois difficile pour les MHO d'être efficaces à court terme.

Les facteurs sociaux jouent un rôle dans la restriction de l'efficacité du modèle. Par exemple, l'adhésion à un MHO est souvent déterminée par des attributs comme la religion ou le sexe des personnes (Jütting, 2002). Cela

pose systématiquement un problème aux MHO, surtout dans leurs efforts pour gagner de nouveaux membres. De la même manière, des mesures doivent être prises pour protéger le système des pièges comme l'antisélection, les risques moraux, la sur-prescription ou la fraude. Néanmoins, beaucoup de ces mesures ont une tendance à l'impopularité. Develtere et al. (2004) ont rapporté le mécontentement des membres sur les périodes d'attente initiales, l'affiliation obligatoire de tous les membres de la famille, les vérifications du statut de l'assurance et de l'identité, et l'exclusion de certains traitements. Dans les systèmes d'assurance autogérés comme les MHO où la proximité entre les membres est un facteur de confiance, il n'est pas difficile d'imaginer les embûches rencontrées pour appliquer ces mesures techniques.

L'adhésion aux MHO est normalement facultative. Toutefois, face au problème du faible taux d'adhésion, des organismes ont tenté de la rendre obligatoire pour le groupe cible entier, ou automatique (par exemple, une fois que vous êtes membre d'un organisme, vous devenez membre du MHO). Dans la plupart des cas, ces tentatives ont échoué et ont été abandonnées à cause du refus des membres ou d'un manque de capacité à assurer la mise en œuvre.

L'accent mis sur le prix abordable ou l'accessibilité financière entraîne des primes peu élevées et la limitation des paquets de prestations. Augmenter le niveau des primes pourrait implicitement exclure les membres actuels et potentiels. Cette limitation n'est pas intrinsèque au modèle MHO, mais est liée au groupe cible principal des MHO, c'est-à-dire les personnes à faible revenu.

Enfin et surtout, les MHO ont souvent des structures complexes en raison de la diversité des acteurs impliqués, comme le montre l'illustration 25. Les organismes d'initiation jouent un rôle dans le processus de mobilisation sociale et peuvent fournir un soutien technique aux MHO. Les organismes de soutien technique (nationaux ou internationaux, de façon permanente ou sporadique) sont aussi impliqués et peuvent avoir une influence significative lorsque le système est nouveau. Là où elles existent, les fédérations s'efforcent d'assumer les responsabilités des organismes de soutien technique au fil du temps. Enfin, les prestataires de soins de santé jouent un rôle instrumental, bien que pas toujours constructif. La variété et la diversité des acteurs, chacun ayant une fonction à court terme nécessaire, aggravent un processus de prise de décisions déjà bien compliqué.

Illustration 25

Le système MHO

5.3 Limites et problèmes liés au soutien externe

Le développement de l'assurance maladie basée sur la communauté ne peut pas être analysé sans prendre en compte le rôle central des organismes de soutien financier et technique. Les organismes de soutien externes sont variés.[7] Néanmoins, à part quelques exceptions, certaines caractéristiques communes du rôle du soutien externe peuvent aider à expliquer la situation actuelle des MHO.

La micro-assurance représentait un nouveau domaine pour tous les organismes de soutien externes impliqués dans leur création. Certains étaient experts en assurance maladie dans leurs propres pays (France, Belgique), mais n'avaient pas d'expérience spécifique en Afrique. D'autres avaient une expérience de l'Afrique, mais dans d'autres domaines comme la micro-finance.

7 Le terme « organisme de soutien externe » fait référence à des organismes de soutien technique et/ou financier. Cette partie traite de l'un des aspects de leurs interventions, c'est-à-dire le soutien direct des MHO. Par exemple, on ne parle pas dans ce chapitre de la contribution politique offerte par l'OIT/STEP et par d'autres pour influencer les réformes de protection sociale.

Pour tous, le soutien des assurances maladie pour les populations exclues des systèmes de protection sociale représentait un nouveau domaine d'ingénierie sociale.

Des choix ont été faits. Hormis quelques exceptions, il y avait un consensus explicite dès le début pour dire que le paquet de prestations et le montant des primes devraient être équilibrés. Les systèmes n'offrent pas plus de prestations que ce que les membres veulent ou peuvent payer. Dans une certaine mesure, les organismes de soutien externes préféraient la viabilité financière et les processus d'apprentissage basés sur la communauté aux succès artificiels à court terme.

Le processus de participation sociale a besoin de temps. Cependant, le processus est souvent difficile à soutenir à cause du laps de temps limité d'une intervention externe et des contingences des agences de financement. En pratique, cela signifie que les organismes de soutien ont souvent dû suspendre ou restreindre leur soutien à un moment où les MHO avaient encore besoin de renforcer leurs activités ou leurs organes directeurs, ou de surmonter des difficultés.

En général, les organismes de soutien n'attachaient pas la même importance aux aspects technique et social. L'approche basée sur la communauté implique mobilisation sociale, éducation, cohésion sociale et collectivité. Cela a renforcé l'importance des aspects sociaux de l'assurance maladie pour garantir la viabilité sociale et la permanence de la dynamique créée, alors que la conception de produits d'assurance était parfois négligée. Cela peut s'expliquer en considérant les circonstances (c'est-à-dire un choix restreint entre les établissements de santé, des connaissances insuffisantes du comportement sain à adopter, des revenus faibles, etc.). En outre, le développement de méthodologies pertinentes, d'outils de gestion et de systèmes de contrôle adéquats a pris du temps.

Dès le début, les organismes de soutien externes ont fait des choix rationnels, motivés par les préoccupations de viabilité institutionnelle et/ou par les contraintes de réduction des coûts. Excepté le fait de ne pas financer les déclarations de sinistre, le soutien financier intensif se limitait souvent aux phases de démarrage. Cependant, les dirigeants des MHO naissants ont logiquement été confrontés à de nombreux problèmes qu'ils n'ont pas pu résoudre à cause de leur manque de savoir-faire et d'expérience.

La plupart des organismes de soutien utilisent des approches participatives, ce qui nécessite une implication active du groupe cible durant la phase de démarrage, incluant la collecte d'informations pour l'étude de faisabilité. Toutefois, il n'est pas facile de trouver un équilibre entre les compétences techniques nécessaires pour une étude de faisabilité et la propriété nécessaire par les membres des MHO. L'autogestion et le travail bénévole sont également

parties intégrantes de cette approche participative, ce qui crée un ensemble de problèmes liés les uns aux autres, comme évoqué ci-dessus. Il existe des solutions, par exemple des professionnels ou des fonctionnaires rémunérés, mais ils augmentent les enjeux des MHO en termes de coût, d'autonomie et de viabilité, et de stratégies de sortie des organismes de soutien.

De nombreux MHO ont été créés de façon indépendante, le tissage d'un réseau avec d'autres MHO et/ou systèmes de protection sociale au niveau régional ou national n'était souvent pas prévu au début. Certains organismes externes étaient contre ce tissage de réseau au départ. Même si des caractéristiques intrinsèques (surtout celle basée sur la communauté) ont pu expliquer cette erreur, il est maintenant reconnu que des efforts doivent être faits pour établir des relations structurelles entre les acteurs du processus présents dès le tout début. Cela n'est pas simple ni sans risque. Dans l'idéal, chaque MHO devrait construire sa propre identité avant de s'impliquer dans une dynamique de niveau supérieur.

Ces observations démontrent pourquoi il était, et il est encore, difficile de trouver le bon équilibre entre la nature des organismes basés sur la communauté et l'élaboration de l'intervention de soutien.

6 Quelle est la valeur ajoutée de ce modèle ?

Le modèle basé sur la communauté n'est pas le moyen le plus simple de mettre en place une assurance maladie. Le contexte ouest-africain, avec son processus de démocratisation naissant, son haut niveau de pauvreté, ses établissements de santé mal dirigés et la viabilité limitée de ses ressources humaines compétentes, ne facilite certainement pas la mise en place de ce modèle. Alors, quelle est sa valeur ajoutée ?

Les MHO sont plus que de simples établissements vendant des assurances à des clients. À cet égard, les MHO doivent être évalués non seulement sur l'efficacité de leur mission de prestataires d'assurance et de leur rôle potentiel dans le développement de la protection sociale, mais aussi en prenant en compte l'effet de leurs processus de participation sociale.

L'accès aux soins de santé en Afrique (et ailleurs) n'est pas qu'un problème d'assurance. La plupart des systèmes de protection sociale légaux et existants en Afrique ne sont pas efficaces *(voir chapitre 1.3).* Des processus de réforme sont en cours dans plusieurs pays, mais il est évident que des réformes de protection sociale réussies doivent inclure une contribution et une représentation de la population. Il est également admis que les systèmes de protection sociale réformés incluront une gamme d'outils publics et privés (OIT, 2002c).

Intrinsèquement, les MHO présentent une valeur ajoutée. Par le biais de leur nature à but non lucratif, leur politique de non-exclusion et leurs primes peu élevées, ils garantissent l'accès à certains services, même si la couverture est limitée. La participation ne contribue pas seulement à la satisfaction du client, mais également à la responsabilisation et à l'apprentissage. À cet égard, les MHO créent des avantages à travers leurs mécanismes de contrôle et de participation intégrés. Même si la recherche sur les mécanismes de participation est toujours nécessaire, les MHO sont parties prenantes du processus de démocratisation. De plus, l'un des avantages de ce modèle est son influence sur la gestion des services de santé (transparence de la gestion, garantie des ressources financières, etc.) et sa capacité à améliorer la qualité des soins de santé *(voir encadré 79)*. La taille du MHO renforce énormément ce pouvoir. Alors que le pouvoir ne devrait pas être surestimé, des pressions peuvent s'exercer sur les systèmes de santé, en particulier lorsque les MHO sont organisés en fédération. Par exemple, de nombreux MHO prennent des mesures pour se débarrasser des agents publics qui n'effectuent pas leurs tâches.

Encadré 79

Le pouvoir de l'action collective

En 2004, lorsqu'on leur a demandé de renouveler leurs primes, aucun membre du Réseau Alliance du Borgou-Bénin n'était prêt à le faire. La raison est que la sage-femme du dispensaire sous contrat avec le MHO avait décidé qu'elle ne s'occuperait pas des femmes enceintes membres du MHO pendant le week-end. L'employé du réseau « Alliance Santé » a organisé une assemblée de village avec les membres et les non-membres. La sage-femme a dû s'excuser auprès des participants et s'engager à éviter toute discrimination à l'avenir. À la suite de cette assemblée, le nombre d'assurés a augmenté, passant de 1 000 à 1 200.

Ce pouvoir existe aussi lorsqu'il s'agit de la négociation des prix des services offerts aux membres. Certains MHO ont obtenu une réduction des frais pour leurs membres. Même si ce n'est pas toujours le cas, cette baisse peut être perçue par les établissements de santé comme une valeur ajoutée car ils deviennent financièrement plus accessibles pour la population. La responsabilisation des membres qui apprennent à influencer la qualité des soins de santé est aussi une valeur ajoutée pour les MHO par rapport aux modes d'assurance non autogérés.

7 Conclusion

Les organismes de mutuelle santé, modèles de distribution de services d'assurance basés sur la communauté, sont actifs en Afrique de l'Ouest depuis plus de dix ans. Pour bon nombre de personnes, il s'agit de la seule protection sociale « formelle » dont ils disposent. Le modèle est loin d'être parfait, mais une compréhension claire des origines des problèmes aide à identifier des solutions qui peuvent permettre à cette approche d'exploiter son potentiel en étant plus qu'un mécanisme d'assurance. De nos jours, on voit aussi d'autres modèles (par exemple, des produits de micro-assurance maladie proposés par les établissements de micro-finance comme l'AssEF au Bénin) en Afrique de l'Ouest. Nombre d'entre eux tentent d'adopter la philosophie basée sur la communauté des MHO et héritent des avantages du modèle, tout en augmentant l'efficacité via l'amélioration du fonctionnement et du potentiel de développement. Même s'il est trop tôt pour évaluer si ces nouvelles approches seront couronnées de succès, cette évolution vers un paysage plus diversifié de modèles de micro-assurance est positive et pourrait offrir une couverture plus large à travers une collaboration avec les ONG, les établissements de micro-finance, les coopératives et leurs semblables.

Malgré cette diversification positive, certaines questions demeurent. Par exemple, comment les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté peuvent-ils être mieux soutenus pour mener à bien leurs fonctions multi-objectifs ? De plus, ces systèmes de micro-assurance maladie sont-ils pertinents s'ils ne sont pas accompagnés d'un plus grand mécanisme de protection sociale de redistribution ?

4.4 Options institutionnelles pour la distribution d'une micro-assurance maladie

Ralf Radermacher et Iddo Dror[1]

Les auteurs remercient Klaus Fischer (Université de Laval), Bénédicte Fonteneau (Université de Louvain) et Michael McCord (MicroInsurance Centre) pour leurs commentaires utiles et approfondis, ainsi que David Dror (Université Erasmus de Rotterdam) et Gerald Leppert (Université de Cologne) pour leurs discussions enrichissantes.

L'assurance maladie inclut le transfert des risques pour la santé en échange d'une prime payable à l'avance. Cette description succincte suggère que le contrat inclut des flux de fonds et d'informations bidirectionnels : du client vers l'assureur et de l'assureur vers le client. La partie exerçant le plus de contrôle sur ces flux de fonds et d'informations peut influencer le processus commercial à son avantage.

Le fait qu'une partie puisse chercher à obtenir un avantage par rapport à une autre signifie que des conflits d'intérêts peuvent survenir entre assureurs et assurés. Mais est-ce le cas dans l'offre de micro-assurance ? Et si oui, l'option institutionnelle (modèle) de distribution de la micro-assurance maladie a-t-elle une influence sur de tels conflits d'intérêts et une efficacité dans l'offre d'assurance ? Ce chapitre étudie ces questions en proposant une typologie basique des différentes options de processus commerciaux identifiées dans l'offre de micro-assurance maladie. Une telle typologie permettra d'identifier les conflits d'intérêts et de remédier aux inefficacités dans le flux régulier et bidirectionnel des fonds et des informations.

Le présent chapitre résume tout d'abord les principaux types de prestataires de micro-assurance maladie, et analyse ensuite leur efficacité relative en termes de satisfaction des besoins du marché des ménages à faible revenu sur le long terme.

1 Options institutionnelles

Tous les assureurs doivent satisfaire à la proposition en matière de valeur basique, c'est-à-dire qu'ils doivent réduire sur le long terme le coût du risque pour l'assuré. Il existe une exigence supplémentaire, spécifique à la micro-assurance : le type d'organisme devrait fonctionner de façon efficace dans un

[1] Dans ce chapitre, les références aux systèmes indiens de micro-assurance qui suivent sont tirées des expériences des auteurs : BAIF, Arogya Raksha Yojana et Voluntary Health Services.

environnement où les primes sont peu élevées. Comme évoqué au chapitre 2.1, une telle situation pourrait mener à un sévère rationnement des prestations et, lorsqu'elle est couplée à une grande diversité de besoins en assurance pour le marché hétérogène des personnes à faible revenu, pourrait engendrer une fragmentation des produits pour convenir à plusieurs petits groupes de clients. Pour réduire le coût du risque sur le long terme, l'assureur doit rassembler de nombreux profils de risque individuels qui ont des répartitions statistiques différentes et qui peuvent se diversifier avec le temps. Alors que certains types de prestataires de micro-assurance peuvent répondre aux exigences de grands nombres de personnes plus facilement que d'autres, ils pourraient souffrir d'autres faiblesses au niveau du processus commercial.

La typologie présentée dans ce chapitre étudie quatre principaux prestataires de micro-assurance maladie : 1) les assureurs agréés fonctionnant selon le modèle « partenaire-agent », 2) le modèle d'assurance solidaire, 2) les prestataires de soins de santé qui proposent aussi l'assurance maladie et 4) le modèle mutualiste examiné dans le chapitre précédent.[2] Cette typologie résulte de la distinction des organismes selon deux dimensions : a) la motivation première de pénétration de ce marché, puisque cette motivation influence la conception du processus commercial et par conséquent le produit, et b) l'entité prenant en charge la plupart des risques de pertes, comme l'indique l'illustration 26. La description des modèles organisationnels qui suit contient une analyse de leurs avantages et de leurs inconvénients dans la réalisation des fonctions liées au processus commercial, et de leur efficacité pour réduire (ou non) les conflits d'intérêts au sein du système. L'analyse prend également en compte certaines différences, comme les mécanismes de gouvernance.

[2] Les auteurs reconnaissent qu'il existe certainement également d'autres dispositions institutionnelles, mais la typologie décrite ici ressort très distinctement des études de cas. De plus, on pourrait diviser ces quatre types de prestataires en sous-catégories, dont certaines d'entre elles auraient des caractéristiques « hybrides » de plus d'un prestataire.

Illustration 26

Types d'offre d'assurance maladie

1.1 Le modèle partenaire-agent

Comme décrit au chapitre 4.2, en présence du modèle partenaire-agent, la relation entre le titulaire de contrat et une compagnie d'assurance (« le partenaire ») est facilitée par un intermédiaire (« l'agent ») tel qu'une ONG, une institution de micro-finance ou tout autre organisme en contact étroit avec le groupe cible. En raison des conditions réglementaires évoquées au chapitre 5.2, les exemples de modèle partenaire-agent de micro-assurance maladie sont courants en Inde, parmi lesquels :

- VimoSEWA et ICICI Lombard
- Shepherd et United India Insurance Company (UIIC)
- Karuna Trust et National Insurance Company (NIC)

La compagnie d'assurance est responsable de toutes les décisions relatives à la fabrication du produit, aux ventes, au service après-vente et au maintien de la viabilité sur le long terme : elle supporte donc le risque. Même s'il peut consulter l'organisme agent lors de la conception d'un produit, l'assureur conserve le contrôle des opérations stratégiques qui définissent le mécanisme de transfert du risque.

L'agent s'occupe des ventes et du service après-vente du produit dans les limites des produits que la compagnie d'assurance est autorisée à vendre, et

selon des commissions conformes aux limites réglementaires ou convenues avec le partenaire. Les agents ont une meilleure connaissance du marché cible (et de meilleures relations avec lui), mais le rôle premier est de représenter l'assureur devant les clients. Il s'agit d'un domaine où les conflits d'intérêts peuvent survenir, car les organismes agents se considèrent généralement comme les avocats de leurs clients, et peuvent se sentir mal à l'aise par rapport au fait de représenter la position de la compagnie d'assurance.

Prenez par exemple le cas d'une procédure de règlement des sinistres, pour laquelle l'agent doit défendre la position de l'assureur devant ses clients. Si un conflit survient concernant la validité et le paiement d'une indemnité, l'agent peut avoir à prendre parti pour l'un, courant le risque de s'éloigner de l'autre. En règle générale, sa position en tant qu'agent de l'assureur fait qu'il se range du côté de ce dernier et communique le rejet d'une déclaration de sinistre au client. Si de tels cas arrivent souvent, les agents pourraient voir leur réputation au sein de la communauté entachée et la confiance que cette dernière leur accorde (élément dans le choix de l'agent par l'assureur), s'effritera ou sera perdue. Par conséquent, en pratique, les agents comme Vimo-SEWA paient de temps en temps les indemnités en puisant dans leurs propres coffres quand ils estiment que le rejet d'une demande est injustifié.

Un autre conflit potentiel survient avec les ajustements des niveaux des primes. Par exemple, après que le taux de déclarations de sinistre de BAIF eut dépassé les 100 %, l'UIIC a décidé d'augmenter la prime facturée aux clients assurés de BAIF d'environ 80 %. Incapable de justifier une telle augmentation à ses clients, BAIF a décidé de transformer son système d'assurance en mutuelle.[3]

Comme le montre l'illustration 27a, les clients, comme les prestataires de soins de santé ne contribuent pas directement au processus de production, et n'assument aucune responsabilité quant à la viabilité sur le long terme. Le rôle de l'agent est généralement également confiné aux ventes et au service après-vente, bien que ce dernier soit parfois pris en charge par l'assureur directement ou par un tiers opérateur de services (TPA). Le système Arogya Raksha Yojana près de Bangalore, en Inde, est lié à ICICI Lombard pour l'assurance maladie, et a engagé un TPA pour l'administration *(illustration 27b)*.

Dans le cadre de la disposition partenaire-agent, chaque partie peut profiter des avantages comparatifs de l'autre, mais quelques problèmes inhérents restent souvent non résolus. Une compagnie d'assurance est généralement

[3] BAIF est une ONG qui travaille sur le développement rural en Inde. Issue de l'élevage du bétail, BAIF a ensuite développé ses activités dans une large gamme de services et propose maintenant une micro-finance et, dans un secteur pilote, une micro-assurance maladie et vie.

intéressée par la vente d'un produit préconçu (souvent une version bon marché de ses produits destinés au secteur formel). Ce type de produit est plus simple à contrôler pour la compagnie et ne nécessite pas une nouvelle tarification. Certaines autorités de régulation d'assurance demandent que les nouveaux produits soient enregistrés et peu de compagnies sont prêtes à agir ainsi pour chaque agent/communauté ; en règle générale, seuls les grands organismes agents ont un pouvoir de négociation suffisant pour faire pression en faveur d'un produit conçu sur mesure.

Ce manque de souplesse dans la conception du produit est particulièrement important car, comme l'explique le chapitre 2.1, les caractéristiques des produits risquent fortement d'influencer le choix au sein de la population cible pour l'assurance maladie plutôt que pour l'assurance-vie ou de biens. Ce problème peut toutefois être résolu pour le modèle partenaire-agent. En raison de sa proximité avec le groupe cible, l'agent devrait être bien placé pour étudier la demande actuelle, tandis que l'assureur peut utiliser ses actuaires pour traduire la demande en un produit bien tarifé. C'était la disposition de Karuna Trust, qui s'est engagé dans une analyse approfondie de la demande avant de s'associer avec NIC. Même si les prestations demandées et le prix négocié ont provoqué une forte migraine aux actuaires de NIC, l'assureur était prêt à tester ce système. De la même façon, Shepherd et UIIC ont conçu ensemble un paquet de prestations grâce à leurs compétences respectives.

Illustration 27a

Le modèle partenaire-agent

Illustration 27b

Le modèle partenaire-agent avec TPA

Pour la micro-assurance maladie, le réel avantage comparatif des agents (et par conséquent leur attrait aux yeux de l'assureur) est mis en avant dans le processus commercial. Les assureurs, qui manquent souvent d'un accès, à la fois physique et psychologique, aux clients potentiels et ne parviennent pas à établir une relation de confiance, comptent sur la proximité de l'agent avec le marché et sur la confiance instaurée au fil des années grâce aux autres activités de l'agent. Cependant, la pénétration du marché est une chose, mais la complète transparence en est une autre. Les clients réalisent vite qu'ils n'ont pas grand chose à gagner à fournir des informations sur leur état de santé ou sur un voisin dont ils savent qu'il ne veut pas divulguer des informations : ainsi le flux d'informations bidirectionnel est incomplet avec le modèle partenaire-agent. Cela constitue un risque accru pour les compagnies d'assurance pour lesquelles les actionnaires s'attendent (logiquement) à une compensation par le biais de retours accrus (menant invariablement à des primes plus élevées, *toute chose étant égale par ailleurs*). À leur tour, les primes plus élevées résultent en une augmentation des demandes des clients pour un « bon rapport qualité-prix » et amplifient ainsi les risques moraux (à nouveau un plus grand risque pour l'assureur). Par conséquent, un cercle vicieux de dysfonctionnement tend à se développer, pouvant faire passer à côté des opportunités inhérentes à ce modèle. Tant que le risque et les retours ne seront pas équilibrés du point de vue de l'assureur, rien ne l'incitera à s'introduire sur le marché de façon signifi-

cative.

Ce problème d'incitation est amplifié lorsqu'il s'agit du service après-vente des produits et de la vérification des déclarations de sinistre. La compagnie d'assurance peut s'attendre à ce que l'agent vérifie les déclarations de sinistre, et le cas échéant, espère que les liens étroits de l'agent avec les groupes cibles assureront un bon flux d'informations. Cependant, comme dans tout système d'assurance commerciale, rien n'incite les clients à fournir des informations qui profiteront à la compagnie d'assurance à leurs dépens (ou aux dépens de leur voisin). Les clients pourraient même considérer comme légitime de duper une grande compagnie dans une ville éloignée en suivant cette logique : « nous sommes pauvres et ils sont riches, donc ils peuvent payer ». Cette manifestation du paradigme *« eux et nous »* implique un attachement à certains réseaux, à certaines normes et à une certaine confiance au niveau de la communauté/du client – qui reproduit l'essence du concept de capital social – du moins du point de vue de Putnam (1995) et de ses disciples.[4]

Comme les compagnies d'assurance rencontrent ce problème avec des clients de tous les segments du marché, elles appliquent des mécanismes de surveillance pour vérifier les déclarations de sinistre. Néanmoins, ces mécanismes sont coûteux et, dans le contexte de la micro-assurance, peuvent être incroyablement chers au point que l'accessibilité pour les populations pauvres pourrait être compromise. De plus, essayer de résoudre ce problème selon la logique du processus commercial traditionnel pour les clients plus aisés est la caractéristique des produits d'assurance commerciale bon marché : ce n'est pas vraiment une solution de micro-assurance maladie innovante.

Pour résoudre ce problème, VimoSEWA a formé son personnel aux techniques de vérification des déclarations de sinistre, a créé un comité des sinistres avec des compétences appropriées et a persuadé son partenaire d'assurance de lui permettre d'examiner les déclarations de sinistre. Néanmoins, davantage peut être fait : synchroniser les motivations des clients avec les motivations de la compagnie d'assurance (par ex. par le biais d'accords de participation aux bénéfices) modifie le processus commercial de telle sorte que le problème pourrait ne pas survenir au début, car les clients seraient plus motivés pour faire en sorte que les informations continuent de circuler (peut-être pas à propos d'eux-mêmes mais à propos d'autres personnes qui frau-

4 Le concept de capital social a été le sujet de nombreux examens pluridisciplinaires durant la décennie suivant l'article de 1995 de Robert Putnam « Bowling alone : America's declining social capital » (Bowling en solo : le déclin du capital social américain). Il est généralement accepté que si les auteurs souhaitent utiliser le terme, ils doivent définir comment ils l'utiliseront. Dans la mesure où cela ne relève pas de la finalité de cet ouvrage de développer une définition du capital social dans le contexte de l'assurance maladie pour les populations pauvres, des références à certaines études utiles du sujet par Farr (2004), Manski (2000), Portes (1998), Sobel (2002) et Woolcock (1998) sont incluses dans la bibliographie.

dent le système).

Une application similaire (mais pas identique) a été largement documentée dans le domaine voisin de la micro-finance, par laquelle des mécanismes (notamment la responsabilité conjointe et le renouvellement du contingent) ont été mis en place pour utiliser le pouvoir des communautés afin de compenser l'avantage lié aux informations que les clients avaient sur le prêteur (Van Bastelaer, 2000). C'est un excellent exemple de capital social en action : remplacer les moyens traditionnels, plus formels (et plus chers) d'évaluation du degré de solvabilité utilisés par les banques commerciales, par la pression exercée par l'entourage et le prêt basé sur le profil de l'emprunteur (DeFilippis, 2001).

Le point essentiel est qu'un réel sens de propriété et d'« engagement » parmi les clients (de préférence à travers l'optimisation du capital social des communautés) est indispensable à un système de micro-assurance maladie performant, et pourrait être encore plus important que dans d'autres secteurs commerciaux des compagnies d'assurance d'entreprise.

1.2 Le modèle d'assurance solidaire

Les modèles d'assurance solidaires couvrent un grand nombre d'options institutionnelles, qui partagent toutes deux caractéristiques importantes : (i) être à but non lucratif et (ii) ne pas faire porter le risque par l'assuré. C'est surtout la première caractéristique qui distingue ce modèle du modèle partenaire-agent (cela est au moins vrai pour l'assureur), et de certains modèles déterminé selon le prestataire de soins de santé pour lesquels l'objectif premier est d'augmenter l'utilisation de leurs établissements. Le degré de risque pour les assurés et leur implication dans le processus commercial différencient ce modèle du modèle mutualiste (qui sera abordé ultérieurement dans ce chapitre). Les prestataires de ce type d'assurance peuvent être des ONG, des associations religieuses ou toute autre association bien intentionnée. Ainsi, ce modèle peut s'appliquer également à des initiatives soutenues par le gouvernement.

La motivation pour établir le système d'assurance est d'augmenter l'accès aux soins pour les clients. Cette motivation est purement sociale, résultant d'abord du contexte de développement de ces organismes. Les caractéristiques sociales et paternalistes du modèle solidaire font vraiment apparaître des conflits d'intérêts potentiels, notamment celui de faire passer les priorités des clients après celles d'autres actionnaires (tels que des bailleurs de fonds ou des gestionnaires d'ONG). En outre, dans des situations où la viabilité est basée sur un financement externe permanent, le système peut négliger l'éducation de ses clients aux mécanismes d'assurance adéquats, ce qui peut rendre

difficile la création d'une culture d'assurance au sein du marché cible.

Comme la plupart de ces organismes travaillent avec le groupe cible depuis longtemps déjà, ils sont familiarisés aux exigences des clients potentiels. Toutefois, traduire cela en un produit actuariellement tarifé est difficile car ces organismes manquent généralement de compétences en assurance. L'assureur maladie prend en charge le risque de pertes. Les bénéfices générés certaines années sont conservés sous forme de réserves permettant de faire face aux pertes futures. Toutes les activités du processus commercial sont menées par l'institution d'offre, parfois avec une implication du groupe cible. Les responsabilités de l'assureur solidaire sont décrites dans l'illustration 28.

VimoSEWA a exploité son assurance maladie selon ce modèle de 1996 à 2002. En 1996, VimoSEWA a trouvé que les produits d'assurance maladie disponibles sur le marché étaient inadaptés à sa clientèle. Les procédures administratives ne répondaient pas toutes aux besoins des femmes pauvres qui devaient attendre longtemps avant d'être remboursées. Ainsi, VimoSEWA a cessé sa relation partenaire-agent et est devenu son propre assureur solidaire, mais après le tremblement de terre de 2001 à Gujarat, les limites du statut de petit assureur indépendant sont devenues évidentes et VimoSEWA est entré dans une nouvelle relation partenaire-agent.

Yeshasvini Trust, en Inde, est un mélange du modèle d'assurance solidaire et du modèle déterminé selon le prestataire (évoqué ci-dessous). Créé par des prestataires de soins de santé, le modèle est maintenant dirigé par un trust dans lequel le secteur coopératif de Karnataka est représenté à part égale. Les prestataires de soins de santé ont façonné les avantages, qui sont toujours fournis aujourd'hui ; le secteur coopératif a élaboré les processus commerciaux. Alors que l'influence des prestataires sur le processus de fabrication du produit fait de ce modèle un modèle déterminé selon le prestataire, le fait que le trust tout entier, qui supporte le risque (soutenu par le gouvernement de Karnataka), est un organisme à but non lucratif et dirige toutes les parties du processus commercial, fait de ce modèle un modèle d'assurance solidaire.

Illustration 28

Le modèle d'assurance solidaire

Pour de nombreux systèmes d'assurance solidaire, atteindre la viabilité est un défi majeur au regard de leur contexte social. Par exemple, ils trouvent peut-être plus difficile de rejeter les déclarations de sinistre, même quand la déclaration n'est pas complètement justifiée. Cela est dû à ce qui est parfois évoqué comme « l'hypothèse de la basse besogne » : les gestionnaires des institutions solidaires peuvent penser qu'ils menacent la réputation de l'institution en rejetant les déclarations de sinistre puisque, contrairement au modèle partenaire-agent, l'institution solidaire ne peut pas rendre responsable quelqu'un d'autre pour justifier une décision impopulaire.

Certains organismes solidaires poussent cette logique de motivation sociale encore plus loin, au point de ne même pas envisager la viabilité du système d'assurance comme un objectif. Ils partent plutôt simplement du principe que les pertes se produiront, et devront être couvertes grâce à des subventions externes.

Cette interprétation sociale de ce type de mission d'organisme affecte également la conception de ses processus commerciaux dans l'assurance : le flux d'informations dans le processus commercial est principalement unidirectionnel, vers le client. Des informations sur la façon de déclarer des sinistres sont fournies, mais aucune information sur les maladies préexistantes n'est demandée. Le processus de distribution est généralement conduit par le personnel propre à l'organisme qui remplit également d'autres devoirs. Voluntary Health Services (VHS) à Chennai (Inde), par exemple, distribue son produit d'assurance grâce à des travailleurs sanitaires mobiles ou dans ses centres

médicaux. Son objectif est de couvrir ceux qui en ont le plus besoin, sans nécessairement compenser les mauvais risques par les bons risques en vue de stabiliser la mise en commun des risques.

Les organismes solidaires acceptent généralement une dotation relativement illimitée de prestations et le service après-vente des produits reste également simple. Par exemple, VHS et la Society for Social Services (Bangladesh) gèrent leurs propres infrastructures médicales et les clients sont obligés de les utiliser. Cependant, contrairement aux modèles déterminés selon le prestataire (décrits ci-dessous), la motivation ici n'est pas d'augmenter l'utilisation de leurs propres infrastructures (commerciales), et par conséquent leur viabilité financière, mais plutôt de garantir que la population qu'ils assurent a accès aux services de santé.

On peut soutenir que le maintien de la stabilité sur le long terme est le point le plus faible du modèle solidaire. Les gestionnaires ne considèrent souvent pas la stabilité financière comme souhaitable : « Nous effectuons un tri sur le volet : nous ne prenons que les mauvaises cerises », fait remarquer un gestionnaire de VHS, illustrant poliment la façon différente et sous-jacente de voir les choses. La Society for Social Services ne peut en aucun cas couvrir les coûts administratifs de son programme de santé par le biais de l'assurance. Ils s'élèvent à plus de 2 000 % des primes collectées ! Ainsi, leur moyen de garantir la viabilité est de passer par un bailleur de fonds plutôt que par une solution basée sur le marché (telle que la réassurance).

1.3 Le modèle déterminé selon le prestataire

Les prestataires de soins (par ex. les hôpitaux, les cliniques) peuvent lancer un système d'assurance pour générer de plus gros volumes d'affaires dans les infrastructures dédiées, de même que proposer l'accès aux soins de santé à des prix unitaires différents selon les segments de la population cible *(voir illustration 29)*. La caractéristique exceptionnelle de ce modèle est l'implication du prestataire de soins de santé dans la conception du processus commercial (notamment la partie financement).

Il s'agit d'une caractéristique importante : un prestataire de soins de santé décidant directement du paquet de prestations se différencie considérablement d'une compagnie d'assurance créant sa propre infrastructure de soins de santé, ou employant directement des prestataires pour servir les intérêts d'un produit. La différence peut sembler quelque peu théorique, mais la question du contrôle final de la conception du paquet de prestations n'est pas négligeable. Prenez comme exemple le cas d'une opération à cœur ouvert : si le preneur de décisions est le chirurgien, dont les services ne sont pas très demandés en raison du coût élevé des opérations, les chances pour que cette

prestation soit incluse dans le paquet sont plus grandes que si la décision est prise par des professionnels d'assurance ou par les clients.

Illustration 29

Le modèle déterminé selon le prestataire

Cela explique pourquoi de nombreux systèmes déterminés selon le prestataire limitent le choix des clients à l'infrastructure du prestataire ou à ses professionnels de santé, ou comme Grameen Kalyan et BRAC MHIB au Bangladesh, limitent considérablement les prestations disponibles en dehors de leurs propres prestataires de soins de santé. Les clients versent leurs primes aux prestataires de soins de santé, qui ensuite offrent aux clients un mécanisme de financement leur permettant d'acheter des services de santé, vraisemblablement d'une manière plus rentable qu'en les payant de leur poche. En même temps, le prestataire bénéficie de cette disposition de plusieurs façons : a) cela augmente son marché potentiel en permettant à plus de gens d'utiliser les services, b) le prestataire limite le choix des clients à son établissement et c) le prestataire reçoit des revenus de ceux qui n'auraient autrement pas demandé un traitement, ou l'auraient fait ailleurs, ou à qui il aurait de toute façon fourni des services, mais à un prix moins élevé ou gratuitement.

Dans certains systèmes, la prime est utilisée directement pour faire fonctionner l'établissement de santé, tandis que le prestataire s'engage à fournir

certains avantages aux clients si nécessaire, le paiement du prestataire se faisant sur une base forfaitaire. Par conséquent, lors des mauvaises années, le risque est entre les mains du prestataire de soins de santé qui doit alors fournir les services. Les bonnes années, le surplus est absorbé par le prestataire de soins de santé. Dans ces systèmes de paiement, le prestataire est incité à fournir une sous-prestation ou à trouver un compromis sur la qualité des soins.

Dans d'autres systèmes, la prime collectée est versée au prestataire de soins de santé en fonction des services rendus ou des cas traités (frais de service, paiements déterminés selon le cas). Ce mécanisme nécessite une séparation plus stricte entre la provision d'assurance et de soins de santé. Yeshasvini Trust par exemple, a fixé les prix pour plus de 1 600 opérations et rembourse les hôpitaux du réseau en fonction des opérations effectuées (c'est-à-dire selon le cas). Les frais de service sont appliqués dans le Nkoranza Community Health Insurance Plan, Ghana *(voir encadré 80)*.

Encadré 80

Nkoranza Community Health Insurance Plan

St. Theresa's Hospital est le principal prestataire de services internes dans le quartier de Nkoranza dans la région rurale du Ghana. En 1992, l'hôpital a lancé le Nkoranza Community Health Insurance Plan, un programme de micro-assurance maladie déterminé selon le prestataire, en réponse à l'incapacité des habitants à payer de leur poche les services de santé, en particulier l'hospitalisation. L'assurance couvre les services internes à l'hôpital en totalité, incluant le coût des ordonnances de médicaments non disponibles à l'hôpital, des consultations dans d'autres hôpitaux et dans certains services externes.

Lorsque les clients demandent des soins, ils remettent leur carte d'assurance au médecin traitant ou à l'infirmière qui écrit le numéro d'assuré sur la fiche d'admission du patient. Basée sur les services rendus (frais de service), une facture mensuelle est envoyée à l'assureur. Les prix des services sont fixés par un organe externe, le Diocesan Health Committee, selon une base annuelle, et sont valables pour tous les hôpitaux catholiques de la région. L'assurance rembourse l'hôpital pour tous les services rendus, mais n'est pas habilitée à vérifier leur pertinence. Bien qu'il n'ait pas été observé dans ce système, le mécanisme des frais de service avec une séparation institutionnelle (entre assureur et prestataire) incite le prestataire à fournir des sur-prescriptions de services pour augmenter les retours financiers.

Source : d'après Atim et Sock, 2000.

La plupart des prestataires de soins de santé n'ont pas la capacité administrative (ou parfois financière) pour gérer un système d'assurance viable. La tarification actuarielle des produits est certainement un point faible même si les informations disponibles sur les dépenses de santé pourraient être relativement bonnes dans le cadre de ce modèle. Le principal problème du modèle réside dans le service après-vente des produits : dans le cas de paiements de frais de service, le prestataire de soins de santé pourrait être incité à fournir plus de services que nécessaire, alors que le prestataire d'assurance a besoin de maintenir sa stabilité sur le long terme. Harmoniser les rôles du prestataire et de l'acheteur de services peut ainsi créer des conflits d'intérêts.

1.4 Le modèle mutualiste/basé sur la communauté

Les sociétés mutuelles, également appelées organismes de mutuelle santé ou systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté, sont des systèmes facultatifs à but non lucratif de répartition des risques basés sur l'éthique de l'assistance mutuelle et de la solidarité *(voir chapitre 4.3)*. Ce modèle est basé sur l'hypothèse selon laquelle le risque est supporté par les assurés, qui sont les propriétaires du système, et les bénéfices sont d'une certaine manière conservés au profit des assurés.

Cependant, les systèmes mutualistes et basés sur la communauté ne sont pas identiques. Le modèle basé sur la communauté est généralement constitué d'un petit groupe local formé selon les liens sociaux développés au travers du contact quotidien. Les dirigeants ont peu de compétences professionnelles en matière d'assurance et le degré d'implication des membres est généralement assez élevé. Les systèmes mutualistes, d'un autre côté, ont une longue expérience en tant que prestataires de sécurité sociale.[5] Ils sont souvent formés selon des visions religieuses ou politiques communes et fournissent des services d'assurance à leurs membres. Les mutuelles sont souvent plus grandes que les systèmes basés sur la communauté et ont généralement une équipe de direction professionnelle. En raison de la taille du groupe, et de l'absence conséquente de liens personnels entre les membres, il peut y avoir moins de cohésion sociale dans les mutuelles que dans les systèmes basés sur la communauté.

Dans le cadre du modèle mutualiste/basé sur la communauté, les clients ou les membres endossent le rôle central. Comme le montre l'illustration 30,

[5] Les organismes mutualistes, dérivés du concept français de mutuelles, sont connus sous divers noms : friendly societies dans les pays anglo-saxons (et leurs anciennes colonies), fraternal societies aux États-Unis, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit en Allemagne, sociedades de socorro mutuo en Espagne (et ses anciennes colonies), et ainsi de suite.

ils sont responsables de tous les aspects de la fabrication du produit, de la vente et du service après-vente, de même que du maintien de la stabilité sur le long terme. Les membres sont à la fois les assurés et les assureurs, puisque le groupe couvre le risque collectivement. En tant que propriétaires de ces sociétés, les membres sont activement impliqués dans la gestion et les prises de décisions. Ils ont une influence directe sur la détermination de l'étendue de la couverture et de la taille des contributions. Les connaissances de première main des besoins et des préférences donnent aux systèmes mutualistes un avantage particulier dans la conception des produits. L'implication des membres garantit un haut degré de satisfaction envers le produit ; mais cela dépend de l'inclusion réelle et représentative au processus de conception, et d'une gestion juste et transparente du système. À l'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF), l'assemblée générale des membres décide des prestations. Toutefois, pour concevoir et faire fonctionner un système d'assurance, des connaissances d'expert sont nécessaires, et c'est là le talon d'Achille de nombreux systèmes mutualistes. Parfois des organes centralisés, par ex. sous forme de coopérative secondaire, sont créés pour apporter une assistance technique *(voir encadrés 75, 76 et 77 au chapitre 4.3)*.

En tant qu'organismes gérés par les membres, les sociétés mutuelles sont basées sur les principes de l'entraide, de l'auto-administration et de l'auto-responsabilité. Selon le dernier principe, les membres supportent le risque actuariel et sont responsables des pertes potentielles. Par la même occasion, les bénéfices demeurent dans le système à l'avantage de tous les membres. Ce modèle de participation aux bénéfices et aux pertes suggère que l'intérêt de l'individu s'inscrit dans la lignée de celui du groupe, renforçant la cohésion sociale au sein du groupe. Ce modèle, surtout lorsqu'il est mis en application dans les petites communautés, réduit généralement les coûts résultant de la fraude, des risques moraux et de l'antisélection. Cela est dû aux niveaux élevés de cohésion sociale, qui est généralement plus importante dans les petits groupes, où les interactions sociales ont tendance à être à la fois plus importantes et plus faciles à suivre (Sobel, 2002), et à se traduire (dans le contexte de la micro-assurance maladie) par un flux informel et fréquent d'informations. Cependant, ce flux d'informations peut également engendrer un problème de confidentialité, car les personnes pourraient avoir peur de l'exclusion sociale dans le cas de certaines maladies, par exemple dans le cas du VIH/SIDA et de maladies mentales, et pourraient ainsi préférer ne pas dépendre des avantages du système.

Illustration 30

Le modèle mutualiste/basé sur la communauté

Un autre inconvénient de tels systèmes mutualistes est la taille plus petite de leurs groupes : les petits groupes expérimentent une plus grande incertitude concernant les dépenses relatives aux sinistres et sont plus vulnérables au risque de catastrophe. Alors que le contrôle social peut être un outil adapté pour réduire les risques moraux, une répartition réussie des risques, ou du moins un transfert des risques acceptés, nécessite la fusion avec d'autres mises en commun de risques ou l'accès à d'autres formes de réassurance. Un regroupement supplémentaire des risques mènerait non seulement à une augmentation de la stabilité financière, mais engendrerait aussi des primes plus basses via la diminution du chargement en capital (Dror et al., 2005a) ; cependant, ce genre de réassurance n'est généralement pas disponible.

Dans une institution détenue par les membres, la responsabilité pour la stabilité relève de la gestion effectuée par les membres, qui est parfois déléguée à des gestionnaires professionnels. Selon le principe de propriété, tous les membres devraient idéalement se sentir engagés dans la stabilité du système. La notion de propriété en termes d'identification du système et du sens de la responsabilité personnelle peut représenter un avantage majeur des systèmes basés sur la communauté. Pour renforcer la responsabilité personnelle et éviter les pertes dues à une utilisation abusive, l'UMSGF a développé un

« outil de tendance de la sinistralité », rassemblant les informations statistiques pour éclairer les membres et renforcer leur sentiment de propriété.

Cependant, la responsabilité personnelle peut facilement s'évanouir lorsque les organismes mutualistes se développent et deviennent plus professionnels. Dans ce processus, l'administration gérée par les membres des systèmes basés sur la communauté est remplacée par des gestionnaires professionnels qui pourraient développer leur propre palette d'objectifs plutôt que de se concentrer sur les objectifs des membres.[6] Les gestionnaires sont incités à développer le système, car cela pourrait améliorer leur rémunération, leur réputation et leur pouvoir. Même si cela s'avère une bonne chose en termes de stabilisation de la viabilité financière du système, la voix de l'individu assuré n'est plus entendue. Il devient de plus en plus difficile pour les membres assurés de contrôler leur propre système en raison d'une asymétrie au niveau des informations et au niveau des compétences entre l'équipe de gestion professionnelle et eux-mêmes. Le système n'est plus dirigé par les membres mais récupéré par les gestionnaires. Cela peut engendrer la perte du sens de la propriété pour les membres, et ainsi la perte de nombreux avantages du système mutualiste, sauf que les bénéfices restent toujours au sein du groupe des assurés.

2 Valeur, intérêts et conflits dans le cadre du processus commercial d'assurance

En plus de ces quatre types principaux, plusieurs sous-types supplémentaires possibles existent, tous avec leurs propres combinaisons de forces et de faiblesses. Une analyse de ces modèles principaux illustre toutefois les conflits d'intérêts déterminants qui émergent dans l'offre de micro-assurance maladie. Dans le domaine de la micro-assurance, l'efficacité pourrait être encore plus importante que dans l'assurance conventionnelle, et par conséquent on doit porter une attention particulière aux conflits d'intérêts qu'il peut y avoir dans le processus commercial. Si ces conflits restent non résolus, ils ajoutent des coûts supplémentaires au contrat d'assurance. À l'aide de la structure présentée dans le chapitre 2.1, cette partie examine les conflits d'intérêts et les réussites dans le processus commercial des différents modèles de distribution.

6 Le conflit potentiel entre les membres et les gestionnaires est abordé en détails dans des ouvrages coopératifs, tels que : Dülfer (1995), Vierheller (1983, 1977), Neumann (1973), Eschenburg (1972) et Hanel (1992).

2.1 Conception du produit : offrir un bon rapport qualité-prix et satisfaire les désirs des clients

Les clients de la micro-assurance maladie préfèrent généralement une large couverture qui inclut des événements à faibles coûts et à forte probabilité (par ex., la couverture des consultations externes, les médicaments), alors que les assureurs aiment couvrir des événements rares. Ce conflit d'intérêts s'observe le plus nettement dans le modèle partenaire-agent, dans lequel le but principal de l'assureur est généralement de réaliser des bénéfices, et dans lequel des déclarations de sinistre moins fréquentes permettent de tirer profit de marges en gardant les coûts administratifs à un niveau bas. Les programmes offerts par VimoSEWA/ ICICI Lombard et Shepherd/UIIC par exemple, ne couvrent que l'hospitalisation. Les produits de micro-assurance maladie offerts par les assureurs commerciaux se concentrent typiquement sur ce type de prestations.

Les assureurs commerciaux sont peu disposés à s'occuper de quantités interminables de petites déclarations de sinistre, surtout lorsqu'une disposition avec des prestataires de soins de santé non réglementés générerait des coûts de contrôle supplémentaires. Cependant, l'assureur, qui garde le contrôle sur la conception du produit, trouve également difficile de savoir ce que les assurés veulent : quel est le prix que les clients sont prêts à payer et pour quelles prestations ? Ici, l'agent peut aider à résoudre une partie du problème. Plus l'assureur est disposé à impliquer l'agent, au nom du client, dans la conception du paquet de prestations, plus il est probable que le produit réponde aux besoins des clients. Néanmoins, les assureurs peuvent considérer certains segments du marché des ménages à faible revenu trop étroits pour justifier un processus d'adaptation onéreux. L'assureur sera plutôt tenté de persuader les agents de vendre des produits déjà développés.

Le modèle déterminé selon le prestataire pourrait être mieux placé pour permettre de se tenir informé des priorités des clients si la consommation des services de santé était systématiquement enregistrée et analysée avant de lancer le produit d'assurance, même s'il existe, de manière générale, peu d'informations concernant la volonté de payer et les priorités du client. De plus, selon le type de services qu'ils offrent, les prestataires pourraient adopter une attitude plus souple envers le souhait des clients de voir des événements à faibles coûts et à forte probabilité (par exemple les soins en consultation externe) inclus dans le paquet de prestations. Cela est généralement vrai pour les modèles solidaires également, et peut aussi s'appliquer aux modèles basés sur la communauté. Cependant, la perspective de détermination du paquet de prestations est différente : dans les modèles déterminés selon le prestataire, les services sont inclus dans le paquet de prestations uniquement s'ils sont

effectivement fournis par le prestataire de soins de santé. Par conséquent, le prestataire, et non le client, constitue le point de départ. Les prestataires d'assurance solidaire et d'assurance basée sur la communauté prendraient plus volontiers les besoins des clients comme point de départ, car leur préoccupation ne concernent ni les bénéfices, ni le développement de leur propre établissement de santé, même si le modèle solidaire pourrait ne pas considérer nécessaire d'impliquer la communauté car il prévoit de supporter le risque dans tous les cas.

Le modèle basé sur la communauté qui, par définition, implique le client dans le processus de conception des prestations, présente un fort avantage pour ce qui est de la connaissance des besoins des clients et de leur volonté de payer. Le produit d'assurance dans ce modèle répond probablement plus directement aux besoins des clients et peut même augmenter leur volonté de payer. Cependant, il faut souligner que cette force des modèles basés sur la communauté ne peut être exploitée qu'avec la participation des membres, ce qui ne se produit pas toujours en pratique, surtout lorsque ces associations se développent.

Un autre conflit d'intérêts peut survenir dans le cadre du modèle déterminé selon le prestataire lorsque le prix des services est négocié, car la même institution représente à la fois l'acheteur et le prestataire de services. Même si on suppose que la plupart des systèmes déterminés selon le prestataire utilisent leurs connaissances de leur propre structure de coûts au profit du client, un conflit d'intérêts basique demeure et une attention particulière doit y être prêtée. Le Yeshasvini Trust déterminé (en partie) selon le prestataire, par exemple, a fixé des taux forfaitaires pour les opérations dans les 150 hôpitaux du réseau. Cependant, tous les types d'opérations ne sont pas proposés dans chaque clinique, et certains directeurs de clinique soutiennent que la participation de directeurs d'hôpitaux dans l'administration du trust garantit de meilleurs taux pour les opérations qui sont principalement effectuées dans leurs hôpitaux. Alors que cela s'apparente à l'adage selon lequel « l'herbe est toujours plus verte chez le voisin », il s'agit d'un problème que les grands réseaux de prestataires doivent régler s'ils souhaitent accroître leur efficacité.

La fréquence du paiement des primes constitue un autre point de désaccord important entre assureur et assurés : les clients préfèrent souvent de petits paiements fréquents. Ceci, couplé avec la taille relativement petite des primes, pose un défi aux assureurs. Il est probable que les partenaires, les prestataires de soins, les assureurs solidaires et les systèmes basés sur la communauté tentent d'éviter cela en établissant un système où la collecte peut être effectuée soit de façon immédiate, soit à travers une déduction à la source, ou en demandant une subvention ou une avance à un tiers.

Cependant, le modèle basé sur la communauté, l'assureur solidaire et les organismes agents, avec leur accès aux clients, sont naturellement équipés pour résoudre cette incohérence entre les intérêts de l'assureur et des assurés. Cette résolution peut aboutir en s'appuyant sur les structures sociales existantes dans la communauté et sur l'existence de travailleurs communautaires qui peuvent s'imbriquer dans d'autres interactions avec la communauté. Ils peuvent plus facilement accéder à la requête pour des paiements plus fréquents que les prestataires de soins de santé, qui n'ont généralement pas de contacts réguliers avec le marché cible.

2.2 Marketing du produit : confiance et accès exigés

Un processus commercial efficace dépend en grande partie des niveaux de confiance des clients et de la facilité d'accès pour les atteindre car l'échange d'informations et l'éducation des clients constituent l'activité centrale de ce processus. Le manque de relation de confiance et l'accès (physique et psychologique) aux clients potentiels insuffisant dissuadent généralement les compagnies d'assurance formelles d'entrer seules sur ce marché. Cela correspond bien à la philosophie sous-jacente au modèle partenaire-agent selon laquelle la principale responsabilité concernant la conception des produits incombe à l'assureur, qui délègue ensuite les responsabilités de distribution aux agents. Du point de vue des clients, les agents facilitent l'accès des communautés aux assureurs et aux prestataires qui seraient sinon inaccessibles aux clients, et donnent à ces derniers l'accès à une « marque » reconnaissable et digne de confiance.

À cet égard, le marketing du modèle déterminé selon le prestataire peut ainsi bénéficier du professionnalisme des hôpitaux réputés. De nombreux hôpitaux privés associés à Yeshasvini Trust jouissent d'une excellente réputation. L'hôpital Narayana Hrudayalaya à Bangalore, par exemple, est connu pour ses chirurgies cardiaques au-delà de l'État de Karnataka. La participation d'hôpitaux comme celui-ci est accueillie positivement par de nombreux membres assurés qui autrement auraient du mal à accéder à ces prestataires de soins de qualité.

Cependant, la confiance des clients dans l'organisme qui effectue le processus commercial est encore plus importante, et tandis que les compagnies d'assurance ne bénéficient pas de cette relation de confiance, les agents (sous forme d'organismes locaux comme les ONG) ont généralement plus de respectabilité et ainsi plus de capacité à atteindre les clients potentiels. Les systèmes basés sur la communauté, comme leur nom l'implique, sont en contact constant avec leurs membres et jouissent certainement de niveaux de confiance et d'accès à

eux bien plus élevés que ceux de nombreux autres organismes. Par conséquent, le coût lié à l'information des membres sur les avantages de l'assurance maladie diminue, et les chances de vente augmentent.

2.3 Service après-vente du produit : gérer le flux d'informations

Dans l'ensemble, les intérêts des différents assureurs sont semblables en termes de service après-vente. Tous voudraient un système efficace qui maintiendrait les coûts à un bas niveau et réduirait la fraude. Un système sans transfert de fonds est généralement plus adapté pour atteindre ces objectifs, et présente la garantie supplémentaire que l'assuré n'a pas besoin d'avancer de l'argent pour obtenir un traitement. Avec le modèle basé sur la communauté et le modèle partenaire-agent, un système sans transfert de fonds présente la garantie supplémentaire de permettre à l'assureur de négocier avec les prestataires de soins de santé afin de réduire les coûts. Il n'y a rien d'étonnant à ce que cette négociation n'ait pas lieu dans le cadre du modèle déterminé selon le prestataire, qui limite en fait la concurrence et pourrait engendrer des prix plus élevés ou une qualité de service moindre.

Cependant, de nombreuses compagnies d'assurance sont incapables, ou n'ont pas l'intention, de négocier et d'instaurer une relation avec un petit réseau de médecins ou d'hôpitaux ruraux car elles trouvent difficile de contrôler l'adéquation des services rendus avec les déclarations de sinistre transmises. Afin d'obtenir les informations dont elles ont besoin pour vérifier une déclaration de sinistre sans avoir à négocier avec une tierce partie (le prestataire), certaines compagnies d'assurance règlent les sinistres sur la base de remboursements uniquement. Cette disposition impose une lourde charge sur les ménages pauvres. En raison d'une paperasserie compliquée et inappropriée, d'exclusions, et de procédures requises par les compagnies d'assurance, le remboursement est souvent retardé, parfois de plusieurs mois.

Les assureurs déterminés selon le prestataire, les systèmes basés sur la communauté et la plupart des assureurs solidaires adoptent une meilleure position à cet égard. Grâce à leur présence locale, ils peuvent offrir des avantages en nature plus facilement, surtout avec un système déterminé selon le prestataire. Leur processus de vérification des déclarations de sinistre est aussi généralement mieux adapté aux situations locales. Les clients demeurent ainsi satisfaits, des taux de renouvellement plus élevés et une volonté de payer accrue émergent, et l'équité est probablement encouragée.

2.4 Garantir la viabilité sur le long terme

Comme les assurés ne prêtent guère attention aux probabilités, ils ont aussi tendance à ne pas tenir compte des aspects techniques liés à la mise à disposition de l'assurance, comme la nécessité de mettre les risques en commun (la loi des grands nombres), le besoin d'investir pour le futur, ou les effets d'une charge de sinistres particulièrement élevée de l'année en cours sur les primes (ou même la disponibilité de l'assurance dans sa totalité) de l'année à venir. Néanmoins, les assurés s'attendent à ce que le prestataire d'assurance assume toutes ses responsabilités et réduise constamment leurs pertes.

Ce conflit présente des difficultés importantes pour tous les assureurs, mais il s'agit d'un défi particulier pour les systèmes basés sur la communauté pour deux raisons principales. Tout d'abord, les membres risquent d'exercer un plus grand contrôle sur les décisions liées aux systèmes dans un modèle basé sur la communauté que dans tout autre modèle. Par conséquent, au cours d'une année avec relativement peu de déclarations de sinistre, les membres pourraient essayer d'obliger le système à redistribuer les réserves inutilisées ou à augmenter les prestations, ce qui présenterait un danger pour la viabilité sur le long terme. Ensuite, les systèmes basés sur la communauté pourraient ne pas disposer des compétences en gestion des risques, et s'exposent plus à une évaluation incohérente du risque actuariel. Alors que la réassurance peut aider à résoudre ces deux problèmes, le fait demeure qu'un modèle indépendant basé sur la communauté tend à être plus vulnérable en termes de viabilité sur le long terme (hormis le modèle solidaire qui dépend de subventions illimitées).

Pour résumer, les structures d'incitation basiques des quatre modèles sont reprises dans le tableau 45. Dans la dernière ligne du tableau, les principaux conflits d'intérêts entre les différents intervenants sont articulés pour chaque modèle.

Tableau 45

Motivations basiques et intérêt premier à travers le processus commercial

	Partenaire-agent	*Assureur solidaire*	*Prestataire*	*Communauté*
Motivation basique	Bénéfices (pour l'assureur) ; couverture pour le groupe cible (pour l'agent)	Réduction du coût à long terme des risques de santé pour le groupe cible	Développement des activités et facilitation de l'accès aux (à ses propres) services	Réduction du coût à long terme des risques de santé pour les membres
Fabrication	Événements rares qui représentent des indemnités plus importantes en plus petit nombre pour conserver des coûts de transaction bas	Satisfaction optimale des besoins des clients	Paquet de prestations conçue selon une perspective d'offre de ses propres services	Équilibre optimal entre les avantages et la prime pour les membres
Ventes	Utilisation d'agents (par ex. les IMF) pour améliorer la proximité et la facilité de paiement	Utilisation de structures communautaires existantes (par ex. SHG, ONG, etc.) pour maintenir les coûts à un bas niveau	Distribution parmi les patients potentiels aussi longtemps que le nombre pourra être pourvu en équipement	Utilisation de structures communautaires existantes (par ex. des associations de femmes) et implication des membres
Service après-vente	Réduction de la fraude (par ex. grâce à des systèmes non numéraires) et négociations selon une échelle avec le prestataire pour diminuer les coûts	Réduction de la fraude (par ex. grâce à des systèmes non numéraires) et négociations selon une échelle avec le prestataire pour diminuer les coûts	Réduction de la fraude (par ex. grâce à des systèmes non numéraires) et négociations selon une échelle avec le prestataire pour diminuer les coûts	Réduction de la fraude (par ex. grâce à des systèmes non numéraires) et négociations selon une échelle avec le prestataire pour diminuer les coûts
Viabilité	Tarification correcte des produits, obtention d'une diversification des risques et d'une taille de groupe suffisamment vastes, tout en conservant des taux de renouvellement élevés	Tarification correcte des produits, obtention d'une diversification des risques et d'une taille de groupe suffisamment vastes, tout en conservant des taux de renouvellement élevés	Atteinte de taux de renouvellement élevés, soutien du groupe de clients désiré pour des services qui ont une capacité excédentaire	Tarification correcte des produits, obtention d'une diversification des risques et d'une taille de groupe suffisamment vastes, tout en conservant des taux de renouvellement élevés ; prévenir le sacrifice des réserves des années futures chez les membres

	Partenaire-agent	*Assureur solidaire*	*Prestataire*	*Communauté*
Principaux conflits d'intérêts	Assureur-agent : les agents se considèrent généralement comme les avocats des assurés plutôt que comme ceux de l'assureur, bien que leurs incitations financières soient dans la lignée de celles de l'assureur Client-assureur : conscience du fait que l'argent est perdu au profit d'une grande compagnie distante s'il n'est pas réclamé au moins une fois par an Assureur-client : la motivation liée aux bénéfices de l'assureur pourrait faire grimper les primes Assureur-client : le capital de risque détenu par l'investisseur dans la micro-assurance engendre de grandes espérances de retour de la part de l'actionnaire	Assureur-client : les caractéristiques sociales et paternalistes du modèle solidaire pourraient favoriser les objectifs liés à la santé des bailleurs de fonds/des gestionnaires des ONG par rapport aux préférences des clients Assureur-client : là où il y a dépendance quant au financement des bailleurs de fonds, le coût réel à long terme du risque pour les clients n'est probablement pas réduit Client-assureur : attente des services à fournir, et de la viabilité ou non de leur coût	Assureur-client : intérêt pour la bonne utilisation de l'équipement et ainsi inclusion de ses propres services (uniquement) dans le paquet de prestations. Cela pourrait engendrer des paquets de prestations trop limitées pour garantir une protection contre les risques efficace pour le groupe cible	Gestionnaire-membres : tentative des gestionnaires pour agrandir le système d'assurance, mais cela ne profite généralement pas aux membres. En agrandissant la taille du système d'assurance, les gestionnaires ont tendance à se désintéresser des membres, et ces derniers ont rarement les compétences pour les contrôler de façon efficace Personnel de terrain-assurés : le personnel de terrain est généralement issu du groupe des assurés ; les inégalités sociales au sein du groupe des assurés pourraient mener à un traitement inégal des assurés. Certains pourraient être persuadés de ne pas utiliser les services afin de garantir la stabilité du système entier

3 Conclusion

Ce chapitre étudie une typologie basique des prestataires de micro-assurance maladie, d'après un examen de leurs motivations premières et des processus commerciaux sous-jacents. Un problème intéressant peut être mis en exergue par une simple question : qui sont ceux dont les intérêts sont servis quand un assuré (client) déclare un sinistre ? Bien sûr, on peut supposer que le demandeur est gagnant, mais qu'en est-il des différents prestataires d'assurance ?

Un point de vue consiste à soutenir que les organismes solidaires, et dans une certaine mesure les organismes déterminés selon le prestataire, verraient une utilisation des services de santé comme une issue positive. Cependant, selon le modèle partenaire-agent, le partenaire serait incité à décourager les déclarations de sinistre (idéalement par une bonne santé, même si des exigences complexes appliquées aux déclarations de sinistre pourraient être une alternative). En effet, dans le cadre des systèmes où les assurés ne reçoivent des indemnités que s'ils sont malades (ou plutôt, lorsque leurs demandes aboutissent), la structure d'incitation pourrait être vue comme un phénomène encourageant les déclarations de sinistre inexactes ou inutiles. Le modèle partenaire-agent est le principal exemple de ce conflit d'incitation, et ce risque supplémentaire doit ainsi être envisagé lors de la conception des processus commerciaux.

D'autres modèles préfèreraient également, selon une perspective commerciale liée à l'assurance, avoir moins de déclarations de sinistre d'individus, mais (et c'est une nuance importante) l'intérêt premier serait porté sur la bonne santé des clients, du moins en théorie. En pratique, dans les systèmes basés sur la communauté, les membres plus puissants peuvent essayer d'exercer une influence sur la conception du paquet de prestations ou tenter de persuader d'autres membres de ne pas faire de déclarations afin de conserver les coûts des déclarations à un niveau bas. Les inégalités dans la structure sociale des communautés doivent être soigneusement examinées et prises en considération.

Un autre point important est de savoir si le système opère sous un paradigme à but lucratif ou non lucratif. Pour le modèle déterminé selon le prestataire, par exemple, si l'hôpital gérait un système à but lucratif, alors il partagerait plusieurs des caractéristiques du modèle partenaire-agent et serait intéressé par le fait d'avoir moins de déclarations de sinistre et plus de bénéfices. Cependant, si le prestataire gérait un système d'assurance à but non lucratif, par lequel les surplus restent à l'intérieur du système, alors il serait intéressé par l'augmentation de l'utilisation, qui ensuite augmenterait la consommation de ses propres services de santé (et ainsi sa « rentabilité »), jusqu'à un

certain niveau d'utilisation. Une fois que la demande de services dépasserait la capacité du prestataire, il serait aussi incité à réduire la consommation, généralement par le biais d'une longue période d'attente pour les événements assurés (qui peut être raccourcie ou supprimée dans les cas où l'assuré est prêt à payer en sus pour le service).

Le modèle basé sur la communauté inverse cette structure d'incitation en conservant les sommes non réclamées à la disposition du groupe. En outre, grâce à une utilisation judicieuse du capital social (en particulier par le contrôle exercé par les pairs au niveau de la sélection des membres et du traitement des déclarations de sinistre), le modèle basé sur la communauté réduit l'antisélection et les risques moraux, mais uniquement s'il est vraiment participatif et que les membres prennent le contrôle de la propriété. Par conséquent, si sa viabilité sur le long terme peut être assurée, il semble que le modèle basé sur la communauté ait plusieurs avantages pour proposer la micro-assurance maladie, car il dispose de meilleures informations sur ses clients et de meilleures relations avec eux, une zone de conflits d'intérêts moins étendue, et de meilleurs mécanismes pour atténuer l'antisélection et les risques moraux.

Il serait naïf de supposer qu'un modèle combine tous les avantages et aucun inconvénient. Tous les modèles ont besoin d'apprendre des autres pour aboutir à un processus commercial optimal. Le modèle partenaire-agent, par exemple, est considérablement renforcé lorsqu'il intègre des caractéristiques du système basé sur la communauté, comme le fait d'impliquer le groupe cible dans la conception du paquet de prestations, ou le fait d'introduire une disposition de participation aux bénéfices les bonnes années. Dans le même esprit, le modèle basé sur la communauté peut apprendre des assureurs professionnels, notamment sur la façon de résoudre les problèmes techniques et de viabilité (y compris l'accès à la réassurance, qui renforcerait non seulement la viabilité financière, mais pourrait aussi aider à acquérir les ressources techniques nécessaires pour faire fonctionner une activité viable).

La micro-assurance maladie diffère de l'assurance pour le secteur formel, et ce qui fonctionne bien avec les clients plus aisés n'est pas facilement applicable pour les communautés rurales et informelles. Alors que la micro-assurance maladie tient de nombreuses promesses, la question d'options et de réseaux institutionnels appropriés pour sa distribution devra être examinée de près par des universitaires et des professionnels de santé. Si cette question est négligée, le concept de la micro-assurance maladie pourrait être entaché, car il serait perçu comme inefficace en raison de l'inadéquation de ses modèles de distribution.

4.5 Au-delà des IMF et des modèles basés sur la communauté : les alternatives institutionnelles

Richard Leftley et James Roth[1]

Les auteurs souhaitent remercier Vijay Athreye (Tata-AIG), Doubell Chamberlain (Genesis) et Jeremy Leach (FinMark Trust) pour leurs commentaires et suggestions utiles.

En majorité, l'assurance pour le marché des personnes à faible revenu est une activité à gros volumes et à faibles primes. Il existe des cas où les clients de micro-assurance sont davantage préoccupés par la qualité que par le prix, par exemple avec l'assurance obsèques en Afrique du Sud, mais dans l'ensemble, le marché des personnes à faible revenu est profondément sensible aux prix. Maintenir des coûts à un niveau peu élevé est par conséquent une exigence nécessaire pour attirer les clients et rendre l'activité viable.

Comme évoqué aux chapitres précédents, dans de nombreuses circonstances les modèles partenaire-agent, coopératif et basé sur la communauté offriront des solutions adaptées. Les modèles partenaire-agent et coopératif s'appuient sur des réseaux de distribution établis (par ex. une IMF ou une union de crédit) qui proposent déjà des services financiers aux populations pauvres, ainsi l'assurance est simplement ajoutée à un réseau existant pour un coût marginal. Avec le modèle basé sur la communauté, géré par les titulaires de contrats eux-mêmes, les coûts sont minimisés par la dépendance envers le travail bénévole et envers l'optimisation du capital social pour contrôler les risques assurables. Ce ne sont pas, cependant, les seuls modèles de micro-assurance.

Le présent chapitre étudie d'autres options institutionnelles pour la mise à disposition de l'assurance pour les populations pauvres. Dans une structure d'assurance, quelqu'un doit 1) supporter le risque, 2) gérer le produit et 3) prendre en charge la distribution *(voir illustration 31)*. Ces fonctions pourraient toutes être effectuées par un seul organisme (par ex. l'approche des ventes directes de Delta Life au Bangladesh) ou chacune pourrait être gérée par différents organismes, ou bien une combinaison des deux. En utilisant ce modèle pour scinder la mise à disposition en trois segments définissables (assureur, administrateur et distributeur), ce chapitre s'intéresse à l'éventail de dispositions alternatives offrant une micro-assurance. Le présent chapitre étudie les endroits où les diverses options sont pertinentes et la façon dont elles diminueraient le coût et/ou amélioreraient la qualité du produit.

[1] Les références à la Micro Insurance Agency sont tirées des expériences des auteurs.

Illustration 31

Trois composantes de l'offre d'assurance[2]

1 Alternatives supportant les risques

Tandis que la plupart des assureurs sont des compagnies d'assurance réglementées, il existe des moyens alternatifs de couvrir les risques. Cette partie examine à la fois l'auto-assurance et les « protected cell companies ».

1.1 Auto-assurance[3]

L'auto-assurance est peut-être l'alternative la plus communément envisagée pour supporter les risques : un organisme sans licence et non réglementé offre son propre produit d'assurance. Cette option est utilisée par TYM

2 Les auteurs souhaitent remercier Jeremy Leach pour leur avoir fourni ce modèle.

3 Le terme « auto-assurance » est utilisé différemment dans ce chapitre que dans le chapitre 1.2. Dans le chapitre 1.2, l'auto-assurance évoque les façons dont les ménages à faible revenu font face aux pertes en supportant les risques eux-mêmes, par exemple en couvrant les coûts d'épargne ou en liquidant les actifs. Dans ce chapitre et dans le chapitre 4.7, le concept d'auto-assurance est appliqué à un niveau institutionnel : les systèmes d'assurance non réglementés et informels qui supportent les risques pour leurs membres.

(Vietnam), MUSCCO (Malawi), AssEF (Bénin) et Spandana (Inde) ; beaucoup d'autres organismes ont essayé l'auto-assurance, mais sont finalement revenus à l'approche partenaire-agent, notamment SEWA et ASA en Inde.

L'auto-assurance s'inscrit souvent en dehors du cadre juridique. Alors que de nombreux contrôleurs en assurance sont prêts à envisager d'autres pistes, les systèmes fonctionnent généralement sur un terrain instable, vulnérable aux changements politiques. La plupart des auto-assureurs n'ont pas accès à l'expertise actuarielle nécessaire pour calculer les primes ou les réserves. En tant qu'assureurs non réglementés, ces organismes sont incapables d'acheter une réassurance pour réduire leurs pertes potentielles en cas de catastrophe. En effet, comme l'explique le chapitre 4.7, si des organismes veulent pratiquer l'auto-assurance, l'une des conditions préalables est de trouver un moyen de gérer les risques covariants plutôt que de les exclure purement et simplement.

Les organismes d'auto-assurance offrent souvent des produits mal tarifés, proposant un mauvais rapport qualité-prix aux clients ou alors faisant perdre de l'argent à l'organisme qui les vend. Les organismes qui réussissent à calculer un taux qui génère un bénéfice sont souvent incapables d'éviter la tentation de mettre la main sur la cagnotte à la fin de l'année financière. En conséquence aucune réserve n'est constituée pour les pertes engendrées par les « sinistres survenus mais non encore déclarés » (IBNR) ou pour couvrir les pertes potentielles futures découlant de catastrophes, telles que les catastrophes naturelles ou les épidémies.

Les réserves sont particulièrement importantes pour les organismes qui ne peuvent pas garantir une réassurance. Même si la réassurance est disponible pour un auto-assureur informel, les réserves sont toujours nécessaires car les réassureurs n'offriront pas de couverture garantissant un seuil de rentabilité ou des bénéfices. Si la réassurance s'effectue selon une base proportionnelle (par ex. en traité en excédent de plein ou en participation), alors le traité sera convenu de façon à ce que l'assureur primaire conserve un certain risque ; autrement un problème de risque moral survient, par lequel l'assureur primaire n'a aucune motivation pour garantir la qualité de l'activité ou la validité des déclarations de sinistre. Si la réassurance s'effectue selon une base non proportionnelle (par ex. en traité en excédent de pertes), alors les réserves seront nécessaires pour couvrir la fidélisation et les pertes qui excèdent le traité *(voir chapitre 5.4 pour plus d'informations sur la réassurance)*.[4]

[4] Un traité en excédent de sinistre peut être dépassé de deux façons : 1) verticalement, la perte accumulée dépasse la valeur de la couverture qui serait achetée selon la « perte maximale probable » ou PML, ou 2) à partir d'une série de pertes qui dépassent la couverture latérale offerte par les reconstitutions limitées des tranches inférieures du programme.

1.2 « Protected cell company »

L'option d'auto-assurance comporte des limites significatives ; dans certains cas un produit requis n'est tout simplement pas disponible de la part d'un assureur réglementé. Dans le cas où le produit de micro-assurance n'est pas disponible, la tarification est désavantageuse pour le client, ou le niveau requis du service client est jugé trop bas par rapport à ce que le marché attend, une « protected cell company » (PCC) pourrait alors être une option viable.

Une PCC négocie l'assurance en utilisant le capital et le statut réglementaire de la compagnie d'assurance hôte. Les contrats sont délivrés au nom de la compagnie d'assurance. Le contrat établi entre la compagnie d'assurance hôte et le propriétaire de la PCC stipule, entre autres, qu'une commission de gestion sera versée à l'hôte par le propriétaire en tant que « loyer » pour la licence requise à la négociation d'assurance.

Le propriétaire de la PCC a le droit de déterminer les termes et conditions des produits d'assurance qui sont proposés à ses clients. Le propriétaire peut déterminer le prix de tout produit, de même que les normes de services, comme par exemple la rapidité de versement des indemnités. À la fin de l'année, tout bénéfice ou toute perte est imputé au propriétaire. Si les produits sont mal tarifés, la « protected cell company » finirait alors par devoir financer la perte. Dans la plupart des cas, l'hôte aiderait le propriétaire à acheter une réassurance en excédent de pertes afin de limiter le coût financier de toute perte technique.

À ce jour, on a relevé très peu de preuves montrant que les micro-assureurs utilisaient les PCC comme méthode de prise en charge du risque *(voir encadré 81 pour un exemple de tentative avortée)*.

Encadré 81

Zambuko Trust, Zimbabwe

En avril 2003, Zambuko Trust, une ONG de micro-finance au Zimbabwe, cherchait à développer un produit d'assurance obsèques grâce à l'assistance technique d'Opportunity International. L'analyse des besoins des clients a révélé que les clients s'attendaient à ce que les indemnités soient versées dans les 24 heures. Cette exigence est apparue car de nombreux clients prenaient part à des sociétés d'inhumation informelles, qui versaient souvent les indemnités sous quelques heures.

Alors que toute une série de compagnies d'assurance réglementées étaient prêtes à proposer un produit d'assurance obsèques approprié pour les clients de Zambuko, aucune d'entre elles ne pouvait verser les indemnités aussi rapidement. Les gestionnaires de Zambuko pensaient qu'afin de rivaliser avec les prestataires informels, le paiement des indemnités dans les 24 heures était une

caractéristique essentielle du produit. La seule alternative était de chercher à gagner une part de contrôle sur le produit, et donc sur le service offert aux clients.

Après négociation, une compagnie d'assurance était prête à accueillir une « protected cell company » détenue et gérée par Zambuko Trust. Finalement, les gestionnaires de Zambuko ont décidé qu'en raison de la situation économique et de l'inflation rapide du Zimbabwe, la tarification des produits d'assurance s'avèrerait difficile et les risques associés à l'entreprise étaient trop élevés, ainsi l'initiative n'a jamais pris son envol.

Source : d'après Leftley, 2005.

La « protective cell company » est avant tout un moyen légal d'auto-assurance. En élaborant des contrats sur la licence d'un assureur, il est aussi possible de tirer profit de l'expertise d'une compagnie d'assurance conviviale qui peut aider à établir une couverture de réassurance. Comme avec l'auto-assurance, l'inconvénient le plus significatif est que toute perte couverte doit être financée par le propriétaire de la PCC. De plus, le propriétaire doit avoir accès aux compétences en matière d'assurance de façon régulière pour gérer la PCC et élaborer des produits et des taux appropriés. Un autre inconvénient est qu'il peut s'avérer difficile de s'installer à moins que le propriétaire ne jouisse d'une relation de confiance étroite avec un hôte potentiel. En outre, si le produit à vendre est déjà disponible dans la compagnie d'assurance, alors elle fera preuve de peu de motivation pour offrir une structure PCC car il serait plus profitable à la compagnie d'assurance d'utiliser le propriétaire comme réseau de distribution et de supporter le risque elle-même (c'est-à-dire selon le modèle partenaire-agent).

2 Alternatives administratives

En règle générale, la charge de travail associée à l'administration de produits d'assurance peut être scindée en deux phases clés : tout d'abord, la réalisation de la police d'assurance, phase pendant laquelle le client remplit un formulaire de demande et verse une prime ; ensuite, le processus de déclaration de sinistre lors duquel les renseignements sur un sinistre doivent être enregistrés et l'indemnité versée au demandeur.

Les procédures liées à la collecte des primes *(chapitre 3.3)* et à l'administration des déclarations de sinistre *(chapitre 3.4)* sont traitées ailleurs dans cet ouvrage ; cette partie étudie deux alternatives pour gérer cette administration : les contrats d'agence modifiés et les tiers opérateurs de services. En termes de comparaison, on constate globalement que pour ceux qui fonctionnent selon

le modèle partenaire-agent, la réalisation de contrats d'assurance et la collecte des primes sont effectuées par l'agent (tel qu'une IMF), et l'administration des déclarations de sinistre est effectuée conjointement, l'agent rassemblant les documents relatifs aux déclarations de sinistre et le partenaire (assureur) vérifiant et versant les indemnités.

2.1 Contrats d'agence modifiés

L'un des éléments cruciaux d'un produit d'assurance pour un titulaire de contrat à faible revenu est la rapidité avec laquelle les indemnités sont versées. Dans le cadre du modèle partenaire-agent, alors que l'agent peut tenir les clients informés de l'implication d'une compagnie d'assurance, il est assez courant que les clients rendent responsable le personnel de terrain de l'agent lorsque les indemnités sont versées en retard. Même lorsque les compagnies d'assurance prennent des mesures pour réduire les temps d'attente pour le paiement des indemnités, cela prend souvent quelques semaines pour traiter une demande. Quand ce temps de traitement est ajouté au temps qu'il faut à un client pour rassembler les documents nécessaires aux déclarations de sinistre et à l'IMF pour effectuer sa propre administration, des mois peuvent s'écouler entre la survenance de l'événement assuré et le règlement du sinistre.

Dans plusieurs organismes, ce délai a provoqué un mécontentement considérable des clients. Pour surmonter ce problème, plusieurs agents d'IMF ont cherché à modifier leurs contrats d'agence afin qu'ils puissent assumer la responsabilité de la gestion des déclarations de sinistre. Même s'il s'agit d'une modification faite au modèle partenaire-agent standard et non une alternative institutionnelle, elle mérite d'être mentionnée car elle transfère les tâches clés, à savoir la vérification et le paiement des indemnités, de l'assureur vers l'IMF.

CETZAM a, par exemple, été le premier à proposer une micro-assurance obsèques en Zambie, en collaborant avec NICO Insurance en 2001 pour offrir le produit d'assurance obsèques Ntula. En mai 2002, il était clair, d'après l'étude de marché, que les paiements des indemnités prenaient trop de temps, et par conséquent NICO s'est vu demandé d'envisager la modification du contrat d'agence.

Il a été convenu que CETZAM devait verser les indemnités qu'il considérait comme justifiées. Les documents appuyant les déclarations de sinistre devaient être soumis avec le rapport de primes et le paiement de primes mensuels (indemnités nettes payées) et NICO vérifiait les documents pour garantir qu'ils concordaient avec les indemnités qui avaient été versées. Si CETZAM versait une indemnité injustifiée, alors NICO demandait le rembourse-

ment de la valeur de l'indemnité. À ce jour aucune déclaration de sinistre n'a été refusée par NICO. Le délai de règlement des sinistres est passé de deux mois à moins de deux semaines grâce à cet accord.

Un contrat d'agence modifié est une façon d'améliorer le modèle partenaire-agent. Il est particulièrement approprié pour l'assurance-vie, puisque l'événement assuré applicable est facile à vérifier et difficile à simuler. Pour d'autres risques, une formation supplémentaire peut être requise pour le personnel de terrain de l'agent afin de savoir comment vérifier les demandes. Par exemple, le personnel devra apprendre comment faire la différence entre les décès naturels et accidentels s'ils engendrent des indemnités différentes. En Inde, VimoSEWA a développé une telle expertise dans la vérification des déclarations de sinistre que ses partenaires d'assurance l'autorisent à verser les indemnités liées à la santé et à la propriété *(voir encadré 82)*.

Encadré 82

Comité des sinistres de VimoSEWA

Durant la période où VimoSEWA gérait son propre fonds d'assurance, l'organisme a introduit un expert en déclarations de sinistre d'assurance pour établir des protocoles, créer un comité relatif aux déclarations de sinistre et former le personnel. Lorsque VimoSEWA est revenu au modèle partenaire-agent en 2002, l'organisme a négocié avec ses partenaires d'assurance pour l'autoriser à continuer à verser les indemnités.

VimoSEWA dispose d'un comité de huit personnes, composé de membres du personnel de direction, d'agents de terrain d'assurance (Vimo Aagewans) et de collaborateurs sur le terrain (Aagewans) des équipes SEWA de banque, de garde des enfants, de syndicat, et de santé. Le comité se réunit trois fois par semaine et un médecin est présent en cas de déclarations de sinistre compliquées liées à la santé. Il assiste également le comité en partageant des informations sur les maladies et les termes médicaux.

La représentation de plusieurs *Aagewans* est essentielle pour un procédé de règlement des sinistres équitable. Cela permet au comité d'approfondir ses connaissances sur les pratiques d'assurance, et ils transmettent le message d'un règlement des sinistres impartial à leurs membres et équipes. Parfois, les assureurs rejettent une déclaration de sinistre pour laquelle le comité estime que le demandeur devrait recevoir une indemnisation, mais VIMOSEWA prend en charge ces indemnisations extracontractuelles. Le comité joue un rôle important dans la détection des fraudes et des risques moraux. La présence du médecin est particulièrement utile pour évaluer les travailleurs sociaux qui fournissent un traitement superflu ou onéreux.

Source : d'après Garand, 2005.

2.2 Externalisation vers des TPA

Il est courant pour les compagnies d'assurance, en particulier celles impliquées dans l'assurance maladie, d'externaliser le travail administratif vers un tiers opérateur de services (TPA). Il y a, cependant, peu d'exemples de cette externalisation parmi les systèmes de micro-assurance, en grande partie parce que les produits simples comme l'assurance-vie de crédit sont relativement faciles et peu coûteux à administrer, et encouragent donc rarement les gestionnaires à envisager les coûts et les profits de l'externalisation de tout ou partie de l'administration.

Pour l'assurance maladie, la question de l'externalisation doit être évaluée. L'assurance maladie implique typiquement une relation avec un prestataire de services de soins. Cette relation, entre autres facteurs, introduit des coûts et de nouvelles charges administratives, comme le fait de garantir que le prestataire de soins de santé ne va pas escroquer le système. Les systèmes d'assurance maladie externalisent souvent une partie de leurs opérations administratives vers un TPA professionnel. En se spécialisant, les TPA sont souvent capables de réduire les coûts administratifs dans leur ensemble.

Les tiers opérateurs de services sont assez courants en Afrique du Sud où les compagnies d'assurance locales les utilisent pour administrer l'assurance obsèques : en fait, certains administrateurs ont développé des bases clientèle tellement larges, qu'ils sont eux-mêmes devenus des compagnies d'assurance. Les TPA achètent des couvertures d'assurance en gros à la compagnie d'assurance et les revendent au détail à des clients individuels ou à des groupes de clients à un prix qui peut être bien plus élevé que le prix qu'ils payent à la compagnie d'assurance (bien qu'il est à noter que les administrateurs sont souvent capables de fournir l'accès à un prix inférieur que celui facturé par les assureurs par le biais de leurs réseaux de distribution classiques). Les contrats sont établis au nom de la compagnie d'assurance. Le TPA est autorisé à vérifier et à verser toutes les indemnités pour le compte de la compagnie d'assurance sans surveillance de cette dernière, ce qui peut mener à des situations extrêmes de fraude ou de refus de paiement les indemnités. Par conséquent, une partie du marché du TPA en Afrique du Sud a une image de plus en plus ternie auprès des clients, des compagnies d'assurance et des autorités de régulation.

Yeshasvini Trust, un système de micro-assurance maladie en Inde, a décidé d'externaliser ses fonctions administratives vers un TPA. Yeshasvini Trust offre une assurance pour couvrir les opérations chirurgicales peu fréquentes et coûteuses pour seulement 120 Rs. (2,70 $US) par an pour une couverture maximale (par personne et par an) de 200 000 Rs. (4 545 $US). Pour

permettre au système de gérer ses 1,45 million de membres, Yeshasvini a développé une relation avec un TPA privé, le Family Health Plan Limited (FHPL), qui administre également des systèmes d'assurance pour la police dans les États du sud du Karnataka et d'Andhra Pradesh. Le TPA assume les fonctions suivantes :

- Maintenir un registre des clients assurés
- Autoriser le traitement
- Délivrer des cartes d'identification aux clients
- Préparer le règlement des sinistres y compris la vérification
- Préparer les rapports et les statistiques
- Gérer les fonds

Le FHPL joue un rôle déterminant : il a le pouvoir d'approuver ou non une opération chirurgicale puis de payer l'hôpital. De ce fait, les titulaires de contrat nécessitant une opération n'ont pas besoin d'avancer les dépenses de santé *(voir illustration 32)*. Cette disposition pose quelques difficultés. Alors que l'externalisation peut augmenter l'efficacité, l'ajout d'une institution supplémentaire peut aussi ajouter un degré de complexité. Parfois le FHPL met quatre ou cinq jours à autoriser une opération chirurgicale, et de temps en temps les remboursements aux prestataires de soins de santé sont également versés avec du retard. En règle générale, cependant, la disposition consistant à avoir des agences spécialisées qui se concentrent sur leurs domaines d'expertise s'avère judicieuse, surtout lorsqu'il s'agit de traiter de tels volumes de titulaires de contrats accédant aux services de plus de 150 établissements de santé.

Illustration 32

Processus de règlement des sinistres de Yeshasvini

Source : Radermacher et al., 2005b.

En termes de coûts, le FHPL et Yeshasvini ont négocié le paiement de 7 millions de Rs. (159 000 $US) pour l'année 1 et de 4 millions de Rs. (90 900 $US) pour les années 2 et 3. Comme ces frais sont équivalents à 2 à 3 % des primes sur les deux années précédentes, cette solution semble très abordable pour Yeshasvini. D'après Radermacher et al. (2005b), le FHPL demande à mettre le système en pratique sur une base non lucrative car il lui fournit une expérience de modèle au service du marché « au bas de la pyramide ».

