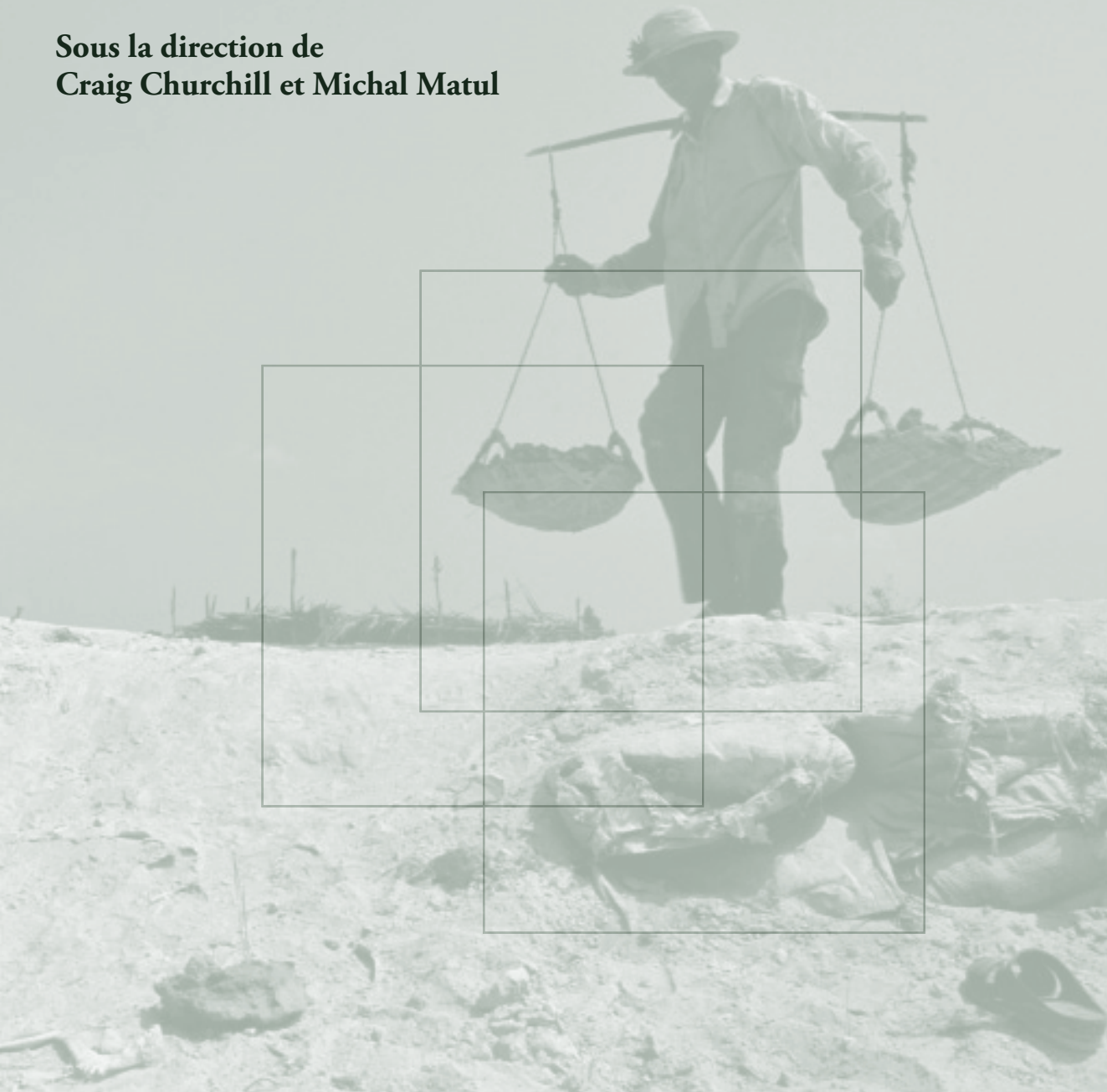
Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

micro insurance network

International Labour Office
Geneva

Protéger les plus démunis
Guide de la micro-assurance
Volume II

Sous la direction de
Craig Churchill et Michal Matul



Protéger les plus démunis
Guide de la micro-assurance
Volume II

Protéger les plus démunis
Guide de la micro-assurance
Volume II

Sous la direction de
Craig Churchill et Michal Matul

Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

micro insurance network

International Labour Office
Geneva

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

L'édition originale de cet ouvrage a été co-publiée par le Bureau international du Travail, Genève, et la Fondation Munich Re, Munich, sous le titre *« Protecting the poor. A microinsurance compendium. Volume II »*
Copyright © 2012 Organisation internationale du Travail.

