

---

## 2 Produits et services de micro-assurance

---

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

Ralf Radermacher, Iddo Dror et Gerry Noble<sup>1</sup>

*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).*

---

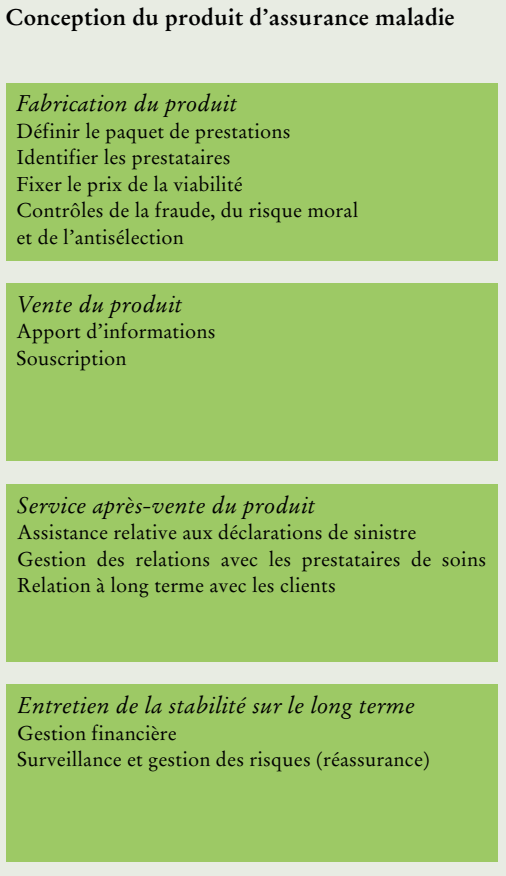
L'assurance maladie se distingue des autres types de couvertures telles que l'assurance-vie ou de biens par plusieurs particularités. Le présent chapitre expose les caractéristiques spécifiques à la micro-assurance maladie, en se concentrant sur les points de vue différents, côté assureurs et côté assurés.

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.

<sup>1</sup> 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 BAIIF et Uplift Health en Inde.

Illustration 6



## I 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

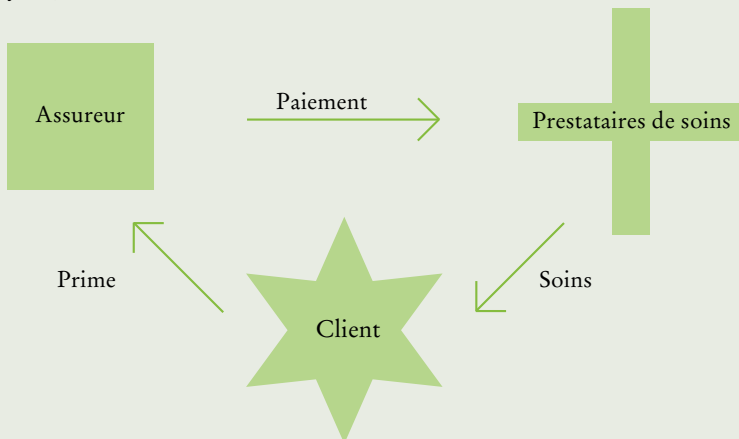
En plus des prestations, les modes de distribution des services et les procédures techniques doivent être définis. Tandis que les premiers déterminent la relation avec les prestataires de soins, les procédures techniques déterminent la façon dont les déclarations de sinistre sont transmises et les personnes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

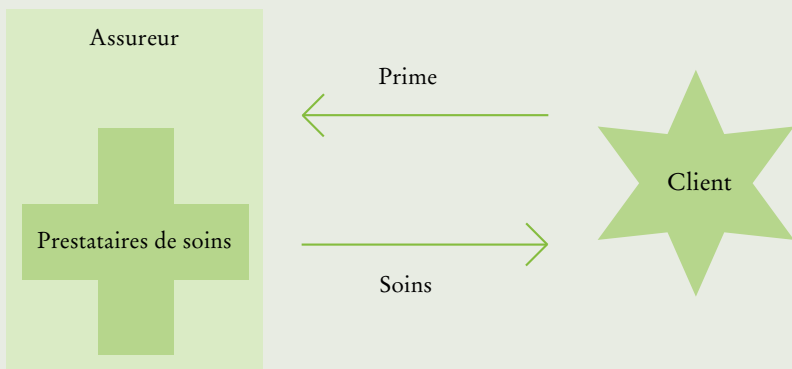
**Modèle de déclarations de sinistre 1 : l'assureur paie le prestataire de soins (tiers payant)**