3 Alternatives de distribution

Beaucoup de clients qui achètent actuellement une micro-assurance y ont eu accès par le biais d'organismes financiers avec lesquels ils ont un prêt ou un compte d'épargne. Même si cette disposition institutionnelle a considérablement réduit les coûts de transaction associés à la mise à disposition de l'assurance, elle comporte des limites car les clients ne peuvent obtenir l'accès à l'assurance que lorsqu'ils ont un prêt ou un compte d'épargne actif.

En principe, une multitude d'options pourraient être utilisées pour distribuer les produits d'assurance aux ménages à faible revenu, notamment :

- des *détaillants* – par exemple les supermarchés qui encaissent des primes à la caisse ;
- des *coopératives et syndicats de travailleurs* – les primes pourraient être déduites des cotisations ;
- des ventes TV/directes – promouvoir les produits directement auprès du client via des opérateurs téléphoniques prêts à intervenir
- des *téléphones portables* – utiliser l'infrastructure des téléphones portables pour collecter les paiements des primes
- des *sociétés d'inhumation et des ROSCA* – utiliser les sociétés informelles pour vendre un produit réglementé
- des *vendeurs sur les lieux de travail* – vendre des produits aux travailleurs à faible revenu pendant la pause déjeuner.

Alors que ces réseaux peuvent fonctionner dans les pays développés, de nombreux pays en voie de développement n'ont pas suffisamment d'infrastructures ou de niveaux d'éducation des clients pour mettre en application de telles méthodes de distribution. Alors quelles formes de distribution alternatives sont utilisées pour offrir la micro-assurance ? En dehors des partenariats avec les détaillants, évoqués en détails au chapitre suivant, ce chapitre prend en compte le rôle des agents de micro-assurance et des intermédiaires de micro-assurance indépendants.

3.1 Agents de micro-assurance

Tata-AIG en Inde a développé un système de micro-agents pour proposer des polices d'assurance mixtes et à terme au marché des ménages à faible revenu. Avec ce modèle, l'assureur identifie les ONG qui entretiennent de bonnes relations avec la communauté et développe des partenariats avec eux. En échange d'honoraires de consultant, les ONG suggèrent des personnes qui pourraient être de bons agents pour vendre des polices de micro-assurance : les micro-agents. Si ces micro-agents recommandés sont acceptés, on leur demande alors de former des groupes de pairs.

Le groupe, évoqué dans le modèle Tata-AIG comme groupe d'assurance rurale communautaire (CRIG), consiste en cinq femmes à faible revenu vivant à proximité les unes des autres, dont le leader a une licence pour être agent. Le CRIG est enregistré comme société de partenariat. Les membres du CRIG sont habituellement des femmes car elles ont tendance à travailler avec les groupes d'entraide (SHG) dont les membres sont généralement des femmes et à en être issues. Alors qu'il ne s'agit pas là du seul marché cible, les SHG représentent un moyen facile d'atteindre de nombreux titulaires de contrats potentiels car les membres accèdent déjà à des services financiers et effectuent déjà des paiements réguliers.

Tata-AIG aide le leader du groupe à obtenir une licence d'agent, ce qui nécessite d'investir dans la formation de la personne. Par la suite, le CRIG, en tant que société légale, obtient une licence d'agent d'entreprise sous les directives de l'autorité de régulation d'assurance. Les membres du groupe vendent tous des polices pour leur propre compte, mais le leader possédant la licence d'agent remplit les formulaires et soumet les polices à la compagnie selon les directives de l'ONG. En échange de cette tâche, l'ONG reçoit un pourcentage de commission supplémentaire de la part de Tata-AIG.

Tata-AIG utilise des micro-agents individuels en plus de l'approche de groupe, car avoir cinq femmes partageant les mêmes opinions et avec un minimum d'éducation pour lancer une société peut s'avérer délicat. Comme les CRIG, les micro-agents individuels ont tendance à être des femmes (même s'il y a aussi quelques hommes) qui sont impliqués dans un SHG, ou qui travaillent bénévolement dans une ONG. Une fois agréés, les micro-agents sont encouragés à conquérir des clients près de chez eux, ce qui peut aller jusqu'aux villages environnants.

L'avantage d'un CRIG par rapport aux micro-agents individuels est qu'un agent sur cinq doit être agréé, ce qui réduit les coûts de lancement. Le groupe peut également structurer les responsabilités de façon à ce qu'elles soient en adéquation avec l'expertise des individus, par exemple, certaines personnes seront peut-être plus douées pour la vente et d'autres pour la collecte des

primes. Si un membre du CRIG est malade, en voyage, ou choisit d'arrêter son activité en tant qu'agent, d'autres membres du CRIG peuvent le remplacer en conséquence. Cela mène à une meilleure gestion des polices orphelines. Sur le long terme, lorsque le CRIG est complètement fonctionnel, il peut aussi être lié à d'autres organismes de marketing pour distribuer des produits et des services non rivaux et améliorer leur revenu.

Dans ce modèle, l'ONG effectue une diversité de tâches dont l'accumulation de primes et leur envoi à Tata-AIG *(voir illustration 33)*, permettant aux agents d'utiliser ses bureaux pour effectuer des activités commerciales, jouant un rôle dans la formation de micro-agents et aidant à rassembler les documents nécessaires aux déclarations de sinistre et au versement des indemnités. Par conséquent, ce modèle a une retombée positive supplémentaire car il fournit un nouveau flux de revenus pour les ONG et les micro-agents ruraux.

Illustration 33

Micro-agents, CRIG et ONG dans le processus de collecte des primes

Source : Roth et Athreye, 2005.

Cette méthode de distribution est similaire au modèle de marketing direct des sociétés telles que Tupperware et Avon, au sein duquel les vendeurs travaillent à temps partiel ou de façon ponctuelle pour vendre à leurs familles, amis et voisins. Pour les agents, ce type de travail est particulièrement approprié comme source de revenu supplémentaire. En règle générale, la commission des CRIG par police est de 26 à 30 % de la prime pour la première année, et entre 5,5 et 6 % pour les deuxième et troisième années. À partir de la quatrième année, les commissions varient entre 4 et 5 %.

Tata-AIG n'a pas évalué quel pourcentage des moyens d'existence des micro-agents est couvert par leur travail en assurance, même si le revenu mensuel gagné par les membres du CRIG va de 55 Rs. (1,20 $US) à 2 487 Rs. (55,26 $US), avec une moyenne de 665 Rs. (14,78 $US). On estime que les micro-agents pourraient gagner au moins 15 $US par mois sur 15 ans, s'ils vendent 250 polices en 2 ans, et qu'ils assurent ensuite les services liés aux polices pour la totalité des 15 années. Les revenus sont plus importants durant les deux premières années car les commissions sont groupées au début. Cependant, la troisième année, les micro-agents sont formés pour améliorer leurs revenus en se concentrant sur les ventes des produits à primes plus élevées ; ils pourraient ainsi gagner bien plus de 15 $US par mois s'ils réussissaient sur le marché des personnes plus fortunées.

Même si l'assureur n'encourt pas de coûts fixes (par ex. des salaires et des avantages) pour ses agents, le modèle du micro-agent peut quand même être un moyen onéreux de mise à disposition de l'assurance. Le coût pour former et assister les agents est assez élevé par rapport aux valeurs des primes. Bien que les coûts de transaction initiaux soient faibles pour les agents, une fois qu'ils ont vendu les polices à toutes les personnes qu'ils connaissent et qu'ils doivent vendre à des inconnus, cela peut devenir bien plus cher et laborieux, surtout pour atteindre des personnes vivant loin.

3.2 Intermédiaires de micro-assurance indépendants

Contrairement aux agents de micro-assurance de Tata-AIG, le rôle des intermédiaires de micro-assurance indépendants d'une seule compagnie d'assurance est de plus en plus grand. Un intermédiaire indépendant pourrait constituer une structure de partenariat individuelle ou collective, travaillant sur la vente locale ou globale, qui collabore avec un assureur (probablement une compagnie d'assurance).

Alors que les agents décrits ci-dessus travaillent pour le compte d'une seule compagnie d'assurance, un courtier travaille pour plusieurs assureurs. Pour atteindre le marché des personnes à faible revenu, le courtier cherche à servir de plus grands groupes de clients par le biais de regroupeurs. Les

regroupeurs les plus appropriés des personnes à faible revenu possèdent une structure financière existante telle que des IMF, des banques rurales et des unions de crédit. Cependant, les groupements comme les coopératives, unions et même organismes religieux, peuvent aussi être ciblés. Les avantages de l'intermédiaire sont les suivants :

1. Développement produit
Les modèles partenaire-agent qui existent placent souvent la conception du produit dans les mains de l'assureur, ce qui n'est pas idéal. Un intermédiaire qui comprend les besoins des clients, les réalités opérationnelles du regroupeur et les besoins de la compagnie d'assurance devrait être capable de concevoir un produit qui est plus approprié pour toutes les parties.

2. Coûts de transaction
Développer son propre SIG pour effectuer le transfert de l'activité d'assurance n'est pas rentable pour un regroupeur individuel. Un intermédiaire avec une base clientèle plus large profite des économies d'échelle qui justifient une telle mise en avant. L'investissement dans des systèmes réduit les coûts de transaction et augmente l'efficacité de fonctionnement en servant une base clientèle bien plus large que ne peut atteindre un regroupeur individuel.

3. Administration
Un intermédiaire est bien placé pour gérer l'administration liée au traitement des déclarations de sinistre et pour informer la compagnie d'assurance sur qui est la personne couverte et quelles sont les primes dues.

4. Réseaux de vente supplémentaires
Les regroupeurs sont souvent incapables d'offrir une assurance aux personnes qui n'utilisent pas leurs services de crédit. Un intermédiaire apporte la capacité à effectuer le suivi des clients et à enregistrer les primes versées, même lorsqu'un prêt n'est pas mis en place.

5. Formation du personnel
Un intermédiaire est bien placé pour offrir au personnel des organismes la formation requise. Cela augmente les connaissances financières et, finalement, la satisfaction des clients.

En novembre 2005, Opportunity International a créé un intermédiaire de ce type, la Micro Insurance Agency. Sa première filiale a été ouverte en Ouganda en janvier 2006 pour travailler en tant qu'intermédiaire pour

Microcare Insurance Company. Sa gamme de produits initiale s'est adressée aux institutions de micro-finance et est basée autour d'un paquet d'assurance-vie de crédit, d'assurance obsèques, de garantie d'invalidité et de biens. Il était prévu de lancer des produits de santé plus tard courant 2006, de même que des filiales, au Ghana, en Afrique du Sud et aux Philippines.

En plus de viser les clients de la micro-finance, la Micro Insurance Agency programme de vendre des produits à des groupes de clients servis par des unions, des coopératives et des organismes religieux. Pour réduire les coûts de transaction, Opportunity International a développé son propre logiciel AIMS (système automatisé de gestion d'assurance).

4 Conclusions

Il y a trois représentants institutionnels essentiels pour proposer une assurance : l'assureur, l'administrateur et le distributeur. Dans chacune de ces catégories, des options multiples pourraient être utilisées pour servir les communautés à faible revenu. En élargissant la pensée commune au-delà de l'expérience collective actuelle du secteur, il devrait être possible de combiner ces options afin de proposer des moyens nouveaux et innovants pour offrir une micro-assurance. En outre, la flexibilité au niveau des tâches des différentes entités devrait permettre de réduire les coûts de transaction et de fournir de meilleurs produits.

Les options côté assureur sont clairement limitées et, dans la majorité des cas, s'appuyer sur une compagnie d'assurance enregistrée demeurera l'option la plus plausible. Les IMF semblent faire face à des niveaux de réglementation de plus en plus élevés, provoqués par l'intérêt accru du gouvernement pour ce secteur. Cette réglementation contraignante rend l'auto-assurance plus difficile et hasardeuse ; aucune banque de micro-finance ne veut avoir à subir une fermeture pour avoir violé les règles d'assurance locales. L'alternative restante pour un porteur de risque potentiel est la « protected cell company » ; les PCC sont néanmoins peu courantes hors de l'Afrique du Sud et du Brésil. Les bailleurs de fonds et les professionnels du secteur devraient peut-être enquêter davantage sur les raisons et sur le potentiel de développement de la PCC comme assureur alternatif.

À ce jour, la majorité des micro-assurances est distribuée et administrée par les IMF. Alors que ces organismes proposent l'horizon nécessaire pour rendre l'assurance viable, l'étendue et la profondeur des produits qui peuvent, de façon réaliste, être offerts via les IMF sont limitées. Si la micro-assurance vise à exploiter tout son potentiel, elle doit alors diversifier sa distribution et son administration pour inclure d'autres organismes se livrant à des transactions financières avec le marché des personnes à faible revenu. Les

contrats d'agence modifiés sont certainement importants pour offrir de plus hauts niveaux de service client (par ex. la rapidité du paiement des indemnités), mais d'autres options administratives devront être explorées dans le futur. Par exemple, les tiers opérateurs de services ont démontré qu'ils peuvent considérablement diminuer les coûts de transaction dans toutes les branches d'activité.

Les petites marges qui peuvent être gagnées constituent bien entendu le facteur majeur affectant la distribution et l'administration des produits de micro-assurance. Avec les primes se situant aux alentours de quelques dollars, la rémunération reçue par un TPA ou un intermédiaire d'assurance par police est extrêmement faible. C'est l'une des raisons principales expliquant le manque d'agents de micro-assurance. Pour augmenter considérablement l'accès à l'assurance du marché des personnes à faible revenu, de nombreux bailleurs de fonds s'associent avec des pionniers du secteur pour trouver de nouvelles façons de distribuer et d'administrer les produits, ce qui mènera à un élargissement de la gamme de produits disponibles pour plus de ménages à faible revenu.

4.6 Les détaillants comme réseaux de distribution de la micro-assurance

James Roth et Doubell Chamberlain[1]

Les auteurs remercient pour leurs idées et suggestions Vijay Athreye (Tata-AIG), Jeremy Leach (FinMark Trust) et Marc Nabeth (Consultant).

Alors que l'essentiel de la discussion relative à la micro-assurance s'est concentré sur les IMF ou les coopératives en tant que distributeurs de micro-assurance, certains assureurs ont commencé à explorer de nouveaux réseaux de distribution pour atteindre le marché des personnes à faible revenu. Beaucoup se tournent vers les détaillants, c.-à-d. les compagnies qui vendent des biens et des services autres que les services financiers aux ménages pauvres. Ils regroupent les épiceries, les magasins de biens d'équipement, les prestataires de transport, les salons funéraires, les magasins de téléphonie mobile, les bureaux de poste, les stations-service, les fournisseurs d'intrants agricoles et les agents immobiliers vendant des logements bon marché. Dans certains cas, le processus est initié par des détaillants qui veulent ajouter des services supplémentaires à leurs gammes de produits ; dans d'autres cas, les assureurs (souvent obligés par la législation ou plus subtilement persuadés par l'État) cherchent des moyens d'atteindre les populations pauvres.

Ce chapitre examine tout d'abord les conditions préalables qui doivent être mises en place, pour l'assureur et pour le détaillant, afin de garantir l'efficacité de ce modèle. Il étudie ensuite les types d'associations de modèles/produits de distribution de micro-assurance qui ont été proposés par les détaillants, en grande partie d'après les expériences menées en Afrique du Sud. Ces expériences suggèrent que, pour des produits particuliers, les détaillants pourraient constituer un réseau de distribution efficace pour le marché des personnes à faible revenu, mais les modèles actuels sont encore confrontés à des défis empêchant de libérer pleinement ce potentiel.

[1] Ce chapitre est en grande partie basé sur les résultats d'un rapport de consultation commandé par le FinMark Trust (Chamberlain et al., 2006). Les exemples sud-africains sans citation sont tirés de cette source. Les conversions rand/dollar sont basées sur le taux de change moyen de décembre 2005 (6,35 R = 1 $US).

1 Pourquoi des détaillants ? Quels détaillants ?

Il existe diverses raisons pour lesquelles la distribution de produits de micro-assurance par le biais des détaillants est intéressante. Les détaillants jouissent souvent d'un réseau de distribution plus étendu que celui des prestataires de services financiers dédiés. Ils peuvent atteindre un plus vaste marché. Les personnes qui ne sont pas intéressées par un prêt ou une épargne peuvent être intéressées par l'achat de produits alimentaires, d'engrais ou de meubles. En touchant (potentiellement) un marché plus large, ce réseau peut distribuer des produits à un coût (partagé) plus faible que les prestataires de services financiers spécialisés. De nombreux détaillants ont déployé une présence visible et digne de confiance parmi les ménages à faible revenu, créant une opportunité de distribution d'autres produits, peut-être plus complexes, comme l'assurance, pour lesquels la confiance est essentielle.

Les expériences de modèles développés à travers le monde suggèrent que les compagnies d'assurance et les détaillants participants doivent présenter un certain nombre de caractéristiques pour que la distribution par le détaillant soit un succès :

- Les détaillants doivent effectuer **des transactions régulières avec les personnes à faible revenu** afin que la collecte des primes puisse se greffer à une transaction existante. Cette exigence part du principe qu'il est peu probable que les personnes à faible revenu fassent un voyage spécial juste pour payer la prime.
- Ils doivent avoir des **systèmes financiers**[2] suffisamment sophistiqués pour comptabiliser les primes. Alors que certains détaillants, surtout les chaînes comme les supermarchés et les stations-service, bénéficient souvent de systèmes adaptés, les détaillants informels ont parfois des difficultés pour procéder à une comptabilisation efficace.
- Comme la micro-assurance est une activité à gros volumes et à primes faibles, un détaillant individuel doit pouvoir accéder à un **nombre suffisant de clients potentiels**. Le volume est nécessaire pour réaliser des économies d'échelle pouvant justifier les coûts administratifs et de lancement pour l'assureur. Par conséquent, il est avantageux pour les assureurs de collaborer avec un réseau de détaillants plutôt que d'avoir à négocier avec des magasins individuels. Cela a tendance à exclure l'utilisation de petits magasins informels, à moins que

2 En Afrique du Sud, de nombreux détaillants ont une longue expérience d'offre de crédits aux clients à faible revenu, ce qui a permis de développer les compétences en services financiers de leur personnel. Il ne s'agit pas là d'une condition nécessaire pour que les détaillants distribuent de la micro-assurance, mais cela a certainement aidé.

l'assurance ne soit payée à l'avance par le détaillant, en étant associée au produit vendu ou à une autre forme d'assurance prépayée (comme l'illustre la partie 2 ci-dessous).

- Pour tous les produits d'assurance, une **confiance** doit exister quant aux indemnités versées. Cela se révèle particulièrement important pour la micro-assurance, car il est peu probable que les titulaires de contrat pauvres attaquent l'assureur au tribunal ou disposent des connaissances financières suffisantes pour comprendre les termes de la police. En raison de la faible utilisation de l'assurance dans de nombreux pays en voie de développement, les personnes à faible revenu ne connaissent souvent pas le nom des assureurs. Par exemple, en Afrique du Sud en 2005, un sondage sur les marques mené par une société d'études de marché a révélé que les marques d'assurance étaient très peu connues (moins d'un acheteur à faible revenu sur dix pouvait nommer une compagnie d'assurance), mais que la connaissance de marques de magasins de meubles et de vêtements était très répandue. Un scénario similaire se déroule en Inde où, comme le décrit le chapitre 3.2, les clients de Tata-AIG connaissaient dans l'ensemble le groupe Tata et lui faisaient confiance, mais n'avaient pas entendu parler de l'un des plus gros assureurs au monde.
- Les assureurs doivent disposer **de mécanismes pour surveiller la performance** du détaillant, et être en mesure de les obliger légalement à remettre les primes sans frauder. Alors qu'il est possible d'introduire des contrôles dans un but dissuasif contre une telle fraude, ils peuvent être onéreux, surtout par rapport au montant des primes.
- Cela va sans dire que le **détaillant doit être incité** à accomplir sa mission, mais cela ne se résume pas toujours à un simple versement de commission. Lorsque les détaillants vendent des biens avec l'assurance sur ces biens, il y a une nette convergence des intérêts du détaillant et de l'assureur. Dans certains cas, cependant, il peut y avoir un conflit d'intérêts. Les clients très pauvres payant une prime d'assurance peuvent acheter moins d'articles au détaillant.
- Finalement, comme l'explique le chapitre 3.4, dans le cadre de la micro-assurance il est particulièrement important d'**indemniser rapidement** d'une manière compréhensible pour le titulaire de contrat. Cela peut impliquer que l'on donne pouvoir aux détaillants pour qu'ils règlent les sinistres avant d'être remboursés par l'assureur. Cependant, tous les détaillants ne seront pas en mesure de le faire.

2 Les associations de distribution/produits de micro-assurance pour les détaillants

La micro-assurance peut être vendue par les détaillants de quatre manières principales :

1. Assurance associée liée au produit vendu
2. Assurance associée non liée au produit vendu
3. Assurance volontaire liée au produit vendu
4. Assurance volontaire non liée au produit vendu

La manière la plus courante est d'associer l'assurance à un autre produit. Lorsque le produit est acheté, l'assurance est automatiquement achetée. Avec certaines associations, il existe un lien direct entre le produit et l'assurance ; cependant, avec d'autres associations, ce n'est pas le cas. La même chose s'applique aux produits d'assurance volontaire.

2.1 Assurance associée liée au produit vendu

Un exemple d'assurance associée qui est liée au produit vendu par le détaillant est issu d'un groupe d'ameublement sud-africain (Ellerine Holdings)[3] constitué de 1 220 magasins à travers le pays. Les magasins s'adressent essentiellement aux acheteurs à faible revenu et vendent des biens d'équipement (surtout du mobilier et des articles électroniques). Les polices d'assurance sont associées lorsque les biens sont vendus selon le principe d'une vente à crédit (un contrat de crédit-bail). Une police d'Ellerine classique comprend quatre types principaux de couverture :

- **L'assurance de biens** remplace ou répare un article acheté s'il est endommagé, perdu ou volé. À la discrétion de l'assureur, le titulaire de contrat peut aussi recevoir une compensation en espèces.
- **L'assurance liée au prêt** offre le remboursement total du solde restant dû de prêt au détaillant si le titulaire de contrat décède, est blessé et/ou se retrouve sans emploi.
- **L'assurance-vie** offre une aide aux frais d'obsèques forfaitaire d'un montant de 472 $US (3 000 R) dans le cas du décès du titulaire de contrat (ne couvre

[3] Ellerine Holdings est l'un des plus gros crédits-vendeurs de meubles en Afrique du Sud. Même si la police d'Ellerine est utilisée à titre d'illustration, les conclusions générales sont applicables à tous les vendeurs de meubles commercialisant de l'assurance. Pour en savoir plus sur les autres crédits-vendeurs, se référer à Chamberlain et al., 2006.

pas la famille du titulaire de contrat). Toute dette en souffrance est déduite de l'aide aux frais d'obsèques et le reste est versé aux bénéficiaires. Une indemnité supplémentaire de 1 575 $US (10 000 R) est versée dans le cas d'un décès accidentel. La somme totale est payée aux bénéficiaires et aucune déduction n'est faite pour couvrir la dette en souffrance.

– **L'assurance maladie** propose un traitement antirétroviral (pour la période du contrat de crédit) si le titulaire de contrat est accidentellement exposé au virus VIH/SIDA.

En Afrique du Sud, comme dans beaucoup de pays, l'acheteur/le crédit-preneur n'est pas obligé de contracter l'assurance du détaillant. En pratique cependant, peu d'emprunteurs sont au courant de ce droit.

Les déclarations de sinistres sont faites auprès de l'assureur et le paiement, sauf pour l'assurance-vie et maladie, est effectué auprès du magasin correspondant. L'administration des polices et la gestion des déclarations de sinistres sont prises en charge par la compagnie d'assurance correspondante (dans le cas d'Ellerine Holdings, l'assureur est un des membres du groupe de détaillants).

Les quatre types de couverture contenus dans la police se recoupent sur de nombreux points, limitant la responsabilité de l'assureur et, par extension, la couverture finale du titulaire de contrat. Un recoupement a par exemple lieu si le décès d'un titulaire de contrat n'est pas accidentel. Dans ce cas, le solde restant sur le compte du titulaire de contrat sera couvert par l'assurance-vie si le montant de prêt restant dû est inférieur à la somme assurée. Cependant, si la dette en souffrance est supérieure à l'aide aux frais d'obsèques définie, l'excédent de la dette par rapport à l'aide aux frais d'obsèques sera couvert par l'assurance liée au prêt. Pour que la couverture soit en vigueur, le titulaire de contrat ne devra pas avoir pris de retard dans ses versements mensuels.

La gestion du détaillant a indiqué que 95 % de tous les clients achetant des produits selon la vente à crédit achètent également son produit d'assurance.[4] Pour l'exercice 2004/05, on a dénombré 6 400 déclarations de sinistres seulement pour un nombre total de 500 000 crédits-preneurs. Ainsi, pour 100 individus qui ont acheté la police chez les détaillants, seulement 1,28 déclaration de sinistres a été transmise. L'interprétation de ce taux de déclarations de sinistres pourrait être que les clients ne rencontrent pas les imprévus couverts par la police. Cependant, dans le contexte sud-africain caractérisé par une instabilité de l'emploi, des taux élevés de délit et une forte mortalité due au

4 En d'autres termes, 5 % des crédits-preneurs obtiennent une assurance-vie de crédit d'une source différente.

VIH/SIDA, cela semble peu probable. Ce faible taux de déclarations de sinistres indique plus probablement que peu de clients savent en réalité qu'ils achètent une assurance, et par conséquent ne transmettent pas les déclarations de sinistres.

Vendre *de facto* des polices combinées obligatoires présente un avantage indéniable : les détaillants n'ont pas besoin de procéder à une vente auprès du titulaire de contrat. La nature de « case à cocher » de la transaction signifie dans de nombreux cas que les détaillants n'ont pas à se conformer aux réglementations de licence de l'agent car ils ne prodiguent pas de conseils. L'assurance obligatoire réduit l'antisélection (autrement dit la tendance à faire appliquer l'assurance aux risques les plus mauvais). En théorie, tous ces avantages pourraient être transférés au client sous la forme de primes moins élevées. En pratique cependant, vendre des produits associés engendre souvent des abus. En Afrique du Sud, 34 à 38 % des clients à faible revenu des magasins de détail paient régulièrement les articles achetés par versements mensuels et possèdent une assurance associée. Cependant, moins de 8 % de ces personnes sont au courant qu'ils bénéficient d'une assurance.[5]

En théorie, les autorités de régulation pourraient améliorer la situation en obligeant les magasins à (i) informer spécifiquement les clients qu'ils ont une assurance et (ii) les avertir qu'ils peuvent acheter la couverture requise ailleurs. En pratique, cela peut être difficile à mettre en vigueur. Même si les clients connaissaient leurs options, leur comportement serait peu différent, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le coût le plus important de l'achat concerne l'article lui-même (plus les coûts des intérêts). Ensuite, réaliser des transactions dans les zones rurales peut s'avérer onéreux et difficile pour les clients ; ils pensent probablement que faire le tour des magasins pour une assurance alternative n'en vaut pas la peine. Ou bien, étant donné que les prestataires d'assurance alternative pour les personnes à faible revenu se font rares dans de tels endroits, il se peut également qu'il n'y ait tout simplement pas d'autre option.

L'assurance associée liée au produit vendu pourrait en théorie offrir une couverture relativement abordable pour certains des biens les plus importants et coûteux achetés par les clients à faible revenu. En pratique cependant, vendre des produits de cette façon relève souvent de l'abus ; les clients ne savent pas qu'ils ont acheté une assurance ou qu'on leur a vendu une assurance très chère.

5 Données issues de l'enquête FinScope de 2004.

2.2 Assurance associée non liée au produit vendu

Il y a peu d'exemples de micro-assurance associée où le produit d'assurance n'a aucune relation avec le bien ou le service vendu. En Inde, la police Sankat Haran vendue par Iffco-Tokio offre une couverture pour le décès et l'invalidité accidentels. Cette couverture est obtenue lorsque les clients achètent un sac d'engrais de 50 kg des marques Iffco et Indian Potash. Le reçu du sac d'engrais agit comme preuve de paiement et le document contractuel est imprimé sur le sac d'engrais. Le montant de la couverture est de 90 $US dans le cas d'un décès accidentel et de 45 $US pour certaines catégories de mutilation et d'invalidité. L'assuré est l'acheteur du sac d'engrais, et une seule personne peut détenir plusieurs polices jusqu'à une couverture maximale de 2 260 $US. Déposer des déclarations de sinistres apparaît quelque peu laborieux car les requérants doivent soumettre toute une série de documents directement à Iffco-Tokio. Ce système, cependant, est peut-être bien le plus grand système de micro-assurance commerciale au monde. À la fin de l'année 2005, le journal indien *The Hindu* (Revathy, 2006), a rapporté que ce système couvrait 25 millions de personnes.

Le système vend essentiellement de l'assurance prépayée, dans le sens où le détaillant achète l'engrais chez un grossiste, composante d'assurance incluse. Le *détaillant paie d'avance la prime d'assurance*, ainsi l'assureur n'a pas besoin de collecter les primes du client ou même du détaillant.

À première vue, sur un marché compétitif pour l'engrais et l'assurance pour le décès et l'invalidité accidentels (GDIA), il est difficile d'imaginer quel avantage est offert au client avec ce type de contrat d'inclusion. Tout client qui souhaitait de l'engrais ou une assurance GDIA pouvait l'acheter séparément dans les quantités requises sans avoir besoin d'acheter les deux ensemble. Cependant, le marché indien rural n'est pas compétitif et cela peut constituer le seul moyen de distribuer une assurance de ce type. Il est également possible que l'ajout d'une assurance GDIA soit une source de motivation à acheter une marque particulière d'engrais (à peu près de la même façon que certaines cartes VISA sont accompagnées d'une couverture similaire liée au voyage). Une autre explication pour l'existence de ce système concerne les exigences réglementaires en Inde, qui stipulent que les compagnies d'assurance doivent vendre un pourcentage de leurs polices à des clients socialement désavantagés et doivent avoir un certain pourcentage de clients des zones rurales sur le total des primes.

L'assurance est obligatoire, ce qui, en théorie, devrait permettre de contrôler l'antisélection. Mais, compte tenu de cette configuration particulière, ce n'est pas forcément le cas. Une personne ayant une profession à risque très élevé peut acheter un sac d'engrais, garder le reçu et le document

contractuel, reconditionner l'engrais et le vendre à un autre agriculteur ; toutefois, avec le nombre de personnes achetant une assurance, l'antisélection ne risque pas de devenir un problème.

Ce modèle est uniquement adapté pour les produits de micro-assurance avec des paiements de primes uniques. En outre, il est très peu probable que les produits offrant autre chose que la couverture minimale puissent être vendus de cette façon. Si c'était le cas, cela augmenterait le coût du bien ou du service à un point tel que le client qui ne voulait pas d'assurance pourrait être réticent à acheter ce bien ou ce service.

2.3 Assurance volontaire liée au produit vendu

Dans beaucoup de pays développés, lorsqu'un bien durable est vendu, il est assez courant que le vendeur propose une assurance, généralement sous forme d'une extension de garantie sur l'article. Un détaillant sud-africain, Makro, qui vend des biens de consommation durables, propose aussi des extensions de garantie facultatives. Les primes pour certaines de ces garanties sont suffisamment basses pour attirer le marché des personnes à faible revenu. Par exemple, une extension de garantie de deux ans coûte 299 R (47 $US) pour des réfrigérateurs d'un prix inférieur à 6 000 R (943 $US). Ce genre de garantie pourrait être bénéfique pour les micro-entreprises. Beaucoup de biens de consommation durables achetés chez des détaillants sont utilisés dans les entreprises familiales informelles. Les réfrigérateurs en Afrique du Sud, par exemple, sont couramment utilisés pour gérer des activités de restauration informelles ou pour vendre de la viande achetée à des grossistes. L'achat d'extensions de garantie proposées indépendamment pouvant être assez difficile pour les clients à faible revenu, la possibilité d'un achat lié au produit est susceptible d'être plus intéressante.

2.4 Assurance volontaire non liée au produit vendu

La chaîne de supermarchés sud-africaine Shoprite cible les clients à faible revenu. Dans chaque supermarché, il y a un « guichet de marché financier » où les clients peuvent effectuer toutes sortes de transactions financières. Les guichets sont prévus pour faciliter les courses dans le magasin, fidéliser les clients et proposer une gamme de services de transaction, notamment le paiement des redevances télévisuelles et des factures de services publics, avec environ 220 organismes tiers représentés aux guichets. Durant l'exercice 2004/2005, le nombre de transactions effectuées aux « guichets de marché financier » a atteint environ 21 millions par mois.

Le supermarché vend de l'assurance obsèques aux guichets pour le

compte de l'assureur HTG Life. HTG Life est membre de HT Group, qui comprend aussi une activité commerciale de service funèbre (les salons funéraires Doves et Saffas). La police couvre des familles nucléaires spécifiques (titulaire des contrat, époux/se et enfants). Le critère d'éligibilité et la couverture sont indiqués dans le tableau 46.

Tableau 46

Produit d'assurance obsèques de HTG[6]

Caractéristique	*Description*
Prime mensuelle	Déterminée par l'âge de la personne la plus âgée couverte. 14–55: 3,93 $US (25 R) ; 56-68 ans : 6,61 $US (42 R)
Éligibilité	Le titulaire de police doit avoir entre 14 et 68 ans. Aucun examen médical n'est requis.
Prestations	0-6 ans : 197 $US (1 250 R); 7-13 ans : 393 $US (2 500 R) : 14 ans et plus : 787 $US (5 000 R) ; titulaire de contrat : 787 $US (5 000 R) ; époux/se de la personne titulaire du contrat : 787 $US (5 000 R).

Source : Chamberlain et al., 2006.

Shoprite est responsable du marketing, de la vente et de la collecte des primes du contrat, tandis que HTG Life gère l'administration de la police, la gestion des déclarations de sinistres et les paiements. Shoprite touche une commission sur chaque police vendue. Puisque le groupe cible ne possède pas de comptes bancaires avec virement automatique ou d'options de débit direct, les primes sont versées en espèces aux « guichets de marché financier ».

Dans le cas d'une déclaration de sinistres, le paiement peut se faire de deux façons. Les bénéficiaires ont la possibilité d'utiliser n'importe quel prestataire d'assurance obsèques du groupe HT ou un autre agent identifié pour les obsèques. Si cette option est choisie, le bénéficiaire a droit à une remise sur les services funéraires offerts. La deuxième possibilité est de faire une demande pour une indemnité en espèces, qui est payable au siège de HTG Life dans les 48 heures après présentation de la documentation requise. Si le client exige un versement en espèces, l'argent est versé sur le compte bancaire du titulaire de contrat et/ou de ses bénéficiaires. Si le titulaire de contrat ou les bénéficiaires n'ont pas de compte bancaire, l'argent est versé dans un salon funéraire participant. Cependant, comme la dernière méthode présente un risque de sécurité, HTG Life tente de l'éviter dès que possible. Cela soulève

6 Informations de décembre 2005.

des questions comme l'utilité de la police pour les clients à faible revenu qui, pour la plupart, sont encore « non-bancarisés ». L'avantage compétitif de Shoprite et HTG Life, capables de collecter les primes d'assurance des clients sans compte bancaire, peut engendrer des lenteurs au niveau des paiements contractuels. L'intérêt de vendre (et de collecter les primes) grâce au réseau de distribution étendu du détaillant est mis à mal par le fait que les paiements des indemnités peuvent être effectués uniquement dans les salons funéraires participants. Malgré l'attrait de ses caractéristiques de distribution et de coût, ce modèle n'a pas atteint de volumes considérables de titulaires de contrat. Durant ses trois années d'existence, moins de 6 000 polices ont été vendues. L'un des problèmes clés soulevés est qu'il s'agit d'un modèle de distribution « passif » reposant sur le fait que le client s'adresse au guichet et demande le produit. Ce modèle diffère des modèles d'agents/de courtiers pour lesquels les produits font l'objet d'une vente active. De plus, peu d'incitations existent pour motiver les employés internes de Shoprite à vendre le produit.

L'Afrique du Sud propose un autre exemple intéressant d'utilisation des détaillants dans la vente d'assurance volontaire. Les magasins de vêtements Jet et Edgars (tous deux appartenant au groupe Edcon) proposent une assurance pour les clients à faible revenu (bien qu'Edgars vende surtout aux clients à revenu élevé), pour ceux qui ont droit à la carte de crédit du magasin. Il y a plus de 280 magasins Jet dans toute l'Afrique du Sud, tandis qu'Edgars possède plus de 150 magasins sud-africains *(voir encadré 83)*.

Les deux compagnies d'assurance Edcon et Hollard ont établi une coentreprise, Edcon Insurance Services, en juin 2001. Elles ont convenu que le groupe Edcon vendrait une large gamme de polices d'assurance souscrites par les compagnies d'assurance vie et non-vie de Hollard. Les polices d'assurance s'appuient sur une stratégie de marque des magasins (et non celle de l'assureur) pour exploiter la grande notoriété des marques des détaillants.

Les compagnies d'assurance Edcon et Hollard étaient toutes deux activement impliquées dans la conception des produits. Tous les produits étaient élaborés pour répondre aux besoins du client moyen d'Edcon. Les polices sont vendues au guichet. Les vendeurs proposent l'assurance comme une offre de « case à cocher » et n'ont donc pas besoin de satisfaire aux réglementations qui gouvernent les agents. Edcon Insurance Services est responsable du marketing et des ventes des polices, tandis que les détaillants collectent les primes et les transmettent à Hollard. La compagnie d'assurance gère l'administration de la police et des déclarations de sinistres ainsi que le paiement des indemnités.

La raison qui se cache derrière le modèle « carte magasin », tel qu'il est appliqué ici, est que les primes mensuelles peuvent être plus facilement collectées si elles sont simplement ajoutées au solde du compte du magasin. En

d'autres termes, la prime mensuelle est versée en même temps que le versement mensuel total dû (qui peut être effectué en espèces). L'un des inconvénients de cette approche est que les clients qui n'ont pas droit aux cartes ne peuvent pas acheter d'assurance. Le modèle exclut par conséquent les personnes qui pourraient potentiellement payer une petite prime d'assurance mensuelle, mais qui n'ont pas droit au crédit.

Le système s'est avéré très rentable. Durant l'exercice 2004/2005, une croissance de 23,4 % des polices d'assurance actives a été observée, augmentant les bénéfices d'Edcon pour les produits liés à l'assurance qui sont passés de 30,2 millions $US à 41,4 millions $US.

Encadré 83

Les détaillants et les zones rurales

Les magasins évoqués possèdent tous des succursales dans les zones rurales, phénomène peut-être plus courant en Afrique du Sud que dans les autres pays. Divers articles de la législation sud-africaine ont depuis 1923 divisé l'Afrique du Sud en zones « urbaines » et « rurales », et ont strictement contrôlé les déplacements des Sud-Africains noirs entre les deux. Les autorités de l'apartheid ont activement découragé l'installation permanente des noirs dans de grands centres urbains. L'existence de ces lois et d'autres lois restrictives liées à l'apartheid a participé à l'apparition de « bidonvilles urbains dans les villes rurales ». La densité de la population de ces zones a créé des opportunités pour établir des détaillants qui n'existent peut-être pas dans d'autres zones rurales de pays en voie de développement avec des populations rurales plus dispersées. Par conséquent, ce modèle de distribution de la micro-assurance pourrait être plus efficace pour toucher les Sud-Africains ruraux que les populations rurales des autres pays.

L'un des avantages de la vente de produits facultatifs par le biais d'un détaillant, ou d'un autre organisme présentant beaucoup de membres ou de clients à faible revenu, est que le réseau de distribution peut utiliser sa large base de clients pour obtenir des remises de la part des assureurs. Cela s'ajoute à toute épargne qu'ils peuvent transmettre aux clients comme résultante des coûts de distribution plus bas. En fait, dans certains pays développés, par exemple le Royaume-Uni, les polices d'assurance-vie les moins chères sont souvent vendues par les supermarchés.

Bien qu'ils ne soient pas des détaillants, certains syndicats ont expérimenté la vente d'assurance volontaire. Aux États-Unis, la plus grande fédération syndicale, l'AFL-CIO, a négocié un ensemble de remises sur une gamme de produits financiers et de consommation pour ses membres *(voir encadré 84)*. Nous le mentionnons ici car de nombreux détaillants proposent des clubs de membres ou des systèmes de fidélité qui peuvent être exploités de la

même manière que celle utilisée par l'AFL-CIO pour vendre de l'assurance, via l'affiliation.

Encadré 84

Système de l'Union Privilege de l'AFL/CIO

Depuis 1986, l'« Union Privilege » utilise le grand nombre d'adhérents de l'AFL/CIO pour négocier des remises sur une gamme de produits et de services, notamment des produits d'assurance. Le système promet d'assurer la qualité de l'offre d'assurance par le biais d'une sélection méticuleuse des compagnies d'assurance partenaires et par le biais d'un contrôle régulier. Il exploite également son pouvoir de négociation pour obtenir des clauses supplémentaires afin de rendre les polices plus attrayantes pour les membres. Par exemple, pour un produit d'assurance-vie, les travailleurs en grève votée par les syndicats, victimes de fermetures ou de chômage technique d'une durée consécutive supérieure à 30 jours, n'ont pas à payer les primes pendant 3 mois durant l'action sociale. Pour le produit GDIA, les titulaires de contrat n'ont pas à payer de primes d'assurance accidents pour la période d'une grève votée par les syndicats ou d'une fermeture, jusqu'à un maximum d'un an. Cela offre des avantages aux membres (ils achètent l'assurance à un prix plus bas), renforce les syndicats en fournissant une raison supplémentaire pour voir les membres adhérer, et fournit un nouveau flux de revenus aux syndicats participants : le revenu des commissions.

Source : d'après Koven, 2006.

Un autre atout pour les titulaires de contrat est que le distributeur endosse un risque de réputation considérable. Le réseau de distribution est représentatif de la police d'assurance. Si les titulaires de contrat sont insatisfaits de la police, ils peuvent mettre un terme à leur relation avec le détaillant ou le syndicat.

L'une des préoccupations concernant les produits d'assurance volontaire vendus par des distributeurs non-spécialisés est que le client achète souvent un produit important ayant des conséquences sur sa vie. Les polices proposées par des détaillants sont souvent vendues par le biais d'une « case à cocher ». Les conditions de vente peuvent être expliquées au client par un membre du personnel du magasin, ou plus simplement se dissimuler au milieu d'une kyrielle d'autres informations. Cette approche peut être économique, mais elle peut aussi présenter un mauvais rapport qualité-prix. En théorie, les conditions de vente sont inscrites sur le document contractuel, mais pour la micro-assurance, c'est un moyen inadapté pour éduquer le client, et cette méthode de transaction n'aide pas non plus le client potentiel à poser les bonnes questions quant aux conditions du contrat.

3 Conclusions

Il est prématuré de tirer des conclusions définitives à partir de ces quelques exemples de détaillants endossant le rôle de distributeurs de micro-assurance. Ci-dessous se trouvent des considérations initiales, beaucoup auront besoin d'être analysées par le biais d'une recherche plus poussée.

Meneurs et suiveurs

La force motrice derrière le développement de la distribution de la micro-assurance par les détaillants dans ces exemples, semble être l'initiative de détaillants cherchant à étendre leurs offres de valeur et à accroître la fidélisation du client (comme dans le cas de Shoprite), et/ou d'assureurs devant répondre à des exigences réglementaires (comme dans les cas indiens et sud-africains). Dans ces quelques exemples, les détaillants ou les autorités de régulation sont les meneurs, et les assureurs sont les suiveurs.

Les avantages des détaillants en tant qu'agents de distribution de la micro-assurance

- La confiance inspirée par la marque du détaillant est l'un des attraits déterminants de ce réseau de distribution. Cela réduit les efforts de vente et, par conséquent, le coût de la mise à disposition. Cependant, les détaillants ont aussi besoin de considérer le risque pour leurs marques auquel ils pourraient être confrontés si l'assurance ne répondait pas aux attentes des clients.
- L'un des avantages clés de ce mécanisme de distribution est qu'il permet la collecte des primes et le paiement des indemnités en espèces dans des endroits qui sont mieux situés que les bureaux de la compagnie d'assurance et de ses agents. Dans les pays en voie de développement, cela va garantir que le modèle ne puisse tout simplement vampiriser le marché de l'assurance existant (comme cela peut être le cas avec la distribution par les détaillants dans les pays développés sur des marchés de l'assurance saturés), mais va permettre en réalité d'étendre le marché à des personnes qui n'auraient autrement pas accès à l'assurance. Cependant, tous les détaillants n'exploitent pas complètement cette opportunité (par ex. la procédure de paiement des indemnités de Shoprite).
- L'un des avantages évidents de la distribution par les détaillants est qu'elle fournit un accès centralisé à la base clients du détaillant, qui serait autrement difficile à atteindre par les assureurs. Dans de nombreux cas, le détaillant contrôle l'accès à la base clients, ce qui signifie que l'assureur ne peut pas y accéder sans poursuivre la relation avec le détaillant (par ex. pour les détenteurs de comptes clients). Cela place les détaillants dans une position de force pour négocier avec les assureurs.

Problème clé de l'assurance volontaire vendue par les détaillants
Il est évident que les détaillants peuvent réduire les coûts de distribution de l'assurance pour le marché des personnes à faible revenu. Il y a même quelques exemples d'assurance volontaire vendue par les détaillants. Le problème semble être que les détaillants ne sont pas forcément doués pour la *vente* d'assurance. Le personnel doit être formé et motivé pour vendre une assurance volontaire. Cette expérience reflète celle de nombreuses institutions de micro-finance. Comme l'exemple de Shoprite l'illustre, le degré de réussite de cette approche passive reste flou pour un produit qui est indéniablement « vendu mais pas acheté ».

Produits associés : problème d'abus
- Même si les produits d'assurance associés simplifient la collecte des primes et garantissent un meilleur profil de risque, l'avantage tiré par les clients n'est pas clairement défini. Les coûts et les risques plus bas ne se reflètent pas toujours dans la prime.
- Étant donné les faibles taux de connaissances du marché cible vis-à-vis de ce secteur, le risque de vente abusive des produits aux clients, qui peuvent ne pas être au courant de leur achat associé, est important.
- Même si la relation ne relève pas de l'abus, l'association réduit finalement la motivation de l'assureur à garantir que son produit répond aux besoins du client.

Produits associés : problème de protection continue
L'assurance associée aux produits de crédit des clients rencontre le même problème que certains produits d'assurance d'IMF liés aux prêts, pour lesquels le besoin en protection s'étend au-delà de la période de remboursement du prêt.

Produits associés : les limites de l'association de l'assurance avec un produit non lié
Les produits d'assurance intégrés qui ne sont pas liés au bien ou au service principal vendu semblent être un moyen de commercialiser le bien ou le service principal et ont tendance à être assez basiques dans leur couverture et leurs prestations. Tout produit d'assurance qui offre une valeur significative risque de coûter davantage et de potentiellement gonfler le coût du bien ou du service principal à tel point qu'il n'est plus attractif.

Assurance « case à cocher » : les avantages et les inconvénients

Il existe un compromis inhérent entre simplicité du produit et coûts moins élevés d'un côté, et conseil et éducation de l'autre. Alors que les détaillants peuvent réduire les coûts de distribution en utilisant des produits simples qui sont vendus grâce à une méthode de « case à cocher », ce sont souvent les clients à faible revenu qui ont le plus besoin d'éducation et de conseils financiers sur le sujet. Cependant, ces services augmentent les coûts des polices et réduisent l'accessibilité financière des clients. Au minimum, un partage approprié d'informations sur le produit est nécessaire pour garantir que les clients sont au courant des caractéristiques et des conditions des produits qu'ils ont achetés. Ce n'est pas seulement dans l'intérêt commercial du vendeur (augmentant la fidélisation et constituant une clientèle sur le long terme), mais cela évite également de réaliser des ventes abusives et de courir le risque concomitant d'une intervention réglementaire coûteuse.

Alors quel est donc le potentiel du modèle de distribution de la micro-assurance par les détaillants ? La discussion précédente aboutit à des conclusions contradictoires sur le potentiel et la réalité de distribution de la micro-assurance par les détaillants. La distribution par les détaillants présente des opportunités pour surmonter certaines des barrières clés inhérentes à la distribution de la micro-assurance, qui pourraient bénéficier à la fois aux prestataires et aux clients des assureurs.

Cependant, cette méthode de distribution est manifestement encore un phénomène relativement nouveau et non-testé sur le marché des personnes à faible revenu. Et plus particulièrement, les preuves de la capacité à vendre une assurance volontaire par le biais des détaillants sont plutôt faibles et les modèles actuels posent des problèmes qui doivent être résolus pour garantir le succès. Les détaillants ont vraiment besoin de trouver des moyens permettant de remplacer la fonction de maintien du marché des intermédiaires d'assurance traditionnels sans affaiblir leurs avantages de distribution à faible coût. Sans cela, il est peu probable que les modèles facultatifs atteignent un certain niveau sur les marchés qui ne sont pas familiarisés avec les prestations de l'assurance.

D'un autre côté, l'assurance associée s'est avérée être un succès pour les détaillants et les assureurs. Toutefois, dans les exemples étudiés, peu d'avantages ont été transmis aux clients qui paient probablement trop cher et ne sont souvent pas conscients de leur couverture. Si le partage d'informations s'améliore, ce modèle peut fournir une protection de qualité aux clients qui n'auraient autrement pas accès à une telle assurance. Un changement doit impérativement s'opérer pour offrir des avantages au client plutôt que d'utili-

ser l'assurance simplement pour retirer de plus gros bénéfices. Cette nouvelle opportunité s'accompagne d'un fort potentiel d'abus de la clientèle et nécessitera un contrôle et une réglementation actifs par les groupes de consommateurs et les autorités.

4.7 Micro-assurance : opportunités et difficultés pour les institutions de micro-finance

Craig Churchill et James Roth[1]

Les auteurs remercient pour leurs suggestions et commentaires de fond Javier Fernandez Cueto (Compartamos), Lemmy Manje (OIT), Michael McCord (MicroInsurance Centre) ainsi que Constantin Tsereteli (Constanta Foundation).

Comme évoqué au chapitre 4.2 et ailleurs dans cet ouvrage, les institutions de micro-finance représentent un important réseau de distribution pour étendre l'assurance aux populations pauvres. Cependant, il est également important de changer d'angle et d'examiner cette question du point de vue de l'IMF.

Tout d'abord, une IMF devrait-elle être impliquée dans la distribution d'assurance ? Lorsque les institutions de micro-finance s'intéressent à l'assurance, leur motivation principale est souvent de réduire leur risque lié au crédit dans le cas où les emprunteurs ou les membres de la famille sont touchés par le décès, la maladie ou d'autres sinistres. Si l'assurance peut aider à protéger les ménages dans de telles circonstances, elle va indirectement protéger le portefeuille de l'IMF.

L'une des autres motivations importantes qui se cachent derrière cet intérêt porté à l'assurance est l'amélioration du bien-être de leurs clients. Les IMF assume généralement une double mission pour atténuer la pauvreté ou encourager le développement économique tout en générant un bénéfice (ou en couvrant leurs coûts). La mission sociale relative à l'amélioration du bien-être des ménages pauvres peut être perfectionnée grâce à la protection offerte par l'assurance.

On retrouve également plusieurs raisons légitimement commerciales pour lesquelles les IMF pourraient s'intéresser à l'offre d'assurance, telles que :

– **L'amélioration de la fidélisation :** de nombreuses IMF réalisent qu'elles doivent offrir une diversité de produits afin d'améliorer la fidélisation, pour que même lorsque les clients ne souhaitent pas de prêt, ils puissent malgré tout bénéficier d'un compte d'épargne, d'un service de virement bancaire ou...d'une couverture d'assurance.

[1] Les exemples de Compartamos (Mexique) et de Constanta (Géorgie) ont été fournis par les lecteurs et n'ont pas été tirés des études de cas.

- **La rentabilité des produits :** un éventail de produits variés offre des opportunités de ventes croisées et répartit les coûts d'acquisition pour un client sur plusieurs produits, améliorant ainsi la rentabilité des produits.
- **La diversification des flux de revenu :** la micro-assurance crée une source de revenu supplémentaire, soit à partir des bénéfices si le système est proposé en interne (et bien géré), soit à partir des cotisations si le système est mis en place en partenariat avec un assureur. La seconde option est particulièrement intéressante pour les IMF, qui apprécient les opportunités de revenus sans prise de risques.
- **L'atteinte de nouveaux marchés :** dans les communautés hétérogènes à faible revenu, il peut y avoir des personnes qui ne sont pas intéressées par le crédit ou l'épargne, mais qui sont bien tentées par l'assurance même si, en réalité, peu d'IMF tirent profit de cet avantage, car il nécessiterait un réseau de distribution destiné exclusivement à l'assurance, ce que la plupart des IMF évitent autant que possible.

Bien sûr, proposer des produits d'assurance présente également des inconvénients. Il s'agit d'une activité différente de l'épargne ou du crédit, requérant une expertise différente. Même offrir des produits d'assurance en partenariat avec un assureur peut s'avérer être une démarche chronophage et exigeante. Plusieurs organismes, comme ProCredit Banks en Europe de l'Est, ne voient aucun intérêt à offrir de l'assurance, directement ou indirectement, et donc ne se détournent pas de leurs activités centrales. En outre, les ménages à faible revenu ont des ressources limitées. Si une IMF offre de l'assurance, certains clients pourraient avoir à choisir entre rembourser un prêt ou effectuer un dépôt et payer une prime d'assurance.

Si une IMF pense qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients, et décide qu'elle veut étendre ses activités au nouveau monde de l'assurance, deux questions clés doivent être considérées pour qu'elle puisse offrir de la micro-assurance :

1. Par le biais de quelle disposition institutionnelle devrait-elle proposer de l'assurance ?
2. Quels types de couverture devrait-elle offrir ?

1 Dispositions institutionnelles

Si une IMF souhaite offrir de l'assurance à ses clients, elle peut le faire de quatre façons principales : a) en partenariat avec une compagnie d'assurance, b) en créant sa propre société de courtage, c) en s'auto-assurant ou d) en créant sa propre compagnie d'assurance.

1.1 Modèle partenaire-agent

Dans quelles circonstances une option est-elle préférable aux autres ? Le chapitre 4.2 décrit en détails les avantages et les inconvénients de la collaboration avec une compagnie d'assurance, et les stratégies pour améliorer le partenariat. Naturellement, si aucun partenaire n'est disponible ou prêt à offrir une assurance par le biais de l'IMF, elle pourrait faire cavalier seul. L'incapacité à trouver un partenaire d'assurance intéressé devient cependant de moins en moins probable car davantage d'assureurs cherchent des opportunités pour atteindre de nouveaux marchés. Les IMF deviennent de plus en plus convaincantes, s'armant d'arguments et d'expériences pour persuader les assureurs qu'il s'agit bien là d'une opportunité de marché précieuse pour eux.

En règle générale, si une IMF ne peut pas attirer un assureur dans un partenariat, c'est qu'elle ne communique probablement pas efficacement sur son offre de produit. De nombreux assureurs sont attirés par la perspective d'accéder à un grand nombre de nouveaux clients par le biais d'un réseau de distribution bon marché.[2] Les IMF devraient reconnaître que les assureurs et les banquiers peuvent avoir des attitudes très différentes envers la multitude de personnes à faible revenu. Pour les banquiers, dont l'argent court un risque lorsqu'ils prêtent, les populations pauvres constituent un marché à risque. Les assureurs, cependant, ont tendance à s'intéresser aux moyens d'atteindre un marché expansif de façon rentable. Les volumes engendrent des volumes.

Afin que le modèle partenaire-agent fonctionne de façon efficace pour les IMF, les recommandations suivantes émergent des expériences d'IMF à travers le monde :

- **Leur dire ce que vous souhaitez :** pour obtenir de bons produits et processus de la part des assureurs à un tarif convenable, les IMF doivent savoir ce qu'elles veulent et doivent mener les négociations. Plus elles sont puissantes, plus elles peuvent être exigeantes. Plusieurs IMF, dont Compartamos (Mexique) et des filiales d'Opportunity International, ont conçu leurs propres spécifications produit et ont ensuite envoyé des demandes aux assureurs afin qu'ils fassent une offre pour le produit proposé.
- **Parfaitement connaître votre activité :** les IMF doivent parler avec autorité, utilisant un langage que les assureurs comprennent, appuyé par des informations convaincantes. L'un des avantages d'une IMF est qu'elle peut souvent créer des données actuarielles utiles à partir de sa propre expérience qui consiste à travailler avec les clients, auxquels l'assureur n'aurait autrement

[2] Pour des conseils sur la négociation aves les compagnies d'assurance, consultez Churchill et al., 2003.

pas accès. Par exemple, avant qu'elle ne commence à négocier avec les assureurs, FINCA Ouganda a fait des recherches sur ses statistiques de mortalité historique et les a documentées.

- **N'ayez pas peur de changer de partenaire :** les IMF ne doivent pas être liées à vie à un seul partenaire d'assurance. Si l'assureur n'est pas performant, l'IMF peut chercher un nouveau partenaire, sans pour autant tomber dans l'extrême (ASA, une IMF indienne, a trop souvent changé de partenaires d'assurance, ce qui a provoqué une confusion parmi les clients et le personnel).
- **Choisissez un assureur digne de confiance :** il est souvent préférable de travailler avec une compagnie d'assurance reconnue car cela permet de créer une confiance dans l'assurance. Sans confiance, les clients ne voudront pas payer de primes aujourd'hui contre la promesse d'une possible indemnité future.
- **Impliquez l'assureur :** l'alternative au changement de partenaires est l'amélioration des partenaires actuels. Shepherd (Inde) a trouvé utile d'inviter des assureurs sur le terrain pour leur permettre de mieux comprendre le marché cible et pour commencer à identifier la différence entre assurance et micro-assurance. Cette action peut être renforcée par une réunion annuelle avec l'assureur pour faire le point.
- **Demandez une formation :** l'un des défis majeurs dans l'introduction de l'assurance est la formation des employés de l'IMF, en particulier le personnel de première ligne qui est responsable des ventes et du service après-vente. Plusieurs IMF ont persuadé leurs partenaires d'assurance de former leurs employés à l'assurance en général et aux produits en particulier.
- **Gérez les déclarations de sinistre :** un système de traitement des déclarations de sinistre efficace est l'un des points les plus importants pour la négociation. Comme décrit au chapitre 4.5, lorsque les montants des indemnités sont peu élevés, les IMF devraient insister pour payer les indemnités (au moins pour l'assurance-vie), puis être remboursées par l'assureur, selon une documentation appropriée pour leurs clients.
- **Créez un comité d'examen :** dans la mesure où le traitement des sinistres tend à être l'un des points les plus conflictuels, Shepherd a créé un comité d'examen, avec des représentants de l'IMF, de l'assureur et des clients, qui se réunit tous les trois mois (ou plus souvent si nécessaire) pour améliorer les processus de déclarations de sinistre.
- **Éliminez les exclusions :** luttez pour persuader les assureurs de supprimer autant d'exclusions que possible, même si l'IMF doit payer un prix plus élevé, car cela simplifie le produit et facilite les explications aux clients. Cela réduit également les rejets de déclarations de sinistre qui pourraient provoquer des problèmes de relations publiques considérables pour l'IMF.

- **Entretenez et analysez les données :** les IMF devraient entretenir de bonnes informations sur la performance d'assurance, leur permettant de développer leur expertise au fil du temps et de pousser les partenaires d'assurance à conclure de meilleures affaires. Un SIG approprié et « approuvé actuariellement » est crucial *(voir chapitre 3.5)*.
- **Déterminez les coûts :** les IMF doivent mener une analyse des coûts pour déterminer combien elles doivent gagner en commission (ou par le biais d'une majoration de prime) pour couvrir leurs coûts administratifs.
- **Appropriez-vous les clients :** certaines compagnies d'assurance audacieuses pourraient être intéressées par le vol de clients dans le futur. L'IMF devrait « s'approprier » le client. Cela peut se faire si l'IMF est toujours l'institution qui voit le client.
- **Partagez les bénéfices :** au lieu de recevoir une commission, l'IMF zambienne Pulse a négocié un accord de participation aux bénéfices avec Madison Insurance *(voir chapitre 3.6)*, qui correspond plus à l'esprit de la micro-assurance, si l'IMF est prête à supporter une partie du risque.

1.2 Agence ou société de courtage en assurance

La création d'une société de courtage en assurance détenue par une IMF est, pour l'essentiel, une version plus sophistiquée du modèle partenaire-agent. Cette approche, souvent utilisée par les réseaux d'unions de crédit *(voir chapitre 4.1)*, facilite l'accès à l'assurance formelle pour les IMF tout comme pour les membres. Comme pour le modèle partenaire-agent, cet accord présente l'avantage d'externaliser le risque vers les assureurs formels.

L'avantage du contrat de courtage par rapport au modèle partenaire-agent basique est qu'un organisme affilié à une IMF (ou à un groupe d'IMF) développe des compétences en matière d'assurance pour négocier les meilleurs contrats pour le compte des IMF et de leurs membres. La société de courtage n'est pas liée à une seule compagnie d'assurance, ainsi elle peut explorer diverses options au nom de ses deux clients principaux, les IMF et leurs clients. De plus, le courtage ne se limite pas à l'utilisation des IMF comme réseaux de distribution. Une fois les besoins du marché des personnes à faible revenu assimilés, il peut explorer d'autres stratégies pour étendre l'assurance aux ménages pauvres et aux activités commerciales liées aux personnes pauvres. Comme le mentionne le chapitre 4.5, Opportunity International a récemment lancé une initiative de ce type (la Micro Insurance Agency). La société de courtage en assurance pourrait également être perçue comme une première mesure vers la création d'une compagnie d'assurance (décrite plus en détails ci-dessous), même si cela ne doit pas nécessairement être l'objectif.

1.3 Faire cavalier seul

Une troisième option est que les IMF s'auto-assurent, en d'autres termes, qu'elles supportent le risque elles-mêmes. Il y a des raisons irréfutables pour lesquelles certaines institutions de micro-finance voudraient s'auto-assurer, de même que des arguments tout aussi forts contre ce choix.

Certaines IMF ne veulent pas travailler en partenariat avec un assureur pour des raisons idéologiques. Les institutions de micro-finance à fort caractère social peuvent estimer que les sociétés à but lucratif ne devraient pas proposer de services financiers aux populations pauvres. Les IMF défendant de tels engagements idéologiques ne seront pas influencées par les arguments voulant que les compagnies d'assurance à but lucratif puissent peut-être fournir une assurance moins chère et meilleure à leurs clients.[3]

Le fait qu'on estime que les IMF (ou leurs clients) devraient payer un supplément pour les frais généraux de l'assureur est une raison non idéologique de l'auto-assurance. Pour les produits les plus basiques, comme l'assurance-vie de crédit, cette logique pourrait s'appliquer. Cependant, l'assurance-vie de crédit basique profite largement au prêteur puisque cela signifie que l'IMF n'a pas à solliciter le remboursement des prêts de la part de la famille du défunt.[4] Si l'IMF souhaite vraiment réduire la vulnérabilité de ses clients, des produits plus complexes sont requis, des produits qu'une IMF ne peut probablement pas offrir toute seule.

TYM (Vietnam) et CARD (Philippines) ont toutes deux connu des expériences négatives en essayant par elles-mêmes d'améliorer la valeur pour le client. Elles ont proposé une assurance-vie de crédit sur une base d'une auto-assurance et ont généré des excédents considérables. Par conséquent, elles ont pensé qu'il serait bien d'offrir d'autres prestations, en incluant d'autres membres de la famille ou en couvrant des risques supplémentaires. Toutefois, elles ont ajouté ces prestations sans évaluer l'impact qu'elles pourraient avoir sur les déclarations de sinistre. En conséquence, le plan d'épargne retraite de CARD a pratiquement conduit la société à la faillite, et la prestation d'hospi-

3 Dans certains cas, les préférences idéologiques peuvent jouer un rôle important dans la sélection du partenaire. Par exemple, Shepherd a sélectionné des partenaires d'assurance publics car il considère cela comme un devoir national de travailler avec un assureur public.

4 La pertinence de l'assurance-vie de crédit fait débat. Certaines IMF pensent qu'il s'agit d'un moyen inutilement compliqué de gérer des pertes liées au prêt suite au décès, et elles préfèrent simplement annuler le prêt et la provision en conséquence. Un tel argument pourrait se défendre pour les pertes liées au prêt prévisibles suite au décès, mais ne serait pas adapté si une IMF est victime d'une catastrophe naturelle ou d'autres risques covariants. L'approche provisionnelle n'est également pas pertinente pour les petites IMF qui ne peuvent pas se permettre d'annuler les prêts, ou pour les IMF accordant de plus gros prêts, créant un risque de concentration, ou si les taux de mortalité sont instables ou changeants, comme dans une zone dont l'incidence de VIH/SIDA est élevée.

talisation de TYM menace d'en faire de même, malgré le montant très modeste de l'indemnité.

Une autre préoccupation concernant l'auto-assurance est la mesure dans laquelle une IMF va pouvoir s'en sortir si elle est victime de pertes catastrophiques. On ne peut jamais suffisamment insister sur ce problème. La raison principale pour laquelle les IMF ne devraient pas s'auto-assurer, en plus de ne pas avoir l'expertise nécessaire pour tarifer et concevoir les produits de façon appropriée, est qu'elles auront des difficultés à satisfaire aux déclarations de sinistre si beaucoup de clients sont affectés par un risque au même moment. Puisque ce ne sont pas des assureurs formels, elles n'ont pas accès à la réassurance, qui correspond au moyen grâce auquel les assureurs affrontent les risques covariants. Les réassureurs créent essentiellement une plus grande mise en commun des risques que celle qu'un assureur peut obtenir tout seul, en répartissant les risques au-delà des frontières nationales, mais seuls les assureurs disposant d'une licence peuvent accéder à la réassurance *(voir chapitre 5.4)*.

VimoSEWA (Inde) a durement appris cette leçon. Après plusieurs années d'expériences négatives avec des partenaires d'assurance, VimoSEWA a commencé à offrir une assurance maladie en interne en 1996, puis a ajouté une assurance pour les actifs en 1998. Initialement, le passage de VimoSEWA à l'auto-assurance a eu des avantages financiers et de service positifs : les indemnités étaient versées plus rapidement et les déclarations n'étaient pas rejetées, et VimoSEWA a commencé à constituer des réserves. Cependant, lorsque le tremblement de terre de janvier 2001 a frappé le Gujarat, plus de 3,4 millions de Rs. (75 000 $US) étaient nécessaires pour répondre aux déclarations de sinistre, engendrant un sérieux effort financier. Avant le tremblement de terre, les remboursements annuels pour la protection des actifs se situaient en dessous de 30 000 Rs. (662 $US). Cette expérience a permis à VimoSEWA d'évaluer le besoin en réassurance, et a conduit l'organisme à revenir à l'approche partenaire-agent.

Alors que les catastrophes naturelles comme les inondations et les tremblements de terre sont généralement utilisées comme exemples pour éloigner les IMF de l'auto-assurance, c'est un événement plus banal (un accident de camion dans lequel plusieurs emprunteurs sont décédés) qui a convaincu ASA de trouver un partenaire d'assurance. Si les IMF commencent à offrir des prêts plus importants, elles peuvent se rendre compte que le décès de seulement quelques emprunteurs peut sérieusement épuiser un fond d'auto-assurance. Les IMF plus petites sont également plus vulnérables si elles s'auto-assurent car elles ont une mise en commun des risques réduite (bien qu'elles soient aussi dans une position plus faible pour engager un partenariat approprié avec un assureur).

Le point principal est qu'une IMF s'auto-assurant doit bien réfléchir à la façon dont elle va contrôler les risques covariants. Elle pourrait exclure de tels risques pour limiter son exposition, comme l'a fait Spandana, bien qu'une telle approche mène à l'abandon des clients au moment où ils ont le plus besoin d'aide. En outre, exclure la couverture n'aide pas l'IMF à gérer son risque lié au crédit dans une situation catastrophique. Une IMF s'auto-assurant pourrait également résoudre ce problème en achetant une couverture pour les catastrophes auprès d'une compagnie d'assurance, afin que l'IMF couvre les risques idiosyncratiques internes tout en externalisant les risques covariants vers un assureur.

Un autre argument pour ne pas faire cavalier seul est que, dans de nombreux pays, il est illégal d'offrir une assurance sans disposer d'une licence. Les autorités de régulation ne se soucient pas des petits systèmes de micro-assurance. Certains organismes réussissent à déguiser leurs systèmes en appelant le service « prestations pour membre » au lieu d'« assurance ». Les autorités de régulation en assurance peuvent être prêtes à fermer les yeux, ou peuvent même ne pas être informées de l'existence de ce système. Cependant, une fois que le système atteindra une ampleur significative, il va sûrement attirer l'attention. En outre, les IMF réglementées ne sont probablement pas autorisées à conserver des passifs d'assurance dans leurs bilans comptables, ainsi pour elles (ou pour les IMF prévoyant d'évoluer), l'auto-assurance peut ne pas être une option. Les bailleurs de fonds deviennent également de plus en plus méfiants vis-à-vis des organismes de soutien qui contournent les réglementations en matière d'assurance.

Certaines IMF, comme TYM, choisissent l'auto-assurance car elles veulent conserver les fonds comme source de capital d'emprunt. La situation au Vietnam est unique car le cadre réglementaire a empêché les IMF d'accéder à la finance en général, sauf aux bailleurs de fonds qui sont devenus quelque peu parcimonieux. Par conséquent, TYM (et d'autres IMF vietnamiennes) ont dû être créatives pour satisfaire à leurs exigences de fonds. Le fonds d'assurance de TYM est une source de capital d'emprunt, malgré le fait qu'il est imprudent d'associer les risques d'assurance et les risques liés au crédit.

Une autre raison pour laquelle les IMF pourraient vouloir s'auto-assurer est qu'elles ne veulent pas partager les bénéfices liés à l'assurance avec un autre organisme. De même, si faire cavalier seul se traduit par des coûts liés aux frais généraux plus faibles, la couverture pourrait être moins chère pour les clients. Par conséquent, certaines IMF soutiennent qu'elles peuvent fournir une plus grande valeur pour le client sans impliquer un assureur. Comme le montre l'illustration 47, en utilisant le taux de déclarations de sinistre (le pourcentage des primes remboursées aux titulaires des contrats sous forme d'indemnités) comme indicateur de la valeur pour le client, cette preuve

suggère que l'auto-assurance offre une plus grande valeur, même si c'est à partir d'un très petit échantillon de cas.

Tableau 47

L'auto-assurance offre-t-elle une plus grande valeur au client ?

Auto-assurance		***Partenaire-agent***	
IMF	*Taux de déclarations de sinistre*	*Assureur*	*Taux de déclarations de sinistre*
TYM	53	AIG Ouganda	37
Spandana	85	Madison	10

Les systèmes internes devraient être plus efficaces. Beaucoup d'argent est économisé sur la gestion et le marketing car le produit a tendance à être simple et il existe généralement un seul produit pour tous. En outre, les systèmes internes ne se plient pas à la rigueur technique ou à la réglementation en matière d'assurance, qui sont toutes deux onéreuses. Ils n'ont également pas à payer les frais généraux supplémentaires et la marge de bénéfice d'une compagnie d'assurance.

En plus des coûts, la norme de service pour le paiement des indemnités constitue un autre aspect de la valeur pour le client. Pour les IMF qui ont essayé de travailler avec des assureurs et qui ont abandonné, les problèmes liés aux déclarations de sinistre, dont les retards et les rejets, sont probablement la principale raison de la séparation. Si l'IMF s'auto-assure, elle peut payer les indemnités rapidement et imposer des exigences de documentation moins onéreuses pour les bénéficiaires. Par exemple, lorsque Spandana collaborait avec LIC, les indemnités prenaient souvent deux à trois mois, voire plus, pour être versées. L'IMF a rapatrié le système en interne, et maintenant 73 % des indemnités sont payées dans les huit jours.

Les experts ont des opinions variées au sujet de l'auto-assurance. Leftley (2005) croit fortement qu'il n'y a aucune bonne raison pour que les IMF doivent supporter le risque d'assurance tant qu'il y a une capacité de souscription existante dans le pays. D'autres experts sont plus ouverts d'esprit quant à cette question, prêts à concéder que l'auto-assurance pourrait même être préférable à l'approche partenaire-agent si certaines conditions sont réunies : 1) l'IMF est suffisamment grande pour mettre en commun les risques (au moins 10 000 membres) et ces risques sont raisonnablement homogènes, 2) le produit reste simple, 3) l'IMF obtient la couverture des catastrophes auprès d'une compagnie d'assurance, 4) l'IMF utilise une assistance technique appropriée pour l'aider à la conception des produits, à la tarification, à la gestion des données et au contrôle de la performance, et 5) les autorités de régulation le permettent.

Enfin, il y a des cas pour lesquels une IMF choisit de faire cavalier seul, malgré un marché de l'assurance actif, car elle n'est pas en mesure d'inciter des compagnies d'assurance à fournir la couverture recherchée par les clients à un prix accessible. Opérer seule dans de telles conditions doit se faire avec une extrême prudence. Si le marché est réticent à fournir un service pour un tarif particulier, c'est qu'il existe souvent une bonne raison : une incertitude quant à la viabilité.

1.4 Créer une compagnie d'assurance

La quatrième option est qu'une IMF ou une association d'IMF crée sa propre compagnie d'assurance. Depuis de nombreuses années, dans plusieurs pays, les unions de crédit et les coopératives répondent à leurs besoins en assurance par le biais d'assureurs détenus par l'association et ses membres. Comme expliqué au chapitre 4.1, l'approche typique consiste pour les unions de crédit à créer une société de courtage qui facilite l'accès à l'assurance pour les UC et les membres. Au fil du temps, la société de courtage développe suffisamment d'expertise dans la souscription, le règlement des sinistres et la gestion des données, et amasse suffisamment de fonds pour établir une compagnie d'assurance détenue par une union de crédit.

Dans certaines juridictions, il pourrait être approprié pour d'autres types d'IMF ou d'associations d'IMF de créer leur propre compagnie d'assurance. En effet, c'est ce qu'a fait CARD, en créant une société mutualiste « détenue » par les membres, mais structurée pour répondre aux besoins en assurance de l'IMF. Certains des avantages de la création d'une compagnie d'assurance par rapport à l'auto-assurance sont les suivants :

- répartition des risques liés au crédit et des risques liés à l'assurance entre deux organismes différents,
- garantie que l'expertise est mise en œuvre pour la gestion de l'activité liée à l'assurance,
- possibilité de collaborer avec plusieurs réseaux de distribution pour étendre l'assurance aux populations pauvres et par conséquent atteindre plus de personnes,
- accès à la réassurance proposé aux micro-assureurs.

Par rapport à l'approche partenaire-agent, une compagnie d'assurance détenue par une IMF permet à l'IMF d'exercer plus d'influence sur la conception du produit et les normes de service. De plus, cela permet aux bénéfices d'être redistribués aux titulaires des contrats. Toutefois, la gestion de la compagnie d'assurance devrait rester à bonne distance de l'IMF afin de

ne pas compromettre la pertinence de ses décisions relatives à l'assurance. Une longue réflexion devrait en particulier être apportée à la stratégie d'investissement, car il est imprudent de mélanger les risques liés au crédit et ceux liés à l'assurance en investissant une trop grosse proportion des primes dans le portefeuille de prêts de l'IMF *(voir chapitre 3.6)*.

La transformation d'un système d'assurance informelle en une compagnie d'assurance pose de vrais défis. Dans certaines juridictions, il peut y avoir des exigences de lancement et de reporting significatives qui ne justifient pas l'effort d'investissement. Depuis des années, SEWA vise à créer une compagnie d'assurance. Cependant, elle n'est pas capable de lever le capital nécessaire minimum et les autorités de régulation indiennes ne veulent pas faire une exception pour la micro-assurance.

2 Le type d'assurance

Les motivations manifestées par une IMF sont l'un des facteurs clés dans la décision du type d'assurance. En règle générale, elles se rangent dans deux catégories : 1) les organismes qui veulent offrir une assurance principalement pour réduire leurs risques liés au crédit en étant capables de rembourser les prêts si les emprunteurs décèdent ou sont trop malades pour rembourser et 2) les IMF qui sont principalement motivées par le fait d'aider leurs clients dans la gestion des risques et de faire face aux crises et aux tensions économiques *(voir encadré 85 pour un exemple de cette seconde catégorie)*. Bien sûr, de nombreux organismes peuvent être motivés par les deux objectifs, mais leur motivation principale influencera probablement leur choix des services d'assurance et du moyen de distribution.

Encadré 85

Réduire la vulnérabilité des populations pauvres : l'exemple de Shepherd, Inde

Shepherd indique clairement que sa motivation pour offrir une assurance est de réduire la vulnérabilité des populations pauvres. En agissant ainsi, Shepherd a élaboré une stratégie complète pour la prévention et la gestion des risques qui inclut l'assurance parmi un éventail de mesures, notamment :

– **La sécurité alimentaire :** il est demandé aux membres du groupe d'économiser une poignée de riz à chaque réunion ; comme cette réserve de riz s'accumule, les membres du groupe peuvent en emprunter, ou bien ce riz peut être donné aux membres de la communauté qui en ont plus besoin.
– **La sécurité du revenu par le biais de l'assurance-vie :** l'activité essentielle de Shepherd est la fourniture de services d'épargne et de crédits par le biais de groupes d'entraide (SHG), par lesquels les prêts sont typiquement utili-

sés pour soutenir les activités génératrices de revenu. Pour protéger le ménage du décès d'un soutien de famille, les membres du groupe (et leurs conjoints) peuvent choisir entre quatre systèmes d'assurance-vie différents qu'offre Shepherd pour le compte de compagnies d'assurance.

– **La sécurité du revenu avec le bétail :** pour les membres de SHG qui souscrivent des prêts pour les vaches ou autre bétail, Shepherd encourage une stratégie en trois volets : prévention, promotion et protection. La *prévention* est abordée par le biais de centres de soins pour bétail qu'organise Shepherd afin qu'un vétérinaire puisse identifier et traiter le bétail qui constitue l'actif principal des ménages pauvres. Pour la *promotion*, Shepherd a formé des vétérinaires « aux pieds nus » pour éduquer les membres des SHG pour que ces derniers s'occupent correctement de leurs animaux et fournissent un traitement continu si nécessaire. Pour la *protection*, Shepherd offre une assurance pour le bétail volontaire pour le compte d'une compagnie d'assurance couvrant le décès naturel et accidentel des animaux.
– **La sécurité sanitaire :** en 2003, Shepherd a introduit UniMicro Health Insurance en partenariat avec United India Insurance Corporation (UIIC) pour couvrir les traitements d'hospitalisation *(voir tableau 18 au chapitre 3.1)*. Afin de compléter le produit d'assurance, Shepherd organise des centres médicaux réguliers pour effectuer des bilans de santé pour les maladies et les affections. Shepherd propose également des prêts d'urgence qui sont principalement utilisés pour l'accouchement par le biais de son Sugam Fund *(voir encadré 23 au chapitre 2.4)*.
– **La sécurité des actifs :** une clause sur le produit UIIC UniMicro inclut une assurance hutte qui prévoit le versement d'une indemnité de 100 $US si la maison du titulaire de contrat brûle.

Source : d'après Roth et al., 2005.

En général, il est plus simple pour les IMF de la première catégorie de satisfaire à leurs objectifs que pour celles de la deuxième catégorie. En raison de sa relative simplicité, l'assurance basique liée au crédit est certainement plus disponible pour l'IMF et plus accessible pour le client, et il est très probable que l'IMF puisse l'offrir elle-même, alors que la couverture complète, pour protéger les populations pauvres des nombreux risques qui les menacent vraiment, est très difficile à offrir par une IMF elle-même et peut ne pas être disponible à partir d'autres sources.

Si les IMF sont motivées pour offrir l'assurance principalement parce qu'elles veulent aider leurs clients à gérer les risques, et si elles n'offrent pas déjà une épargne, alors cela devrait être leur première priorité (lorsque la loi les autorise à accepter des dépôts). Comme décrit au chapitre 1.2, les popula-

tions pauvres sont vulnérables à de nombreux risques et tensions économiques, dont plusieurs représentent des dépenses relativement petites mais gênantes pour lesquelles l'assurance n'est pas une solution appropriée. L'assurance couvre de plus grosses pertes et est très spécifique au risque ; par exemple, une police d'assurance-vie ne peut pas aider quelqu'un dont les objets de valeur ont été volés, ou l'assurance maladie ne peut pas aider quelqu'un à reconstruire une maison détruite. L'épargne (et les prêts d'urgence) sont plus souples et réactifs que l'assurance pour ce qui est d'affronter les risques. La principale difficulté avec l'épargne comme moyen de faire face aux risques est que les fonds sont souvent insuffisants pour couvrir la perte et que leur utilisation laisse l'épargnant vulnérable à d'autres risques.

Les IMF ayant un plus large objectif de développement devraient aussi envisager d'aider leurs clients à prévenir ou à réduire leurs risques, à l'image de Shepherd qui le fait en offrant des ateliers santé et des centres de soins pour bétail. Alors qu'une IMF pourrait mettre en place des stratégies de prévention pour remplir sa mission sociale, de telles mesures pourraient avoir l'avantage supplémentaire de réduire les déclarations de sinistre, ayant un effet positif et un impact rentable sur les résultats des déclarations de sinistre *(voir chapitre 3.9)*.

Un compromis semble voir le jour entre atteindre de nombreuses personnes avec un produit simple et toucher moins de personnes avec une assurance volontaire plus complexe et variée. En règle générale, il est logique que les IMF commencent avec une police d'assurance simple pour se former à l'assurance. Les produits simples fonctionnent mieux car ils sont plus faciles à gérer et plus simples à comprendre pour les clients. Une fois que les IMF savent comment gérer les risques assurables (soit par elles-mêmes, soit en partenariat avec un assureur), elles peuvent alors évoluer et fournir une couverture répondant mieux aux besoins des clients. De même, une fois que le marché comprend mieux ce qu'est l'assurance, et commence à développer une culture d'assurance, les clients sont plus disposés à payer pour de plus larges prestations.

En sélectionnant des produits d'assurance, il est important que les IMF reconnaissent qu'elles ne peuvent pas couvrir tous les risques et que les clients ne peuvent pas se permettre d'acheter plusieurs produits d'assurance. En fait, cela pourrait constituer une raison d'éviter totalement l'assurance, puisque l'IMF ne veut pas que les clients payent des primes d'assurance au détriment des remboursements de prêts ou des dépôts d'épargne. Si l'IMF décide vraiment d'aller de l'avant avec l'assurance, le défi est d'arriver à trouver les solutions les plus économiques aux principaux problèmes de ses clients.

2.1 Intégrée ou indépendante ?

Pour offrir une assurance de manière rentable aux populations pauvres, l'une des principales stratégies est de l'associer à un autre service financier, comme l'épargne ou les prêts, afin que les coûts de transaction puissent être réduits. Dans la mesure où le crédit est l'activité centrale de la plupart des IMF, les échéances de l'assurance et des prêts peuvent coïncider afin que les clients puissent renouveler leur prêt et leur assurance en même temps. Par l'association de la couverture au prêt, l'IMF peut aussi faciliter le paiement de la prime en l'ajoutant au montant du prêt. Cependant, comme l'explique le chapitre 2.3, tout le monde ne veut pas forcément de prêt, et même les personnes souhaitant des prêts n'en veulent pas tout le temps, et donc l'assurance liée au crédit fournit une couverture incomplète.

Par conséquent, un lien entre l'épargne et l'assurance offre non seulement une couverture plus continue que la relation crédit-assurance, mais il peut également réduire considérablement les coûts de transaction. Pour le produit d'assurance vie-épargne, par exemple, il n'y a pas de coûts de transaction pour les clients puisqu'ils n'ont pas à payer de prime (ils acceptent à la place un taux d'intérêts plus faible sur leurs épargnes). Pour d'autres produits d'assurance liés à l'épargne, les primes peuvent aussi être payées en déduisant automatiquement le montant de l'épargne, même s'il y a un risque pour les relations publiques car les épargnants ne sont peut-être pas conscients que l'argent est déduit *(voir chapitre 3.3)*.

Du point de vue de l'IMF, les produits d'assurance les plus judicieux sont intégrés ou associés aux services clés de crédit voire d'épargne de l'organisme. Non seulement les produits intégrés améliorent l'efficacité, mais ils boostent également les produits principaux de l'IMF. Par exemple, l'assurance des biens est la plus appropriée lorsqu'elle est liée aux actifs achetés avec un prêt de l'IMF, tels qu'une maison, du matériel de travail ou du bétail.

Cependant, envisager l'assurance indépendante peut se justifier. Même si les exemples principaux tirés de ces études de cas d'assurance indépendante offerte par le biais des IMF étaient issus des unions de crédit, d'autres types d'IMF pourraient considérer l'assurance indépendante comme un secteur de croissance possible. L'un des plus gros défis serait la structuration du personnel, puisque la vente d'une assurance indépendante nécessiterait une meilleure expertise du personnel de terrain *(voir chapitre 3.7)*.

L'argument le plus fort en faveur des produits d'assurance indépendante est la possibilité de conserver les titulaires de contrats qui veulent arrêter d'emprunter. Les IMF qui offrent une assurance liée aux prêts devraient sérieusement envisager une police permettant aux clients de garder leur couverture d'assurance entre deux prêts. Tant que la méthode de collecte des

primes d'une IMF reste indépendante d'un prêt, il s'agit plutôt d'un produit à faible risque car il ne nécessite pas de sélection supplémentaire.

Une deuxième raison d'offrir une assurance indépendante est d'élargir le marché de l'IMF, en touchant des personnes qu'elle ne peut pas desservir par le biais de l'épargne et des prêts. Si l'IMF adopte en effet cette approche et qu'elle vend de la micro-assurance à des non-membres, l'organisme (ou ses partenaires d'assurance) est vulnérable aux risques d'antisélection. Pour contrôler ce risque, l'assurance devrait seulement être offerte aux personnes qui ont rejoint un groupe à des fins autres que l'accès à l'assurance, ou devrait augmenter les prestations progressivement au fil du temps *(voir chapitre 3.1)*.

2.2 Problèmes avec l'assurance à long et à court terme

L'assurance à court terme est plus simple à offrir pour les IMF que la couverture à plus long terme. Il est plus facile de prédire si un événement assuré va se produire dans l'année qui suit que dans les cinq ou dix prochaines années. Si un assureur commet des erreurs dans la tarification, il doit s'y conformer uniquement pendant une courte période, ensuite il peut faire des ajustements. Il est fortement conseillé aux institutions de micro-finance de ne pas s'impliquer elles-mêmes dans une assurance à long terme.

De plus, de nombreuses IMF ne sont pas en position d'offrir une assurance à long terme en partenariat avec une compagnie d'assurance, car leurs systèmes de distribution sont typiquement axés sur les prêts à court terme. En Inde, Tata-AIG (un assureur) et la Bridge Foundation (une IMF) se sont associés pour vendre un produit d'assurance à long terme qui exigeait que les primes soient collectées sur plusieurs années. L'essai s'est avéré un échec car le terme du prêt et le terme de l'assurance ne coïncidaient pas. Lorsque les clients ont décidé de cesser d'emprunter, l'IMF ne disposait pas de mécanisme pour qu'ils continuent à payer leurs primes, conduisant à de nombreux défauts de paiement de polices.

Une IMF qui utilise un compte d'épargne comme mécanisme de distribution pourrait, en théorie, offrir une assurance à long terme. Cependant les institutions de micro-finance peuvent voir en l'assurance à long terme offerte pour le compte d'une compagnie d'assurance un adversaire pour les produits d'épargne de l'IMF.

2.3 Assurance maladie

L'assurance maladie est un produit difficile à offrir pour les IMF, mais il y a certains exemples (comme BRAC et Grameen au Bangladesh, SEWA et Shepherd en Inde, AssEF au Bénin, les IMF collaborant avec Microcare en

Ouganda, et TYM au Vietnam) qui donnent des idées et apportent des enseignements à d'autres IMF. Le lien entre les services clés de l'IMF et l'assurance maladie n'est pas particulièrement fort et, par conséquent, la plupart des IMF ont tendance à se tenir à l'écart d'un produit d'assurance aussi complexe et onéreux.