Edition française copyright © 2014 Fondation Munich Re.
Traduit et reproduit avec l'autorisation du BIT.

ISBN 978-92-2-225744-7 (imprimé)
ISBN 978-92-2-225745-4 (web pdf)
Référence Fondation Munich Re
302-08357

Illustration de couverture : L. Rain, © OIT

Imprimé en Allemagne

Données de catalogage du BIT : microassurance/faible revenu/revenu des ménages/protection sociale/assurances/assurance-maladie/assurance-vie, 11.02.3

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n°2 de annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages de cette publication pourront être reproduits sans autorisation à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Service des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubdroit@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

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

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'i pliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.
Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail ou la Fondation Munich Re souscrivent aux opinions qui y sont exprimées. La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé co ercial n'i plique de la part du Bureau international du Travail ou de la Fondation Munich Re aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications et produits électroniques de l'OIT sont disponibles auprès des principales librairies ou des ureaux locaux de l'OIT dans de no reux pays, ou directement auprès du service des Publications de l'OIT, Organisation internationale du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Les catalogues et les listes des nouvelles publications peuvent être obtenus gratuite ent à l'adresse indiquée ci-dessus ou via l'adresse e-mail : pubvente@ilo.org. Consultez notre site internet : www.ilo.org/publns.

Table des matières

Remerciements xiv
Liste des acronymes xvii
Introduction 1
Craig Churchill et Dirk Reinhard

Partie I Thèmes émergents 7

1 Tendances actuelles en micro-assurance 8
Craig Churchill et Michael J. McCord
1.1 La définition de la micro-assurance devient opérationnelle 8
1.2 Davantage de ménages à faible revenu ont une couverture d'assurance 11
1.3 Les acteurs de la micro-assurance se diversifient 20
1.4 Les prestataires offrent une gamme de produits en expansion et variés 37
1.5 On se préoccupe davantage de la valeur que l'assurance apporte aux assurés 41
1.6 Conclusion 42

2 Le potentiel de la micro-assurance en matière de protection sociale 45
Yvonne Deblon et Markus Loewe
2.1 Champ d'application et fonctions de la protection sociale 47
2.2 La protection sociale dans les pays en voie de développement 51
2.3 La micro-assurance en tant qu'outil de protection sociale 55
2.4 Conclusion : nécessité d'une approche systématique 66

3 Quel est l'impact de la micro-assurance ? 67
Ralf Radermacher, Heidi McGowan et Stefan Dercon
3.1 Quel est l'impact ? 67
3.2 La littérature actuelle 70
3.3 Impact attendu et observé de la micro-assurance 73
3.4 Conclusion 91

4 Micro-assurance et changement climatique 93
Thomas Loster et Dirk Reinhard
4.1 L'impact du changement climatique 94
4.2 Micro-assurance et phénomènes météorologiques 98
4.3 Défis opérationnels et solutions 110
4.4 Rôle des acteurs clés 117
4.5 Conclusion 123

Partie II Assurance Santé **125**

5 Innovations et obstacles en micro-assurance Santé **126**
Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen et Jeanna Holtz
5.1 Preuves de l'impact de la micro-assurance Santé 127
5.2 Défis de l'offre et de la demande en matière de micro-assurance Santé 131
5.3 Innovations et interventions en micro-assurance Santé 137
5.4 L'avenir 144

6 Mécanismes de tiers-payant en micro-assurance Santé **149**
Pascale LeRoy et Jeanna Holtz
6.1 Pratiques de TP en vigueur 151
6.2 Établir et gérer un mécanisme TP 155
6.3 Conclusions 174

7 La difficulté d'évaluer la volonté de payer pour les services de micro-assurance Santé **177**
David Dror et Ruth Koren
7.1 Méthodes d'obtention de la WTP 179
7.2 Recherche d'expériences WTP pertinentes 181
7.3 Résultats clés 185
7.4 Leçons tirées et implications pour les praticiens 195