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-

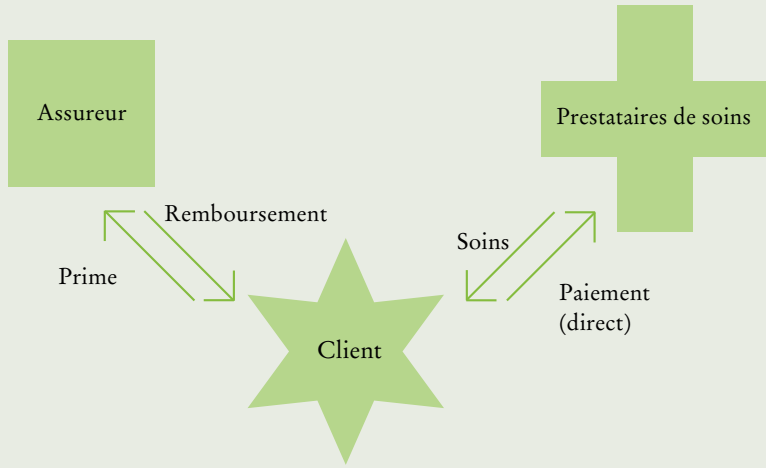
sent des traitements pour des maladies de base et des produits de santé essentiels, et aident à créer des communautés investies dans la santé. Le deuxième niveau est une structure formée d'auxiliaires médicales, toutes des femmes, appelées Shashtho Kormis (SK). Ces auxiliaires médicales supervisent le 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

### Tarifification

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.<sup>2</sup>

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.

<sup>2</sup> 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 préféreraient faire moins de versements.

Tableau 7

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

<i>Missions</i>	<i>Caractéristiques</i>
Détermination de la couverture adaptée au groupe cible	Analyse de la demande (dimension directe)
Calcul de prime actuarielle	Étude de faisabilité (dimension abstraite)
	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, l'exclusion 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 Básico 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

<i>Missions</i>	<i>Caractéristiques</i>
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 VIMOSEWA, 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'exams 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

<i>Missions</i>	<i>Caractéristiques</i>
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 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 révisé 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<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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*).

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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

	<i>Déclara- tions de sinistre/ Prime totale (%)</i>	<i>Rapport des dépenses (%) (Dépenses totales/Re- venu total)</i>	<i>Coûts adminis- tratifs/ Prime (%)</i>	<i>Prime de réassu- rance/Re- venu de la prime (%)</i>	<i>Taux de renouvel- lement (%)</i>
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 <sup>1</sup>	55	–	nd
UMSGF (2004)	42	27,9	21	2	81
UTM (2003)	40	nd	15	nd	100
ServiPerú (2003)	31,5	99 <sup>2</sup>	19,5	15	71

nd : informations non disponibles – non applicables

<sup>1</sup> Ce chiffre ne prend pas en compte les subventions ; avec les subventions, le rapport des dépenses serait de 83 %.

<sup>2</sup> 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

<i>Missions</i>	<i>Caractéristiques</i>
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 Woblner (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.

## I 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,<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

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

<sup>1</sup> Par exemple, voir la Fiche de synthèse de MicroSave n° 6 : L'épargne des pauvres et ses risques relatifs : [www.microsave.org](http://www.microsave.org).

<sup>2</sup> [www.mixmarket.org](http://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 pâttissent 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)<sup>3</sup> 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 ?

<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

---

### 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

<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> 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 actuair e 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-

tes 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

<b>Deux assureurs proposant des produits mixtes</b>		
<i>Institution</i>	<i>Tata-AIG (\$US)</i>	<i>Delta Life (\$US)</i>
Pays	Inde	Bangladesh
PIB par habitant (2003 PNUD)	564	376
Nom du contrat	Karuna Yojana	Dotation (avec bénéficiaires)
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,<sup>6</sup> 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*).

<sup>6</sup> 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.

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.<sup>7</sup> 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.

<sup>7</sup> 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 entrainait 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 XIX<sup>e</sup> 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 micro-assurance, 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.

---

## I 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 micro-finance 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.

---

### I.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 :  $(0,0039 \times \text{capital du prêt} / 52) \times \text{durée du prêt en semaines}$ .

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.<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> 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

<i>Polices et caractéristiques du produit</i>	
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. <sup>2</sup>
Exclusions clés	Période de contestabilité d'un an
Tarifification – 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.<sup>3</sup> 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).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 indemnités.

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.<sup>4</sup> En outre, le contrat offre les prestations supplémentaires suivantes :

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

<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>
- **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.

<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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

<sup>6</sup> 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 augmentent 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.

### I 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

<b>Couverture et prix en roupies de VimoSEWA</b>				
<i>Système 1</i>	<i>Membre</i>	<i>Époux/se</i>	<i>Enfants</i>	<i>Famille</i>
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
<i>Système 2</i>	<i>Membre</i>	<i>Époux/se</i>	<i>Enfants</i>	<i>Famille</i>
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,<sup>1</sup> et avec les coopératives associées à Yeshasvini (*voir encadré 24*).

<sup>1</sup> 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. Reconnaisant 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 micro-finance 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.