Deux arguments irréfutables peuvent néanmoins attirer les IMF dans les eaux agitées de l'assurance maladie. Tout d'abord, les IMF à fort caractère social peuvent se considérer comme bien plus qu'une institution de micro-finance, ce qui est certainement le cas avec les IMF qui proposent une assurance maladie au Bangladesh et en Inde.

Le deuxième argument est que les dépenses de santé, pour les emprunteurs et les membres de la famille, pourraient avoir un impact négatif sur le portefeuille de prêts d'une IMF. Ce fut l'une des motivations se cachant derrière la relation initiale de FINCA Ouganda avec Microcare. La situation pour AssEF était similaire. Son étude de marché a déterminé que, sans protection contre le risque financier associé à la maladie, les membres d'AssEF utilisaient souvent les prêts générés par leur revenu pour payer les dépenses de santé, et avaient alors du mal à rembourser le prêt. Leurs autres options pour couvrir les dépenses de santé, à savoir retirer de l'argent de leurs comptes d'épargne, emprunter à des prêteurs ou vendre du matériel servant à la production, avaient toutes des effets négatifs sur la micro-entreprise, et par conséquent sur le portefeuille de prêts de l'IMF. AssEF a cherché à traiter la cause d'origine de ce problème en fournissant une assurance maladie.

D'après les expériences des IMF offrant une assurance maladie, il existe trois modèles possibles :

1. Modèle déterminé par le prestataire de santé

Les programmes de micro-assurance maladie de BRAC et Grameen Kalyan sont construits autour de leurs propres cliniques médicales, qui offrent la plupart des services de soins de santé. Dans le cas de BRAC, les cliniques et le système d'assurance sont gérés séparément. Dans les deux cas, les cliniques et le système de soins de santé sont indépendants des opérations de micro-finance de leur société mère. Le seul lien est que les membres de l'institution de micro-finance obtiennent une remise sur les primes, et le personnel de l'institution de micro-finance est impliqué de façon informelle dans le marketing.

2. Modèle partenaire-agent

VimoSEWA, Shepherd et Constanta Foundation (Géorgie) proposent tous une assurance maladie pour le compte d'une compagnie d'assurance. De fait, les IMF sont principalement responsables des ventes et de l'éducation du client, mais (à l'exception de VimoSEWA) ne sont pas impliquées dans la

conception du produit, la gestion des données ou le paiement des indemnités, ni dans la fourniture de soins de santé.

3. Auto-assurance
AssEF et TYM fournissent elles-mêmes l'assurance, incluant la conception du produit et la prise en charge du risque. Dans le cas de TYM, elle offre une prestation d'hospitalisation de 200 000 VND (13 $US) payable une seule fois au cours d'une vie, elle est ainsi à la fois simple et de valeur limitée. AssEF, en revanche, fournit une couverture très complète, incluant 70 % de nombreuses dépenses de santé du moment qu'elles sont effectuées par des prestataires de soins de santé sous contrat. Le service d'assurance de l'IMF verse les indemnités directement aux cliniques et aux hôpitaux.

Il serait judicieux pour les IMF souhaitant offrir une assurance maladie de tenir le système à distance de leurs activités de micro-finance. Contrairement à l'assurance-vie, où il est avantageux pour l'IMF de gérer les déclarations de sinistre, l'IMF devrait se tenir à l'écart de la charge administrative du traitement des sinistres dans le cadre de l'assurance maladie. En outre, comme l'explique le chapitre 2.1, il est difficile pour la micro-assurance maladie d'être indépendante. Par conséquent, les IMF doivent s'assurer que toute perte liée à l'assurance n'a pas un effet négatif sur leurs opérations de micro-finance.

Ironie du sort, AssEF a rencontré le problème inverse : le système de micro-assurance a souffert à cause de la mauvaise performance du portefeuille de prêts. Comme la micro-assurance a été intégrée comme service facultatif supplémentaire pour les membres de l'institution de micro-finance, l'assurance a tout d'abord récolté les bénéfices de la confiance des membres. Cependant, en raison d'une concurrence de plus en plus forte entre les micro-prêteurs, l'IMF a connu des taux élevés de défauts de paiement et d'abandons. Ces difficultés ont mené à une perte de motivation du personnel et à une déviation de la collecte des primes en faveur du remboursement des prêts.

2.4 Une assurance pour les IMF ?

En plus de considérer quels produits d'assurance offrir à leurs clients, les institutions de micro-finance ont aussi besoin d'examiner leurs propres besoins en assurance. Il est intéressant de remarquer que l'implication d'AIG dans la micro-assurance en Ouganda a commencé durant des négociations autour de la couverture commerciale pour FINCA. Les IMF travaillant en partenariat avec une compagnie d'assurance devraient envisager la création d'une enveloppe englobant tous leurs besoins en assurance, ceux de l'IMF et de ses

clients, lors des négociations afin d'obtenir un contrat plus avantageux. De plus, si les membres du personnel sont couverts par certaines des polices qu'ils vendent également aux clients de l'IMF, cela permet de garantir que le personnel comprend la police. S'ils n'apprécient pas le produit, il y a de grandes chances pour que les clients de l'IMF ne l'apprécient pas non plus.

En général, les IMF devraient évaluer si elles ont besoin des types de couverture d'entreprise suivants :

- **Assurance-vie et maladie pour les employés** : les IMF devraient s'intéresser à la protection de leurs actifs les plus précieux, à savoir leurs employés. Des investissements modestes dans des polices d'assurance-vie et maladie pour les employés et leurs familles peuvent générer des retours significatifs sous forme de fidélisation du personnel, de productivité élevée et de baisse du nombre de jours ouvrés perdus pour cause de maladie.
- **Assurance fidélité :** les obligations garantissent un paiement ou un remboursement des pertes financières résultant de la malhonnêteté, de l'échec de performance et d'autres actions. L'assurance fidélité est l'un de ces types d'obligations, et protège l'IMF des pertes encourues résultant d'actes frauduleux perpétrés par des types précis de membres de personnel.
- **Stockage et manipulation de l'argent :** toute IMF qui stocke ou transporte de l'argent en espèces est vulnérable au vol. Comme le montant de l'argent en espèces dans les coffres-forts ou transporté aux banques augmente, il serait judicieux que les IMF développent leur contrôle interne et leurs polices de sécurité avec une couverture d'assurance.
- **Pertes ou dommages causés aux biens :** de nombreuses institutions de micro-finance ont investi beaucoup d'argent dans l'infrastructure de leur succursale et de leur siège, et ces bureaux sont souvent situés dans des communautés à hauts risques. La protection contre l'incendie, le vandalisme et autre perte de biens vaut certainement la peine d'être envisagée.
- **Assurance-dépôts :** dans de nombreux pays, l'assurance-dépôts est un service public fourni par ou en association avec la banque centrale pour les institutions de dépôt et de retrait réglementées. Cependant, une telle disposition pourrait être déléguée à une compagnie d'assurance qui possède de meilleures informations que la banque centrale sur la santé de certaines institutions financières. En Pologne, par exemple, TUW SKOK offre une assurance-dépôts sur tous les comptes d'épargne dans les unions de crédit allant jusqu'à 20 000 €(25 000 $US).

3 Conclusions

Rien ne justifie qu'une IMF ait à proposer de l'assurance. En fait, la plupart des IMF devraient se concentrer sur l'amélioration de l'efficacité de leurs activités de prêts et sur l'introduction d'infrastructure d'épargne avant de se disperser avec l'assurance.

Si une IMF décide d'offrir de l'assurance, elle doit admettre qu'elle ne peut pas traiter tous les risques pour chacun ; elle doit déterminer le moyen le plus rentable d'aider les clients à résoudre leurs problèmes principaux sans mettre à mal l'activité centrale de l'organisme. Elle devrait aussi se pencher sur le fait de savoir si elle a suffisamment de compétences pour offrir de l'assurance, soit par elle-même, soit en partenariat avec une compagnie d'assurance. La formation en matière d'assurance des gestionnaires de micro-finance renforcera leur capacité à négocier des produits appropriés pour le compte de leurs clients.

Les institutions de micro-finance qui tiennent à offrir de l'assurance pour se protéger elles-mêmes, protéger leurs clients, ou les deux, devraient étudier le potentiel des partenariats avec des compagnies d'assurance. Là où de tels partenariats sont possibles, elles devraient adapter les produits et les systèmes pour satisfaire aux caractéristiques et préférences du marché des personnes à faible revenu. Lorsque l'environnement réglementaire le permet, les IMF ou associations d'IMF pourraient également considérer la création de sociétés de courtage ou même de leurs propres compagnies d'assurance, même si celles-ci doivent être gérées avec une certaine distance pour garantir que les polices de crédit n'influencent pas les polices d'assurance, et inversement.

Lors de la détermination des produits à offrir et des réseaux de distribution, il est important de considérer la meilleure façon dont une IMF peut créer une culture d'assurance sur son marché cible. Par exemple, que peut faire une IMF en termes de conception du produit, de normes de service et d'éducation du client pour créer des conditions dans lesquelles les ménages à faible revenu apprécient l'assurance et sont prêts à payer des prestations supplémentaires ?

Il demeure un fossé entre les problèmes qui menacent vraiment les populations pauvres, comme l'accessibilité aux soins de santé et la protection contre les catastrophes naturelles, et les produits d'assurance que les IMF peuvent raisonnablement offrir, même en partenariat avec un assureur. Les institutions de micro-finance doivent être réalistes concernant ce qu'elles peuvent et ne peuvent pas offrir, et à quel prix. En fait, certains types d'assurance pour les populations pauvres, comme l'assurance maladie, peuvent avoir besoin d'être subventionnés, ce qui serait peu judicieux pour une IMF ayant un modèle d'activité commerciale.

5 Le rôle des autres acteurs

5.1 Le rôle des bailleurs de fonds

Alexia Latortue

L'auteur remercie Frank Bakx (Fondation Rabobank), Jeremy Leach (FinMark Trust), Jeanette Thomas (CGAP) et Ellis Wohlner (Consultant pour SIDA) pour leurs idées et leurs suggestions. L'auteur adresse tout particulièrement ses remerciements à Aude de Montesquiou (CGAP) pour l'excellente qualité de ses recherches et l'exhaustivité des informations fournies.

Les populations pauvres des pays en voie de développement bénéficient de peu de protection face aux innombrables aléas de la vie. Sortis perdants de la grande « loterie géographique », ils vivent dans des pays pourvus d'institutions faibles, dans lesquels les économies informelles prolifèrent. Ces gouvernements sans cesse à court d'argent et dotés de systèmes inefficaces sont souvent incapables de fournir une protection sociale adéquate. Les secteurs privés et formels de ces pays sont généralement réduits à leur plus simple expression et excluent la majorité des citoyens. Les compagnies d'assurance ne font pas exception et sont souvent incapables de déceler l'opportunité commerciale que recèle le bas de la pyramide. L'exclusion de toute protection sociale et de l'assurance formelle est donc la norme.

Dans un tel contexte, quel rôle l'aide au développement international a-t-elle à jouer ? C'est la question principale à laquelle ce chapitre va tenter de répondre. Sur la base de l'initiative du CGAP (Groupe consultatif d'assistance aux pauvres) portant sur l'efficacité de l'aide, le présent chapitre vise à comprendre les systèmes des bailleurs de fonds et à analyser la manière dont ils entravent ou favorisent la mise en œuvre de bonnes pratiques. Il s'appuie également sur les « *Lignes directrices préliminaires en micro-assurance* destinées aux [...] bailleurs de fonds » pour suggérer des stratégies spécifiques que les bailleurs de fonds pourraient mettre en place pour soutenir le développement de services de micro-assurance.[1]

La micro-assurance rencontre un écho grandissant parmi les bailleurs de fonds, probablement parce qu'elle touche des points de vulnérabilité essentiels des populations pauvres. Les objectifs de la micro-assurance (aider les personnes bénéficiant de faibles revenus à gérer les risques et à rompre le cercle vicieux de la pauvreté et de la vulnérabilité) répondent aux priorités de nombreux bailleurs de fonds. Les deux visages de Janus décrits au chapitre 1.1 interpellent particulièrement les bailleurs de fonds. Que la micro-assu-

[1] Ce document a été préparé par le Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance (2003).

rance soit envisagée du point de vue de la protection sociale ou dans le contexte d'une approche secteur privé/secteur financier (ou une combinaison des deux), les bailleurs de fonds s'intéressent aux contributions de l'assurance aux Objectifs du Millénaire pour le Développement. Toutefois, l'enthousiasme des bailleurs de fonds doit susciter à la fois prudence et optimisme.

Les bailleurs de fonds[2] sont bien placés pour intervenir et corriger les insuffisances du marché aussi bien dans le secteur public que privé. L'usage habile de subventions peut servir de catalyseur pour éveiller l'intérêt d'acteurs privés envers un segment de marché nouveau et inconnu, générer des investissements ô combien nécessaires dans les infrastructures sociales, telles que les établissements locaux de santé, contribuer à renforcer les capacités des acteurs locaux et encourager la modification des contrats afin de supprimer les barrières en interdisant l'accès.

1 Un cadre analytique

La micro-assurance comporte de multiples facettes et nécessite de travailler à tous les niveaux du marché *(illustration 34)*. Concernant la clientèle, les points essentiels portent sur (1) la capacité des prestataires en contact direct avec les particuliers à proposer des services d'assurance adaptés aux personnes à faible revenu (niveau « micro »), (2) l'infrastructure de services et l'assistance de second niveau destinées aux prestataires au niveau micro pour réduire les coûts, améliorer l'information et la transparence du marché, et prendre de l'ampleur (niveau « méso ») et (3) l'environnement contractuel (niveau « macro »).

2 Pour les besoins de ce chapitre, le terme de bailleurs de fonds englobe les organismes bilatéraux et multilatéraux, les banques régionales de développement, les fondations et les investisseurs socialement responsables. La plupart des commentaires sont également applicables à d'autres organismes finançant la micro-assurance ou concevant et gérant des programmes de micro-assurance pour le compte de bailleurs de fonds, tels que les organisations internationales non-gouvernementales (ONG), les consultants et les réseaux internationaux.

Illustration 34

Un cadre analytique pour les bailleurs de fonds en matière de micro-assurance

L'acquisition d'une parfaite compréhension du marché à ces trois niveaux est une première étape importante pour tout bailleur de fonds envisageant d'intervenir dans le domaine de la micro-assurance. Le contexte national a son importance, ainsi que le niveau de développement du marché. Pour permettre à la micro-assurance de prospérer, il est impératif de comprendre les besoins des clients et de promouvoir l'éducation en matière d'assurance. Un éventail de prestataires d'assurance (assureurs commerciaux, coopératives, mutuelles, etc.) et de mécanismes de distribution est nécessaire pour servir la population sans avoir accès à ses lieux de vie et de travail. Pour que ces détaillants puissent gagner en puissance et transparence, ils doivent avoir accès à toute une gamme de services, allant de la réassurance et de la formation à des centres d'échange d'informations nationaux. Enfin, l'environnement réglementaire et contractuel général est essentiel à la protection des consommateurs, à la réduction des barrières empêchant l'accès à l'assurance, et à l'épanouissement de la concurrence.

2 Exigences vis-à-vis des bailleurs de fonds pour un soutien efficace de la micro-assurance

S'ils ne possèdent pas les connaissances et les ressources nécessaires, des bailleurs de fonds trop zélés peuvent concevoir des programmes inefficaces qui

n'atteignent jamais une ampleur significative et gaspillent l'argent investi. Pire encore, l'échec de systèmes de micro-assurance peut éveiller la méfiance de clients déjà très suspicieux à l'égard des services d'assurance, et des prestataires d'assurance, sceptiques vis-à-vis de ce nouveau segment de marché. Des interventions de bailleurs de fonds bien menées peuvent en revanche générer un nouvel intérêt, un savoir-faire, des innovations et des résultats convaincants pour ce qui est de l'élargissement aux plus démunis de l'accès aux services d'assurance.

Les éléments nécessaires aux bailleurs de fonds pour mettre en place des programmes efficaces ont été mis en évidence grâce aux travaux du CGAP sur l'efficacité des aides.[3] Décrits sous la forme de l'Étoile d'Efficacité de l'Aide *(illustration 35)*, cinq éléments clés fournissent un cadre utile pour débattre des prérequis nécessaires aux bailleurs de fonds pour soutenir efficacement des services d'assurance destinés aux plus démunis. Si tous les éléments de l'Étoile d'Efficacité de l'Aide ont leur importance, tous les bailleurs de fonds ne peuvent pas disposer de compétences équivalentes pour les cinq. Les bailleurs de fonds devraient plutôt utiliser ces cinq éléments pour évaluer leurs systèmes internes et identifier des points susceptibles d'être améliorés. Ils peuvent se servir de cette analyse pour déterminer 1) *s'il* est judicieux d'intervenir dans le domaine de la micro-assurance et 2) *comment* intervenir en mettant à profit leurs atouts.

Illustration 35

L'Étoile d'Efficacité de l'Aide

3 Par exemple, voir Cook et al., 2005.

2.1 Clarté stratégique

Le bailleur de fonds a-t-il une vision et une compréhension claires de ce qu'est la micro-assurance, de la façon dont elle contribue aux objectifs de développement globaux de l'organisme, et des éléments nécessaires pour que l'organisme soutienne efficacement la micro-assurance ?

L'intérêt du bailleur de fonds pour la micro-assurance peut avoir des origines diverses, notamment la protection sociale, la santé, l'agriculture, la gestion des risques ou les services financiers. Il n'est donc pas surprenant que des programmes de micro-assurance puissent provenir de différents départements au sein d'un même organisme bailleur de fonds. À l'OIT par exemple, le programme Finance et Solidarité adopte un point de vue financier, alors que le programme STEP s'intéresse à la perspective de la protection sociale. Quelques organismes bailleurs de fonds disposent de départements ou d'unités spécialisés dans l'assurance.

La dispersion des activités de micro-assurance au sein des organismes bailleurs de fonds pourrait nuire au partage des informations et altérer l'impact des activités. Le personnel des bailleurs de fonds fonctionne souvent en « silos ». Des collègues travaillant sur la même question, mais adoptant des perspectives différentes, peuvent ne pas s'adresser la parole et même ne rien savoir de leurs activités réciproques.

Il existe quelques projets de micro-assurance autonomes dans les portefeuilles des organismes bailleurs de fonds, mais l'assurance s'inscrit généralement dans des projets de plus grande envergure comme l'un de leurs composants. Ce statut secondaire empêche l'assurance de bénéficier de l'attention spécifique qu'elle requiert. Il est rare qu'une partie de l'organisation soit soumise à un contrôle obligatoire ou à une autorité de contrôle de la qualité.

La clarté stratégique affecte également la façon dont les bailleurs de fonds interagissent avec les principaux acteurs sur le terrain : le gouvernement, le secteur privé et la société civile. Un fort penchant en faveur de l'un des visages de Janus (par ex. la protection sociale au détriment du secteur privé) influencera le choix des interlocuteurs envers lesquels les bailleurs de fonds s'engageront et le contenu des négociations. Différentes questions d'ordre politique émergeront également. S'ils adoptent le point de vue du visage de Janus consacré à la protection sociale, les bailleurs de fonds peuvent se poser cette question centrale : « Dans quelle mesure le soutien de la micro-assurance dispense-t-il les gouvernements de mettre à disposition une sécurité sociale ? » Du point de vue du secteur privé, les bailleurs de fonds peuvent se demander « s'il est judicieux de transférer les subventions des bailleurs de fonds à des compagnies privées ».

Les bailleurs de fonds ne posent jamais un regard neutre sur le problème. La clarté stratégique influe sur la façon dont les objectifs sont définis, les spécialistes recrutés et les procédures de contrôle mises en place. Les décisions semblant consister en des mesures opérationnelles peuvent en réalité avoir d'immenses implications stratégiques. Par exemple, le choix de proposer des polices collectives plutôt qu'individuelles débouche généralement sur une assurance plus rentable, offrant une couverture plus large. Quel que soit le point de vue adopté, les clients doivent être au centre de toutes les décisions prises. Les bailleurs de fonds devraient en particulier évaluer les besoins des clients en termes de stratégies de gestion des risques : l'assurance n'est pas systématiquement la meilleure solution. D'autres services comme l'épargne peuvent aider très efficacement les clients à gérer les risques.

2.2 Solides compétences du personnel

L'organisme bailleur de fonds dispose-t-il de suffisamment de personnel possédant des compétences solides dans le secteur des assurances par rapport à la taille du portefeuille d'assurances ? Même lorsque le bailleur de fonds a recours à l'externalisation, un niveau minimum de compétences en matière d'assurances doit être satisfait en interne.

Toute intervention dans ce domaine nécessite une compréhension fondamentale des principes et des pratiques de l'assurance. En outre, selon le type et le niveau d'intervention, les bailleurs de fonds peuvent avoir besoin de compétences techniques spécifiques, comme la gestion et la comptabilité d'assurance, l'actuariat, la souscription et la liquidation des sinistres, ou la connaissance de la réglementation relative à l'assurance.

Toutefois, les compétences en matière d'assurance se font rares au sein de la plupart des organismes bailleurs de fonds, et les lacunes dans le domaine de la micro-assurance sont encore plus évidentes. Ce problème est aggravé par une tendance générale du personnel des bailleurs de fonds à disposer de compétences généralistes. Le manque de spécialisation du personnel a des conséquences dramatiques sur la qualité des programmes. S'il n'est pas réaliste d'attendre de tous les organismes qu'ils disposent de spécialistes de la micro-assurance en interne, le personnel gérant des projets comprenant des activités d'assurance devrait avoir des compétences minimales lui permettant d'externaliser de façon intelligente et de savoir poser les bonnes questions.

Malheureusement, dans le cas de la micro-assurance, on observe même une pénurie de spécialistes disponibles à qui ces organismes pourraient confier ces tâches. Plusieurs organismes bailleurs de fonds ont recours aux mêmes consultants en micro-assurance, fort peu nombreux. Les réseaux des

bailleurs de fonds dans certains domaines spécialisés indispensables à l'assurance, par exemple l'actuariat et la souscription, sont restreints, voire inexistants.

Outre des spécialistes de l'assurance en interne, les bailleurs de fonds devraient, pour être efficaces, posséder une bonne connaissance du marché local. Les bailleurs de fonds décentralisés dotés d'un personnel basé dans les pays/régions visés bénéficient d'un avantage certain à ce niveau. S'ils ne comprennent pas l'environnement local, les bailleurs de fonds ne sont pas à même de juger convenablement si leurs partenaires chargés de la mise en œuvre du système évaluent les besoins prioritaires de la population cible, les types de risques auxquels elle est confrontée, les mécanismes de gestion des risques existants et la protection complémentaire dont elle a besoin.

2.3 Instruments adaptés

L'organisme bailleur de fonds dispose-t-il des instruments adaptés pour mettre en place des programmes pilotes innovants ? Le bailleur de fonds peut-il débloquer de petits financements de manière flexible selon une perspective à long terme ? Le bailleur de fonds peut-il travailler directement avec le secteur privé ?

L'éventail des instruments dont peut disposer le bailleur de fonds englobe l'assistance technique, les subventions, les prêts, les fonds d'équité, les garanties et l'assistance contractuelle. La micro-assurance étant encore au stade expérimental, les bailleurs de fonds devraient adopter une approche prudente et patiente, en fournissant des financements peu élevés, sur des périodes plus longues. Solliciter un financement commun auprès de partenaires permet de tester un engagement réel, sur le long terme. Il est nécessaire dès le départ de discuter des méthodes à mettre en place pour assurer la viabilité à long terme du projet.

L'assurance est un domaine d'activité très spécialisé. Les bailleurs de fonds devraient donc, dans la mesure du possible, chercher à collaborer avec les institutions existantes disposant déjà de ces compétences, comme les compagnies d'assurance ou éventuellement les mutuelles de santé. Toute collaboration avec des assureurs formels amène à s'interroger sur l'opportunité de fournir des subventions publiques à des compagnies privées. La plupart des agences de développement soutiennent avec enthousiasme le développement du secteur privé et les partenariats secteur public-secteur privé. Pourtant, une grande partie du personnel des bailleurs de fonds éprouve un certain malaise à accorder des fonds à des acteurs privés. De plus, il reste beaucoup à apprendre sur la façon de structurer cette aide et de prévoir d'en sortir *(voir encadré 86)*.

Encadré 86

Déclencher le rôle de catalyseur du secteur privé à l'aide de subventions publiques[4]

Les subventions accordées par des bailleurs de fonds, lorsqu'elles sont bien ciblées et assorties d'échéances, peuvent inciter le secteur privé à contribuer à corriger des lacunes et à venir à bout des insuffisances du marché. Les principes suivants régissent l'octroi de subventions au secteur privé :

- les bailleurs de fonds ne devraient financer que des activités de grande qualité reconnues comme favorisant les populations démunies, et donc capables de produire des retombées sociales mesurables ;
- le financement par des bailleurs de fonds doit permettre ou accélérer un processus qui sans cela n'aurait pas eu lieu, ou aurait nécessité bien plus de temps pour être mis en place ;
- les bailleurs de fonds doivent veiller à ne pas subventionner une activité que le secteur privé serait prêt à entreprendre seul, et à ne pas subventionner injustement la concurrence à une initiative du secteur privé ;
- les sociétés privées devraient mettre à disposition une partie de leurs propres fonds (cofinancement) et les marges/profits dégagés par l'activité ne doivent pas être excessifs ;
- les bailleurs de fonds devraient identifier les partenaires chez lesquels le plus grand effet de levier est possible ;
- les objectifs des activités financées doivent être atteints tout en assurant la viabilité commerciale du système. En d'autres termes, l'entité privée doit faire état d'un business case viable.

Sur les marchés où les assureurs privés font preuve d'intérêt vis-à-vis du marché à faible revenu (par ex. l'Inde, l'Afrique du Sud), les bailleurs de fonds peuvent jouer un rôle de catalyseur en les attirant et en les liant à des institutions capables de remplir les fonctions de front office. Dans ce cas, l'argent est moins important que les connaissances, les outils et le tissage d'un réseau.

Toutefois, la réalité de la situation dans certains pays est que les assureurs formels sont à mille lieues de se lancer sur le marché des ménages à faible revenu. Dans ces pays, différents types d'institutions non spécialisées proposent des assurances, allant des unions de crédit aux mutuelles de santé. Un financement par des bailleurs de fonds pourrait s'avérer utile selon cette perspective, en particulier sous la forme d'assistance technique et de subventions.

4 Cet encadré s'appuie sur un entretien avec Jonathon Ridley d'Enterplan, engagé dans la gestion du Financial Deepening Challenge Fund du DFID, qui a octroyé des subventions à des entreprises du secteur privé, y compris des compagnies d'assurance. Voir DFID/FSCF, 2004.

L'assistance technique peut contribuer à améliorer l'étude de marché, le développement des produits, la formation et l'éducation de la clientèle. Les subventions peuvent être utilisées pour couvrir l'acquisition d'immobilisations ou les pertes d'exploitation. Afin d'éviter de créer des facteurs dissuasifs entravant la bonne gestion et l'efficacité des activités, les bailleurs de fonds devraient couvrir les pertes d'exploitation uniquement les premières années, lorsque la base clients est restreinte et que les primes ne couvrent pas encore complètement les frais.

Les bailleurs de fonds peuvent également utiliser les prêts et les garanties de façon sélective pour soutenir la micro-assurance. Des prêts aux gouvernements de la part d'agences de développement multilatérales sont fréquemment utilisés dans le cadre de programmes de protection sociale. Les garanties servent davantage à contribuer à tisser des liens entre réassureurs et micro-assureurs *(voir encadré 87)*. Des fonds de garantie partiels dans lesquels le réassureur prend des risques importants, mais bénéficiant d'une certaine couverture assurée par les fonds du bailleur de fonds, peuvent soutenir l'entrée des réassureurs sur ce nouveau marché. La clé du succès des garanties est de définir les incitations de telle façon que les assureurs gèrent l'activité comme s'il s'agissait de leur propre argent, et de s'assurer que le soutien financier diminue sur la durée. Les bailleurs de fonds devraient solliciter l'assistance d'experts afin de structurer convenablement les fonds de garantie et devraient contrôler leur impact et leur rentabilité.

Encadré 87 **Fournir une assistance par l'intermédiaire des garanties des bailleurs de fonds**

Une garantie du DFID a joué un rôle déterminant durant la phase de lancement du Nsambya Health Insurance Plan (NHHP), connu aujourd'hui sous le nom de Microcare. Le NHHP ne disposait d'aucune réserve et n'avait aucun accès à la réassurance (en temps normal la dernière ligne de défense des assureurs après les réserves) parce qu'il n'avait pas encore le statut d'assureur réglementé. Les subventions du DFID ont permis au NHHP de tester des méthodes aidant à proposer des services aux plus démunis, comme fournir une assurance maladie aux communautés à faible revenu en accédant à la clientèle d'une institution de micro-finance. Afin de réduire les risques de son côté, le DFID a conservé un droit de contrôle sur la tarification et la réalisation des objectifs du business plan du NHHP.

Source : d'après Dror et Preker, 2002.

Certains coûts, comme les coûts de sinistres, ne devraient que rarement être couverts par les bailleurs de fonds. Les clients doivent être confrontés aux coûts réels d'une assurance bien gérée dès le début. Il est possible de faire

exception pour les systèmes de protection sociale ayant accès à d'importantes sources de financement stable (des gouvernements par exemple) et pouvant subventionner les primes pour les personnes très pauvres ou à haut risque sur le long terme. Même dans ce cas, le risque d'abandon et/ou d'effondrement financier est élevé lorsque la subvention est retirée.

À ce jour, l'essentiel du soutien fourni par les bailleurs de fonds est bien ciblé sur les activités de vente aux particuliers. Au fil du temps, les investissements au niveau de la réglementation et au niveau de l'infrastructure du marché prennent de plus en plus de poids alors que les bailleurs de fonds cherchent à encourager un système global cohérent permettant d'élargir l'accès des plus démunis aux services d'assurance. Généralement, les instruments les mieux adaptés pour agir au niveau de la réglementation et au niveau de l'infrastructure du marché englobent les subventions, l'assistance technique et l'assistance contractuelle.

2.4 Responsabilité vis-à-vis des résultats

L'organisme bailleur de fonds agit-il en toute transparence pour tous les projets incluant la micro-assurance ? L'organisme bailleur de fonds contrôle-t-il les performances des programmes de micro-assurance et prend-il des mesures sur la base des résultats ?

L'amélioration de la responsabilité vis-à-vis des subventions publiques est d'une importance primordiale. Cela nécessite davantage que des évaluations rétroactives. Des incitations visant à accroître la responsabilité devraient être mises en place à chaque étape du cycle du projet.

La micro-assurance provenant souvent de différents départements au sein d'un même organisme, il est important de définir clairement en amont les résultats désirés. Qu'est-ce qu'une bonne micro-assurance ? Parvient-elle à une viabilité financière tout en atteignant des objectifs sociaux, par ex. répondre aux besoins prioritaires des clients, améliorer la qualité des soins de santé ou favoriser la mise en place de meilleurs codes du travail ? Les bailleurs de fonds devraient s'accorder sur leurs attentes communes en termes de performance, quel que soit l'aspect du double visage de la micro-assurance auquel ils aspirent.

Les organismes doivent également décider s'ils souhaitent adopter un point de convergence unique en matière d'assurance qualité pour évaluer tous les projets dotés d'une composante en micro-assurance. S'assurer qu'un contrôle diligent est réalisé (par le bailleur de fonds, les experts externes ou le partenaire en charge de la mise en œuvre sur le terrain) fait également partie des tâches permettant d'améliorer la responsabilité en amont.

Les stratégies de sortie doivent être débattues très tôt également. Toute sortie n'est possible qu'une fois que des capacités commerciales viables ont

été mises en place. Dans le cas contraire, les bailleurs de fonds auront les plus grandes difficultés à retirer leur soutien sans mettre en péril l'accès des plus démunis à l'assurance. Par exemple, le groupe Rabobank et son réassureur, Interpolis N.V., ont le plus grand mal à quitter Yasiru au Sri Lanka, un système de micro-assurance qu'ils soutiennent depuis 2000. Si Rabobank se retire, Yasiru devra soit réduire considérablement ses frais, soit augmenter ses primes annuelles de près de 60 % pour compenser entièrement la baisse du soutien financier.

Pour garantir la meilleure mise en œuvre possible, les bailleurs de fonds doivent sélectionner très soigneusement les experts vers qui ils externalisent certaines tâches et mener des évaluations des partenaires potentiels. Les contrats établis avec les prestataires de services techniques (par exemple, si un consultant est embauché pour aider à gérer le projet), comme avec les prestataires de micro-assurance, doivent être basés sur des performances pour associer la poursuite du financement à des jalons clés. Par exemple, les déboursements peuvent dépendre des seuils de performance minimums atteints, comme le nombre de personnes assurées et un ratio de dépenses de référence, complétés d'un rapport satisfaisant d'un actuaire.

L'association d'un contrôle sur site et hors site des projets de micro-assurance est déterminante pour identifier les problèmes très tôt, assurer une utilisation adéquate des fonds et consigner les enseignements tirés. Les bailleurs de fonds devraient exiger des rapports trimestriels sur les projets de micro-assurance. Outre les indicateurs clés de performance, les rapports trimestriels devraient contenir des informations qualitatives des dirigeants et la notification des progrès concernant le business plan, le budget, les réalisations, les problèmes rencontrés, les tendances et tout autre point de gestion, comme tout changement majeur au niveau des ressources humaines.[5] Un contrôle réalisé par un actuaire au moins une fois par an est également fortement recommandé. La révision actuarielle doit comprendre une évaluation complète des performances, y compris l'adéquation des taux de prime et des réserves pour sinistres.

Comme dans le cadre de l'épargne, l'immense responsabilité quant à la protection de l'argent des plus démunis ne doit pas être prise à la légère. Le défi posé aux bailleurs de fonds est d'assurer un équilibre entre leur rôle de preneurs de risques (en d'autres termes, financer des innovations susceptibles de réussir comme d'échouer) et leur rôle d'investisseurs responsables. L'échec de programmes de micro-assurance peut avoir des conséquences négatives à long terme pour la clientèle, les bailleurs de fonds, les gouvernements et les prestataires actuels et futurs.

5 Les standards permettant de mener cette surveillance sont encore en cours de développement et des points de références adéquats sont également encore au stade de la conception (voir chapitre 3.10).

2.5 Gestion pertinente des connaissances

Dans quelle mesure les organismes bailleurs de fonds tirent-ils des enseignements de leur propre expérience et de celle des autres et les intègrent-ils dans la conception de nouveaux programmes ? Les bailleurs de fonds utilisent-ils le volume croissant d'ouvrages consacrés à la micro-assurance pour découvrir les différents modèles, les liens et les partenariats possibles ?

La complexité et les objectifs à multiples facettes de la micro-assurance exigent des bailleurs de fonds qu'ils partagent les informations et coordonnent les opérations à différents niveaux. Les bailleurs de fonds doivent coordonner leur action avec (i) les assureurs du secteur privé, (ii) les agences gouvernementales de protection sociale compétentes, afin de synchroniser les efforts du gouvernement et des systèmes de micro-assurance, ainsi qu'avec (iii) les autres investisseurs, dans le but d'établir des stratégies communes et d'éviter les doublons. Le consortium des bailleurs de fonds lancé par la GTZ afin de venir en aide à VimoSEWA constitue un excellent exemple d'effort conjoint visant à organiser les financements des bailleurs de fonds de manière cohérente. Le consortium comprend le CGAP, la Fondation Ford et l'OIT (pour la recherche). Tous les organismes échangent en permanence et coordonnent leurs financements dans le but de soutenir le business plan de VimoSEWA.

Bien que de nombreux écrits consacrés à la micro-assurance soient parus récemment et que certaines formations à destination des acteurs de terrain existent, peu d'entre eux sont destinés spécifiquement au personnel des organismes bailleurs de fonds. Ce domaine d'activité étant relativement récent, il est indispensable que le personnel des organismes bailleurs de fonds ait accès à divers forums lui permettant d'échanger ses expériences et de débattre des raisons de l'échec et du succès des programmes de micro-assurance.

Les bailleurs de fonds peuvent également identifier des opportunités de partenariat avec d'autres bailleurs de fonds dont l'« étoile » complète la leur. Par exemple, une agence de développement dotée d'un personnel très qualifié pourrait s'associer à un bailleur de fonds pouvant mettre à disposition des financements flexibles pour piloter des programmes. Les bailleurs de fonds possédant des systèmes de gestion des données performants et une connaissance solide de l'assurance pourraient aider à mettre en place des centres d'échange d'informations.

La partie suivante aborde plus en détails les types d'actions des bailleurs de fonds susceptibles d'étendre l'accès des plus démunis aux services d'assurance.

3 Types de soutien des bailleurs de fonds en matière de micro-assurance

Les bailleurs de fonds ne sont pas les mieux placés pour développer des services d'assurance destinés aux populations pauvres. Le rôle du bailleur de fonds est de servir de catalyseur, les gouvernements, le secteur privé et la société civile devant prendre l'initiative. Les bailleurs de fonds peuvent néanmoins exercer une grande influence sur la rapidité à laquelle la micro-assurance atteint ses objectifs, ou ne les atteint pas. Les bailleurs de fonds doivent attendre d'être sollicités par les parties prenantes dans certains pays, plutôt que de promouvoir activement la micro-assurance.

La décision d'intervenir doit être basée sur une bonne compréhension du marché à tous les niveaux, le niveau de développement du marché et les atouts propres au bailleur de fonds. Un éventail des interventions possibles pour un bailleur de fonds mettant la clientèle au centre de ses efforts est présenté ci-dessous. Tous les bailleurs de fonds ne peuvent et ne doivent pas agir à tous ces niveaux.

3.1 Clients

Les prestataires de micro-assurance sont les plus proches des clients actuels et potentiels, et sont les mieux placés pour comprendre les besoins de ces derniers et leur fournir l'éducation nécessaire. Cela dit, les bailleurs de fonds ont un rôle à jouer dans la réalisation d'études et la création des outils. Lorsque cela est possible, les actions financées par des bailleurs de fonds dans ces zones devraient porter sur des biens publics que différents prestataires pourraient utiliser.

Éduquer les clients pour les sensibiliser aux atouts des services d'assurance est la clé du succès de la micro-assurance. Les frais générés par la conception de supports pédagogiques appropriés pour la clientèle et par la formation du personnel à ces services fournis « hors assurance » ne sont pas négligeables. En définitive, ces frais devraient être pris en compte dans les dépenses de marketing des prestataires. Les bailleurs de fonds peuvent néanmoins apporter leur aide en :

- investissant dans la conception de supports pédagogiques à destination de la clientèle, y compris en prenant en charge les coûts de traduction et d'adaptation des supports existants pour des contextes spécifiques ;
- proposant des formations à l'éducation de la clientèle ;
- subventionnant les coûts de développement en amont consacrés à l'éducation des clients par les nouveaux prestataires de micro-assurance ;
- s'assurant qu'une stratégie (et les budgets associés) d'éducation de la clientèle figure dans les business plans des prestataires et

– en incluant des informations sur l'assurance dans les campagnes de sensibilisation financière, sans cesse plus nombreuses.

Trop souvent, **la demande de la clientèle fait l'objet de suppositions, d'incompréhension ou de simplification.** Les bailleurs de fonds peuvent contribuer à améliorer la compréhension de la demande de la clientèle en :

– finançant le développement d'outils conviviaux pour la réalisation d'études du marché de l'assurance ;
– finançant des études de marché nationales afin de mieux comprendre les besoins et les mécanismes de gestion des risques des ménages à faible revenu (côté demande) et si une réponse à ces besoins est actuellement proposée par des organismes publics, privés et informels (côté prestataire) ; les études de FinScope illustrent parfaitement ce type de soutien des bailleurs de fonds *(encadré 88)*.

Encadré 88

Études de FinScope : apprendre à connaître le marché[6]

Le FinMark Trust, lancé grâce au soutien financier du DFID, a été le premier à utiliser des enquêtes sur les ménages ciblées sur l'usage de services financiers grâce à ses études *FinScope* menées en Afrique du Sud.

FinScope identifie les tendances en perpétuelle évolution en termes d'accès aux services financiers pour toutes les principales catégories de produits (transactions bancaires, épargne, crédit et assurance) dans les secteurs formel et informel. Par exemple, l'enquête FinScope menée en 2005 en Afrique du Sud a révélé que 34 % de la population bénéficiait d'une assurance. La plupart de ces couvertures étaient fournies par des prestataires informels ou semi-formels, comme les sociétés d'inhumation. L'enquête a indiqué que la principale barrière empêchant l'accès à une couverture obsèques était son prix trop élevé. L'enquête a également établi qu'au moins un tiers des 53,5 % de Sud-Africains non clients d'une banque ont accès à un téléphone portable et que les personnes informées de l'existence des services bancaires par téléphone portable pensent que cela rend les services financiers moins onéreux.

Les enquêtes FinScope sont des outils performants permettant aux décideurs des secteurs public et privé de réfléchir à la façon de réduire les barrières empêchant l'accès des plus démunis et d'innover pour toucher de nouveaux segments de marché, y compris les foyers à faible revenu et les populations pauvres. FinScope South Africa est désormais totalement financé par le secteur privé et est transposé dans d'autres pays.

6 Pour en savoir plus sur Finscope, veuillez consulter le site Internet www.finscope.co.za.

3.2 Niveau micro : prestataires de micro-assurance aux particuliers

Les détaillants et leurs réseaux de distribution forment l'ossature permettant d'offrir des services d'assurance aux plus démunis. Renforcer les capacités des institutions pour qu'elles proposent des services adéquats, de bonne qualité et à un tarif abordable pour le segment de marché des foyers à faible revenu constitue le plus grand défi qui se pose dans le cadre de l'élargissement de l'accès des populations pauvres aux services d'assurance. Toutefois, il serait faux de prétendre que le soutien de bailleurs de fonds est systématiquement nécessaire. Par exemple, Delta Life au Bangladesh n'a jamais bénéficié du soutien de bailleurs de fonds. Bien que certains remettent en question la qualité et la pertinence des produits proposés par Delta, ce dernier est indéniablement le plus ancien et le plus grand micro-assureur. Néanmoins, sur de nombreux marchés, les bailleurs de fonds ont un rôle à jouer pour rendre l'assurance plus largement accessible.

Les bailleurs de fonds devraient travailler en priorité avec les assureurs formels existants pour desservir autant que possible les populations pauvres. Ils peuvent également aider à renforcer les capacités des organismes populaires, tels que les coopératives. Les bailleurs de fonds devraient, en règle générale, éviter de soutenir ou d'encourager de nouveaux prestataires de micro-assurance. Dans certaines régions, il est toutefois possible que les prestataires en place ne s'intéressent pas au marché des foyers à faible revenu et/ou soient confrontés à des restrictions légales et réglementaires les empêchant d'étendre leurs services. Les bailleurs de fonds peuvent réagir efficacement en aidant par exemple des assureurs formels à mettre sur pied un business case viable, ou encore en travaillant sur l'amélioration du cadre légal, ou en envisageant, avec toutes les précautions nécessaires, de soutenir de nouveaux prestataires.

Compte tenu des liens étroits qui unissent la micro-assurance et la microfinance, les bailleurs de fonds devraient tout particulièrement veiller à ne pas encourager les IMF à se risquer à proposer des assurances. L'assurance est une activité spécifique, à part entière, qui nécessite des compétences particulières dont peu d'IMF disposent ou seraient à même de développer efficacement. En revanche, les bailleurs de fonds peuvent épauler les IMF lors de négociations avec des assureurs formels. Même dans le cadre de partenariats, certaines IMF peuvent ne pas avoir la solidité nécessaire pour s'aventurer sur le marché de l'assurance.

Le renforcement des capacités est nécessaire dans l'immense majorité des cas, quel que soit le modèle ou l'approche choisi, y compris le modèle partenaire-agent. Même si les compagnies d'assurance formelles disposent déjà des compétences nécessaires en matière d'assurance, elles ont bien souvent besoin d'aide pour améliorer leurs systèmes de marketing, de distribution et

de gestion des sinistres pour répondre efficacement aux besoins des foyers à faible revenu.

La contribution la plus importante que puisse offrir un bailleur de fonds consiste peut-être à mettre à disposition des détaillants au niveau micro une **assistance technique**, et dans une moindre mesure, une assistance financière. L'illustration 36 met en évidence les secteurs dans lesquels une assistance technique est nécessaire pour renforcer les institutions. Elle évoque également les types de prestataires de services techniques existants (car les bailleurs de fonds financent généralement l'assistance technique, mais ne la fournissent pas directement) et les divers mécanismes utilisés pour le transfert des connaissances et des compétences. Le problème de l'assistance technique est examiné plus en détails au chapitre 5.5.

Illustration 36

L'assistance technique en micro-assurance : qui ? quoi ? comment ?

Domaines d'assistance technique (quoi ?)

- Éducation de la clientèle
- Étude de marché
- Études de faisabilité
- Développement/perfectionnement des produits
- Planification commerciale
- Opérations (procédures, manuels)
- Marketing

Prestataires de services techniques (qui ?)

- Consultants indépendants
- Sociétés de conseil privées
- Réseaux
- Associations
- Instituts de formation/universités
- ONG internationales
- Projets/personnel du bailleur de fonds
- Compagnies d'assurance (dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises ou par l'intermédiaire de fondations)

Mécanismes de distribution (comment ?)

- Conseillers sur site
- Consultants à court terme
- Contrat de gestion
- Formation
- Enquêtes
- Outils
- Fonds multi-bailleurs de fonds

Le renforcement des capacités des prestataires doit débuter par l'identification des compétences nécessaires, suivie de la conception du meilleur pack de services possible (par exemple, voir Goodwin-Groen et al., 2005). La sélection des bons prestataires de services techniques et mécanismes de distribution est cruciale. Les bailleurs de fonds devraient s'intéresser aux résultats

des prestataires de services techniques et à leur personnel qui devra avoir des connaissances de base en micro-assurance. Les bailleurs de fonds peuvent avoir besoin de compétences spécifiques en matière d'assurance en interne, en particulier s'ils n'utilisent pas le modèle partenaire-agent.

Le renforcement des capacités nécessite de la patience et du temps. Les bailleurs de fonds devraient s'engager à long terme et utiliser des contrats basés sur les performances. Les deux parties devraient respecter leurs engagements : pour les bailleurs de fonds, cela signifie des services et des déboursements sans délai. Si les résultats sont mauvais, les bailleurs de fonds devraient retirer leur soutien.

Malheureusement, il semble qu'il n'y ait pas suffisamment de prestataires d'assistance technique et d'instituts de formation de qualité dotés de compétences en matière de micro-assurance. Cette pénurie complique considérablement l'apport d'un renfort aux détaillants et la constitution rapide de portefeuilles de micro-assurance pour les bailleurs de fonds.

Les bailleurs de fonds peuvent également fournir une *assistance financière*. L'éventail des actions entrant dans le cadre de l'assistance financière, de l'acquisition d'immobilisations à la mise à disposition de garanties en passant par la couverture des pertes d'exploitation, a fait l'objet d'une description dans la partie dédiée aux instruments. En règle générale, les bailleurs de fonds ne devraient pas apporter de capitaux à de nouvelles entités s'engageant dans l'assurance. Il n'est pas non plus recommandé de subventionner les primes *(voir encadré 89)*.

Encadré 89 **Des leçons durement apprises : illustrations en Inde**

Yeshasvini Trust. Le gouvernement du Karnataka subventionnait partiellement les primes de Yeshasvini Trust. Lorsque les subventions ont été coupées, les primes ont dû être doublées, pour passer de 60 Rs (1,35 $US) à 120 Rs (2,70 $US) par adulte, occasionnant un effondrement du nombre de titulaires de contrats de 2,2 millions à 1,45 million.

Karuna Trust. Au départ, le PNUD subventionnait entièrement les primes des membres situés sous le seuil de pauvreté, ainsi que d'autres groupes défavorisés. De nombreux membres ignoraient qu'ils étaient assurés. Lorsque la subvention des primes fut coupée deux ans plus tard, près de 70 % des membres ont voulu abandonner : ils refusaient de commencer à payer des services qui étaient jusque-là gratuits et estimaient que la prime était trop élevée. Après une grande campagne d'information et d'éducation de la clientèle, la moitié des clients ont finalement renouvelé leur contrat et ont payé.

3.3 Niveau méso : infrastructure du marché et biens publics

Un manque d'informations concernant la clientèle cible, un nombre limité de prestataires de services techniques spécialisés, l'absence de systèmes d'information opérationnels, et la pénurie en matière de réassurance peuvent tous compromettre sérieusement l'élargissement de l'assurance aux clients démunis.

Les détaillants ont besoin de toute une série de services et d'informations pour être efficaces, estimer convenablement les risques, réduire certains coûts et améliorer la transparence. Comme nous l'avons mentionné plus haut, les bailleurs de fonds peuvent apporter une aide précieuse grâce à leurs financements, au courtage et même en fournissant certains de ces services. Garantir un accès à long terme à ces services exige néanmoins des solutions locales et régionales qui restent généralement à l'initiative du secteur privé. Encourager l'émergence d'infrastructures de marché locales ou régionales et de supports d'information du public est un secteur d'activité encore récent pour les bailleurs de fonds. Les secteurs nécessitant des subventions de la part de bailleurs de fonds au niveau méso sont très variés et englobent le soutien aux infrastructures de marché comme les réseaux et la formation des prestataires, l'encouragement de la transparence et la promotion de la gestion des connaissances.

Soutenir les institutions/mécanismes de niveau méso

- **Réseaux/associations professionnelles.** Des réseaux internationaux peuvent aider à renforcer les prestataires de micro-assurance, à l'image des actions d'Opportunity International. Les bailleurs de fonds peuvent utiliser à meilleur escient leur temps, leurs compétences et leurs ressources en canalisant les financements à travers des réseaux bien gérés. Les bailleurs de fonds peuvent également travailler avec des associations d'assureurs pour les sensibiliser à la question du segment des foyers à faible revenu.
- **Centres d'échange d'informations.** Généralement, les assureurs formels possèdent peu, voire aucune information concernant le segment des foyers à faible revenu. Des centres d'échange disposant d'informations sur les risques majeurs auxquels est confronté ce segment de marché font cruellement défaut. Des données sur la cause et la fréquence de certains risques spécifiques sont indispensables pour tarifer correctement les produits et identifier les programmes appropriés de prévention des sinistres. Les bailleurs de fonds devraient s'unir pour encourager et financer le développement de ce type de centres d'échange au niveau national et régional. Les bailleurs de fonds peuvent également apporter leur soutien aux centres d'échange en leur fournissant des informations sur les prestataires d'assistance technique qualifiés.

– **Formation/prestataires de services d'assistance technique.** Contribuer à fournir une assistance technique du secteur privé et former les prestataires sont deux défis essentiels qui ont davantage de chance d'être relevés par des programmes de soutien conjoints. Les bailleurs de fonds peuvent contribuer à renforcer les capacités des prestataires locaux/régionaux grâce à des programmes de formation des formateurs (appelés « TOT »), la conception de supports et la planification commerciale.

Encourager la transparence

– **Systèmes d'information et de gestion (SIG)**. Les systèmes d'information développés en interne sont chers et longs à concevoir. Les bailleurs de fonds peuvent investir dans un SIG pour améliorer la qualité et la précision des flux d'informations. Des rapports plus transparents favorisent une meilleure gestion et peuvent attirer des partenaires, tels que les réassureurs. Les systèmes développés grâce au financement de bailleurs de fonds doivent être open source et faciles à dupliquer et à adapter.
– **Indicateurs/standards de performance**. Les bailleurs de fonds devraient partager les informations concernant les indicateurs de performance qu'ils utilisent et fournir une définition pour chacun d'entre eux. Ceux disposant des meilleures compétences techniques devraient mener un processus visant à s'accorder sur les principaux indicateurs nécessaires à une bonne gestion des systèmes d'assurance : les rapports des bailleurs de fonds devraient s'appuyer sur ces indicateurs et ne pas nécessiter de longues listes d'indicateurs non pertinents pour les dirigeants de systèmes de micro-assurance.
– **Benchmarking**. Un benchmarking des performances des micro-assureurs au sein de groupes de pairs peut aider les dirigeants à améliorer les performances *(voir chapitre 3.10)*. Une meilleure compréhension de la performance en micro-assurance est également utile aux réassureurs et aux bailleurs de fonds. Le benchmarking n'est possible que si le bailleur de fonds insiste sur la transparence et si l'on parvient à s'accorder sur le partage et la mise en commun des données collectées suivant les mêmes standards.

Promouvoir la gestion des connaissances

– **Recherches sur la clientèle**. Tous les micro-assureurs devraient intégrer les coûts découlant de leur stratégie de meilleure compréhension de la clientèle dans leurs coûts de fonctionnement. Néanmoins, de vastes enquêtes menées ponctuellement à l'échelle nationale pourraient profiter à de nombreux prestataires, en particulier sur les marchés où les informations sont limitées et difficiles à collecter.

- **Développement d'outils**. Au fur et à mesure que les bailleurs de fonds et leurs sous-traitants acquièrent de l'expérience en matière de micro-assurance, ils devraient financer le développement d'outils et de guides pouvant être publiés sur Internet à l'usage de tous. Des guides expliquant comment procéder à des études de marché et des études de faisabilité seraient des outils extrêmement précieux.
- **Enseignements tirés et guide des bonnes pratiques**. Consigner les enseignements tirés de réussites et d'échecs est utile aux nouveaux venus dans le secteur et aux programmes en difficultés. Les bailleurs de fonds devraient inclure des composantes de gestion des connaissances dans leurs programmes et relever les leçons tirées de façon proactive.

3.4 Niveau macro : un environnement contractuel favorable et un travail de soutien

Comme le décrivent les deux chapitres suivants, l'environnement réglementaire et contractuel peut être préjudiciable à la micro-assurance dans certains pays. Un environnement favorable à la micro-assurance permet néanmoins de voir émerger différents types de prestataires. Seuls les bailleurs de fonds disposant des compétences techniques requises (y compris du personnel sur le terrain), de bonnes connaissances au niveau de la vente aux particuliers, d'une influence forte et de la confiance des gouvernements peuvent s'engager au niveau macro. Les bailleurs de fonds doivent faire preuve d'une extrême prudence s'ils tentent d'influer sur la réglementation d'un gouvernement, en particulier dans des pays où l'on manque cruellement d'expérience au niveau de la vente aux particuliers.

- **Travail de soutien du gouvernement.** Les bailleurs de fonds pourraient être bien avisés d'entreprendre des efforts de soutien du gouvernement. Ce travail de soutien peut englober la promotion d'une meilleure sécurité sociale, l'accroissement de la capacité des ministères à améliorer les soins de santé, le code du travail, etc., et réduire les entraves à l'entrée de nouveaux acteurs. Il est souvent indispensable de procéder à des recherches approfondies afin de préparer des messages basés sur des preuves solides à l'attention du gouvernement.
- **Cadres réglementaires et supervision**. En travaillant au niveau de la vente aux particuliers, les bailleurs de fonds rencontrent parfois des obstacles érigés par les systèmes réglementaires. Cette expérience de la vente aux particuliers peut les aider à faire pression plus efficacement en faveur de changements spécifiques. Par exemple, lorsque le gouvernement indien préparait les réglementations de la micro-assurance, il a posté une note de concept sur le site

Internet de l'Autorité indienne de promotion et de réglementation des assurances (IRDA) et de nombreux organismes bailleurs de fonds, notamment la GTZ et l'OIT, ont soumis des commentaires officiels sur le projet.

– **Protection des consommateurs**. Les bailleurs de fonds peuvent encourager une plus grande transparence au niveau des primes, de la nature exacte de la couverture et de la procédure de règlement des sinistres, de façon à s'assurer que les clients savent ce qu'ils achètent. La protection des consommateurs est étroitement liée à l'éducation de la clientèle, mais elle peut également englober des directives légales obligatoires concernant les termes utilisés dans les contrats d'assurance et les systèmes de traitement des plaintes permettant de recueillir les griefs des clients.

4 Conclusion

Aider les plus démunis à atténuer et à planifier les risques est une priorité essentielle. L'assurance n'est que l'une des multiples stratégies existantes pour faire face aux risques. La réussite d'un système de micro-assurance s'appuie sur une excellente compréhension de la demande de la clientèle, et nécessite souvent des partenariats entre un vaste éventail d'acteurs des secteurs privé et public. Les bailleurs de fonds peuvent aider à négocier de telles alliances, attirer les acteurs du secteur privé, soutenir les initiatives des gouvernements et corriger les lacunes du marché en termes de capacités et d'information. Les bailleurs de fonds sont les plus efficaces lorsqu'ils développent les pré-requis adéquats en interne et analysent les marchés longtemps avant d'intervenir. Ils doivent assurer avec précaution un équilibre entre leur rôle de pionnier et celui de preneur de risques, associé à une compréhension subtile des conséquences négatives à long terme des systèmes mal conçus.

5.2 Un environnement réglementaire favorable à la micro-assurance

Martina Wiedmaier-Pfister et Arup Chatterjee

Les auteurs ont apprécié les commentaires avertis sur ce chapitre de : Klaus Fischer (Université de Laval), Serap Oguz Gonulal (Banque mondiale), Brigitte Klein (GTZ), Jeremy Leach (FinMark Trust), Hunter Murdock (Avocat) et Bikki Randhawa (Banque mondiale).

Les cas étudiés dans cet ouvrage démontrent que les personnes à faible revenu peuvent être assurées. En outre, il apparaît clairement que les opérations commerciales de micro-assurance peuvent être viables. Toutefois, une question doit être soulevée : les opérations de micro-assurance sont-elles soutenues par un cadre réglementaire visant à protéger les assurés et à développer des marchés d'assurance qui intègrent les segments à faible revenu de la population ?

Les autorités de règlementation et de contrôle de l'assurance ont pour principale fonction[1] de protéger les consommateurs. Cela se manifeste de trois manières différentes :

1. **Protection des assurés en général** en garantissant leur solvabilité, ce qui implique que les produits d'assurance peuvent uniquement être proposés par des entités agréées (assureurs et intermédiaires) qui restent financièrement saines et respectent leurs obligations.
2. **Protection des assurés individuels**, y compris les titulaires de contrat potentiels, contre la vente abusive et le traitement inapproprié des déclarations de sinistre, en garantissant que leurs doléances sont traitées de manière opportune.
3. **Développement des marchés de l'assurance** en améliorant l'efficacité du marché et en intégrant les personnes qui ne peuvent actuellement pas accéder à l'assurance ou n'ont pas les moyens de l'acheter, et ce via une conception du produit et des mécanismes de distribution appropriés.

Les autorités de l'assurance n'attachent pas la même importance à ces trois objectifs. La majorité de leur travail se concentre sur les deux premiers

[1] Les auteurs emploient l'expression « contrôleur d'assurance » pour désigner l'autorité chargée de la réglementation des activités d'assurance, des assureurs et des intermédiaires, afin de protéger les intérêts des assurés dans une juridiction donnée.

aspects. Et bien que le renforcement de l'efficacité du marché à travers la correction de ses imperfections soit une tâche classique des contrôleurs, toutes les autorités de l'assurance ne s'accordent pas sur la fonction de développement d'un marché. Une analyse de la base de données des réglementations nationales en matière d'assurance de l'Association internationale des contrôleurs d'assurance (IAIS) a révélé que seul un petit nombre de pays membres présentent une mission officielle de développement. Pour remplir cette mission, les autorités peuvent demander aux assureurs de se concentrer sur le marché des personnes à faible revenu, faire pression moralement sur les assureurs pour les inciter à élargir la portée de leurs activités ou décider d'un compromis. Les contrôleurs réalisent petit à petit qu'un environnement réglementaire favorable et une meilleure appréciation des dynamiques du marché de l'assurance pourraient contribuer à surmonter les obstacles qui découragent habituellement les assureurs de s'intéresser aux marchés des personnes à faible revenu.

Le présent chapitre décrit les réalisations, ou les agissements possibles, des contrôleurs dans le soutien de la croissance de la micro-assurance via l'adaptation de leurs réglementations. Le chapitre se limite aux aspects réglementaires du marché de l'assurance.[2] La première section propose des informations de fond sur l'environnement réglementaire de la micro-assurance. La section 2 récapitule les principales barrières réglementaires qui varient selon que l'on crée une institution de micro-assurance ou que l'on distribue des produits de micro-assurance. La troisième partie décrit les expériences faites en Inde, en Afrique du Sud et aux Philippines, où les autorités de l'assurance et les responsables politiques tentent d'élargir la portée des marchés de l'assurance, mais optent pour des solutions très différentes. La dernière section résume les principaux défis et les principales leçons apprises et suggère les étapes suivantes possibles.

1 Contexte

1.1 Systèmes financiers accessibles

L'une des principales stratégies visant à renforcer le développement économique et à endiguer la pauvreté consiste à rendre les systèmes financiers plus accessibles, par exemple en facilitant l'accès des marchés peu ou mal desservis aux services

2 Ce chapitre n'explore pas les aspects de surveillance de la micro-assurance qui sont d'une importance capitale mais n'ont pas fait l'objet d'analyses suffisantes en raison du caractère relativement récent de la micro-assurance. Il n'étudie pas non plus les réglementations hors assurance ou les domaines stratégiques associés qui pourraient affecter la micro-assurance, tels que la réglementation de l'industrie des soins de santé ou les stratégies de protection sociale, qui sortent du cadre de ce chapitre.

d'épargne et de crédit. La pauvreté résulte en partie du fait que les ménages et marchés à faible revenu ne bénéficient pas des mêmes opportunités en matière de financement d'investissements, d'accumulation de capital ou de protection de biens (y compris les actifs humains). La forte dépendance des populations les plus pauvres à l'égard des services financiers informels, tels que les prêteurs, les économies conservées sous le matelas et les sociétés d'assistance mutuelle, peut s'avérer inefficace et coûteuse, risquant au final d'aggraver la pauvreté.

Un système financier plus accessible met l'assurance à disposition des personnes à faible revenu. Toutefois, de nombreux assureurs commerciaux et responsables politiques estiment que la prestation d'assurance auprès des plus pauvres relève de la responsabilité de l'État. Et bien que de nombreux gouvernements aient des programmes de protection sociale, le ciblage de ces systèmes s'avère souvent inefficace. Les segments les plus pauvres de la population ne bénéficient pas toujours de la subvention tandis que les personnes qui ont les moyens de prendre une assurance savent comment accéder à ces prestations. En règle générale, les gouvernements fournissent peu d'effort pour déplacer le fardeau de la mise en commun des risques vers des systèmes tournés vers le marché. De son côté, le secteur privé (assureurs commerciaux) semble peu motivé pour s'adresser à ce segment de marché.

1.2 Le caractère informel de la micro-assurance

En l'absence de protection sociale et de couverture d'assurance commerciale, de nombreux systèmes de micro-assurance informels ont vu le jour, opérant sans aucune licence d'assurance. Ces prestataires informels limitent leurs activités et se font discrets en espérant que les contrôleurs ne réagiront pas. Cette approche est celle de nombreux établissements de micro-finance qui fournissent une couverture d'assurance à leurs membres sur une base d'auto-assurance. Il existe néanmoins des systèmes de micro-assurance de grande envergure *(voir encadré 90)* qui sortent du cadre des lois actuelles applicables à l'assurance.

Une autre manière de contourner les réglementations relatives à l'assurance consiste à considérer les services de micro-assurance comme un avantage non pécuniaire. Dans de nombreux pays, les établissements de soins de santé autorisent l'accès gratuit ou à tarif réduit aux soins en échange de paiements réguliers (primes). Bien que ces systèmes comptent un élément de mise en commun des risques, on les appelle souvent systèmes de prépaiement afin de déguiser le fait qu'ils sont une forme d'assurance. Pourtant, du fait que les systèmes ne sont pas agréés, les clients n'ont que peu de recours si l'hôpital ne respecte pas ses engagements. De nombreuses unions de crédit ou coopératives contournent également les réglementations en matière d'assurance en proposant l'assurance informelle comme une prestation pour membre.

Encadré 90 **Assurance informelle en Afrique du Sud**

En Afrique du Sud, un certain nombre de systèmes proposent des produits qui ressemblent beaucoup à l'assurance-vie. Dans le secteur informel, on estime à 8 millions le nombre de membres de sociétés d'inhumation informelles qui contribuent à un excédent de 1 milliard $US par an de « primes » par rapport à la couverture du risque de décès. Certains de ces systèmes sont relativement étendus. La Great North Burial Society, une société de prévoyance enregistrée, couvre plus de 20 000 vies mais ne peut accéder à la réassurance dans la mesure où elle n'est pas un assureur sous licence.

Et du fait que l'Insurance Amendment Act (2003) interdit l'utilisation des mots assurance, funérailles, inhumation ou leurs dérivés dans la description et le marketing de ces produits, ces sociétés ont recours à d'autres expressions, telles que « prestation de deuil » ou « plans de prestation décès ». Il semblerait que l'Amendment Act ait eu pour objectif d'interdire la souscription d'une couverture obsèques sans licence d'assurance à court terme, mais les failles légales continuent d'autoriser la vente de cette assurance informelle sous d'autres noms.

Source : d'après Genesis Analytics, 2005.

1.3 Les incidences du manque de cadre réglementaire

Le fait de ne pas devoir se conformer à des réglementations offre certains avantages aux micro-assureurs. Les prestataires informels ne sont pas obligés d'obéir à des normes réglementaires ni de se conformer au fardeau de la surveillance (c.-à-d. rapports complets, contrôles internes et actuaires). Ils jouissent d'une plus grande liberté d'innovation et peuvent potentiellement proposer des produits moins chers, ce qui peut en définitive profiter à leurs clients.

Toutefois, la nature informelle de ces systèmes présente également d'importants inconvénients. Le plus notable est l'exposition des assurés à un comportement opportuniste. En l'absence de surveillance, la protection du client devient un problème majeur. La viabilité à long terme de ces systèmes reste incertaine du fait que leurs primes risquent de ne pas se baser sur l'actuariat ou que leur administration risque de ne pas être suffisamment compétente. Les systèmes de micro-assurance sont également soumis à un risque covariant plus important et il est peu probable qu'ils disposent d'une protection de réassurance. Une catastrophe pourrait représenter une grave menace pour la solvabilité des systèmes de micro-assurance locaux. Pour finir, le développement des systèmes informels peut représenter un danger pour la pérennité, par exemple lorsque les sociétés d'inhumation grandissent, l'efficacité du sys-

tème de gouvernance des membres s'en trouve amoindrie et une séparation entre la gestion et la propriété devient indispensable. À ce stade, la société d'inhumation accumule également des actifs conséquents qui accroissent le risque de fraude ou de vol pour atteindre un niveau que la gouvernance des membres ne peut contrôler (Genesis Analytics, 2005).

Les effets positifs générés par le fait que la micro-assurance est proposée hors de la portée des contrôleurs de l'assurance doivent être comparés aux effets négatifs que cela a sur les institutions et les marchés, ainsi que sur l'économie. En ce qui concerne les institutions, un grand nombre de prestataires de micro-assurance n'ont aujourd'hui pas le choix. S'ils pouvaient obtenir une licence, ils auraient l'opportunité d'améliorer leurs opérations, de se développer et d'attirer des investisseurs. Il est réaliste de penser que bon nombre d'entre eux choisiraient de devenir partie intégrante de l'industrie de l'assurance formelle.[3] Les barrières règlementaires ont pour conséquence de maintenir à l'écart les prestataires existants et potentiels de micro-assurance. C'est la raison pour laquelle le marché reste sous-développé : les segments à faible revenu ne sont pas protégés, les budgets gouvernementaux ne sont pas allégés, les marchés de l'assurance ne sont pas accessibles, l'innovation financière stagne et aucune pénétration plus profonde des services financiers ne se produit.

Toutefois, la formalisation peut également s'accompagner d'un certain nombre de problèmes pour les assureurs ciblant le segment des personnes à faible revenu. L'un de ces problèmes est l'orientation sociale de certains micro-assureurs qui risque de disparaître une fois la licence acquise. Et cela peut être à l'origine de nouveaux problèmes, tels que ceux rencontrés par ALMAO *(voir encadré 91)*.

3 En Inde et au Sri Lanka, les micro-assureurs font pression pour diminuer les exigences d'entrée, mais sans succès pour le moment.

Encadré 91 **Formalisation d'ALMAO**

ALMAO au Sri Lanka, qui a recours à des unions de crédit comme principal réseau de distribution, a évolué pour devenir un assureur réglementé en 2002. Une fois soumise à la réglementation en vigueur pour un assureur à part entière, l'organisation a été contrainte de modifier sa gamme de produits. Au lieu de continuer à se concentrer sur les polices d'obsèques et autres produits simples à faible coût qu'elle proposait en tant qu'assureur informel, ALMAO a introduit des polices d'assurance mixtes qui n'ont pas rencontré un franc succès, probablement en raison de primes plus élevées auxquelles le marché cible n'était pas habitué. De plus, le marketing de ces produits plus complexes demandait un personnel mieux formé dans les unions de crédit. Il est également possible que la gestion professionnelle de l'assurance introduite afin de gérer la nouvelle compagnie d'assurance ait involontairement écarté l'organisation de son marché principal ou n'ait pas tenu compte des priorités des unions de crédit et de leurs membres. La difficulté générale qui réside dans le fait de confier le marketing de l'assurance au personnel de l'union de crédit peut également s'être accrue du fait qu'ALMAO est devenue une organisation plus distante, commerciale et professionnelle.

Source : d'après Enarrson et Wirén, 2006.

1.4 Contrôleurs de l'assurance et micro-assurance

Certains contrôleurs de l'assurance s'intéressent et deviennent de plus en plus sensibles aux défis et au potentiel de la micro-assurance. Conformément aux efforts globaux fournis pour accroître la portée des services financiers et d'assurance, les contrôleurs sont de plus en plus mandatés pour faciliter les efforts de leurs gouvernements visant à les soulager du financement des systèmes d'assurance et de protection sociale, par le biais des budgets publics, et ce au moyen d'un transfert d'une partie du réseau de sécurité de base des populations à faible revenu vers le secteur privé. En conséquence, certains contrôleurs soutiennent les initiatives visant à rendre le marché de l'assurance plus accessible, de sorte que les compagnies d'assurance formelles puissent tirer profit de cette nouvelle opportunité de marché et que les systèmes informels puissent s'intégrer dans le secteur de l'assurance formelle, comme l'illustre la section 3 ci-dessous.

Cependant, les contrôleurs manquent généralement d'informations et d'expériences relatives à la micro-assurance et ils ignorent les régimes légaux et réglementaires alternatifs qui encouragent l'assurance destinée aux pauvres. Dans certains cas, les responsables politiques sont convaincus que les populations les plus pauvres ne veulent pas d'assurance ou ne sont pas en mesure d'honorer leurs obligations financières,[4] et qu'elles doivent par conséquent être couvertes par l'état ou l'intermédiaire de systèmes de sécurité sociale. Ils ne sont pas encore conscients du rôle joué par la micro-assurance dans le développement du secteur financier. Une autre hypothèse largement répandue consiste à croire que les lois et réglementations existantes relatives à l'assurance ne sont pas discriminatoires, ce qui garantit un accès équitable des personnes à faible revenu à l'assurance, une opinion qui ne résisterait pas à un examen approfondi.

Même si les contrôleurs ont pris connaissance des systèmes de micro-assurance, ils ne ressentent pas le besoin de réagir en raison d'autres priorités. Ils subissent généralement des pressions pour se concentrer sur la surveillance des assureurs commerciaux qui représentent une plus grande menace pour la stabilité du système financier, au lieu d'octroyer des licences et de surveiller des prestataires d'assurance supplémentaires, généralement de petite taille, qui possèdent une part de marché négligeable et nécessiteraient une approche de surveillance complètement différente. De même, les contrôleurs ne savent souvent pas comment remplir leur rôle de développement du fait de la rareté des solutions réglementaires innovantes en matière de micro-assurance. Enfin, et surtout, dans les marchés émergeants, les contrôleurs s'intéressent rarement à la micro-assurance car l'industrie de l'assurance n'en est elle-même qu'à ses balbutiements et qu'ils sont souvent contraints de réguler et de surveiller cette industrie correctement.

Le domaine de responsabilité constitue un autre problème. Bien que les contrôleurs de l'assurance soient chargés de mettre en œuvre des réglementations de l'assurance, les prestataires de micro-assurance opèrent souvent sous d'autres organes d'autorité, telles que la commission d'une coopérative, le Bureau d'une ONG ou le Ministère de la Santé. Par conséquent, ces systèmes ne sont pas considérés comme faisant partie du secteur de l'assurance, malgré le fait qu'ils offrent clairement des services d'assurance. En outre, les personnes responsables de leur surveillance ne disposent généralement pas des compétences et des systèmes nécessaires pour effectuer un tel contrôle *(voir encadré 92)*.

4 L'expérience de la micro-finance démontre le contraire ; les taux par défaut des prêts sont souvent beaucoup plus bas pour le marché des personnes à faible revenu que pour les grandes compagnies ou le marché des personnes plus aisées.

Encadré 92

Coopératives d'assurance au Malawi

Au Malawi, le Département de surveillance de la Reserve Bank du Malawi est chargé de réguler et de surveiller le secteur de l'assurance. Le Département dispose de ressources limitées ; sa principale approche en matière de surveillance consiste à examiner minutieusement les rapports des compagnies d'assurance. Il sait que l'Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawi (MUSCCO) fournit une assurance-vie à plus de 55 000 personnes à faible revenu, mais il affirme que, du fait que, la MUSCCO étant enregistrée comme une coopérative, il n'a pas la compétence de soutenir ou contrôler ses activités. Néanmoins, le Registre des Coopératives dont MUSCCO dépend manque de ressources, de qualification et d'intérêt pour surveiller les activités d'assurance.

Source : d'après Enarsson et Wirén, 2005.

La simple existence de l'assurance informelle suggère que les lois et règlementations existantes entravent à certains égards l'inclusivité du marché de l'assurance formelle. La question que les autorités de l'assurance et les responsables politiques ont à se poser est la suivante : que doivent-ils faire pour remédier à cette situation ? Leach (2005) identifie l'équilibre entre stabilité et accès comme un dilemme pour l'autorité de régulation.[5] Doit-elle tenter de formaliser les systèmes informels afin d'améliorer la protection du consommateur, au risque d'étendre les ressources des contrôleurs jusqu'à atteindre le point de rupture ? Doit-elle mettre fin aux systèmes informels dans la mesure où ils sont essentiellement illégaux ? Si les systèmes informels sont autorisés à fonctionner, de quelle manière doit-elle déterminer le seuil qui déclenche une intervention réglementaire ? Ou existe-t-il un compromis qui permettrait d'étendre l'accès à l'assurance en conservant un certain niveau de protection du consommateur ?

2 Barrières des cadres réglementaires existants

Des points de vue conflictuels émergent parmi les contrôleurs de l'assurance dans la mesure où les règlementations doivent être adaptées aux caractéristiques spécifiques de la micro-assurance. Selon une étude menée par l'IAIS, la majorité des contrôleurs pensent que les lois et réglementations existantes

5 Leach (2005) identifie trois dilemmes pour les autorités de réglementation du secteur financier : 1) les compromis entre stabilité et accès (qui relèvent seulement partiellement de la question de la réglementation des prestataires informels), 2) la gestion de l'innovation et 3) la gestion de la pression internationale pour se conformer aux normes et codes.

dans leurs juridictions ne découragent pas la micro-assurance. Toutefois, très peu de juridictions disposent de lois ou réglementations adaptées visant à encourager la micro-assurance. Cette section examine les barrières réglementaires qui limitent la création de compagnies de micro-assurance ainsi que celles qui entravent la multiplication des produits de micro-assurance.

2.1 Barrières réglementaires à la création d'institutions de micro-assurance formelles[6]

Une approche prudente, qui consiste à traiter la micro-assurance sur un pied d'égalité avec l'assurance-vie et non-vie commerciale, décourage en réalité le développement de la micro-assurance. Cette stratégie de « modèle unique pour tous » facilite la tâche du contrôleur, mais manque de raisons convaincantes. Les exigences de l'assurance décrites ci-dessous constituent des barrières à la formalisation de la micro-assurance.

Lorsqu'une seule option institutionnelle existe, **des exigences de capital élevées** peuvent entraver l'établissement d'institutions d'assurance réglementées dédiées au marché des populations à faible revenu du fait que l'accumulation du volume de petites polices requis pour générer un retour sur un tel investissement peut prendre des années, voire ne jamais se produire. En outre, l'imposition d'exigences de capital élevées visant à protéger le système financier semble inappropriée pour des polices d'une si petite taille : c'est prendre un marteau pour casser une noix. La tendance actuelle qui consiste à augmenter les exigences en capital dans beaucoup de pays menace de conduire de nombreux micro-assureurs à la faillite *(voir encadré 93)*. Leurs assurés existants risquent de ne disposer d'aucune protection à l'avenir en l'absence de sources alternatives de couverture.

Encadré 93 **Exigences en capital au Pérou**

Au Pérou, la loi sur l'assurance instaurée en 1993 ne promouvait pas les produits d'assurance pour le marché des personnes à faible revenu. Des exigences en capital plus élevées ont été introduites et ont entraîné la fusion de certaines compagnies d'assurance et l'abandon de ce marché par d'autres. Depuis octobre 1994, SEGUROSCOOP, un assureur dédié au segment des faibles et moyens revenus, a dû cesser de fonctionner comme une compagnie d'assurance. Mais il a néanmoins trouvé une solution : il a formé une nouvelle compagnie appelée ServiPerú qui propose des services de sécurité sociale,

6 Les entités de micro-assurance formelles peuvent être des compagnies (institutions de premier niveau) ou des institutions basées sur l'adhésion à un niveau inférieur.

c'est-à-dire des services de santé et d'obsèques. Il a également créé une filiale de courtage en assurance et transféré son portefeuille d'assurances vers un assureur. En tant que courtier en assurance, ServiPerú est surveillée par la Banking and Insurance Superintendence. En ce qui concerne les services de sécurité sociale, ServiPerú est sous le contrôle de la Commission de surveillance pour les entreprises et sécurités et n'est pas gouvernée par la loi sur l'assurance. Bien que cette solution ne soit pas idéale, l'ancien assureur a trouvé une nouvelle manière d'opérer (nouvelle structure de la compagnie, nouveaux produits et nouveau réseau de distribution), a conservé le marché et continué à servir ses clients.

Source : d'après Rodriguez et Miranda, 2004.

Il existe un certain nombre d'autres exigences dans le cadre des lois et réglementations relatives à l'assurance empêchant les micro-assureurs d'obtenir une licence, telles que les importantes **exigences en matière de gestion clé**. Des responsables d'assurance hautement qualifiés sont peu susceptibles d'opter pour la direction d'une organisation de micro-assurance, ce domaine offrant généralement des salaires plus bas et des options de carrière plus rares que pour un assureur commercial. La nécessité de disposer de personnes qualifiées pour diriger la compagnie est évidente, mais les qualifications doivent-elles être modérées pour les micro-assureurs ?

Des exigences de **rapport complexe** peuvent rendre le coût de gestion et d'administration prohibitif pour les petits opérateurs de micro-assurance. Si les exigences de rapport et de communication, conçues à l'origine pour les grandes compagnies d'assurance présentant des structures complexes, sont imposées aux micro-assureurs disposant de procédures simples, les coûts vont augmenter. De même, les **exigences pour un examen actuariel** peuvent être onéreuses et difficiles à satisfaire dans certaines juridictions. Le fardeau réglementaire, parfois associé à une **taxe sur les primes**, vient s'ajouter au coût du produit et engendre un accès réduit pour les plus pauvres.

Ces aspects doivent être analysés afin d'estimer dans quels domaines les barrières d'entrée peuvent être levées en vue de promouvoir la micro-assurance. Certes, le comportement des contrôleurs qui n'accréditent pas les entités d'assurance présentant une gestion faible et un capital réduit semble justifié. Toutefois, il convient de se demander si les organisations souvent locales et tournées vers le marché des personnes à faible revenu doivent se voir refuser une licence sur la base d'exigences qui ne sont ni pertinentes ni appropriées pour les types de services qu'elles proposent. Cela est particulièrement

vrai pour les mutuelles et les sociétés de prévoyance pour lesquelles une longue tradition légale existe : aucun capital n'est requis du fait que le risque est supporté par les membres.[7]

Sans licence, le micro-assureur est enfermé dans un cercle vicieux : aucun accès aux sources de capital supplémentaire ou de réassurance, ce qui signifie en définitive aucune opportunité de croissance pour un opérateur prudent. Si ces systèmes ne peuvent évoluer, il leur sera difficile d'atteindre des économies d'échelle et d'étendre leur couverture au vaste marché non desservi. Dans un tel environnement, les assurés ne sont pas protégés[8] et la courbe d'apprentissage institutionnel n'est pas motivée par un contrôle externe (surveillance) et des normes élevées (réglementation). Le seul avantage qu'en retirent les contrôleurs est qu'ils n'ont pas besoin de traiter avec de nombreux systèmes d'assurance de petite envergure.

2.2 Barrières réglementaires à la distribution des produits de micro-assurance

Comme mentionné dans de nombreux chapitres, l'une des approches visant à développer les services de micro-assurance consiste, pour une compagnie d'assurance réglementée, à offrir une gamme de produits qui touche le marché des personnes à faible revenu via des mécanismes de distribution alternatifs, dont les organisations communautaires, les banques, les détaillants, les compagnies de téléphonie mobile et bien d'autres. Les barrières réglementaires peuvent néanmoins inhiber le recours à ces réseaux de distribution même si ceux-ci peuvent s'avérer efficaces pour atteindre les marchés des personnes à faible revenu. Les contrôleurs doivent superviser les tendances afin de garantir que la réglementation ne restreint pas l'innovation par le biais des réseaux de distribution au détriment du développement du marché (Leach, 2005).

Les institutions de micro-finance (IMF) constituent un réseau de distribution clé pour la micro-assurance car elles sont d'ores et déjà engagées dans des transactions financières avec le marché des personnes à faible revenu. Cependant, dans certaines juridictions, les IMF, et d'autres institutions qui collaborent étroitement avec les plus pauvres, ne peuvent distribuer l'assurance sans se conformer à des **exigences d'agrémentation rigoureuses pour les agents ou courtiers**. Par exemple, l'exigence imposant qu'un agent soit

7 C'est le cas en Belgique, France, Allemagne, Irlande, au Japon, au Royaume-Uni et aux États-Unis (quasi-totalité des états), ainsi qu'au Belize, en Inde, au Mali, en Martinique et en Afrique du Sud, entre autres.

8 Les réglementations de l'assurance commerciale énoncent souvent des pratiques lourdes qui sont inadaptées aux consommateurs à faible revenu, parfois illettrés et qui ne comprennent pas grand chose à l'assurance. Ce résultat est ironique car ce marché cible requiert une protection du consommateur d'autant plus renforcée.

une personne physique peut empêcher les IFM de vendre de l'assurance. L'exigence en matière de personnel spécialisé pour vendre l'assurance affecte le bon fonctionnement possible au travers de la vente d'assurance par les responsables de prêts et les guichetiers. Certaines juridictions interdisent aux organisations de prêt de vendre des produits d'assurance, en invoquant le conflit d'intérêts.

De plus, les exigences en matière de formation requise pour devenir un agent agréé peuvent être excessives compte tenu de la simplicité des produits de micro-assurance. Une femme au foyer pauvre qui souhaite vendre des polices d'assurance mixtes d'une valeur de 500 $US à ses amis et voisins est-elle obligée de suivre une formation de 100 heures ? Dans certaines juridictions, les exigences en matière de licence pour les agents ne sont pas strictement appliquées et autorisent les IMF et micro-assureurs à vendre de l'assurance bien qu'ils soient dans une situation juridique potentiellement vulnérable *(voir encadré 94)*.

Encadré 94 **Exigences pour les agents et courtiers**

Aux **Philippines**, la Commission des assurances accrédite les agents remplissant certains critères (par ex. paiement des frais d'enregistrement, réussite d'un examen et casier judiciaire vierge). Un agent doit être une personne physique. Pourtant, plusieurs IMF aux Philippines collaborent avec Cocolife afin d'assurer plus de 300 000 ménages très pauvres, bien que ces IMF ne soient pas enregistrées comme des agents. Elles vendent les produits de Cocolife mais ne perçoivent aucune commission. Au lieu de cela, elles majorent la prime nette facturée, via des frais administratifs, payée par le client à l'IMF au début de chaque prêt (Leftley, 2005).

AIG **Ouganda** bénéficie d'un partenariat avec 26 IMF dans trois pays différents afin de couvrir plus de 1,6 million de vies. En Ouganda, tout individu qui vend des assurances en tant qu'employé d'une IMF devrait techniquement avoir une licence. Mais en pratique, aucun n'est agréé. Par conséquent, les responsables de crédit des IMF n'ont souvent pas les compétences requises pour vendre des assurances et conseiller les clients (McCord et al., 2005a).

Au **Bangladesh**, les agents d'assurance doivent également être agréés. Cela permet de garantir un niveau minimal de qualité de l'agent ; mais cela peut également rendre les prestations de services aux populations rurales pauvres difficiles. Delta Life, par exemple, certifie les agents pour ses produits conventionnels qui ciblent les personnes à revenu moyen et élevé dans les zones urbaines. Par contre, elle appelle ses agents de micro-assurance des « organisateurs » afin de contourner les exigences d'accréditation. Une autre

difficulté provient du fait que les agents peuvent continuer à percevoir des commissions sur le renouvellement des primes même après avoir quitté le domaine des assurances, ce qui crée des complications administratives supplémentaires lorsqu'il s'agit de traiter des centaines de milliers de très petites polices et des milliers d'organisateurs (McCord et Churchill, 2005).

Les restrictions appliquées au montant de la commission de l'agence proposée par un assureur à l'agent risque également d'entraver le financement de la micro-assurance. La justification qui se cache derrière cette clause est de protéger l'assurance-vie face au risque d'épuisement dû aux structures de distribution coûteuses. Cependant, de telles clauses peuvent générer un problème pour les micro-assureurs dans la mesure où les marchés des personnes à faible revenu sont plus onéreux à servir et peuvent justifier une structure plus chère.

Lorsque les micro-assureurs proposent des polices à long terme, la structure de la commission prescrite peut s'avérer inappropriée. Par exemple, les commissions approuvées par le Insurance Board of Sri Lanka (IBSL) rémunèrent 30 % la première année, mais tombent à 5 % après la quatrième année. Dans un environnement dans lequel les systèmes de paiement bancaire ou postal ne sont pas répandus, l'agent est responsable de la collecte des primes, souvent en effectuant du porte-à-porte. Compte tenu de la structure de commission requise, Enarrson et Wirén (2006) soutiennent que le taux de fidélisation est susceptible de diminuer considérablement lorsque la commission de l'agent est réduite, dans la mesure où il est plus attrayant de recruter de nouveaux clients que de collecter les primes des clients existants. Aussi, on peut s'attendre à un fort taux de défaut de paiement qui entachera la crédibilité de l'assurance sur le marché des personnes à faible revenu.

Une autre barrière réglementaire associée au produit réside dans le fait que les compagnies d'assurance ne peuvent pas souscrire **d'activités multirisques** bien que cette structure de produit puisse se révéler appropriée pour le marché des personnes à faible revenu.[9] Dans de nombreuses juridictions, les exigences d'accréditation ne permettent par la formation de compagnies d'assurance multirisques mais imposent la création de compagnies séparées pour les activités vie (sur le long terme) et non-vie (sur le court terme). La protection obtenue en séparant les passifs à long terme et ceux à court terme est justifiée pour les gammes commerciales d'assurance ou les polices ayant des sommes assurées élevées. Toutefois, la même logique ne s'applique pas à la micro-assurance où les polices n'excèdent généralement pas une durée de cinq ans et où la grande majorité des polices s'étendent sur un an ou moins *(voir encadré 95)*.

9 Les arguments pour et contre les couvertures multirisques sont présentés au chapitre 3.1.

Encadré 95 **AIG Ouganda**

AIG Ouganda couvre de nombreux emprunteurs de la micro-finance mais, compte tenu de sa licence non-vie, elle peut uniquement fournir une garantie décès et invalidité accidentels. Cependant, les populations les plus pauvres ne font pas de distinction entre les différents types de décès. Peu importe que l'on décède dans un accident de voiture, de la malaria ou d'une crise cardiaque. Ces clients de la micro-finance souhaitent une protection, quelle que soit la cause du décès. AIG Ouganda ne peut légalement pas proposer d'assurance-vie, même si la plupart des contrats s'étendent seulement sur quatre ou six mois (durées qui correspondent aux durées des prêts des IMF).

Source : d'après McCord et al., 2005a.