Partie III Assurance Vie **197**

8 L'épargne en micro-assurance : les leçons de l'Inde **198**
Rob Rusconi
8.1 Considérations sur l'épargne et l'assurance 198
8.2 Produits considérés 202
8.3 Principales leçons tirées 209
8.4 Conclusion et perspectives 219

9 Amélioration de la micro-assurance Emprunteur **221**
John Wipf, Eamon Kelly et Michael J. McCord
9.1 Qu'est-ce que l'assurance Emprunteur ? 222
9.2 Qui bénéficie de l'assurance Emprunteur ? 224
9.3 Quantifier la valeur de l'assurance Emprunteur 229
9.4 Produits étendus existants 234
9.5 Aspects opérationnels 238
9.6 Conclusions et recommandations 242

10 Assurance Obsèques **245**
Christine Hougaard et Doubell Chamberlain
10.1 Questions en matière de couverture Obsèques 246
10.2 Caractéristiques principales de la couverture Obsèques 251
10.3 Donner de la valeur 258
10.4 Conclusion 265

Partie IV Assurance générale **267**

11 Conçue pour l'impact sur le développement : l'assurance indexée de deuxième génération pour les petits exploitants agricoles **268**
Michael R. Carter
11.1 Bases de l'assurance indexée agricole 269
11.2 Concevoir des contrats afin de réduire au minimum le risque de base 275
11.3 Lien entre assurance et crédit 281
11.4 Conclusion : conçue pour l'impact sur le développement 286
Annexe : Analyse par simulation de l'assurance indexée par rapport à l'auto-assurance 287

12 Assurance Bétail : aider les éleveurs vulnérables à gérer leur risque 291
Anupama Sharma et Andrew Mude
12.1 Pourquoi une assurance Bétail ? 292
12.2 Offre d'assurance Bétail pour les populations pauvres 294
12.3 Difficultés dans l'offre d'une assurance Bétail 297
12.4 Catalyser le marché : innovations pour rendre l'assurance Bétail viable 299
12.5 Conclusion 306

Partie V L'assurance et le marché des personnes à faible revenu 309

13 La psychologie de la micro-assurance : de petits changements peuvent faire une différence étonnante 310
Aparna Dalal et Jonathan Morduch
13.1 De petits changements peuvent faire une différence énorme 310
13.2 Stratégies 311
13.3 Conclusion 322

14 Pratiques émergentes en matière d'éducation des consommateurs à la gestion des risques et à l'assurance 234
Iddo Dror, Aparna Dalal et Michal Matul
14.1 Contenu de l'éducation des consommateurs 325
14.2 Mise en place d'une éducation des consommateurs 329
14.3 Durabilité et modèle commercial pour l'éducation des consommateurs 333
14.4 Conclusion 339

15 Amélioration de la valeur pour les clients : perspectives de l'Inde, du Kenya et des Philippines 341
Michal Matul, Clémence Tatin-Jaleran et Eamon Kelly
15.1 Cadre et outil d'évaluation de la valeur pour les clients 342
15.2 Opportunités de création de valeur 346
15.3 Définition des points de référence : mécanismes informels et projets de sécurité sociale 360
15.4 Valeur relative des produits par pays 363
15.5 Conclusions 373

16 La micro-assurance qui marche auprès des femmes 376
Anjali Banthia, Susan Johnson, Michael J. McCord et Brandon Mathews
16.1 Sexe et risques dans les ménages pauvres 377
16.2 Gestion des risques traditionnelle et stratégies de prise en charge 382
16.3 Micro-assurance adaptée aux femmes 386
16.4 Conclusion : un appel à l'action 393

17 Formaliser l'assurance informelle inhérente à la migration : explorer les liens potentiels entre migration, envois de fonds et micro-assurance 397
Jennifer Powers, Barbara Magnoni et Emily Zimmerman
17.1 Considérations de la demande en matière d'assurance liée à la migration 399
17.2 Cadre : les 3 H de l'assurance liée à la migration 400
17.3 Défis juridiques et réglementaires 402
17.4 Opportunités opérationnelles et défis en matière d'assurance liée à la migration et aux envois de fonds 404
17.5 Conclusion 414

Partie VI Assureurs et micro-assurance 417

18 La micro-assurance est-elle rentable pour les assureurs ? 418
Janice Angove et Nashelo Tande
18.1 Cadre pour l'évaluation de la rentabilité 419
18.2 Contexte et préparation du terrain 421
18.3 Analyse financière et facteurs de rentabilité 428
18.4 Conclusions et recommandations 451

19 Apprendre aux éléphants à danser : l'expérience des assureurs commerciaux dans les marchés à faible revenu 453
Janice Angove, Martin Herrndorf et Brandon Mathews
19.1 Implication des assureurs commerciaux dans la micro-assurance 454
19.2 Organisations internes : modèles pour le succès 461
19.3 Relations extérieures : créer des relations de marché 471
19.4 Conclusion 481

20 État et synergies de marché : aperçus du succès de la micro-assurance en Inde 484
Rupalee Ruchismita et Craig Churchill
20.1 Vue d'ensemble du secteur 486
20.2 Produits 491
20.3 Réseaux de distribution 509
20.4 Conclusion : les catalyseurs du succès 518

21 Tarification des produits de micro-assurance 524
Denis Garand, Clémence Tatin-Jaleran, Donna Swiderek et Mary Yang
21.1 Cycle de détermination des prix 526
21.2 Collecte et analyse des données 528
21.3 Établissement d'hypothèses 534
21.4 Détermination de la prime 536
21.5 Surveiller et évaluer l'expérience du produit 540
21.6 Affinage de la prime 541
21.7 Bref exemple 542
21.8 Conclusion 545

Partie VII Canaux de distribution et intermédiaires 547

22 Les nouvelles frontières de la distribution en micro-assurance 548
Anja Smith, Herman Smit et Doubell Chamberlain
22.1 Repenser la distribution 549
22.2 Comparaison des différents canaux de distribution 556
22.3 Problèmes émergents 559
22.4 Aller de l'avant 567

23 Les intermédiaires de micro-assurance 569
Alex Bernhardt, Roland Steinmann et Michael J. McCord
23.1 L'intermédiation en assurance : intermédiation conventionnelle contre intermédiation en micro-assurance 570
23.2 Intermédiaires de micro-assurance seulement 577
23.3 Intermédiaires traditionnels ayant des activités de micro-assurance 585
23.4 La valeur de l'intermédiation en micro-assurance 589
23.5 Conclusions 594

Partie VIII Infrastructure et environnement en micro-assurance 597

24 La révolution technologique en micro-assurance 598
Anja Smith, Eric Gerelle, Michiel Berende et Grieve Chelwa
24.1 Avantages et risques de la technologie en micro-assurance 598
24.2 Technologie de l'interface client 609
24.3 Traitement des transactions 610
24.4 Analyse des données 614
24.5 La promesse des téléphones mobiles 615
24.6 Conclusion 619

25 Accès à l'assurance et réglementation du secteur financier 621
Arup Chatterjee
25.1 Inclusion financière et assurance 622
25.2 Rôle prudentiel et rôle de développement – y a-il un compromis ? 623
25.3 Interventions réglementaires grâce à des cadres politiques 626
25.4 Traitement des MCCO et des prestataires informels 638
25.5 Reconnaissance de canaux de distribution alternatifs 640
25.6 Accès à l'assurance et protection des consommateurs 645
25.7 Conclusion 649

26 Protéger les consommateurs tout en favorisant la micro-assurance 651
Rodney Lester et Katharine McKee
26.1 Caractéristiques du marché de la micro-assurance pertinentes pour la protection des consommateurs 653
26.2 Vers un cadre de protection des consommateurs pour la micro-assurance 658
26.3 Conception et mise en application de régimes spéciaux de protection des consommateurs en micro-assurance 666
26.4 Protection des consommateurs non-législative et non-réglementaire 670
26.5 Bonnes pratiques émergentes 673