En ce qui concerne les **types de produits adaptés aux segments à faible revenu**, il apparaît que les produits collectifs sont les plus appropriés. En revanche, on ne sait toujours pas très bien si les polices d'assurance mixtes doivent être recommandées pour les clients de la micro-assurance. Les polices d'assurance mixtes requièrent une discipline d'épargne qui fait souvent défaut aux segments de population à faible revenu en raison des fluctuations des mouvements de trésorerie de leur ménage. Cela entraîne de forts taux de défaut de paiement *(voir chapitre 2.2)*. En outre, les assurances mixtes constituent en réalité une mauvaise forme d'épargne pour ces ménages en raison des exigences élevées de l'assurance en termes de structure de coût et de taxe.[10]

Les exigences en matière de libellé de la police ne sont parfois pas adaptées aux clients à faible revenu, souvent illettrés (même les personnes cultivées ont du mal à comprendre la plupart des contrats d'assurance !). Les polices d'assurance destinées aux plus pauvres doivent être rédigées dans un langage très simple, sans jargon juridique, afin de garantir une bonne compréhension des termes et conditions.

Dans les juridictions où un **régime tarifaire** est en vogue, les taux, polices, termes et conditions sont normalisés via la pratique de l'industrie ou la réglementation. Bien qu'un tel régime semble présenter plusieurs avantages, il peut également entraver l'innovation et la concurrence, deux facteurs particulièrement importants pour la micro-assurance.

10 Par exemple, les ménages à faible revenu sont souvent exonérés d'impôts, de manière implicite ou explicite, tandis que les compagnies d'assurance paient des taxes sur les retours sur investissement. Par conséquent, le retour de l'assuré est net de toute taxe.

2.3 Barrières au niveau macro

Il existe d'autres barrières associées à la stratégie et au cadre juridique dont les implications ne sont pour le moment pas parfaitement comprises, mais qui méritent néanmoins d'être identifiées. Tout d'abord, certaines juridictions doivent faire face à une **sur-réglementation du secteur de l'assurance en général**. Par exemple, certains pays limitent les investissements étrangers destinés à l'industrie de l'assurance, ce qui rend difficile le transfert de savoir-faire en vue d'améliorer l'efficacité de l'offre de produits et de services de la micro-assurance. En outre, les stratégies protectionnistes peuvent nécessiter l'acquisition d'une réassurance domestique excessivement chère et/ou de faible qualité.

Deuxièmement, les **réglementations se chevauchant** peuvent créer des complications dans la conception et la distribution de la micro-assurance. Par exemple, en Afrique su Sud, une importante société d'inhumation doit présenter une personne juridique (enregistrée auprès du Ministère du commerce et de l'industrie), être enregistrée en tant qu'assureur (autorité de régulation des services financiers), peut être surveillée par un organe centralisé ou autorégulé,[11] et si elle propose une prestation en nature (services funéraires), être réglementée par le Ministère de la Santé.

Troisièmement, lorsque les **gouvernements entretiennent ou lancent des systèmes d'assurance subventionnés**, ils ne cherchent généralement pas à savoir si ces systèmes peuvent être proposés via les mécanismes du marché. Une analyse de la pérennité possible de ces systèmes sans subvention n'est pas effectuée. Au lieu de rendre les systèmes existants populaires, une telle action du gouvernement affaiblit les prestataires de micro-assurance dans la mesure où les assurés migrent vers le système subventionné. En conséquence, les tensions que subissent les ressources budgétaires subsistent et les subventions sont souvent employées ou ciblées de manière inappropriée.

3 Expériences des pays - aperçus préliminaires

En dépit des diverses barrières réglementaires complexes, des solutions existent, certaines étant en réalité déjà mises en œuvres. Plusieurs pays ont adapté leurs cadres réglementaires à la micro-assurance.[12] Cette partie décrit les expériences observées en Inde, en Afrique du Sud et aux Philippines, autant de pays qui ont recours à des stratégies différentes pour surmonter les obstacles réglementaires au développement de la micro-assurance.

11 Parmi les institutions mutualistes, les organisations centralisées jouent souvent un rôle important de régulateurs, pas uniquement dans l'assurance mais également sur le marché de l'épargne et des prêts.

12 L'Inde, le Maroc, Trinidad et Tobago, les Philippines et le Japon font partie des rares pays ayant adapté les réglementations à la micro-assurance. L'Afrique du Sud est en cours d'adaptation.

3.1 Inde

L'Autorité de promotion et de réglementation des assurances (IRDA) d'Inde a une approche proactive en matière de promotion de la micro-assurance en obligeant les compagnies d'assurance à s'adresser aux plus pauvres dans l'espoir que cette familiarité forcée aide les assureurs à prendre la mesure du potentiel du marché des personnes à faible revenu. Dans un système essentiellement de quotas, toutes les compagnies d'assurance sont contraintes de souscrire des activités dans des zones rurales prédéfinies[13] et des secteurs sociaux.[14]

Les résultats de la mise en application de ces exigences sont mitigés. Les assureurs n'ayant pas atteint les objectifs se sont vu infliger des pénalités financières, et des violations répétées qui pouvaient entraîner la perte de la licence. Certains assureurs considèrent ces exigences comme étant le prix à payer pour exercer leurs activités sur le marché et s'acquittent de leurs obligations par le biais de polices mal gérées. D'autres assureurs, tels que ICICI-Lombard et Tata-AIG, considèrent aujourd'hui les plus pauvres comme une opportunité de marché viable et ont volontairement dépassé leurs quotas. L'approche de la familiarité forcée peut donc s'avérer payante. Il n'est pas certain que ce système de quotas puisse être appliqué à d'autres pays car il ne correspond pas aux stratégies dirigées vers le marché pour le développement des systèmes financiers.

Pour aider les compagnies d'assurance à se conformer à ces exigences, l'IRDA a récemment instauré de nouvelles réglementations de micro-assurance afin de faciliter activement les partenariats entre les entités réglementées et non réglementées (IRDA, 2005). Ces nouvelles exigences visent à garantir que les assureurs restent sous surveillance tout en les autorisant à explorer différents réseaux de distribution afin d'étendre leur assurance aux populations les plus pauvres.

La réglementation crée un nouvel intermédiaire, l'agent de micro-assurance, qui peut être une ONG, une IMF ou toute autre organisation communautaire désignée par un assureur pour distribuer la micro-assurance via les

13 Les zones rurales sont définies par le Recensement d'Inde comme des endroits qui répondent ou sont supposés répondre aux critères suivants : (i) une population minimale de 5 000 personnes, (ii) au moins 25 % de la population masculine en activité sont engagés dans l'économie agricole et (iii) une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré (1 000 par mile carré). Dans ces zones, l'assurance-vie doit représenter 5 % des polices totales dans l'Année 1, pour atteindre 16 % à partir de l'Année 5 et l'assurance générale doit représenter 2 % du total de primes brutes collectées au cours de l'Année 1, pour atteindre 5 % à partir de l'Année 3 (IRDA, 2002).

14 Les secteurs sociaux sont définis comme des « travailleurs non organisés, économiquement vulnérables ou des classes arriérées dans les zones urbaines ou rurales ». Ici, chaque assureur doit maintenir un total de 5 000 polices au cours de l'Année 1, pour atteindre 20 000 polices dans l'Année 5, à la fois pour l'assurance-vie et générale. Et ce quelle que soit la taille des opérations (IRDA, 2002).

personnes spécifiées. Les agents de micro-assurance entrent dans un « contrat d'accord » avec l'assureur. Ils acceptent les termes du code de conduite défini par l'IRDA et suivent une formation de 25 heures (par rapport aux 100 heures imposées aux agents d'assurance conventionnelle) dans la langue locale, et ce aux frais de l'assureur. Aucun examen de qualification n'est requis, contrairement aux agents d'assurance ordinaire. Les commissions sont plafonnées, entre 10 et 20 % des primes par an en fonction du type et du mode de paiement de l'assurance, ce qui dépasse les gains habituels des agents conventionnels.

La nouvelle réglementation permet également l'association des éléments vie et non-vie en un seul produit, à condition que les primes et les risques soient clairement séparés du côté des assureurs. Les paramètres du produit de micro-assurance sont également réglementés *(voir tableau 48)* et sont soumis à la conclusion actuarielle et aux exigences « classer et utiliser ». Les produits qui dépassent la somme assurée prescrite ne sont pas considérés comme faisant partie de la micro-assurance et exigent par conséquent une expertise supplémentaire des agents accrédités.

Tableau 48 **Définition de la micro-assurance en Inde**

Gamme de produits assurée (Rs.)	*Somme minimale de couverture (années)*	*Somme maximale*	*Terme assuré (Rs.)*
Vie	5 000 (113 $US)[15]	50 000 (1 130 $US)	5
Non-vie	5 000 par bien	30 000 (678 $US)	
Santé	5 000	30 000	1
Accid. personnel	10 000 (226 $US)	50 000	1

Cette réglementation est considérée comme une étape importante dans le développement de la micro-assurance en Inde. Néanmoins, des détracteurs soutiennent que cette réglementation est très étroite du fait qu'elle se concentre sur une seule approche : le modèle partenaire-agent. Ils soutiennent également l'argument selon lequel les détails du produit ne doivent pas être réglementés de manière centralisée. Et du fait que l'exigence minimale de capital très élevée pour une compagnie d'assurance (22 millions $US) n'a pas été revue à la baisse, la concurrence est probablement insuffisante parmi les assureurs. En réponse à ce dernier point, le contrôleur recommande au gouvernement de réduire de moitié les exigences de capital pour l'assurance maladie afin d'augmenter le nombre d'opérateurs de la micro-assurance maladie.

15 1 $US = 44,25 Rs. (roupies indiennes)

Les nouvelles réglementations applicables à la micro-assurance ouvrent la voie au renforcement de l'efficacité de la distribution, grâce à un assouplissement des normes de formation et de rémunération ainsi qu'à l'association des produits, et ce sans compromettre la capacité de prise de risque d'un assureur commercial.

3.2 Afrique du Sud (AS)

La micro-assurance en AS existe depuis de nombreuses années, mais pas sous cette appellation. La forme la plus répandue de micro-assurance est l'assurance obsèques (souvent proposée par une Assistance Business Licence en AS), qui constitue une « police d'assurance-vie dans laquelle la valeur cumulée des indemnités, autres qu'une rente, versées ne dépasse pas 10 000 Rs. (1 500 $US)[16] ou un autre montant maximal prévu par le ministère ». L'Assistance Business Licence autorise ensuite des commissions non plafonnées. Le Friendly Society Act autorise une couverture allant jusqu'à 5 000 Rs. (750 $US). Tous les autres prestataires d'assurance obsèques doivent être enregistrés sous le Long-Term Insurance Act qui exige un capital minimal de 10 millions ZAR (1,5 million $US). Ils peuvent alors proposer une assurance obsèques pour n'importe quelle somme assurée, mais leurs commissions sont plafonnées (Genesis Analytics, 2005).

La plus grande partie de la micro-assurance en Afrique du Sud est générée par l'industrie des obsèques, implantée sur le marché des personnes à faible revenu depuis un certain temps. Ce marché n'en offre pas moins un accès limité. La question est de savoir comment développer les services d'obsèques d'une manière viable. À cet égard, le Bureau des services financiers (BSF) d'AS, à savoir l'autorité de régulation et le contrôleur non bancaire, doit faire face à un gros dilemme. Une grande proportion de l'assurance obsèques n'est pas réglementée du fait que les prestataires principaux, les sociétés d'inhumation et les salons funéraires, sont enregistrés sous le Friendly Societies Act. Le contrôleur s'inquiète de la viabilité et de la pérennité permanentes de ce modèle et de la capacité des prestataires existants à gérer leurs risques futurs.[17] En cas d'échec, le contrôleur d'assurance, tout comme l'industrie de l'assurance, risquerait de mettre leur réputation en jeu et la confiance accordée au

16 1 $US = 6,65 R (rands sud-africains)

17 Outre le fait de révéler l'importance significative des sociétés d'inhumation en Afrique du Sud (voir encadré 90), les études de FinScope Africa menées sur les services financiers (www.finscopeafrica.com) indiquent que les mécanismes informels ne sont pas la panacée : 9 % viennent à manquer d'argent pour payer les indemnités et 4 % sont victimes de fraude. À ces niveaux, les taux par défaut des assureurs informels peuvent être considérés par les autorités de réglementation comme un problème généralisé, en particulier du fait du nombre significatif de personnes touchées (Genesis Analytics, 2005).

marché pourrait s'en trouver dévastée. Mais au lieu de réagir, le contrôleur, le gouvernement et l'industrie existante étudient des solutions proactives.

Les contrôleurs sud-africains ne sont pas intervenus de manière aussi directe que leurs homologues indiens pour légaliser et promouvoir la micro-assurance. Ils se sont contentés de s'appuyer sur la Charte du secteur financier,[18] par laquelle l'ensemble des prestataires de services financiers ont accepté de s'adresser au marché des personnes à faible revenu. Par conséquent, l'industrie de l'assurance en AS fait face à une immense vague d'innovation tandis que les assureurs expérimentent de nouveaux réseaux de distribution afin d'atteindre les populations les plus pauvres, dont des joint-ventures et partenariats avec des détaillants (*voir chapitre 4.6)*. Il est trop tôt pour évaluer le succès potentiel de cette nouvelle vague d'innovation. À l'heure actuelle, moins d'1 % des 60 % de personnes les plus pauvres en AS bénéficient d'une assurance à court terme (c'est-à-dire non-vie). Cette proportion doit passer à 6 % pour égaler les objectifs de la Charte. Et afin d'aider les compagnies à atteindre les objectifs fixés, le BSF est chargé de promouvoir l'éducation des consommateurs. À cet effet, le BSF a un rôle considérable à jouer en termes de favorisation, de financement, de contrôle et de meilleure coordination de l'éducation des consommateurs.

Aujourd'hui, une initiative consiste à créer un terrain de jeu d'un niveau supérieur et à transférer les sociétés d'inhumation et les salons funéraire du Friendly Societies Act vers le Cooperatives Act parallèle, mieux adapté au contexte sud-africain. Le développement de ce nouveau niveau comprend la création d'une licence dédiée à l'assurance obsèques, disponible pour tous les acteurs du marché, et qui présente des exigences réduites en matière d'entrée et de conformité. Le nouveau niveau doit être accessible aussi bien aux assureurs avec adhésion qu'aux assureurs commerciaux. Les sociétés d'inhumation de petite taille basées sur l'adhésion doivent être régies par le nouveau projet de loi Coopérative.

3.3 Philippines

Aux Philippines, le contrôleur d'assurance a créé un système à deux niveaux, similaire aux environnements réglementés à différents niveaux qui ont vu le jour dans le secteur de la micro-finance. Il faut 50 millions Php (environ

18 La Charte du secteur financier (2003) en Afrique du Sud a été conçue à l'origine comme un projet de transformation de l'industrie des services financiers, c'est-à-dire de déracialisation du secteur financier en termes de propriété, essentiellement blanche, d'emploi et de pratiques d'achats ; cette charte inclut néanmoins des cibles très spécifiques pour améliorer l'accès financier. Les signataires de la Charte sont le gouvernement, les organes industriels et les représentants de la société de travail et civile. En termes spécifiques, les banques et les assureurs se sont engagés à proposer certains produits et services aux personnes à faible revenu à partir de 2008.

1 million $US) pour créer une compagnie d'assurance-vie de premier niveau, et 100 millions Php (2 millions $US) pour les produits non-vie.[19] La Commission des Assurances (CA) des Philippines prévoit d'augmenter l'exigence minimale de capital pour tous les nouveaux acteurs de l'assurance.

Le second niveau regroupe les sociétés mutuelles (MBA), une forme institutionnelle créée par la CA dans le cadre de la loi sur l'assurance. Et bien que la plupart des MBA soient de petite taille et non enregistrées, elles doivent le devenir, c.-à-d. être agréées par la Commission, lorsqu'elles atteignent une taille significative en termes de volumes et de nombre de membres.

Selon le Mutual Benefit Associations Act,[20] ces associations sont soumises à la surveillance et doivent avoir accès à un actuaire. Une MBA doit déposer un capital initial de 182 $US et contribuer en permanence à un fonds de garantie, à hauteur d'au moins 10 % de ses actifs, jusqu'à l'obtention du capital minimal requis pour une compagnie d'assurance à part entière. L'accréditation et la surveillance des MBA offrent aux membres une certaine protection, car la surveillance réduit la vulnérabilité du système face à la fraude et la mauvaise gestion. La CA a établi une unité spéciale pour les MBA chargée de les surveiller.[21] Néanmoins, dans la pratique, cette unité ne demande pas beaucoup d'explications aux MBA non enregistrées en raison de sa capacité de surveillance limitée, ce qui met en doute le niveau de protection du consommateur compte tenu des arrangements actuels. Les agents des MBA n'ont pas besoin de licences.

L'un des problèmes posé par cet arrangement réside dans les importantes différences d'impôt sur le revenu constatées entre les compagnies d'assurance commerciales et ces institutions de second niveau, ce qui peut avoir un effet dissuasif sur le passage à une entité de premier niveau. Par exemple, la CARD MBA, qui offrait des assurances-vie à plus de 600 000 Philippins très pauvres en 2004, prévoyait à l'origine de devenir une compagnie d'entreprise à part entière. Ce projet n'a cependant pas abouti en raison des lourdes taxes imposées aux compagnies d'assurance, bien que la CARD MBA bénéficierait d'un certain nombre d'opportunités commerciales très intéressantes en tant qu'assurance de premier niveau.

Même si cette question des taxes ne relève pas directement du domaine des contrôleurs d'assurance, ils sont en mesure d'apporter une contribution significative et de relayer ce problème aux responsables politiques. Dans la situation actuelle, où les gouvernements de nombreux pays cherchent à promouvoir des mécanismes alternatifs basés sur le marché afin d'offrir une pro-

19 1 $US = 52,87 Php (pesos philippins)
20 Chapitre VII de l'Insurance Act (Sections 390–409).
21 En 2001, 18 MBA sur 32 agréées (soit 56 %) ont fait l'objet d'une inspection sur site.

tection des vies, de la santé et des biens de leur population, les responsables politiques pourraient trouver ces propositions intéressantes.

Certaines MBA sont enregistrées de manière à profiter de conditions fiscales plus avantageuses (arbitrage réglementaire) tandis que certaines MBA ne sont pas au mieux de leur santé financière, probablement en raison d'une mauvaise gestion, entre autres. En réponse à ces problèmes, la CA prévoit d'adapter la réglementation des MBA dans un futur proche.

4 Conclusions

Du point de vue des contrôleurs, le point de départ de la création de marchés d'assurance accessibles à tous est d'être mandaté à cet effet. Si les contrôleurs d'assurance se conforment à ce mandat et prennent leurs responsabilités de développement du marché au sérieux, les responsables politiques doivent encore leur indiquer que ce développement constitue une réelle priorité. Ces instructions sont essentielles étant donné le rôle de l'assurance dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement *(voir chapitre 1.1)*, tout comme les ressources limitées doivent être allouées aux prestations de protection sociale bénéficiant de subventions publiques *(voir chapitre 1.3)*.

Le défi majeur que les contrôleurs doivent relever est la création d'un environnement favorable au développement et à la pérennité du marché de la micro-assurance en pleine croissance. Du point de vue du titulaire de contrat, les contrôleurs doivent pouvoir garantir que le nombre grandissant de systèmes de micro-assurance semi-formels ou informels respectent leurs engagements envers leurs membres. La protection des ressources limitées des personnes les plus pauvres est une question vitale.

Il s'avère relativement difficile d'offrir cette protection aux consommateurs tout en encourageant simultanément la création de solutions innovantes pour répondre aux besoins en assurance des ménages à faible revenu. Les adaptations des cadres réglementaires sont souvent perçues comme étant en conflit avec les principes de prudence et les risques, créant ainsi des distorsions sur le marché. Par conséquent, les contrôleurs doivent trouver un équilibre qui promeut une couverture plus large, en d'autres termes étendre l'assurance au vaste marché des personnes à faible revenu tout en protégeant leurs investissements et leur confiance, sans toutefois imposer une charge excessive aux contrôleurs. Cette tâche est loin d'être facile.

Dans la mesure où les exigences élevées de capital sont inadaptées aux polices de micro-assurance de petite taille, une solution méritant une étude approfondie est l'approche de fonds propres à risques. Ces fonds propres représentent un montant de capital qu'une compagnie doit conserver afin de protéger les consommateurs de tout développement déficitaire en fonction

d'une évaluation des risques. Ils sont généralement calculés par le biais de l'application de facteurs visant à comptabiliser les ensembles qui représentent des risques divers auxquels une compagnie s'expose. La surveillance basée sur les risques commence à être reconnue comme une norme internationale, approuvée par l'IAIS et les contrôleurs du marché développé.

Chaque juridiction possède ses caractéristiques propres et il n'existe pas de solution unique pour tous. C'est ce qu'illustrent les exemples d'Inde, d'Afrique du Sud et des Philippines, qui montrent que chaque pays a adopté une approche différente. L'Inde oblige les assureurs à s'adresser aux plus pauvres et à procéder à des adaptations essentielles de la réglementation en réformant sa réglementation courtier/agent, ce qui constitue probablement la manière la plus simple de stimuler le financement accru de la micro-assurance. L'Afrique du Sud, qui tend vers un nouveau cadre pour la micro-assurance, approche avec précaution son énorme industrie de l'assurance informelle. Le contrôleur veut étendre la protection des consommateurs aux bénéficiaires d'une assurance informelle, mais il ne souhaite pas réglementer à mort les systèmes. La solution trouvée aux Philippines consiste à s'appuyer sur la force des systèmes mutualistes. Le modèle du fonds de garantie, lié aux volumes et ne nécessitant pas un capital initial important, représente un mécanisme approprié pour offrir une protection aux clients des prestataires de second niveau.

La révision des exigences d'accréditation de l'agent et du courtier peut être la méthode la plus rapide et la plus simple pour stimuler le financement accru des services d'assurance, tandis que la création d'un nouveau niveau d'institutions peut représenter un grand pas en avant qui requiert toutefois du temps et des efforts. De plus, l'émergence de tiers opérateurs de services peut revêtir une certaine importance du fait que la micro-assurance présente un volume considérable d'activités à marge faible qui nécessitent une grande expertise administrative. Il s'avère également utile d'étudier les réseaux de distribution alternatifs, à savoir les détaillants, compagnies de téléphonie mobile et toute organisation qui s'engage dans des transactions financières avec le marché des personnes à faible revenu, capables de distribuer la micro-assurance.

Un cadre réglementaire cohérent et basé sur des principes doit pouvoir tenir compte des différentes exigences institutionnelles de la micro-assurance. Un tel cadre n'implique par forcément la création d'une loi séparée pour la micro-assurance, comme c'est le cas en Inde. Il peut également comprendre des amendements à la loi sur l'assurance, comme aux Philippines. Au lieu d'englober tous les assureurs dans un ensemble commun de réglementations, cette approche de cadre nécessite des règles et réglementations différenciées pour les divers modèles de prestataires. En d'autres termes, les options insti-

tutionnelles spéciales destinées à la micro-assurance sont probablement plus efficaces dans l'amélioration de l'accessibilité de l'industrie de l'assurance que la réglementation standard présentant un niveau unique.

La promotion de la micro-assurance implique que les responsables politiques et contrôleurs prennent des mesures concrètes, en gardant à l'esprit que l'intégration de systèmes de micro-assurance dans la sphère réglementée impose des coûts aux contrôleurs comme aux micro-assureurs, au risque d'être transférés vers les responsables politiques. En outre, il convient d'examiner avec soin la menace que représente la formalisation des systèmes informels, qui risquerait d'entraîner une perte de la dimension sociale.[22]

Une bonne surveillance requiert des compétences techniques spécifiques à l'assurance. Il n'est absolument pas approprié de déléguer cette responsabilité à d'autres autorités gouvernementales. De même, les compétences des contrôleurs d'assurance représentent un point important. Il est tout à fait irréaliste de promouvoir des ajustements de l'environnement réglementaire qui entraînent une augmentation des assureurs réglementés, dont certains auront besoin d'approches de surveillance différentes, sans développer les compétences et les ressources des contrôleurs d'assurance.

Une autre question essentielle subsiste : comment réagir en présence de petits systèmes qui ne sont pas (encore) capables d'adopter l'orientation commerciale requise pour devenir une institution formalisée ? Il est important de définir un seuil au-delà duquel la formalisation est exigée et la réglementation imposée (Genesis Analytics, 2005). Les opérations de micro-assurance n'atteignant pas ce seuil seront alors exemptées de surveillance. Cependant, dès que le seuil est dépassé, ces entités doivent être formellement agréées.

L'autorégulation (normes orientées vers le marché) gérée par un organe centralisé peut constituer une étape intermédiaire destinée aux petits prestataires de micro-assurance qui sont trop grands pour opérer en dehors du radar réglementaire, mais pourtant trop petits pour demander une licence d'assureur à part entière. L'autorégulation peut aider l'industrie dans une certaine mesure mais ne peut en aucun cas libérer les contrôleurs d'assurance de leurs obligations. Cette approche serait réalisable dans les pays présentant un nombre important de prestataires (Genesis Analytics, 2005).

La micro-assurance se trouve à la limite entre la protection sociale fournie par le gouvernement et les interventions du marché. Aussi, un dialogue est

22 Dans la micro-finance, les données montrent que la corrélation entre formalisation et dérive est moins importante que supposée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur. Cela doit être dû en partie au fait que trouver des « propriétaires commerciaux réels » ne constituait pas, dans la plupart des cas, un besoin urgent pour les IMF en évolution en raison des nombreux investisseurs orientés vers le développement disponibles.

requis entre les parties prenantes afin de garantir la compatibilité et la cohérence des stratégies privées et publiques. Par exemple, un aperçu du mécanisme de tarification des systèmes d'assurance subventionnés par les gouvernements pourrait servir de point de départ pour démontrer comment ces systèmes auraient fonctionné sans subventions. De plus, cela attesterait de l'intérêt des partenariats public/privé dans la garantie d'un meilleur service, de coûts et de subventions réduits et de redirection des subventions vers le segment de population le plus vulnérable. Des règles claires doivent être définies en termes de normes de comptabilité et de solvabilité afin de séparer les produits subventionnés par le gouvernement au sein du portefeuille d'un assureur.

Pour finir, des adaptations réglementaires efficaces nécessitent un investissement significatif dans l'éducation à plusieurs niveaux. Les responsables politiques et contrôleurs doivent comprendre les risques et le potentiel de la micro-assurance. La transmission du savoir-faire et le dialogue sont à cet égard des questions essentielles. Les bailleurs de fonds et autres promoteurs doivent également être formés et préparés pour financer et assister techniquement les contrôleurs comme les prestataires de micro-assurance. Enfin, les clients qui demandent des services de micro-assurance ne sont pas bien informés. Les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent, par conséquent, jouer un rôle dans ce domaine. Ces défis doivent être relevés parallèlement aux aspects de réglementation et de surveillance.

5.3 Le rôle promotionnel des gouvernements

Sabine Trommershäuser, Roland Lindenthal et Rüdiger Krech

Les auteurs remercient Christian Jacquier (OIT), Jeremy Leach (FinMark Trust) ainsi que Gabriele Ramm (Consultant) pour leurs commentaires sensés et avertis sur ce chapitre.

La protection contre les risques constitue un droit citoyen. Ainsi, il est de la responsabilité de l'État d'utiliser tous les moyens possibles pour fournir ce bien public et pour créer un environnement favorisant l'accès équitable aux systèmes de protection sociale (OIT, 2002c).

Les gouvernements peuvent jouer des rôles différents en essayant de s'acquitter de cette responsabilité. Dans un premier temps, comme nous en avons discuté au chapitre 1.3, les gouvernements peuvent fournir une protection sociale telle que l'accès universel aux soins de santé, des indemnités d'invalidité et des pensions de retraite pour les travailleurs. Cependant, le revenu fiscal des gouvernements est limité. Dans de nombreux pays en voie de développement, au maximum 20 % de la population active est généralement incluse dans des systèmes de sécurité sociale réguliers (OIT, 2000). Plusieurs gouvernements sont actuellement incapables de fournir ces services fondamentaux à la grande majorité de leurs citoyens.

En outre, les gouvernements sont responsables de la régulation et du contrôle du secteur de l'assurance, laquelle offre une protection de valeur aux entreprises et aux citoyens du pays, en particulier à ceux qui peuvent se l'offrir. Si le gouvernement ne peut pas fournir lui-même un niveau approprié de protection sociale, il doit au moins créer un environnement au sein duquel le marché peut développer des systèmes de protection pour les segments mal desservis. Comme l'a décrit le chapitre précédent, des ajustements pour les lois et règlements des assurances peuvent permettre encore davantage aux assureurs commerciaux de servir le marché des personnes à faible revenu.

Toutefois, même dans un environnement réglementaire favorable au développement de la micro-assurance, les influences du marché seules ne permettront pas de résoudre le problème de la couverture de protection sociale insuffisante. Sur une base purement commerciale, la micro-assurance, avec ses petites transactions, son faible revenu de primes, ses coûts administratifs relativement élevés et son marché cible difficile à atteindre, n'est pas particulièrement attrayante pour la majorité des compagnies d'assurance. Lorsque la

couverture et la qualité des systèmes formels de sécurité sociale sont limitées, et lorsque les compagnies d'assurance ne développent pas les services pour les plus démunis, les gouvernements doivent explorer d'autres options afin d'améliorer la couverture de protection sociale.

Cela conduit à une troisième approche, dans laquelle les gouvernements jouent le rôle de facilitateurs pour aider à surmonter les imperfections du marché en faisant la promotion de la micro-assurance à travers une variété d'options institutionnelles. Avec ce rôle promotionnel, les gouvernements peuvent même utiliser leurs ressources limitées pour promouvoir des investissements supplémentaires du secteur privé afin de fournir une protection. Le présent chapitre décrit cette troisième fonction et illustre les différentes façons dont les gouvernements peuvent promouvoir la micro-assurance.

1 Prise de décision, participation et élaboration d'un consensus

Si un gouvernement considère la protection sociale comme étant une priorité politique et s'il pense que la micro-assurance peut permettre d'enrichir d'autres aspects d'un système de protection sociale complet, il peut décider de promouvoir activement cette approche. Avant cela, il évaluera probablement le potentiel de la micro-assurance et ses limites. Les gouvernements doivent impliquer l'ensemble des principales parties prenantes dès le point de départ de ce processus d'évocation et de formulation des politiques.

La micro-assurance n'est ni la seule, ni nécessairement la meilleure alternative possible pour protéger la population cible contre les risques les plus importants. La plupart des systèmes touchent uniquement une fraction de la population et ne résolvent pas le problème d'accès pour les groupes les plus démunis et les plus vulnérables, qui ne peuvent pas se permettre de contributions et ont des besoins de protection supérieurs à ce que peut leur offrir la micro-assurance. Par conséquent, il serait irréaliste de considérer que la micro-assurance peut couvrir toutes les personnes non couvertes par les systèmes formels existants. Pourtant elle peut jouer un rôle participatif ; la nature de ce rôle dépendra du processus politique.

Les décisions sur les politiques publiques, en particulier dans le contexte de la situation sociale, sont essentiellement politiques, car elles impliquent un certain nombre de questions fondamentales et pourtant subjectives, auxquelles il faut répondre explicitement dans le cadre d'une politique publique complète sur la protection sociale. Quel est, par exemple, le niveau de solidarité souhaité ? Une première étape dans la formulation d'une politique sur la micro-assurance consiste à demander au gouvernement de favoriser un processus participatif qui évalue si les objectifs sociaux de la nation peuvent être efficacement et durablement poursuivis par le biais de la micro-assurance.

Dans ce contexte, l'étendue de l'engagement d'un gouvernement concernant ses objectifs sociaux est importante pour déterminer si et comment il doit s'impliquer dans la micro-assurance. Un cadre politique national doit définir le rôle des micro-assureurs dans un contexte plus large, ainsi que les rôles particuliers du gouvernement et des autres parties prenantes.

Il est essentiel d'impliquer l'ensemble des principales parties prenantes dans le processus de formulation des politiques si elles doivent être largement acceptées et globalement prises en charge par la majorité de la population. Les parties prenantes incluent des groupes de la société civile (par ex., des corps religieux, des ONG), des organisations d'entraide de type coopératives et leurs organes centralisés, et des assureurs commerciaux nationaux et internationaux. D'autres acteurs importants de la micro-assurance incluent des organisations d'employeurs et de travailleurs, des prestataires de services, des associations professionnelles et des partenaires au développement bi- et multilatéraux.

La réussite de la promotion de la micro-assurance dépend des étroits partenariats entre l'ensemble des parties prenantes ; cependant, certaines activités peuvent être fournies par l'État uniquement, comme la création de cadres légaux et la mise à disposition de services qu'aucun acteur commercial ne pourrait ou ne voudrait offrir. Des partenariats public/privé (PPP) peuvent avoir une pertinence particulière là où les ressources et le savoir-faire nationaux sont limités. Par exemple, l'une des plus grandes compagnies d'assurance au monde, Allianz AG, s'est associée avec la GTZ et le PNUD pour développer des produits de micro-assurance en Inde et en Indonésie.

Le gouvernement doit faciliter l'intégralité du processus de prise de décision participative, ce qui nécessite la volonté politique de le faire. Dans ce contexte, un problème technique peut venir du fait que les travailleurs dans l'économie informelle sont rarement suffisamment bien organisés pour communiquer leurs besoins au gouvernement (Carrin, 2002). Politiquement, il peut être difficile de parvenir à un consensus concernant le degré de solidarité et de redistribution nécessaire pour étendre la couverture de protection sociale à l'ensemble de la population. Cela tient beaucoup à la volonté politique d'étendre la couverture aux plus démunis étant donné que le problème de réduction de leur vulnérabilité entre en concurrence avec d'autres priorités.

Parmi les principaux problèmes que doivent traiter les parties prenantes se trouve la définition du concept de micro-assurance, pour lequel les options sont multiples. Par exemple, à quel(s) modèle(s) de distribution doit être donnée la priorité ? Aux organisations d'entraide de type coopératives, aux modèles partenaire-agent, aux systèmes d'assurance basés sur la communauté, aux modèles de ventes directes ou à un mélange de certains ou de tous les modèles ? D'autres questions concernent l'adhésion obligatoire ou volontaire, le degré de cofinancement ou de subvention des primes, et l'admission

de systèmes de gestion des risques indexés ou de dérivés (par ex., des assurances basées sur des indices climatiques).

Selon la situation spécifique dans un pays et après avoir consulté les principales parties prenantes, le gouvernement doit choisir les options les plus réalisables pour la promotion de la micro-assurance. Une évaluation attentive permet la hiérarchisation des instruments possibles et assure la sélection de ceux ayant le meilleur impact potentiel sur les objectifs sociaux de la nation en fonction de leur coût. Les divers outils ou options à la disposition du gouvernement incluent : (a) la création d'un environnement favorable, (b) le renforcement des institutions et (c) la mise à disposition d'une assistance financière.

2 Création d'un environnement favorable

Bien que souvent associé au cadre légal et réglementaire, un environnement favorable englobe en réalité un large éventail de domaines. En effet, virtuellement chaque activité du gouvernement, de l'élaboration de lois à la mise à disposition de services publics (par ex., santé de base, éducation de base, sécurité physique et politiques de marché du travail qui favorisent un travail décent), peut être envisagée comme une contribution à un environnement favorable. En identifiant les éventuels obstacles environnementaux ou d'infrastructure qui empêchent le développement et l'expansion de la micro-assurance, les gouvernements peuvent faire des ajustements par le biais d'investissements limités qui pourraient améliorer de manière significative la disponibilité et la qualité de l'assurance pour les plus démunis.

2.1 Cadre légal et réglementaire

De nombreux prestataires de micro-assurance exercent en dehors des lois des assurances là où ni les intérêts ni les fonds des consommateurs ne reçoivent la protection adaptée. Comme décrit au précédent chapitre, un cadre réglementaire bien conçu représente un facteur essentiel dans la mise à disposition effective et efficace de services de micro-assurance.

Outre une loi spécifique pour les institutions de micro-assurance, plusieurs réglementations légales supplémentaires influencent la création, le fonctionnement et l'expansion des systèmes de micro-assurance :

- Le cadre réglementaire pour les institutions de micro-finance (IMF) pouvant intervenir comme courtiers ou réseaux de distribution
- Des lois pour les autres types d'institutions telles que les coopératives
- L'ensemble du cadre légal pour le marché de l'assurance, y compris la réassurance

- La réglementation des systèmes comptables du gouvernement visant à éviter les irrégularités fiscales
- Des lois fiscales

pour n'en mentionner que quelques unes.

Les responsables politiques doivent assurer la cohérence des politiques, des lois et des réglementations liées à la micro-assurance. Par conséquent, une approche systémique est nécessaire pour la prise de décision.

Le cadre réglementaire détermine, par exemple, si les organisations à but non lucratif, les coopératives et les micro-assureurs basés sur la communauté sont officiellement autorisés à entrer sur le marché. En outre, il définit la portée pour l'initiative privée, par ex. si les assureurs commerciaux se voient confier des responsabilités obligatoires supplémentaires par le biais d'un système de contingentement pour les populations pauvres comme en Inde. Au lieu de forcer les assureurs à entrer sur le marché des personnes à faible revenu, il est possible de les encourager à le faire par le biais d'incitations, par exemple en offrant des avantages fiscaux aux assureurs du secteur privé qui offrent des produits pour les plus démunis. Dans une telle situation, il est important de reconnaître que le marché des personnes à faible revenu peut nécessiter un type différent de protection des consommateurs *(voir encadré 96)*. De plus, il peut être nécessaire d'explorer de nouveaux moyens de développer la protection des consommateurs pour les assurés au sein de systèmes d'assurance informels.

Encadré 96 **L'Ombudsman des assurances, Sri Lanka**

Le nouveau bureau de l'Ombudsman des assurances au Sri Lanka a ouvert ses portes le 1er février 2005. Les expériences positives de l'Ombudsman du système financier au Sri Lanka a conduit à l'établissement de ce nouveau bureau. L'objectif de l'Ombudsman des assurances est le règlement satisfaisant des déclarations de sinistre déposées par les assurés et des désaccords avec les assurés de compagnies d'assurance couverts par le système, notamment l'organisation ALMAO (All Lanka Mutual Assurance Organization) maintenant qu'il s'agit d'une compagnie d'assurance réglementée. L'Ombudsman a le pouvoir de créer des récompenses monétaires contraignantes pour les institutions d'assurances participantes.

Outre la fonction principale d'étude des déclarations de sinistre, l'Ombudsman s'engage dans un effort de développement d'une meilleure sensibilisation à l'assurance parmi la population du Sri Lanka. Étant donnée la portée

de l'ALMAO sur le marché des personnes à faible revenu, l'approche de marketing social et l'approche de traitement des plaintes devront être adaptées aux caractéristiques des assurés de l'ALMAO.

Source : d'après Enarsson et Wirén, 2006.

2.2 Prévention des risques et marketing social

Les gouvernements peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention et la réduction des risques. À un niveau macro, des politiques préventives visant à atténuer l'impact d'événements tels que des crises économiques, des catastrophes naturelles et des conflits sociaux, peuvent créer un environnement stable dans lequel des systèmes de micro-assurance peuvent se développer. En outre, des mesures de réduction des risques telles que des systèmes améliorés de lutte contre les inondations, un meilleur assainissement, des soins préventifs et une surveillance efficace des maladies contagieuses, peuvent réduire considérablement les risques et, par conséquent, les dépenses relatives aux déclarations de sinistre, réduisant ainsi les primes d'assurance et rendant les produits d'assurance plus abordables pour les plus démunis *(voir chapitre 3.9)*. Naturellement, il s'agit d'initiatives que les gouvernements souhaiteraient initier pour les citoyens en général, pas uniquement pour booster les systèmes de micro-assurance.

De plus, les gouvernements peuvent également progresser vers des marchés du travail plus équitables et plus ouverts. Étant donné que le travail est souvent le principal et l'unique actif des populations pauvres, l'accès équitable à un travail décent constitue l'un des aspects les plus importants de la réduction des risques. Par ailleurs, la vitesse et la qualité de la croissance économique doivent être optimisées, tout en augmentant l'élasticité de l'emploi et la part du travail formel dans l'emploi total ; cela facilitera la capacité des gouvernements à mobiliser un financement obligatoire pour la couverture universelle (OMS, 2004). Enfin, plus le secteur formel se développe, moins les autres mécanismes d'assurance sont requis, étant donné qu'il est plus facile de fournir une couverture de sécurité sociale formelle adaptée aux travailleurs du secteur formel.

Outre la prise d'action directe pour créer un environnement plus sain pour les populations pauvres, le gouvernement peut également s'impliquer dans des campagnes de marketing social afin de créer une plus grande prise de conscience et une meilleure compréhension de la signification de la prévention et de l'évitement des risques parmi les citoyens. Plusieurs systèmes de micro-assurance, notamment BRAC et Grameen Kalyan au Bangladesh, participent à la campagne du programme de vaccination du gouvernement desti-

née aux enfants. Les administrations de santé publique distribuent gratuitement des vaccins et apportent de petites contributions afin de couvrir les coûts de publicité de la campagne. Cette participation peut renforcer les propres programmes de prévention des systèmes et améliorer leur image publique. Cependant, des témoignages de campagnes de santé publique suggèrent qu'elles n'ont pas toujours été efficaces pour changer le comportement des populations.

Le marketing social peut également servir à promouvoir des stratégies de gestion des risques et à tenter de créer une culture d'assurance. En effet, l'absence d'une culture d'assurance est régulièrement identifiée comme un obstacle majeur au développement de la micro-assurance, obstacle que le gouvernement pourrait lever grâce à des ressources limitées. Le gouvernement pourrait entreprendre ceci lui-même ou encourager le secteur de l'assurance à en assumer la responsabilité.

Les campagnes de sensibilisation sur les caractéristiques et les avantages spécifiques de la micro-assurance pourraient expliquer comment établir des systèmes ou y participer et pourraient décrire les droits et les obligations des assurés, ainsi que les coûts de couverture, qui sont souvent surestimés, et les coûts engendrés par l'absence d'assurance sociale, qui sont généralement sous-estimés (GTZ, 2005). Le marketing social pourrait permettre de réduire les fausses idées et les attentes irréalistes des consommateurs, lesquelles peuvent représenter un obstacle majeur et conduire à un manque de compréhension réciproque (Huber et al., 2003).

Au Guatemala, par exemple, l'un des principaux thèmes de la Superintendance bancaire (qui inclut le Délégué aux assurances) est de promouvoir une meilleure pratique de la gestion des risques, pour les institutions financières tout comme pour les clients. Le responsable de la section des assurances encourage les assureurs à s'imposer à la place de la Superintendance, dans l'introduction d'une meilleure pratique de la gestion des risques en se concentrant sur : (a) des pratiques d'entreprise, (b) le code d'éthique des clients et (c) la protection des consommateurs (Herrera et Miranda, 2004).

2.3 Recherche, information et mise à disposition d'établissements de santé

Un autre aspect de l'environnement favorable est que certains services doivent être bien en place pour que le secteur de l'assurance fonctionne correctement, notamment des résultats de recherches, des informations pertinentes et une mise à disposition d'établissements de santé adéquats.

La gestion des risques implique d'identifier leurs sources et leurs caractéristiques, par exemple, s'ils affectent les individus de manière simultanée ou sans aucun lien. La combinaison la plus appropriée des dispositifs et des stra-

tégies de gestion des risques pour une situation donnée dépendra du type de risque et de la faisabilité des instruments disponibles (Dixon et al., 2002). Des données statistiques et des informations saines peuvent permettre de défendre la couverture universelle et, par conséquent, la nécessité de la micro-assurance comme un élément présent dans un cadre de protection sociale plus large.

En outre, plus les micro-assureurs ont d'informations à leur disposition pour déterminer les prix et les caractéristiques des produits appropriés, plus les primes seront basses pour les assurés les plus démunis. Les services statistiques pour le secteur de l'assurance ont besoin de ressources et de capacité. Ces services, qui pourraient être pris en charge par l'État, fourniraient des informations pour permettre aux assureurs de définir les primes et les paquets de prestations. En ce qui concerne l'assurance maladie, par exemple, des informations pourraient être fournies sur la prévalence des maladies, la qualité relative des établissements et le coût recommandé des différentes interventions. Cela peut également faciliter le partage des expériences et des leçons retenues entre les institutions et les personnes impliquées dans la micro-assurance et sa promotion.

Un autre élément est la mise à disposition d'établissements de santé adéquats. En effet, l'accessibilité des établissements de santé existants et la qualité des soins fournis représentent des facteurs clés déterminants pour toutes les perspectives de réussite des systèmes d'assurance maladie *(voir encadré 97)*. Par conséquent, les gouvernements peuvent prendre en charge et promouvoir le développement de la micro-assurance en améliorant la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour tous les citoyens dans ses principaux centres de soins et hôpitaux publics (OIT, 2002c).

Encadré 97 **Prestataires de soins de santé et organismes de mutuelle santé (MHO) au Mali**

Les partenaires les plus importants de l'UTM (Union Technique de la Mutualité Malienne) sont les prestataires de soins de santé, qui ont une relation symbiotique avec les MHO. En fait, la plupart des MHO sont structurés autour d'un centre de soins (aire de santé) qui propose ses services aux populations vivant dans une certaine région géographique. Les prestataires de soins de santé bénéficient de la présence des MHO car ils s'assurent que la population locale a les moyens financiers d'accéder aux services et plusieurs ont souvent joué un rôle central dans la création de nouveaux MHO.

Source : d'après Fischer et al., 2006a.

Les prestataires de soins de santé constituent un élément essentiel de la réussite d'un système de micro-assurance maladie. Lorsque les systèmes peuvent fonctionner en partenariat avec des prestataires publics, comme l'UTM et l'UMSGF (Guinée), ils sont plus à même de contrôler les coûts étant donné que les prestataires de santé publique font souvent payer des tarifs fixes. Les prestataires de soins de santé publique tendent à être moins chers étant donné que leurs opérations sont partiellement ou intégralement subventionnées par l'État. Si des systèmes de micro-assurance veulent réduire les coûts d'indemnités, ils doivent trouver un moyen de mieux travailler avec les systèmes de santé publique. Un gouvernement qui soutient la micro-assurance pourrait certainement constituer une aide dans ce sens. Par exemple, dans le cas de Karuna Trust, un comité de coordination a été formé pour améliorer la qualité des services de soins de santé, notamment les représentants du ministère de la Santé et de la Protection de la famille, ainsi que des représentants de Karuna Trust et de la compagnie d'assurance. Le comité de coordination se réunit régulièrement pour surveiller la mise en œuvre du système d'assurance.

2.4 Corruption et fraude

La corruption, si elle sévit à grande échelle, peut s'avérer être une barrière considérable au développement de la micro-assurance et peut sérieusement entraver les chances de réussite d'un système. Par exemple, les prestataires de soins de santé sont supposés dépendre des paiements formels et ne pas demander de dessous de table pour l'admission dans des établissements publics. La fraude perpétrée par des assureurs qui, notamment, pourraient réclamer des dépenses de santé fictives, ou par des administrateurs qui détournent les sommes d'argent collectées par l'assureur, est tout aussi importante dans ce contexte (Weber, 2002). Les gouvernements peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre la corruption et en s'assurant que le fonctionnement des mécanismes de fourniture de soins de santé et de règlement financier est crédible et transparent.

Il est intéressant de constater que la promotion des systèmes de micro-assurance peut également permettre de réduire la fraude, dans une certaine mesure, au moins dans les centres de soins. Par exemple, à l'UMSGF en Guinée, des enquêtes préliminaires réalisées dans la région ont montré que le coût d'hospitalisation moyen déclaré (interventions médicales ou chirurgicales) était de 80 000 GNF (33 $US) par séjour, ce qui était largement supérieur aux tarifs officiels appliqués par les prestataires de soins de santé (qui sont en moyenne de 20 000 GNF (8,20 $US)). Par conséquent, le système de micro-assurance a choisi de mettre en œuvre un dispositif de tiers payant de

sorte que les membres n'aient pas à avancer les frais de traitement. La suppression des échanges financiers entre le personnel de santé et les patients permet également de réduire les pratiques illégales telles que la surfacturation.

3 Renforcement des institutions

Outre la création d'un environnement dans lequel les prestataires et les produits de micro-assurance pourraient prospérer, les gouvernements peuvent également cibler des interventions au niveau d'une institution afin de renforcer les prestataires de micro-assurance et de faciliter les partenariats.

3.1 Réseaux et structures centralisées

Pour que la micro-assurance rencontre le succès, des unités locales basées sur la profession doivent être reliées à des structures en réseau plus importantes afin d'améliorer les fonctions représentatives et d'élargir leur mise en commun des risques. Les expériences au Mali (UTM), au Sénégal (CRMST) et en Guinée (UMSGF) montrent comment une structure fédérée renforce le système *(voir chapitre 4.3)*. Ce lien crucial fournit également une structure de soutien pour d'autres opérations professionnelles telles que le contrôle interne et le contrôle des performances, les services de conseil, la formation, les banques de données, les équipements de recherche, le partage des leçons apprises et des données pertinentes, ainsi que la relation avec les parties prenantes externes. Les réseaux jouent également un rôle essentiel dans le lancement de nouveaux systèmes et donc dans le développement de la disponibilité de la micro-assurance et l'accroissement des économies d'échelle.

En conséquence, les gouvernements devraient, lorsque cela est approprié, encourager la création d'associations de micro-assurance ou soutenir celles existantes. Le financement de ces structures de soutien soulève un défi majeur, étant donné que plusieurs d'entre elles ne collectent pas suffisamment d'argent auprès de leurs membres pour pouvoir couvrir entièrement leurs frais. Ce peut être un domaine dans lequel les subventions du gouvernement pourraient également être efficaces, comme l'explique la section suivante. De plus, le gouvernement peut également faciliter les relations avec les organismes de soutien appropriés, notamment les agences gouvernementales et les administrations locales, pour encourager des partenariats réciproquement bénéfiques *(voir encadré 98)*.

Encadré 98 **Gestion en Guinée-Bissau**

En Guinée-Bissau, le ministère de la Santé publique a déterminé les responsabilités spécifiques pour les chefs des villages concernant les systèmes de paiement à l'avance des soins de santé au niveau de la communauté. Le cadre politique permet un degré élevé d'autonomie dans la gestion des systèmes, mais donne au village la responsabilité de diverses fonctions. Par exemple, les villages sont libres de fixer les paramètres des systèmes de paiement (par habitant, par adulte ou par foyer) et le rythme des versements. De la même façon, les villages plus importants peuvent créer des sous-comités de santé spéciaux pour superviser les opérations des centres de soins des villages.

Les directives précisent également la responsabilité des villages. Celles-ci impliquent de construire des centres de soins, pour lesquels le ministère de la Santé publique fournit quelques matériaux de construction, et de vérifier que la distribution des médicaments est toujours adaptée. De cette manière, le partenariat entre le ministère de la Santé publique et les villages bénéficie à la fois des capacités de gérance du gouvernement sous la forme de directives et de surveillance et des connaissances locales au sein des villages.

Source : d'après Ranson et Bennett, 2002.

3.2 Relation avec les bailleurs de fonds et les fonds internationaux

Comme décrit au chapitre 5.1, l'assistance internationale peut permettre de promouvoir les systèmes de micro-assurance, que ce soit par le biais de transferts d'argent directs ou par le biais de l'assistance technique. Cependant, les prestataires de micro-assurance n'ont peut-être pas la capacité, le savoir-faire et les réseaux professionnels nécessaires pour établir des contacts et négocier les conditions d'assistance avec les bailleurs de fonds potentiels et/ou les fonds internationaux tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (le GFATM) et la Facilité internationale de financement (IFF), ou sous le concept novateur d'un Global Social Trust (GST)[1]. Ils comptent sur le gouvernement pour jouer un rôle d'intermédiaire entre l'assistance externe et, à l'autre extrémité, la population cible *(voir encadré 99)*. Dans ce contexte, l'intérêt du gouvernement pour la micro-assurance détermine le volume et l'étendue de l'assistance externe des bailleurs de fonds, par exemple en définissant des priorités dans les négociations bilatérales et multilatérales.

[1] Ce concept fait partie d'une campagne de grande ampleur de l'OIT pour encourager les pays à développer la sécurité sociale, et il fait le lien entre les pays développés et en voie de développement afin d'améliorer et d'étendre les systèmes de protection sociale dans ces derniers (voir encadré 14 au chapitre 1.3).

Encadré 99

Simplification des relations avec le PNUD en Inde

Le ministère indien de la Santé a décidé de mettre en place des systèmes pilotes dans le Bengal-Occidental et au Karnataka afin de tester les options communautaires de financement des soins de santé et de tirer des leçons de ces expériences. Il a accepté de travailler en partenariat avec les ONG établies et performantes ; Karuna Trust a été approchée en 2001 sur recommandation du Gouvernement de Karnataka. Le système était destiné à se concentrer uniquement sur les centres de soins publics. Les opérations de micro-assurance de Karuna Trust ont débuté en 2002, l'ONG servant d'agent de distribution pour la compagnie d'assurance nationale appartenant au gouvernement.

Le principal avantage du produit d'assurance est un paiement journalier aux assurés lorsqu'ils sont hospitalisés. Les établissements publics offrent des soins gratuits aux personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté ou appliquent des tarifs très modestes pour les interventions chirurgicales et l'hospitalisation, les services de consultations externes et les médicaments (en partie). L'idée de base du système d'assurance de Karuna Trust est que les plus démunis puissent utiliser ces services gratuits au lieu de devoir les acheter auprès d'autres sources. Le paquet de prestations est destiné à combler les faiblesses de l'infrastructure publique de santé en compensant la perte de salaire. Si l'assuré est hospitalisé pendant plus de 24 heures dans un établissement public de santé, 50 Rs (1,10 $US) sont versés par jour pour compenser la perte de salaire, pour un maximum de 30 jours par an. Toutes les personnes hospitalisées sont éligibles.

Pour surmonter l'absence de connaissances de l'assurance du marché, le PNUD a accepté de couvrir les coûts de primes pour les deux premières années. Une prime entièrement subventionnée aurait pu faciliter la vente du produit, mais rétrospectivement, cela n'aurait pas été la meilleure politique. Il est difficile de persuader les clients de payer pour une assurance qui a été gratuite les deux premières années. Karuna Trust s'efforce désormais de résoudre ce problème.

Source : d'après Radermacher et al., 2005a.

3.3 Simplification des relations avec les assureurs commerciaux

Dans certains pays, d'importants prestataires de micro-assurance pourraient inclure des organisations d'employeurs et de travailleurs, des prestataires de services, des associations professionnelles, des groupes de la société civile et des coopératives. En particulier, les institutions de micro-finance qui réalisent déjà des transactions financières avec des foyers à faible revenu peuvent jouer un rôle

essentiel en proposant également des assurances. Toutes ces organisations peuvent étendre les assurances aux plus démunis, seules, en partenariat avec des compagnies d'assurance formelles ou dans le cadre de partenariats public/privé.

Comme évoqué au chapitre 4.2, le modèle partenaire-agent est un moyen viable de développer la micro-assurance. Il lie une compagnie d'assurance commerciale avec un réseau de distribution approprié pour atteindre les populations pauvres, au bénéfice de l'assureur, de l'agent et du client. Étant donné les résultats réciproquement bénéfiques de ce modèle, les gouvernements pourraient aider l'amélioration des relations entre les assureurs et les agents de distribution potentiels.

Outre la facilitation des relations, les gouvernements doivent développer un cadre légal favorable à une telle collaboration. Par exemple, en Inde, l'Autorité de promotion et de réglementation des assurances (IRDA) a assoupli les normes de réglementation pour les agents de micro-assurance *(voir chapitre 5.2)*. Il est également important de reconnaître que de telles relations ne sont pas toujours réciproquement bénéfiques, en particulier lorsque les agents de distribution n'ont pas une forte perception des concepts d'assurance et donc ne négocient pas de bons contrats pour leurs clients. Par conséquent, les gouvernements doivent également vérifier que les droits des consommateurs sont respectés ainsi que les normes de qualité.

4 Apport d'une assistance financière

Lorsque la micro-assurance peut être proposée sur une base purement commerciale, le soutien financier du gouvernement n'est plus nécessaire. Cependant, il existe de nombreuses situations pour lesquelles la micro-assurance exclusivement dirigée par le marché n'est pas possible. Par exemple, cela peut prendre plusieurs années pour que de nouvelles opérations d'assurance soient viables, excepté pour le modèle partenaire-agent, qui utilise l'infrastructure existante. La micro-assurance basée sur le marché a peu de chances d'atteindre les membres de la société les plus démunis et qui ont le moins de ressources, et donc l'assistance financière pourrait être nécessaire pour étendre la portée des systèmes de micro-assurance (par ex. aux personnes les plus pauvres). Des subventions peuvent également être requises pour la recherche et le développement, comme la création de nouveaux produits, l'amélioration des prestations ou l'utilisation des technologies. Par ailleurs, des structures centralisées peuvent nécessiter une assistance financière, au moins jusqu'à ce qu'il y ait suffisamment de membres pour réaliser des économies d'échelle. Étant donné le besoin potentiel d'assistance financière, les gouvernements doivent décider si oui ou non ils feront de tels investissements, et si c'est le cas, quelle est la meilleure façon de les concevoir *(voir encadrés 99 et 100)*.

4.1 Paiements par transfert ciblés

Pour permettre d'approfondir la pénétration des systèmes de micro-assurance, les gouvernements pourraient inclure la mise à disposition de paiements par transfert vers les citoyens les plus démunis qui sont dans l'impossibilité de payer (tout ou partie) de leur assurance (Dror et Preker, 2002). Les transferts ciblés pour les populations pauvres ont un impact social important. Dans ce contexte, une décision politique doit être prise en accord avec les destinataires des subventions : quels sont les critères de sélection, et comment obtenir des données statistiques fiables sur les populations pauvres et sur les personnes les plus pauvres, leurs revenus et où ils vivent ?

En réalité, de nombreuses opérations de micro-assurance dépendent de l'accès continu à une certaine forme de subvention externe. Par exemple, VimoSEWA, qui a été impliqué dans la micro-assurance en Inde pendant plus de dix ans, a enregistré un taux de sinistres de 176 % en 2004 et un taux de sinistres (escompté) de 154 % en 2005 basé sur les déclarations de sinistre élevées pour ses prestations d'assurance maladie (les autres gammes de produits affichent désormais une contribution positive).

Comme abordé au chapitre 5.1, la subvention de primes ne peut pas être la forme d'intervention publique la mieux adaptée. En effet, la subvention des systèmes d'assurance maladie, dans des zones où l'offre est restreinte, peut conduire les prestataires de soins de santé à être moins enclins à fournir des services aux non-membres, qui sont perçus comme plus susceptibles de ne pas payer (Bennett, 2004).

Lorsque l'impact fiscal de la subvention d'un trop grand nombre d'individus n'est pas soutenable, les ressources limitées doivent être ciblées vers les plus vulnérables. De plus, la plupart des systèmes nécessitent une certaine forme de ticket modérateur. L'intention est de limiter le coût pour le budget public, mais également de remédier au comportement opportuniste des consommateurs (risque moral). Un autre objectif des paiements par transfert publics peut être de combler l'« écart de recouvrement », qui se produit en cas de dépassement systématique des recettes d'une unité de micro-assurance par les dépenses d'indemnisation.

Toutefois, en fonction des besoins d'un pays, de la capacité administrative, du système bancaire et des priorités politiques, les paiements par transfert peuvent être :

- offerts directement aux individus pour acquérir une assurance ;
- fournis pour soutenir des nouveaux systèmes *(voir encadré 100)* ;

- versés pour des systèmes de micro-assurance sociaux ou financés par la communauté (de manière régulière ou pendant les crises financières ; dans les deux cas, il est possible que leur viabilité financière soit améliorée) ;
- versés dans une mise en commun financière (par le biais de mécanismes incluant la réassurance) ;
- versés aux prestataires pour couvrir les investissements ou les services non assurables ;
- fournis sous la forme de transferts liés (directs et indirects), par exemple, sous forme de subventions qui encouragent l'usage de soins préventifs, de soins de santé primaires et de médicaments essentiels.

En réalité, il faudrait trouver un mélange équilibré de ces options. Compte tenu des nombreuses imperfections du marché, l'argument selon lequel les subventions seraient utilisées plus efficacement si elles étaient canalisées par des prestataires gouvernementaux ou liées à certains biens ou activités pourrait se défendre. Cependant, les données sont pour l'instant insuffisantes pour suggérer qu'un type de subvention est plus adapté que les autres (Ranson et Bennett, 2002).

En fournissant des subventions pour la micro-assurance, les gouvernements doivent comprendre les effets sur les non-membres, ainsi que sur les membres, et analyser si l'ensemble des objectifs gouvernementaux sont atteints de manière optimale selon les combinaisons choisies. En général, il est à noter que les subventions ne garantissent pas l'équité sociale ni un meilleur accès pour les plus démunis ; la manière dont l'argent des subventions est obtenu et la manière dont il est dépensé constituent toutes les deux des facteurs importants (Busse, 2002).

Encadré 100

Subvention du Yeshasvini Trust

Le Yeshasvini Trust est conçu comme un système d'assurance autofinancé, financé principalement par les contributions des membres, bien qu'il se soit appuyé sur des subventions supplémentaires pour son lancement. Au cours des deux premières années de fonctionnement, les clients payaient 60 Rs (1,36 $US) par personne pour la prime. Pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, le gouvernement de Karnataka a complété la prime collectée avec 30 Rs (0,68 $US) supplémentaires par personne. Le gouvernement a fourni en tout et pour tout 45 millions Rs (1 022 727 $US) la première année et 35 millions Rs (795 454 $US) la deuxième année. Cependant, l'assistance de l'État va au-delà du simple soutien financier.

Dans la mesure où les coopératives indiennes sont quelque peu dépendantes du gouvernement, le ministère des Coopératives peut influencer leur implication. La décision d'autoriser les membres à déduire simplement la

prime d'assurance du revenu tiré de leur activité généré avec la société coopérative a permis d'inciter l'adhésion de nouveaux membres. Les coopératives sont la clé de Yeshasvini pour un grand nombre d'assurés, couvrant 1,6 million de membres au cours de la première année, et passant à 2,2 millions au cours de la deuxième année. Toutefois, comme les subventions ont pris progressivement fin, la prime a dû être augmentée jusqu'à 120 Rs (2,73 $US), ce qui a considérablement compromis les renouvellements. Au cours de la troisième année, seulement 1,45 million de membres ont souscrit, illustrant l'inconvénient découlant de la subvention des primes.

Source : d'après Radermacher et al., 2005b.

4.2 Réassurance

La réassurance est une autre manière pour l'intervention publique de contribuer à la viabilité des systèmes de micro-assurance. Comme la micro-assurance est souvent utilisée par une population ciblée vivant à proximité, la mise en commun des risques n'est pas bien diversifiée par situation ou profession. Des techniques de réassurance sociale pourraient être utilisées pour améliorer la viabilité des petites mises en commun des risques, typiques dans le cadre des systèmes de micro-assurance informels (Dror et Preker, 2002).

Cependant, tout comme les plus démunis n'ont aucun accès à l'assurance, les prestataires de micro-assurance n'ont généralement pas accès à la réassurance *(voir chapitre 5.4)*. Si les options de réassurance basées sur le marché des systèmes de micro-assurance sont insuffisantes, et en l'absence de dispositifs réciproques réalisables, le gouvernement peut encourager et soutenir le développement des mécanismes de réassurance de la manière suivante :

- en réassurant directement des systèmes de micro-assurance malgré certains risques covariants (le gouvernement peut à la fois constituer un fonds et apporter des contributions financières pour les ressources en gestion commune, à savoir une combinaison de réassurance et de subvention) ou
- en subventionnant la prime, les micro-assureurs auraient à payer pour la réassurance.

Certains observateurs soutiennent que cette approche n'est pas viable, peut créer des incitations négatives et pourrait entretenir de mauvaises conceptions de la micro-assurance (Newbrander et Brenzel, 2002). Étant donnée l'expérience pratique limitée dans ce domaine, les ressources financières, la capacité de direction ou les fonctions institutionnelles qu'un gouvernement devrait réussir à réassurer restent floues. Une autre approche

consisterait à faciliter les relations entre les micro-assureurs et les réassureurs soutenus par le gouvernement *(voir encadré 101)*.

Encadré 101

Africa Re

La Société africaine de réassurance (Africa Re) a été créée en 1976 par les 36 États membres de l'Organisation de l'Unité Africaine avec pour objectif de réduire la sortie des devises étrangères du continent en retenant une proportion substantielle des primes de réassurance générées. Ses membres sont constitués de gouvernements nationaux, du secteur privé et de la Banque africaine de développement.

L'objectif d'Africa Re est de stimuler le développement du secteur de l'assurance et de la réassurance en Afrique afin de promouvoir la croissance des capacités de souscription et de rétention nationales, régionales et sous-régionales, et de soutenir le développement économique africain. Pour atteindre son objectif, la société :

- opère dans la réassurance par le biais de traités et de cessions facultatives ;
- crée et administre des mises en commun ;
- participe à l'établissement d'institutions d'assurance et de réassurance nationales et régionales ;
- investit ses fonds dans des pays africains de manière à promouvoir le développement du continent ;
- fournit une assistance technique aux pays africains et favorise les contacts et la coopération commerciale entre les institutions d'assurance et de réassurance.

Africa Re est exonérée de toute taxation. Elle peut également transférer ses fonds comme bon lui semble et elle est libre d'ouvrir des comptes bancaires convertibles. Ces privilèges lui ont permis de croître sans obstacle réglementaire majeur. La première expérience d'Africa Re en micro-assurance a été vécue avec le MHO kenyan Mediplus et elle réassure désormais Microcare en Ouganda.

Source : d'après Africa Re, 2003.

5 Remarques finales

La micro-assurance n'est pas destinée à devenir le pilier principal du système de protection sociale d'un pays, mais elle offre une stratégie complémentaire

qui pourrait s'appliquer dans un cadre plus large. Dans un premier temps, le gouvernement doit faciliter un processus participatif des principales parties prenantes pour peser le pour et le contre de la micro-assurance et évaluer si cette approche pourrait contribuer aux objectifs globaux de politique sociale du pays. S'il est décidé à l'inclure dans un cadre de protection sociale plus large, le gouvernement peut faciliter la formulation d'une politique explicite sur la micro-assurance, cohérente avec toutes les autres politiques pertinentes, qui sera utile dans la création d'un environnement favorable pour gagner la confiance des micro-assureurs.

Par la suite, les gouvernements peuvent aider à la création, à la duplication et au développement de la micro-assurance par le biais d'un éventail d'instruments. Dans ce contexte, la première responsabilité du gouvernement est de créer un climat favorable pour son développement, en commençant par des adaptations réglementaires qui sont directement et indirectement liées à la micro-assurance. La création d'un environnement favorable implique également la promotion des campagnes de prévention des sinistres, en cultivant une culture d'assurance, et la réduction ou l'élimination de la corruption et de la fraude. D'autres instruments importants incluent la recherche sur la micro-assurance ainsi que la diffusion des résultats de recherche et des leçons retenues.

Les options du gouvernement pour la promotion active de la micro-assurance incluent le soutien institutionnel et l'assistance financière. Le soutien institutionnel implique essentiellement la promotion des réseaux de micro-assurance et des structures centralisées saines, la mise en relation des systèmes de micro-assurance avec les bailleurs de fonds et les fonds internationaux, et la simplification des relations entre les agents de distribution potentiels et les assureurs commerciaux.

Le soutien financier apparaît comme crucial si les gouvernements souhaitent étendre la couverture aux groupes de populations les plus pauvres. Celui-ci pourrait être fourni par le biais de paiements par transfert ciblés pour assurer un niveau élevé de participation par des personnes parmi les plus pauvres et les plus vulnérables, pour améliorer la viabilité financière des systèmes de micro-assurance, pour couvrir certains investissements socialement importants par des prestataires ou des services non assurables, ou pour encourager l'usage des soins préventifs, des soins primaires et des médicaments essentiels. L'assistance financière inclut également le rôle du gouvernement pour réassurer les prestataires de micro-assurance contre les risques covariants.

La combinaison optimale d'instruments sera variable d'un pays à l'autre et même au sein d'un même pays, car elle passe par différentes étapes de développement en vue d'une couverture universelle.

5.4 Le rôle des assureurs et des réassureurs dans le soutien de l'assurance pour les plus démunis

David M. Dror et Thomas Wiechers

Les auteurs remercient vivement les réviseurs suivants pour leurs commentaires avertis : George Allen (Munich Re of Africa), Toon Bullens (Interpolis), Denis Garand (Actuaire consultant) et Till Heydel (Munich Re).

Dans son discours lors de la Conférence sur la micro-assurance sponsorisée par la Fondation Munich Re en octobre 2005, Hans-Jürgen Schinzler[1] a donné son point de vue sur la raison de la fréquente absence des assureurs et des réassureurs commerciaux sur le marché des personnes à faible revenu : « Le revenu des primes est faible, les coûts administratifs sont relativement élevés et l'infrastructure pour les assurances n'est pas suffisante ; c'est pour cela que les assureurs commerciaux ne s'intéressent pas plus que cela à ce marché. »

Cette franche déclaration suggère que si le revenu des primes était élevé et les coûts administratifs relativement faibles, et si l'infrastructure pour les assurances était améliorée, les assureurs et les réassureurs commerciaux s'intéresseraient davantage à ce marché. Cela soulève deux questions : tout d'abord, quelle est la proposition de valeur des assureurs et des réassureurs commerciaux pour les systèmes de micro-assurance et le marché des clients à faible revenu ? Deuxièmement, étant donné que les améliorations sur l'ensemble des trois points ont davantage de chance d'évoluer dans le temps que de connaître un « big bang », quelle(s) partie(s) de cette proposition de valeur les assureurs et les réassureurs peuvent-ils fournir au cours de ce processus évolutif ? Ce chapitre propose quelques réponses à ces questions.

Les réponses peuvent différer selon le modèle commercial. Le présent chapitre porte essentiellement sur le rôle des assureurs et des réassureurs dans le soutien des systèmes d'assurance basés sur la communauté qui fonctionnent selon le modèle mutualiste, à savoir des communautés d'individus qui assument les risques d'assurance et utilisent le système. La mise à disposition d'une réassurance, d'une formation et d'un soutien technique indispensables pour ces micro-assureurs est un défi essentiel pour le développement de la micro-assurance. Ce chapitre s'abstient de traiter des contrats de micro-assu-

[1] Hans-Jürgen Schinzler est le Président du Conseil de surveillance de Munich Re et le Président du Conseil d'administration de la Fondation Munich Re.

rance dans lesquels les ONG distribuent des produits d'assurance mais ne garantissent pas les risques (le modèle partenaire-agent), étant donné que ces organisations populaires sont déjà associées à un assureur commercial spécifique. Cet assureur peut céder ou non les risques à la réassurance, selon les décisions en matière de cession qui ne sont pas spécifiques à l'agent. Le présent chapitre s'inspire du fait que les assureurs et les réassureurs commerciaux peuvent appréhender des opportunités commerciales viables à partir d'une pénétration de grande ampleur de l'assurance dans des configurations à faible revenu, et que ces opportunités justifient l'investissement dans des systèmes de micro-assurance de par leur potentiel à servir d'agents de changement dans les communautés à faible revenu.

1 La proposition de valeur de la réassurance

La proposition de valeur de la réassurance réside dans sa mise en valeur de la capacité des principaux assureurs à conduire leur entreprise en réduisant le coût sur le long terme des risques garantis. La réassurance traite régulièrement quatre expositions financières principales : 1) capacité, 2) allègement de capital 3) catastrophes et 4) stabilisation. En outre, les réassureurs proposent des services auxiliaires qui complètent la base de connaissances des assureurs. Tous ces services sont pertinents pour les micro-assureurs.

Chaque assureur (et les micro-assureurs ne font pas exception) peut réduire davantage le coût des risques garantis lorsque le nombre de clients augmente. Un nombre accru d'assurés augmente la prévisibilité des résultats commerciaux, mais cela signifie également que pour l'ensemble du volume des déclarations de sinistre et pour les événements catastrophiques, l'assureur s'expose davantage à la possibilité, même uniquement temporaire, que les sinistres puissent excéder le revenu des primes. Par conséquent, les assureurs doivent augmenter leur **capacité** financière lorsqu'ils souhaitent vendre un nombre de contrats d'assurance supérieur à ce que leurs propres limites financières leur permettent. Une capacité croissante développe la capacité des assureurs à souscrire une seule grande exposition aux sinistres *(capacité de grand secteur)* ou plusieurs contrats dans un secteur d'activité *(capacité de primes)*. Soit dit en passant, la capacité supplémentaire requise n'est pas proportionnelle, mais plutôt inférieure à la croissance de l'assureur.

Le renforcement des capacités de primes est probablement plus pertinent dans le contexte des micro-assureurs *(voir encadré 102)*. Celui-ci peut être réalisé par le biais de méthodes de réassurance proportionnelle (par ex. « quote-part » ou « excédent ») ou de réassurance non proportionnelles (par ex. en appliquant une méthode appelée « risque d'excédent de sinistre »). Étant donné que la réassurance est une dépense, le micro-assureur souhaitera comparer les

Encadré 102

Que tirent les micro-assureurs de la réassurance ?

La réassurance donne aux micro-assureurs un budget discrétionnaire et une protection contre l'insolvabilité.

La **protection contre l'insolvabilité** constitue l'avantage fondamental. Le contrat de réassurance garantit que le réassureur paie tous les frais au-delà du seuil de réassurance, et ainsi le risque de faillite du micro-assureur est limité aux frais en-dessous du seuil. Le coût de la prime de réassurance doit être comparé favorablement avec la marge de sécurité que le micro-assureur doit maintenir. La marge de sécurité est proportionnelle à la variance des prestations du micro-assureur. Des études ont prouvé que la réassurance présente un net avantage pour les micro-assureurs, en particulier du fait que leur paquet de prestations spécifique évolue en termes de diversité des produits et de maxima plus élevés (Dror et al., 2005a).[2]

La réassurance peut également soulager les micro-assureurs de la nécessité de maintenir des réserves de sécurité pour couvrir des frais plus élevés que prévus les mauvaises années. Ces réserves sont normalement constituées au cours des bonnes années. Bien évidemment, la réassurance n'affecte pas la probabilité des bonnes années, mais lorsqu'elle soulage les micro-assureurs de la nécessité de conserver des réserves, ceux-ci peuvent utiliser les excédents accumulés au cours des bonnes années comme **budgets discrétionnaires** sans prendre le risque supplémentaire d'insolvabilité.

2 Dans le chapitre 3.6, il est dit que céder les risques à la réassurance est tout autant une décision de la direction que le résultat d'une série de calculs de l'exposition de l'assureur primaire. Les auteurs de ce chapitre estiment que, dans certaines circonstances, le choix peut être sujet à l'exercice du jugement des dirigeants. Cela est particulièrement vrai lorsque les conditions d'assurance sous-jacentes sont loin d'être optimales en raison des restrictions extrêmes sur les prestations. Par exemple, lorsque la fréquence prévue d'un événement est élevée, sa prévisibilité sera également élevée, et donc sa variance sera faible. La variance diminue également lorsque le paquet de prestations inclut quelques types de prestations uniformes et des montants d'indemnités maximum faibles, car les déclarations de sinistre sont ensuite davantage prévisibles. Le besoin de réassurance est moindre dans ces cas, car la fréquence des déclarations de sinistre et des montants versés pour les indemnités est réduite à un degré qui rend les fluctuations basses et la protection financière de l'assurance moins pertinente.

L'expérience avec la micro-assurance suggère que, pour de nombreux produits d'assurance-vie, les montants des indemnités sont constants du fait de l'uniformité de la couverture, par conséquent, la variable aléatoire « variance des déclarations de sinistre cumulées » est proche de zéro. Pour l'assurance-vie de crédit, il y a une variance dans les montants restants dus des prêts, et ainsi il existe une contribution à la variance des déclarations de sinistre cumulées. Pour l'assurance-maladie, s'il existe une prestation maximale faible (comme cela est actuellement fréquent dans les systèmes de micro-assurance-maladie), la contribution à la variance des déclarations de sinistre cumulées sera peu élevée ; en effet, plus le nombre de clients à atteindre le maximum est élevé, plus la contribution à la variance est faible.

Au final, il faut garder à l'esprit que le programme de réassurance a un coût ; ainsi, la surassurance peut être tout aussi préjudiciable à l'ensemble de la situation coûts-bénéfices de l'organisation que la sous-assurance. La réassurance contre les catastrophes est une forme de réassurance qui ne doit pas coûter cher et sera utile dans la plupart des situations. Les autres fonctions de la réassurance ne sont généralement pas utilisées par les systèmes de micro-assurance.

Les implications pratiques font que les micro-assureurs mesurent le bénéfice qu'ils obtiennent selon deux critères d'appréciation : tout d'abord, plus la prime qu'ils doivent payer pour éviter une faillite et assurer une solvabilité complète est élevée, moins le bénéfice est important ; ensuite, plus le montant du budget discrétionnaire qu'ils peuvent obtenir est important, plus le bénéfice est élevé.

alternatives de capital ; ceux qui peuvent accéder à un capital moins coûteux préfèreront le faire plutôt que d'opter pour la réassurance, mais en l'absence d'alternatives, la réassurance est utile.

Les assureurs collectent des primes à l'avance, mais ne connaissent que rétroactivement la portion de la prime qu'ils conservent comme revenu. Ainsi, à certaines périodes, les assureurs détiennent un revenu de primes qu'ils n'ont pas encore gagné. La règlementation en matière d'assurance oblige les assureurs à conserver des excédents reflétant les primes collectées mais pas encore gagnées, qui doivent être égales à la valeur présente des futures déclarations de sinistre. Cependant, les micro-assureurs doivent réserver toutes les primes non acquises et dans le même temps, assumer les coûts pendant l'année en cours. Cela a un effet négatif sur les résultats du micro-assureur et peut provoquer des problèmes de liquidités. L'achat d'une réassurance en quote-part permettrait au micro-assureur de réduire la réserve des primes non acquises ; de plus, le micro-assureur recevrait une commission de la part du réassureur, ce qui pourrait contribuer à couvrir les coûts et à améliorer les résultats. Cela s'amplifie lorsque les micro-assureurs connaissent une croissance rapide. Les tout nouveaux assureurs peuvent également avoir des difficultés à gérer le compte d'excédents, en particulier au début des périodes financières, et lorsque la base de clients augmente rapidement. Certains assureurs trouvent qu'il est plus simple de répondre à cette exigence d'excédents en achetant un **allègement de capital**, également connue sous le nom de financement, auprès d'un réassureur.

Les assureurs acceptent les risques de leurs assurés sur la base d'hypothèses statistiques relatives à la probabilité et à la variance d'occurrence des risques. Cependant, chaque assureur sait également qu'il existe une petite possibilité que la survie de la compagnie puisse être en danger si le pire des scénarios se produisait. **La protection contre les catastrophes** constitue la mesure préventive prise par les assureurs pour répartir l'exposition aux risques fondamentaux pouvant mettre en danger la survie de la compagnie. Les méthodes répandues de réassurance qui offrent une protection contre les catastrophes sont les catastrophes par excédents de sinistres d'occurrence et excédents de sinistres (pertes) cumulés, les deux étant des méthodes non proportionnelles de réassurance. Il semble exister un large consensus relatif au fait que la réas-

surance contre les catastrophes soit indispensable pour les micro-assureurs. Les faibles volumes ne doivent pas représenter un facteur limitatif pour la mise à disposition de cette réassurance. En effet, dans une perspective historique, l'une des tâches principales des réassureurs professionnels a toujours été d'aider les petites compagnies d'assurance à supprimer, dans un premier temps, leur risque existentiel. Les compagnies de micro-assurance doivent pouvoir accéder au même service.

Enfin, les assureurs souhaitant travailler dans un environnement prévisible et stable peuvent vouloir conserver des taux de sinistres situés à des niveaux de tolérance définis et/ou assurer des bénéfices réguliers. Cette **stabilisation** (ou résultats stables des sinistres) peut être réalisée par le biais de la réassurance (mais, bien entendu, la réassurance n'est pas une subvention et les micro-assureurs devront payer pendant les bonnes années pour ce qu'ils reçoivent en compensation les mauvaises années). La plupart des méthodes de réassurance peuvent être utilisées à ces fins.

Outre les quatre fonctions financières principales décrites ci-dessus, les réassureurs vendent souvent leur expérience des mathématiques et des informations statistiques de l'assurance sur le marché. Les réassureurs peuvent proposer une expertise de souscription car leur base de clients inclut plusieurs assureurs sur le même marché ou sur des marchés similaires. Cet accès supérieur aux informations donne aux réassureurs un avantage relatif dans la préparation des estimations statistiques des risques et des coûts. De plus, les réassureurs se spécialisent dans l'expertise requise pour permettre à l'assureur de décider des risques à céder à la réassurance et des risques à conserver. La réserve émise pour cette description générale est que, actuellement, les réassureurs n'offrent pas une grande expertise aux micro-assureurs.

Les réassureurs jouent également un rôle lorsque la réglementation requiert que les assureurs réassurent certains risques. La réassurance qui est prescrite par la réglementation au lieu des décisions de cession autonomes de l'assureur est essentielle pour que les assureurs répondent aux exigences réglementaires. C'est pour cela qu'elle est souvent appelée **assistance de conformité.**

Enfin, les assureurs qui décident de se retirer d'une classe, d'une gamme, d'un territoire ou du segment d'activités peuvent céder l'ensemble du portefeuille à la réassurance, bien qu'en réalité, il est plus probable de voir un assureur concurrent récupérer la part de marché. Cela permet aux assureurs de continuer à servir les clients sans rupture de contrat, en n'assumant plus l'exposition financière liée à ce portefeuille. Cela s'appelle l'**assurance de portefeuille**.

Ce chapitre se concentre sur la contribution des assureurs et des réassureurs pour les micro-assureurs. Le chapitre prend d'abord en considération la

preuve apportée par les études de cas concernant les relations entre les assureurs et les réassureurs avec les systèmes de micro-assurance, puis décrit les options pour étendre la gamme des opportunités pour que les micro-assureurs bénéficient de la proposition de valeur des réassureurs.

2 Implication des assureurs et des réassureurs commerciaux dans la micro-assurance

Les études de cas répertoriées dans l'annexe 1 fournissent plusieurs exemples de coopération entre les compagnies de (ré)assurance commerciales et les organismes de micro-assurance, comme décrit ci-dessous.

1. La relation entre Spandana, une institution indienne de micro-finance, et Life Insurance Corporation (LIC) Inde fut de courte durée car les produits et les processus de la LIC ne correspondaient pas aux priorités de la population cible. Au lieu de cela, Spandana a choisi de concevoir son propre produit d'assurance-vie basé sur les statistiques de mortalité qu'elle avait obtenues auprès de la LIC. De manière intéressante, Spandana s'est rendu compte que son propre produit générait une surabondance d'excédents, en utilisant les mêmes taux de mortalité et la même prime que la LIC. Par conséquent, Spandana a augmenté le nombre de ses prestations sans augmenter la prime. La mise en place d'une assurance interne a également permis des améliorations considérables pour le règlement des sinistres.

2. Spandana n'a pas pu obtenir la réassurance car elle ne fait pas partie des institutions d'assurance agréées. Elle a choisi de réduire la menace du risque covariant de deux façons : en excluant les risques qui pourraient générer des déclarations de sinistre extrêmement élevées (par ex. des décès et des dommages dus à des épidémies ou des catastrophes naturelles) et en limitant les indemnités à un niveau relativement bas. Ces mesures ont réduit l'attractivité du produit et son utilité pour l'assuré ; cette perte d'utilité aurait pu être évitée grâce à la réassurance.

3 VimoSEWA (Inde) a passé un accord avec deux assureurs commerciaux, Aviva et ICICI Lombard, selon lequel elle garde la responsabilité de la distribution, la collecte des primes, la tenue des comptes et le paiement des indemnités. Les assureurs commerciaux mettent en place la prime et garantissent les risques. La responsabilité pour la conception du produit est partagée via un processus consultatif informel entre les assureurs et VimoSEWA. Cette répartition du travail permet à VimoSEWA de conserver certaines fonctions qui ne sont généralement pas celles des agents d'assurance. En outre, la res-

ponsabilité de VimoSEWA quant à la tenue des comptes et le versement des indemnités lui donne accès à davantage d'informations qu'en aurait un agent classique. Avec une certaine assistance de garantie, VimoSEWA pourrait exercer un contrôle plus important sur les prix des produits d'assurance, en vérifiant que les marges bénéficiaires des assureurs sont justes.

4. En 2001, Shepherd (Inde) a signé un contrat partenaire-agent de deux ans avec les compagnies d'assurance HDFC-Chubb et ICICI Prudential. En supposant que les bas niveaux de primes ne justifiaient pas un investissement ou une implication dans cette communauté, les compagnies d'assurance ont maintenu un contact minimum. Toutefois, le traitement des déclarations de sinistre, effectué depuis les sièges sociaux des compagnies, a levé le voile sur le fait que les assureurs n'avaient pas suffisamment compris les situations et les exigences des assurés : les procédures étaient trop lentes et trop complexes pour les assurés, ce qui a engendré des plaintes et un certain mécontentement. Afin de remédier à cette situation peu satisfaisante, Shepherd s'est lancée dans un partenariat commercial avec la LIC. Des représentants de la LIC ont rendu visite aux assurés de la micro-assurance à plusieurs reprises et ont discuté des produits et des processus d'assurance. Ceci a grandement amélioré les connaissances de la LIC relatives au marché et a créé un niveau plus élevé d'acceptation et de compréhension de l'assurance parmi les membres de la communauté. Cela a également conduit à un accord selon lequel Shepherd aurait aussi pour rôle de payer les indemnités à l'avance et d'en obtenir le remboursement auprès de la LIC. Dans cette optique, la LIC fournit à Shepherd un système d'information et de gestion qui lui permet de collecter et d'analyser les données de manière plus efficace et plus fiable.

5. Pour l'assurance maladie, Shepherd a un second partenaire d'assurance, United India Insurance Company (UIIC). La relation avec l'UIIC est structurée selon une approche similaire : Shepherd s'est assuré que les représentants de l'UIIC avaient rencontré des clients potentiels avant de lancer ce partenariat. Au cours des réunions, l'UIIC a rassemblé des informations sur les dépenses de santé à couvrir sous la police, les primes que les membres accepteraient de payer et les prestations que les clients souhaiteraient ou préfèreraient voir incluses dans le paquet. En se basant sur ces informations, l'UIIC a créé la police UniMicro. Cependant, certaines décisions sur les exclusions de la police concernant l'âge de l'assuré ou l'adhésion auprès de Shepherd revenaient aux membres de la micro-assurance, améliorant ainsi la pertinence des conditions d'octroi et de la propriété de la communauté pour le système. De plus, l'UIIC et Shepherd ont établi un « Comité d'étude de l'assurance », composé des représentants de l'UIIC, de Shepherd et des assurés pour sur-

veiller les pratiques de souscription et de traitement des déclarations de sinistre, répondre aux plaintes et résoudre les problèmes.

6. L'ASA, en Inde, est une autre IMF qui a joué un rôle d'intermédiaire entre un assureur commercial et les clients. L'ASA a rompu sa relation commerciale avec l'UIIC pour rejoindre la LIC en réponse à une offre d'apparence meilleure. Pourtant, ce changement s'est rapidement avéré avoir certains inconvénients. Par exemple, la LIC ne couvrait pas les décès au cours des accouchements, les suicides ou les décès suite à une morsure de serpent ou à une noyade. La LIC a déclaré que ces exclusions étaient répandues dans le secteur de l'assurance, mais cette explication n'a pas satisfait les clients de l'ASA qui savaient que ces prestations étaient couvertes auparavant. Qui plus est, la LIC mettait beaucoup de temps pour traiter les déclarations de sinistre et effectuait les paiements avec des chèques barrés, inutilisables pour de nombreux assurés qui n'avaient pas de compte bancaire. De manière générale, la gestion quotidienne du partenariat avec la LIC était devenue laborieuse et très bureaucratique. De ce fait, la perspective d'un meilleur contrat pour les membres de l'ASA en rejoignant la LIC n'a pas été satisfaite, en partie en raison d'une interaction insuffisante entre l'assureur et la communauté, et éventuellement en raison également d'un manque de souplesse face au mécontentement des clients.