Annexe 676
À propos des auteurs 678
Bibliographie 686

Liste des tableaux

1.1 Portée estimée de la micro-assurance en millions de risques couverts 12
2.1 Aperçu des systèmes de protection sociale organisés par les différents intervenants 53
3.1 Cadre d'évaluation de l'impact et éléments de preuve émanant des études passées en revue 74
4.1 Projections de phénomènes météorologiques et climatiques extrêmes 96
4.2 Effets possibles du changement climatique dans les catégories d'assurance, 2030–2050 98
4.3 Dimensions de l'assurance : facteur d'échelle, produits, bénéficiaires 105
6.1 Résumé d'information d'étude de cas 150
6.2 Avantages et désavantages possibles des mécanismes TP 155
6.3 Avantages et inconvénients des différentes méthodes de paiement 160
7.1 Avantages et inconvénients des différentes méthodes d'obtention 181
7.2 Vue d'ensemble des données, des lieux et de la méthode d'obtention de la WTP 182
7.3 Association entre revenu et WTP 185
7.4 Association de la WTP avec des paramètres socio-économiques 188
7.5 Effet de la disponibilité des soins de santé sur la WTP 189
7.6 Effet des dépenses de santé sur la WTP 191
8.1 Caractéristiques clés des produits évalués 203
9.1 Les principaux indicateurs de performance de l'assurance Emprunteur 230
9.2 Le rapport qualité-prix des programmes d'assurance Emprunteur (classés par taux de sinistres) 232
10.1 Les stratégies de protection de Thembi 251
10.2 Types de prestataires d'assurance Obsèques 252
12.1 Types de risque en matière de moyens de subsistance liés à l'élevage 292
12.2 Événements chronologiques dans l'histoire de l'assurance en Inde 294
12.3 Comparaison des différentes techniques d'identification du bétail 300
12.4 Expériences en matière d'assurance Bétail indicielle 302
12.5 Paramètres des performances du LPS, Andhra Pradesh, Inde 304
13.1 Recommandations sommaires 323
14.1 Domaines de contenu pour CARE India 326
14.2 Modèles commerciaux – atouts et défis 337
14.3 Exemples d'indicateurs de surveillance et d'évaluation 338
15.1 Produits inclus dans le test de l'outil d'évaluation de la valeur pour les clients 347

15.2 Produits inclus dans l'analyse PACE pour le Kenya 364
15.3 Produits inclus dans l'analyse PACE, Inde 368
15.4 Produits inclus dans l'analyse PACE, Philippines 371
17.1 Les caractéristiques générales des modèles 3 H 401
17.2 Partenaires pour le marketing et la distribution de micro-assurance liée à la migration 409
17.3 Résumé des opportunités et des défis des modèles 3 H 413
18.1 Cadre pour évaluer la rentabilité des initiatives dans le secteur de la micro-assurance 420
18.2 Vue d'ensemble des initiatives de micro-assurance 423
18.3 Ratios de profits d'assurance bruts 428
18.4 Volumes des primes et vies couvertes 433
18.5 Croissance des primes et taux de renouvellement 434
18.6 Taux de demandes d'indemnisation brut 441
18.7 Taux de dépenses 445
19.1 Activités micro-assurance des assureurs commerciaux et mesure de leur succès 461
19.2 Diverses approches pour structurer l'activité 470
20.1 Faire fonctionner les subventions 488
20.2 Caractéristiques comparatives des 4 plus grands projets d'assurance Santé de masse 508
21.1 Sources potentielles de données destinées à déterminer le prix d'un produit d'assurance Santé pour une coopérative de fermiers 532
21.2 Erreurs courantes lors de l'établissement d'hypothèses en matière d'assurance Santé à partir de données insuffisantes 534
21.3 Calculs de la prime de risque échantillon 537
21.4 Organisation B, demandes d'indemnités attendues pour l'assurance Santé 543
21.5 Organisation B, résultats d'incidence 544
22.1 Perspectives d'une distribution équilibrée 551
22.2 Résumé des différents modèles de distribution 553
22.3 Caractéristiques des canaux de distribution 556
22.4 Avantages et inconvénients des canaux de distribution 559
23.1 Principales différences entre l'intermédiation en assurance et en micro-assurance 575
24.1 Principales catégories de technologie en micro-assurance 601
24.2 Technologies de l'inscription des clients et du paiement des primes 602
25.1 Principes du G-20 pour l'Innovative Financial Inclusion : exemples de pays dans le secteur de l'assurance 627
25.2 Définitions réglementaires des produits de micro-assurance 633
25.3 Canaux de distribution alternatifs et problèmes de réglementation 641

Liste des figures

1.1 Risques de micro-assurance couverts en Colombie 14
1.2 Ce qui incite les assureurs à se lancer dans la micro-assurance 23
1.3 Canaux de distribution pour les assureurs commerciaux 28
1.4 Participation à la Conférence internationale sur la Micro-assurance 36
1.5 Évolution des produits et des processus de micro-assurance 38
1.6 Effet de démonstration du développement du marché de la micro-assurance 43
2.1 L'écart en matière de couverture de protection sociale d'un pays en voie de développement 46
2.2 La fonction de promotion de la promotion sociale : rompre le cercle vicieux de la pauvreté et de la vulnérabilité 48
2.3 Les rôles possibles de la micro-assurance en tant qu'instrument de protection sociale 59
4.1 Changement de température mondial et continental 95
6.1 Mécanisme TP 152
6.2 Modèle intégré de soin et de financement 152
6.3 Modèle de remboursement 153
11.1 Un contrat stylisé d'assurance indexée contre les précipitations 272
11.2 Prévision des rendements à l'aide de données satellites 278
11.3 Calcul du VCI utilisant le NDVI maximum et minimum 280
11.4 Assurer la technologie traditionnelle 288
11.5 Lien entre assurance et crédit pour l'adoption de technologie 289

14.1 Carte conversationnelle de Hollard 329
14.2 Le jeu CHAT 331
15.1 Modèle de création de valeur pour les clients 343
15.2 Cadre de l'analyse de la valeur ajoutée de PACE 345
15.3 Évaluation PACE de la gestion informelle des risques et NHIF au Kenya 363
15.4 Analyse PACE de la valeur pour les clients, Kenya 366
15.5 Analyse PACE de la valeur pour les clients, Inde 369
15.6 Analyse PACE de la valeur pour les clients, Philippines 373
16.1 Événements du cycle de la vie et risques pour les femmes pauvres 376
16.2 Exemples de stratégies de risques et implications 386
19.1 Modèle pour développer des initiatives de micro-assurance durable 462
20.1 Primes totales du secteur rural et du secteur social pour les assureurs d'assurances générales (2009–10) 489
20.2 Croissance de la couverture (2001–09) 494
20.3 Performances de NAIS (2001–09) (en millions de$ US) 495
20.4 Évolution chronologique des programmes d'assurance Santé de masse pour les personnes pauvres en Inde 506
20.5 Les 5 produits principaux offerts par les IMF 513
21.1 Processus itératif du cycle de détermination des prix 526
21.2 Détermination de la prime 536
22.1 L'innovation á travers le processus de distribution 550
23.1 Chaîne de distribution des produits 571
23.2 Canaux de distribution 573
23.3 Différentes structures de couverture de réassurance 588
25.1 Leviers reposant sur la réglementation et la supervision pour améliorer l'accès à l'assurance 629

Liste des encadrés

1.1 Offre et demande de micro-assurance en Afrique du Sud 16
1.2 Origines de la micro-assurance 21
1.3 Critique de l'approche BoP 24
1.4 L'Initiative Accès à l'Assurance 31
2.1 La Loi sur l'assurance nationale de santé au Ghana 61
2.2 Les fonds de risque sociaux du Viêt Nam 63
3.1 Impact des programmes d'assurance Santé sociale 72
3.2 Impact du programme d'assurance Santé « Yeshasvini » en Inde 78
3.3 Assurance, crédit et adoption de technologies au Malawi 80
4.1 Couverture indexée sur les précipitations d'ICICI Lombard, Inde 99
4.2 Assurance contre la sécheresse, Malawi 101
4.3 HARITA (Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation : transfert des risques pour l'adaptation dans la Corne de l'Afrique), Éthiopie 103
4.4 CLIMBS (Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services), Philippines 106
4.5 MiCRO (Microinsurance Catastrophic Risk Organization), en Haïti 107
4.6 Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF) 109
4.7 Assurance agricole contre les catastrophes pour les phénomènes climatiques, Mexique 111
4.8 SystemAgro, l'approche PPP en Turquie 122
5.1 Extension des prestations chez les membres en Inde 138
5.2 Paiements des primes plus faciles 142
5.3 La technologie mobile pour relier les médecins aux patients en zones rurales 144
6.1 Comprendre le vocabulaire : « sans argent liquide » et mécanisme TP 150
6.2 Modèles de demande de remboursement dans des projets MAS 153
6.3 Expérience avec le système de rémunération par tête GRET-SKY 162
6.4 Un co-paiement destiné à limiter une sur-utilisation des services par les clients induit un aléa moral suscité par les prestataires 164
6.5 Prévenir la fraude sans identification par photo 166
6.6 Surveillance de la qualité des services de santé 168
6.7 Amélioration de la qualité des soins 169