7. En 2002, l'Autorité de promotion et de réglementation des assurances (IRDA) en Inde a fixé une réglementation obligeant toutes les compagnies d'assurance à négocier un certain pourcentage de leur activité avec les clients ruraux et démunis. Cette réglementation définit la micro-assurance comme caractéristique des produits au lieu de reconnaître le rôle unique des organisations à but non lucratif comme l'ASA dans le processus commercial. Malheureusement, la réglementation limite le rôle de ces organisations dans la fonction d'agents pour les assureurs commerciaux. Grâce à son expérience avec les compagnies d'assurance, et à l'importante base de clients qu'elle pouvait offrir, l'ASA a lancé un appel d'offres auprès des compagnies d'assurance souhaitant établir un partenariat. Au moment de l'étude des offres, l'ASA a principalement exigé que les compagnies acceptent de payer les indemnités directement à l'ASA et l'autorisent à vérifier les déclarations de sinistre. Finalement, l'ASA a choisi de s'associer avec trois compagnies d'assurance (AMP-Sanmar, Bajaj-Allianz et Max New York) sur des termes équitables et avec des produits identiques. La relation de l'ASA avec les assureurs était due en partie au fait qu'ils pouvaient acheter la réassurance, une condition essentielle pour l'ASA, mais qui est valable en Inde uniquement pour les compagnies d'assurance commerciales.

8. En 1997, AIG Ouganda a accédé au marché des personnes à faible revenu avec les intentions purement commerciales d'instaurer des opérations rentables. Actuellement, AIG Ouganda fournit une couverture en cas d'invalidité ou de décès accidentels à plus d'1,6 million de personnes en Afrique de l'Est par le biais de 26 IMF. AIG Ouganda n'avait aucun concurrent sur le marché et son succès en termes de pénétration du marché est due en partie également aux agents spécialisés employés par AIG, lesquels sont activement impliqués dans la diffusion d'informations. Ces agents reçoivent des commissions de la part d'AIG Ouganda basées sur le volume d'activité. Ainsi, les agents ont tout intérêt à générer davantage d'activités, et comme ils sont responsables de certains aspects opérationnels, ils sont également intéressés par l'efficacité. Les agents proposent une synthèse initiale aux responsables des prêts IMF désignés pour vendre le produit d'assurance aux clients des IMF. Cependant, les responsables des prêts ont généralement une connaissance et une compréhension limitées du produit et n'ont pas besoin de répondre à des exigences de formation formelles. La formation qu'ils reçoivent traite de la collecte des primes et du contrôle initial des documents relatifs aux déclarations de sinistre. D'ailleurs, AIG ne ressent pas le besoin de réassurance pour ce segment d'activités.

9. Le système ALMAO (Sri Lanka) signe des contrats de réassurance depuis 1992. Tout d'abord, il était réassuré auprès de CUNA Mutual, puis de la SLIC appartenant à l'État (privatisée en 2003) sur la base d'une quote-part. Après l'enregistrement d'ALMAO en tant que compagnie commerciale en 2002, il a réassuré ses risques auprès de NTUC Income (Singapour). Ces accords ont été conclus sur une base commerciale.

10. Le système Yasiru (Sri Lanka), a été enregistré en 2000 et collabore avec le Groupe Rabobank (Pays-Bas). La collaboration inclut un soutien financier de la part de la Fondation Rabobank, la mise à disposition d'un savoir-faire technique ainsi que le matériel, les logiciels et la formation nécessaires. Interpolis N.V., la filiale de réassurance de Rabobank, fournit une réassurance et une assistance technique sur le long terme à Yasiru à des conditions avantageuses. La couverture offerte par Interpolis est une quote-part de 100 % avec un maximum de 120 000 LKR (1 200 $US) par risque. La prime de réassurance payable à Interpolis pour l'engagement annuel correspond à 20 % du revenu des primes brut de Yasiru. En réalité, selon ce contrat de concession, Yasiru conserve 95 % des primes de réassurance sous forme de commission pour absence de sinistres, de sorte qu'au final Yasiru ne paie qu'1 % des primes brutes à Interpolis pour la réassurance. Inutile de préciser que ce type d'accord de réassurance concessionnel n'est généralement pas disponible sur

le marché. En 2005, les partenaires ont commencé à aligner l'accord de réassurance avec des conditions davantage basées sur le marché, mais le contrat reste favorable pour Yasiru.

11. La Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF)[3] a pour habitude de fournir à ses membres une intermédiation en assistance et en réassurance à travers le monde. La mission de l'ICMIF Reinsurance Services (RS) est d'encourager les placements de réassurance entre les membres de l'ICMIF, de conseiller les membres sur leurs exigences en matière de réassurance et de les aider à obtenir une couverture adaptée avec des réassureurs sûrs internes ou externes à l'ICMIF. Le Meeting of Reinsurance Officials (MORO), tenu tous les deux ans pour les dirigeants de la réassurance par les membres à travers le monde, constitue l'une des principales méthodes par laquelle l'ICMIF encourage la coopération et la compréhension de la réassurance. Ces contacts internationaux donnent aux membres de l'ICMIF un avantage pour faciliter le placement de traités. RS fournit également une formation en réassurance, avec deux simulations d'activités interactives : 1) *ReAction* modélise le processus de négociation de la réassurance entre les assureurs et les réassureurs, et revendique son succès dans la consolidation d'équipe, la prise de décisions, la communication et la négociation ; et 2) *Morotania* combine un modèle de planification financière avec une carte interactive pour simuler les défis rencontrés par les nouvelles compagnies qui se développent. Enfin, l'ICMIF a édité un guide pratique sur la mise en place d'un programme de réassurance adapté.

12. L'ICMIF a soutenu le système Columna (Guatemala) pour obtenir la réassurance. L'objectif principal était d'atteindre une stabilité sur le long terme par le biais de la réassurance de l'ensemble du portefeuille (notamment la micro-assurance), tout en conservant des primes de réassurance minimales. Chaque fin d'année, l'ICMIF et Columna préparent les informations et les données statistiques nécessaires pour développer un programme de réassurance pour l'année suivante.

13. La Equidad Seguros (Colombie), qui bénéficie d'une réassurance pour ses polices non-micro, voulait obtenir une réassurance pour son activité de micro-assurance. Cela n'a pas été possible étant donné que son risque financier total était inférieur à la franchise déterminée par le prestataire de réassurance. Par conséquent, La Equidad Seguros n'a pas pu obtenir de réassurance pour les

[3] Les informations relatives à l'ICMIF sont tirées de leur site Internet : www.icmif.org

polices inférieures à 10 millions CoP (4 100 $US). La réassurance est uniquement fournie en cas de catastrophes excédant 150 millions CoP.

14. Delta Life (Bangladesh) a été confrontée au même problème. Comme elle est enregistrée en tant que compagnie d'assurance commerciale, elle a des accords de réassurance avec SwissRe et Munich Re. Toutefois, ces accords n'incluent pas les activités de micro-assurance de Delta, car la franchise requise est supérieure au montant total du risque de micro-assurance. La prime minimale élevée reflète le faible montant des indemnités et le nombre important d'assurés, ainsi que la crainte du réassureur que plusieurs des membres demandent l'indemnité maximale.

Pour conclure, les études de cas contiennent quelques références aux relations d'affaires symbiotiques entre les micro-assureurs et les (ré)assureurs commerciaux. En laissant de côté un moment la relation « partenaire/agent » *(dont il est question au chapitre 4.2)*, certains des exemples peuvent être définis comme des versions simplifiées de l'assistance de garantie. Les exemples de réassurance utilisée pour se protéger des catastrophes sont très rares. Interpolis Re, du fait de sa coopération avec son partenaire de micro-assurance, Yasiru, offre l'unique adaptation du *modus operandi* professionnel à des conditions spécifiques en vigueur.

3 Quelle partie de cette proposition de valeur les assureurs et les réassureurs peuvent-ils fournir ?

Les quelques contacts timides entre les acteurs commerciaux et les micro-assureurs sont basés sur une gamme de produits relativement rigide. Il existe quelques exemples pour lesquels les négociations entre le micro-assureur et l'assureur commercial ont conduit à une adéquation légèrement meilleure entre ce que chaque partenaire attend de la relation. Toutefois, la plupart des assureurs et des réassureurs n'ont pas de stratégie claire pour proposer leurs services aux micro-assureurs, et donc, n'investissent pas dans l'acquisition de connaissances pour savoir comment procéder.

Les micro-assureurs ont besoin d'assureurs importants uniquement dans la mesure où ces assureurs leur permettent de a) vendre un éventail de produits à primes réduites et b) de rester solvable. Le premier problème est directement lié au fait que si le marché à faible valeur nette doit payer une prime, les assureurs doivent vérifier qu'ils vendent des produits d'assurance pertinents à des prix abordables. Le second problème est lié à la préoccupation légitime des populations démunies relative au fait que les compagnies avec lesquelles elles traitent seront présentes au moment de verser les indemnités. Les grands assureurs semblent sous-estimer le potentiel à long terme de

ce segment du marché et leur besoin de travailler étroitement avec un partenaire local s'ils doivent conclure plusieurs petites transactions. L'évolution des relations d'affaires entre les compagnies de réassurance commerciales et les micro-assureurs est largement subordonnée à la distribution d'une plus grande diversité de produits à un coût par contrat inférieur.

Que peuvent réellement faire maintenant les assureurs et les réassureurs ? Ils peuvent faire des efforts pour développer des moyens innovants leur permettant de vendre leurs services sur le marché des ménages à faible revenu. L'arrivée des assureurs et des réassureurs dans les activités avec les micro-assureurs peut être envisagée comme un investissement visant à développer un modèle commercial pour vendre des assurances par petits volumes de sorte que ces ventes puissent s'ajouter à l'important volume financier dans le temps. Ceci serait l'équivalent de ce qui a été réalisé dans le secteur de la téléphonie mobile : les énormes investissements de départ dans l'infrastructure sont justifiés par une pénétration du marché importante dans le segment des personnes à faible revenu.

Les assureurs et les réassureurs peuvent également fournir des services aux micro-assureurs. Par exemple, lorsqu'un système de micro-assurance souhaite développer sa base de clients, il a besoin de la capacité financière pour souscrire de nombreux contrats dans un secteur d'activité (capacité de primes). La réassurance pourrait facilement satisfaire ce besoin avec les outils existants, même si elle devait se contenter de marges plus faibles. La barrière n'est ni conceptuelle ni technique, mais créée par une réticence à souscrire ce petit volume d'activité. Les anecdotes sur le fait que certains systèmes de micro-assurance n'ont pas pu obtenir de réassurance car la valeur totale de leurs portefeuilles était inférieure à la franchise du réassureur donnent une indication du fossé existant entre les deux parties.

On dénombre au moins un exemple pour montrer que de telles relations commerciales sont possibles : le modèle Interpolis Re. Ce réassureur hollandais a « adopté » un système de micro-assurance sri-lankais et a initialement fourni une assistance technique pour aider le micro-assureur à quantifier et présenter son exposition. Interpolis a également accepté de réassurer certains des risques, mais avec une « commission pour absence de sinistres » plus élevée que la moyenne pour réduire la prime de réassurance au strict minimum. On peut dire qu'Interpolis absorbe le risque d'excédents de Yasiru, si cela se produisait, avec des plafonds relativement bas pour l'important réassureur, mais suffisamment conséquents pour le micro-assureur.

Bien qu'aucun détail ne soit disponible sur le montant de cette « prise de main », il est possible de supposer que les montants en question sont probablement assez modestes. L'accord ne peut certainement pas être considéré comme un acte de charité, étant donné que le but principal est d'établir la

base contractuelle appropriée pour une relation d'affaires entre le système de micro-assurance et le réassureur. C'est pour cette raison que l'on peut envisager le coût de la « prise de main » comme un investissement aidant le système micro à professionnaliser son activité d'assureur. Cela permet de créer une base pour l'élargissement des relations commerciales (y compris une prime de réassurance à des conditions moins avantageuses) lorsque le flux de rentrées et la base de connaissances du système micro permettent une telle avancée. Il convient en effet de noter que, depuis le début, la relation entre Interpolis et Yasiru se base sur des services rémunérés (mais probablement sans but lucratif).

Cet accord peut-il être élargi à beaucoup d'autres unités de micro-assurance ? Un tel développement dépend de la structuration de la transition de relations privilégiées vers des interactions commerciales normales. Certains pensent qu'il est risqué de commencer avec des primes de réassurance subventionnées car les clients peuvent, plus tard, résister aux augmentations des primes et aussi parce que cela dissuade les assureurs et les réassureurs d'accéder à ces marchés. Il est par conséquent nécessaire de prendre en considération les façons dont le secteur de l'assurance et de la réassurance peut proposer à grande échelle sa proposition de valeur pour les systèmes de micro-assurance. Deux lignes de conduite semblent particulièrement opportunes :

1. Se concentrer sur le renforcement des capacités des systèmes de micro-assurance pour accéder à une gamme croissante d'activités d'assurance, au lieu de limiter les systèmes micro au rôle des agents. Cela se révèle particulièrement important avec des types de produits pour lesquels la possibilité de conflit d'intérêt entre l'agent (représentant le souscripteur de l'assurance) et le système de micro-assurance (représentant les clients) est importante.

2. Créer un établissement de réassurance qui servirait ce segment de marché jusqu'à ce qu'il soit suffisamment attractif pour que les assureurs commerciaux manifestent davantage d'intérêt, éventuellement avec un financement public.

3.1 Le renforcement des capacités : première étape pour professionnaliser les opérations de micro-assurance

On estime que le nombre de personnes couvertes par des systèmes de micro-assurance est compris entre 35 et 40 millions dans le monde ; plus de cinq millions d'entre elles sont couvertes par des systèmes de micro-assurance maladie en Inde uniquement (OIT/STEP, 2005a). Il est de plus en plus évident que les systèmes de micro-assurance font la différence en améliorant la

protection financière des clients via divers types d'assurance (par ex. Dercon, 2005 ; Morduch, 2006 ; Jütting, 2003 ; Dror/Soriano et al., 2005) et il est également largement revendiqué qu'un secteur nécessitant un grand nombre d'informations tel que l'assurance ne peut pas trouver suffisamment de connaissances techniques au niveau communautaire (par ex. Brown et al., 2000 ; Schinzler, 2005). Toutefois, l'assurance doit reposer sur des données complètes et solides et des résultats techniques sains pour être viable financièrement. Afin d'accroître et d'attirer l'assurance commerciale et la réassurance, les prestataires de micro-assurance doivent en priorité développer les processus de collecte des données appropriés et former la direction. Les établissements de formation existants sont incapables de relever le défi consistant à former un nombre suffisant de personnes pour réaliser des missions techniques. Par conséquent, la réponse logique est de créer la structure institutionnelle pour une formation plus importante, meilleure et plus rapide concernant les compétences directement liées aux opérations des systèmes de micro-assurance.

Le secteur de l'assurance, qui bénéficiera probablement d'une telle formation, pourrait apporter une contribution tangible au développement des programmes de formation, en numéraire et en nature. Étant donné que les partenariats public/privé (PPP) sont les modus operandi préférés de nombreuses agences de développement, le secteur de l'assurance pourrait entrer dans un PPP pour garantir le renforcement des capacités. Les fonds que l'industrie de l'assurance devrait consacrer sont très modestes et peuvent être complétés par des fonds de sources publiques. En outre, ces modestes contributions peuvent faciliter l'implication du secteur dans les décisions relatives aux programmes et en fournissant des formateurs.

Le rôle important des assureurs commerciaux et des réassureurs aujourd'hui, et leur vif intérêt pour le développement de l'industrie de l'assurance, notamment au niveau micro, impliquent de prendre une part de responsabilité pour créer l'« infrastructure industrielle » manquante pour la (micro-)assurance, qu'ils peuvent prendre en charge en soutenant l'institutionnalisation des structures de formation. Il convient de noter que, à l'heure actuelle, *il n'existe aucun institut dédié dans le monde qui se concentre sur le renforcement des capacités pour les opérations de micro-assurance*. Quelques initiatives sont prises pour créer des centres de ressources pour la micro-assurance[4] ; cependant, aucune n'a établi d'approche systématique pour

4 Par exemple, l'USAID a financé une initiative pour créer le MIRC (Centre de ressources de la micro-assurance) en Inde ; un effort similaire est entrepris par CARE Inde en collaboration avec Bajaj Allianz. L'Association coopérative canadienne (CCA) a également créé un centre de ressources aux Philippines et en Afrique de l'Ouest, des réunions ont lieu de manière périodique, organisées par l'OIT-STEP, pour que les systèmes d'assurance de mutuelle santé puissent échanger des informations.

déployer le renforcement des capacités à la base. Par conséquent, la mise en place d'une « Académie de la micro-assurance » qui se concentrerait sur ce renforcement des capacités dans la connaissance du domaine n'est ni prématurée, ni un luxe, ni l'unique responsabilité des autorités publiques ou des systèmes de micro-assurance eux-mêmes.

La micro-assurance nécessite plusieurs produits et un modèle commercial différent, qui place certaines des fonctions essentielles de la chaîne de valeur de l'assurance dans les mains de la communauté.[5] Plusieurs exemples tirés des études de cas suggèrent la nécessité de revoir la formation classique des agents d'assurance étant donné que le rôle des systèmes de micro-assurance, même sous le modèle partenaire-agent, va au-delà du rôle d'agence classique. Par exemple, les micro-assureurs assument parfois les fonctions de chargé de clientèle ; les communautés jouent parfois un rôle central dans la sécurisation de l'affiliation et du renouvellement généralisés, réduisant ainsi les risques d'antisélection et de parasitisme, et les communautés peuvent réduire le risque moral en utilisant les informations disponibles gratuitement au sein de la communauté pour en surveiller l'usage. Les autres rôles pour la communauté incluent le fait d'impliquer les clients dans la conception du paquet de prestations et d'encourager une plus grande volonté de payer au moyen d'une meilleure adéquation entre les produits et les besoins des clients.

La création d'un ou de plusieurs centres de compétences dédiés à la micro-assurance s'intègre bien dans le plan de développement plus large qui considère l'assurance et la micro-assurance non comme des finalités en elles-mêmes mais comme des moyens d'atteindre des objectifs de développement socio-économiques plus élevés. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) bénéficient de la reconnaissance la plus large ; ils se concentrent sur la réduction de la pauvreté et donnent la priorité à plusieurs secteurs principaux, dont la santé. Il a été reconnu que le fait d'atteindre les OMD liés à la santé requiert de nouvelles idées afin de surmonter les contraintes des systèmes dans la mise en place d'une intervention efficace.[6] L'un des principaux problèmes est le financement de la santé, où la barrière entre les connaissances et la production (le fossé entre savoir et action) est encore importante à tous les niveaux, mais particulièrement imposante au niveau populaire, d'où la nécessité de proposer des formations de sorte que les mem-

5 Plusieurs études ont conclu que l'implication de la communauté dans la gestion du système de micro-assurance est un facteur essentiel de réussite. Pour obtenir un aperçu de ces études, consulter Jakab et Krishnan, 2004.

6 Déclaration de Mexico sur la recherche en santé issue du Sommet ministériel sur la recherche en santé, Mexico, novembre 2004. L'assemblée mondiale de la santé a adopté la déclaration ministérielle, par la résolution WHA 58.34 en mai 2005, selon laquelle l'OMS crée actuellement un programme pour combler le fossé « entre ce que l'on sait et ce qui se fait ».

bres de la communauté puissent exécuter les processus commerciaux et ajouter de la valeur aux résultats. Dans ce contexte, la contribution des assureurs commerciaux et des réassureurs aux OMD pourrait bien être rendue tangible par leur soutien à l'établissement ou une structure de formation institutionnelle.

3.2 La création d'une capacité de réassurance accessible aux unités de micro-assurance

Comme il en a été discuté précédemment, la réassurance offre aux compagnies d'assurance de nombreux avantages, notamment la stabilisation des pertes et un allègement de capital. En effet, il est impossible d'imaginer le secteur de l'assurance d'aujourd'hui renoncer à ses relations commerciales avec les réassureurs. La situation des micro-assureurs est pourtant complètement différente. Bien que ces petits systèmes présenteraient des avantages similaires s'ils pouvaient accéder à la réassurance, l'expérience empirique suggère qu'ils sont généralement incapables d'acheter la gamme complète de services de réassurance. Les obstacles semblent se situer du côté de la mise à disposition et de la réglementation, et non du côté de la demande.

Lors de la conférence sur la micro-assurance de la Fondation Munich Re, une proposition a été présentée aux réassureurs pour créer une « Association commune de souscription à la réassurance » ou un syndicat pour fournir la réassurance aux systèmes de micro-assurance afin de réduire l'exposition au risque tout en répartissant le coût d'expansion du marché. L'objectif est de permettre aux micro-assureurs d'acheter la réassurance, tout en limitant l'effort de chaque réassureur commercial participant. Ce syndicat aurait pour rôle de résoudre certains problèmes de définition, notamment une décision concernant les types de risques à accepter, s'il faut travailler à l'international ou uniquement à l'intérieur des pays, etc. Il aurait également à s'occuper d'un secteur de la micro-assurance qui n'est pas toujours bien géré. Plus sérieusement, un tel syndicat aurait à surmonter une barrière mentale qui semble empêcher la coopération entre les grands réassureurs, qui préfèrent généralement travailler individuellement et ont la capacité technique et financière suffisante pour le faire. Toutefois, un établissement syndiqué par plusieurs réassureurs qui voient le bien-fondé de l'institutionnalisation de l'accès des micro-assureurs à la réassurance remplirait une partie de l'« infrastructure industrielle manquante ».

Un autre concept concernant la mise à disposition de la réassurance pour les systèmes micro est le modèle de « réassurance sociale », qui souligne la nécessité de réduire l'exposition de la micro-assurance aux fluctuations des déclarations de sinistre *(voir encadré 103)*. L'analyse conceptuelle rapportée dans l'ouvrage Social Re Book (Dror et Preker, 2002) montre une façon de

remédier aux vulnérabilités inhérentes des systèmes de micro-assurance fonctionnant par leurs propres moyens en établissant une limite de cession (ou seuil) généralisée identique au coût moyen sur le long terme des déclarations de sinistre et en transférant au réassureur social le risque de déclarations de sinistre aberrantes. Cela permet aux micro-assureurs de conserver une viabilité financière et de calculer leurs primes plus précisément, tout en réduisant leur besoin de maintenir un capital pour les imprévus.

Encadré 103

Un bref résumé du modèle de réassurance sociale

Le modèle de « réassurance sociale » propose un moyen de quantifier la vulnérabilité des micro-assureurs et d'examiner l'efficacité de la réassurance en tant que remède. Le modèle prend uniquement en compte les considérations qui peuvent être prévues si on applique des lois statistiques. L'accent se porte sur l'effet des fluctuations dans les dépenses de prestations totales des micro-assureurs et des réassureurs. Une variance dans le coût total peut provenir d'une petite majoration des déclarations de sinistre ou d'une variation importante du coût unitaire. Une petite majoration des déclarations de sinistre peut se produire lorsque le groupe est très petit ou que l'événement assuré est très rare.

Le modèle Social Re est adapté à ces circonstances. Il peut être appliqué lorsque l'écart type (SD) du coût total des prestations de chaque micro-assureur est connu. Le succès du réassureur est extrêmement sensible à l'exactitude de ce SD ; une erreur de 20 % dans la valeur du SD peut faire la différence entre la solvabilité et la faillite sur le long terme du réassureur.

Le SD peut être calculé uniquement lorsque la probabilité de risque est connue. En réalité, l'estimation des risques est rarement fiable. Même lorsque la probabilité de risque est connue, le réassureur reste affecté par la taille du groupe (ou le nombre de micro-assureurs réassurés) et l'hétérogénéité des profils de risque. Plus le groupe est important, plus le réassureur peut répartir le risque et réduire les variations dans son résultat commercial et ses primes. Lorsque le groupe est petit, l'effet négatif des profils de risque hétérogènes nécessite une prime plus élevée pour la stabilisation.

Lorsque le contrat de réassurance réduit les ressources nécessaires pour sécuriser au moins le même niveau de solvabilité pour un niveau de dépenses défini, il constitue une option intéressante. Cette proposition de valeur appelle à une comparaison entre deux quantités : le coût d'*une marge de sécurité* sur et au-delà du coût moyen des prestations[7] et *la prime de réassurance*.

[7] Il ne faut pas oublier que 100 % de la survie (sans réassurance) peut être garantie uniquement lorsque les ressources pour couvrir le pire des scénarios sont disponibles au début de la période. Un micro-assureur sans réassurance nécessite des ressources égales à ses prestations moyennes, plus une marge de sécurité proportionnelle à la variance de ses prestations.

La réassurance est avantageuse lorsque la prime est moins chère que la marge de sécurité (en supposant que le seuil de réassurance est égal aux prestations moyennes).

La comparaison entre les deux valeurs est complexe du fait que les dépenses du micro-assureur fluctuent, et donc la capitalisation maximale nécessaire est inconnue. Étant donné que les dépenses fluctuent, le micro-assureur aura besoin d'un peu moins que le maximum dans quelques années et doit relever le défi consistant à travailler avec une rétention de capital immédiate aussi petite que possible, sans augmenter le taux d'insolvabilité. Lorsque la réassurance est prise en considération, le coût de la prime de réassurance plus la prise en charge maximale du micro-assureur (définie comme étant le *seuil de réassurance*) cesse d'être une estimation, comme défini dans le traité de réassurance. Ainsi, la réassurance réduit également l'incertitude pour le micro-assureur.

La prime de réassurance doit couvrir la solvabilité du réassureur. Le taux de solvabilité du réassureur est estimé à 95 %. Le nombre de micro-assureurs dans le groupe et chaque profil de risque des micro-assureurs regroupés déterminent la solvabilité du réassureur. Un exemple simple montre que chaque micro-assureur requiert 10 unités monétaires au début de chaque période pour assurer sa solvabilité sans réassurance, mais uniquement la moitié de ce montant du capital avec réassurance, alors que 30 micro-assureurs identiques signent des contrats de réassurance analogues pour un an.

Source : d'après Dror et Preker, 2002.

Le modèle de réassurance sociale se distingue des modèles commerciaux par l'accent spécifique porté sur les besoins des micro-assureurs, notamment l'option qui fait que les unités de micro-assurance peuvent bénéficier de budgets discrétionnaires pour le développement de nouvelles prestations les années où les déclarations de sinistre se situent sous la moyenne estimée sur le long terme. Cette caractéristique est destinée à inciter les communautés à réduire le risque moral et le parasitisme, car ces phénomènes vont à l'encontre des intérêts de l'assuré.

En outre, le lien entre la réassurance sociale et les micro-assureurs inclut un accès systématique à l'assistance technique, notamment la conception du paquet de prestations, le traitement des déclarations de sinistre, les systèmes informatiques, etc. Dans la mesure où le succès de la réassurance sociale dépend du regroupement effectif de plusieurs systèmes micro, il est nécessaire de développer et de mettre en œuvre un système de collecte de données standardisé et un protocole de transfert des données.

La mise en œuvre du concept de réassurance sociale peut se faire par le biais de plusieurs options d'incorporation. Il est essentiel de développer un moyen, pour les systèmes de micro-assurance non incorporés, d'accéder à des relations de réassurance de manière à pouvoir proposer une protection viable sur le marché des personnes à faible revenu. La mission du réassureur social est de faire le lien entre les micro-assureurs et les (ré)assureurs commerciaux.

4 Recommandations

4.1 Considérations en faveur du partenariat

Les partenariats sont généralement une réussite lorsque les deux parties considèrent la relation comme bénéfique. Dans les pays développés, de nombreux assureurs et réassureurs travaillent de plus en plus sur des marchés qui stagnent, avec beaucoup de concurrence et des profits en net recul. Parallèlement, de nouveaux marchés dans les pays émergents (comme la Chine, l'Inde et l'Afrique du Sud) offrent d'importantes opportunités commerciales non exploitées. Certaines de ces opportunités s'étendent à des individus et des compagnies à haute valeur nette, mais la grande majorité de la base de clients non exploitée constitue le segment des personnes à faible revenu.

L'expérience du micro-crédit et des téléphones mobiles a prouvé que les services financiers pour les groupes à faible revenu peuvent fonctionner de manière rentable. La même chose s'applique pour l'assurance ; il n'existe pas de raisons inhérentes au fait que l'assurance pour les personnes à faible revenu devrait être peu attrayante commercialement. Cependant, le succès de l'assurance au « bas de la pyramide » requiert que l'industrie s'adapte à sa clientèle, plutôt que d'attendre que les clients s'adaptent au vendeur. Un ajustement dans ce contexte ferait principalement référence aux pratiques administratives de front et back-office, plutôt qu'aux principales considérations commerciales telles que la diversification des risques sur d'importantes mises en commun des risques et sur de longues périodes dans le temps. Plus les coûts des ordinateurs, logiciels et moyens de communication sont faibles, et plus les établissements d'enseignement permettent aujourd'hui de travailler avec des segments de populations rurales et à faible revenu.

Les assureurs et les réassureurs peuvent identifier parmi les micro-assureurs des partenaires habiles qui simplifient le processus d'accès au marché des personnes à faible revenu, et modifient ainsi le paradigme commercial de l'assurance. Les entreprises qui dépendent d'un accès à un grand nombre de clients pour leur succès ne peuvent plus adopter une stratégie qui ignore la majorité de la population mondiale.

Le tableau 49 résume les facteurs internes (ceux émanant de contraintes organisationnelles et internes) et les facteurs externes (demandés par les parties prenantes externes et la réglementation) qui favorisent les partenariats pour les assureurs et les réassureurs.

À l'autre extrémité du continuum de partenariat, les systèmes de micro-assurance sont également sujets aux pressions internes et externes améliorant les relations avec les assureurs et réassureurs. Ces facteurs ne s'appliquent pas partout de manière homogène ; ils sont répertoriés ici *(tableau 50)* pour comprendre plus facilement que les partenariats sont des propositions commerciales gagnantes-gagnantes sur le long terme.

Tableau 49 **Facteurs de partenariat pour une compagnie d'assurance ou de réassurance**

Facteurs internes	*Facteurs externes*
– Responsabilité sociale d'entreprise – Diversification des risques traditionnels – Revenu croissant ou sécurisé – Favoriser les nouveaux marchés et les produits innovants	– Concurrence croissante sur les marché traditionnels – Réduction des marges sur les marchés traditionnels – Exigences réglementaires – Pression politique et activiste – Libéralisation des marchés auparavant fermés

Tableau 50 **Facteurs de partenariat pour une institution de micro-assurance**

Facteurs internes	*Facteurs externes*
– Accès aux pratiques de gestion professionnelle – Accès aux ressources financières – Mise en œuvre de pratiques d'assurance standard – Soutien pour le développement et la couverture des produits – Diversification des risques ou nécessité d'acquérir une réassurance	– Pression réglementaire pour institutionnaliser une assurance enregistrée ou établir une collaboration avec elle – Documentation requise par les bailleurs de fonds et/ou le gouvernement

4.2 Instauration du partenariat

Les partenariats entre les systèmes de micro-assurance et les assureurs commerciaux ou les réassureurs se feront lorsque les deux parties seront d'accord pour s'adapter l'une à l'autre. Les produits d'assurance doivent être intéressants et abordables pour le marché des personnes à faible revenu, et dans le même temps commercialement viables. La viabilité des produits est déterminée par une adéquation appropriée entre les primes et les prestations, abstraction

faite des volumes d'activité. Dans le même temps, indépendamment aussi des volumes d'activité, les assureurs et les réassureurs doivent adapter leurs produits aux besoins et au modèle commercial des micro-assureurs. À l'« étape embryonnaire » actuelle, le développement commercial implique, d'une part, la recherche de solutions qui permettent aux micro-assureurs de travailler de manière rentable et d'autre part, de reconnaître que la rentabilité peut être compromise par les coûts de lancement.

Les compagnies de réassurance peuvent aider à la conception des produits. Les assureurs peuvent aider à la commercialisation des produits. Toutefois, ni les assureurs ni les réassureurs ne sont les mieux placés pour organiser des activités de formation, même s'ils peuvent soutenir cette activité essentielle financièrement et en affectant des experts pour la formation. Il est tentant de dire que l'approche la plus prometteuse pour les partenariats est d'impliquer dès le début le micro-assureur, l'assureur et le réassureur. Pourtant, les études de cas ne soulignent pas de manière évidente que cette recommandation a été très fréquemment suivie. Au lieu de cela, la conclusion la plus cohérente tirée des expériences rapportées dans cet ouvrage est que les assureurs et les réassureurs commerciaux doivent reconnaître que les micro-assureurs ne sont pas simplement des versions allégées d'agents d'assurance. La situation économique et sociale différente des groupes à faible revenu requiert une révision et une adaptation en profondeur des processus appliqués et des produits proposés sur le marché de l'assurance traditionnelle. Deuxièmement, les micro-assureurs doivent en faire plus que ce que les autres attendent d'eux pour s'adapter à leur situation unique ; ils doivent prendre les devants en développant des approches innovantes pour mettre en place ce que leurs clients souhaitent dans la conception de produits, les pratiques d'assurance et les niveaux de majoration pour les coûts administratifs et d'immobilisation du capital. La preuve fournie par les études de cas suggère que les pratiques courantes des assureurs commerciaux ou des prestataires de réassurance ne sont pas en adéquation avec les besoins de la plupart des micro-assureurs qui garantissent des risques.

Les partenariats qui permettent aux micro-assureurs d'obtenir des connaissances du domaine appropriées et l'accès nécessaire aux informations, au capital, au matériel et aux logiciels, constitueront, pour un avenir prévisible, autant de moyens de collaboration pour créer l'« infrastructure industrielle » sous forme de transactions purement commerciales impliquant le transfert des risques. Cela prendra plus qu'un simple « potentiel gagnant-gagnant » pour voir les partenariats émerger.

5 Conclusion

Les assureurs et les réassureurs ont un rôle vital à jouer pour la réussite des systèmes de micro-assurance. Ils peuvent apporter une contribution concrète pour mettre en œuvre des processus commerciaux qui réduisent le coût sur le long terme de la garantie des risques pour les personnes à faible revenu. Des partenariats inspirés par ce motif peuvent être intéressants pour les deux parties, car les partenaires commerciaux sont mieux placés pour adapter des méthodes éprouvées de réassurance et d'autres modes de transfert des risques, et les micro-assureurs peuvent étendre la capacité financière de leurs systèmes et garantir des risques plus nombreux et plus larges. Des partenariats réussis permettraient d'augmenter l'activité de chaque partie prenante.

La réassurance offre aux micro-assureurs une autre manière non exploitée d'élargir leur capacité afin de devenir les principaux souscripteurs de services d'assurance durables pour les populations pauvres. Le plus souvent, les systèmes de micro-assurance sont utilisés par des personnes qui ont peu de compétences ou d'expérience dans les assurances. Les dirigeants des systèmes de micro-assurance ne sont pas nécessairement au courant des services de réassurance, notamment l'assistance dans les informations mathématiques et statistiques de garantie, ou l'utilisation d'outils pour la conception des produits, les systèmes d'administration ou le marketing efficace. En bref, les dirigeants des systèmes de micro-assurance connaissent rarement les avantages de la réassurance.

Les études de cas ont identifié plusieurs exemples de coopération dignes d'attention. Cependant, très peu sont utilisés comme modèles de partenariats de réassurance. Le défi est donc de développer un modèle de réassurance pour la micro-assurance qui soit commercialement viable et reproductible. Le potentiel du marché, en particulier dans les économies émergentes avec d'importantes populations à faible revenu non assurées, justifie les efforts réalisés pour développer ce modèle.

Outre la coopération entre les entreprises et les institutions à but non lucratif, la marge est grande pour les partenariats public/privé, qui pourraient fournir la plateforme de coopération entre les institutions publiques ou les agences de développement et les corps d'entreprise de masse. Toutefois, quelles que soient les formes prises, les partenaires commerciaux doivent utiliser leurs compétences en mathématiques de l'assurance, diversification des risques et conception du produit, et les micro-assureurs doivent garder le contrôle en adaptant les contrats à la réalité de la clientèle au niveau communautaire.

Les assureurs commerciaux et les réassureurs tendent à sous-estimer les particularités du marché de la micro-assurance. Il est important de rappeler

que la micro-assurance s'est développée essentiellement en raison de la courte mise à disposition, par les assureurs commerciaux, de produits adaptés. Aussi, la coopération peut se poursuivre lorsque les partenaires commerciaux montrent davantage de volonté à revoir leurs produits et leurs processus administratifs. Il faut garder à l'esprit le fait que l'activité de micro-assurance peut être une extension du marché ; même les populations pauvres accepteront de payer pour une assurance si elle répond à leurs priorités perçues.

Les systèmes de micro-assurance doivent apprendre à appliquer les normes sectorielles pour la gestion des risques. Les principaux problèmes tournent autour d'une amélioration du lien entre les primes et le coût attendu des prestations, et d'une assimilation du mantra suivant : « une bonne tenue des comptes fait une bonne entreprise ». Les assureurs commerciaux doivent accepter un rôle actif dans la professionnalisation des systèmes de micro-assurance. Les deux partenaires doivent partager leurs efforts pour trouver un moyen de structurer une relation légale, au lieu de se cacher derrière l'absence de structure d'entreprise chez le micro-assureur comme prétexte pour s'abstenir de conclure des partenariats. Les préoccupations de l'industrie relatives aux coûts d'administration élevés et à une absence d'infrastructure pour les assurances constituent des problèmes auxquels l'industrie de l'assurance peut elle-même remédier de manière considérable.

L'industrie de l'assurance est réticente à s'impliquer auprès de micro-assureurs en raison des perspectives de profit limitées. Il est incontestable que la récompense pour le risque, l'investissement et l'effort doit être le profit, et le secteur de l'assurance doit pouvoir faire des profits sur les services rendus. Cependant, le degré d'investissement et l'exposition du secteur au risque ont été faibles jusqu'ici. Dans l'économie actuelle, la prise de bénéfices passe avant l'investissement dans la création de l'infrastructure. Il n'existe aucune raison pour que le secteur de l'assurance fasse exception : pourquoi doit-il chercher à faire du profit mais s'attend à ce que les autres investissent dans la création de l'infrastructure industrielle qui permet de réaliser de tels profits ? En ne s'impliquant pas dans la micro-assurance, le secteur de l'assurance et de la réassurance affaiblit le poids de sa revendication en termes de bénéfices. Quels investissements le secteur doit-il faire ? Ce chapitre a souligné deux options majeures. Tout d'abord, il peut soutenir le développement d'une institution pour le renforcement des capacités, une « Académie de la micro-assurance », pour créer des compétences en assurance au niveau communautaire. Compte tenu de la nécessité d'avoir des informations meilleures et plus nombreuses sur le marché, et le besoin parallèle de conserver un coût faible pour la collecte des informations, il semble logique de disséminer les connaissances relatives au domaine et les compétences en assurance aux personnes actives dans le secteur de la micro-assurance. Cela va dans l'intérêt du secteur

de l'assurance commerciale étant donné qu'il s'agit d'un problème de dimension publique.

Deuxièmement, il peut permettre aux systèmes de micro-assurance d'accéder à la réassurance. L'absence de cette option est due principalement à l'indisponibilité de la mise à disposition. Tant que les réassureurs sont réticents à prendre les devants en offrant des services de réassurance aux systèmes de micro-assurance, il peut être opportun de répartir ce risque sur de nombreux réassureurs. Concrètement, la proposition est de créer une institution établie conjointement par de nombreux réassureurs et, si possible, avec la participation des institutions publiques, chargées de proposer la réassurance et de développer et mettre en œuvre un protocole de transfert de données standardisé qui permet aux micro-assureurs d'acquérir de la réassurance. À l'heure actuelle, aucun dirigeant institutionnel naturel n'a fait part de sa volonté de prendre les choses en mains en créant cet établissement. Cependant, l'initiative du groupe de travail du CGAP et des autres groupes pour accélérer la courbe d'apprentissage des opérations de micro-assurance efficaces pourrait être étendue pour inclure le développement de cette institution, car elle représente un lien indispensable qui fait défaut pour permettre aux systèmes de micro-assurance de faire fonctionner l'assurance pour les populations pauvres.

5.5 La mise à disposition de l'assistance technique

Richard Leftley et Richard Lacasse

Les auteurs remercient Frank Bakx (Fondation Rabobank), Zahid Qureshi (Consultant), Karen Schwartz (AAC/MIS), Sabine Trommershäuser (GTZ) et John Wipf (CCA) pour leurs commentaires et suggestions.

L'assistance technique (AT) consiste en la mise à disposition d'une expertise sur une base contractuelle à une organisation qui a besoin d'assistance. Dans le cadre de la micro-assurance, cela peut se traduire par une assistance proposée dans le cadre de la création d'un nouveau système, du lancement ou de l'amélioration de produits, des opérations de mise à niveau d'ordre général, de la satisfaction d'exigences légales ou de l'obtention d'une réassurance. Fournie sur le court ou le long terme par une grande diversité de personnes et d'institutions, l'assistance technique va souvent bien au-delà des éléments techniques d'amélioration de la gestion et de la gouvernance.

Les objectifs de l'AT dépendent du point de vue adopté. Les bailleurs de fonds et responsables politiques, enthousiastes à l'idée d'assister à un développement massif de la micro-assurance, reconnaissent qu'il existe un besoin considérable de création de compétences parmi les assureurs et les réseaux de distribution. Les prestataires de micro-assurance peuvent faire appel à l'assistance technique afin d'élargir leur gamme de produits, de renforcer leur efficacité ou d'améliorer leur assise. En ce qui concerne les prestataires d'AT, il est intéressant, étant donné la nouveauté de ce service, de développer des outils pouvant servir, dans des contextes différents, à améliorer la qualité et l'efficacité de leurs services.

En s'appuyant sur les expériences des prestataires d'assistance technique pour la micro-assurance, ce chapitre tente de tirer les leçons susceptibles de contribuer à une plus grande disponibilité et une meilleure qualité de l'AT. Bien que l'assistance technique soit tout à fait pertinente pour les niveaux méso et macro évoqués dans le chapitre 5.1, l'accent est ici mis sur l'amélioration des performances d'un prestataire de micro-assurance, de l'assureur au réseau de distribution. Le chapitre débute par la mise en exergue de l'importance de l'assistance technique avant de décrire les types de services d'AT couramment proposés. La troisième partie classe et décrit les prestataires d'AT pour la micro-assurance, tandis que la conclusion récapitule les modalités et caractéristiques de l'assistance technique de qualité.

1 Pour quelles raisons l'assistance technique est-elle nécessaire ?

Le fossé qui sépare l'offre et la demande en micro-assurance est abyssal. Très peu de prestataires d'assurance proposent leurs services aux plus pauvres, et ils sont encore plus rares à fournir un service utile. Pourtant, des millions, voire des milliards, de ménages à faible revenu n'ont pas accès à des mécanismes efficaces de gestion des risques. Afin de réduire ce fossé, l'assistance technique pour la micro-assurance permet de créer de nouveaux prestataires et d'améliorer les performances des prestataires existants.

L'assistance technique se révèle particulièrement utile pour la micro-assurance en raison d'un autre écueil : le manque de compétences. Les compagnies d'assurance possèdent naturellement des compétences en matière d'assurance, mais leur compréhension des besoins et attentes des populations les plus pauvres est limitée. À l'autre extrémité de la chaîne, les personnes travaillant pour des organisations de la société civile appréhendent souvent bien le marché des personnes à faible revenu, mais manquent de compétences en matière d'assurance. L'assistance technique peut aider à combler ces lacunes relatives aux compétences en facilitant la collaboration entre l'industrie de l'assurance et la société civile et en leur permettant de compléter leurs forces respectives.

Lorsque ces deux mondes rassemblent réellement leurs forces pour pénétrer le marché des personnes à faible revenu, le prestataire d'AT peut jouer un rôle crucial. Sans la participation d'un tiers indépendant au cours du processus de conception du produit, les intérêts commerciaux de la compagnie d'assurance prennent souvent le dessus sur ceux du distributeur ou des clients. Un conseiller expérimenté est indispensable pour garantir que les produits seront viables d'un point de vue technique et financier et offriront la protection adéquate aux plus pauvres. En outre, l'assistance technique peut aider les micro-assureurs à se conformer aux réglementations, par exemple pour les aspects techniques des produits, les projections actuarielles, les exigences en capital et la solvabilité.

La micro-assurance est sur une pente raide d'apprentissage. La plupart des micro-assureurs existants ont développé leurs compétences à force d'essais et d'erreurs, en réalité nombreuses. Comme l'illustre cet ouvrage, lorsque les compagnies d'assurance se sont efforcées de toucher le marché des personnes à faible revenu par leurs propres moyens, la plupart n'ont proposé aucun service valable ou utile ; lorsque les ONG, les IMF et d'autres organisations de la société civile ont elles-mêmes introduit l'assurance, elles ont souvent rencontré des problèmes de conception et de conformité des produits.

La quantité d'informations et l'étendue des expériences sont aujourd'hui bien plus importantes qu'il y a seulement deux ans. En se tenant informés des leçons émergeantes, les prestataires d'AT réduisent le risque de réinventer la

roue et de répéter les mêmes erreurs. Ils sont des propagateurs clés des bonnes pratiques et peuvent transmettre les leçons retenues d'une région à une autre.

2 Que fait un prestataire d'AT ?

L'assistance technique est un vaste concept. En effet, l'AT peut servir à répondre à des besoins ou faiblesses d'une institution, dans la mesure où le micro-assureur est conscient de l'existence de cette faiblesse. En réalité, la première étape dans la mise à disposition de l'assistance technique consiste souvent en une évaluation (une auto-évaluation ou une évaluation externe), qui identifie les problèmes devant être résolus ou les opportunités pouvant être saisies. En règle générale, l'AT est utile 1) lors de la création d'une nouvelle organisation, 2) lors du lancement d'un nouveau produit et 3) pour assister le développement organisationnel du micro-assureur.

L'assistance technique peut jouer un rôle essentiel lors de la création d'une nouvelle organisation. Par exemple, les prestataires d'AT peuvent être amenés à effectuer une étude de faisabilité avant que toute décision formelle ne soit prise concernant le lancement d'un nouveau système. Lorsque l'on part de zéro, il est toujours utile d'impliquer des personnes expérimentées dans le lancement ou la mise en place de la micro-assurance, et qui sont en mesure de mettre plus rapidement des systèmes et procédures sur pied.

Pour les organisations qui souhaitent développer un nouveau produit d'assurance ou améliorer la qualité et l'acceptation des produits déjà proposés, l'AT peut s'avérer extrêmement utile pour l'introduction et la viabilité de services basés sur la demande avec un minimum de résistance du personnel. L'assistance technique peut généralement être utilisée tout au long des processus de développement ou d'amélioration des produits ou pour assister toute intervention ultérieure :[1]

1. Évaluation du marché

L'assistance peut servir à évaluer les besoins et la demande des clients, à quantifier les réalités opérationnelles, à estimer l'offre potentielle d'assurance dont les taux disponibles chez les assureurs existants, ainsi qu'à mener une étude réglementaire afin de déterminer les options possibles (par ex. exigences pour devenir une compagnie d'assurance ou un agent accrédité).

1 Remarque : cette illustration ne représente pas un organigramme de développement du produit, mais une liste des éléments du processus de développement du produit au sein desquels l'assistance technique joue un rôle constructif (d'après Leftley, 2005).

2. Développement du prototype du produit
Selon l'étude de marché et l'évaluation institutionnelle, le prestataire d'AT peut faciliter le développement d'un prototype du produit.

3. Tarification du produit
Si la direction accepte le prototype, un prix doit être déterminé pour le produit. Dans le cas d'un assureur travaillant avec un réseau de distribution, l'évaluation doit déterminer le tarif que l'assureur demandera, ainsi que les coûts de distribution. La somme de ces deux éléments représente ce qui sera facturé au client.

4. Développement de cartes de processus
Les conseillers externes peuvent aider à concevoir le flux de travail et de documents qui permettent d'optimiser l'efficacité.

5. Opérations de conception et outils marketing
Avant de lancer le test pilote, il est utile de disposer de manuels d'opération, de modules de formation du personnel et d'outils marketing. Le marketing doit se concentrer sur le développement des outils et techniques d'éducation efficace du client.

6. Configuration du SIG
Le système d'information et de gestion (SIG) doit être adapté pour correspondre au nouveau produit. Dans le cas d'une IMF, il serait approprié d'installer un système de comptabilité séparé ainsi qu'un système de suivi adapté et un pack de gestion des déclarations de sinistre afin de tenir l'assurance à l'écart des activités d'épargne et de crédit.

7. Formation du personnel
La formation initiale est requise pour le personnel (et dans certains cas pour le client) qui sera impliqué dans le test pilote. Pour ce qui est des organisation existantes, les stratégies visant à dépasser la résistance des employés face au changement doivent être examinées avec soin.

8. Évaluation du pilote
Avant de procéder au test pilote, il est essentiel de définir des objectifs qui seront considérés comme des réussites. Le prestataire d'AT peut analyser le test pilote afin d'évaluer les ajustements nécessaires avant le lancement.

9. Mise en place d'un système de surveillance
Un système de surveillance doit être mis en place pour suivre les déclarations

de sinistre, les normes de service, l'efficacité et la rentabilité. Les prestataires d'AT peuvent veiller à ce que le système réponde aux besoins d'informations de la direction tout en surveillant les ratios acceptés au niveau international.

10. Lien avec les assureurs et réassureurs
Le cas échéant, le prestataire d'AT peut participer aux négociations avec les assureurs ou réassureurs. Établir un lien avec les réassureurs s'avère particulièrement utile lorsque le secteur de l'assurance est réticent à offrir une couverture au marché des personnes à faible revenu ou une gamme de produits spécifique (par ex. couverture maladie ou agricole).

L'assistance technique est également utile au développement organisationnel afin d'assister les assureurs dans leur évolution au fil du temps. Même pour les programmes à succès, une assistance externe peut s'avérer bénéfique dans la préparation d'un business plan, l'examen des processus de gestion et de direction, le renforcement des pratiques de gouvernance, l'amélioration des systèmes d'information, etc. Les examens actuariels sont indispensables pour réévaluer régulièrement la tarification, les réserves et les caractéristiques de conception du produit *(voir encadré 104)*. En cherchant à professionnaliser les prestataires de micro-assurance, l'assistance technique peut aider les organisations à rendre service à leurs clients et à devenir plus compétitives.

Encadré 104

Examens actuariels des systèmes de micro-assurance

Pour déterminer si un produit s'est vu attribuer le bon prix, les assureurs subissent généralement des examens actuariels annuels qui comparent l'historique des sinistres (sinistres réels) aux sinistres escomptés. Ce processus, appelé **tarification selon la statistique**, peut entraîner un ajustement des taux de prime futurs en fonction de la **crédibilité** accordée à l'historique des sinistres : plus le nombre de vies assurées est grand, plus la crédibilité est importante.

Le processus de tarification ajustable ne prend pas uniquement en compte l'historique des sinistres, mais examine également de quelle manière les tendances de sinistres pourront être affectées dans le futur. Par exemple, chez MUSCCO, les coopératives d'épargne et de crédit (SACCO) ont payé 2,50 kwachas malawites par 1 000 K de l'épargne totale, des parts et soldes restants dus de prêts par mois pour l'assurance vie-épargne et la protection des prêts pendant des années. Lorsque l'organisation a fini par faire appel à un actuaire pour évaluer l'expérience des sinistres, ce dernier a recommandé d'augmenter le taux à 4,25 K par 1 000 K. Cette augmentation significative, qui a été une surprise pour le conseil d'administration du fait que MUSCCO

avait réussi à générer des réserves, était principalement due à l'effet attendu du VIH/SIDA sur les déclarations de sinistre à venir.

Les actuaires analysent également les caractéristiques de conception des produits afin de garantir leur bon fonctionnement. Par exemple, l'Agricultural and Rural Development Center of Catanduanes, Inc. (ARDCI), une IMF des Philippines qui compte 23 000 clients, gérait un système de micro-assurance non enregistré copié sur un assureur commercial et assorti d'une exclusion d'un an pour les états antérieurs. Pourtant, les membres du personnel de l'IMF n'ont pas été correctement formés pour évaluer la cause du décès. Cela a conduit à l'enregistrement de nombreuses plaintes formulées par des clients mécontents suite au rejet de leur déclaration de sinistre. L'IMF souhaitait conserver un paquet similaire, mais sans l'exclusion des états antérieurs. Un consultant actuariel a proposé un compromis qui incluait une période d'attente de trois mois, puis seulement 10 % des indemnités si le décès survenait entre le quatrième et le douzième mois. Cette proposition a provoqué un véritable soulagement pour l'ARDCI, l'administration ayant réalisé qu'elle pouvait supprimer l'exclusion et les maux de tête engendrés tout en conservant un mécanisme de contrôle de l'antisélection. [2]

Ces interventions peuvent être l'œuvre d'un prestataire d'AT sur une base unique, par le biais d'une série d'engagements à court terme ou d'un engagement à long terme de consultation sur site. La durée appropriée de l'intervention dépendra du type d'activité et du budget alloué, mais une assistance de meilleure qualité est généralement le fruit d'un engagement à plus long terme, soit sur une base intermittente soit sur site. Les experts techniques présents sur le site peuvent endosser le rôle de responsable du système d'assurance, ou gérer des aspects opérationnels spécifiques, tels que la souscription, le traitement des déclarations de sinistre ou la comptabilité d'assurance. Un autre rôle clé que jouent les conseillers sur site consiste à former le personnel local, mais cette approche est très coûteuse. Les avantages et inconvénients de l'assistance sur site à long terme sont repris dans le tableau 51.

[2] Les auteurs remercient John Wipf pour les détails fournis sur l'ARDCI.

Tableau 51 **Avantages et inconvénients de l'assistance sur site à long terme**

Avantages	*Inconvénients*
1. Le consultant sera plus à même de comprendre les besoins du client, les contraintes opérationnelles et le potentiel du marché 2. Permet souvent une mise en œuvre plus simple du projet du fait que le consultant peut en superviser la gestion 3. Permet de considérer des produits et des méthodologies de distribution plus complexes 4. Participation renforcée sur les facteurs tels que le SIG adapté à l'organisation 5. Plus susceptible de permettre une transmission de compétences de haut niveau aux cadres moyens de la direction	1. La gestion locale peut devenir dépendante et, dans le pire des cas, ne pas parvenir à « prendre à son compte » les changements instaurés par le consultant 2. Aboutit souvent à un niveau de compréhension moindre au sein de la gestion locale du fait que la dépendance envers le consultant augmente 3. Considérablement plus cher que le conseil à court terme 4. Le consultant « étranger » peut être considéré comme une menace par des compagnies d'assurance locales 5. Souvent inutile pour la mise en place d'un produit

3 Qui fournit l'assistance technique pour la micro-assurance ?

Pour pouvoir surmonter le fossé considérable qui sépare l'offre de micro-assurance de la demande ainsi que le gouffre entre les assureurs et les réseaux potentiels de distribution, les prestataires d'AT doivent être des personnes expérimentées jouissant d'une grande expertise technique et commerciale. Étant donné que la micro-assurance est une industrie relativement récente, les prestataires d'AT présentent généralement deux types de profils : ce sont 1) des experts de la micro-finance ou de la santé ayant une connaissance de l'assurance ou 2) des experts en assurance familiarisés avec la conception et l'offre de l'assurance aux plus pauvres.

De nombreuses personnes et institutions différentes sont impliquées dans l'assistance technique pour la micro-assurance. Les principales catégories incluent 1) des compagnies ou professionnels de l'assurance, 2) des agences de coopération technique internationales, qui peuvent être gouvernementales ou multilatérales, et 3) des organisations de développement internationales qui sont non-gouvernementales. L'étude des prestataires d'AT proposée ci-dessous n'est pas complète ou exhaustive. Les informations des prestataires représentatifs sont répertoriées ici afin d'illustrer les types d'organisations et de personnes impliquées dans l'AT, ainsi que la diversité de leurs profils et motivations. Les descriptions des prestataires d'AT, tirées principalement des études de cas, ne doivent pas être interprétées comme des recommandations de leurs services.

3.1 Compagnies, associations et professionnels de l'assurance

Si l'assistance technique pour la micro-assurance possédait une avant-garde, deux organisations revendiqueraient cette appellation : CUNA Mutual et l'ICMIF.

Dans les années 1970 et 1980, **CUNA Mutual,** la compagnie d'assurance pour les unions de crédit basées aux États-Unis, a lancé un programme de développement international basé sur les principes de coopérative. Avant que l'expression « micro-assurance » ne soit utilisée, CUNA Mutual avait propagé la protection des crédits et les produits d'assurance vie-épargne au sein des associations d'unions de crédit et des mutuelles d'assurance à travers le monde, dont la MUSCCO, TUW SKOK (Pologne) et ALMAO (Sri Lanka).[3] Outre l'AT, CUNA Mutual a également investi dans les assureurs locaux et la réassurance.

Pourtant, lorsque la micro-assurance a commencé à se faire connaître, CUNA Mutual a procédé à une refonte stratégique et s'est largement retirée du secteur de l'assistance technique pour la micro-assurance. Mais son héritage est toujours vivant, avec plusieurs compagnies d'assurance appartenant à des coopératives (et des systèmes non réglementés gérés par des organes centralisés) qui sont toujours en activité dans de nombreux pays. Comme décrit au chapitre 4.1, la stratégie de CUNA Mutual consistait à conserver une certaine simplicité. Du fait que les unions de crédit, qui manquaient cruellement de compétences en matière d'assurance, constituaient le principal réseau de distribution des assureurs, les bénéficiaires de son AT proposaient uniquement des produits basiques avec leurs services phares.

Ce que CUNA Mutual a fait pour le mouvement des unions de crédit est ce qu'une autre organisation accomplit, en règle générale, à une plus grande échelle pour le mouvement des coopératives qui en chapeautent plusieurs autres à travers le monde : la Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF), et ses associations régionales aux Amériques, en Asie et en Europe. Depuis ses premiers pas dans l'assistance technique en 1963, la fédération a aidé des organisations populaires à créer pas moins de 25 coopératives et mutuelles d'assurance, tout en proposant ses conseils de résolution de problèmes aux assureurs en développement dans ses rangs. Son assistance technique est parfois associée à un soutien financier de sa branche

[3] Les systèmes d'assurance soutenus par CUNA Mutual ne sont pas tous des « micro-assureurs ». De nombreuses unions de crédit affiliées aux assureurs soutenus par CUNA sont basées sur l'employeur et servent par conséquent de couverture supplémentaire pour les personnes travaillant dans l'économie formelle. Toutefois, de nombreuses unions de crédit n'incluent pas les personnes à faible revenu, y compris celles de l'économie informelle. Aussi, les expériences de CUNA Mutual sont-elles particulièrement importantes pour les micro-assureurs et les prestataires d'AT.

de financement, Allnations Inc, afin d'aider les assureurs émergeants à lever un capital et à satisfaire les exigences réglementaires.

L'association régionale de la fédération pour les Amériques fait état d'un travail considérable de suivi de développement de l'assurance. L'Americas Association of Cooperative/Mutual Insurance Societies (**AAC/MIS**) propose une assistance technique et octroie des programmes, financés par l'USAID ainsi que les membres assureurs établis de l'AAC/MIS, aux nombreuses compagnies d'assurance de la région. Bon nombre des bénéficiaires de l'assistance technique d'AAC/MIS, tels que La Equidad Seguros en Colombie, ont, au fil des années, trouvé un intérêt à atteindre les populations les plus pauvres et à servir ces marchés. L'AAC/MIS, ainsi que l'ICMIF en général, offre à ses 35 membres populaires basés en Amérique latine et aux Caraïbes, une assistance technique, dont l'AT membre-à-membre, des opportunités d'éducation des sociétés membres nouvelles et émergeantes selon les principes de l'entraide mutuelle, la démocratie dans le domaine de la propriété et de la gouvernance ainsi qu'un partage équitable des gains et pertes.

L'AT fournie par l'ICMIF et l'AAC/MIS est établie à la demande, lorsque l'association répond aux requêtes des organisations qui font appel à une assistance pour former leur propre agence, département ou compagnie d'assurance. L'AAC/MIS et l'ICMIF aident également leurs membres à obtenir la réassurance, souvent auprès d'autres membres du réseau. Par exemple, ALMAO est réassurée par NTUC Income à Singapour, un arrangement négocié par l'ICMIF du fait qu'elles sont toutes deux membres de la fédération.

Un acteur émergeant dans le développement international est la **Fondation Rabobank** qui fait partie du Groupe Rabobank aux Pays-Bas. Elle s'attache à sensibiliser les populations aux avantages de la banque et de la micro-assurance coopératives. En accord avec l'objectif de la fondation, une autre filiale du groupe, Interpolis Re, propose son expertise pour aider les organisations locales des pays en voie de développement à instaurer des systèmes de micro-assurance, en plus de la réassurance. En 2000, par exemple, Interpolis a commencé à aider Yasiru au Sri Lanka avec un pack d'assistance comprenant le financement de la fondation ainsi que l'AT, les systèmes d'information et la réassurance.

Interpolis participe activement à Micro Insurance Association Netherlands (**MIAN**), récemment créée, qui mobilise les experts en assurance néerlandais, dont les volontaires d'Interpolis, pour fournir une assistance technique pour la micro-assurance dans le cadre de la responsabilité sociale professionnelle de l'entreprise.

L'expertise en matière d'assurance se fraie également un chemin dans la micro-assurance par le biais des **actuaires et autres professionnels de l'assu-**

rance d'Europe et d'Amérique du Nord qui ont décidé d'appliquer leurs compétences aux contextes des pays en voie de développement. Par exemple, le CGAP a financé un consultant actuariel et de gestion pour assister Vimo-SEWA en Inde de 2002 à 2004. Les consultants actuariels internationaux travaillent également avec Spandana et Yeshasvini en Inde, Grameen Kalyan (Bangladesh), CARB MBA (Philippines), TYM (Vietnam), MUSCCO et bien d'autres. Ce développement est particulièrement intéressant du fait qu'il commence à combler le fossé entre ceux bénéficiant d'une expertise en assurance et ceux qui comprennent le marché des personnes à faible revenu. En retroussant leurs manches et en se rendant sur le terrain, ces consultants créent une nouvelle catégorie d'experts en micro-assurance.

3.2 Agences de coopération technique internationales

La **GTZ** met en œuvre des projets de développement au nom du Gouvernement allemand pour le Ministère fédéral de la coopération économique et du développement (BMZ). Suite à un projet pilote sur la micro-assurance avec SEWA en 1994, la GTZ a étendu son assistance technique pour la micro-assurance à d'autres ONG et IMF. Toutefois, la GTZ offre généralement ses services pour la micro-assurance dans un contexte de programmes de développement de systèmes de protection sociale, assurance maladie ou financiers plus importants.

La GTZ propose une large gamme de services de création de compétences et de conseils. Par exemple, des MHO en Afrique occidentale ont été assistées dans le cadre d'études de faisabilité, de conception du produit et de systèmes d'administration et de contrôle de l'assurance. Des fonctionnaires du gouvernement, des prestataires de soins de santé, des assureurs et des ONG ont été formés pour proposer une micro-assurance maladie de qualité au Cambodge et aux Philippines. En Tanzanie, la GTZ a permis à des systèmes basés sur la communauté de créer une importante fédération nationale qui a été reconnue officiellement par le gouvernement comme prestataire de micro-assurance maladie. Au Chili et au Paraguay, la GTZ aide des systèmes basés sur la communauté à compléter les efforts de protection sociale consentis par l'état.

L'**OIT** aborde l'assistance technique pour la micro-assurance de deux points de vue : 1) aider les secteurs financiers à devenir plus accessibles et 2) étendre la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle. La majeure partie de l'effort est consacrée aux activités de recherche (telles que cet ouvrage et les études de cas sur lesquelles il s'appuie), ainsi que sur le développement de supports de formation. En outre, l'OIT fournit également une assistance technique aux systèmes de micro-assurance, surtout à ceux qui étendent leur assurance maladie aux plus pauvres.

Le programme STEP de l'OIT aide les organismes populaires à mettre en place des systèmes de micro-assurance à l'aide d'un pack comprenant l'AT, des outils de gestion (dont un logiciel SIG) et le financement.[4] Dans un grand nombre de systèmes assistés par STEP, les responsables n'ont pas d'expérience antérieure dans l'assurance. Le prestataire d'AT guide l'étude de faisabilité et apporte son expertise pour calculer les primes et configurer le système. L'assistance technique englobe également des compétences de création et de contrôle, le développement de plans de travail annuels, l'assistance dans le développement de supports de formation, la comptabilité, le reporting et la formation du personnel. AssEF (Bénin), VimoSEWA, Grameen Kalyan et BRAC MHIB comptent parmi les bénéficiaires de l'AT du programme STEP.

3.3 Organisations de développement internationales et sociétés de conseils

L'Association coopérative canadienne **(CCA)** fournit une assistance technique par le biais d'un conseiller technique établi aux Philippines qui aide des micro-assureurs dont la CARD MAB et la Cooperative Life Insurance Mutual Benefit Society (CLIMBS). Outre les services actuariels, le conseiller assiste le développement de systèmes informatiques visant à faciliter la gestion des données de micro-assurance. Il travaille également en étroite collaboration avec le conseil d'administration, la direction et le personnel. Il étudie et traite le risque d'assurance et développe les systèmes de gestion et de contrôle.

La CCA et la CARD MBA ont toutes deux créé **RIMANSI** (Risk Management Solutions, Inc.), un centre de ressources de micro-assurance qui propose assistance technique, administration, aide à la mise en conformité réglementaire et réassurance aux IMF et coopératives en Asie du Sud-est *(voir illustration 37)*. Au cours de sa première année d'activités, elle a soutenu cinq MBA aux Philippines et trois systèmes de micro-assurance au Cambodge. Son approche principale consiste à franchiser la technologie de la CARD MBA et à la dupliquer.

Le CIDR est une ONG française engagée dans plusieurs domaines de développement depuis 1961. Elle a pour but d'organiser les personnes de l'économie informelle afin de les aider à assumer la responsabilité de leurs besoins économiques, techniques et financiers. Le CIDR travaille en particu-

4 Outre l'AT au niveau du prestataire, STEP fonctionne également au niveau méso en fournissant une assistance technique afin de permettre aux organismes fédératifs et de soutien de promouvoir la micro-assurance. Au niveau de la stratégie ou au niveau macro, le programme organise des activités de soutien, essentiellement destinées aux gouvernements, afin de les sensibiliser à l'utilité de tels systèmes d'assurance et de promouvoir un environnement favorable à leur développement.

lier dans la micro-finance, le développement de micro-entreprises, la micro-assurance et la gestion de services de santé. Grâce à son AT pour la micro-assurance, le CIDR a promu différentes approches dans des domaines variés :

- Organismes de mutuelle santé (MHO) organisés en réseaux régionaux au Bénin (20 000 bénéficiaires), en Guinée (14 000 bénéficiaires), en Tanzanie et au Kenya
- Îles Comores : sécurité sociale basée sur le village avec adhésion automatique
- Mali : collaboration entre un organisme de mutuelle santé et une institution de micro-finance
- Ouganda : système d'assurance maladie cogéré avec un prestataire de soins de santé à but non lucratif

Illustration 37

Le modèle RIMANSI de l'assistance technique fournie aux MBA

Microfinance Opportunities est un centre de ressources de micro-finance tourné vers le client. Établi en 2002, il est spécialisé dans la mise à disposition d'une AT pour l'étude de marché. Microfinance Opportunities a été l'un des premiers à analyser la demande des consommateurs en matière de micro-assurance et à évaluer les stratégies de gestion des risques des ménages à faible revenu. Et afin de traduire l'étude sur la demande en conception du produit, Microfinance Opportunities collabore souvent avec le **MicroInsu-**

rance Centre, une société de conseils spécialisée qui s'attache à améliorer l'accès des personnes à faible revenu aux produits d'assurance appropriés. Elle aide tout particulièrement les assureurs commerciaux à développer des stratégies et des produits capables de pénétrer le marché des personnes à faible revenu.

Opportunity International (OI) est un réseau international d'institutions de micro-finance présentes dans 29 pays et possédant un portefeuille de prêt de plus de 175 millions $US et 840 000 emprunteurs fin 2005. En 2002, OI est devenu le premier réseau de micro-finance à recruter une équipe d'assurance afin d'aider ses filiales à développer des produits d'assurance. OI utilise un modèle partenaire-agent modifié et a développé une gamme de produits d'assurance-vie, de biens, d'invalidité, de chômage, maladie, du bétail et de la récolte dans neuf pays.

En plus de son travail auprès de ses propres IMF partenaires, OI propose une assistance technique pour la micro-assurance à des projets externes, dont le développement des produits d'assurance récolte pour la Banque mondiale en Afrique. Au cours de l'année 2005, OI a pris une décision stratégique : créer la « Micro Insurance Agency », une société de courtage en assurance qui propose des services de distribution et d'administration à des réseaux d'IMF, aux SACCO, à des coopératives et des banques rurales.

SOCODEVI est une ONG spécialisée formée par un réseau de coopératives et mutuelles au Canada issues des secteurs de l'assurance et financier, de l'agriculture et de l'agro-alimentaire, de la sylviculture et de coopératives de consommateurs. SOCODEVI se concentre sur la promotion et le renforcement des coopératives comme outil de développement durable. Depuis vingt ans, SOCODEVI offre une assistance technique en micro-finance, assurance, agriculture et sylviculture à des partenaires établis en Afrique, en Amérique latine et en Asie.

Dans le secteur de l'assurance, l'approche de SOCODEVI consiste à mettre sur pied des coopératives et des entreprises mutualistes qui proposent des produits hautement performants, diversifiés et accessibles, adaptés aux besoins des membres. SOCODEVI aide les assureurs à renforcer leur compétitivité tout en développant leurs compétences de gestion et de marketing. Les programmes de développement de coopératives SOCODEVI impliquent des membres bénévoles, de sorte que le prestataire d'AT s'engage davantage et ne se contente pas de remplir un contrat. Pour les projets de micro-assurance, les consultants sont des assureurs membres, offrant une forte crédibilité aux organisations pour lesquelles ils mettent leurs compétences à profit. Au fil des années, SOCODEVI a principalement soutenu des organismes d'assurance en Amérique latine, dont ServiPerú et Columna au Guatemala.

4 Conclusion : fournir une assistance technique de qualité

En dépit de la nature diverse des prestataires d'AT qui illustrent ces propos, plusieurs facteurs communs les rassemblent. La plupart des organisations se placent dans le camp des coopératives et mutuelles, ce qui tombe sous le sens, étant donné que l'un des principes clés des coopératives est de soutenir le développement d'autres sociétés. Un deuxième thème regroupe les organisations qui ont émergé de la micro-finance pour promouvoir l'assurance. Enfin, les agences de coopération technique internationales montre un intérêt légèrement différent du fait qu'elles tendent à se limiter au niveau de l'institution, mais s'efforcent également de traiter les problèmes méso et macro importants.

En se basant sur cette liste des prestataires d'AT et leurs expériences, ainsi que sur la documentation consacrée à l'assistance technique, il est possible de mettre en avant un certain nombre de leçons préliminaires. En règle générale, le processus de mise à disposition de l'AT nécessite un examen minutieux afin de garantir que ce sont les bonnes motivations qui sont à l'origine de l'amélioration de la qualité du service. Le réseau SEEP étudie la question dans le contexte de la micro-finance, et a réussi à identifier sept principes clés indispensables à une AT d'excellence *(voir encadré 105)*.

Encadré 105

Les 7 principes clés de l'assistance technique

Afin de tirer le maximum de profit des rares investissements accordés aux services techniques et de créer des retours sur investissement positifs au niveau de l'assistance technique, le réseau SEEP a développé un cadre de prestation d'une assurance technique de qualité. Bien que ces 7 critères aient été conçus dans l'optique de l'AT fournie aux institutions de micro-finance, ils sont pertinents et adaptés aux prestataires de micro-assurance.

1. À la demande du client

Ce principe répond au besoin du bénéficiaire de l'AT, le prestataire de micro-assurance, de posséder le processus d'AT et de chapeauter les choix des services techniques. Le principe implique que l'équipe de gestion de la micro-assurance effectue une auto-évaluation afin de déterminer les besoins techniques de l'organisation et ainsi obtenir les services techniques requis pour améliorer les performances.

2. Contexte

Ce principe répond au besoin d'identification des variables contextuelles externes qui peuvent influencer le choix et l'efficacité de la prestation du service technique, à savoir les variables économiques, culturelles, politiques et institutionnelles.

3. Résultats concrets

Ce principe encourage les micro-assureurs à définir et obtenir à des résultats clairs dans des limites de temps (et des étapes intermédiaires si nécessaire) établies par le prestataire d'AT. Ces prestations doivent inclure des résultats concrets pour :

– les individus, en termes de niveau de connaissance, de compétences ou d'attitudes,
– les systèmes (par ex. d'information ou financiers), en termes de performances et/ou de capacités et
– l'institution, en termes d'objectifs de performances liés au service technique.

Il est important de noter que les prestations doivent être adaptées à la taille, l'âge et la capacité des institutions recevant et fournissant les services techniques.

4. Vérification (indicateurs permettant de vérifier les résultats)

Ce principe encourage les micro-assureurs à concevoir et s'accorder sur des mesures de performances, ou indicateurs, qui permettront de vérifier l'existence des résultats spécifiés par le prestataire du service technique.

5. Évolution en ligne de mire (indicateurs de base)

Indissociable de l'idée de vérification, ce principe oblige le micro-assureur à collecter des informations de base relatives à ses propres performances afin de mesurer les résultats de l'assistance technique. Les indicateurs de départ peuvent inclure les attitudes du personnel, les niveaux de connaissance, les compétences et les capacités ou performances du système et de l'institution.

6. Rentabilité

Ce principe garantit que des mesures de rentabilité seront utilisées pour sélectionner et vérifier l'offre de services techniques. Ce principe encourage les micro-assureurs à mesurer les résultats des services techniques par rapport à leur coût total (direct et indirect) afin de déterminer si ces services valent les dépenses encourues.

7. Comptabilité claire

Ce principe encourage les micro-assureurs à créer des mécanismes de comptabilité mutuels dans le cadre des contrats d'assistance technique. Il accentue le besoin d'affectation de rôles et responsabilités clairs à chaque partie afin d'atteindre les résultats spécifiés, à l'aide de motivations et/ou pénalités qui garantissent que le bénéficiaire et le prestataire d'AT respectent leurs engagements l'un envers l'autre.

Source : d'après Goodwin-Groen, 2003.

Ce cadre des 7 principes clés constitue une directive efficace pour améliorer la qualité de l'assistance technique. En effet, les bénéficiaires de l'assistance technique se plaignent parfois de la qualité et de l'impact des services qui ne justifient pas le coût engendré. Souvent, les services d'AT sont orientés vers l'offre, l'assistance technique correspondant à l'expertise des prestataires plutôt qu'aux besoins des bénéficiaires.

Dans le processus de mise à disposition d'une AT de qualité, certains facteurs clés doivent être gardés à l'esprit :

1. Les produits d'assurance doivent rester simples et facilement compréhensibles.
2. Les bénéfices du produit doivent être en accord avec une prime abordable pour les clients ciblés.
3. Un certain engagement et de fortes qualités de leader sont indispensables aux responsables de premier niveau et au conseil d'administration afin d'accepter et de mettre en œuvre les changements requis.
4. Si le bénéficiaire de l'AT demande une intervention à long terme, le prestataire d'AT doit présenter un engagement à long terme afin de que les parties puissent construire une relation de travail efficace.
5. Bien que cela puisse paraître efficace, il n'est pas approprié de promouvoir la même formule ou offre de produits dans des pays différents. Même si le processus de mise à disposition de l'assistance technique peut être le même, les résultats de ce processus peuvent se révéler très différents selon la capacité du bénéficiaire de l'AT, son marché et l'environnement réglementaire.
6. Le prestataire d'AT a besoin a) de compétences dans un domaine technique spécifique et b) de la capacité de transmettre ces compétences à d'autres, éventuellement dans un contexte relativement différent de celui dans lequel l'expert est habitué à travailler. Il peut s'avérer difficile de trouver un individu faisant preuve de ces deux qualités.
7. Les prestataires d'AT doivent reconnaître et respecter la capacité d'absorption de l'organisation et de son personnel. Une approche étape par étape ou par phases est généralement ce qui fonctionne le mieux.
8. Les bénéficiaires de l'AT ne doivent pas seulement comprendre ce qu'ils doivent faire, mais ils doivent également comprendre pour quelles raisons ils doivent travailler différemment et être motivés par cette nouvelle approche.
9. Les prestataires d'AT doivent permettre aux micro-assureurs d'accroître la compréhension des bénéfices de l'assurance par le marché cible.
10. Une assistance technique efficace comprend une surveillance continue assortie de normes, indicateurs et points de référence.

L'une des manières permettant d'accroître la qualité de l'AT, d'améliorer la comptabilité et de garantir qu'elle est orientée vers la demande consiste à s'as-

surer que le bénéficiaire de l'AT paie réellement l'assistance technique ou partage au moins certains coûts. Il existe d'ores et déjà plusieurs exemples de compagnies d'assurance internationales qui embauchent des experts en micro-assurance afin de les aider à développer des stratégies pour atteindre le marché des personnes à faible revenu.

Néanmoins, le **financement de l'assistance technique** passe généralement d'un bailleur de fonds à un consultant ou à une organisation en réseau qui fournit ensuite l'assistance technique. Le bénéficiaire de l'AT n'est pas toujours libre de choisir qui fournit les services ou si le coût de ces services traduit une utilisation efficace des ressources. Pour surmonter ce problème, certains réseaux, tels que Opportunity International, demandent à leurs IMF partenaires de participer au coût de l'AT en effectuant des prélèvements sur leurs propres revenus. Dans certains cas, les subventions des bailleurs de fonds sont directement versées aux IMF qui sont alors libres de choisir de les utiliser pour un prestataire d'AT interne (c'est-à-dire au sein du réseau) ou d'accéder à une expertise externe. Ce type de mécanisme de financement rend le bénéficiaire de l'AT responsable du processus et augmente la probabilité que le prestataire d'AT assume sa responsabilité.

Une stratégie qui permet de réduire le coût de l'assistance technique pour la micro-assurance ressort clairement de la tendance des **services sud-sud**. L'AAC/MIS s'adresse souvent à un animateur de l'assistance technique en liant les compétences d'un membre aux besoins d'un autre. De même, l'émergence de RIMANSI aux Philippines représente une importante réalisation. Un prestataire d'AT local est non seulement plus abordable que les consultants internationaux, mais il est également plus familiarisé au contexte. En Afrique occidentale, Développement international Desjardins (DID) adopte une approche similaire en essayant d'étendre la capacité d'un prestataire d'AT local *(voir encadré 106)*.

Encadré 106

Partenariats d'assistance technique : DID et CIF

Le Centre d'Innovations Financières (CIF) est un prestataire d'assistance technique qui collabore avec six réseaux de coopératives d'épargne et de crédit en Afrique occidentale (FECECAM au Bénin, FCPB au Burkina Faso, Kafo Jiginew en Nyèsigiso au Mali, PAMECAS eu Sénégal et FUCEC au Togo) regroupant 500 coopératives et 1,2 million de membres. CIF a un intérêt tout particulier pour la conception de nouveaux produits qui répondent aux besoins des clients.

Développement International Desjardins est spécialisé dans la mise à disposition d'investissements et d'une assistance technique pour le secteur financier communautaire des pays en voie de développement. C'est une filiale du Groupe Desjardins, la plus grande coopérative financière du Canada.

CID et DID sont des partenaires techniques, stratégiques et financiers. En tirant profit et en combinant leur expertise internationale et locale, CIF et DID ont créé une symbiose extraordinaire. Grâce aux connaissances des situations locales du CIF, ils parviennent à comprendre les besoins encore insatisfaits des membres de la coopérative. Nombreux sont les pays, tels que le Togo, où le CIF a identifié le besoin en produits de micro-assurance. Et c'est là que les coopératives et le CIF peuvent tirer profit de l'expertise en assurance de DID. Outre ses propres experts en micro-assurance, DID possède de profondes connaissances relatives aux activités d'assurance provenant de sa société mère.

Ces partenaires ont développé conjointement des produits localement réceptifs et néanmoins financièrement viables testés au Togo. Compte tenu des enseignements et des expériences pilotes, les produits seront ensuite introduits dans toutes les coopératives membres. En effet, les coûts et risques associés aux produits en développement sont ainsi moindres du fait que d'autres réseaux et parties prenantes du CIF peuvent bénéficier de l'expérience réalisée sur un seul réseau.

De plus, en offrant une assistance technique à un prestataire d'AT local, DID parvient à créer un effet multiplicateur. Avec le CIF qui, depuis, est à la tête du développement de la micro-assurance dans d'autres réseaux, les coûts sont considérablement moins importants que si DID fournissait l'assistance technique à chaque réseau séparément.

Source : d'après Tremblay et al., 2006.

Une autre stratégie permettant d'améliorer l'AT et de réduire les coûts consiste à **partager les ressources** entre les réseaux. Depuis des années, l'AAC/MIS et SOCODEVI partagent les consultants et la gestion de l'assistance technique afin d'atteindre des objectifs communs d'assistance de partenaires d'assurance en Afrique centrale et du Sud. Les organisations se sont mises d'accord sur des stratégies de soutien de ces partenaires, dont l'échange d'informations visant à améliorer le suivi de l'AT. L'un des résultats notables de cette collaboration est le développement d'outils de gestion communs, l'établissement de normes de performances et l'obtention commune de la réassurance pour les bénéficiaires de l'AT. L'utilisation d'indicateurs communs a également permis un échange plus simple des informations et expériences entre les micro-assureurs eux-mêmes. De nombreuses organisations bénéficient d'une assistance technique et financière grâce à divers bailleurs de fonds, et rencontrent des problèmes de cohérence entre les messages et les recommandations, sans parler de la répétition inutile des efforts. La coordination et la collaboration des bailleurs de fonds, réussies par l'AAC/MIS et

SOCODEVI, profitent aux bénéficiaires comme aux prestataires de l'assistance technique.

Un thème commun aux prestataires d'AT pour la micro-assurance est la combinaison de **l'assistance technique et de l'argent**. Les subventions et les investissements accompagnent très souvent l'assistance technique pour permettre un impact plus important. Lorsqu'un investissement est effectué, tel que celui de CUNA Mutual ou d'Allnations de l'ICMIF, la probabilité que l'assistance technique associée soit de très bonne qualité est très élevée dans la mesure où les intérêts du prestataire d'AT sont en jeu.

Un autre lien important à souligner est celui établi entre **l'AT et la réassurance**. Il existe des cas pour lesquels les prestataires d'assurance locaux n'ont pas réussi à fournir un produit ou une couverture à cause de leurs propres restrictions de réassurance. Si une compagnie d'assurance présente une restriction sur son propre programme de réassurance, cela limite la couverture qu'elle souhaite offrir par peur de connaître une perte nette non répartie. Un prestataire d'AT peut fournir les relations nécessaires pour négocier de manière efficace avec une compagnie de réassurance et obtenir une meilleure couverture. Par exemple, lorsque l'Opportunity International Bank au Malawi a souhaité proposer une assurance bétail, elle n'est pas parvenue à trouver une compagnie d'assurance locale disposée à participer car les obligations de réassurance de l'assureur excluaient le bétail. OI a réussi à négocier avec les réassureurs en Afrique du Sud afin de permettre à NICO, une compagnie d'assurance malawite, de gérer la couverture, le risque étant supporté par le réassureur en Afrique du Sud.

Les prestataires d'AT entrent également en scène lorsque l'industrie locale ne souhaite pas proposer de couverture en raison du manque de connaissance technique. Lorsque l'OI a développé un dérivé pour la récolte à la Banque mondiale au Malawi, les compagnies d'assurance locales étaient au départ réticentes à le réassurer car aucune expérience préalable de tarification de produits similaires n'existait. Après des discussions organisées avec les experts de l'OI, les assureurs locaux ont formé une association pour réassurer le risque sur la base des infos actuarielles, de l'AT à la conception des produits et une assistance de réassurance permanente de l'OI.

Une dernière stratégie permettant d'optimiser l'efficacité de l'assistance technique pour la micro-assurance consiste à se concentrer sur le **rôle de courtage** du prestataire d'AT. En mettant en contact un assureur et une organisation de la société civile, le prestataire d'AT réduit le besoin en assistance technique dans la mesure où les deux parties se complètent en matière de compétences. Le prestataire d'AT sert principalement d'interprète pour parler assurance aux organisations populaires et développement à l'assureur. Une fois que les deux parties commencent à se comprendre, il n'est plus besoin de faire intervenir continuellement l'interprète (prestataire d'AT).

6 Conclusions

6.1 Stratégies de viabilité

Craig Churchill et Denis Garand

Les auteurs sont redevables aux personnes suivantes pour leurs remarques critiques et leurs suggestions concernant ce chapitre : Felipe Botero (Metropolitan Life), Bruno Galland (CIDR), Alexia Latortue et Aude de Montesquiou (CGAP) et John Wipf (CCA).

Comme l'ont démontré les chapitres précédents, la mise au point d'un système de micro-assurance viable constitue un véritable défi. Que le système couvre ses coûts grâce à l'aide de bailleurs de fonds et des gouvernements, ou grâce aux revenus des primes et des placements, la viabilité garantit un accès permanent aux services. Le dilemme posé par la viabilité se résume à des compromis entre trois objectifs contradictoires *(voir illustration 38)*. Comment les micro-assureurs parviennent-ils à trouver un équilibre entre 1) **la couverture**, répondant aux besoins d'un nombre important de personnes à faible revenu, 2) **les coûts**, les coûts d'exploitation et les coûts de transaction pour l'assureur, et 3) **un tarif abordable**, englobant le prix de l'assurance et les coûts de transaction pour les clients ?

Illustration 38

Trouver un juste équilibre : le défi de la micro-assurance

Sur la base des expériences issues des études de cas, ce chapitre résume 12 stratégies pouvant être utilisées pour garantir la viabilité du système, réparties en trois catégories principales :

1. Limiter les prestations
2. Mettre l'accent sur l'efficacité
3. Diversifier les sources de revenus

Ce chapitre conclut par quelques remarques concernant la gestion qui sous-tend toute stratégie et pouvant faire la différence entre la réussite et l'échec d'un système. Lorsqu'une activité se développe et prospère, et finit par s'assurer un revenu régulier, elle doit établir un équilibre entre trois pôles d'intérêts contradictoires : ceux des **employés** qui doivent obtenir une juste rémunération, ceux des **clients** qui doivent acheter le produit au meilleur prix, et ceux des « **actionnaires** » qui doivent obtenir un bon retour sur investissement, du point de vue financier ou social. La réussite est tributaire d'une gestion efficace capable d'assurer la satisfaction de ces trois principales parties prenantes.

1 Limiter les prestations

Le lancement d'un programme de micro-assurance s'apparente au lancement d'une compagnie d'assurance traditionnelle. Il a néanmoins besoin de davantage de temps pour être viable. Le temps nécessaire dépend du produit, du marché cible et de la stratégie adoptée pour assurer la viabilité. La première approche permettant d'atteindre cette viabilité est de limiter les prestations proposées. Bien que cette solution ne soit pas la panacée puisque l'assureur ne peut alors pas fournir aux foyers à faible revenu l'ensemble des protections dont ils ont besoin, les assurances proposant des prestations restreintes peuvent être relativement peu coûteuses tout en restant plus avantageuses qu'une absence totale de couverture. Des prestations de base peuvent constituer un bon point de départ. Au fur et à mesure que le marché cible prend conscience des atouts de l'assurance et que l'assureur développe ses compétences dans le domaine, les prestations peuvent être progressivement élargies.

1.1 Commencer par l'assurance-vie de crédit

L'assurance-vie de crédit ou la protection des prêts fait partie des produits les plus abordables. Outre le fait qu'elle n'apporte que des avantages restreints, sa structure de coûts administratifs devrait être très efficiente pour une répartition des risques raisonnables, puisqu'il s'agit d'un produit obligatoire lié à un réseau de distribution existant.

Bien qu'on puisse remettre en question la réalité de l'aide apportée au marché à faible revenu par de tels avantages, l'assurance-vie de crédit doit être considérée comme un point de départ. Si les micro-assureurs fournissent

une assurance-vie de crédit à un taux adéquat, ils peuvent construire une base de capitaux substantielle, puis étendre le paquet de prestations. Avec l'appui technique adapté, ils peuvent définir une prime suffisante pour régler les sinistres escomptés et les dépenses administratives, et contribuer à la production d'un excédent. La mise à disposition d'une assurance-vie de crédit peut également être utilisée pour instaurer des compétences de base en matière de gestion d'assurance, de systèmes de contrôle et de stratégies de communication. Une fois que l'excédent atteint un montant prédéfini et que le système de micro-assurance est stable financièrement, les fonds peuvent être utilisés pour augmenter les prestations destinées aux titulaires de contrats.