6.8 La fonction de gestion des demandes de remboursement 172
6.9 Équilibrage des primes et des paiements par tête 173
8.1 Expérimentation des canaux dans Max Vijay 217
9.1 Impact sur les clients 226
9.2 L'assurance Emprunteur comme avantage concurrentiel au Cambodge 227
9.3 Flux de prestations dans l'assurance Emprunteur 228
10.1 Cartographie de l'assurance Obsèques 246
10.2 Pourquoi avoir de multiples polices d'assurance Obsèques ? 250
10.3 Distribution alternative : Pep-Hollard, Afrique du Sud 257
10.4 Distribution alternative : CODENSA Mapfre, Colombie 257
10.5 L'importance des demandes d'indemnisation : Alternative Insurance Company (AIC), Haïti 262
10.6 Le rôle de l'étude de marché dans la conception de produits « Obsèques-plus » 264
12.1 Stratégie de gestion des risques de l'élevage par BASIX, Inde 297
12.2 Amélioration de la viabilité de l'assurance Bétail chez IFFCO-Tokio 301
12.3 Couverture Bétail indicielle en Mongolie 303
12.4 Un paiement de la prime après l'échéance ? 306
14.1 Domaines de contenu pour le Centre coopératif suédois et Microfinance Opportunities 327
15.1 Définition de la valeur pour les clients et processus de création de valeur 342
15.2 Préférences pour des tickets modérateurs plus élevés (et des primes moindres) chez PWDS en Inde 354
15.3 Modèle de règlement des demandes d'indemnisation 1-3-5 de CARD 355
15.4 Processus pour améliorer la valeur pour les clients chez MicroEnsure 356
15.5 Processus pour améliorer la valeur pour les clients chez Uplift 359
15.6 Valeur pour les clients tirée des mécanismes informels de partage des risques au Kenya 361
16.1 BancoSol en Bolivie négocie pour offrir de meilleures prestations aux femmes 388
16.2 La Equidad en Colombie structure les prestations d'assurance Vie pour protéger les enfants 390
16.3 Banque SEWA en Inde : un pionnier en matière de micro-assurance ciblant les femmes 392
17.1 Assurance Rapatriement et Décès accidentel de SegurCaixa 401
17.2 Un examen de l'assurance obligatoire pour travailleurs expatriés d'Indonésie 405
17.3 La bonne manière d'effectuer une mise sur le marché ? Les programmes médicaux pour les familles de migrants guatémaltèques en Amérique du Nord 406
17.4 Seguros Futuro : identification du besoin d'éducation du consommateur 407
17.5 SparxX de Pioneer Life 408
17.6 Savings and Wellness Clubs de Pioneer 410
18.1 Mesure de la rentabilité 420
18.2 Implications en termes de réglementation pour les primes 438
18.3 Créer une force de vente dédiée 440
18.4 Nouvelle tarification du risque 443
18.5 Réassurer le risque Intempéries 445
19.1 Diversité croissante de produits proposés par les assureurs commerciaux 456
19.2 Distribution innovante utilisée par les assureurs commerciaux 456
19.3 Pratiques de la micro-assurance « client émergent » de Zurich dans le monde 460
19.4 Réactions diverses de la part de la direction 463
19.5 Créer de l'espace pour les erreurs et l'apprentissage 465
19.6 Processus d'apprentissage itératif 467
19.7 Micro-assurance dans les compagnies d'assurance multinationales 469
19.8 Rencontrer le marché là où il est 472
19.9 Établir une très grande confiance 474
19.10 Utiliser la technologie 475
19.11 Avantages d'être le premier 476
19.12 Philosophie du partenariat de Hollard 477
19.13 Image et réputation des partenaires 478
19.14 Importance de créer un engagement total au niveau du partenaire 479
19.15 Partenariats et produits répondant aux besoins des partenaires 479
20.1 Obligations du secteur rural et du secteur social 486
20.2 Tickets Intempéries liés au stade de culture 496
20.3 Indice intempéries pour des groups non-agricoles 498
20.4 Projet Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS) 500