Par exemple, une fois que Spandana a constitué des réserves suffisantes grâce à son produit d'assurance-vie de crédit, elle a élargi ses prestations en incluant le décès du conjoint et l'assurance hutte, tout en diminuant les primes. MUSCCO (Malawi) et CARD MBA (Philippines) se trouvent dans une situation similaire et sont en mesure d'augmenter les prestations maintenant qu'ils ont rassemblé un capital conséquent, voire excessif dans le cas de CARD. MUSCCO a accumulé 198 000 $US, alors que CARD MBA a généré 830 000 $US d'excédent, car il dispose d'une structure administrative très efficace et les primes fixées sont plus élevées que nécessaire.

La stratégie consistant à recourir à l'assurance-vie de crédit pour garantir la viabilité s'appuie sur l'utilisation de la manne apportée par cette assurance pour poser des bases solides, permettant au micro-assureur de fournir, à l'avenir, des prestations avantageuses pour sa clientèle. Cette stratégie ne s'applique néanmoins qu'aux établissements de crédit souhaitant s'engager dans des activités d'assurance. L'inconvénient majeur de cette stratégie est qu'elle surfacture des prestations aux premiers titulaires de contrats, alors que les titulaires les plus récents profitent des avantages acquis. En outre, la couverture étant obligatoire, il est possible que les clients ne sachent même pas qu'ils en bénéficient. En conséquence, cela ne contribue pas à venir à bout de la mauvaise compréhension et de la méfiance du marché cible vis-à-vis de l'assurance. Pour atteindre cet objectif, il est préférable de commencer par un produit d'« assurance-vie de crédit plus » qui offre un dédommagement (au-delà du montant du prêt) et couvre aussi les autres membres de la famille. Il pourrait également être judicieux de proposer quelques options de telle sorte que les clients puissent choisir entre deux ou trois niveaux de couverture, même si cette dernière reste obligatoire.

Stratégie de viabilité 1. Commencer par l'assurance-vie de crédit

Avantages
– Relativement simple à mettre en place.
– Apporte certains avantages à la population cible : toujours mieux que de ne rien faire.
– Met clairement l'accent sur la gestion, essentielle pour garantir efficacité et viabilité. Les dirigeants peuvent se familiariser avec ces produits simples avant de se lancer dans des prestations d'assurance plus complexes.

Inconvénients
– Ne couvre que le risque de décès (et parfois l'invalidité) et n'apporte que des avantages très restreints.
– Le principal bénéficiaire peut être l'établissement de crédit. Cette assurance est-elle vraiment faite pour l'IMF ?
– N'aide pas les clients à comprendre le principe de l'assurance et ne favorise pas l'émergence d'une culture de l'assurance.
– Ne fournit une assurance qu'aux débiteurs et ne propose aucun service à l'ensemble de la communauté.
– Les premiers titulaires de contrats subissent l'application de tarifs excessifs.
– Le temps nécessaire au développement d'une couverture plus large indispensable pour le marché cible peut être long.
– Les dirigeants peuvent se contenter de ces seuls acquis et ne pas améliorer les compétences en matière d'assurance, ni l'efficacité opérationnelle.

1.2 Plafonner les prestations

Il est également possible de limiter les prestations en plafonnant le montant versé sur une période définie. Par exemple, l'assurance obsèques d'ALMAO couvre jusqu'à neuf vies par foyer, mais ne couvre que deux décès par an et par foyer. Karuna Trust limite l'indemnisation d'une perte de revenus due à une hospitalisation à 30 jours par an. Les régimes d'assurance vie-épargne définissent systématiquement une indemnité maximale. Pour MUSCCO, la couverture maximale s'élève à 100 000 MK (935 $US), alors qu'au Guatemala, la couverture de l'assurance vie-épargne de Columna atteint jusqu'à 50 000 Q (6 000 $US).

Cette approche visant à plafonner les prestations est très répandue dans le contexte de l'assurance maladie. TYM va même jusqu'à proposer une seule indemnité d'assurance maladie au cours de la vie de ses clients, et limite cette indemnité à 200 000 VND (13 $US), ce qui semble à peine suffisant pour couvrir les besoins des membres. Bien que cette indemnité soit loin d'être

idéale, il s'agit de la meilleure que ce système informel s'estime en mesure de proposer compte tenu de ses capacités de gestion actuelles et des sommes que ses membres sont en mesure de payer.

Même s'ils ne vont pas aussi loin, Grameen Kalyan et BRAC au Bangladesh limitent également les montants des indemnités pour les patients nécessitant des traitements dispensés par d'autres prestataires de soins de santé. Bien que la grande majorité des titulaires de contrats de GK et BRAC soient orientés vers les cliniques appartenant à ces deux organismes, les cas plus graves doivent être envoyés vers des hôpitaux et d'autres établissements spécialisés. Lorsque de tels cas de figure se produisent, GK par exemple rembourse jusqu'à 34 $US pour une hospitalisation due à des complications suite à un accouchement et jusqu'à 17 $US pour une hospitalisation due à d'autres complications.

Le versement d'indemnités plafonnées réduit la volatilité des sinistres, et donc le besoin d'être couvert par un réassureur. Toutefois, cette approche ne résout pas le problème essentiel posé par la nécessité d'aider les foyers à faible revenu à faire face à des pertes lourdes.

Stratégie de viabilité 2. Plafonner les prestations

Avantages

– Des bénéfices plafonnés réduisent le montant des primes.
– Aucune couverture de réassurance nécessaire.

Inconvénients

– L'intérêt essentiel d'une assurance est qu'elle couvre des factures médicales conséquentes ; le plafonnement des prestations va à l'encontre de l'un des objectifs fondamentaux de l'assurance maladie, qui est d'épargner aux populations pauvres d'avoir à vendre leurs biens ou à emprunter à un prêteur sur gages pour accéder à un traitement. L'assurance de sinistres impliquant des montants élevés devrait être abordable si le taux d'incidence est faible.

1.3 Cibler les prestations

Si le marché des foyers à faible revenu ne peut pas s'offrir une couverture complète, en particulier dans le secteur de l'assurance maladie, il est nécessaire de rationner les prestations et de faire un choix délicat entre les risques couverts et les risques non couverts. Par exemple, les systèmes publics en Bolivie (SBS) et au Pérou (SMI) ont limité leurs paquets de prestations initiaux aux problèmes épidémiologiques les plus pressants posés par la santé des mères et des enfants en bas âge. AssEF et UMSGF fournissent une liste

claire des traitements couverts et ne versent aucune indemnité pour ceux qui ne le sont pas. De telles mesures sont nécessaires afin de réduire le nombre de déclarations de sinistre, mais aussi pour éduquer les titulaires de contrats.

Les prestations peuvent également être conçues de façon à combler les lacunes des mécanismes de gestion des risques existants. Par exemple, les prestations de Karuna Trust ont été conçues pour compléter les services destinés aux populations pauvres dans les établissements de soins publics. Ces personnes n'ont pas besoin à proprement parler d'une couverture des soins de santé, mais si le titulaire de contrat est hospitalisé pendant plus de 24 heures dans un établissement de soins public désigné, Karuna verse 50 Rs (1,10 $US) par jour en dédommagement de la perte de salaire. Le paquet de prestations est parfaitement taillé pour les travailleurs de l'économie informelle qui, sans lui, ne solliciteraient pas de soins, non en raison des coûts des soins, mais à cause des pertes occasionnées par leur arrêt de travail. La couverture proposée par Karuna comble également d'autres lacunes comme la prise en charge des médicaments et des transports en ambulance.

Il est préférable d'impliquer les membres dans la démarche en leur faisant choisir les prestations, afin de leur permettre de prendre des décisions difficiles quant à la somme qu'ils sont prêts à payer et pour quelles prestations ils sont prêts à le faire. Par exemple, les clients de Microcare ont choisi de ne pas inclure les médicaments intervenant dans le traitement des maladies chroniques dans leur paquet de prestations, plutôt que d'exclure les malades chroniques. Cette décision rend le paquet de prestations plus abordable tout en restant accessible à la majorité, et donc plus attrayant pour les clients (bien que les malades chroniques doivent trouver une autre façon de payer leur insuline, leurs inhalateurs, etc.).

Stratégie de viabilité 3. Cibler les prestations

Avantages

– Des prestations ciblées entraînent nécessairement des primes moins élevées.
– Si les besoins de la clientèle sont bien cernés, le système peut se concentrer sur les priorités essentielles des clients.

Inconvénients

– Lorsqu'un assureur limite les prestations, les membres en veulent toujours plus.
– Peut ne pas couvrir les maladies ou les risques qui préoccupent le plus les titulaires de contrats.
– Risque d'abandon si les clients ne sont pas couverts invariablement pour les risques auxquels ils sont confrontés et si la couverture n'est pas clairement comprise (bien que ces inconvénients puissent être limités en impliquant les clients dans le choix des prestations).

1.4 Se concentrer sur les prestations coûteuses

Cibler les prestations peut également consister à se concentrer sur les événements très coûteux et peu probables, comme une chirurgie, et laisser les titulaires de contrats prendre en charge eux-mêmes leurs dépenses de santé courantes. Bien que cette approche réduise la probabilité que les titulaires de contrats individuels fassent effectivement fonctionner leur contrat d'assurance, elle minimise les primes tout en s'assurant que les clients bénéficient de leur protection au moment où ils en ont le plus besoin.

Yeshasvini Trust donne un excellent exemple de cette approche. En échange d'une prime de seulement 120 Rs (2,70 $US) par an et par adulte, le régime d'assurance couvre plus de 1 600 opérations.[1] La prestation couvre les interventions chirurgicales, ainsi que tous les frais connexes, y compris les frais d'admission, le lit dans un chambre collective, les soins infirmiers, l'anesthésie, les honoraires du chirurgien, ainsi que les consommables et les médicaments utilisés pendant et après l'opération.

L'hypothèse sous-jacente ayant amené à la création de ce paquet de prestations consiste à dire que les ménages les plus démunis ne peuvent pas se permettre de recourir à une intervention chirurgicale, souvent salutaire. Ceux qui paient l'ensemble des frais découlant d'une intervention chirurgicale sans assurance s'appauvrissent souvent encore davantage, et appauvrissent par la même occasion leur foyer. Dans la mesure où peu de maladies nécessitent une intervention chirurgicale, un grand nombre de foyers adhérant ensemble à un régime d'assurance peut rendre la chirurgie accessible à ceux qui en ont besoin. Si cette approche profite sans aucun doute aux titulaires de contrats, il subsiste encore de nombreux traitements coûteux qui ne sont pas couverts par le système, notamment l'hospitalisation sans chirurgie.

Stratégie de viabilité 4. Se concentrer sur les prestations coûteuses

Avantages

– Se concentre sur les principales dépenses qui contraindraient les ménages à vendre leurs biens productifs, les entraînant dans la spirale de la pauvreté.
– Fournit une couverture pour les risques importants et peu fréquents, réduisant les coûts administratifs découlant du traitement de nombreux petits sinistres.

[1] Ce système enregistre également un bénéfice annuel maximal de 200 000 Rs (4 545 $US), ce qui couvre deux des opérations les plus chères et plusieurs opérations plus petites.

Inconvénients

– Les mesures visant les soins de santé primaires ont l'impact le plus fort sur la réduction globale des dépenses de santé. Financer exclusivement les événements occasionnant des frais élevés peut avoir pour conséquence d'augmenter les coûts au fil des années, car l'assuré remet à plus tard les traitements précoces et rentables.
– Dans l'histoire de la santé publique, les dépenses réalisées dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé ont eu un impact beaucoup plus important sur la réduction des dépenses totales de santé et sur l'amélioration de l'état de santé général de la population. Certains pourraient remettre en question la pertinence d'une assurance des événements occasionnant des frais élevés qui sauverait quelques personnes, quand la même somme pourrait sauver davantage de vies, si elle était dépensée dans des programmes de soins pré et postnataux.

2 Mettre l'accent sur l'efficacité

Outre limiter les prestations, le second groupe de stratégies assurant la viabilité du système s'articule autour de la minimisation des coûts grâce à des produits, des systèmes et des processus plus efficaces et performants.

2.1 Apporter des avantages aux membres

L'approche basée sur les avantages apportés aux membres d'un organisme est probablement le moyen le plus efficace de minimiser les coûts d'exploitation pour l'assureur et les coûts de transaction pour l'assuré. Comme son nom l'indique, l'idée sous-jacente à cette approche est que les membres d'un groupe, tel qu'une coopérative ou une union de crédit, reçoivent automatiquement une couverture spécifique, généralement sans payer directement aucune prime. On peut citer l'exemple bien connu des couvertures d'assurance vie-épargne fournies par Columna, MUSCCO, La Equidad et d'autres assureurs des réseaux SACCO *(voir chapitre 2.3)*.

Aucune transaction n'étant individuelle, la structure des coûts d'exploitation est réduite au minimum. Par exemple, pour ses avantages accordés aux membres, les dépenses administratives totales de MUSCCO représentaient seulement 15 % des primes en 2003, alors que pour la vente individuelle d'un produit complexe en Inde, les dépenses administratives de VimoSEWA atteignaient 97 % des primes en 2004. Sur le marché développé de l'assurance, les coûts de distribution représentent généralement le poste principal des dépenses administratives. En éliminant ces coûts grâce à l'approche basée sur les avantages apportés aux membres, il est possible de rendre l'assurance bien plus abordable.

Pour proposer des avantages aux membres, l'institution doit avoir une autre source de revenus pour payer l'assurance. Par exemple, Yeshasvini Trust collabore avec des coopératives laitières qui versent les primes pour le compte de leurs membres en déduisant le montant des revenus mensuels de ces derniers, générés par la production de lait.

Dans le cas des assurances vie-épargne, les unions de crédit versent un taux d'intérêt plus faible sur l'épargne de façon à pouvoir payer la compagnie d'assurance qui fournit la prestation. La réduction des intérêts sur les dépôts peut rendre le produit d'épargne peu compétitif et entraîner la désertion de la clientèle, ou il peut être commercialisé comme un avantage attractif qui pourrait inciter les membres à augmenter leur solde d'épargne, car plus le solde est élevé, plus les prestations sont importantes (jusqu'à un certain plafond).

Stratégie de viabilité 5. Apporter des avantages aux membres

Avantages

– Une méthode rentable permettant de couvrir l'ensemble des membres.
– Tant que les prestations restent à un niveau raisonnable, il y aura peu d'antisélection.
– Minimise les coûts administratifs.
– Peut constituer un atout commercial susceptible d'accroître le nombre de membres.

Inconvénients

– Seuls les membres peuvent bénéficier d'une couverture.
– Le niveau de couverture peut ne pas répondre aux besoins de la population cible. Par exemple, le client peut retirer de l'argent de son compte d'épargne afin de régler ses frais de traitement avant de décéder, entraînant ainsi le versement d'indemnités inadéquates.
– Les assurés peuvent ne pas savoir qu'ils ont accès à ces prestations. Si les indemnités ne sont pas réclamées, cela fausse les données et l'organisation peut penser qu'elle obtient de meilleurs résultats concernant ses sinistres que dans les autres programmes où les membres savent qu'ils bénéficient d'une assurance.

2.2 Utiliser des méthodes de paiement des primes peu onéreuses

Les foyers à faible revenu ayant des difficultés à payer les primes annuelles en un versement unique, les micro-assureurs ont dû faire preuve d'esprit d'innovation pour faire correspondre les paiements des primes avec les flux de trésorerie des foyers à faible revenu. L'approche généralement utilisée consiste à augmenter la fréquence de paiement des primes de façon à les répartir en de

plus petits montants. Cette méthode est malheureusement susceptible d'accroître considérablement les coûts de transaction, élevant ainsi le coût des produits, qui deviennent donc à la fois plus accessibles, mais plus chers !

Comme le chapitre 3.3 ainsi que d'autres chapitres le démontrent, Vimo-SEWA a développé une solution alternative au problème du paiement en un seul versement qui a l'avantage de réduire simultanément les coûts de transaction. Il propose une méthode de dépôt fixe dans laquelle les intérêts résultant d'un compte d'épargne paient la prime d'assurance. Ce système a l'avantage de fournir une assurance semi-permanente ne générant quasiment aucun coût de transaction une fois que le montant total a été déposé. Les plus démunis éprouvent néanmoins des difficultés à économiser suffisamment d'argent pour le déposer sur un compte et il est délicat d'amener les titulaires de contrats à augmenter le montant déposé lorsque les taux d'intérêt baissent ou que les primes augmentent. Seuls 25 % des 120 000 titulaires de contrats de Vimo-SEWA utilisent la méthode de dépôt fixe pour payer les primes. Les autres paient dans le cadre d'une campagne annuelle de marketing et de renouvellement, ce qui explique partiellement les coûts administratifs connexes encore relativement élevés.

Une autre méthode de paiement des primes peu onéreuse consiste à réaliser des prélèvements automatiques sur le compte d'épargne du titulaire de contrat. Contrairement aux transactions physiques, coûteuses à la fois pour l'assureur et le titulaire de contrat, les transactions électroniques réduisent le coût généré par la collecte des primes. Pour que cette méthode soit envisageable il est toutefois nécessaire que les foyers à faible revenu aient accès à des comptes d'épargne.

Aux Philippines, G-Cash a récemment obtenu l'autorisation d'effectuer des transactions financières via téléphone portable au prix de 1 peso l'unité.[2] Cette méthode peut être extrêmement rentable pour informer des primes dues et pour collecter les primes, car les clients n'ont pas à payer les coûts de transport et l'assureur reçoit les données rapidement et efficacement. Davantage d'innovations sont nécessaires dans ce domaine pour accroître encore plus l'efficacité. Les nouvelles technologies seront peut-être à même de fournir de nouvelles solutions.

2 Les auteurs souhaitent remercier John Wipf pour ses informations détaillées sur G-Cash.

Stratégie de viabilité 6. Utiliser des méthodes de paiement des primes peu onéreuses

Avantages
– Élimine quasiment les coûts de transaction.
– La méthode de dépôt fixe fournit une couverture semi-permanente aux titulaires de contrats et permet des défauts de paiement minimes du côté de l'assureur.
– Des coûts moins élevés permettent de proposer de meilleures prestations.

Inconvénients
– Les clients doivent avoir accès à des comptes d'épargne (ou à des téléphones portables).
– Dans le cadre de l'approche basée sur des dépôts fixes, il peut être difficile pour les populations pauvres de rassembler le montant du dépôt, et délicat de convaincre les titulaires de contrats d'augmenter ce montant si les primes augmentent.

2.3 S'appuyer sur des systèmes de distribution peu onéreux

L'une des raisons principales pour lesquelles les compagnies d'assurance n'ont pas accès aux marchés à faible revenu est qu'elles ne disposent pas de systèmes de distribution appropriés. Néanmoins, comme l'expérience issue du modèle partenaire-agent nous en donne l'illustration, les organismes populaires ou communautaires peuvent constituer des réseaux de distribution d'assurance efficaces et peu onéreux. Si l'on envisage cette approche, les agents de distribution qui s'imposent le plus logiquement sont les institutions de micro-finance, puisqu'elles ont déjà mis en place des systèmes d'épargne et de crédit auprès des populations pauvres. On retrouve des expériences similaires dans le domaine de l'assurance conventionnelle où des produits de *bancassurance* très performants touchent un grand nombre de titulaires de contrats.

Toutefois, afin d'élargir réellement l'accès à la micro-assurance, il est également nécessaire de ne pas se limiter aux seules institutions financières pour tenir le rôle éventuel d'agent de distribution. Yeshasvini utilise le réseau de coopératives existant pour vendre son assurance maladie, collecter les primes et distribuer des cartes d'identification avec photo. De la même façon, les partenariats entre les compagnies d'assurance et les détaillants en Afrique du Sud *(voir chapitre 4.6)* peuvent apparaître comme des mécanismes potentiellement peu onéreux capables de contribuer à élargir l'accès à l'assurance aux plus démunis.

Dans le domaine de la micro-assurance, l'un des aspects essentiels à ne pas négliger pour permettre une distribution peu onéreuse est de se doter de critères de sélection et de souscription minimums. C'est possible en utilisant des

polices collectives pour lesquelles tous les membres du groupe qui remplissent les critères d'âge sont éligibles pour bénéficier de la couverture. Même dans le cas de polices individuelles, il est possible d'appliquer des critères de souscription minimums en amont (par exemple juste une déclaration signée de bonne santé) et ainsi de transférer la charge au traitement des déclarations de sinistre. Un examen rigoureux en aval est plus rentable puisqu'il ne porte que sur les quelques personnes ayant déposé une déclaration de sinistre et non sur les nombreuses personnes ayant adhéré au système.

Stratégie de viabilité 7. S'appuyer sur les systèmes de distribution peu onéreux

Avantages
– Possibilité d'utiliser une structure de distribution existante.
– Facile à mettre en œuvre.

Inconvénients
– Le personnel du système existant, surchargé de travail, peut ne pas expliquer clairement les prestations offertes par l'assurance.
– L'assureur peut ne pas acquérir la solide compréhension du marché cible indispensable à ses activités.
– Convient uniquement pour des assurances simples.

2.4 Contrôler les coûts

Le contrôle des coûts passe par l'adoption d'une stratégie essentielle visant à augmenter l'efficacité en distinguant les critères indispensables selon la taille de la police d'assurance. Par exemple, des produits de micro-assurance simples peuvent être confiés à des employés aux salaires moins élevés. Si les sommes assurées sont inférieures à un certain montant, une approche moins coûteuse et plus rationalisée peut être adoptée. Chez Delta Life, si une police couvre plus de 2 000 $US, le candidat doit subir un examen médical ; pour les montants inférieurs à 2 000 $US, seule une déclaration de bonne santé est nécessaire. Des ajustements similaires peuvent contribuer à rendre les petites polices plus viables.

Le modèle basé sur la communauté a souvent recours à la contribution volontaire de ses membres, utilisée comme stratégie de contrôle des coûts *(voir chapitre 4.3)*. Cette approche s'est révélée particulièrement efficace en permettant à de nombreux petits systèmes de couvrir leurs coûts sur un court laps de temps. Mais elle ne peut pas être utilisée sur le long terme, car les volontaires ont tendance à se démotiver, ce qui débouche sur un renouvellement très fréquent des collaborateurs.

Pour ce qui est de l'assurance maladie, la réduction des coûts d'indemnisation est un défi majeur. Les organismes qui gèrent leurs propres prestataires de soins de santé, comme ServiPerú, BRAC et Grameen Kalyan, peuvent exercer une plus grande influence sur les coûts des soins. Chez ServiPerú, par exemple, les salaires des médecins, représentant généralement un coût fixe, deviennent variables en associant la rémunération au nombre de consultations réalisées. S'il est correctement géré, ce système de rémunération par consultation peut générer un lien direct entre revenus et dépenses.

En outre, au-delà de l'identité du prestataire de soins, les micro-assureurs doivent s'assurer que les protocoles de traitement adéquats sont suivis : par exemple, ne prescrire que les médicaments réellement nécessaires (un véritable tour de force car les consommateurs désirent toujours des médicaments même si ces derniers ne sont pas nécessaires), fournir des médicaments génériques dans la mesure du possible, et ne pas réaliser d'examens inutiles. La MHIB de BRAC a réalisé des progrès considérables dans ce domaine.

Bien que ces approches soient tout aussi judicieuses dans le cadre d'assurances conventionnelles, une stratégie de contrôle des coûts reste spécifique à la micro-assurance : faire appel au sens de la solidarité des membres dans l'attente qu'ils renoncent volontairement aux abus. Par exemple, son statut de coopérative amène ServiPerú à demander à ses membres d'éviter de recourir aux services de façon excessive ou superflue, afin que la compagnie puisse maintenir des tarifs peu élevés. Alors qu'une telle approche engendre nécessairement un certain nombre d'abus, ils seront probablement moins nombreux dans le cadre d'une mutuelle ou d'une ONG qu'avec un organisme à but lucratif.

La minimisation des coûts s'accompagne également de mesures de prévention des sinistres. Les micro-assureurs peuvent réduire les coûts d'indemnisation en proposant des programmes d'éducation à la santé qui encouragent la population à manger plus sainement et à solliciter un traitement précoce, et des campagnes de promotion de la santé qui fournissent par exemple des moustiquaires traitées aux insecticides dans les zones fortement touchées par le paludisme ou développent l'accès à une eau propre *(voir chapitre 3.9)*.

Ces campagnes de prévention n'ont pas nécessairement besoin d'être menées par l'assureur. En effet, des partenariats stratégiques peuvent s'avérer extrêmement utiles pour étirer le budget. Par exemple, plusieurs micro-assureurs travaillent en collaboration avec des organismes de sensibilisation au VIH/SIDA ou participent à des campagnes de vaccination gouvernementales, afin d'apporter de précieux services à leurs membres à moindre coût, voire gratuitement, tout en s'efforçant de réduire les sinistres.

Stratégie de viabilité 8. Contrôler les coûts

Avantages
– Processus différenciés, avec des critères moins stricts pour les petites polices, équilibre acceptable entre coûts et contrôles.
– S'ils bénéficient d'un bon accompagnement, de nombreux prestataires de soins de santé peuvent réduire les coûts sans compromettre la qualité. Des protocoles de traitement clairs peuvent réduire les coûts et améliorer la qualité des soins et des services.
– De petits investissement dans la prévention peuvent être à l'origine de retours significatifs, comme une baisse du nombre de déclarations de sinistre, notamment s'ils sont mis en œuvre au travers de partenariats stratégiques bénéfiques à toutes les parties.
– Les campagnes de prévention permettent aux titulaires de contrats qui ne déposent pas de déclarations de sinistre de bénéficier d'avantages fournis par le système.

Inconvénients
– Le recours au travail volontaire n'est pas une solution viable à long terme.
– Une forte pression sur la baisse des salaires des prestataires d'assurance et de soins de santé peut avoir pour conséquence un renouvellement très fréquent des effectifs et une mauvaise qualité de services.
– L'appel à la solidarité pour réduire le nombre de déclarations de sinistre et les risques assurables perd de son efficacité à mesure que la taille de l'organisme augmente.

2.5 Acheter les prestations en gros

Une autre méthode permettant de maintenir les coûts d'indemnisation bas consiste, pour le micro-assureur, à négocier avec le prestataire afin d'obtenir des conditions plus avantageuses. Par exemple, la couverture de ServiPerú comprend une aide aux frais d'obsèques. L'organisme a négocié des tarifs préférentiels auprès de prestataires de services funéraires auxquels il est associé en échange d'un grand nombre de clients potentiels. Résultat : les foyers à faible revenu ont accès à des obsèques de même qualité, mais moins chères, en passant par l'assureur.

Yeshasvini a suivi la même stratégie. Compte tenu de l'énorme surcapacité des cliniques et des hôpitaux locaux, le Trust a été en mesure de persuader son réseau de prestataires de s'entendre sur des tarifs fixes pour les opérations 30 % inférieurs aux tarifs moyens. Les prestataires de soins de santé ont donné leur accord pour pratiquer des tarifs moins élevés, car l'assureur prend en charge le paiement et parce qu'ils souhaitent accroître le taux d'utilisation de leurs infrastructures et de leur personnel.

Stratégie de viabilité 9. Acheter les prestations en gros

Avantages
– Peut rendre les prestations plus abordables.
– Avantages pour les prestataires de services (par ex. les cliniques, les salons funéraires) car ils bénéficient d'une certaine clientèle « garantie » en échange.

Inconvénients
– Convient uniquement si les indemnités sont fournies en nature.
– Les prestataires de ces indemnités en nature peuvent fournir des services de moindre qualité aux assurés en raison du tarif convenu moins élevé.
– Cette stratégie repose sur l'utilisation d'une capacité excédentaire, qui n'est pas toujours disponible.

3 Diversifier les sources de revenus

L'un des problèmes posés par la vente de prestations d'assurance aux populations pauvres est qu'il est possible qu'elles ne puissent pas se permettre cette dépense, même si les prestations sont restreintes et les coûts d'exploitation limités au strict minimum. La troisième approche visant à rendre la micro-assurance viable est de diversifier les sources de revenus de façon à ce que les populations à faible revenu ne paient qu'une partie des coûts. Cette approche est très répandue parmi les mécanismes financiers traditionnels d'assurance maladie, dont le financement s'appuie sur des contributions bipartites basées sur le salaire, réparties entre l'employeur et l'employé, à l'image du système utilisé par Bienestar Magisterial au Salvador.

Toutefois, une telle approche ne peut fonctionner que dans le secteur formel. Pour les travailleurs de l'économie informelle, des stratégies plus créatives sont indispensables. Certains micro-assureurs s'engagent dans des activités génératrices de revenus sans rapport avec la micro-assurance. Microcare, par exemple, dispose d'un certain nombre de contrats pour le développement de logiciels et la dispense de cours d'informatique, deux activités qui n'ont aucun lien avec ses prestations d'assurance maladie, mais qui lui permettent de joindre les deux bouts. Yeshasvini vend des espaces publicitaires au dos de ses cartes d'identification pour s'octroyer un revenu complémentaire. D'autres méthodes de diversification des revenus sont présentées ci-après.

3.1 Recourir à la subvention croisée avec d'autres produits ou marchés

Il est possible de subventionner les primes à partir d'autres produits ou segments de marché plus rentables. En effet, pour qu'un système de micro-assurance soit considéré comme un outil de protection sociale, il doit avoir une fonction de redistribution allant des populations moins touchées par la pauvreté vers les plus démunis.

Par exemple, les systèmes d'assurance maladie de Grameen Kalyan et de BRAC desservent l'ensemble des communautés dans lesquelles ils interviennent. Ils demandent des primes plus élevées aux populations non-pauvres afin de pouvoir réduire au minimum les primes demandées aux membres de la communauté disposant de faibles revenus. La pénétration du marché de ces populations bénéficiant de revenus plus élevés est destinée à contribuer à assurer la viabilité du projet en apportant davantage de revenus, bien que les systèmes n'en soient pas encore arrivés à cette étape. En 2003, 10 % des assurés de BRAC et 13 % des assurés de GK n'étaient pas membres et représentaient respectivement 18 % et 15 % des revenus issus des primes. Ces deux organismes ont appris que de plus grands efforts doivent être consentis pour accroître le taux de participation des populations non-pauvres et pour éviter l'antisélection sur ce segment de marché.

Tata-AIG a l'intention d'appliquer une stratégie similaire. Une fois que ses micro-agents auront exploité au maximum le marché le plus facile à desservir, on leur enseignera comment proposer des produits plus chers à des clients disposant de revenus plus élevés. VimoSEWA a adopté cette approche en 2001, en proposant un nouveau paquet de prestations permettant d'assurer des sommes plus élevées et destinée à une clientèle plus aisée. Mais les ventes de ce produit n'ont pas décollé et VimoSEWA a dû abandonner cette stratégie au bout de deux ans. L'organisme a pris conscience que son mécanisme de distribution existant n'était pas particulièrement efficace lorsqu'il s'agissait de s'adresser aux populations non-pauvres, un marché sur lequel la notoriété de SEWA n'était pas aussi grande. En outre, les efforts consentis pour s'adresser à ce segment de marché plus aisé ont détourné l'attention des dirigeants de la nécessité d'assurer la viabilité de leur système sur le marché des populations à faible revenu.

Pour élargir la couverture aux membres les plus pauvres de la communauté, les MHO soutenues par l'UMSFG ont également l'intention d'assurer les plus démunis une fois que les organismes se seront constitué une santé financière solide. Toutefois, l'un des défis majeurs posés par la mise en place de primes graduées réside dans la difficulté à distinguer ceux qui peuvent payer les primes de ceux qui ne le peuvent pas. Dans la région de la Guinée

forestière dans laquelle l'UMSFG intervient, n'importe qui peut se retrouver dans le dénuement le plus complet.

Cette stratégie de viabilité est également adaptée aux assureurs commerciaux desservant le marché des foyers à faible revenu puisqu'ils disposent naturellement d'un éventail d'autres domaines d'activité. Ces prestataires d'assurance risquent de tenter de générer des profits à court terme aux dépens des populations pauvres. En revanche, cette approche basée sur l'utilisation de subventions croisées peut être justifiée, même pour les actionnaires, si les assureurs adoptent une vision à long terme de ce marché et s'efforcent de cultiver la fidélité de la clientèle en espérant que ces titulaires de contrats deviendront rentables à l'avenir. Le premier objectif devrait être aujourd'hui de développer une culture de l'assurance auprès du marché des foyers à faible revenu et une logique de maximisation des profits à court terme viendrait saper cet objectif.

L'approche adoptée par TUW SKOK a été différente car ses deux segments de marché étaient constitués des unions de crédit et de leurs membres. L'assureur s'est concentré initialement sur les polices d'entreprise pour les unions de crédit, comprenant l'assurance-dépôts, une couverture incendie et vol, et une assurance contre les détournements. Après avoir saturé le marché des entreprises, TUW SKOK a tourné son attention vers les besoins des membres des unions de crédit. Il convient en particulier de souligner que l'assureur n'a commencé à mettre sur le marché des produits bas de gamme qu'une fois qu'il a été dans une position financière lui permettant de le faire. Bien qu'on ne puisse déterminer clairement dans quelle mesure les polices destinées aux membres sont actuellement subventionnées par les assurances d'entreprise, la micro-assurance proposée par TUW SKOK profite très certainement du fait que les unions de crédit constituaient un vaste marché captif pour ses services destinés aux entreprises.

Stratégie de viabilité 10. Recourir à la subvention croisée avec d'autres produits ou marchés

Avantages

– La redistribution est un aspect fondamental des systèmes de protection sociale.
– La diversification des marchés accroît la sécurité de la micro-assurance en répartissant les risques et en augmentant le nombre d'assurés.
– Des volumes plus importants doivent engendrer une plus grande efficacité, en présence d'une bonne gestion.
– Capable de devenir viable plus rapidement.

Inconvénients

– Toucher un marché plus aisé peut nécessiter un système de distribution différent, plus coûteux.
– Le micro-assureur n'a peut-être pas l'image de marque nécessaire pour attirer des clients plus aisés.
– La tendance naturelle de toutes les opérations d'assurance est de s'orienter au fil du temps vers des marchés plus aisés, car ils sont généralement plus rentables. Cette stratégie nécessite une gouvernance forte afin de maintenir l'attention sur la satisfaction des besoins des populations pauvres.
– Sur un marché compétitif, d'autres assureurs peuvent disposer de systèmes de distribution plus efficaces pour les populations plus aisées.
– Dans le cadre d'un organisme mutualiste, ceux qui génèrent ces subventions peuvent être élus au sein de l'organe directeur et modifier cette politique.

3.2 Utiliser un fonds de dotation pour financer les opérations

Un fonds de dotation ou de capital peut également offrir une source de revenus complémentaire, grâce aux produits des placements qui contribuent à couvrir les coûts d'exploitation. Pour que cela puisse fonctionner, l'assureur doit disposer de suffisamment d'argent et d'opportunités d'investissement pour générer des retours acceptables. Certains produits de placements doivent être réinvestis dans le fonds pour qu'il puisse progresser au même rythme que l'inflation, afin de maintenir le pouvoir d'achat de l'organisme. Il est également essentiel que la gestion du fonds soit totalement transparente afin de s'assurer que l'argent n'est pas utilisé à d'autres fins.

Grameen Kalyan et VimoSEWA ont tous deux reçu des fonds de dotation à cet effet. La GTZ a fourni à VimoSEWA un fonds de capitalisation au début des années 1990 dans l'optique de couvrir les dépenses administratives. Le fonds a rempli ses fonctions tant que le nombre d'assurés stagnait autour de 30 000. Toutefois, lorsque le nombre de membres a atteint 90 000, le produit du fonds de dotation investi ne suffisait plus. Le fonds de dotation de Grameen Kalyan a été fourni par son organisme parent afin de mettre en place une micro-assurance maladie. Si le système était étendu de façon à desservir toutes les communautés dans lesquelles la Grameen Bank intervient, le fonds ne génèrerait pas un revenu suffisant pour couvrir les manques à gagner d'exploitation.

Stratégie de viabilité 11. Financer à partir d'un fonds de dotation

Avantages
– Augmente la valeur du programme d'assurance.
– Offre une flexibilité financière permettant de cibler et de desservir les populations pauvres et démunies.
– Fournit un financement stable du système lui permettant de planifier son avenir.

Inconvénients
– Qui fournit le fonds de dotation initial ? Il serait difficile de fournir un fonds de dotation à de nombreux programmes de micro-assurance ou de bénéficier d'un impact important sur les populations pauvres.
– Les dotations importantes nécessitent une bonne gouvernance afin de s'assurer qu'elles génèrent des produits et ne sont pas détournées à d'autres fins.
– Une augmentation de la population couverte peut entraîner des déficits si le fonds de dotation ne progresse pas au même rythme.
– Même avec une population stable, le fonds de dotation doit générer des retours correspondant au moins au taux d'inflation pour maintenir le pouvoir d'achat de l'organisme.

3.3 Avoir accès à des subventions gouvernementales

Les systèmes de micro-assurance issus de la perspective de la protection sociale sont financés pour tout ou partie par des fonds gouvernementaux. Accéder à ces subventions peut constituer une stratégie visant à garantir la viabilité du système. Par exemple, les initiatives de SBS (Bolivie), SMI (Pérou) et SI (Paraguay) en matière d'assurance maladie ont toutes été lancées par le secteur public avec un financement du gouvernement en vue d'étendre les soins de santé à des segments de marché particulièrement à risque. D'autres systèmes, comme UMSGF, AssEF et Karuna Trust ont bénéficié indirectement de subventions gouvernementales. Les coûts des services de soins de santé utilisés par les membres de ces organismes sont maintenus artificiellement bas grâce à des subventions du gouvernement.

L'inconvénient majeur de cette approche est qu'elle est particulièrement exposée aux interférences politiques. SBS et SMI ont tous deux connu d'énormes bouleversements lors de l'élection de gouvernements guidés par des priorités différentes. Il est donc délicat de compter sur des subventions à long terme, voire permanentes, de la part du gouvernement. Lorsque les subventions sont interrompues ou réduites, les opérations de micro-assurance

peuvent rencontrer d'énormes problèmes. Par exemple, Yeshasvini a reçu une subvention directe du gouvernement au cours de ses deux premières années d'exploitation, ce qui lui a permis de proposer des prestations de qualité à des prix très bas. Au cours de la troisième année, lorsque les subventions gouvernementales ont cessé, la prime a dû être doublée, entraînant un taux de renouvellement de seulement 43 %.

Stratégie de viabilité 12. Avoir accès à des subventions gouvernementales

Avantages

– L'accès aux soins de santé devrait être considéré comme l'un des droits de l'homme. Il est donc tout à fait justifié que les gouvernements mettent à disposition des ressources permettant de faciliter l'accès de ceux qui ne peuvent pas payer les primes eux-mêmes.
– La micro-assurance peut être un vecteur rentable permettant aux gouvernements de fournir des prestations aux populations pauvres.

Inconvénients

– La bureaucratie gouvernementale peut ne pas verser ses paiements en temps et en heure, et mettre les liquidités du micro-assureur à rude épreuve.
– Toute modification de la politique du gouvernement peut entraîner un arrêt soudain des subventions.
– Les gouvernements peuvent chercher à imposer certaines méthodes contraires aux intérêts des organismes actifs sur le terrain.

4 Bien gérer

Aucune de ces douze stratégies visant à assurer la viabilité d'un organisme n'est applicable en toutes circonstances, et toutes présentent des inconvénients. Le défi consiste à trouver des moyens de combiner des stratégies sélectionnées au sein d'une approche qui serait profitable à chaque système de micro-assurance. La clé du succès en micro-assurance est donc la même que pour toute autre entreprise : une bonne gestion est la stratégie essentielle assurant la viabilité d'un système.

Entre autres choses, les dirigeants d'organismes de micro-assurance doivent disposer d'employés compétents sur place, d'une tarification réaliste des produits, d'un business plan sain, d'informations relatives à la gestion régulières et fiables, et éventuellement d'une réassurance si nécessaire *(chapitre 5.4)*. Ils ont également besoin de conseils d'administration capables de diriger efficacement les dirigeants *(chapitre 3.8)*. Comme beaucoup de ces éléments ne sont pas en place dans les organismes envisageant de proposer des presta-

tions de micro-assurance, il semblerait logique de commencer par des prestations d'assurance limitées ou ciblées. Une fois que les compétences et les systèmes adéquats ont été mis en place, le programme d'assurance peut être étendu.

Comme dans toute autre activité, les dirigeants ont besoin d'un business plan qui les aide à rester concentrés sur la mise à disposition d'une protection de qualité aux coûts les plus faibles possibles. Avant d'étendre les prestations et d'augmenter la protection, les dirigeants doivent en saisir les implications. Pour ce faire, ils ont besoin d'outils leur permettant d'évaluer les options disponibles et de peser les avantages et les inconvénients de primes plus élevées ou de prestations réduites, par exemple, idéalement en synergie avec les titulaires de contrats actuels ou potentiels. Les dirigeants ont également besoin d'un système d'information consignant les progrès permettant la réalisation des objectifs du business plan.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'un des aspects essentiels de ce plan est de définir un équilibre entre une rémunération juste des employés, la mise à disposition des clients d'excellents produits et l'assurance que les actionnaires perçoivent un retour satisfaisant sur leur investissement. Ce compromis est simplifié si les intérêts des parties sont alignés. Par exemple, pour les assurances fournies par l'intermédiaire de coopératives *(chapitre 4.1)*, les clients sont les actionnaires. Dans le modèle basé sur la communauté *(chapitre 4.3)*, les employés sont souvent les clients et les propriétaires.

On ne soulignera jamais assez l'importance de disposer d'un personnel, de dirigeants et d'un conseil d'administration possédant les compétences adéquates. Certains micro-assureurs ne comprennent pas parfaitement les tenants et les aboutissants de cette activité ou n'accordent pas suffisamment d'attention à leurs activités de micro-assurance, au point parfois de ne même pas savoir si leur système est une réussite. Pour bénéficier d'une gestion efficace, la micro-assurance doit être considérée comme une activité indépendante (distincte des opérations de crédit et d'épargne et de l'assurance conventionnelle), afin que l'équipe dirigeante puisse évaluer sa viabilité et son potentiel, et mettre en œuvre les compétences nécessaires pour lui permettre de réaliser ce potentiel. À cet égard, le modèle basé sur la communauté a l'avantage de ne se concentrer que sur la micro-assurance.

Les micro-assureurs n'ont pas besoin d'avoir toutes les compétences indispensables en interne, tant qu'ils y ont accès. Les systèmes basés sur la communauté ou mutualistes remplissent cet objectif grâce aux fédérations, et aux organismes de second niveau dispensant les compétences techniques pouvant profiter à de nombreux organismes plus petits de premier niveau. Les partenariats entre les organismes possédant différents domaines d'expertise constituent une stratégie particulièrement efficace. Si l'organisme pré-

sente des lacunes en matière d'assurance, un prestataire d'assistance technique peut l'épauler dans sa quête de viabilité. Comme nous en avons débattu au chapitre 5.5, différents organismes internationaux fournissent une assistance technique aux programmes de micro-assurance, comme le font de nombreux consultants indépendants. Si des compétences internationales sont trop coûteuses ou indisponibles dans l'immédiat, les systèmes novices en micro-assurance peuvent également envisager de recourir à des spécialistes en assurance locaux.

Si les compétences du personnel au niveau du siège ou de la fédération bénéficient de la plus grande attention, les systèmes de micro-assurance ont besoin pour assurer leur viabilité de titulaires de contrats, de beaucoup de titulaires de contrats. Les volumes sont déterminants dans le succès des systèmes de micro-assurance. Donc s'ils souhaitent attirer et conserver des clients, les micro-assureurs doivent assurer efficacement leurs missions de vente et de service et bénéficier d'une bonne réputation pour leur service client. En effet, les prestataires de micro-assurance doivent gagner la confiance de leur clientèle en lui apportant des avantages indiscutables. Le personnel sur le terrain doit savoir ce qu'il fait et doit le faire correctement. Il est donc légitime de consentir des investissements importants dans la formation du personnel de terrain.

Les compagnies d'assurance bien gérées utilisent habituellement la réassurance pour gérer les risques, bien que cette dernière ne soit pas indispensable dans tous les cas de figure. Certaines compagnies d'assurance de grande envergure engagées dans la micro-assurance, comme AIG Ouganda, Madison, Delta Life et La Equidad, ne recourent pas à la réassurance pour leurs petites polices parce qu'elles couvrent de très nombreuses personnes sur de vastes zones géographiques. Toutefois, les micro-assureurs ne possédant pas les réserves nécessaires et des portefeuilles diversifiés comprenant des assurances traditionnelles et des micro-assurances, seraient bien avisés d'étudier les possibilités offertes par la réassurance (ou au moins l'assurance des sinistres dus à des catastrophes naturelles).

Enfin, une bonne gestion suppose de savoir mettre à profit les opportunités disponibles et de faire face efficacement aux menaces imminentes. C'est à la fois un art et une science. Bien que certains principes commerciaux de base restent incontournables (comme le ratio de solvabilité et les capitaux nécessaires pour remplir ses obligations vis-à-vis des titulaires de contrats), la survie d'un organisme dépend souvent de décisions qui exigent de s'en remettre à son jugement personnel pour résoudre un problème. Au-delà du simple jugement, il peut être judicieux d'avoir recours aux usages en vigueur dans l'industrie et au benchmarking, qui commence seulement à voir le jour dans le domaine de la micro-assurance *(voir chapitre 3.10)*. En outre, un jugement

sain est le résultat d'une longue expérience, et cette expérience est elle-même pavée d'erreurs de jugement. Nous espérons que l'étude des expériences, bonnes et mauvaises, d'autres micro-assureurs, rassemblées dans cet ouvrage et dans les études de cas, contribuera à accroître la sagesse des micro-assureurs actuels et futurs et leur évitera de répéter les erreurs commises par d'autres.

6.2 L'avenir de la micro-assurance

Felipe Botero, Craig Churchill, Michael J. McCord et Zahid Qureshi

Les auteurs souhaitent remercier August Pröbstl, Christina Hahne et Andreas Moser de la fondation Munich Re pour leurs idées et leurs commentaires sur ce chapitre.

Réfléchir à l'avenir de la micro-assurance implique de prendre en considération l'ensemble de la situation, y compris 1) les titulaires de contrats actuels et potentiels et leurs familles, 2) l'éventail des différents prestataires d'assurance et leurs réseaux de distribution, 3) les autorités de régulation et de contrôle des assurances et 4) l'environnement global dans lequel tous ces facteurs interagissent *(voir illustration 39)*.

Le succès à venir de la micro-assurance repose sur sa capacité à croître et à se développer de façon prudente, rentable et continue. Quel sera le cycle de développement de la micro-assurance ? Combien de temps durera-t-il ? Certains affirment que la micro-assurance en est encore à l'étape conceptuelle et cette hypothèse est parfaitement défendable. Néanmoins, pour les hommes et les femmes présents sur le terrain aujourd'hui et dont les efforts ont apporté la matière première de ce livre, la micro-assurance est extrêmement concrète, même si elle est encore très récente. Leurs espoirs à court et moyen terme font l'objet du présent chapitre.

Illustration 39

Perspectives d'avenir

L'objectif de la micro-assurance est de mettre à disposition des plus démunis des produits de gestion des risques adéquats et abordables, afin de soutenir leur développement économique et de leur permettre d'accéder à une certaine sérénité financière, pour eux et les générations à venir. La micro-assurance complète et accroît l'efficacité des mécanismes informels visant à relever les défis qui sont les leurs, et vient s'ajouter aux systèmes de protection sociale légaux lorsqu'ils existent.

Le chapitre 1.1 résume les nombreux défis qui entravent le développement et l'expansion de la micro-assurance, alors que les pages qui suivent abondent d'exemples de systèmes qui sont parvenus à venir à bout de ces obstacles. Toutefois, il reste de nombreuses difficultés à surmonter si les marchés de l'assurance doivent être élargis au plus grand nombre. Afin d'augmenter considérablement la portée des services d'assurance aux foyers à faible revenu et d'augmenter la pénétration de l'assurance afin de l'ouvrir aux plus vulnérables, il est impératif de s'attaquer à ces défis *(mis en évidence dans le tableau 52)*. Ce chapitre offre un résumé de certaines solutions devant être approfondies afin d'étendre la disponibilité et d'améliorer la qualité de la micro-assurance.

Tableau 52 **Défis persistants limitant l'expansion de la micro-assurance**

Catégorie	*Défis*
Clients	– Éduquer efficacement les clients – Développer une culture de l'assurance sur le marché des foyers à faible revenu – Répondre à une demande en nouveaux produits non satisfaite – Atteindre les plus vulnérables
Prestataires	– Renforcer les compétences du personnel – Renforcer la gestion – Améliorer l'efficacité – Trouver les modèles commerciaux et les réseaux de distribution adéquats
Autorités de régulation	– Éliminer les obstacles réglementaires – Définir un programme de développement du marché – Reconnaître les systèmes informels lorsque cela est nécessaire – Mettre au point des approches complètes et systématiques
Environnement	– Améliorer la qualité des établissements de santé – Collecter et utiliser les informations clés relatives à l'assurance – Renforcer les marchés financiers – Stabiliser les conditions macro-économiques – Préparer aux risques catastrophiques

1 Les clients à venir de la micro-assurance

Le micro-crédit joue un rôle essentiel dans la capacité des populations pauvres à s'élever au-dessus du seuil de pauvreté. Bien que le développement de la micro-assurance soit plus récent, certains constats préliminaires et isolés indiquent qu'elle peut constituer un facteur important dans le maintien de ces populations au-dessus du seuil de pauvreté. En fournissant une protection contre certains dangers, la micro-assurance fonctionne comme le pendant naturel d'autres services financiers et sociaux à destination des populations pauvres. Afin qu'elle puisse exprimer tout son potentiel, il est essentiel de développer une culture de l'assurance au sein du marché des foyers à faible revenu, et de commercialiser des produits satisfaisant leurs besoins vitaux, en particulier pour les plus vulnérables.

1.1 Éducation et culture

La demande de micro-assurance requiert cependant une attention toute particulière. Les études de cas ont montré que d'importants efforts doivent encore être consacrés à l'éducation du marché, de façon à ce que les titulaires de contrats potentiels comprennent et apprécient la valeur de l'assurance. En réalité, les assureurs qui ont réussi sur les marchés développés continuent d'éduquer leur clientèle et l'ensemble de la population sur certains sujets. Cette démarche améliore l'expérience perçue en matière de souscription et la fidélité de la clientèle. Il est sans doute nécessaire de mettre au point de meilleurs outils pédagogiques pour faire comprendre toute l'utilité de l'assurance à un marché analphabète ou sans instruction. Mais la seule éducation des clients ne suffit pas pour bénéficier d'un impact fort. Les parties prenantes au développement de la micro-assurance (qu'il s'agisse des prestataires, des responsables politiques ou des bailleurs de fonds) doivent instaurer une culture de l'assurance parmi les populations pauvres.

Le développement d'une culture de l'assurance est indispensable au succès de la micro-assurance. Dans de nombreux pays développés, il a fallu des générations avant que les populations ne se tournent naturellement vers l'assurance pour couvrir leurs besoins en matière de gestion des risques. Les prestataires de micro-assurance contribuent à instaurer cette culture de l'assurance s'ils satisfont les besoins de leurs clients de façon honnête et équitable. Le produit constitue le point de départ : les clients doivent savoir qu'ils disposent d'une couverture et constater qu'elle leur apporte régulièrement des avantages.

Le versement des indemnités (promesse faite à la souscription) offre sans aucun doute l'occasion unique et ô combien importante de renforcer la

valeur de l'assurance. Les déclarations de sinistre doivent donc impérativement être traitées efficacement et correctement. Trop souvent, les indemnités ne sont pas versées comme promis et cela génère une culture hostile à l'assurance. De nombreux programmes de micro-assurance sont confrontés à ces cultures anti-assurance et se battent pour venir à bout de cette hostilité omniprésente.

L'évolution des comportements face à l'assurance est influencée par la capacité des prestataires à améliorer en permanence les processus, les services, les prestations et les coûts pour leurs clients. Les gouvernements et la société civile contribuent au développement d'une telle culture par l'intermédiaire de programmes pédagogiques. Cette culture se trouve renforcée lorsque les associations et les employeurs commencent à proposer l'assurance comme un avantage lié à l'adhésion ou à l'emploi. Dans les pays développés, la croissance d'une culture de l'assurance a également été soutenue par la généralisation des couvertures obligatoires exigées par l'État, comme une assurance responsabilité civile pour les véhicules. Les expériences vécues par la population avec ces produits l'ont aidée à comprendre le fonctionnement de l'assurance et l'ont parfois incitée à rechercher également des produits facultatifs.

Pour les personnes à faible revenu dans les pays en développement, on pourrait établir un parallèle judicieux avec l'assurance-vie de crédit fournie par l'intermédiaire des institutions de micro-finance. Si les IMF peuvent faire en sorte que leurs clients en retirent une expérience positive, les populations pauvres peuvent être davantage intéressées par d'autres produits d'assurance et être plus enclines à en faire l'achat sur une base volontaire. En conséquence, il est légitime de s'inquiéter face à la désinvolture avec laquelle certaines IMF (ou leurs assureurs) traitent l'assurance-vie de crédit et aux efforts insuffisamment consentis pour s'assurer que les populations pauvres tirent une expérience positive de leur assurance. Les versements tardifs ou les déclarations de sinistre rejetées sommairement, ainsi que les tarifications opaques ou la désinformation concernant l'étendue de la couverture, contribuent à allonger le temps nécessaire à l'ancrage d'une culture de l'assurance.

Pour préserver une culture de l'assurance, les prestataires doivent s'efforcer de servir leurs clients tout au long de leur vie, et non les enrôler pour ensuite négliger leurs besoins et leur situation en perpétuelle évolution. Un manque d'attention de la part du prestataire est la raison principale à l'origine des taux de défaut de paiement élevés et des lacunes affectant la couverture, associés à de nombreux micro-assureurs. Les efforts visant à réduire les défauts de paiement et les non-renouvellement devraient également se concentrer sur le développement de mécanismes de financement et de paiement des primes appropriés, sur l'éducation du marché et les approches marketing qui évitent toute incitation commerciale égoïste et mal ciblée. Lorsque

les marchés de la micro-assurance atteignent un niveau où la population comprend et apprécie réellement ce qu'elle achète, les défauts de paiement et les non-renouvellements surviennent moins souvent.

1.2 Évolution des produits

L'assurance destinée aux populations pauvres doit se développer à mesure que la demande de ces services évolue. L'assurance maladie est la prochaine priorité, en particulier dans les pays où les gouvernements ne peuvent pas répondre convenablement aux besoins de leurs citoyens en matière de soins de santé. Il se pourrait qu'on voie bientôt s'accroître la demande en assurance ou en pension de retraite à long terme, en assurance contre les catastrophes, en assurance habitation, et dans certaines zones géographiques, en assurance agricole et en assurance du bétail. Ces risques ne peuvent pas être gérés uniquement à l'aide de l'épargne et du crédit. Si les prestataires de micro-assurance ne parviennent pas à satisfaire ces demandes, ils peuvent entraver le développement d'une culture de l'assurance en perdant la confiance placée par les populations à faible revenu dans les mécanismes de mise en commun des risques.

Les produits d'assurance vendus par l'intermédiaire d'organismes en lesquels les titulaires de contrats potentiels ont confiance peuvent également contribuer au développement d'attitudes positives. Une culture de l'assurance ne peut émerger que si elle est accompagnée d'un bouche-à-oreille qui promeut l'assurance et y sensibilise le public. L'association d'un intermédiaire digne de confiance et du bouche-à-oreille est probablement à l'origine de l'efficacité de nombreuses unions de crédit dans l'éveil d'une culture de l'assurance parmi leurs membres.

Les produits de micro-assurance qui offrent une réponse appropriée aux besoins et aux exigences des titulaires de contrats contribuent à instaurer une culture de l'assurance. La stratégie essentielle permettant d'atteindre cet objectif consiste à impliquer les titulaires de police (ou les clients potentiels) dans le choix délicat entre prestations et prix. Les outils permettant aux clients de distinguer les compromis et de formuler leurs préférences ont un rôle déterminant à jouer dans la conception de produits bien adaptés.

L'impact à long terme, transcendant les générations, constitue à lui seul une raison amplement suffisante pour les assureurs de s'intéresser à ce marché, même s'il est incompatible avec la perspective à court terme adoptée par la plupart de ces compagnies. Dans les pays en développement, des millions de foyers pauvres aujourd'hui constituent la classe moyenne de demain. Les grandes compagnies d'assurance multi-branche ont traditionnellement donné la priorité à la capacité de tisser des relations durables avec leurs clients, qui

traversent parfois les générations, en fournissant des produits et des services permettant de couvrir les besoins en perpétuelle mutation de leurs titulaires de contrats, tout au long de leur vie. Les agents d'assurance le savent bien et s'appuient sur des rapports de référence dans le cadre de leur activité. Ce principe est tout aussi évident au sein des compagnies multi-branches qui contrôlent le nombre de produits par client ou foyer.

L'objectif premier de la micro-assurance est de permettre aux populations à faible revenu de protéger leurs richesses et d'atteindre une certaine sécurité financière. Aider les clients à atteindre ces objectifs crée un marché idéal pour les assureurs patients, car le potentiel à long terme de ce marché est immense. En outre, la fidélité à la marque est élevée dans ce segment de marché, ce qui rend cet argument incontestable.

À long terme, les titulaires de contrats de micro-assurance connaîtront mieux les principes de l'assurance. Ils seront capables de distinguer si une assurance dispose du potentiel nécessaire pour répondre à certains besoins de gestion des risques et ils rechercheront une telle couverture. Ils cerneront les différents risques et les compétences des prestataires d'assurance et seront capables de faire les bons choix et de prendre des décisions adéquates. Les consommateurs à faible revenu pousseront les assureurs à proposer les produits qu'ils désirent. Les micro-assureurs ont aujourd'hui l'obligation d'aider leurs clients à être mieux informés, tout en se préparant à desservir un marché plus sophistiqué.

Mieux le marché cible comprend le fonctionnement de l'assurance, plus il devient conscient des limites inhérentes aux solutions basées sur le marché. Cette lucidité permettra également aux communautés à faible revenu d'exiger des services de protection sociale publics car, après tout, la sécurité sociale fait partie des droits de l'homme. En outre, il subsistera toujours un segment de marché que les systèmes d'assurance contributifs ne peuvent pas atteindre : le noyau dur de cette population défavorisée et les foyers subissant une pauvreté chronique, qui doivent être couverts par des programmes gouvernementaux. Le défi permanent posé par le développement de la micro-assurance consiste à déterminer où la frontière se trouve. Jusqu'où le paquet de prestations peut-il être poussé ? Quels segments de marché finiront par être touchés en améliorant sans relâche les mécanismes de distribution et leur efficacité ? De même, comment les mécanismes de distribution de la micro-assurance peuvent-ils améliorer l'accès à des systèmes de protection sociale mis à disposition par les gouvernements ?

2 Les prestataires de micro-assurance à venir

Le second ensemble de défis devant être relevés concerne les prestataires eux-mêmes. Ces défis se répartissent en trois catégories : 1) le renforcement des capacités de la direction et du personnel, 2) l'accroissement de l'efficacité, y compris grâce à l'utilisation des nouvelles technologies, et 3) la définition d'un modèle commercial qui fonctionne pour toutes les parties prenantes et façonne un équilibre entre la viabilité à court terme et la croissance à long terme.

2.1 Renforcement des capacités

La micro-assurance étant un secteur d'activité relativement récent, il n'est pas surprenant de constater la nécessité de renforcer les capacités des prestataires. Alors que les études de cas indiquent qu'un certain nombre d'efforts doivent être consacrés à améliorer les qualités des prestataires existants, pour combler l'abîme de l'accès à l'assurance, des investissements doivent impérativement être réalisés dans la création de nouveaux réseaux de distribution, voire la création de nouveaux assureurs.

Ces défis en matière de capacités s'expriment à deux niveaux : le personnel de terrain et les dirigeants. Le personnel de terrain généralement associé aux réseaux de distribution (les agents vendant les polices et assurant leur service après-vente, ou les dirigeants de systèmes mutualistes) a besoin de compétences complémentaires dans les domaines de la vente, des fondamentaux de l'assurance, des techniques d'éducation des adultes et du service après-vente. À l'image des compétences, la création d'un environnement de travail qui permette aux systèmes de retenir leur personnel qualifié est indispensable. De nombreux micro-assureurs et leurs réseaux de distribution connaissent actuellement un renouvellement très fréquent de leur personnel de terrain. Il est donc impératif de réfléchir à la rémunération, aux incitations et aux perspectives de carrière à offrir à ceux qui disposent des compétences indispensables à la vente et au service après-vente de l'assurance destinée aux populations pauvres.

Comme nous en avons débattu dans le chapitre précédent, le renforcement des capacités des dirigeants reste un défi considérable. Les exigences concernant les dirigeants de systèmes informels susceptibles de devenir un jour formels sont très différentes de celles imposées aux dirigeants de compagnies d'assurance réglementées envisageant d'intervenir sur le marché des ménages à faible revenu. Ces derniers ont besoin d'une formation intensive leur apprenant à appréhender les besoins des populations démunies, à reconnaître les caractéristiques uniques de la micro-assurance impliquant davan-

tage que des primes et des sommes assurées inférieures. Les expériences vécues par AIG Ouganda et Madison Insurance offrent l'exemple d'assureurs commerciaux réactifs, répondant aux demandes de leurs réseaux de distribution. L'approche de Tata-AIG visant à concevoir de façon proactive des mesures spécifiques destinées au marché des personnes à faible revenu peut s'avérer être une tactique appropriée pour les assureurs commerciaux.

Contrairement aux assureurs formels, les dirigeants de systèmes informels disposent d'une bien meilleure connaissance des besoins du marché cible et sont plus ouverts à l'adoption d'approches peu conventionnelles, puisqu'ils ne sont pas ancrés dans les pratiques traditionnelles de l'assurance. Généralement, ils ne bénéficient toutefois que d'une éducation et d'une expérience limitées et ont donc davantage besoin d'être aidés pour ce qui est des bases de gestion et des compétences en matière d'assurance. Pour assister ces dirigeants, et pour encadrer la formidable expansion des produits de micro-assurance, des outils de gestion simples, des systèmes d'information adaptés et des logiciels de planification et de modélisation de l'activité sont indispensables. Les investisseurs et les bailleurs de fonds doivent toutefois être prudents dans leurs tentatives pour épauler les dirigeants de systèmes informels. L'assurance est une activité exigeant du volume, et tout « assureur » devrait avoir pour objectif d'élargir et de diversifier sa clientèle. Il est crucial que les investissements portent sur des organismes qui peuvent prétendre prendre de l'ampleur. Comme l'encadré 107 l'indique, certains de ces outils sont en cours de conception ou sont déjà utilisés et le défi consiste à les rendre plus largement disponibles.

Encadre 107

Outils de gestion destinés à la micro-assurance

Une stratégie clé pour renforcer les capacités des dirigeants de micro-assurance consiste à s'assurer qu'ils ont accès aux outils de gestion appropriés et qu'ils savent les utiliser. Un certain nombre d'outils ont été mis au point récemment afin d'améliorer les performances futures ou de servir au développement de futurs outils.

Le HMI, **un logiciel d'assurance maladie** conçu par le programme STEP de l'OIT, a été développé pour aider les dirigeants à consigner, vérifier et contrôler les adhésions, le paiement des primes et les indemnités. Grâce au HMI, AssEF contrôle 11 indicateurs clés parmi lesquels les adhésions, le recouvrement des primes, le droit aux indemnités, la fréquence d'utilisation et le coût moyen des services, ainsi que les dépenses moyennes (indemnités et coûts d'exploitation) par bénéficiaire. Le HMI comprend également un module de comptabilité afin de calculer les résultats techniques annuels. Le logiciel permet aux dirigeants de réagir rapidement aux anomalies.

Le programme STEP de l'OIT a également mis au point un **guide sur les études de faisabilité** pour la mise en place de systèmes de micro-assurance maladie. Il fournit des informations pratiques aux dirigeants sur tous les sujets, du calcul des primes aux contrats avec les prestataires.

Opportunity International a conçu pour ses IMF affiliées travaillant en partenariat avec des compagnies d'assurance le logiciel AIMS, **destiné aux activités d'assurance** qui peut être intégré au logiciel bancaire privilégié par OI, afin d'éviter de tenir des comptes en double.

ICMIF dispose d'un **outil de simulation commerciale**, Morotania, qui examine les principaux paramètres en jeu dans la création et la gestion d'une nouvelle compagnie d'assurance. La simulation crée un environnement pédagogique agréable mais stimulant, qui permet aux dirigeants d'affûter leurs compétences en matière de gestion et de prise de décision, et d'apprendre de première main des risques inhérents à l'assurance.

RIMANSI a mis au point un **outil de planification commerciale et de modélisation actuarielle** pour les produits d'assurance-vie, d'assurance maladie et d'épargne, qui génère les résultats potentiels et les bilans comptables, ainsi que les réserves actuarielles et les sinistres escomptés. Les dirigeants utilisent cet outil pour ajuster la tarification du produit et les indemnités de façon régulière jusqu'à ce qu'ils puissent planifier un ratio de solvabilité de 80 % la quatrième année et un taux de rendement interne cible d'environ 8 %.

Outre les outils destinés aux dirigeants, il est également nécessaire de renforcer les organismes de soutien et les prestataires d'assistance technique, comme les réseaux ou les fédérations de systèmes de micro-assurance. Si les réseaux et les prestataires d'assistance technique locaux disposent des bons outils et des compétences requises, ils peuvent avoir un impact énorme.

Il est également nécessaire d'investir dans le développement de compétences actuarielles. Un mauvais calcul des risques et des primes peut avoir des effets dramatiques sur les programmes de micro-assurance, comme le prouve l'expérience initiale de CARD. Il est possible de se procurer les compétences actuarielles nécessaires soit en employant des experts en interne, soit en externalisant les besoins auprès d'actuaires consultants, une solution peut-être plus réaliste. Cependant, peu d'actuaires comprennent la dimension « *micro* » de la micro-assurance. Pour permettre une expansion et une innovation significatives, un nouveau type d'actuaires est nécessaire, capables d'utiliser leurs feuilles d'analyse pour répondre aux besoins des populations démunies de manière durable.

2.2 Améliorer l'efficacité

L'un des principaux impératifs régissant l'expansion de la micro-assurance est de réduire considérablement les dépenses d'exploitation relatives aux primes. Une exploitation plus efficace devrait réduire les primes et/ou apporter des avantages supplémentaires aux titulaires de contrats : deux résultats appréciables. Une exploitation plus efficace peut amener les micro-assureurs à mieux rémunérer leurs employés, permettant ainsi de les retenir plus facilement et d'améliorer le service fourni à la clientèle. Le potentiel offert par les nouvelles technologies pour améliorer l'efficacité ouvre des perspectives intéressantes.

Rien ne peut compenser la mauvaise gestion d'une entreprise. Toutefois, la technologie est un vecteur de développement fondamental, devenu un formidable facteur d'égalisation. À travers l'histoire, les peuples possédant une technologie plus avancée ont exercé une domination politique, militaire et économique. Ce qui était vrai pendant la révolution industrielle reste vrai à l'ère de l'information. La seule chose qui change est la rapidité et l'accessibilité de l'évolution technologique. Le microprocesseur a permis aux masses de récolter les fruits de l'informatisation. La naissance d'Internet a offert la connectivité aux quatre coins de la planète, rendant l'information disponible pour tous.

L'assurance repose sur le traitement de l'information. Les matières premières sont les données concernant la clientèle, les informations sur les produits, les détails relatifs aux transactions, les registres des investissements, etc. Avant même la naissance de l'ordinateur, les grandes compagnies d'assurance initièrent le développement de machines de tri, de tabulatrices et de calculatrices afin d'améliorer l'efficacité. Ces ressources sont aujourd'hui disponibles pour les petits assureurs également. Les micro-assureurs, grands ou petits, doivent tirer profit des méthodes permettant d'accroître l'efficacité s'ils veulent gérer en toute honnêteté les primes de micro-assurance.

Faire intervenir les nouvelles technologies peut s'avérer être une stratégie risquée et il existe donc une certaine réticence à s'engager sur cette voie parmi les acteurs de terrain de la micro-assurance, conscients des coûts engendrés. Les faibles coûts initiaux des procédures manuelles sont attractifs, mais cette approche ne permet pas de mettre en place un socle durable et évolutif capable d'absorber l'immense expansion de la micro-assurance, car elle n'offre pas la possibilité d'optimiser les processus et de réaliser des économies d'échelle. Un assureur incapable d'atteindre de grands volumes se met dans une position délicate.

Dans les pays développés, les grandes compagnies d'assurance investissent en moyenne 3 à 6 % de leurs revenus annuels bruts dans les nouvelles technologies. Les architectures des nouvelles technologies basées sur Internet et les communications sans fil s'avèrent être d'excellents vecteurs de croissance pour

la micro-assurance. De même, l'utilisation de logiciels open source est un moyen peu coûteux pour les micro-assureurs et les organismes populaires de tirer profit des nouvelles technologies.

La clé de la réussite dans ce domaine est d'aligner les solutions technologiques sur les problèmes commerciaux. Les systèmes de gestion de l'information devraient être conçus pour étayer la stratégie commerciale, et non l'inverse. Ce lien entre technologie et stratégie trouve son expression dans le fait que plusieurs compagnies d'assurance, dont TUW SKOK et La Equidad, ont fourni à leurs réseaux de distribution des logiciels les aidant à vendre et à assurer le service après-vente de produits de micro-assurance et aidant l'assureur à gérer ses relations avec ses réseaux de distribution.

Les applications technologiques sont un facteur essentiel dans la capacité d'un organisme à accroître l'efficacité de ses activités d'assurance. L'informatisation a été introduite dans la quasi-totalité des secteurs d'activité. Comme le tableau 53 en donne l'illustration, l'informatisation peut jouer un rôle important dans l'accroissement de l'efficacité de la micro-assurance, sans oublier l'amélioration du service à la clientèle, le renforcement des capacités des dirigeants et la formation du personnel.

Tableau 53 **L'informatisation des processus transforme les activités d'assurance**

Processus commercial	*Pertinence de l'informatisation*
Émission de la police et adhésion	– Les agents peuvent soumettre des candidatures et des demandes d'adhésion par Internet – Souscription automatisée et émission de la police – Impression de documents et archivage via la numérisation – La mise en commun automatisée des risques reflète mieux les niveaux de risques dans les primes
Collecte des primes	– Facturation automatisée pour les collectifs de clients – Envoi des primes et traitement automatique des défauts de paiement
Déclarations de sinistre	– Soumission en ligne des déclarations de sinistre – Suivi disponible sur Internet – Traitement rapide des déclarations de sinistre et paiement via des banques locales ou des GAB – Registres efficaces pour le traitement et les études des sinistres passés
Études actuarielles et tarification	– Études de mortalité et de morbidité – Analyse de la tarification – Collecte de données et recoupement à l'échelle nationale
Éducation et formation	– Éducation du personnel et formation à l'aide de services en ligne – Techniques d'éducation des clients efficaces

Certains micro-assureurs ont déjà commencé à s'informatiser. Par exemple, Microcare (Ouganda) et Opportunity Bank (Malawi) délivrent chacune des cartes à puce à leurs titulaires de contrats. Cela leur permet de vérifier facilement si leurs clients sont à jour dans le paiement de leur prime et de déterminer le niveau de couverture dont ils disposent. En l'absence de systèmes d'identification nationaux, les cartes à puce confirment également que la personne qui tente de percevoir des indemnités est bien couverte par la police.

VimoSEWA en Inde teste actuellement un système à code-barres pour gérer les informations relatives à ses clients. Lorsque les clients souscrivent une assurance, ils reçoivent des autocollants à code-barres. Lorsqu'ils souhaitent soumettre une déclaration de sinistre, les clients collent un code-barres sur une enveloppe préadressée et l'envoient au micro-assureur. Le lecteur de code-barres de VimoSEWA indique l'identité du client ayant besoin d'assistance et l'agent de terrain approprié est envoyé chez le client. Tata-AIG, éga-

lement en Inde, forme ses micro-agents à l'utilisation d'un portail Internet pour consulter et saisir des informations relatives à un compte client, comme les primes dues et collectées.

Les nouvelles technologies ne sont pas la chasse gardée des assureurs. Aujourd'hui, les clients aussi souhaitent en bénéficier dans le cadre de la distribution des produits. Le marché des foyers à faible revenu a lui aussi de plus en plus accès aux nouvelles technologies, comme les téléphones portables et Internet, pouvant être utilisées pour rationnaliser les opérations. Selon Prahalad (2003), « la prolifération des appareils sans fil parmi les populations pauvres est universelle, de Grameen Phone au Bangladesh à Telefonica au Brésil. De plus, la mise à disposition dans les kiosques de PC à un tarif horaire très bas et la possibilité de mener des vidéoconférences par l'intermédiaire d'ordinateurs contribuent à intensifier la connectivité au sein du bas de la pyramide. » En effet, les services bancaires utilisent assidûment les nouvelles technologies pour étendre leur portée jusqu'aux populations pauvres *(voir encadré 108)*. L'assurance est susceptible d'en faire de même à condition que les mesures d'éducation du marché puissent être étendues pour inclure l'utilisation des nouvelles technologies.

Encadre 108

Avancées technologiques dans le secteur des services bancaires destinés aux populations pauvres

Les institutions de micro-finance ont adopté tout un éventail de nouvelles technologies leur permettant de proposer leurs services aux populations pauvres. Certaines de ces technologies très prometteuses pourraient également contribuer à l'expansion de la micro-assurance, notamment les assistants personnels (PDA), les cartes à puce et les services bancaires par téléphone portable.

L'utilisation de **PDA** par le personnel de terrain recèle des atouts considérables en termes d'efficacité des transactions, de réduction des erreurs et de prévention des fraudes. Au Bangladesh, l'utilisation de PDA par les agents de collecte au porte-à-porte de SafeSave a permis d'éliminer trois à quatre heures quotidiennes de traitement des données et de réduire le nombre d'erreurs d'enregistrement des transactions de 90 % par rapport aux systèmes fonctionnant sur supports papier. Les nouvelles technologies ont également permis de réduire de moitié le délai de traitement des prêts (passant de deux jours à un seul), et d'augmenter le respect des règles d'adhésion aux produits en empêchant toute transaction enfreignant les contrats.

De la même façon, les **cartes à puce**, telles que celles utilisées par Prodem FFP en Bolivie, sont censées réduire les coûts d'exploitation des prestations fournies dans les zones rurales. Les cartes contiennent des informations identifiant le client, notamment trois empreintes digitales et les données finan-

cières du SIG de Prodem. Ses 54 succursales étant équipées de lecteurs de cartes à puce et d'empreintes digitales, Prodem FFP offre à ses clients des outils rapides leur permettant de réaliser leurs transactions financières. Prodem FFP a tiré des bénéfices importants de l'utilisation de ces cartes à puce. Les files d'attente aux guichets ont été considérablement réduites, car de nombreux détenteurs de carte qui souhaitent vérifier le solde de leur compte peuvent désormais le faire seuls. L'adoption des nouvelles technologies a fourni à l'IMF un avantage concurrentiel indéniable et attiré les déposants qui apprécient la rapidité et l'aspect éminemment pratique du système.

Les **opérations bancaires via téléphone portable** offrent également un potentiel considérable. Pour exploiter ce potentiel, Vodafone, avec ses filiales locales au Kenya, a collaboré avec une banque pour fournir ces services aux clients de Faulu, une IMF kenyane. Ce service d'opérations bancaires via téléphone portable multilingue permet aux clients de transférer leur argent, de retirer ou de déposer des espèces dans des points de vente locaux prenant part au programme et de rembourser leur prêt, tout cela depuis leur téléphone portable.

Source : d'après Churchill et Frankiewicz, 2006.

La technologie ne peut pas surmonter tous les obstacles auxquels sont confrontées les opérations de micro-assurance. Elles peuvent néanmoins contribuer à optimiser le retour sur investissement et à combler les lacunes opérationnelles en permettant aux parties prenantes de communiquer et de coopérer à travers le monde. Par exemple, un centre d'échange de données international pour les études actuarielles, la tarification et la réassurance pourrait apporter une formidable contribution à l'extension de la portée des prestataires, à leur viabilité et à l'amélioration des produits.

2.3 Modèle commercial

Le troisième défi auquel font face les prestataires de micro-assurance à mesure qu'ils progressent est le développement d'un modèle commercial efficace. Comme l'illustre la quatrième partie de cet ouvrage, tous les modèles utilisés actuellement présentent des avantages et des inconvénients. Un seul modèle n'est manifestement pas utilisable dans toutes les situations, et le véritable défi réside dans la capacité à améliorer les approches existantes en exploitant leurs atouts et en comblant leurs défauts.

Pour réussir, les modèles commerciaux doivent fonctionner à la fois pour les clients et pour les autres parties prenantes, assurer un juste équilibre entre viabilité à court terme et croissance à long terme. Le marché cible de la

micro-assurance étant relativement récent, les assureurs doivent adopter une approche de développement du marché dans laquelle la rentabilité repose sur les volumes et les relations à long terme.

Tout modèle commercial dans le secteur des assurances doit reconnaître l'existence d'un besoin en matière de réserves et de réassurance. En effet, les réassureurs tentent activement d'identifier le rôle qui est le leur dans le secteur de la micro-assurance. Le rôle du réassureur devrait se concentrer sur les risques catastrophiques, qui sont souvent exclus des produits de micro-assurance. Si les risques catastrophiques sont exclus, l'assurance n'est pas là pour épauler les populations lorsqu'elles en ont le plus besoin. En couvrant ces risques, la réassurance peut jouer un rôle important en soutenant l'émergence d'une culture de l'assurance.

Une approche similaire à celle de la réassurance pourrait également contribuer à professionnaliser les activités des programmes de micro-assurance locaux ou basés sur la communauté. Bien que ces systèmes continueraient à former une première barrière de protection pour leurs membres, un assureur réglementé local pourrait « réassurer » ces programmes. L'assureur réglementé pourrait fournir un soutien financier pour certains risques, ainsi que des conseils techniques susceptibles de manquer aux systèmes basés sur la communauté. Une telle association donnerait naissance à une forme hybride des modèles basés sur la communauté et partenaire-agent, qui offrirait un large éventail de produits aux membres à faible revenu avec un plus grand professionnalisme.

L'émergence de nouveaux modèles et réseaux de distribution constitue une étape importante dans l'expansion à venir de la micro-assurance. Le réseau de distribution est le visage qu'offre la micro-assurance au client, aussi bien pour la vente que pour le service après-vente. Le développement de la micro-assurance dépend grandement de la qualité et du nombre de réseaux de distribution. Le réseau le plus utilisé en priorité à ce jour, les institutions de micro-finance, a ses limites. Même si les IMF continueront très certainement à jouer un rôle dans l'élargissement de l'accès aux assurances aux plus démunis, un système de micro-assurance devra mettre en place de nouveaux réseaux de distribution pour pouvoir étendre significativement sa portée. Il est en particulier indispensable de mettre de l'ordre dans le désordre afin de proposer des assurances collectives. Faire participer les organisations sociales, comme les coopératives ou encore les associations professionnelles, à l'organisation des populations pauvres facilitera considérablement leur accès à l'assurance.

Pour impliquer de nouveaux réseaux de distribution dans la micro-assurance, les intermédiaires, tels que les courtiers en assurance, ont un rôle à jouer, en tant qu'interface entre les distributeurs populaires et les assureurs

commerciaux. Parce qu'il comprend les priorités, les besoins et la langue des deux parties, l'intermédiaire peut contribuer à améliorer la qualité des produits et les relations entre les partenaires.

Le visage de l'assurance est amené à changer sur le long terme afin de s'adapter à ce marché. Grâce à la formidable expansion de l'accès à Internet, les populations à faible revenu seront à même d'acheter une assurance auprès d'assureurs en ligne et de leurs agents. Les réseaux de distribution s'étendront bien au-delà des prestataires de services financiers, tels que les IMF, et deviendront omniprésents dans les magasins, les bureaux de poste, les hôpitaux et les cabinets médicaux : partout où un lien peut être établi avec les besoins en gestion des risques. Les produits eux-mêmes seront transformés pour répondre plus directement aux besoins immédiats des titulaires de contrats potentiels. Les assureurs seront en mesure de proposer de tels produits parce qu'un mécanisme de distribution amélioré leur permettra de desservir un très grand nombre de titulaires de contrats.

3 L'environnement réglementaire

La prestation de services de gestion des risques auprès de populations pauvres suppose un socle réglementaire sain et un cadre politique où ne règne pas la corruption. Sans cela, la micro-assurance ne peut pas se développer de façon viable.

L'assurance est et doit être une activité extrêmement réglementée. Façonner une culture de la gestion des risques est suffisamment difficile sans que les échecs d'une ou deux compagnies d'assurance ne viennent tout détruire. Les autorités de contrôle des assurances sont les premières responsables de la protection des consommateurs, qui se traduit principalement sous deux formes : 1) protéger les titulaires de contrats en général contre une faillite de leur compagnie d'assurance et 2) protéger les titulaires de contrats individuels (ou les titulaires de contrats potentiels) contre les actions commerciales peu scrupuleuses et les contrats abusifs. Comme le décrit le chapitre 5.2, il existe un troisième type de protection des consommateurs, la protection de ceux n'ayant pas accès à l'assurance, qui endosse une fonction de développement du marché pour les autorités de régulation des assurances. La mesure dans laquelle les autorités de régulation sont enclines et capables d'intégrer cette fonction de développement aura une influence significative sur l'ampleur à venir de la micro-assurance sous leur juridiction.

Une part considérable du marché de la micro-assurance est actuellement couverte par des organismes échappant au contrôle des autorités. Bien que les autorités de contrôle ne puissent pas se contenter de fermer les yeux, les coûts et les bénéfices découlant du contrôle des micro-assurances informelles

doivent être pris en considération : est-il préférable de ne pas avoir accès à l'assurance ou d'avoir accès à une assurance non réglementée ? Certains pays disposent de structures légales qui tiennent davantage compte des différents types de structures de propriété et des diverses exigences réglementaires. Par exemple, CARD, aux Philippines, a créé une société mutualiste pour ses membres. Cette MBA dispose d'une gestion professionnelle, de réserves, de marchés et de produits limités et d'un lien avec le système réglementaire. De la même façon, au Sénégal, les mutuelles de santé ont été intégrées dans le cadre légal. Une certaine flexibilité réglementaire est nécessaire pour assurer une expansion massive de la micro-assurance.

Les efforts consentis pour proposer des structures commerciales alternatives pour la micro-assurance sont limités par la capacité des structures réglementaires à gérer le système et à remplir leur rôle de protection des consommateurs. Les besoins en capitaux réduits pour lesquels certains plaident présentent d'énormes risques d'abus. Les autorités de régulations utilisent généralement les besoins minimums en capitaux de deux façons : (1) pour s'assurer qu'une compagnie d'assurance dispose d'un capital suffisant pour remplir ses futures obligations vis-à-vis des titulaires de contrats et (2) pour préserver l'efficacité du système d'assurance afin d'éviter qu'il soit sous la coupe d'exploitants incompétents incapables de le superviser correctement.
Le juste équilibre entre la prudence et les barrières d'admission est subtil. Une approche hybride associant des systèmes informels à des assureurs réglementés pourrait contribuer à mettre en place un contrôle plus strict du système tout en ouvrant des perspectives pour l'expansion de la micro-assurance. En outre, les systèmes auto-réglementés des coopératives et des mutuelles doivent être sérieusement étudiés, car ils peuvent offrir le moyen d'étendre l'assurance aux plus démunis sans s'encombrer d'autorités de contrôle des assurances.

Il est préférable de disposer d'une certaine cohérence entre les régions, ainsi qu'à une échelle plus globale, pour que les multinationales s'intéressent à ce marché, où elles pourraient mettre en œuvre leurs processus à grande échelle. Bien que l'idée d'autorités de régulation agissant à l'échelle internationale ou régionale soit un objectif certes noble, mais très improbable, il est réaliste d'imaginer voir se mettre en place une collaboration entre les autorités de régulation qui apporterait finalement des améliorations et des normes applicables pour tous les pays. Par l'intermédiaire de l'Association internationale des contrôleurs d'assurance (IAIS) par exemple, il serait possible de concevoir et de soutenir un modèle de réglementation de la micro-assurance. Cette association pourrait tenir le rôle d'organe normatif, recommanderait des niveaux de réserves ou les limites de solvabilité adéquats, pour la micro-assurance.

L'expansion de la micro-assurance serait incroyablement stimulée si les autorités en matière d'assurance étaient conscientes du rôle actif qu'elles ont à jouer dans la démocratisation des marchés de l'assurance. À quel point les autorités de régulation doivent-elles s'engager en faveur de la micro-assurance ? Leur approche dépendra du regard qu'elles portent sur le marché des foyers à faible revenu : serait-il une menace pour la stabilité financière de l'industrie de l'assurance ou une opportunité commerciale susceptible de renforcer les compagnies d'assurance ? Certains pays pourraient suivre l'approche adoptée par l'Inde et exiger des assureurs commerciaux qu'ils desservent le marché des foyers à faible revenu, alors que d'autres pourraient étudier des méthodes moins autoritaires visant à rendre les marchés de l'assurance plus accessibles. Quoi qu'il en soit, l'engagement des autorités de régulation en faveur de la micro-assurance devrait contribuer à élargir la gamme de produits et les réseaux de distribution utilisés par les assureurs pour accéder aux populations démunies, tout en ouvrant de nouvelles perspectives pour des types d'assureurs alternatifs.

Suite aux rapports restreints avec le secteur bancaire qui a bénéficié d'un soutien considérable au cours des dix dernières années, le secteur de l'assurance commence dans certains pays à recevoir un peu d'aide favorisant son développement. Les autorités de régulation des assurances bénéficient en conséquence de capacités plus larges et permettront à leur tour un plus grand éventail de modèles de prestataires d'assurance, mais cela prendra du temps.

4 L'environnement de la micro-assurance

De nombreux facteurs entrent en jeu pour déterminer si une micro-assurance peut être mise à disposition, quels produits peuvent être proposés, de quelle façon ils peuvent l'être, ainsi que les coûts et les bénéfices. L'examen de l'environnement dans lequel la micro-assurance évolue est tout aussi crucial que celui des titulaires de contrats, des prestataires et des autorités de régulation.

4.1 La qualité des soins de santé

L'assurance maladie n'a pas une grande valeur s'il n'existe aucun accès à des prestataires de soins de santé de qualité. En dehors des zones urbaines, ce type de soins n'est souvent pas disponible. Les contributions des gouvernements et des bailleurs de fonds ont plus souvent été investies dans les villes, laissant les populations rurales pauvres aux mains de piètres professionnels de santé, et généralement sans médecin. Dans certains pays, les systèmes de santé publics se targuent d'être gratuits pour tous, mais les plus démunis ayant besoin d'accéder à ces établissements ont généralement une conscience

aiguë de la valeur du « cadeau » qui doit être consenti pour obtenir la moindre assistance.

Les gouvernements et la société civile doivent mettre en place des systèmes de santé garants de qualité, d'égalité et de transparence. La participation des patients au processus de gestion ou de direction des prestataires de soins de santé locaux permet notamment de s'assurer qu'ils répondent aux besoins de leur marché, ce qui constitue l'atout majeur des systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté. S'ils sont soutenus par un organe centralisé fort, les MHO peuvent ouvrir les systèmes à des produits d'assurance maladie efficaces, améliorer les soins délivrés aux plus démunis et permettre aux gouvernements de se concentrer davantage sur les populations réellement défavorisées et qui ne peuvent être couvertes que par la protection sociale.

4.2 Données destinées à la gestion des risques

Les limites des systèmes de contrôle des soins de santé dans les pays développés ont également un impact considérable sur la capacité des compagnies d'assurance à comprendre le risque auquel est confronté le marché des ménages à faible revenu, et donc à calculer correctement les primes. Là où elles existent, les données concernant la morbidité et la mortalité qui apparaissent dans les bases de données nationales reflètent généralement la situation des segments les plus aisés du marché, car ce sont ces populations qui peuvent payer les soins de santé et accéder aux systèmes capables de consigner de façon fiable les informations essentielles liées aux risques. Les maladies et les décès des populations pauvres peuvent ne pas apparaître dans les bases de données nationales, par exemple lorsqu'elles ont recours à des soins médicaux informels ou si elles retournent dans leur foyer rural pour mourir. Cela entraîne d'importantes majorations des produits de micro-assurance, ou des primes de risques trop optimistes, ce qui ne contribue pas à développer la portée de la micro-assurance.

Des données plus fiables pourraient être obtenues grâce à de meilleurs soins de santé, une meilleure gestion des informations par les gouvernements et des exigences imposées par les autorités de régulation, dont la plupart contrôlent les calculs des primes avant d'approuver les produits. Cela renforcera la base sur laquelle les risques sont calculés.

Un défi particulier posé par la gestion des données dans certains pays en développement repose sur l'absence de système d'identification national. Cela augmente considérablement le potentiel de fraude à l'assurance (une personne décédée identifiée à tort comme étant titulaire d'un contrat, un patient hospitalisé couvert par la police de quelqu'un d'autre, et les innom-

brables autres façons qu'auraient des non-assurés d'être couverts comme des assurés). Le coût important généré par ces fraudes est répercuté sur les primes. Le problème ne se limite pas à l'assurance, et à mesure que les pays se dirigent vers la mise en place de systèmes d'identification nationaux fiables, le secteur financier en général ne s'en porte que mieux.

4.3 Les conditions macro-économiques et le développement des marchés financiers

Les économies faibles subissant des périodes d'hyperinflation soudaines et de dévaluation de la monnaie dissuadent tout projet d'investissement à long terme et ébranlent donc l'existence d'activités d'assurance-vie. Des infrastructures bancaires faibles compliquent la gestion des actifs financiers. L'existence d'une micro-assurance efficace et variée est tributaire de la solidité des économies et de la présence d'infrastructures et de marchés financiers performants. Des efforts mûrement réfléchis des gouvernements dans ce domaine auraient un impact positif sur l'expansion des produits d'assurance.

Un aspect de la micro-assurance que l'on a tendance à négliger est la propension des micro-assureurs à accumuler des montants élevés de capitaux et de réserves. L'accumulation de capitaux d'investissement est plus que souhaitable dans le monde développé. Néanmoins, à l'inverse d'autres industries, les assureurs ont tendance à construire des capitaux à long terme, véritables terreaux pour la croissance des marchés de placements à long terme, créant un cadre idéal pour le développement d'infrastructures physiques. La plupart des compagnies d'assurance utilisent des stratégies de placement reposant sur le modèle de la gestion bilantielle, et dans la mesure où les passifs peuvent arriver à échéance sous 15 ou 30 ans, les opportunités de placement adéquates se trouvent généralement dans les obligations émises par les gouvernements, dans les projets liés aux transports et la construction immobilière. Ce n'est pas totalement dû au hasard si des pays dans lesquels les secteurs de l'assurance et de la retraite sont parfaitement développés disposent également de marchés de placements à long terme dynamiques et d'une infrastructure physique conséquente.

4.4 Les risques catastrophiques

Les risques catastrophiques liés au changement climatique, au VIH/SIDA, à la grippe aviaire, ainsi qu'à d'autres facteurs encore à venir, ont un impact énorme et dramatique sur les prestations d'assurance, et plus particulièrement sur la micro-assurance. Les personnes à faible revenu sont généralement les premières victimes des catastrophes. Leurs revenus étant limités,

elles vivent dans des zones à risque élevé où d'autres ne vivraient pas. Elles sont contraintes de prendre des risques qui les exposent davantage aux maladies, et disposent de moyens plus que limités pour faire face à ces catastrophes lorsqu'elles surviennent. Les assureurs et les réassureurs doivent identifier les effets des risques catastrophiques sur le marché des foyers à faible revenu et travailler à la conception de mécanismes capables d'aider les populations pauvres à se préparer à ces risques et à se relever une fois la catastrophe passée.

En raison du peu de considération accordé à l'environnement sur notre planète, le temps devient de plus en plus imprévisible. Les catastrophes naturelles qui en découlent touchent particulièrement violemment les communautés agricoles. Les gouvernements et l'industrie de l'assurance ont le plus grand mal à protéger ces populations des pertes ; sans compter que seuls 20 % de la production agricole mondiale (culture et élevage) est assurée à ce jour (Kasten, 2004). L'assurance indexée est une approche innovante permettant d'étendre la protection financière aux petits agriculteurs, aux éleveurs et aux producteurs. Pour faire simple, on passe d'une assurance agricole individuelle à la couverture d'une zone agricole. La préservation collective de l'environnement au sein de la communauté assurée devient justifiée et essentielle au regard de la limitation des pertes.

Les problèmes sanitaires soulevés par le VIH/SIDA, les nouvelles mutations de souches de la grippe, la malnutrition, ainsi que d'autres maladies, ne feront que s'amplifier à l'avenir. Bien que la micro-assurance ne puisse résoudre seule ces problèmes, elle peut être un outil efficace dans la lutte contre ces fléaux si elle sait se préparer et s'adapter. Par exemple, le rôle des assureurs dans la construction d'infrastructures appropriées, comme les soins préventifs, deviendra plus important lorsque des produits de gestion des risques adéquats seront proposés sur ces marchés.

5 Anticiper l'avenir

Si on pouvait connaître l'avenir avec certitude, les futurologues deviendraient inutiles. Ils étudient les évolutions historiques et actuelles et les perspectives futures pour identifier des tendances émergentes. Les actuaires sont les futurologues de l'assurance : ils examinent les expériences passées et prédisent l'avenir en utilisant des modèles mathématiques et statistiques de mortalité et de morbidité. Des actuaires consultants, ayant conseillé des acteurs de terrain de la micro-assurance, comptent également parmi les auteurs et les lecteurs des chapitres de ce livre. Quel avenir voient-ils pour la micro-assurance lorsqu'ils regardent dans leur boule de cristal ?

- Une technologie plus répandue, grâce à laquelle les populations à faible revenu auront facilement accès aux produits d'assurance par l'intermédiaire des ordinateurs, des téléphones portables et des cartes à puce. Du côté des assureurs, cela améliorera considérablement leur accès au marché.
- Une sensibilisation accrue du marché des foyers à faible revenu aux avantages inhérents à l'assurance. Les populations seront sensibles à l'utilité de l'assurance et leurs attentes, plus grandes, apporteront à ce marché davantage de discernement.
- Une meilleure distinction entre les missions des systèmes de protection sociale gouvernementaux et les situations couvertes par d'autres mécanismes d'assurance. Cela contribuera à définir plus clairement quelles solutions de gestion des risques sont les mieux adaptées à certaines tranches de la population.
- Le spectre du changement climatique planétaire, les maladies émergentes et d'autres événements catastrophiques pèsent sur tous les plans à long terme.

Bien que les besoins en la matière soient criants, la micro-assurance ne connaîtra pas une expansion fulgurante à court terme dans certains pays. Elle ne proposera pas non plus tout l'éventail de produits et de services susceptibles de venir en aide aux plus démunis. Ces pays ne s'acheminent pas vers la création d'un environnement capable de favoriser la réussite de marchés de micro-assurance. Dans les pays où les conditions sont en voie d'amélioration (grâce à des économies stables, au développement de marchés financiers, à l'amélioration de la qualité des soins de santé, à des autorités de contrôle des assurances dotées d'un programme de développement du marché, etc.), la micro-assurance prospèrera. Une telle évolution nécessite un temps considérable si les responsables politiques, les bailleurs de fonds et la communauté internationale ne se concertent pas pour accélérer les choses. L'amélioration de la protection des populations pauvres contre les risques n'est pas une problématique locale, car les épidémies et les catastrophes naturelles peuvent avoir des répercussions en chaîne sur toute la planète, justifiant ainsi le rôle majeur que les agences internationales et les multinationales ont à jouer.

Pour assurer les populations pauvres, les clients, les autorités de régulation, les responsables politiques, les assureurs et les organisations sociales doivent travailler ensemble, sans relâche, en quête d'un objectif commun :

- **Les assureurs** doivent s'efforcer de comprendre les besoins en perpétuelle évolution de la clientèle et adapter leurs produits et leurs services en conséquence, tout en améliorant sans cesse le rapport coût-bénéfices pour leurs clients.
- **Les autorités de régulation** doivent élaborer un programme de développement favorisant l'ouverture des marchés de l'assurance, et trouver le juste équilibre entre la protection des consommateurs et l'élargissement de l'accès à l'assurance.
- **Les responsables politiques** doivent créer un environnement favorable doté des infrastructures nécessaires pour distribuer la micro-assurance.
- **Les organisations sociales**, notamment les organisations d'employeurs et de travailleurs, les coopératives, les ONG, ainsi que d'autres associations, peuvent jouer un rôle essentiel dans l'organisation des travailleurs de l'économie informelle qui n'ont aucun accès à la protection sociale ni à tout autre type de micro-assurance.
- Enfin, les **milliards de personnes pauvres** qui ne disposent pas d'outils formels leur permettant de faire face aux risques doivent donner une réponse favorable aux efforts consentis par les prestataires et les autorités de régulation en laissant s'ancrer une culture de l'assurance, capable de leur apporter sérénité financière, sécurité et bien-être.

Seule, la micro-assurance ne parviendra pas à ébranler considérablement la pauvreté. Toutefois, si la protection des risques est associée efficacement à des efforts visant à accroître la productivité, ils peuvent réaliser ensemble des progrès considérables dans l'achèvement des OMD et dans la lutte contre la pauvreté. La micro-assurance aura atteint ses objectifs une fois qu'elle sera devenue superflue. Comme l'affirmait l'ancien Président de Delta Life, Monzurur Rahman, « Nous aspirons à voir le jour où la micro-assurance n'existera plus, et cèdera la place à la seule assurance. ».

Annexe 1

Présentation des prestataires de micro-assurance

Activists for Social Alternatives (ASA)
Institutions de micro-finance et de micro-assurance : témoignages d'Inde
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm et Namerta, septembre 2005, étude de cas n° 15

Fondée en 1986, ASA intervient dans l'État indien du Tamil Nadu, en proposant un micro-crédit et un éventail de services non-financiers à ses clients. L'achat d'une assurance est étroitement lié au fait d'emprunter à l'organisme, qui a déboursé environ 55 000 prêts en 2004. Bien qu'elle ait testé l'auto-assurance, ASA travaille maintenant avec des compagnies d'assurance privées qui supportent tous les risques de son produit d'assurance-vie. Elle dispose aussi d'une licence pour endosser la fonction d'agent pour une compagnie d'assurance afin de vendre des produits différents, mais se concentre toujours sur la satisfaction des besoins des groupes à faible revenu. Sept employés sont impliqués dans ses opérations d'assurance à temps plein.

AIG Ouganda
AIG Ouganda : un membre de l'American International Group of companies
Michael J. McCord, Felipe Botero et Janet S. McCord, avril 2005, étude de cas n° 9

AIG Ouganda, une compagnie d'assurance à but lucratif privée, fait partie de l'un des plus grands groupes d'assurance au monde. L'institution a lancé son premier produit de micro-assurance en 1997 en Ouganda, après avoir été approchée par FINCA Ouganda, une IMF. Depuis, elle a étendu ses opérations de micro-assurance à 26 IMF, dont une en Tanzanie et une au Malawi. Elle offre une police collective contre les accidents personnels couvrant l'invalidité, le décès accidentel et une assurance-vie de crédit. En 2003, AIG Ouganda couvrait 1,6 million de personnes : les emprunteurs des IMF et les membres de leurs familles. La compagnie utilise un modèle partenaire-agent

pour ses opérations de micro-assurance et toutes les IMF (sauf une) rendent l'assurance obligatoire pour leurs emprunteurs.

All Lanka Mutual Assurance Organization (ALMAO)
ALMAO et YASIRU, Sri Lanka
Sven Enarsson et Kjell Wirén, octobre 2005, étude de cas n° 22

All Lanka Mutual Insurance Organization (ALMAO) a reçu une licence en tant que compagnie d'assurance-vie en 2002. En 2005, ALMAO a également obtenu une licence pour proposer des produits d'assurance généraux. La compagnie offre actuellement des produits de micro-assurance pour la protection des prêts, micro-assurance accidents et vie à long terme. La compagnie est liée au mouvement Sanasa, un réseau d'associations d'épargne et de crédit présent dans tout le Sri Lanka. Le prédécesseur d'ALMAO a été créé en 1991 afin de fournir aux populations pauvres une couverture pour toute une série de risques. Depuis son enregistrement comme compagnie d'assurance, le portefeuille de produits d'ALMAO a changé de façon considérable et ses plus vieux produits sont peu à peu éliminés. Ces produits anciens incluaient également une assurance pour l'invalidité, l'hospitalisation, le décès et une épargne assurance-vie couvrant 47 000 personnes. Ses nouveaux produits mixtes n'ont pas encore rencontré un franc succès.

Association d'Entraide des Femmes (AssEF)
AssEF, Bénin
Olivier Louis dit Guérin, décembre 2005, étude de cas n° 20

L'Association d'Entraide des Femmes (AssEF), une coopérative de microfinance, a été créée en 1999 pour aider les femmes disposant d'un faible revenu dans les quartiers défavorisés de la capitale et de ses alentours. AssEF consiste en quelque 130 fonds et associations d'épargne et de crédit. Son produit d'assurance maladie comptait 2 300 bénéficiaires à la fin de l'année 2004. La plupart des clients d'AssEF exercent une activité dans la vente de produits, la restauration, le commerce des aliments de base, la vente de textile et de bijoux, et l'artisanat. Son produit de micro-assurance maladie facultatif est uniquement disponible pour les membres et comprend des prestations pour l'hospitalisation et les consultations externes. Les services peuvent être accessibles chez les prestataires de soins de santé sous contrat et un ticket modérateur existe pour tous les services. L'assurance est fournie en interne avec l'assistance technique du programme de l'OIT/STEP.

Comité pour le développement rural du Bangladesh (BRAC) ***Micro-assurance maladie : une étude comparative de trois exemples au Bangladesh***
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem et Nabil Ahmed, septembre 2005, étude de cas n° 13

BRAC offre une assurance maladie aux populations rurales pauvres depuis 2001, année durant laquelle il a lancé le projet de Micro-assurance maladie pour les femmes pauvres en milieu rural au Bangladesh (MHIB). Le système opère dans 98 sous-districts et plus de 12 000 familles y adhéraient en 2004. Il offre trois produits d'assurance : une assurance générale annuelle, une assurance ciblant les femmes enceintes et un produit destiné aux enfants scolarisés. Les soins de santé sont principalement fournis par le biais du réseau des travailleurs de la santé communautaire, des auxiliaires médicaux et des infrastructures cliniques de l'ONG mère, avec des transferts vers d'autres prestataires quand les cas dépassent la capacité du réseau. Les titulaires de contrats doivent payer des tickets modérateurs, mais les personnes « ultra-pauvres » sont dispensées de payer la prime pour l'assurance générale.

Bienestar Magisterial (BM)
Micro-assurance maladie : une comparaison de quatre systèmes publics, Amérique latine
Jens Holst, novembre 2005, étude de cas n° 18

Bienestar Magisterial est un système d'assurance maladie obligatoire au Salvador pour les enseignants à temps plein figurant sur la liste du personnel du Ministère de l'Éducation, et pour leurs familles. Créé en 1969, le système couvrait environ 75 000 personnes en 2003. Le paquet de prestations inclut les soins de santé primaires, les consultations externes spécialisées, les soins pour les patients en interne par le biais de soins d'urgence et spécialisés. Les soins de santé sont fournis par environ 100 médecins de famille qui orientent les membres au sein du système si des soins plus spécialisés sont nécessaires. Les médecins et les infrastructures sont sous contrat avec le programme pour fournir des soins. L'indemnisation du prestataire est basée sur plusieurs systèmes différents tels que des honoraires pour groupe de diagnostic et des honoraires à la journée. Le financement du système provient des contributions de revenu directes. Il n'y a pas de ticket modérateur.

CARD Mutual Benefit Association (MBA)
CARD MBA, les Philippines
Michael J. McCord et Grzegorz Buczkowski, décembre 2004, étude de cas n° 4
CARD MBA est une institution d'assurance qui a débuté ses opérations en

1999. Elle intervient dans trois régions du pays et offre une assurance-vie, ainsi qu'une assurance-vie de crédit et une assurance invalidité intégrées, de même qu'un fonds de prévoyance pour l'épargne à long terme qui ne présente pas d'élément de mise en commun des risques. En 2003, environ 580 000 vies étaient assurées par ce système. CARD MBA est l'un des trois organismes apparentés dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des femmes pauvres, en particulier celles qui résident en milieu rural. Elle fournit une assurance aux personnes qui empruntent auprès de la CARD Bank, pour lesquelles la couverture est obligatoire. La distribution des ventes, la collecte des primes et le paiement des indemnités sont externalisés vers les organismes apparentés en échange d'une cotisation.

Christian Enterprise Trust Zambie (CETZAM)[1]
Assistance technique pour la promotion de la micro-assurance : l'expérience d'Opportunity International
Richard Leftley, juin 2005, étude de cas n° 11

CETZAM est une ONG de micro-finance créée en 1995 pour combattre la pauvreté par le biais du développement de micro-entreprises. L'ONG offrait au départ un produit d'assurance-vie de crédit et propose également maintenant une assurance obsèques et de biens. Environ 5 000 personnes en 2004 avaient souscrit ses produits de micro-assurance. CETZAM intervient comme agent d'une compagnie d'assurance du secteur privé. Les produits d'assurance obsèques et d'assurance-vie de crédit sont obligatoires pour les personnes empruntant à cet organisme.

Columna
Columna, Guatemala
Carlos Herrera et Bernardo Miranda, décembre 2004, étude de cas n° 5

Columna, une compagnie d'assurance fondée au Guatemala en 1993, intervient principalement par le biais des coopératives et des unions de crédit du pays pour servir les personnes travaillant à leur compte au sein de l'économie informelle. Son prédécesseur était le système d'assurance-vie de la Fédération nationale des unions de crédit guatémaltèque, qui a été créé en 1970. La majorité des clients de Columna provient de ses coopératives et unions de crédit affiliées, mais certains clients adhèrent individuellement ou par le biais d'ONG partenaires. Même si Columna comptait plus de 500 000 clients en

[1] CETZAM est également évoquée sous Madison Insurance, Zambie, étude de cas n° 10 par Lemmy Manje.

2003, et offre une gamme de produits variés, de l'assurance automobile à l'assurance contre l'agression, seuls certains produits peuvent être considérés comme de la micro-assurance. Il s'agit des produits suivants : les plans d'assurance vie-épargne et les plans d'assurance-vie de crédit qui sont obligatoires pour les personnes empruntant aux coopératives/unions de crédit partenaires de Columna, et un produit d'assurance-vie facultatif qui offre des prestations dans le cas d'un décès ou d'une invalidité.

Coordination Régionale de Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST)
Assurance mutuelle santé, CRMST, Sénégal
Klaus Fischer, Ibrahima Hathie, Issa Sissouma, septembre 2006, étude de cas n° 24

La Coordination de Thiès est une association de 39 organismes de mutuelle santé, comptant environ 75 000 bénéficiaires à la fin de l'année 2005 (jusqu'à environ 70 000 l'année précédente), couvrant toutes les pathologies touchant les personnes dans les établissements de santé publiques. À la fin des années 1980, Thiès était le berceau du mouvement actuel des MHO qui se développe aujourd'hui rapidement en Afrique de l'Ouest, et qui comprend des centaines de systèmes. Les MHO sont des entités indépendantes supportant le risque, dont la plupart sont basées dans les zones rurales. La Coordination joue un rôle important dans l'apport de soutien aux MHO, agissant comme intermédiaire entre les MHO et d'autres intervenants, aidant au développement de nouveaux MHO et signant des contrats avec des prestataires de santé. Elle tombe sous le coup de la loi des associations qui reconnaît la forme d'« *union régionale* », ce qui correspond à la structure de la Coordination.

Delta Life
Delta Life, Bangladesh
Michael J. McCord et Craig Churchill, février 2005, étude de cas n° 7

Delta Life est une compagnie d'assurance créée en 1986. Elle a commencé à offrir des produits d'assurance pour les groupes à haut et moyen revenus, puis, s'inspirant de la Grameen Bank, a lancé un produit de micro-assurance facultatif visant les personnes à faible revenu de l'économie informelle en 1988. Elle offre actuellement une gamme de produits mixtes, et comptait 859 000 titulaires de contrats à faible revenu en 2002. Certains groupes professionnels sont exclus de l'achat de certains produits et la plupart de ses clients de micro-assurance vivent en milieu rural.

La Equidad Seguros
La Equidad Seguros, Colombie
Gloria Almeyda et Francisco de Paula Jaramillo, septembre 2005, étude de cas n° 12

La Equidad Seguros, établie en Colombie en 1970, offre une variété de produits d'assurance pour les besoins des institutions et des particuliers ; elle cible également les groupes à faible revenu. Elle s'est associée et est principalement détenue par des coopératives à travers le pays. Parmi ses nombreux produits, deux produits collectifs peuvent être considérés comme de la micro-assurance. Ces deux produits couvrent le décès et l'invalidité et sont distribués par les organismes partenaires de La Equidad Seguros. L'un de ces produits est uniquement disponible pour les clients d'une institution de micro-finance, Women's World Foundation (WWF). WWF agit comme agent, responsable du marketing, de la collecte des primes et du traitement des déclarations de sinistre. L'autre produit est similaire, et vise les coopératives partenaires de La Equidad. On comptait environ 30 000 titulaires de contrats de micro-assurance en 2004, dont la plupart possédaient des micro-entreprises informelles ou étaient des travailleurs peu rémunérés.

FINCA Ouganda
AIG Ouganda : un membre de l'American International Group of companies
Michael J. McCord, Felipe Botero et Janet S. McCord, avril 2005, étude de cas n° 9

L'attention concernant le partenariat initial entre FINCA Ouganda, anciennement ONG de micro-finance (maintenant institution financière réglementée), et AIG Ouganda a servi à lancer le modèle partenaire-agent comme un moyen efficace et potentiellement rentable de distribuer de l'assurance au marché des personnes à faible revenu. Même si, en 2003, 26 IMF possédaient des polices collectives avec AIG Ouganda couvrant 1,6 vie, FINCA était le moteur initial de la conception produit et des améliorations.

Grameen Kalyan (GK)
Micro-assurance maladie : une étude comparative de trois exemples au Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem et Nabil Ahmed, septembre 2005, étude de cas n° 13

Le système d'assurance maladie de Grameen Kalyan a été créé en 1996. Environ 58 000 familles, dont la majorité était des membres de la Grameen Bank, ont acheté une assurance en 2004. Le système offre un produit annuel couvrant les services de santé curatifs et préventifs. Les soins de santé sont fournis grâce aux 28 cliniques et aux travailleurs de la santé communautaire du programme dans huit districts. Chaque clinique est composée d'une équipe d'environ 10 employés. Il y a des tickets modérateurs pour tous les services sauf pour les services préventifs, les services du planning familial et de l'éducation à la santé, qui sont fournis par les travailleurs de la santé communautaire.

Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF)
Des leçons durement apprises
Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF), janvier 2005, étude de cas n° 6

L'ICMIF est une association internationale d'assureurs agissant selon les principes du mouvement coopératif et de la mutualité démocratique. Créée en 1992, l'ICMIF compte maintenant 141 membres dans 67 pays, comprenant plus de 300 compagnies d'assurance. Les services principaux fournis aux membres par l'ICMIF sont la réassurance, le développement, la connaissance du marché, l'investissement, la conférence globale bisannuelle et la formation. Cette étude de cas examine les expériences de neuf membres (ou anciens membres) anonymes qui ont rencontré de sérieux problèmes au fil des années. En analysant leurs expériences, l'étude crée un cadre pour les vulnérabilités d'un assureur. Même si les compagnies ne peuvent pas être à proprement parler appelées des micro-assureurs, les leçons qu'elles ont apprises sont applicables à l'extension de l'assurance aux marchés des personnes à faible revenu.

Karuna Trust
Karuna Trust, Karnataka, Inde
Ralf Radermacher, Olga van Putten-Rademaker, Verena Müller, Natasha Wig et David Dror, novembre 2005, étude de cas n° 19

Créée en 1987, Karuna Trust est une ONG aux objectifs multiples, dédiée au développement rural et à la santé rurale dans l'État indien de Karnataka. L'ONG a lancé un programme pilote d'assurance maladie en 2002 pour compléter le système de santé publique. Son produit d'assurance maladie intégré offre des prestations pour le transport vers un établissement de santé, pour les médicaments durant l'hospitalisation, la perte de revenus consécutive à l'hospitalisation et le rétablissement postopératoire. Plus de 61 000 personnes

ont été couvertes en 2004, même si l'organisme a connu une baisse significative l'année suivante. La prime pour le produit était, à l'origine, complètement financée (par le PNUD), mais de nombreux clients étaient moins enclins à acheter l'assurance lorsqu'ils devaient vraiment la payer. Le produit est offert en partenariat avec une compagnie d'assurance publique.

Madison Insurance
Madison Insurance, Zambie
Lemmy Manje, mai 2005, étude de cas n° 10

Madison Insurance a commencé à offrir des produits de micro-assurance en 2000 en partenariat avec des institutions de micro-finance. En 2003, on comptait plus de 30 000 adhérents à ses produits d'assurance-vie de crédit et d'assurance obsèques collectifs. L'achat de polices d'assurance est obligatoire pour les personnes qui empruntent à ces institutions financières partenaires.

MAFUCECTO
MAFUCECTO, Togo
Catherine Tremblay, Marisol Quirion, Suzanne Langlois et Frank Klutsé, octobre 2006, étude de cas n° 25

Bien qu'initialement créé en 1989 par le réseau d'unions de crédit (FUCEC) pour fournir des produits d'assurance-vie personnalisés par le biais des coopératives du réseau, MAFUCECTO a au départ rencontré des problèmes car les unions de crédit trouvaient la couverture trop chère. En 2003, le désir d'améliorer les services et la satisfaction des partenaires a conduit le réseau à complètement réorganiser MAFUCECTO et à introduire de nouvelles procédures et de nouveaux produits, à l'aide du financement et de l'assistance technique d'entités internationales. Le but du projet était de créer une compagnie d'assurance pour la sous-région afin de fournir des produits d'assurance communs pour les six réseaux d'unions de crédit. Pour le moment, cependant, seule l'assurance-vie liée aux prêts est offerte par un réseau.

Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawi (MUSCCO)
MUSCCO, Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawi
Sven Enarsson et Kjell Wirén, mars 2005, étude de cas n° 8

Créée en 1980, MUSCCO est une fédération qui répond aux besoins de ses coopératives d'épargne et de crédit membres. À son apogée en 2000, MUSCCO travaillait avec 111 coopératives et 66 000 membres. Elle offre des produits de micro-assurance d'assurance vie-épargne et d'assurance-vie de crédit

et comptait 56 000 assurés en 2003. Les unions de crédit de MUSCCO ciblent les groupes à faible revenu, les petits agriculteurs et les employés du gouvernement. Ses produits sont exclusivement disponibles pour les membres de ses partenaires coopératifs et sont également obligatoires pour eux. Certaines des opérations d'assurance sont effectuées par les coopératives partenaires, mais les risques sont gérés en interne par la fédération.

Opportunity International (OI)
Assistance technique pour la promotion de la micro-assurance : l'expérience d'Opportunity International
Richard Leftley, juin 2005, étude de cas n° 11

Opportunity International, une ONG internationale créée en 1971, est au service de plus de 800 000 emprunteurs à travers le monde. Sa mission est de fournir des opportunités aux personnes subissant la pauvreté chronique afin de transformer leurs vies en créant des emplois, en encourageant les petites activités commerciales et en renforçant les communautés. Elle travaille avec des banques et des OGN IMF dans 30 pays. Suite à la demande des clients, l'organisme fournit une assistance technique depuis 2002 pour développer les produits de micro-assurance. Même si l'OI a débuté ses activités de micro-assurance en Afrique, elle se développe maintenant dans d'autres endroits du monde. En 2005, les partenaires d'Opportunity couvraient approximativement 2 700 000 personnes à faible revenu. Récemment, l'ONG a créé la « Micro Insurance Agency » comme courtier en assurance au service des populations pauvres.

Pulse Holdings Ltd.
Madison Insurance, Zambie
Lemmy Manje, mai 2005, étude de cas n° 10

Pulse est une IMF qui a commencé, en 1995, avec le soutien de CARE International, à s'intéresser à la pauvreté urbaine en fournissant un micro-crédit. En 2001, elle a été intégrée comme organisme indépendant, Pulse Holdings Limited. Elle offre deux types de prêts commerciaux et deux produits d'urgence. Elle est située dans la capitale et comptait environ 2 000 clients en 2004. Elle offre de la micro-assurance en partenariat avec Madison Insurance mais, au lieu de prendre une commission, Pulse dispose d'un accord de participation aux bénéfices conclu avec l'assureur.

Seguro Basico de Salud (SBS)
Micro-assurance maladie : une comparaison de quatre systèmes publics, Amérique latine
Jens Holst, novembre 2005, étude de cas n° 18

Seguro Basico de Salud était un système d'assurance maladie public en Bolivie, créé en 1999. Il visait les populations pauvres urbaines et non-urbaines et le paquet de prestations était dédié aux femmes enceintes, aux enfants de moins de cinq ans et aux personnes atteintes de maladies transmissibles. Les services de santé étaient fournis principalement par le biais d'établissements de santé publics. Le financement du programme était basé sur les impôts avec des suppléments pour certains programmes, et il n'y avait pas de tickets modérateurs pour les utilisateurs. Les prestataires de santé étaient payés par les gouvernements municipaux selon un programme de rémunération basé sur les frais de service. En 2003, Seguro Basico de Salud a fusionné avec Seguro Universal Materno Infantil.

Seguro Integral (SI)
Micro-assurance maladie : une comparaison de quatre systèmes publics, Amérique latine
Jens Holst, novembre 2005, étude de cas n° 18

Seguro Integral est un système d'assurance maladie public au Paraguay qui a été créé en 2002. La couverture sera finalement étendue à toutes les régions et à tous les groupes de population, mais visera plus particulièrement les femmes en âge de donner naissance et les enfants de moins de cinq ans dans la région de Caazapá. Depuis 2004, les bénéficiaires ont obtenu des soins de santé chez les principaux prestataires du système de santé publique. Il existe un système de recommandation pour accéder aux soins de niveaux secondaire et tertiaire. Le financement du programme est censé provenir du Ministère de la Santé, du gouvernement territorial et du gouvernement municipal, mais également des contributions mensuelles des adhérents. Il n'y a pas de ticket modérateur.

Seguro Materno-Infantil (SMI)
Micro-assurance maladie : une comparaison de quatre systèmes publics, Amérique latine
Jens Holst, novembre 2005, étude de cas n° 18

Seguro Materno-Infantil, créé en 1998, était un système d'assurance maladie public au Pérou ciblant les besoins de santé des femmes enceintes, des jeunes

mamans et des enfants de moins de cinq ans. Le système a fusionné avec Seguro Integral de Salud en 2001, qui répond aux besoins d'un plus large public. Seguro Materno-Infantil a été conçu pour lutter contre certaines des causes de mortalité les plus importantes. À son apogée en 2001, le programme couvrait 22 districts de santé et il comptait environ 350 000 bénéficiaires. Les services de santé étaient fournis par des prestataires publics (allant des centres de soins aux hôpitaux), où les membres étaient inscrits. Le financement du programme était au départ basé sur les impôts. Cependant, au moment de l'inscription, les membres devaient payer une cotisation, bien qu'une grande proportion des membres en était exempte. Le paiement des prestataires était basé sur un système de frais de service avec des limites de fréquence d'utilisation. Il n'y avait pas de ticket modérateur.

ServiPerú
ServiPerú, Pérou
Máximo U. Rodríguez et Bernardo Miranda, janvier 2004, étude de cas n° 1

À la suite des changements relatifs aux réglementations et au marché au début des années 1990, l'assureur coopératif SEGUROSCOOP n'était plus en mesure de conserver sa licence. En 1994, il s'est finalement recréé sous le nom de ServiPerú, un courtier en assurance et prestataire de services qui sert de lien entre les coopératives et les compagnies d'assurance. Il offre un produit d'assurance obsèques et d'assurance maladie intégré et comptait environ 94 000 bénéficiaires en 2003. Des tickets modérateurs existent pour toutes les prestations de santé couvertes. En plus du produit de micro-assurance intégré, ServiPerú offre des services en assurance automobile, en assurance-vie de crédit et en assurance vie-épargne.

Shepherd ***Institutions de micro-finance et de micro-assurance : témoignages d'Inde***
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm et Namerta, septembre 2005, étude de cas n° 15

Shepherd, une ONG indienne, a été créée en 1995 et intervient dans l'État du Tamil Nadu. Il s'agit d'un réseau de groupes d'entraide qui agit comme faciliteur ou intermédiaire entre les groupes et les institutions formelles (comme les banques par exemple). Elle proposait trois produits d'assurance-vie, mais également des produits d'assurance maladie, d'assurance des actifs, d'assurance pour le décès accidentel et d'assurance pour le bétail, et comptait environ 15 000 bénéficiaires en 2004. Suivant un modèle partenaire-agent, Shepherd est liée à deux compagnies d'assurance publiques, qui supportent tous les risques des produits.

Society for Social Services (SSS)
Micro-assurance maladie : une étude comparative de trois exemples au Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem et Nabil Ahmed, septembre 2005, étude de cas n° 13

Society for Social Services est une ONG aux objectifs multiples qui fournit du micro-crédit et une gamme de services sociaux. Son système d'assurance maladie, créé en 1996, est au service de six sous-districts et environ 27 000 familles y adhéraient en 2004. Il offre un produit d'assurance annuel pour les services de soins curatifs. L'inscription au système est obligatoire pour les personnes empruntant à l'ONG. Les soins de santé sont fournis par SSS par le biais d'un hôpital urbain, de 16 cliniques rurales et de travailleurs de santé. Il y a des tickets modérateurs pour certains services mais des prises en charge intégrales sont possibles pour les personnes « ultra-pauvres ». Les services sont fournis par des travailleurs de la santé communautaire, des sages-femmes traditionnelles et des professionnels médicaux qualifiés qui sont basés dans l'hôpital urbain mais qui se déplacent dans les cliniques de temps en temps.

Spandana
Institutions de micro-finance et de micro-assurance : témoignages d'Inde
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm et Namerta, septembre 2005, étude de cas n° 15

Spandana est une ONG indienne constituée en 1992. Elle intervient dans la municipalité de Guntur, entre autres, et offre un micro-crédit, qui suivait à l'origine le modèle de Grameen mais a développé ensuite son modèle d'offre de crédits. Elle a offert ses premiers produits de micro-assurance en 1998. En 1994, elle offrait un produit d'assurance intégré couvrant l'assurance-vie de crédit, le décès de l'époux/se, et la perte limitée d'actifs. Le décès et la destruction provoqués par des catastrophes naturelles ou des épidémies étaient exclus de la couverture. Le produit était obligatoire pour les personnes qui empruntaient à Spandana et comptait environ 390 000 titulaires de contrats en 2004. Son système d'auto-assurance n'était pas réglementé.

Le Mutual Assistance Fund de Tao Yeu May (TYM)
Mutual Assistance Fund de TYM, Vietnam
Nhu-An Tran et Tan See Yun, juin 2004, étude de cas n° 3

Le Mutual Assistance Fund de Tao Yeu May est un projet de duplication de Grameen qui a été lancé en 1993 par l'Union des femmes vietnamiennes. Il

intervient principalement dans les provinces du nord. Son activité centrale est le micro-crédit pour les femmes, et il offre un produit intégré d'assurance obsèques, invalidité, maladie, et d'assurance-vie de crédit depuis 1996. Environ 68 000 personnes (emprunteurs/ses et époux/ses) étaient assurées avec TYM en 2004. Le programme de micro-assurance de TYM, opérant selon une base d'auto-assurance, vise à fournir un soutien financier en temps de crise ; cependant, il n'est pas prévu pour couvrir toutes les dépenses associées à la crise.

Tata-AIG Life Insurance Company
Tata-AIG Life Insurance Company Ltd., Inde
James Roth et Vijay Athreye, septembre 2005, étude de cas n° 14

Tata-AIG est une compagnie d'assurance à but lucratif privée, organisée comme une coentreprise entre un vaste conglomérat indien et l'American International Group. La compagnie a commencé ses opérations de micro-assurance en 2001 pour se conformer aux réglementations d'assurance indiennes, et offre maintenant trois assurance-vie et produits d'épargne facultatifs par le biais d'ONG et de micro-agents partenaires. On comptait plus de 13 000 titulaires de contrats de micro-assurance en 2005. Tata-AIG a collaboré avec plus de 50 ONG et la plupart des ventes et du service après-vente s'effectue par leur biais, directement ou indirectement. Dans son modèle micro-agent, Tata-AIG obtient des recommandations des ONG sur les membres de la communauté qui pourraient être de bons agents pour les polices de micro-assurance (micro-agents). L'ONG assiste alors les agents en leur offrant un soutien administratif et une formation. Les produits pour les personnes à faible revenu des milieux ruraux sont facultatifs.

Taytay Sa Kauswagan (TSKI)
Assistance technique pour la promotion de la micro-assurance : l'expérience d'Opportunity International
Richard Leftley, juin 2005, étude de cas n° 11

Taytay Sa Kauswagan est une ONG de micro-finance créée en 1986. L'organisme offre actuellement une assurance-vie et une assurance-vie de crédit obligatoires pour tous les emprunteurs pour le compte d'une compagnie d'assurance locale. Environ 900 000 personnes étaient couvertes en 2005.

TUW SKOK
TUW SKOK, Pologne
Craig Churchill et Terry Pepler, mai 2004, étude de cas n° 2

TUW SKOK est le principal prestataire d'assurance des unions de crédit en Pologne. Son prédécesseur a été créé en 1993 et TUW SKOK a commencé ses opérations en 1998. Il offre un produit d'assurance des biens, un produit d'achèvement d'épargne et trois produits pour l'invalidité ou le décès accidentel qui peuvent être considérés comme de la micro-assurance. Il comptait environ 93 000 titulaires de contrats à faible revenu et un nombre total d'environ 925 000 membres en 2003. Tous les produits de micro-assurance de TUW SKOK sont vendus comme assurance collective. L'organisme externalise de nombreuses activités telles que les ventes et les services actuariels, qui sont effectués par les unions de crédit. En outre, l'organisme offre également une gamme de produits d'assurance pour les unions de crédit elles-mêmes, incluant une assurance-dépôts.

Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF)
L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière, Guinée
Bruno Gautier, Allan Boutbien et Bruno Galland, octobre 2005, étude de cas n° 17

L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière est un réseau d'organismes de mutuelle santé. Établi en 1999, le réseau fournit une représentation pour les MHO en relations avec leurs divers partenaires. Les MHO offrent des produits d'assurance maladie couvrant environ 14 000 personnes en 2005. Le produit vise les groupes à faible revenu dans les zones rurales et urbaines. L'assurance offerte par les MHO a tendance à couvrir les coûts de transport vers les hôpitaux, les soins pour les patients hospitalisés et même pour les patients en traitement ambulatoire dans certains paquets. Les services de santé couverts sont fournis uniquement dans les établissements de santé publics.

Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM)
L'Union Technique de la Mutualité Malienne, Mali
Klaus Fischer, Issa Sissouma, Ibrahima Hathie, août 2006, étude de cas n° 23
L'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM), un organe centralisé des MHO, a été créée en 1998 avec le soutien de la Mutualité Française. 32 MHO sont affiliés à l'UTM, couvrant approximativement 40 000 personnes. Les prestations d'assurance couvrent typiquement entre 60 et 75 % des cotisations des utilisateurs requises pour obtenir l'accès aux services offerts dans les établissements de santé publics. De plus, l'UTM a également conçu un produit de micro-assurance maladie standard qu'elle gère. Les MHO ont la possibilité d'offrir un produit d'assurance maladie standard ou des produits plus personnalisés. Chaque MHO est légalement reconnu

comme *mutuelle*, une institution séparée détenue par ses membres. Les MHO sont les principaux prestataires d'assurance et porteurs de risques. L'UTM est enregistrée comme institution mutualiste de second rang, détenue par les MHO membres de premier niveau. L'UTM fournit un soutien aux MHO, agissant comme intermédiaire entre les MHO et d'autres intervenants, aidant au développement de nouveaux MHO, signant des contrats avec des prestataires de santé et développant de nouveaux produits. L'UTM a également une certaine fonction de surveillance des opérations des MHO individuels.

Vimo Self-Employed Women's Association (Vimo SEWA)
VimoSEWA, Inde
Denis Garand, octobre 2005, étude de cas n° 16

La Self-Employed Women's Association est un syndicat indien pour les femmes travaillant à leur compte qui a été créé en 1972 dans l'État du Gujarat. L'organisme a instauré un département spécial pour l'assurance en 1992, VimoSEWA, qui endosse la fonction de courtier en assurance. VimoSEWA offre un produit facultatif avec des prestations pour la vie, la santé et les actifs, couvrant plus de 110 000 personnes en 2004. Le produit d'assurance offert par VimoSEWA a subi de nombreux changements et est maintenant proposé en partenariat avec deux compagnies d'assurance du secteur privé.

Yeshasvini Trust
Yeshasvini Trust, Karnataka, Inde
Ralf Radermacher, Natasha Wig, Olga van Putten-Rademaker, Verena Müller et David Dror, novembre 2005, étude de cas n° 20

Yeshasvini Co-operative Farmers Health Care Trust est une fondation solidaire à Karnataka. Les activités de micro-assurance de Yeshasvini ont débuté en 2002 en collaboration avec les coopératives et les autorités publiques. La fondation offre une assurance maladie, couvrant approximativement 1,45 million de personnes en 2004. Les prestations sont essentiellement limitées à la chirurgie, mais incluent aussi les soins et les tests pour les patients en traitement ambulatoire dans certaines circonstances. Les prestations, fournies de façon non numéraire aux clients, peuvent uniquement être accessibles dans les hôpitaux partenaires agréés. La fondation externalise certaines activités vers des tiers opérateurs de services, mais gère le risque en interne. La distribution des produits s'effectue par le biais de coopératives locales.

Yasiru Mutual Provident Fund (Yasiru)
ALMAO et YASIRU, Sri Lanka
Sven Enarsson et Kjell Wirén, octobre 2005, étude de cas n° 22

Yasiru Mutual Provident Fund (Yasiru) est un prestataire de micro-assurance au Sri Lanka et a été enregistré comme société spéciale en 2000. Yasiru était initialement lié à l'ACCDC, un réseau d'organismes basés sur la communauté dans sept districts, mais le micro-assureur s'est maintenant associé à plusieurs autres ONG. Yasiru offre un produit de micro-assurance intégré pour l'hospitalisation, la vie, l'invalidité et l'accident, couvrant 24 000 personnes en 2004. Le produit de micro-assurance cible toute la famille, qui peut choisir entre cinq niveaux différents de couverture.

Annexe 11

À propos des auteurs

Mosleh Uddin Ahmed est comptable agréé au Royaume-Uni et consultant indépendant en micro-assurance et en paiement de primes des migrants. Mosleh jouit de plus de 15 ans d'expérience dans la micro-finance au Bangladesh, en Inde, au Pakistan, au Népal et au Sri Lanka. Il a travaillé avec Gono-Grameen Bima de Delta Life Insurance au Bangladesh comme directeur général adjoint et comme contrôleur financier pour le Programme du Secteur de l'Emploi Rural (RESP) au Bangladesh, un programme de réduction de la pauvreté créé par SIDA. Il est actuellement PDG du Microinsurance Research Centre, une organisation « à but non lucratif » basée au Royaume-Uni et au Bangladesh. Il est membre de UK All Party Parliamentary Group on Microfinance, London Microfinance Club et PlanetFinance UK.

Gloria Almeyda a débuté sa carrière internationale dans les unions de crédit (UC) avec CUNA Mutual en tant que stagiaire en provenance de l'Université EAFIT de son pays natal, la Colombie. Elle a ensuite rejoint les opérations techniques internationales de WOCCU et a travaillé en Amérique latine, en Asie et en Afrique. À son retour en Colombie, elle est devenue directrice générale d'EDUCONAL, la société technique de la fédération d'UC nationale colombienne. Elle a également dirigé le programme de micro-entreprise de la Fundación para el Desarrollo Integral, et a collaboré avec d'autres institutions en faveur de la politique, la promotion et le développement liés à la micro-entreprise. Elle est actuellement coordinatrice régionale pour l'Amérique centrale/les Caraïbes et le Mexique, au CIED (Center for Inter-Cultural Education and Development) de l'Université de Georgetown.

Felipe Botero travaille dans l'industrie de l'assurance depuis plus de 20 ans. En tant que spécialiste des technologies de l'information, Felipe Botero a vu évoluer la technologie, de l'époque du traitement par lots pour le lendemain et des ordinateurs centraux, au monde d'aujourd'hui de traitement immédiat et de libre-service du client basé sur Internet. Au travers de sa carrière avec MetLife, dont le siège est à New York City, Felipe Botero a soutenu des systèmes relatifs aux rentes, à l'invalidité, à la santé et à la vie. Alors qu'il assistait au cours de MBA (maîtrise de gestion) spécialité finances à l'Université de New York, Felipe a commencé à s'intéresser à la micro-finance et s'est consacré au développement d'une application de micro-finance au sein de MetLife.

Grzegorz Buczkowski est président de TUW SKOK, une mutuelle d'assurance de dommages (depuis 1997), et TU SKOK Życie SA, une compagnie d'assurance-vie du système des unions de crédit polonaises (depuis 2003). Il possède 16 ans d'expérience avec les unions de crédit polonaises, et a débuté comme officier des relations extérieures auprès de la Fondation pour les unions de crédit polonaises. Il a passé cinq ans comme directeur général de TU SKOK Benefit SA, une compagnie d'assurance conjointe de CUNA Mutual Group et de la Fondation pour les unions de crédit polonaises. M. Buczkowski possède une maîtrise de lettres en littérature anglaise de l'Université de Gdansk, Pologne, et une maîtrise de gestion de l'Université de Gdansk et de Strathclyde, à Glasgow, Écosse. En 2001, il a reçu l'un des premiers prix des Jeunes professionnels des unions de crédit de WOCCU.

Doubell Chamberlain est à la tête de l'Access to Financial Services Practice (accès à la pratique des services financiers) de Genesis Analytics et possède une maîtrise d'économie (obtenue avec mention) de l'Université de Stellenbosch. Durant ces cinq dernières années, il a travaillé sur plusieurs projets liés au développement de stratégies d'extension des services financiers (notamment l'assurance) aux populations pauvres en Afrique du Sud et à l'examen et l'évaluation des impacts réglementaires sur diverses composantes des secteurs financiers et non-financiers. Il mène actuellement une étude dans plusieurs pays sur l'impact des législations d'Anti Money Laundering/Combating the Financing of Terrorism (AML/CFT) sur l'accès aux services financiers dans les pays en voie de développement, de même qu'une étude de l'IDRC sur le développement des principes de régulation de la micro-assurance.

Arup Chatterjee est directeur adjoint de l'Autorité de Promotion et de Réglementation des Assurances d'Inde et fait actuellement partie de la représentation nationale en tant que conseiller pour l'Association Internationale des Contrôleurs d'Assurance (IAIS), en Suisse. En plus d'un baccalauréat spécialisé en économie, il possède une maîtrise d'économie internationale et une maîtrise de commerce international. Il bénéficie d'une expérience dans le domaine des opérations commerciales clés en assurance alliée à des compétences en contrôle et réglementation de l'assurance. Cette combinaison peu commune lui a permis de se faire une bonne idée du développement et de la réglementation en matière d'assurance sur les marchés émergeants.

Craig Churchill a rejoint le Programme Finance et Solidarité de l'OIT en 2001. Craig possède une expérience en micro-finance dans les pays développés et dans les pays en développement, en ayant précédemment travaillé pour Get Ahead Foundation en Afrique du Sud, ACCION International, le MicroFinance Network et Calmeadow. Dans son poste actuel, il se concentre essentiellement sur le rôle des services financiers que les populations pauvres peuvent utiliser pour gérer les risques et réduire leur vulnérabilité, notamment la micro-assurance. Il est président du Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance et sur les comités de rédaction du *Bulletin des micro-opérations bancaires* et du *Journal of Microfinance*. Craig a écrit et publié des dizaines d'articles, de documents et de monographies sur divers sujets de micro-finance dont la micro-assurance, la fidélité du client, la gestion et le développement organisationnels, la gouvernance, les méthodologies liées au prêt, et la réglementation et la surveillance.

Monique Cohen est la présidente de Microfinance Opportunities, un organisme à but non lucratif créé en 2002. Elle est experte reconnue en utilisation des services financiers par les populations pauvres et en évaluation des clients, y compris en études de marché et évaluation de l'impact sur la micro-finance. Monique Cohen a été la première à introduire l'éducation financière pour les personnes pauvres dans les pays en développement. Elle a conçu et dirigé le projet AIMS à USAID, Washington, où elle était conseillère technique principale au Bureau de développement des micro-entreprises, de 1994 à 2002. Elle a coécrit avec Jennefer Sebstad « Microfinance, risk management and poverty » (Micro-finance, gestion des risques et pauvreté), et « Reducing vulnerability: The demand for microinsurance » (Réduire la vulnérabilité : la demande de micro-assurance ». Elle est à l'origine de nombreuses publications sur la micro-finance et a enseigné dans le cadre du Programme Boulder de Formation en Micro-finance. Monique Cohen possède un doctorat de l'Université de Clark au Massachusetts.

L'expérience de **David Dror** dans le domaine de la sécurité sociale remonte au milieu des années 1970 lorsqu'il était responsable de la négociation d'un contrat complet lié à la pension de retraite pour les employés du secteur privé en Israël et d'un système d'indexation des salaires au niveau national. Il a également occupé des postes clés au Conseil de l'Institut national d'assurance et a été délégué à la Conférence Internationale du Travail (Genève). De 1981 à 2003, David Dror a travaillé pour l'OIT. À partir de 1989, son travail s'est concentré sur l'assurance maladie appliquée, en tant que praticien puis en tant que chercheur, ce qui incluait le développement d'options innovantes en faveur des populations pauvres pour l'extension de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu. Le concept « Social Re » qu'il a développé offre une nouvelle approche du financement viable de la santé communautaire. Diplômé d'un doctorat et d'un DBA, il enseigne, depuis qu'il a quitté l'OIT, dans deux universités, menant et supervisant des recherches, et surveillant la mise en application d'un soutien technique aux systèmes d'assurance maladie pour les populations pauvres en Inde, en Afrique du Sud et ailleurs.

Iddo Dror est candidat au doctorat à la Faculté des sciences économiques et sociales de l'Université de Genève, où il fait des recherches sur l'offre de la micro-assurance maladie dans les pays en développement. En plus de ses recherches, Iddo est activement impliqué dans le développement de compétences en gestion pour les organismes internationaux, notamment par le biais d'un programme de master innovant se spécialisant dans les organismes internationaux (cf. www.iomba.ch), dont il a aidé à la création et qu'il coordonne toujours.

Sven Enarsson (licence d'économie à l'Université de Stockholm) a commencé à travailler dans la coopération au développement en 1970. Il travaille sur des projets en Afrique depuis 15 ans, en tant qu'agent de terrain, chef de projet et représentant régional du Centre coopératif suédois. Employé par le Centre coopératif suédois de 1986 à 2003, il a travaillé principalement au développement des coopératives d'épargne et de crédit urbaines et rurales en Afrique du Sud et de l'Est. Il a également soutenu les opérations bancaires coopératives au Kenya et a dernièrement été impliqué dans l'assurance et la finance coopératives. Sven travaille maintenant comme consultant.

Klaus Fischer est professeur de finance à l'Université de Laval, au Canada. Ses recherches se concentrent sur les institutions de finances, avec un intérêt particulier pour les intermédiaires financiers mutualistes, et pour la micro-finance et l'assurance dans les pays en développement. Il a réalisé des publications dans des journaux académiques et professionnels présentant des résultats de recherche appliquée et fondamentale. Parmi ses activités significatives récentes on note son rôle en tant que leader d'un projet de trois ans impliquant les chercheurs d'Amérique du Sud, d'Afrique et d'Asie, et son rôle comme chercheur en chef dans un effort de recherche d'équipe soutenu par la Banque Mondiale, tous deux en matière d'organismes de réseau et de réglementation et de surveillance des intermédiaires financiers mutualistes.

Bénédicte Fonteneau est sociologue et chercheuse senior à l'Université catholique de Louvain (Belgique). Ses domaines de recherche incluent les organismes à but non lucratif, les systèmes de micro-assurance, le VIH/SIDA, les organismes basés sur la communauté, et l'accès aux soins de santé et aux systèmes de santé. À l'aide des méthodes de recherche fondamentale et appliquée, elle examine l'émergence et les problèmes organisationnels des associations s'occupant des préoccupations liées à la santé (par ex. l'accès aux soins de santé, l'assurance maladie, la prévention et les soins) et leurs relations avec le secteur de la santé au niveau micro (prestataires de santé) et macro (autorités sanitaires). Elle porte un intérêt tout particulier à l'influence de la coopération internationale dans ce contexte. Ses recherches se concentrent sur l'Afrique de l'Ouest.

Bruno Galland est directeur de recherche au CIDR dans le domaine des systèmes de micro-assurance participatifs et de la performance des services de santé. Le CIDR est impliqué dans la conception, la mise en application et l'évaluation de programmes de micro-assurance maladie dans divers pays africains. En analysant et en documentant les expériences de ces programmes, le CIDR contribue à développer l'expertise et les compétences des acteurs locaux. Bruno Galland a publié divers guides et documents pratiques et a organisé une formation avec d'autres organismes, incluant le Ministère français des Affaires étrangères, GTZ, OIT/STEP et CGAP.

Denis Garand (FCIA, FSA) a travaillé pendant presque 20 ans pour une compagnie d'assurance coopérative canadienne en tant qu'actuaire du groupe, directeur marketing et vice-président de Group Insurance, et a joué le rôle de conseiller auprès d'assureurs coopératifs en voie de développement. Depuis 2001, Denis est consultant indépendant, et se concentre sur l'industrie de l'assurance collective canadienne et sur les programmes de micro-assurance internationaux. Les missions canadiennes incluent des études stratégiques, la gestion du capital, la formation, le développement produit, la tarification, les fusions, le lancement de la compagnie d'assurance et le développement de la première étude canadienne sur l'incidence de l'invalidité. Les missions internationales pour BearingPoint, CGAP, OIT, GTZ, CCA et ICMIF sont menées en Inde, au Pakistan, au Népal, au Sri Lanka, au Bangladesh, aux Philippines, au Bénin, au Rwanda et à la Barbade et concernent tous les aspects de la micro-assurance.

Christian Jacquier (ingénieur et docteur) est le coordinateur du programme global de l'OIT « Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté » (www.ilo.org/step). En tant que spécialiste de l'extension de la protection sociale, Jacquier a aidé à lancer le concept de « micro-finance » en 1999 à travers un article dans la revue ISSA (Dror-Jacquier). Il est le coordinateur de l'Alliance Inter-

nationale pour l'Extension de la Protection Sociale, qui se compose de l'OIT, l'ISSA, l'ICMIF, l'AIM, l'ACI, l'IHCO et le WIEGO (www.social-protection.org) et est membre du WIEGO, un réseau global de politique de recherche qui vise à améliorer le statut des travailleurs pauvres, surtout les femmes, dans l'économie informelle.

Rüdiger Krech (MPH, docteur) est président de la Section Protection Sociale à la GTZ. Il a rejoint la GTZ en 2003 et est affecté à plusieurs groupes de travail nationaux et internationaux sur la protection sociale, il est membre de la délégation allemande à la Commission Économique et Sociale des NU. Entre 1992 et 2003, il a travaillé au Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe, où il a coordonné la stratégie européenne de l'OMS « La santé pour tous pour le XXIe siècle », et a été le point de convergence de l'OMS pour Europe on Ageing (vieillissement de l'Europe). Auparavant, il a travaillé en pédopsychiatrie avant d'occuper le poste de lecteur principal pour la santé dans le travail social dans un collège allemand. Dr Krech a une formation en sciences de l'éducation, médecine et santé publique.

Richard Lacasse est actuellement directeur des programmes pour l'Amérique latine et les Caraïbes à SOCODEVI, une ONG canadienne spécialisée dans le développement coopératif en Afrique, Asie et Amérique latine. Grâce à une maîtrise en gestion coopérative, Richard Lacasse a, durant ces 20 dernières années, développé une solide expérience dans la planification et la mise en pratique de programmes de développement ainsi que dans la construction de partenariats orientés vers la propriété locale et le développement économique. Il est reconnu pour son expertise dans le développement organisationnel coopératif, combinant les besoins d'une participation et d'une gouvernance démocratiques solides avec des activités économiques viables.

Alexia Latortue dirige le travail du CGAP sur l'amélioration de l'efficacité du financement de la micro-finance. Elle a dirigé Microfinance Donor Peer Reviews en 2002, et propose maintenant des services stratégiques et techniques aux agences de financement. Madame Latortue a consacré nombre d'écrits à l'efficacité des subventions dans la micro-finance. Elle est le point de convergence du Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance. Auparavant, Madame Latortue a travaillé avec Development Alternatives, Inc. Elle a passé trois ans à Haïti, dirigeant les services techniques d'institutions financières et travaillant sur les problèmes d'infrastructure industrielle. Alexia Latortue possède une maîtrise d'économie du développement de l'École Fletcher de lois et de diplomatie, de l'Université de Tufts. Elle parle couramment le français, le créole et l'allemand.

Richard Leftley a rejoint Opportunity International en 2002 en tant que responsable du développement de produits d'assurance, ayant précédemment travaillé en tant que courtier en réassurance pour Benfield Greig. Richard a été le premier à introduire des produits d'assurance dans le réseau d'Opportunity avec des résultats impressionnants : à la fin de l'année 2005, une gamme de produits d'assurance était disponible pour plus de 2,6 millions de clients d'Opportunity et de membres de leurs familles en Afrique, Asie et Amérique latine. En 2004, Richard est devenu vice-président de Planning & Operations et dirige une équipe de consultants spécialistes fournissant une assistance aux partenaires d'Opportunity dans 29 pays. Durant l'année 2005, Opportunity International a créé la Micro Insurance Agency pour fournir à un plus grand nombre de clients l'accès aux produits d'assurance ; en tant que président de l'agence, Richard a établi l'organisation et met en place sa direction stratégique.

Dominic Liber est l'un des directeurs de Quindiem Consulting et un actuaire qualifié qui possède de nombreuses années d'expérience dans la conception de produits d'assurance-vie, la gestion des risques, et les stratégies à destination des assureurs, réassureurs, entreprises, ONG, micro-prêteurs, organes industriels et autres sociétés de conseils. Il a largement participé au développement de solutions de risques pour les marchés des personnes à faible revenu, et dans le développement de modèles de tarification pour une gamme de risques liés aux soins de santé, à l'invalidité, à la vie et aux activités commerciales, incluant les risques liés au SIDA. Il est le président du Comité SIDA de la société actuarielle d'Afrique du Sud et l'auteur de plusieurs manuels et guides sur la gestion des risques dans la micro-finance et la micro-assurance.

Roland Lindenthal est actuellement en congé du Ministère allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ). De 2003 à 2005, il a été conseiller principal en politique sociale, emploi et politique du marché du travail pour le service de soutien des Nations unies pour le redressement

de l'Indonésie (UNSFIR). Avant cette affectation, il était président du Département de la Gouvernance du PNUD au Zimbabwe (2001–2002) et a été sous-chef de la Division NU au BMZ (1996–2000). De 1991 à 1996, il a travaillé pour le Département du Développement d'Entreprise de l'OIT à Genève. M. Lindenthal possède une maîtrise d'économie.

Philippe Marcadent est le coordinateur technique du programme des « Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté » (STEP) de l'Organisation internationale du Travail. Il est également responsable du développement politique pour l'économie informelle au Département de la sécurité sociale de l'OIT. Il dirige des recherches, la conception de projets et de polices, la production d'outils et de publications, et l'apport de conseils techniques liés à l'extension de la protection sociale. Avant de rejoindre le programme STEP en 1998, il a travaillé pendant 12 ans en tant qu'expert dans plusieurs programmes de coopération techniques visant à lutter contre la pauvreté en Afrique et en Amérique latine. Il est un économiste du développement.

Michael J. McCord est président du MicroInsurance Centre, un organisme dédié à la création de partenariats dans le but de proposer des produits d'assurance spécialement conçus pour les marchés des personnes à faible revenu. Michael combine les expériences de superviseur d'une banque commerciale américaine, de PDG d'une IMF en Ouganda, de directeur régional pour les programmes de micro-finance en Afrique, et maintenant de président du MicroInsurance Centre, qui lui permettent de jouir de connaissances étendues sur le développement et la gestion des produits de micro-assurance. Ses spécialisations incluent le développement institutionnel, le développement de nouveaux produits, et l'évaluation et l'analyse de programmes de micro-assurance. Il a beaucoup écrit sur la micro-assurance, de même que sur des sujets aussi variés que des tests pilotes, l'inauguration de produits et la boucle de rétroaction pour les institutions de micro-finance, l'analyse et la comptabilité des IMF, et le rôle des lois.

Gerry Noble (MB, DCH, DObs, DTM&H), médecin irlandais et spécialiste en financement de la santé, il possède une expérience de dix ans dans la gestion de la santé et le développement de systèmes en Afrique subsaharienne. Il a créé Microcare, un micro-assureur de santé donnant aux groupes à faible revenu en Ouganda l'accès à des soins de santé abordables et de qualité. Mettant en réseau une base de données centrale Oracle avec les guichets cliniques informatisés et les cartes à puce des clients, Microcare intègre la vérification d'identité des clients sur site et le traitement des déclarations de sinistre en temps réel grâce à une gestion d'assurance centralisée. Cela empêche la fraude, limite les coûts des traitements et contrôle la qualité des soins.

Zahid Qureshi est président d'International Development & Communication Services, Inc. (ID&CS). Il bénéficie d'une expérience de 23 années avec un groupe de compagnies de services financiers et d'assurance en Amérique du Nord, et de 12 années dans le domaine du développement d'assurance sur divers marchés pour ICMIF, un organisme international basé en Europe qui possède des assureurs membres dans 70 pays. Il a commencé à travailler sur le développement à San Francisco, en tant que stagiaire à Asia Foundation, une fondation qui encourage les institutions d'entraide et démocratiques. Auparavant, il était réviseur pour deux journaux quotidiens. Zahid possède une maîtrise de journalisme (avec comme matière principale les relations internationales) et de littérature anglaise.

Ralf Radermacher est économiste à l'Université de Cologne, en Allemagne. Travaillant au Département des études coopératives, il est impliqué dans la recherche et l'enseignement dans les domaines de l'assurance maladie pour les populations pauvres, les coopératives et les institutions de microfinance. Dans ses recherches, il combine des méthodes qualitatives et quantitatives de même que l'économie expérimentale. Il s'intéresse principalement à la micro-assurance maladie ; l'Inde étant le point central de son travail actuel. Ralf Radermacher travaille également comme consultant indépendant dans le domaine de la micro-assurance.

Gabriele Ramm gère le partenariat privé-public de la micro-assurance entre Allianz et la GTZ en Inde et en Indonésie. En tant que conseillère principale de la GTZ, elle se concentre sur la protection sociale dans l'économie informelle et la micro-assurance. Avant cela, Gaby Ramm était directrice du programme GTZ en Inde, menant des projets de réduction de la pauvreté qui incluaient la microfinance et la micro-assurance. Son travail précédent pour la Fondation Friedrich Naumann au Népal et au Pakistan incluait des projets sur les relations industrielles, la sécurité sociale, la politique de

décentralisation et la formation de journalistes environnementaux. Elle a également travaillé pour la télévision allemande (WDR), la Fondation pour le Développement International (maintenant InWEnt) et l'Association Allemande pour l'Éducation des Adultes. Gaby a publié plusieurs études et articles sur la micro-assurance/protection sociale et sur l'alphabétisation visuelle. Elle possède une maîtrise de science politique/communication de masse et d'ingénierie.

James Roth concentre son travail sur le développement de services financiers pour les populations pauvres. Son doctorat à l'Université de Cambridge a porté sur la diversité et l'étendue des services financiers disponibles pour les populations pauvres dans une petite commune sud-africaine. Son travail suivant s'est concentré sur la sélection, la recherche et la promotion d'institutions et instruments financiers innovants. Il a aidé les gouvernements et les bailleurs de fonds au développement de polices favorables à un secteur financier compréhensif, incluant un travail sur les fonds de garantie des crédits, le micro-crédit et la micro-assurance. De 2000 à 2004, il a travaillé pour le Programme Finance et Solidarité de l'OIT à Genève. En 2004, il a été conseiller technique en chef sur un projet de micro-assurance à Bangalore, en Inde, financé par la GTZ et l'OIT. Il est actuellement partenaire du Microinsurance Centre, une société de conseils spécialisée.

Stuart Rutherford est médecin, chercheur, écrivain et professeur dans le domaine de la micro-finance depuis 25 ans. Son intérêt repose sur la compréhension de la façon dont les populations pauvres gèrent leur argent, d'où le titre de son ouvrage le plus connu, *Comment les pauvres gèrent leur argent*. Il enseigne au Programme Boulder de Formation en Micro-finance et à l'Institut de Politique et de Gestion du Développement de l'Université de Manchester, au Royaume-Uni, où il est expert invité. Il a vécu de nombreuses années au Bangladesh, où il était membre du Conseil d'administration de l'Association pour le Progrès Social (ASA), et a créé SafeSave, une IMF offrant des services particulièrement flexibles aux habitants des quartiers pauvres. Il prépare actuellement Grameen II, la dernière version majeure revisitée des produits de Grameen Bank. Il vit maintenant au Japon.

Priyanka Saksena est économiste de la santé. Elle a fait ses études de deuxième cycle à l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres et ses études de premier cycle à l'Université de McGill. Ses recherches se sont jusqu'ici concentrées sur la modélisation de systèmes sociaux d'assurance maladie et sur le calcul du prix de revient des systèmes de micro-assurance maladie.

Valérie Schmitt-Diabate est experte en protection sociale dans le programme OIT/STEP et traite les problèmes techniques liés à la conception, la mise en pratique et la gestion des systèmes de micro-assurance. Installée à Genève, elle travaille en étroit partenariat avec les équipes de STEP en Afrique et en Asie. Elle est également responsable (avec une équipe d'experts en micro-finance et ICT) du développement d'une plateforme électronique sur la micro-assurance et la protection sociale qui permet de fournir des instruments techniques et des opportunités pour que les acteurs puissent échanger leurs expériences. Avant de rejoindre STEP en 2003, Valérie travaillait dans le secteur de l'assurance maladie en France. Elle est diplômée des Hautes Études Commerciales (Jouy-en-Josas, France) et possède une maîtrise Delta d'économie (Paris, France).

Jennefer Sebstad est spécialiste en développement et possède 25 années d'expériences en Afrique et en Asie sur des programmes visant à développer les revenus, l'emploi et les opportunités de constitution d'actifs pour les personnes à faible revenu. Elle a travaillé en tant que chercheuse, évaluatrice et bailleur de fonds dans les domaines de la micro-finance, du développement d'entreprise, et de la planification des moyens de subsistance. Son dernier travail a inclus l'étude de la demande de micro-assurance au Népal, au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda, le développement de lignes directives pour l'étude de la demande de micro-assurance, et l'éducation financière liée à l'assurance/la gestion des risques. Elle possède une maîtrise d'aménagement urbain d'UCLA et une licence de l'Université de Michigan.

Sabine Trommershäuser est experte senior à la Section de la Protection Sociale de la GTZ et coordonne des projets dans le domaine de la micro-assurance. Elle a rejoint la GTZ en 1997 en tant qu'experte du marché du travail pour l'Europe de l'Est et était présidente de la Section Protection Sociale de la GTZ avant de prendre un congé parental en 2004. Auparavant elle a travaillé comme administratrice de programmes pour le Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC) du BIT à Genève, en Suisse et pour la Banque Coopérative Allemande à Francfort, en Allemagne. Elle a étudié l'économie à l'Université de Giessen et possède un diplôme d'études supérieures de l'Institut de Kiel en économie mondiale, en Allemagne.

Thomas Wiechers est étudiant en maîtrise de sciences économiques à l'Université de Marbourg, en Allemagne. Il est étudiant chercheur dans le cadre du projet « Renforcer les unités de micro-assurance maladie pour les populations pauvres en Inde », et travaille en indépendant avec la GTZ dans les domaines de la micro-assurance, de la protection sociale et du développement des systèmes financiers. Il a étudié la gestion à l'Université de Cologne, en Allemagne, et a travaillé bénévolement ou en indépendant avec divers organismes et compagnies dans le domaine de l'échange international des jeunes, du développement durable et de la responsabilité sociale des entreprises.

Martina Wiedmaier-Pfister est un membre actif du Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance pour le compte d'un projet sectoriel de la GTZ sur le développement des systèmes financiers commandé par le BMZ. En 2003, elle a développé l'étude sur la « Surveillance et la réglementation de la micro-assurance » suivie d'une étude de pays sur la micro-assurance effectuée au Sri Lanka. À ce poste, elle représente actuellement la GTZ dans les forums internationaux et dans la coopération avec l'Association internationale des contrôleurs d'assurance (IAIS), et avec d'autres agences de soutien dédiées à la micro-assurance. Sa contribution à cet ouvrage a été réalisée dans le cadre d'une mission de la GTZ. Elle possède une maîtrise de gestion et a travaillé pendant dix ans dans le secteur des opérations bancaires coopératives en Allemagne avant de se consacrer au développement de systèmes financiers dans les pays en développement en 1992.

John J. Wipf a travaillé pour un assureur coopératif canadien de 1988 à 1997 dans les départements actuariels d'entreprise et de groupe. Durant cette période, il s'est également chargé de plusieurs missions aux Philippines en tant que conseiller actuariel pour un assureur coopératif et en tant que conseiller régional de l'ICMIF en Asie. Depuis 1997, John vit aux Philippines et travaille comme conseiller actuariel sur plusieurs projets de micro-assurance aux Philippines, au Ghana, en Indonésie, au Vietnam, au Cambodge et en Inde. Il est spécialisé dans la modélisation actuarielle, la conception et la tarification des produits, le développement de logiciels actuariels et de gestion, et la planification des activités commerciales de micro-assurance. John a également participé à plusieurs projets d'étude sur l'invalidité à long-terme au Canada.

Kjell Wirén vit à Stockholm, en Suède. Après avoir obtenu une licence à l'Université d'Uppsala, Kjell a rejoint Folksam en 1971. Là, il a principalement travaillé dans l'assurance générale, excepté quatre années durant lesquelles il a travaillé au sein de la Division Vie. En 1985, il a été nommé chef de produits des activités non liées à la vie, et en 1993 on lui a donné l'entière responsabilité de toute l'assurance générale à Folksam. Durant cette période à Folksam, Kjell a aussi été impliqué en tant que conseiller dans le travail de développement de Folksam en Afrique de l'Est et du Sud. Aujourd'hui, Kjell travaille comme conseiller principal du PDG et est également chargé des activités internationales de Folksam. Kjell est l'auteur, avec Sven Enarsson, de deux études de cas de micro-assurance, au Malawi (2004) et au Sri Lanka (2005).

Bibliographie

Société africaine de réassurance (Africa Re) Rapport annuel 2003, sur : www.africa-re.com (accessible depuis le 31 mars 2006).

Ahmed, M. ; Islam, S. ; Quashem, M. ; Ahmed, N. 2005. *Health microinsurance : A comparative study of three examples in Bangladesh,* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 13 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Ahuja, R. ; Jütting, J. 2004. « Are the poor too poor to demand health insurance? », dans *Journal of Microfinance* (Provo, UT), Vol. 6, n° 1.

Albrecht, P. 1992. *Zur Risikotransformationstheorie der Versicherung: Grundlagen und Ökonomische Konsequenzen* (Karlsruhe, Veröffentlichungen des Instituts für Versicherungswissenschaft der Universität Mannheim), Vol. 40.

Aliber, M. 2001. « Rotating savings and credit associations and the pursuit of self-discipline », dans *African Review of Money Finance and Banking*, Vol. 51, n° 72.

Almeyda, G. ; de Paula Jaramillo, F. 2005. *La Equidad Seguros, Colombia,* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 12 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Arhin-Tenkorang, D. 2000. *Mobilizing resources for health: The case of user fees revisited*, CMH Working Paper Series, n° WG3 : 6 (Genève et Cambridge, MA, Commission on Macroeconomics and Health), sur : www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf.

Banque asiatique de développement (BAD). 1997. *Governance: Sound development management – The elements of good governance* (Manille).

Atim, C. 1998. *The contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African Countries* (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

—. 1999. « Social movements and health insurance: A critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon », dans *Social Science and Medicine*, n° 48, p. 881–896.

—; **Sock, M.** 2000. *An external evaluation of the Nkoranza Community Health Financing Insurance Scheme, Ghana*, Rapport technique n° 50, mars (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

—; **Diop F. ; Bennet S**. 2005. *Determinants of the financial stability of mutual health organisations: A study in the Thiès region of Senegal* (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

Bennett, S. 2004. « The role of community-based health insurance within the health care financing system: A framework for analysis », dans *Health Policy and Planning,* Vol. 19, n° 3, p. 147–158.

Bennis, W. 1993. *Beyond bureaucracy: Essays on the development and evolution of human organization* (San Francisco, CA, Jossey Bass Wiley).

Bester, H., Chamberlain, D., Hawthorne, R., Malherbe, S., Walker, R. 2004. « Making insurance markets work for the poor in South Africa », étude de définition (Johannesburg, Genesis Analytics).

Brown, W. ; Churchill, C.F. 1999. *Providing insurance to low income households – Part I: A primer on insurance principles and products* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.).

—; —. 2000. *Providing insurance to low income households – Part II: Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.)

—; **Green, C. ; Lindquist, G.** 2000. *A cautionary note for microfinance institutions and donors considering developing microinsurance products* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.), sur : www.usaidmicro.org/pdfs/mbp/a_cautionary_note_for_microfinance_institutions.pdf.

Burke, W.W. 1992. *Organization development: A process of learning and changing* (Reading, MA, Addison-Wesley), 2e édition.

Busse, R. 2002. « Role of subsidies in microinsurance: Closing the 'recovery gap' », dans D. M. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, Banque mondiale ; Genève, OIT), p. 277–291.

Carrin, G. 2002. « Social health insurance in developing countries: A continuing challenge », dans *International Social Security Review*, Vol. 55, n° 2.

Centre for Micro-Finance (CMF) 2005. *Fifth Semi-Annual Report on Pilot Testing of Micro-insurance Services to Poor Clients of MFIs in Nepal (Kathmandu)*, fév.

Centre International de Développement et de Recherche (CIDR). 2003. *Programme expérimental d'assurance maladie du GRET au Cambodge – Mission d'évaluation* (Autrêches), juillet 2005.

Chamberlain, D. ; Smith, A. ; Walker, R. 2006. *Distribution of insurance through retail outlets: South African case study* (Johannesburg, Genesis Analytics).

Chemonics. 2006. « Catching the technology wave: Mobile phone banking and text-a-payment in the Philippines », sur : http://www.chemonics.com/projects/content/GCash.pdf.

Churchill, C. 2005. « What is microinsurance? », présentation lors de la Conférence sur la micro-assurance de la Fondation Munich Re et du Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, Schloss Hohenkammer, Allemagne, oct.

—; **Liber, D. ; McCord, M. J. ; Roth, J.** 2003. *Making insurance work for microfinance institutions: A technical guide to developing and delivering microinsurance* (Genève, OIT).

—; **Pepler, T.** 2004. *TUW SKOK, Pologne*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 2 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—; **Frankiewicz, C.** 2006. *Making microfinance work: Managing for improved performance*, (Genève, OIT).

Cohen, M. ; McCord, M. J. ; Sebstad, J. 2003. *Reducing vulnerability: Demand for and supply of microinsurance in East Africa* (Nairobi, MicroSave-Africa).

—; Sebstad, J. 2005. « Reducing vulnerability: The demand for microinsurance », dans *Journal for International Development*, Vol. 17, Publication 3, p. 397–474.

Concertation. 2004. « Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : synthèse des travaux de recherche dans 11 pays » (Dakar, La Concertation).

Consultative Group to Assist the Poor (CGAP- Groupe consultatif d'assistance aux pauvres) Groupe de Travail sur la Micro-assurance. 2003. « Preliminary donor guidelines for supporting microinsurance », ébauche, 8 oct. 2003, sur : www.microfinancegateway.org/files/13836_Draft_Donor_Guidelines.pdf.

—. 2004. *Building inclusive financial systems: Donor guidelines on good practice microfinance* (Washington, DC.), sur : www.cgap.org/docs/donorguidelines.pdf.

Cook, T. ; équipe du CGAP. 2005. « Maximising aid effectiveness in microfinance », Donor Brief n° 22 (Washington, DC, CGAP), sur : www.cgap.org/docs/DonorBrief_22.pdf.

Co-operators Group, Ltd. 2005. Board of Directors Manual (Canada).

Criel, B. ; Aïssatou, N.B. ; von Roenne, F. 2002. *Le projet PRIMA en Guinée Conakry : Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (Bruxelles, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT).

DeFilippis, J. 2001. « The myth of social capital in community development », dans *Housing Policy Development*, Vol. 12, n° 4, p. 781–806.

Dercon, S. (ed.). 2005. *Insurance against poverty* (Oxford, Oxford University Press).

Derriennic, Y. ; Wolf, K. ; Kiwanuka-Mukiibi, P. 2005. *An assessment of community-based health financing activities in Uganda* (Bethesda, USAID/PHRplus).

Department for International Development/ Financial Deepening Challenge Fund (DFID/FDCF). 2004. *Support for development of pro-poor insurance*, Papier thématique n° 2, mai.

Develtere, P. ; Doyen, G. ; Fonteneau, B. 2004. *Micro-insurance and health care in developing countries* (Leuven, CERA Foundation).

Dixon, A. ; Langenbrunner, J. ; Mossialos, E. 2002. « Facing the challenges of health care financing », notes préparées pour la Conférence de USAID « Ten Years of Health Systems Transition in Central and Eastern Europe and Eurasia », Washington, DC, juillet.

Dkhimi, F. 2005. *Les mutuelles de santé : Une piste de solution à la crise du secteur sanitaire africain. Le cas du projet CIDR en Tanzanie*, Mémoire de DESS Développement (Coopération et Action Humanitaire), Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.

Dror, D. 2001. « Reinsurance of health insurance for the informal sector », dans *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* (Genève), n° 79, p. 672–678.

—; **Jacquier, C.** 1999. « Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded », dans *International Social Security Association Review* (Genève), Vol. 52, n° 1, janv.–mars, p. 71–97.

—; **Preker, A.** (eds.). 2002. *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, Banque mondiale ; Genève, OIT).

— ; **Armstrong, J.** ; **Kavalakonda, V.** 2005a. « Why micro health insurance units cannot forego reinsurance », dans *Journal of Insurance and Risk Management*, Vol. IV, n° 07, p. 2–29.

—; **Soriano, E. et al.** 2005b. « Field based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by micro health insurance units in Philippines », dans *Health Policy*, Vol. 73, Publication 3, 8 sept., p. 263–271.

Dülfer, E. 1995. *Betriebswirtschaftslehre der Genossenschaften und vergleichbarer Kooperative* (Göttingen), 2nde édition.

Enarsson, S. ; Wirén, K. 2005. *MUSCCO, Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawi*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 8 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—; —. 2006. *ALMAO et YASIRU, Sri Lanka*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 21 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Eschenburg, R. 1972. « Genossenschaftstheorie als Konflikttheorie », dans E. Boettcher (ed.): *Theorie und Praxis der Kooperation: Schriften zur Kooperationsforschung* (Tubingen), A. Études, Vol. 3, p. 55–71.

Esman, M. ; Uphoff, N. 1984. *Local organizations: Intermediaries in rural development* (Ithaca, NY ; Londres, Cornell University Press).

Farr, J. 2004. « Social capital: A conceptual history », dans *Political Theory*, Vol. 32, n° 1, p. 6–33.

Fernando, N. 2004. *Micro success story? Transformation of nongovernmental organizations into regulated financial institutions* (Manille, ADB).

Financial Diaries. 2005. « Investigating the financial lives of the poor » (Johannesburg, FinMark Trust), sur : www.financialdiaries.com.

Financial Sector Charter. 2003 (Afrique du Sud).

Financial Services Board. 2003. Insurance Amendment Act, 2003 (Afrique du Sud).

FinMark Trust. 2006. « Preliminary principles for expanding consumer financial literacy in South Africa », sur : www.finmark.org.za/ documents/ 2006/ FEBRUARY/C_CFinLit.pdf.

Fischer, K. ; Sissouma, I. ; Hathie, I. 2006a. *L'Union Technique dela Mutualité Malienne, Mali*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 23 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

— ; **Hathie, I., Sissouma, I.** 2006b. *Mutual health insurance, CRMST, Senegal,* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 24 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Fokoma, F. 2004. « Assessment of the demand for microinsurance products in Sri Lanka: Microinsurance a safety net in risky waters. Documentation of the progress and development of Yasiru Mutual Provident Society. Une initiative de micro-assurance de l'ONG srilankaise SLPSM, de la Fondation Rabobank et d'Interpolis » (Fondation Rabobank : Columbo/Utrecht), mimeo.

Fonteneau, B. 2004. *Les défis des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest : cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité* (Bruxelles, VLIR-DGIS).

Fonteneau, B. et al.. 2004. *Processus d'appui à la dynamique de développement des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest*, Programme STEP-OIT, Working Paper (Genève).

Galland, B. 2005a. « Contribution des ménages a faibles revenues pour la micro assurance maladie » (CIDR). Ébauche.

—. 2005b. « Micro insurance management mutual health organizations: Operational issues », présentation lors de la Conférence sur la micro-assurance de la Fondation Munich Re et du Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance, Schloss Hohenkammer, Allemagne, oct.

Garand, D. 2005. *VimoSEWA, Inde,* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 16 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Gautier, B. ; Boutbien, A. ; Galland, B. 2005. *L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière, Guinea*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 17 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Genesis Analytics. 2005. *A regulatory review of formal and informal funeral insurance markets in South Africa* (Johannesburg, FinMark Trust).

Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ). 2005. *Social health insurance: A contribution to the international development policy debate on universal systems of social protection*, Discussion Paper, Division 4300, Health, Education and Social Protection, Sector Project « Systems of Social Protection », Eschborn, nov.

—; **Organisation internationale du Travail (OIT) ; Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** 2005. « Evaluation report – PhilHealth organized Group Interface (POGI) » (Genève).

Goodwin-Groen, R. 2003. *The 7 C's for improving technical service delivery to microfinance institutions* (Washington, DC, SEEP Network).

—; **CGAP (équipe du) ; Ritchie, A.** 2005. « Building capacity for retail microfinance », Donor Brief n° 24 (Washington, DC, CGAP), sur : www.cgap.org/docs/DonorBrief_24.pdf.

Guérin, O. 2006. *AssEF, Bénin* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 20 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Hanel, A. 1992. *Basic aspects of cooperative organizations and cooperative self-help promotion in developing countries* (Marbourg).

Herrera, C. ; Miranda, B. 2004. *Columna, Guatemala,* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 5 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Holst, J. 2005a. *Health microinsurance: A comparison of four publicly run schemes, Amérique Latine,* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 18 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—. (ed.). 2005b. *Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS – Atuais desafios e perspectives dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe / Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA – Actuales desafíos y perspectives de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe* (Eschborn/Brasilia, GTZ/PAHO/ILO/ Ministério de Saúde).

Huber, G. ; Hohmann, J. ; Reinhard, K. 2003. *Mutual health organizations (MHO) – five years experience in West Africa: Concerns, controversies and proposed solutions* (Eschborn, GTZ, Division 4300, Health, Education, Social Security – Social Health Insurance in Developing Countries).

Autorité de promotion et de réglementation des assurances (IRDA) 2002. *Insurance Regulatory and Development Authority* (Obligations of Insurers to Rural Social Sectors) Regulations (Hyderabad).

—. 2005. *Insurance Regulatory and Development Authority, Microinsurance Regulations* 2005, IRDA/MI/3/2005 (Hyderabad).

Banque Interaméricaine de Développement (BID). 1999. *Domestic violence against women*, Note technique n° 7 (Washington, DC).

Alliance Internationale pour l'Extension de la Protection Sociale. 2005. *The Geneva Consensus* (Genève).

Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF). 2005. *Lessons learnt the hard way,* Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 6 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Organisation internationale du Travail (OIT). 2000. *World Labour Report: Income security and social protection in a changing world* (Genève).

—. 2001. *Social security: A new consensus* (Genève).

—. 2002a. *Decent work and the informal economy*, Rapport VI, Conférence internationale du Travail, 90ème Session (Genève).

—. 2002b. *Women and men in the informal economy: A statistical picture*(Genève).

—. 2002c. *Social security: Standards for the XXIst Century* (Genève, Départements des normes internationales du travail de l'OIT).

—. 2003/2004. *Consolidated database of the inventories of microinsurance schemes* (Genève, OIT/STEP).

—. 2004. India: *An inventory of microinsurance schemes* (Genève, OIT/STEP).

— 2005a. *Community-based schemes. India: An inventory of microinsurance schemes* (Genève, OIT/STEP).

—. 2005b. *Social protection as a productive factor*, papier de l'organe de gouvernance, Commission de l'emploi et de la politique sociale, 294ème Session (Genève).

—. 2006a. *The end of child labour: Within reach.* Rapport mondial dans la lignée de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail 2006, Conférence internationale du Travail, 95ème Session (Genève).

—. 2006b. *Changing the paradigm: Social security as global social investment* (Genève, Département de la sécurité sociale de l'OIT).

— (OIT/STEP) ; GTZ. Forthcoming. *The role of micro-insurance as a tool to face risks in the context of social protection.*

Jakab, M ; Krishnan, C. 2004. « Review of strengths and weaknesses of community financing », dans A.Preker and G. Carrin: *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing* (Washington, Banque mondiale).

Jamison, D. ; Breman, J. ; Measham, A. ; Alleyne, G. ; Claeson, M. ; Evans, D. ; Jha, P. ; Mills, A. ; Musgrove, P. (eds.). 2006. *Priorities in health* (Washington, DC, Banque mondiale), sur : http://media.worldbank.org/secure/dcpp/pdf/complete.pdf.

Jütting, J. 2002. *Social risk management in rural areas of low-income countries: An economic analysis of community-based health insurance schemes* (Bonn, Université de Bonn, Faculté d'agriculture).

—. 2003. « Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from rural Senegal », dans *World Development*, Vol. 32, n° 2, p. 273–288.

Kasten, E. 2004. « Agriculture and agricultural insurance », présentation à ICMIF Agricultural Insurance Network, Tunis, Tunisie.

Kiwara, M. ; Fungu, H. 2005. « Microfinance in micro health insurance schemes: Experiences from Tanzania », dans *Journal of Insurance and Risk Management*, Vol. IV, n° 7, déc.

Kovan, R. 2006. *Strategies for unions to provide benefits and financial services to workers: case studies from the US experience*, Working Paper Programme Finance et Solidarité (Genève, OIT).

Laidlaw, A.F. 1974. « The cooperative sector: Intersectoral relationships – Applying the cooperative sector concept in different countries and economic systems », présentation à un institut de leadership, Université du Missouri.

Latortue, A. ; Cohen, M. ; McCord, M. ; Churchill, C. ; équipe du CGAP. 2003. « Micro-assurance: A risk management strategy", Donor Brief n° 16 (Washington, DC, CGAP), sur : www.cgap.org/docs/DonorBrief_16.pdf.

Leach, J. 2005. « The regulator's dilemma », présentation lors de la Conférence sur la micro-assurance de la Fondation Munich Re et du Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance, Schloss Hohenkammer, Allemagne, oct.

Leftley, R. 2002. *An overview of insurance product design within the opportunity international network*, Opportunity International, Technical Services Division (mimeo).

—. 2005. *Technical assistance for the promotion of microinsurance: The experience of Opportunity International*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 11 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Manje, L. 2005. *Madison Insurance, Zambie*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 10 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Manski, C. 2000. « Economic analysis of social interactions », dans *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 14, n° 3, Été, p.115–136.

Matul, M. 2004. *Understanding demand for micro-insurance in Georgia* (Varsovie, Microfinance Center).

—. 2006. *Market for microinsurance in Ukraine: Low-income households needs and market development projections* (Varsovie, Microfinance Center).

—; **Tounitsky, V.** 2006. « The market for micro-insurance in Ukraine » (Varsovie, Microfinance Center) ébauche.

Mayoux, L. 2005. *Microinsurance Newsletter* (Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance), n° 7, juin.

McCord, M.J. 2000. « Microinsurance: A case study of an example of the mutual model of microinsurance provision, UMASIDA » (Nairobi, MicroSave).

—. 2001. *Microinsurance: A case study of an example of the provider model of microinsurance provision: GRET, Cambodia* (Nairobi, MicroSave).

—. 2004. *An example of systematic new product development for life microinsurance*, MicroInsurance Centre Briefing Note n° 4.

—. 2005. « Microinsurance: Sustainable risk management for the low income market », papier présenté lors de la Conférence sur le développement du secteur financier, 23–24 juin.

—; **with Mutesasira, L ; Mukwana, P ; Sekiranda, A.** 2000. *Microinsurance in Uganda: A case study of an example of the partner-agent model of microinsurance provision – AIG/FINCA Ouganda–Group Personal Accident Insurance* (Nairobi, MicroSave).

—. **Hashemi, S. ; Isern, J.** 2001. *Microinsurance: A case study of an example of the full service model of microinsurance provision, Self-Employed Women's Association* (SEWA – Inde) (Nairobi, MicroSave).

—; **Buczkowski, G.** 2004. *CARD MBA, Philippines*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 4 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—; **Churchill, C.** 2005. *Delta Life, Bangladesh*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 7 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—; **Botero, F. ; McCord, J.S.** 2005a. *AIG Uganda: A member of the American International Group of companies*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 9 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—; **Ramm, G. ; McGuinness, E.** 2005b. *Microinsurance demand and market prospects: Indonesia. PNUD-GTZ-Allianz Group* (The Microinsurance Centre) mimeo.

Mekong Economics Ltd. 2003. *The demand for risk managing financial services from poor women in rural areas: The case of Vietnam* (Hanoi, OIT), rapport final.

Microfinance Information eXchange (The MIX). www.mixmarket.org visible depuis le 21 avril 2006.

MicroSave Briefing Note n° 6. (non daté). « The relative risks to the savings of poor people », sur : www.microsave.org.

Millinga, A. 2002. *Assessing the demand for microinsurance in Tanzania* (Nairobi, MicroSave-Afrique).

Morduch, J. 2006. « Microinsurance: The next revolution? » dans A. Banerjee, R. Benabou and D. Mookherjee (eds.): *What have we learned about poverty?* (Oxford, Oxford University Press).

Fondation Munich Re ; Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance ; Organisation internationale du Travail (OIT). 2006. *Rapport résumé de « Making Insurance Work for the Poor: Current Practices and Lessons Learnt »*, présenté lors de la Conférence sur la micro-assurance de 2005 organisée par la Fondation Munich Re et le Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance à Munich, Schloss Hohenkammer, Allemagne, 18–20 oct. 2005.

Musau, S.N. 1999. *Community-based health insurance: Experiences and lessons learned from East Africa* (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

Neumann, M. 1973. « Konflikt- oder Harmonietheorie der Genossenschaften », dans *Zeitschrift für das gesamte Genossenschaftswesen*, Vol. 23, n° 1, p. 46–62.

Newbrander, W. ; Brenzel, L. 2002. « Creating a favorable market environment for microinsurance at the community level », dans D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, Banque mondiale ; Genève, OIT), p. 303–312.

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). 2004. *Principles of corporate governance* (Paris).

Pérez, I. 1999. *Estudio de caso: Regimen subsidiado de salud, empresa solidaria de salud « Co-Esperenza »* (Boyaca, Colombie, OIT/STEP).

Piron, L. 2004. *Rights-based approaches to social protection* (Londres, ODI).

Porteous, D. 2004. *Making financial markets work for the poor* (Johannesburg, FinMark Trust).

Portes, A. 1998. « Social capital: Its origins and applications in modern sociology », dans *Annual Review of Sociology*, Vol. 24, p. 1–24.

Prahalad, C. K. 2005. *The fortune at the bottom of the pyramid: Eradicating poverty through profits* (Upper Saddle River, NJ, Wharton School Publishing).

Preker, A ; Carrin, G. 2004. *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing* (Washington, DC, Banque mondiale).

Putnam, R. D. 1995. « Bowling alone: America's declining social capital », dans *Journal of Democracy*, Vol. 6, n° 1, janv., p. 65–78.

Radermacher, R. ; van Putten-Rademacher, O. ; Müller, V. ; Wig, N. ; Dror, D. 2005a. *Karuna Trust, Karnataka, India*, Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance : les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 19 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—; **Wig, N. ; van Putten-Rademacher, O. ; Müller, V. ; Dror, D.** 2005b. *Yeshasvini Trust, Karnataka, India*, Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance : les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 20 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Ranson, M. ; Bennett, S. 2002. « Role of central governments in furthering social goals through microinsurance units », dans D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, Banque mondiale ; Genève, OIT), p. 245–266.

Reinmuth, D. ; Weihe, T. ; James, C. 1990. *Insuring development: Through popular-based insurance* (Washington, DC, North American Association of the International Cooperative Insurance Federation et US Overseas Cooperative Development Committee).

Revathy, L. N. 2006. « Sankat Haran policy only on IFFCO, IPL products », dans *The Hindu*, janv.

Rodríguez, M. ; Miranda, B. 2004. *ServiPerú, Peru*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 1 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Roth, J. 1995. « Silence is golden for insurance sharks », dans *Mail and Guardian* (Afrique du Sud), 3 fév.

—. 2002. *Informal micro-finance schemes: The case of funeral insurance in South Africa*, Working Paper Finance et Solidarité OIT n° 22 (Genève, OIT).

—; **Athreye, V.** 2005. *TATA-AIG Life Insurance Company Ltd., India*, Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance: les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 14 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

—; **Churchill, C. ; Ramm, G. ; Namerta.** 2005. *Microinsurance and microfinance institutions: Evidence from India*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 15 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Rutherford, S. 2000. *The poor and their money* (New Delhi, Oxford University Press).

Scheil-Adlung, X. 2004. *Indonesia: Advancing social health protection for the poor*, Joint UNSFIR/OIT Jakarta Working Paper, UNSFIR Working Paper Series, n° 04/01 (Jakarta).

Schinzler, H. 2005. « Welcome address to the 2005 Microinsurance Conference, Munich, 2005 », présentation lors de la Conférence sur la micro-assurance de la Fondation Munich Re et du Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance, Schloss Hohenkammer, Allemagne, oct.

Sebageni, G. 2003. *Assessing the demand for microinsurance in Tanzania* (Nairobi, MicroSave-Afrique).

Sebstad, J. ; Cohen, M. 2001. *Microfinance: Risk management and poverty* (Washington, DC, CGAP).

—; —; **McGuinness, E.** 2005. *Guidance for research on the demand for microinsurance* (Washington, DC, Microfinance Opportunities), ébauche.

Siegel, P. ; Alwang, B. J. ; Canagarajah, S. 2001. *Viewing microinsurance as a social risk management instrument*, Social Protection Discussion Paper Series, n° 116 (Washington, DC, Banque mondiale, Social Protection Unit, Human Development Network).

Simkhada, N. ; Guatam, S. ; Misha, M. ; Acharya, I. ; Sharma, N. 2000. *Research on risk and vulnerability of rural women in Nepal* (Katmandu, Népal, Center for MicroFinance).

Smith, M. ; Melzer, I. 2004. *Towards a benchmark for access to life insurance in LSM 1–5* (Johannesburg, FinMark Trust).

Sobel, J. 2002. « Can we trust social capital? », dans *Journal of Economic Literature*, Vol. 40, p. 139–154.

South African Insurance Association (SAIA), Johannesburg, sur : www.saia.co.za.

Szubert, D. 2004. « Understanding the demand for microinsurance in Albania: Results of exploratory qualitative study » (Varsovie, Microfinance Centre) mimeo.

Tabor, S. R. 2005. *Community-based insurance and social protection policy* (Washington, DC, Banque mondiale, Institut de la Banque mondiale).

Thomas, G. E. 2004. « Care or cure: Loss prevention in health insurance », une présentation au Tariff Advisory Committee lors de l'International Actuarial Association, Health Section Colloquium, Dresde, Allemagne.

Tran, N. ; Yun, T. S. 2004. *TYM's Mutual Assistance Fund, Viet Nam*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 3 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Tremblay, C. ; Quirion, M. ; Langlois, S. ; Klutzé, F. 2006. *MAFUCECTO, Togo*, Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance, les bonnes et les mauvaises pratiques étude de cas n° 25 (Genève, Programme Finance et Solidarité OIT).

Tuladhar, J. 2003. « Health micro-insurance Schemes – towards gender equality », note présentée lors de l'atelier régional de formation des formateurs OIT/STEP, New Delhi, oct.

Uldrich, J. ; Newberry, D. 2003. *The next big thing is really small: How nanotechnology will change the future of your business* (Crown Business Briefing Series).

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). 2000. *Domestic violence against women and girls* (Florence, Innocenti Research Centre).

Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED). 1977. *Cooperative insurance: A suitable form of insurance for developing countries, study* (TD/B/C.3/138).

—. 2003. *Selected issues in corporate governance: Regional and country experiences* (Nations Unies, New York et Genève).

Van Bastelaer, T. 2000. *Does social capital facilitate the poor's access to credit? A review of the microeconomic literature,* Social Capital Initiative Working Paper n° 9 (Washington, DC, Banque mondiale).

Vaté, M. ; Dror, D. 2002. « To insure or not to insure? Reflections on the limits of insurability », dans D. M. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, Banque mondiale ; Genève, OIT), p. 125–152.

Velasco, C. ; del Granado, A. 2004. « Resultados del Market Research para la programa financiera » (Bolivie, ProMujer) mimeo.

Vierheller, R. 1977. « Manager-Dominanz und Mitglieder-Motivation in der Genossenschaft », dans *Zeitschrift für das gesamte Genossenschaftswesen*, Vol. 27, n° 3, p. 199–222.

—. 1983. *Demokratie und Management – Grundlagen einer Managementtheorie genossenschaftlich-demokratisch verfaßter Unternehmen* (Gœttingue, Marburger Schriften zum Genossenschaftswesen), Vol. 59.

Weber, A. 2002. « Insurance and market failure at the microinsurance level », dans D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* (Washington, DC, Banque mondiale ; Genève, OIT), p. 204–222.

Which.co.uk, « UK endowment mis-selling », sur : http://www.which.net/endowmentaction/index.html.

Wiegandt, A. ; Van der Vennet, J. ; Diallo, A. ; Criel, B. 2002. « La perception des professionnels de santé de la MUCAS Maliando. La difficulté de l'approche partenariale », dans B. Criel et al. (eds.) : *Le projet PRIMA en Guinée Conakry : Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (Bruxelles, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT).

Woolcock, M. 1998. « Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework », dans *Theory and Society*, Vol. 27, n° 2, p. 151–208.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2004. *Social health insurance*, rapport du Secrétariat, Conseil exécutif 115e Session, élément du Planning prévisionnel 4.5, 2 déc.

— **Cambodge**. 2003. *Social health insurance in Cambodia, proposal for a master plan*, préparé en collaboration avec le Ministère de la Santé, Cambodge, et l'OMS Cambodge.

Index

Remarque : les numéros de page en italique indiquent les tableaux, illustrations ou encadrés. La lettre a accolée à un numéro de page annonce une entrée d'annexe. Un numéro en indice renvoie à une note de bas de page. Les termes « assurance », « assureurs », etc. font référence à la micro-assurance sauf indication contraire. Les termes tels que « micro-assurance », etc. sont employés lorsqu'une précision est nécessaire.

AAC/MIS (Americas Association of Cooperative/Mutual Insurance Societies) 631, 639-41
abandons *voir* défauts de paiement ; résiliations
accessibilité
  micro-assurance 42-3
  réassurance 614-7
  systèmes financiers 558-9
accessibilité financière de l'assurance *voir* primes
actifs
  assurance des 7, 9, 359-61, 503-4, 507, 533
  diversification 379
  risques sur les 29-30, *36*, 149, 294-6
  vente d' *36*, 38
actionnaires 334-6
activation (clients) 216-20
Activists for Social Alternatives (ASA) 6-7, 692*a*
  assurance pour les femmes 160
  assurance-vie plutôt que protection des prêts *129-30*
  auto-assurance 521
  coûts administratifs 419-20
  collecte des primes 231
  marketing 219
  modèle partenaire-agent 180-1, 411-2, 416-7, 419-21, 423, 606
  personnel 310
  traitement des déclarations de sinistre 416
  voir également Inde
actuaires 272-89
  automatisation des processus *678*
  besoins en données 273-80
  conception du produit *627*
  développement 675
  exigences réglementaires 565
  geste vers la micro-assurance 631-2
  méthodes de tarification 280-8
  modélisation 288-9
  outils commerciaux *674-5*
  risque de tarification 291-4
  tarification selon la statistique *627-8*
  voir également assistance technique
gestion bilantielle (ALM) 303-4
adhésion facultative (organismes de mutuelle santé) 434
adhésions (systèmes d'assurance) *6, 8*
Africa Re (Société africaine de réassurance) *597*
African Life 180, 186
Afrique
  assurance maladie 60
  organismes de mutuelle santé *voir* organismes de mutuelle santé
  voir également régions et pays individuels
Afrique du Sud 46-7, *639-40*
  organismes de mutuelle santé *voir* organismes de mutuelle santé
  voir également pays individuels
Afrique du Sud
  assurance obsèques *39, 39, 236-7, 560,* 570, 574-5
  assurance-vie 197
  cadre réglementaire 570, 574-5
  couverture 43-4
  demande d'assurance 49
  détaillants comme distributeurs d'assurance 500-15
  emploi informel 57
  collecte des primes 180, *236-7*
  études FinScope *549*
  gestion des risques 37
  marketing *209*
  polices mixtes 112, *119*, 120
  systèmes informels *560*
  tiers opérateurs de services 490-1
âge
  exclusion 175

taux différentiels 139-40
agences de coopération technique 632-4
agents (individuels) *voir* personnel
agents (organismes) *voir* modèle partenaire-agent
agrémentation 567-8
Agriculture and Rural Development Center of Catanduanes, Inc. (ARDCI) *628*
Ahmed, Mosleh Uddin 694*a*, 697-8*a*, 703*a*, 710*a*
Ahmed, Nabil 694*a*, 697-8*a*, 703*a*
aide *voir* bailleurs de fonds
AIG (American International Group) *voir* American International Group Ouganda ; Tata-AIG Life Insurance Company
AIMS (système automatisé de gestion d'assurance) *675*
ajustement
coûts administratifs 26, *103*, 418-21
primes 101-2
sinistres (liquidation) 265-6
voir également tarification
Albanie 38, 46
Aldagi Insurance 189, 253, 415
All Lanka Mutual Assurance Organization (ALMAO) *6-7*, 693*a*
assurance pour les femmes et les enfants 154-5
assurance-vie 134-7, 154-5, 190
cadre réglementaire *585*
paquet de prestations 181, 186
formalisation *562*
gestion de placements 295
modèle de réseau coopératif 385, 388-9, 394-6
personnel 321
plafonnement des prestations 647-8
polices mixtes 113-4
primes 121, 191, 231
réassurance 607
voir également Sri Lanka
risque moral 76-7, 88-9
voir également antisélection ; fraude
Alliance Internationale pour l'Extension de la Protection Sociale 55-6
Alliance Santé 443-6, 455
Allianz 13
ALM (gestion bilantielle) 303-4
ALMAO *voir* All Lanka Mutual Assurance Organization
Almeyda, Gloria 697*a*, 710*a*
allocation de maternité 22, 153-4
American International Group (AIG) *voir* American International Group Ouganda ; Tata-AIG Life Insurance Company
American International Group Ouganda (AIG Ouganda) *6-7*, 692*a*
assurance collective 172-3
assurance pour la protection des prêts 132-3
assurance-vie 189
cadre réglementaire *568-9, 570*
couverture 44
collecte des primes 232, 244, 415
garantie décès et invalidité accidentels *570*
gestion financière 303
indicateurs de performance *378, 381*
modèle partenaire-agent 414, 421-2
personnel 219-20$_4$, 318-9, *568*, 607
polices mixtes 117
souscription 414
structuration de la micro-assurance au sein de l'organisme 311-2
traitement des déclarations de sinistre 252, 254, 257-8, 262-3, 265-6
voir également Malawi ; Tanzanie ; Ouganda
Americas Association of Cooperative/Mutual Insurance Societies (AAC/MIS) 631, 640-1
AMP-Sanmar *420-1, 606*
antisélection 193
assurance maladie 77-9, 193
assurance-vie 137-40, 193
voir également fraude ; informations, personel ; risque moral
appels (déclarations de sinistre) 221
approche de la micro-assurance basée sur le marché 16-22
inclusion 23-4
obstacles 20-2
approche RBC (fonds propres à risques) 577-8
approches (déclarations de sinistre) 252-3
ARDCI (Agriculture and Rural Development Center of Catanduanes, Inc.) *628*
Arisans *39*
Arogya Raksha Yojana 460
ASA *voir* Activists for Social Alternatives
ASCAs (associations d'épargne et de crédit accumulatifs) 40, 108$_3$
Asie 61-2
voir également pays individuels
AssEF *voir* Association d'Entraide des Femmes
assistance de conformité (réassurance) 603
assistants personnels (PDA) *679-80*
Association coopérative canadienne (CCA) 633
associations d'action sociale *36*, 38-40
Association d'Entraide des Femmes (AssEF) *6-7*, 693*a*
antisélection 78
apport d'informations 91
assurance pour les femmes 153
assurance maladie *103*, 530-2, *674*
auto-assurance 484, 532
déclarations de sinistre *103, 276-7*
gestion financière 306
marketing 203, 213
modèle de réseau coopératif 385, 396
performances *374, 378, 381*, 532
prestations ciblées 648-9
primes 240-1

tickets modérateurs *195*
voir également Bénin
associations d'épargne et de crédit accumulatifs (ASCA) 40
associations (assurance) *voir* fournisseurs
associations professionnelles 553
assurance à court terme 530
assurance accidents 7, 9, 135-6
assurance bétail 9, *30,* 210-1, *526-7*
assurance collective 25, 171-3, 179-80
volontaire 172-3
obligatoire 174-2
voir également couverture familiale
assurance d'entreprise 532-3
assurance de portefeuille 603
assurance décès du conjoint *voir* femmes
assurance-dépôts (assurance d'entreprise) 534
assurance des biens *voir* actifs
assurance fidélité (personnel) 533
assurance volontaire
assurance collective 172-3, 197
détaillants comme distributeurs 507-11, 513
lié à l'épargne et au crédit 134-40, 142-3
assurance hospitalisation *7, 9,* 137, 157
voir également assurance maladie
assurance individuelle 174
assurance invalidité *7, 9,* 135-6
associée à la protection des prêts *132*
déclarations de sinistre 259
modèle de réseau coopératif *396*
protection sociale 22-3
risque 29-30
voir également garantie décès et invalidité accidentels ; assurance maladie
assurance libérée 191
assurance liée à l'épargne 123-4, 125-6, 140-2
assurance d'achèvement d'épargne 114-5
auto-assurance 36-7
collecte des primes 9, 140-1, 144-5, 394, 395, *396*
assurance vie-épargne 9, 140-1, 144-5, 394, 395, *396*
volontaire vs obligatoire 142-3
obstacles à l' 106-9
optimisation des systèmes 143-4
polices mixtes *voir* polices mixtes
produits d'épargne contractuelle 115-7
remboursements 191
rentes viagères 109-12
tarification 281-6
voir également assurance liée au crédit ; institutions de micro-finance
assurance liée au crédit 125-40, 145-6
assurance liée au prêt *voir* assurance liée au crédit
assurance obligatoire 142-3
assurance collective 171
marketing 142-3, 222-4
modèle partenaire-agent 424
assurance obligatoire *voir* assurance obligatoire-Confederation Life *375*
assurance obsèques *7, 9*
assurance informelle *36,* 38-40, 262-3, 560
associée à la protection des prêts 130-2
couverture familiale 134-6
détaillants comme distributeurs 507-8
exigences réglementaires 571, 574-5
modèle de réseau coopératif *396*
primes *236-7*
prix abordable *41*
protected cell companies *486-7*
traitement des déclarations de sinistre 264-5
voir également assurance-vie
assurance récolte 60
assurance maladie *7, 9,* 73-105, 458-82
amélioration de la qualité 684-5
assurance d'entreprise 533
assurance hospitalisation *7, 9, 137, 157*
auto-assurance 532
associée à la protection des prêts 133
couverture 59, 83, 95, 196-8
définition 74
déclarations de sinistre 96-7, *103*
atténuation des sinistres 359-60
contrôles 88-9, 193-6, 268-9, 655
fraude 77, 87, 268-9, 589-90
prévention des sinistres 349-59, 361-4
processus de règlement 349-59, 361-4
surveillance 278-9
tarification 287
détaillants comme distributeurs 503-4
éducation des consommateurs 91-4, 99-100, 349-58, 586-7
effet positif de l'assurance maladie 60-2
effet positif sur les soins de santé 60-2
enfants *85-6,* 148-9, 154, 160-1
établissements 587-9
externalisation 490-3
fabrication du produit 75-91, 474-6, *479*
risque moral 76-9, 88-9
antisélection 76-9, 193
paquet de prestations 80-4
étude sur la demande 80
fraude 77, 87, 276-9
groupe cible 79-80
prestataires de soins de santé 84-7
tarification 89-91, 275-8, 278-8
femmes *85-6,* 148-50, 153-4
fraude/corruption 589-90
gestion des risques 80-4, 88-9, 103-4, 148-9, 193-6, 267-9, 655-6
gouvernance 344, 345-8
informations personnelles 94-5, 287, 462-4
institutions de micro-finance 530-2
liens 66
logiciel *674-5*
modèle agent-partenaire 425-6, 459-64, *479-80, 530-2*
conception du produit 474, *479*
conflits d'intérêts 459-64, 474, 476-7, *480*

marketing 476-7, *479*
service après-vente du produit 476-7, *479*
tiers opérateurs de services 460-1, *461-2*
modèle basé sur la communauté 470-3, *479-80*
conception du produit 474-6, *479*
conflits d'intérêts 61, 474-6, 477, *480*
définition 433
marketing 476-7, *479*
organismes de mutuelle santé *voir* organismes de mutuelle santé
service après-vente du produit 477, *479*
viabilité 478, *479*
modèle d'assurance solidaire 458, 464-7, *479-80*
conception du produit 474, *479*
conflits d'intérêts 464-7, 474, 478, *480*
modèle de réseau coopératif *398*
modèle déterminé selon le prestataire *459,* 467-70, *479-80,* 530
conception du produit 474-6, *479*
conflits d'intérêts 474-6, 477, *480*
marketing 476-7, *479*
service après-vente du produit 477, *479*
organismes de mutuelle santé *voir* organismes de mutuelle santé
primes 89-90, 96, 102
protection sociale 23
réassurance 103-4, *103*
relations consommateurs 98-100
remboursement des dépenses 86
sensibilisation à, promouvoir la 349-58
service après-vente du produit 96-100, 477, *479*
souscription 94-6
stratégies d'adaptation actuelles *36,* 41, 42
taux de renouvellement 98-9, *103*
viabilité 100-4, 478, *479*
voir également Micro-assurance maladie pour les femmes pauvres en milieu rural au Bangladesh
voir également assurance invalidité ; maladie soins de santé
assistance technique (AT) 623-41
agences de coopération technique 632-3
besoins en 624-5
compagnies d'assurance (principales) 630-2
développement du produit 625-7
développement organisationnel 627
facteurs clés 638-9
financement de l' 638-9
nouvelles organisations 625
organismes de développement/sociétés de conseils 633-5
partage des ressources 639-40
professionnels de l'assurance 631-2
réassurance 640-1
rôle de courtage 640-1
rôle des bailleurs de fonds 550-1, 553-4
sur le long terme, sur site 628
7 critères clés d'excellence 636-8
voir également actuaires
assurance-vie *7, 9*
antisélection 137-40, 193
assurance d'entreprise 533
assurance-vie de crédit *voir* assurance liée au crédit
assurance-vie à terme *7,* 115-7
au lieu de la protection des prêts 130
conception du produit 269-70
couverture 60, *137,* 156-7, 196-8
déclarations de sinistre 139, 189, 253-60, 270
détaillants comme distributeurs 503-4
collecte des primes 138
enfants (bénéficiaires) 154-5
étude sur la demande 138
femmes 41, 49, 154-5, *157,* 160-1, 188
gestion des risques 29-30, *36,* 193
hommes 188
paiement des indemnités 189-90, *262*
polices mixtes *voir* polices mixtes
prévention des sinistres 353-5, 361-4
tarification 281-6
taux différentiels 139-40
voir également garantie décès et invalidité accidentels ; assurance obsèques
assurance-vie à terme 115-7
assureurs *voir* prestataires
AT *voir* assistance technique
Athreye, Vijay 704*a*
Autorité de promotion et de réglementation des assurances (IRDA) 572-3, 606
auto-assurance
clients 36-8, *36*
prestataires 484-5, 521-5, 532
Aviva Insurance 262, 604-5

BAIF Fondation pour la recherche au service du développement 94, 460
Bajaj Allianz *420-1, 606*
BancoSol 17
Bangladesh 49, 60, *568, 679*
études de cas *voir* Comité pour le développement rural du Bangladesh ; Delta Life ; Grameen Kalyan ; Society for Social Services
voir également Grameen Bank
bas de la pyramide (BOP), marchés 17-20
bénéfices
distribution 305-7
pratique actuarielle 283-4
Bénin 443, *443, 445-6, 448, 455*
études de cas *voir* Association d'Entraide des Femmes
Bienestar Magisterial (BM) *6-7,* 79, 100, *355,* 694*a*
voir également El Salvador
BM *voir* Bienestar Magisterial
Bolivie 17, *30,* 96-7, 161-2, 679-80

études de cas *voir* Seguro Basico de Salud
bonne hygiène de vie, promouvoir une 354-5
BOP (bas de la pyramide), marchés 17-20
Botero, Felipe 692*a*, 697*a*, 710*a*
bouleversements et situations de stress 27-31, 34-42
voir également gestion des risques
Boutbien, Allan 705*a*
BRAC *voir* Comité pour le développement rural du Bangladesh
Bridge Foundation 530
BSF (Bureau des services financiers) 574
Buczkowski, Grzegorz 694-5*a*, 710*a*
budgets, avantages de la réassurance *601*
Bungwe 368-9
Bureau des services financiers (BSF) 574
Burkina Faso *435, 443*

cadres réglementaires 557-80
Afrique du Sud 571, 574-5
assurance informelle 559-62
barrières à la création d'institutions de micro-assurance 565-7
barrières à la distribution 567-70
barrières au niveau macro 571
défaut d'engagement avec la micro-assurance 562-4
développement 577-80, *668*, 682-4
en soutien aux femmes et aux enfants 162-3
favorables 555-6
favorisés par les gouvernements 584-6
fonction 557-8
Indie 572-4
Philippines *568-9,* 575-7
systèmes financiers accessibles 558-9
voir également gouvernements ; réglementations
Cambodge 68, 92-3, 175, 433
« Campagne mondiale sur la sécurité et la couverture sociale pour tous » (OIT) 57-8
campagnes d'adhésion 216-7
campagnes de prévention *voir* programmes de santé publique
Canada 298, *375*, 388, 633
capacité de primes (réassurance) 600-1, 610-1
capital *291,* 298, 565-6, 578
CARD Bank 229
CARD Mutual Benefit Association (CARD MBA) *6-7*, 694*a*
assurance collective/familiale 171, 186
assurance pour la protection des prêts 128, 131-2, 646
assurance pour les femmes 160
auto-assurance 521
charge fiscale 576
compagnie d'assurance propre 525
couverture 160
collecte des primes 121, 229
fonds de prévoyance 117
gestion financière 295, 298, 304-5, 379
gouvernance 339-40
indemnités décès accidentel 183
prestations progressives *198*
indicateurs de performance 368-9, *374*, 376, *378,* 378, *379*
marketing 224
personnel 315, 316, *320*
rentes viagères 109-12
traitement des déclarations de sinistre 188, 190, 252, 254, 259, 265, 267, 269
voir également Philippines
CARE International 411-2
cartes d'identification 95
catastrophes naturelles *voir* risques catastrophiques
CCA (Association coopérative canadienne) 633
Centre de recherche et de développement en agriculture *voir* CARD
Centre d'Innovations Financières (CIF) *639-40*
Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) 633
CETZAM *voir* Christian Enterprise Trust Zambie
Chamberlain, Doubell 711*a*
champions (membres du conseil) 332
Chatterjee, Arup 711*a*
chirurgie 650
Christian Enterprise Trust Zambie (CETZAM) *6-7*, 695*a*
assurance pour la protection des prêts *133*
durée de couverture 176
collecte des primes 227
marketing *214-5*
performance *421*
règlement des sinistres 488
voir également Zambie
Churchill, Craig 692*a*, 696*a*, 702*a*, 703*a*, 704-5*a*, *711a*
CIDR (Centre International de Développement et de Recherche) 633-4
CIF (Centre d'Innovations Financières) *639-40*
clients
activation 216-20
demande *voir* demande de micro-assurance
développement *668*, 669-72
données 94-5, 273-80, 287-8
informations personnelles 94, 275, 286, 463-4
messages marketing aux 201-7
modèle partenaire-agent 428-9
obstacles à l'assurance 20-2
protection *voir* cadres réglementaires
relations prestataires 98-9
sensibilisation *voir* éducation
utilisation des nouvelles technologies 678-70
clients *voir* consommateurs
Cocolife 188, *568-9*
Cohen, Monique 711*a*

Colombie 63
  étude de cas *voir* Equidad Seguros, La
Columna *6-7*, 695*a*
  assurance pour la protection des prêts 128
  assurance pour les femmes 158
  conception du produit 269
  éducation des consommateurs *48*
  collecte des primes 229
  indicateurs de performance *381*
  marketing 217
  modèle de réseau coopératif *385*, 392, 395-6, *396*, 405-6
  personnel 319
  plafonnement des prestations 647-8
  réassurance 608
  Special Life Plan 135, *137-8*
  traitement des déclarations de sinistre 257, 259, 269
  voir également Guatemala
Comité pour le développement rural du Bangladesh (BRAC) *6-7*, 694*a*
  MHIB *voir* Micro-assurance maladie pour les femmes pauvres en milieu rural au Bangladesh
  voir également Bangladesh
commission (agents)
  modèle partenaire-agent 418-20, 569-70
  individus 158, 219, 320-4, 496, 570
Compartamos 270
conception des produits *voir* conception du produit
conception du produit 166-92
  assurance maladie 474-6, *479*
  assistance technique 625-7
  couverture/éligibilité 170-5
  effet sur la tarification 285
  étude de marché *voir* étude
  examens actuariels *627-8*
  femmes et les enfants 152-3
  innovation des processus *19*
  intermédiaires indépendants 496-7
  prestations 80-4, 181-92
  primes 177-81
  traitement des déclarations de sinistre 269-70
concurrence 170
conditions de vie *20*
Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED) 329-30, *387-8*
Conférence internationale du Travail (2001) 57-8
confiance (message marketing) 206-7
consommateurs *voir* consommateurs
consommateurs d'un certain âge *voir* âge
Constanta Foundation 189, 415, 531-2
consultations prénatales *276-7*
contrats d'agence modifiés 488-9
contrôle des coûts 26, 655-8
  voir également tarification
contrôle des sinistres 349-65
  assurance maladie 349-60, 361-4
  atténuation 359-61
  définition 349
  éducation des consommateurs 349-58
  prévention 349-58, 656
    assurance maladie 349-58, 361-4
    assurance-vie 353-4, 361-4
    évaluation 361-4
    programmes 351-3, 356-8
  voir également gestion des risques
contrôleurs *voir* cadres réglementaires
Convention relative à la sécurité sociale (norme minimale), 1952 (N° 102) (OIT) 53_2
conventions, sécurité sociale (OIT) 53_2
Cooperative Insurance Services (Jamaïque) 393
coopératives
  définitions 384-6, 389-90
  évolution historique 125-6
  primes 237-8, *387-8*
  voir également coopératives individuelles ; organismes de mutuelle santé
coopératives (modèle de réseau) 384-407
  avantages 386-9, 402-6
  développement institutionnel 393-4, 397-400
  études de cas 344-8, 385, 391-3
    voir également études de cas individuels
  gouvernance 344-8
  inconvénients 158-9, 401-2
  produits 394-6
  structure 397-400
  voir également réseaux
coopératives d'épargne et de crédit (SACCO) *voir* coopératives
Coordination Régionale de Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST) *6-7*, 444, *445*, 696*a*
  voir également Sénégal
corruption 589-90
  voir également fraude
couverture 43-4
  approche basée sur le marché 23-4
  assurance collective 171-3
  assurance individuelle 173-4
  assurance maladie 60, 83, 94-5, 196-8
  assurance-vie 60, 138
  couverture familiale 160-1, 186-8
  couverture multirisque 183-4, 190
  durée de la 176-7
  enfants 159, 160-1, *161*
  étendue de l'inclusion 174-5
  étude de marché
  études de cas 6, 8
  femmes 160-1
  historique (données) 276-8
  protection sociale 22, 57-8
  règles 279
  voir également exclusions
couverture familiale 160-1, 186-8
  voir également assurance collective

couverture multirisque 183-4, 190
CRIG (Groupes d'assurance rurale communautaires) 494-6
CRMST (Coordination Régionale de Mutuelles de Santé de Thiès) *6-7*, 444, *445*, 696*a*
voir également Sénégal
CUNA Mutual 126, 340-2, 405, 607, 630

Damayan *39*
défauts de paiement 122-3, 178-9, 240-3, 282-3, *403-4*
déclarations de santé 94, 193
Delta Life *6-7, 696a*
assurance individuelle 178-9
assurance pour les femmes et les enfants 155, 157, 159-60
culture de la micro-assurance 325
défauts de paiement 122-3, *178-9, 403-4*
gestion financière 295, 306, 655
gouvernance 337-9
marketing 201-2, 210, 216-7, 219
modèle partenaire-agent 425
polices mixtes 112-3
traitement des déclarations de sinistre 249, 251, 253-4, 260-2, 268-9, *403-4*
demande de micro-assurance 27-50
attributs de produit 43-48
étude 32-3, 80, 138, 167-9, 549, 553-4, 625-6
gestion des risques 27-31, 34-42
déclarations de sinistre 247-71
appels 222
approche 251-3
assurance distribuée par les détaillants 504-5
assurance maladie *voir* assurance maladie
assurance-vie 139, 189, 253-60, 269-70
automatisation des processus *678*
conception du produit 269-70
contrats d'agence modifiés 488-9
contrôle *voir* gestion des risques
dépôt 139, 253-8
documentation 25, 254-6
durée 261-4, 301
externalisation 490-2
femmes 158, 189
fraude 77, 87, 267-69, 589-90
historique (données) 278-9
modèle de réseau coopératif *403-4*
modèle partenaire-agent 416, 518-20
paiements 189-90, 258-64
processus (résumé) 248-51
ratio des sinistres sur primes 376, *378*
rejets 254, 260-1, 326
répartition par sexe 189
respect des délais 46, 378
service après-vente 220-2
sociétés d'inhumation 263
spécifique à la micro-assurance 247-8, 326
surveillance 278-9, 361-2
tarification 287-8
tarification selon la statistique *627-8*
vérification 254-5, 264-5, 463-4
déclarations de sinistre rejetées *254*, 260-1, 326
demandeurs, manque de sélection 251-2
dépenses (pratique actuarielle) 284
dépôts (déclarations de sinistre) 253-8
déqualification (opérations de micro-assurance) *19*
développement (actuel) de la micro-assurance *voir* développement organisationnel ; conception du produit
développement (futur) de la micro-assurance 667-689
cadre réglementaire 682-4
conditions macro-économiques 685-7
données de gestion des risques 685-6
éducation des consommateurs 669-71
efficacité technologique 676-80
évolution des produits 671-3
modèles commerciaux 680-2
obstacles *668*
qualité des soins de santé 684-5
renforcement des capacités 673-5
risques catastrophiques 686-7
voir également viabilité
développement (pratique actuarielle) 250
développement économique 674-5
Développement International Desjardins (DID) *639-40*
développement organisationnel 308-27
culture de la micro-assurance 325-7
définition 308-9
formation du personnel 318-20
recrutement du personnel 313-8
rémunération du personnel 320-4
structuration de la micro-assurance au sein d'un organisme plus vaste 309-13
détaillants, distribution de l'assurance 500-15
assurance associée 503-7,
inconvénients 513
liée au produit 503-5
non liée au produit 506-7, 513
assurance volontaire 507-11
inconvénients 514
liée au produit 507
non liée au produit 507-11
avantages 501-2, 512-3, 514-5
exigences pour garantir le succès 501-2
inconvénients 513-5
dirigeants
formation 332, 611-4
membres du conseil d'administration 331-4
discrimination sexuelle 139, 150-2
voir également femmes
documentation (déclarations de sinistre) 25, 253-56
documents de création 334-6
Dong Trieu Mutual Aid Fund 175, 369
bailleurs de fonds 536-56

assistance financière 542-5, 552
assistance technique 550-1, 554
cadre analytique 537-8
clarté stratégique 540-1, *539*
compétences du personnel *539*, 541-2
demande des consommateurs (enquêtes) 550
éducation des consommateurs 548-9
environnement réglementaire et contractuel 355-6
gestion des connaissances *539*, 547-8, 553-5
institutions/mécanismes de niveau méso 553-4
instruments *539*, 542-5
modèle de réseau coopératif 406
responsabilité *539*, 545-6
renforcement des capacités 550-2
rôle des gouvernements 591-3
transparence, promouvoir la 554
données
assurance maladie 94-5, 101, 276
centres d'échange d'informations 554
développement de la gestion des risques 685
bailleurs de fonds 547, 554
exigences actuarielles 273-80
rôle des gouvernements dans l'apport de 588
voir également informations, personnel ; étude
droit de l'homme à la protection sociale 56-7
Dror, David 698*a*, 707*a*, 711*a*
Dror, Iddo 712*a*

éco-responsabilité (marché de la micro-assurance) *18*
Edcon Insurance Services 509
Edgars (magasin de vêtements) 509
éducation (sensibilisation des consommateurs) *19-20*, 21, 47-8, 91-7
assurance maladie 91-4, 99-100, 649-58, 586-7
informatisation *678*
contrôle des sinistres 349-8
couverture obligatoire 142-3, 222-4
développement 669-70
étude de marché 169
perception négative de l'assurance 23-6, 47-8, 206-7
rôle des bailleurs de fonds 548-9
techniques marketing 208-16
effet économique de la protection sociale 54
efficacité
contrôle des coûts 655-8
développement technologique 676-80
indicateurs de performance 375
paiements des primes 240, 652-3
prestations pour membre 651-2
systèmes de distribution 654-5
égalité, effet de la protection sociale 54
El Salvador, étude de cas *voir* Bienestar Magisterial
Ellerine Holdings 503-5
employés *voir* personnel
emprunt *voir* assurance liée au crédit
Enarsson, Sven 693*a*, 699*a*, 707*a*, 712*a*
collecte électronique des primes 120-2, 230-1, *234*, 653-4, *678*
enfants 147-64
assurance réglementaire et contractuelle 161-2
assurance maladie *85-6, 148-9, 154, 160*
assurance-vie (bénéficiaires) 154-5
couverture 158, 160-1, *161*
développement produit 152-3
discrimination sexuelle 150-2
protection sociale 22-3, 161-2
risques 147-52
enquêtes *voir* étude
assurance vie-épargne 9, 140-1, 144-5, 394-5, *396*
Equidad Seguros, La *6-7*, 697*a*
assurance pour les femmes et les enfants 156-8
assurance-vie 134, *137*, 154, 189
défauts de paiement *403*
collecte des primes 179, 232
gestion financière 306
indicateurs de performance *381*
marketing 216
modèle de réseau coopératif *385*, 388, 391, 397, 403
modèle partenaire-agent 416
personnel 310, 318, 321, 414
produits associés *190*
réassurance 609
traitement des déclarations de sinistre 252, 259-60
voir également Colombie
États-Unis 510-1
études de cas 1-3, *6-9*, 692-707*a*
voir également études de cas individuels
étude de marché *voir* étude
évaluation (prévention des sinistres) 361-4
évolution des produits *voir* développement
exclusions 94, 157, 196-8
voir également couverture
externalisation *317-8*, 490-3

Family Health Plan Limited (FHPL) 491-3
FAT-COI (Fédération américaine du travail – Congrès des organisations industrielles) 511
Faulu *679-80*
Federación Nacional de Cooperativas de Ahorro y Crédito (FENACOAC) 394
Fédération américaine du travail – Congrès des organisations industrielles (FAT-COI) 511
Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF) *6-7*, *297*, 312, 384, *385*, 608, 630-1, *675*, 698*a*
fédérations (organismes de mutuelle santé)

443-6
FENACOAC (Federación Nacional de Cooperativas de Ahorro y Crédito) 394
FHPL (Family Health Plan Limited) 491-3
finance *voir* institutions de micro-finance
FINCA Ouganda *6-7*, 697*a*
assurance collective 173
assurance pour les femmes 160
marketing 218
personnel 318
voir également Ouganda
FINCA Zambie 128, 420-1
FinScope *549*
Fischer, Klaus 696*a*, 705*a*, 712*a*
Fondation Rabobank 631
fonds de dotation 661-2
fonds internationaux 591-2
Fonteneau, Bénédicte 712*a*
formation d'encadrement 331-2
formation de contrat d'assurance
femmes et les enfants 161-3
gouvernements 582-4
rôle des bailleurs de fonds 555
voir également gouvernance ; gouvernements
formulaires (documentation) 25, 254-6
fortune au bas de la pyramide, La (Prahalad) 17
Foundation for International Community Assistance *voir* FINCA
formation
dirigeants 331, 614-5
personnel 318-20, 414, 497, 519-20, 568, 626-7, *678*
prestataires 554
franchises 194-6
fraude 198, 589-90
déclarations de sinistre 77, 86, 198, 264-5, 267, 589-90
collecte des primes 95, 232, 244-5
voir également antisélection ; risque moral
futur de la micro-assurance *voir* développement

G-Cash 653
Galland, Bruno 705*a*, 712*a*
Garand, Denis 706*a*, 712*a*
Garcia, Pilar *314*
garantie décès et invalidité accidentels (GDIA) 7, 9, 135-6, 570
détaillants comme distributeurs 500
voir également assurance invalidité ; assurance-vie
garanties
bailleurs de fonds 544
taux d'intérêt 373
garanties (biens de consommation durables) 507
Gautier, Bruno 705*a*
GDIA *voir* garantie décès et invalidité accidentels
Gemini Life Insurance Company 262-3
Géorgie *30, 37,* 189, 253, 415, 431-2
Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) 13, 632
gestion
développement 673-5
exigences réglementaires 565
finances *voir* gestion financière
modèle basé sur la communauté/mutualiste 442, 473
placements *voir* gestion des placements
risques *voir* gestion des risques
viabilité 663-6
voir également gouvernance ; sièges sociaux ; personnel
gestion des connaissances (bailleurs de fonds) *539,* 547, 553-5
gestion des placements 303-5
gestion bilantielle 303-4
indicateurs de performance 379-80
modèle de réseau coopératif 404-6
risque d'asymétrie des placements 296
risque de réinvestissement 304
risque de rendement insuffisant sur l'actif 294-6
gestion des risques 27-50
accessibilité à la micro-assurance 44-5
ajustement (indemnités) 265-6
approche de fonds propres à risques (RBC) 577-8
assurance des biens 29, *36*, 149-50, 294-6
assurance liée au crédit 127-8
assurance maladie 80-4, 88-9, 103-4, 148-50, 193-6, 267-9, 656
assurance-vie 29-31, *36*, 193
auto-assurance (prestataires) 484-5
bouleversements et situations de stress 27-31, 34-42
classement des risques par ordre de priorité 29-31
couverture 23-4, 43-4, 174-5, 196-8
demande de micro-assurance 27-31, 34-42, 167
développement 685-6
exigences de capital 298
femmes et enfants 147-52
franchises et tickets modérateurs 88-9, 194-6, 266, 288
lutte contre la fraude 198, 264-5, 266-9
mauvaise gestion 296-7
mise en commun 14, 80-2
modèle de réseau coopératif 402
placements 294-6, 303-5, 404-6
pratique actuarielle 100-1, *104*, 283-4, 291-4
protected cell companies 486-7
réassurance *voir* réassurance
répartition des bénéfices 305-7
réserves *291,* 299-300
risques assurables 42, *43*, 80-2

risques catastrophiques 300, *360-1*, 603, 686-7
risque de rendement insuffisant sur l'actif 294-6
rôle des gouvernements 586-7
segmentation du marché 49-50
sensibilisation du consommateur *voir* éducation
services porteurs de risques 394
stratégies d'adaptation actuelles (consommateurs) 34-42
tarification 46-7, 291-4
voir également contrôle des sinistres
gestion financière 100-4, 290-308
Ghana 49-50, 63, 108, 262-3, 399, 411-2, 469
GK *voir* Grameen Kalyan
Global Social Trust *67*
Gono Bima 337
gouvernance 329-48
application à la micro-assurance 329-31
composition et compétences du conseil d'administration 329-33
coopératives (modèle de réseau) 344, 345-8
définitions 328-31
documents de création 334-6
études de cas
CARD MBA 339-40
Delta Life 337-9
Tata-AIG Life Insurance Company 343-4, *346*
TUW SKOK 342-3
Yeshasvini Trust 344, 345-8
responsabilité sociale des entreprises (RSE) 329
voir également gestion ; réalisation de la police d'assurance
gouvernements 581-98
cadre réglementaire 584-6
établissements de santé 587-9
étude et informations 587-8
gestion des risques 586-7
liens entre assureurs et agents de distribution 592-3
marketing social 587
paiements par transfert ciblés 594-6, 662-3
prévention de la fraude/corruption 589-90
prise de décision 582-4
protection sociale *voir* protection sociale
réassurance 596-7
relations avec les bailleurs de fonds/fonds 556, 591-2
réseaux/structures centralisées 590-1
voir également réalisation de la police d'assurance ; cadres réglementaires
Grameen Bank *116, 355, 357,* 357, 697-8*a*
voir également Bangladesh
Grameen Bima 337
Grameen Kalyan (GK) *6-7*, 697-8*a*
apport d'informations 91, 92, 356, 586
assurance individuelle 173-4
assurance pour les femmes 157
couverture 82-3, 94, 167
déclarations de sinistre 88, 96-7, *103, 195,* 196, 253
fonds de dotation 661
gestion de placements 295
indicateurs de performance *103, 381*
marketing 210-11
modèle déterminé selon le prestataire 467, 531
personnel 323
plafonnement des prestations *195,* 647
prévention des sinistres 356
primes 101-2, 121-2, 156
rapports clés 102, *103*
relations avec les clients 99, *100,* 266
subvention croisée (sources de revenus) 659
tarification *274,* 284-5
voir également Bangladesh
GRET (Groupe d'échange et de recherche technologique) 92-4, 433
Groupe d'échange et de recherche technologique (GRET) 93, 433
Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance xv, 1
Groupe Rabobank 545-6, 607-8
Groupes d'assurance rurale communautaires (CRIG) 494-6
GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) 13, 553
Guatemala 34, 586-7
étude de cas *voir* Columna
Guérin *voir* Louis dit Guérin
guide des bonnes pratiques 555
guides étude de faisabilité *674-5*
Guinée, étude de cas *voir* Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière
Guinée-Bissau *590-1*
Guinée-Conakry *435, 448*

Hathie, Ibrahima 696*a*, 705-6*a*
HDFC-Chubb 605
Herrera, Carlos 695-6*a*
HMI, logiciel d'assurance maladie *674-5*
Holst, Jens 694*a*, 701*a*
hommes, assurance-vie 188
HTG Life 507-9

ICICI Lombard 263, 459, 460, 605
ICICI Prudential 605
ICMIF (Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance) *6-7, 297,* 312, 384, *385,* 608, 630-1, *675,* 698*a*
Iffco-Tokio 506
IMF *voir* institutions de micro-finance
incendie (risque d') 30, *127-8*
incitations (personnel) 320-4
inclusion *voir* couverture

Inde 13, 57, 60, 62, 206, *273,* 466, 506, 572-4
  études de cas *voir* Activists for Social Alternatives ; Karuna Trust ; Shepherd ; Spandana ; Tata-AIG Life Insurance Company ; Vimo Self-Employed Women's Association ; Yeshasvini Trust
  voir également Uplift Health
indemnités chômage 22
indemnités de décès *voir* assurance-vie
prestations plafonnées 647-8
indicateurs de performance 371, 372, 377, *378, 381*
  cadre réglementaire *568-9*
  collecte des primes 120, 177-8, 232, 233, *235, 242-3*
  personnel 316, 318-9, 320, *320, 569*
  réassurance 609
  voir également Bangladesh
indicateurs de performance 366-81
  gestion de placements 379-80
  gestion financière 373-5
  ratio des sinistres sur primes 377, *378*
  ratios des dépenses *103,* 375-8
  rôle des bailleurs de fonds 553-4
  taux de participation 367-72
  taux de persistance 369-72
  taux de renouvellement 369-72
industrie de l'anticipation des besoins (Philippines) 372
Indonésie 13, *29, 39,* 40, 46, 49, 175
inflation 217-8, 287, 288
information (sensibilisation des consommateurs) *voir* éducation
informations personnelles (consommateurs) 94-5, 275, 286, 463-4
  voir également antisélection ; données
innovation des processus (marché de la micro-assurance) *19*
institutions (assurance) *voir* prestataires
institutions de micro-finance (IMF) 516-34
  accès à 558-9
  assurance à long/court terme 530
  assurance indépendante 529-30
  assurance maladie 530-2
  auto-assurance 521-5, 532
  avantages à offrir une assurance 516-7
  créer sa propre compagnie d'assurance 525-6
  définition 2_2
  exigences réglementaires 567-8
  inconvénients à offrir une assurance 517
  intégration à un autre service 529
  modèle agent-partenaire *voir* modèle agent-partenaire
  motivation pour offrir une assurance 526-8
  propre assurance (d'entreprise) 532-3
  rôle des bailleurs de fonds 550-1
  sociétés de courtage en assurance 520
  utilisation des nouvelles technologies *18, 679-80*
  voir également assurance liée au crédit ; études de cas individuels ; assurance liée à l'épargne
intérêt
  primes payées par les 231, *234*
  taux 296, 379
interfaces conviviales *20*
intermédiaires indépendants 496-8
Interpolis Re 607, 610, 631
IRDA (Autorité de promotion et de réglementation des assurances) 572-3, 606
Islam, Syed Khairul 694*a*, 697-8*a*, 703*a*

JA Zenchu 354-5
Jacquier, Christian 712-3*a*
Jamaïque 393
Japon 354-5, *360-14*
Jet (magasin de vêtements) 509

K-Rep Bank 415
Karuna Trust *6-7*, 698*a*
  assurance pour les femmes 152-3
  couverture 83, 95-6
  bailleurs de fonds *552*
  étude sur la demande 80
  indicateurs de performance *103, 381*
  modèle partenaire-agent 459-60
  prestations 83, *592,* 647, 649
  prévention de la fraude 95
  prévention des sinistres *355*
  primes 89, 90, 102, 235-6
  relations avec les clients 89, 93
  services de soins de santé *103, 589*
  subventions gouvernementales *592*
  traitement des déclarations de sinistre 97, 100, *103*
  voir également Inde
Kasagana Ka (KSK) 292-3
Kashf Foundation 258, 416
Kenya 415
Klutsé, Frank 699*a*
Krech, Rüdiger 713*a*
Krishnamoti, Mr (Mangsandra) *238-9*
KSK (Kasagana Ka) 292-3

Lacasse, Richard 713*a*
Laidlaw, Alex 347
Langlois, Suzanne 699*a*
« large line capacity » (réassurance de grand secteur) 600
Latortue, Alexia 713*a*
lois *voir* cadres réglementaires
Leere Laafi Bolem *435, 443*
Leftley, Richard 695*a, 700a, 704a, 723a*
Liber, Dominic 713*a*
LIC (Life Insurance Corporation) d'Inde 182, 263, 416, 604, 605, 606
Life Insurance Corporation (LIC) d'Inde 182, 263, 416, 604-6
Lindenthal, Roland 713-4*a*

liens (protection sociale) 65-7, 70
logiciel *674-5*
Louis dit Guérin, Olivier 693*a*

Madison Insurance *6-7*, 699*a*
  assurance obsèques *41*
  assurance pour la protection des prêts 129, 133
  gestion financière 306
  indicateurs de performance *381*
  modèle partenaire-agent 421-2
  traitement des déclarations de sinistre 248-50, 253-4, 255, 257, 260-3
  voir également Zambie
MAFUCECTO *6-7*, 699*a*
  défauts de paiement *403-4*
  gestion des déclarations de sinistre *403-4*
  modèle de réseau coopératif *385, 396, 403-4*
magasins *voir* détaillants
Mainaben (travailleur sanitaire) *357-8*
majoration pour incertitude 283-4
Makro 507
maladie chronique 83
maladie mineure 82
malaria *354, 362-4*
Malawi *30, 34,* 128
  études de cas *voir* American International Group Ouganda ; Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawimaladie 29-30, 82-3
  voir également assurance maladie
Mali 37, 449-50
  étude de cas *voir* Union Technique de la Mutualité Malienne
Mangsandra *238-9*
Manje, Lemmy 699*a*, 700*a*
Marcadent, Philippe 714*a*
marchés des placements 117-8, 686
marchés financiers 686
marketing 200-25
  activation des clients 216-20
  assurance maladie 91-6, 210-1, 476-7, *479*
  assurance obligatoire 142-3, 222-4
  assistance technique 627
  éducation des consommateurs *voir* éducation
  indicateurs de performance 367-72
    taux de participation 367-71
    taux de persistance 370-1
    taux de renouvellement 370-1
  liste de vérification (stratégie) *224-5*
  messages aux consommateurs 201-7
  service après-vente 220-2
marketing social 586-7
Master Plan for Social Health Insurance (Cambodge) *68*
Max New York 420, *420,* 606
MBA *voir* sociétés mutualistes
McCord, Janet S. 692*a*, 697*a*
McCord, Michael J. 692*a*, 694-5*a*, 696*a*, 697*a*, 714*a*
membres du conseil *voir* gouvernance
mesure de la qualité des actifs 379
Mexico 57
MHIB *voir* Micro-assurance maladie pour les femmes pauvres en milieu rural au Bangladesh
MHO *voir* organismes de mutuelle santé
MIAN (Micro Insurance Association Netherlands) 631
micro-assurance
  approche basée sur le marché 16-22
  approche de protection sociale *voir* protection sociale
  culture de la 525-7, 669-71
  caractéristiques fonctionnelles 23-6
  définitions 12-14, 59-60
  demande de *voir* demande de micro-assurance
  futur de la *voir* développement
  perception négative de l'assurance 25, 47-8, 206-7
Micro-assurance maladie pour les femmes pauvres en milieu rural au Bangladesh (MHIB) (BRAC) *6-7*, 694*a*
  apport d'informations 91, 93-4
  assurance individuelle 173-4
  assurance pour les femmes 156
  carte d'assurance maladie 95
  conception du produit 271
  couverture 94, 167-8
  déclarations de sinistre 96-7, *103, 195*, 197, 266, 271
  étude sur la demande 80
  marketing 211-3, 215
  modèle déterminé selon le prestataire 467-8, 530-1
  plafonnement des prestations *195,* 647-8
  prévention des sinistres 356-7
  primes 90$_2$, 156, 235
  programmes de santé publique 99, 211, 356-7, 586-7
  rapports clés 103, *103*
  structure *85-6*
  subvention croisée (sources de revenus) 659
  taux de renouvellement 99, *103*
  voir également Bangladesh ; Comité pour le développement rural du Bangladesh
micro-assureurs *voir* prestataires
Micro Insurance Agency 497-8
Micro Insurance Association Netherlands (MIAN) 631
Microcare
  risque moral 88-9
  antisélection 76
  couverture 83, 176
  diversification des revenus 658
  prestations ciblées 648-9
  prévention des sinistres 361-4
  primes 90, 239-40

programmes de santé publique 99, 361-4
technologie 97-8, 679
traitement des déclarations de sinistre 97, 251, 255, *256*, 259, 262-3, 268
voir également Ouganda
Microfinance Opportunities 634
MicroInsurance Centre 634-5
Miranda, Bernardo 695-6*a*, 702*a*
mise en commun des risques 14, 80-2
modèle agent-partenaire (assurance maladie) 425, 459-64, *479-80*, 530-2
conception du produit 474, *479*
conflits d'intérêts 459-645, 474, 476-7, *480*
marketing 476-7, *479*
service après-vente du produit 476-7, *479*
tiers opérateurs de services 460, *461-2*
modèle basé sur la communauté (assurance maladie) 470-3, *478-9*
conception du produit 474-6, *478*
conflits d'intérêts 61, 474-6, 477, *479*
définition 433
organismes de mutuelle santé *voir* organismes de mutuelle santé
service après-vente du produit 477-8
viabilité 477
voir également modèle mutualiste
modèle d'agence 393
modèle d'assurance solidaire (assurance maladie) 459, 464-7, *479-80*
conception du produit 474, *479*
conflits d'intérêts 460-2, 474, 478, *480*
modèle de réassurance sociale 614-7
modèle déterminé selon le prestataire (assurance maladie) *459*, 467-70, *479-80*, 530-1
conception du produit 474-6, *479*
conflits d'intérêts 474-6, 477, *480*
marketing 476-7, *479*
service après-vente du produit 477, *479*
modèle mutualiste 384, 389-90
voir également modèle basé sur la communauté ; individuel études de cas ; systèmes à but non lucratif
modèle partenaire-agent
études de cas 604-9
exigences réglementaires 567-70, 572-3
relations facilitées par les gouvernements 592-3
modèle partenaire-agent (IMF) 408-31, 518-20
assurance maladie 530-2
voir également ci-dessus
avantages 409-11, 425-9
agents 425-7
assureurs 427-8
clients 428-9
dispositions de rémunération avec l'agent 418-22, 569
collecte des primes 413-5
formation du personnel 413, 519
inconvénients 417-8, 423-9
agents 425-97
assureurs 427-8
clients 428-9
origines 409-11
protocoles d'accord 413-7
sélection des agents 412-3
sélection du partenaire 411-2, 519
souscription 413
succès opérationnel 431, 518-20
traitement des déclarations de sinistre 415-7, 519-20
voir également études de cas individuels ; institutions de micro-finance modélisation (pratique actuarielle) 288-9
modèles commerciaux, développement 680-2
MOU (protocoles d'accord) 412-7
Müller, Verena 698-9*a*, 706*a*
Munich Re 609
Munno mukabi *39*
MUSCCO *voir* Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawi
Mutuelle de Sirarou *443*
Mutuelle Têkêyé *443*
Mutuelle Wer Werlé *443*

Namerta 692*a*, 702*a*
National Insurance Company (NIC) 459, 461
Népal 41, 47, 49, 60
nets, revenus (prestataires) 373-4
NHHP (Nsambya Hospital Healthcare Plan) *544*
Nhu-An Tran 703-4*a*
NIC (National Insurance Company) 459, 461
NICO Insurance 176, 488-9
Ninh Phuoc 213
Nkoranza Community Health Insurance Plan 469
Noble, Gerry 714*a*
normes *voir* points de références
normes de performance *voir* points de référence
nouveaux participants (pratique actuarielle) 286
nouveaux produits *voir* conception du produit
déclarations de sinistre 252-8
approche 252-3
dépôt 139, 253-8
vérification 254-5, 264-5, 462-4
Nsambya Hospital Healthcare Plan (NHHP) *544*
NTUC Income 607

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) *15-6*
obstacles au marché de la micro-assurance 20-2
OI *voir* Opportunity International
OIBM (Opportunity International Bank of Malawi) 128, 265, 641, 678
OIT *voir* Organisation internationale du Travail
Ombudsman des assurances (Sri Lanka) *585-6*

OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement) *15-6*
opérations automatisées 120-2, 230, 234, 652-3, 676-7
voir également technologie
opérations bancaires par téléphone portable *679-80*
opérations sur le terrain, structuration au sein d'organismes plus vastes 310-1
Opportunity International Bank of Malawi (OIBM) 128, 265, 641, 678
Opportunity International (OI) *8-9*, 700*a*
assistance technique 634-5
assurance liée à l'épargne 140-1
assurance pour la protection des prêts 128
intermédiaires indépendants 497-8
logiciel d'assurance *674-5*
modèle partenaire-agent 416, 422
personnel 319
tarif abordable de la micro-assurance 46
traitement des déclarations de sinistre 255, *256*, 266, 416-7
optimisme (message marketing) 204-6
Organisation internationale du Travail (OIT) 53$_2$, 57-8, 632-3
STEP, programme 68, 438, 632-3, *673-4*
organismes (assurance) *voir* prestataires
organismes de développement 633-5
organismes de mutuelle santé (MHO) 457-8, 470-3
caractéristiques 433-7
conflits d'intérêts *480*
voir également coopératives ; assurance maladie ; études de cas individuels
organismes de mutuelle santé (MHO), Afrique de l'Ouest 432-56
adhésions 441-2, 451
caractéristiques 433-7
développement 437-8
efficacité 440-7
groupe cible 437-40
impact des 447-8
prestataires de santé 446-7
primes 442
problèmes 448-54
liés au contexte 449-50
liés au soutien externe 452-4
liés au modèle 450-2
réseaux, unions et fédérations 443-7
systèmes de gestion 442
valeur ajoutée 454-5
voir également études de cas individuels
organismes de soutien externes 452-4
Ouganda
antisélection et fraude 76, 77
assurance maladie 76, 77, 433
concurrence 170
demande d'assurance 49
éducation des consommateurs *48*
études de cas *voir* American International Group Ouganda ; FINCA Ouganda
gestion des risques *30, 39*
marketing 222-3
micro-finance 139
modèle basé sur la communauté 433
prestations familiales *187*
voir également Microcare
outils de gestion *674-5*
outils de planification et de simulation commerciale *674-5*

paiements *voir* déclarations de sinistre ; primes
paiements par transfert (subventions gouvernementales) 594-6, 650-1
Pakistan 258, 416
Panworld 77
Paraguay, étude de cas *voir* Seguro Integral
participation aux bénéfices (modèle partenaire-agent) *420,* 421-2
Paula Jaramillo, Francisco de 697*a*
pauvreté
dans la définition de la micro-assurance 13
Objectifs du Millénaire pour le Développement *15-16*
protection sociale *voir* protection sociale
PCC (protected cell companies) 486-7
PDA (assistants personnels) *679-80*
Pepler, Terry 704-5*a*
perception négative de l'assurance 25-6, 47-8, 206-7
périodes d'attente 94-5, *198*
périodes de contestabilité (décès) 139
Pérou, études de cas *voir* Seguro Materno-Infantil ; ServiPerú
personnel
assurance de 533
back-office 309-10, 316-8, 319-20
voir également gestion
déqualification *19*
organismes bailleurs de fonds *539*, 541-2
terrain 310-1, 494-6
activation des clients 219
commission 158, 219, 320-4, 495-6, 569
culture de la micro-assurance 325
développement 673-5, *679-80*
collecte des primes 121-2, 232-3, 244, *495*
exigences réglementaires 567-70
formation 318-20, 414, 497, 519-20, 568, 626, *678*
recrutement 313-6
vente abusive 119-20
personnel back-office *voir* personnel
personnel de terrain *voir* personnel
personnes à haut risque 174-5
pertinence de la micro-assurance pour les ménages à faible revenu 23-4
PhilHealth (Philippines Health Insurance Corporation) *66*

Philippines *30, 39,* 60, 121, 168, 179, 191, 292, 372, *568-9,* 575-7, *627-8*
  études de cas *voir* CARD Mutual Benefit Association ; Taytay Sa Kauswagan
Philippines Health Insurance Corporation (PhilHealth) *66*
placements *voir* gestion des placements
  indicateurs de performance 373-5
  réassurance *voir* réassurance
  risque *voir* gestion des risques
Plan de Vida Especial (Columna) 135, *137*
PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) 13, *592*
points de référence (standards de performance) 366, 553-4
  voir également indicateurs de performance
polices d'assurance (contrats)
  émission *voir* souscription
  résiliation/non-renouvellement 122-3, 240-3, 283
polices mixtes *7, 9,* 49-50, 112-4
  défauts de paiement 122-3
  exigences réglementaires 569-70
  inflation 117-8
  modèle de réseau coopératif 396
  modèle partenaire-agent 425
  remboursements 191
  valeurs de rachat 122-3
  vente abusive 119-20
  voir également assurance liée à l'épargne
Pologne 244
  étude de cas *voir* TUW SKOK
Prahalad, C.K. 17-20
prestataires (micro-assurance) *6-9*, 692-707*a*
  développement *668*, 673-82
    efficacité technologique 676-80
    modèles commerciaux 680-2
    renforcement des capacités 673-5
  taille 13, *18*, 285
prestataires (principaux)
  obstacles au marché de la micro-assurance 20-2
  soutien de la micro-assurance 599-622
    études de cas 604-9
    réassurance, proposition de valeur de la 600-4
    recommandations 617-9
    renforcement des capacités d'opération de micro-assurance 611-4
prestataires de soins de santé 84-7, 97-8
  en tant qu'opérateur d'assurance maladie *voir* modèle déterminé selon le prestataire
  organismes de mutuelle santé *voir* organismes de mutuelle santé
prestataires du secteur privé
  approche de la micro-assurance basée sur le marché 16-22
  subventions publiques 542-3
prestations 181-92
  assurance maladie *voir* assurance maladie
  assurance-vie de crédit 645-7
  cibler 594-6, 648-51
  couverture familiale 186-8
  couverture multirisque 183-4, 190
  négociation du tarif 657-8
  paiements 189-90, 258-64
  plafonnement 194-6, 647-8
  prestations pour membre 651-2
  progressives 197-8
  viabilité 645-51
  voir également prestations individuelles
prestations ciblées 594-6, 648-51
prestations pour membre 651-2
prêteurs *36*
prêts
  bailleurs de fonds 542-5
  pour payer les primes 180, 227-30, *234,* 239-40, 240-3
prêts d'urgence 38
  assurance-vie volontaire 134-40
  assurance-vie plutôt que 129-30
  associée à d'autres prestations 129, 132-4
  associée à l'aide aux frais d'obsèques 130-2
  déclarations de santé 193
  détaillants comme distributeurs 504
  volontaire vs obligatoire 142-3
  limites 144
  méthodes de collecte des primes 227-30, 234, 239-40
  modèle de réseau coopératif 394-6, *396*
  optimisation des systèmes 143-4
  protection des prêts 7, 9, 40, 126, 127-34
  risque 127
  tarification 128
  viabilité 645-7
  voir également institutions de micro-finance ; assurance liée à l'épargne
prêts d'urgence 37-8
Pride Ouganda 76
PRIDE Zambie *421*
primes
  collecte 226-46
    agents 121-2, 232-3, *234*, 244, *495*
    couverture collective 179-80
    défauts de paiement 122-3, 177-9, 240-3, 283, *403-4*
    efficacité 240
    électroniques 120-2, 230, *234*, 653, *678*
    femmes 156-7
    fraude 95, 232-3, 244
    fréquence et rythme 137-8, 177-9, 235-7, 285
    imbrication 121-2, 179-80
    liée à l'épargne 120-2, 141-2, 143, 179-80, 230-1, *234,* 652-4
    liée au prêt 179-80, 227-30, *234*, 239-40, 240-3
    mécanismes de financement 237-40

modèle partenaire-agent 413-5
organismes de mutuelle santé 442-3
ratios des dépenses *103*, 375-8
majorations 421-2
remboursements 191
tarification
accessibilité financière 23-4, 26, 46-7, 240
ajustement 102
assurance maladie 88-90
étude de marché 168-9
historique 278-9
taux 180-1
problème d'incitation (consommateurs) 462-4
ProCredit Bank 418
Prodem FFP *679-80*
produit Amparar 134, 155, 190
produits
personnel *voir* personnel
placement 284
produits associés 183-4, 190
détaillants comme distributeurs 503-7, 513
produits des placements 102-3, 284-5
produits escomptés des placements 284
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) 13, *592*
programmes de prévention des sinistres 351-2, 356-8
programmes de santé publique 99, 210-1, 351-2, 356-8, 586-7
programmes sociaux 351-3, 356-8
voir également programmes de santé publique
protected cell companies (PCC) 486-7
protection (message marketing) 201-2
protection contre l'insolvabilité *601*
protection sociale 16, 22-3, *36*, 42, 51-71
contribution positive de la micro-assurance 60-2
couverture 23, 56-8
définition 53-6
développement de la micro-assurance 63-71
droit de l'homme à la 56-7
femmes et enfants 23, 161-3
intégration de la micro-assurance 67-70
limites de la micro-assurance 62
liens 65-7
objectifs et fonctions 53-6
sécurité sociale (définition) 53-4
protocoles d'accord (MOU) 413-7
provision d'équilibrage 603
public cible (cet ouvrage) 4
Pulse Holdings Ltd. *8-9*, 129, 227, 229, *420*, 421-2, 700*a*
voir également Zambie
Putten-Rademaker, Olga van 698-9*a*, 706*a*

Quashem, Abul 694*a*, 697-8*a*, 703*a*
Quirion, Marisol 699*a*
Qureshi, Zahid 714*a*

Radermacher, Ralf 698-9*a*, 706*a*, 714*a*
Rahman, Monzurur 689
Ramm, Gabriele 692*a*, 702*a*, 714*a*
ratio de liquidité 374-5
ratio des sinistres sur primes 376-7, *378*
ratio de solvabilité 374
ratios de dépenses (primes) *104*, 375-8
réassurance 300-3, 599-622
accès à, faciliter l' 614-7
assistance de conformité 603
assistance technique 640-1
assurance de portefeuille 603
assurance maladie 103-4, *103*
budgets discrétionnaires *601*
capacité financière, extension de la 600-3
développement 680-1
études de cas 604-9
gouvernement 596-7
modèle de réseau coopératif 405-6
pratique actuarielle 286
protection contre les catastrophes 602-3
protection contre l'insolvabilité *601*
provision d'équilibrage 602
recommandations 617-9
renforcement des capacités d'opération de micro-assurance 614-7
résultats techniques 603
stabilisation (résultats stables des sinistres) 603
recherche
demande/marché 32-3, 80, 138, 167-70, 549, 553-4, 625
favorisée par les gouvernements 587-8
voir également données
recrutement du personnel 313-8
Régimen Subsidiado de Salud *63*
régimes de retraite 23, 60
voir également rentes viagères
règlements (polices) 25, 279-80
voir également cadres réglementaires
relation prix/performance (marché de la micro-assurance) *18*
relations publiques 210
remboursement des dépenses de santé 86
remboursements 191-2
renforcement des capacités (opérations de micro-assurance) 611-4, 673-5
renouvellements (polices) 99, *103*, 158, *278*, 369-72
rentes viagères 109-12
voir également régimes de retraite ; assurance liée à l'épargne
reporting 566
République démocratique populaire Lao *30*
réseaux 443-7, 553, 590-1
voir également coopératives (modèle de réseau)
réserves *291*, 299-300, 485, *601*
réserves actuarielles *291*, 299-300

résiliations (polices) 122-3, 240-3, 282-3
voir également défauts de paiement
responsabilité sociale des entreprises (RSE) 329
responsables *voir* gouvernance
responsables externes 232-3
revenus
diversification (prestataires) 658-63
nets (prestataires) 373-5
perte de *7*, 29-30
RIMANSI (Risk Management Solutions, Inc.) 633, *634, 674-5*
Risk Management Solutions, Inc. (RIMANSI) 633, *634, 674-5*
risque actuariel 101, *104*
risques catastrophiques 300, *360-1*, 602, 686-7
risque de fréquence des sinistres 301
risque de gravité des sinistres 301
risque de non-accomplissement 403-5
risque de réinvestissement 304
risque de rendement insuffisant sur l'actif 294-6
risque des paramètres 101
risque des processus 101
risques assurables 42, *43*, 80-2
Rodríguez, Máximo U. 702*a*
ROSCA (associations d'épargne et de crédit différés) *36*, 40, 238
Roth, James 692*a*, 702*a*, 704*a*, 715*a*
Royaume-Uni 120
RSE (responsabilité sociale des entreprises) 329
Rutherford, Stuart 715*a*
Rwanda 63, 368

SACCO (coopératives d'épargne et de crédit) *voir* coopératives
SafeSave *679-80*
SAIA (South African Insurance Association) *209*
Saksena, Priyanka 715*a*
Sankat Haran Policy 506
SBS *voir* Seguro Basico de Salud
Schinzler, Hans-Jürgen 599
Schmitt-Diabate, Valérie 715*a*
Sebstad, Jennefer 715*a*
secteur financier 118-9
sécurité sociale *voir* protection sociale
Seguro Basico de Salud (SBS) *8-9*, 701*a*
couverture 94
prestations ciblées 648-9
programmes de santé publique *352*
subventions gouvernementales 662-3
traitement des déclarations de sinistre 96-7
voir également Bolivie
Seguro Integral (SI) *8-9*, 701*a*
programmes de santé publique *352*
protection sociale 162
traitement des déclarations de sinistre 96-7
voir également Paraguay
Seguro Materno-Infantil (SMI) *8-9*, 701-2*a*
couverture 94
prestations ciblées 648-9
protection sociale 162
subventions gouvernementales 662-3
traitement des déclarations de sinistre 96-7
Seguros Banamex 270
sélection des demandeurs 251-2
Sénégal 63, *66, 69-70, 435, 443*, 449-50
étude de cas *voir* Coordination Régionale de Mutuelles de Santé de Thiès
sensibilisation
aux soins de santé 349-58
à l'assurance 208-12
voir également éducation
7 critères clés d'excellence (assistance technique) 636-7
ServiPerú *8-9*, 702*a*
assurance collective 154, 173
assurance pour les femmes et les enfants 154
cadre réglementaire *565-6*
conception du produit 269-70
contrôle des coûts 656, 657
couverture 175
déclarations de sinistre *103*, 189-90, *195*, 257, 262-3, 269-70
indicateurs de performance *103, 381*
marketing 210-1
modèle de réseau coopératif *385*, 388-9, 391, *397*, 399, 402
personnel 315, 321-3
prestataires de santé 85
primes 102, 244
service après-vente 220-2, 325
services financiers *36*
services sud-sud 639
SEWA Bank 49, 142
voir également Vimo Self-Employed Women's Association
Shepherd *8-9*, 702*a*
assurance bétail *527*
assurances de biens *527*
assurance maladie 180, *181*, 250-1, *526-7*,
assurance pour les femmes 180, *181*
assurance-vie *526*
marketing 210-1
modèle partenaire-agent 417-8, 459-61, 530-2, 604-6
motivation pour offrir une assurance *526-7*
prévention des sinistres *355*
produits associés 183
taux de prime 180, *181*
traitement des déclarations de sinistre 251, 262-3, 417, 530-2, 605-6
voir également Inde
Shoprite 507-10
SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise) *voir* VIH/SIDA

sièges sociaux 309-10, 316-8
voir également gestion
SI *voir* Seguro Integral
SIG (systèmes d'information et de gestion) 275-80, 554, 626
Sissouma, Issa 696*a*, 705-6*a*
situation géographique, effet sur la tarification 288
situations de stress *voir* bouleversements et situations de stress
SLIC (Sri Lanka) 607-8
SMI *voir* Seguro Materno-Infantil
Social Re 168-9
Société africaine de réassurance (Africa Re) *597*
Société de Coopération pour le Développement International (SOCODEVI) 635, 640-1
société par actions 399
sociétés d'inhumation *voir* assurance obsèques
sociétés de conseils 633-5
voir également assistance technique
sociétés de courtage 520, 641-2
sociétés mutualistes (MBA) 576
voir également études de cas individuels
Society for Social Services (SSS) *8-9*, 94, 467, 703*a*
voir également Bangladesh
SOCODEVI (Société de Coopération pour le Développement International) 635, 640-1
soins infirmiers *276-7*
solidarité (effet de la protection sociale) 54
solidarité (message marketing) 203-4
souscription
assurance maladie 94-6
informatisation *678*
expertise offerte par les réassureurs 602-3
modèle partenaire-agent *415*
South African Insurance Association (SAIA) *209*
Spandana *8-9*, 703*a*
assurance pour les femmes 160-1, 188
auto-assurance 484-5, 523 524, *524*
gestion des risques 604
gestion financière 306
indicateurs de performance *374, 378, 381*
marketing 210
prestations 604
stratégie d'assurance-vie de crédit pour garantir la viabilité 645
voir également Inde
Special Life Plan (Columna) 135-6, *137*
Sri Lanka 49-50, 569, *585-6*
études de cas *voir* All Lanka Mutual Assurance Organization ; Yasiru Mutual Provident Fund
SSS (Society for Social Services) *8-9*, 94, 467, 703*a*
voir également Bangladesh
stabilisation (résultats stables des sinistres) 603
stabilité du groupe (pratique actuarielle) 286
statuts de la société 334-6
STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté) 68-9, 437-8, 632-3, *674-5*
stratégie de marque (marketing) 210
stratégies de sortie (bailleurs de fonds) 545
subvention croisée (sources de revenus) 659-60
subventions *63, 65*, 67, 542-3, *552*, 594-6, 662-3
subventions, bailleurs de fonds 542-4
surveillance
assistance technique 626-7
déclarations de sinistre 278-9, 361
par les bailleurs de fonds 545-6
SwissRe 609
syndicats 510-1
syndrome de l'immunodéficience acquise *voir* VIH/SIDA
système automatisé de gestion d'assurance (AIMS) *675*
systèmes à but lucratif 481
voir également systèmes individuels
systèmes à but non lucratif *459*, 481
voir également modèle d'assurance solidaire ; modèle mutualiste
systèmes d'information et de gestion (SIG) 274-80, 554, 626
systèmes de distribution
alternatives 493-8
détaillants *voir* détaillants
intermédiaires indépendants 496-8
micro-agents 494-6
barrières réglementaires 567-70
développement 680-2
femmes 158-60
indicateurs de performance 367-72
taux de participation 368-72
taux de persistance 370-2
taux de renouvellement 370-2
spécifiques à la micro-assurance *20, 309-11*
stratégie de viabilité 654-5
voir également systèmes individuels
systèmes informels *36*, 38-40, 262-3, 273, 559-62, 673-4

TPA (tiers opérateurs de services) 460, *462*, 490-3
taille des prestataires 13, *18*, 285-6
Tan See Yun 703-4*a*
Tanzanie, République Unie de 37, 162-3, 240-2, 433, *440*, *447-8*
voir également American International Group Ouganda
Tao Yeu May (TYM) Mutual Assistance Fund *8-9*, 703-4*a*
assurance pour la protection des prêts 133
auto-assurance 484-5, 521-3, *524*, 532
indicateurs de performance 368, *381*
plafonnement des prestations 647

tarification *274*
traitement des déclarations de sinistre 259, 265
voir également Vietnam
tarification 272-89
actuaires 272-3, 280-8, 291-4
assurance maladie 88-90, 287-8
assurance pour la protection des prêts 129
assistance technique 625-7
assurance-vie 281-7
besoins en données 273-80
modélisation 288-9
primes *voir* primes
produits d'épargne 281-7
risque 291-4
viabilité *voir* viabilité
voir également coûts administratifs ; contrôle des coûts
tarification selon la statistique *627*
taux d'incidence (pratique actuarielle) 287-8
taux de mortalité 281-2
taux de participation 286, 292, 367-72
taux de persistance 369-72
voir également renouvellements
taux différentiels 139-40
Tata-AIG Life Insurance Company *8-9*, 704*a*
agents 315, *320*, 321-2, *322*, 323, 494-5
assurance individuelle 173
assurance pour les femmes 159
assurance-vie à long terme 530
informatisation 678
conception du produit 270
défauts de paiement 122-3, 176
collecte des primes 240-1
gouvernance 343-4, *346*
indicateurs de performance *381*
marketing 208-10, 212
modèle partenaire-agent 424
personnel back-office 316
polices mixtes 113, 121
structuration de la micro-assurance au sein de l'organisme 311
subvention croisée (sources de revenus) 659
traitement des déclarations de sinistre 259, 266, 270
voir également Inde
Taytay Sa Kauswagan (TSKI) *8-9*, 180, 188, 310-11, 704*a*
voir également Philippines
technologie *18*, 676-80
voir également opérations automatisées
technologie des cartes à puce *679-80*
tickets modérateurs 88-9, 194-6, 288
tiers opérateurs de services (TPA) 460, *462*, 490-3
titulaires de police *voir* clients
Togo, étude de cas *voir* MAFUCECTO
transparence, rôle des bailleurs de fonds 554
travailleurs informels 22-3, 56-7
Tremblay, Catherine 699*a*
tremblements de terre *360-1*
Trommershäuser, Sabine 715*a*
TSKI (Taytay Sa Kauswagan) *8-9*, 180, 188, 310-1, 704*a*
voir également Philippines
TUW Praca 342-3
TUW SKOK *8-9*, 704-5*a*
assurance d'achèvement d'épargne 114-5
assurance pour les femmes 158-60
défauts de paiement *403-4*
collecte des primes 121, 227, 229-30, 239-40
externalisation *316-8*
gouvernance 340-3
indicateurs de performance 368, *381*
marketing 204-5, 208, 210, *217-8*
modèle de réseau coopératif *385,* 386, 392, *396,* 400, *403-4*
personnel 310-1, 318-9, 320-2, 323
service après-vente 220
subvention croisée (sources de revenus) 659-60
traitement des déclarations de sinistre 252-3, 255, 258-9, 260-1, 265, 266
voir également Pologne
TYM *voir* Tao Yeu May

UC (unions de crédit) 114-5, *217-8*
Uganda Health Cooperative (UHC) *187*
UHC (Uganda Health Cooperative) *187*
UIIC (United India Insurance Company) *181*, 183-4, *185*, 417, 459-60, 605-6
Ukraine *30*, 47, 418
UMASIDA (Umoja wa Matibabu Sekta Isiyo Rasmi Dar es Salaam) 162, 240-2
UMSGF *voir* Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière
UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development) 329, *387-8*
Union des coopératives d'épargne et de crédit du Malawi (MUSCCO) *8-9*, 699-700*a*
auto-assurance 484-5
cadre réglementaire *564*
déclarations de sinistre 253, 257, 260-1, 265, *265-6, 627-8*
éducation des consommateurs *48*
assurance vie-épargne 140-1
gestion financière 298, 302, 306
indicateurs de performance *374, 378, 381*
modèle du réseau coopératif *385,* 392-3, *396*
plafonnement des prestations 647-8
prestations pour membre 651
stratégie d'assurance-vie de crédit pour garantir la viabilité 645-6
tarification selon la statistique *627-8*
voir également Malawi
unions de crédit (UC) 114-5, *217-8*
Union des Mutuelles de Santé de Dakar 443
Union des Mutuelles de Santé de Guinée Fores-

tière (UMSGF) *8-9*, 443, 705*a*
assurance collective 89, *161*, 172-3
assurance pour les femmes et les enfants *161*
couverture 175
franchises et tickets modérateurs 82-3, 88, 194, *195*
fraude/corruption 589-90
gestion financière 306
groupe cible 80
indicateurs de performance *103*, 369-70, *381*
marketing *211-2*, 215
modèle partenaire-agent 416
organismes de mutuelle santé *439*, *448*, 470-1, 473
personnel *320*
prestations ciblées 648-9
prévention des sinistres *352*
primes 130, 233
programmes de santé publique *352*
renouvellements 99, *103*
revenus des placements 102_4
structure *211-2*
subvention croisée (sources de revenus) 659-60
tarification 287-8
traitement des déclarations de sinistre 96-7, *103*, 249-50, 259, 416
voir également Guinée
Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) *8-9*, 88-9, *103*, *439*, 443, *444*, *588*, 705-6*a*
voir également Mali
unions (organismes de mutuelle santé) 443-6
Unique Insurance Company Limited 399
unités assurables 89
United India Insurance Company (UIIC) *181*, 183-4, *185*, 417, 459-60, 605-6
Universal Health Insurance (Inde) 206_1
Uplift Health 80, 94, 97-8, 98-9
voir également Inde
UTM (Union Technique de la Mutualité Malienne) *8-9*, 88-9, *103*, *439*, 443, *444*, *588*, 705-6*a*
voir également Mali

valeur pour le client 375-8
vente abusive 119-20
ventes croisées (modèle partenaire-agent) 417-8
VHS (Voluntary Health Services) 466-7
viabilité 644-66
assurance maladie 100-4, 478, *479*
diversification des revenus 658-63
fonds de dotation 661-2
subvention croisée 659-61
subventions gouvernementales 662-3
efficacité 651-8
contrôle des coûts 655-8
paiements des primes 240, 652-4
prestations pour membre 651-2
systèmes de distribution 654-5
facteurs de concurrence 644-5
gestion 663-6
prestations 645-51
assurance-vie de crédit 645-6
ciblées 648-51
plafonnement 647-8
voir également développement (futur) de la micro-assurance
Vietnam *30*, *35*, 175, 213-4, 368-9
étude de cas *voir* Tao Yeu May (TYM) Mutual Assistance Fund
VIH/SIDA 83, 197, 265-6, 282
Vimo Self-Employed Women's Association (VimoSEWA) *8-9*, 706*a*
assurance collective 172-3
assurance liée à l'épargne 142
assurance maladie *103*, 251, 260-1, 262-3, 266, 351-2, 416-7, 463
assurance maladie *103*, 530-2
apport d'informations 93, 356-7, *357-8*
couverture 81-2, 98-9, 161
groupe cible 80
prestation pour enfant 287-8
prévention des sinistres 356-7, *357-8*
primes 90, 103
remboursement des dépenses 86-7
traitement des déclarations de sinistre *103*, 251, 260-1, 262-3, 266, 351-2, 416-7, 463
assurance pour les femmes et les enfants 156, 159, 160, 287-8
assurance-vie *157*, 265
assurances de biens *157*
auto-assurance 522
informatisation *678*
couverture 81-2, 98-9, 156, 160, 175, 176
culture de la micro-assurance 325
bailleurs de fonds 547, 594
fonds de dotation 103, 661
gestion des placements 295, 379
indicateurs de performance *103*, *278*, 371-2, 974, *374*, 379, *381*
marketing 203, 208, 215
modèle d'assurance solidaire 465
modèle partenaire-agent 416-7, 423, 459-60, 530-2, 605
personnel 311, 316, 318, *320*, 323, 325-7
prestations pour membre 651
primes 90, 102-3, *157*, 180, 231, 652-4
produits associés *157*, 183-4
service après-vente 220, 325
subvention croisée (sources de revenus) 659-60
taux de mortalité 282
traitement des déclarations de sinistre 253, 257, 259, 260-1, 265, *279*, 463, 488-9
voir également Inde ; SEWA Bank
vol (risque de) 29-30
Voluntary Health Services (VHS) 466-7

Wiechers, Thomas *716a*
Wiedmaier-Pfister, Martina *716a*
Wig, Natasha 698-9*a*, 706*a*
Wipf, John J. *716a*
Wirén, Kjell 693*a*, 699-700*a*, 707*a*, 716*a*

Yasiru Mutual Provident Fund *8-9*, 707*a*
  assurance liée à l'épargne 142, 142-3
  assurance-vie 136, *137*
  couverture 175
  demande de micro-assurance *47*
  bailleurs de fonds 546
  gestion financière 306
  indicateurs de performance *381*
  personnel 322
  réassurance 607, 610-1
  remboursements 191
  voir également Sri Lanka
Yeshasvini Trust *8-9*, 706*a*
  risque moral 88
  apport d'informations 91-2
  assurance pour les femmes *159*
  cartes d'identification 95
  contrôle des coûts 89, 657
  couverture 79
  déclarations de sinistre 96-7, 194-5, *195*, 196, *250*, 255, 275, 281, 490-3
  diversification des revenus 658
  bailleurs de fonds *552, 595-6*, 663
  élément de modèle d'assurance solidaire 465
  élément du modèle déterminé selon le prestataire 464-5, 468, 475, 476-7
  externalisation 65, 490-3
  gouvernance 344-5
  indicateurs de performance *103*, 376, *378, 381*
  marketing 203-4
  modèle du réseau coopératif *385, 396*
  prestataires de soins de santé 94, 97-8, 100
  prestations 82, *397*, 65
  prestations pour membre 651
  primes 102, 180, *238-9*
  revenus des placements 102_4, 284-5
  tarification 287-8
  voir également Inde

Zambie *41*, 128, 158, 222, *254*, 262-3, *421*
  études de cas *voir* Christian Enterprise Trust Zambie ; Madison Insurance ; Pulse Holdings Ltd.
Zambuko Trust *263-4, 468-7*
Zenkyoren *360-1*
Zenrosai *360-1*
Zimbabwe *263-4, 486-7*
Zulu, Philip *254*