20.5	Introduire le TPA absent	504
20.6	RSBY : distribution à un facteur d'échelle	507
20.7	Opportunité dans la crise ?	514
20.8	Nouveaux canaux de distribution et technologie	516
21.1	Conséquences des erreurs graves de tarification	525
21.2	Barrières culturelles à la WTP	530
21.3	Limitations financières et liquidités des ménages à faible revenu	530
21.4	Processus qui influent sur les dépenses	538
21.5	Tarification : Organisation A	542
21.6	Tarification : Organisation B	543
23.1	Position de WFII sur la micro-assurance	576
23.2	Les intermédiaires en tant que teneurs de marché : MicroEnsure aux Philippines	591
24.1	Microinsurance Network's Technology Working Group	601
24.2	Paiements des primes par déduction de temps de connexion : le cas de AKSItext	604
24.3	Rôle de la technologie dans les ventes et la collecte de primes : le cas de Kilimo Salama	605
24.4	Produit d'argent mobile M-PESA au Kenya	607
24.5	Évolution des systèmes logiciels chez DHAN Foundation	610
24.6	Normes de transmission de données électroniques : le cas des normes ACORD	613
24.7	L'assurance par téléphone mobile MiLife au Ghana	617
25.1	Prendre une part active au développement d'un marché de la micro-assurance en Inde	625
25.2	Développement d'une stratégie de micro-assurance nationale : l'expérience brésilienne	629
25.3	La définition de la micro-assurance en pleine évolution au Pérou	634
25.4	Cadre proposé aux compagnies d'assurance dédiées en Afrique du Sud	637
25.5	Officialisation de l'assurance informelle aux Philippines	638
25.6	Création d'un régime souple pour la distribution : technologie et inclusion financière	643
25.7	Les 6 impacts TCJ pour les consommateurs	646
25.8	Normes et produits de micro-assurance : Philippines	648
26.1	Qu'est-ce qui ne va pas ? Résultats d'une recherche auprès de consommateurs au Kenya	656
26.2	Indicateurs de performances sociales concernant particulièrement la protection des consommateurs	661
26.3	Règles en matière de conseil en Afrique du Sud	669

Remerciements

La présente publication s'appuie sur le savoir acquis par des dizaines d'innovateurs de la micro-assurance à travers le monde qui ont généreusement partagé leurs expériences, qu'il s'agisse de réussites ou d'échecs. Nous souhaitons remercier tout particulièrement les organisations suivantes de leur contribution :

Afrique et Moyen-Orient

Britak (Kenya)
Cooperative Insurance Company (Kenya)
HARITA (Éthiopie)
Hollard (Afrique du Sud)
Jamii Bora Trust (Kenya)
Kenya Orient
Metropolitan (Afrique du Sud)
Microfund for Women (Jordanie)
Mutual and Federal (Afrique du Sud)
National Hospital Insurance Fund (Kenya)
Old Mutual (Afrique du Sud)
Pioneer Assurance (Kenya)
Sanlam Sky (Afrique du Sud)
Syngenta Foundation (Kenya)
UMSGF (Guinée)
UNACOOPEC (Côte d'Ivoire)

Asie et Pacifique (sauf Inde)

Allianz (Indonésie)
CARD MBA (Philippines)
CBHI (RDP Lao)
China Life
CLIMBS (Philippines)
FICCO MBA (Philippines)
First Microinsurance Agency (Pakistan)
GRET (Cambodge)
Groupama (Viêt Nam)
Malayan (Philippines)
Philam Life (Philippines)
PICC (Chine)
TSKI (Philippines)
Vision Fund (Cambodge)

Inde

Bajaj Allianz
BASIX
CARE Foundation
CARE India
Centre for Insurance Risk Management (CIRM)
Dhan Foundation
HDFC Ergo
ICICI Lombard
ICICI Prudential
IFFCO-Tokio
Max New York Life (MNYL)
Palmyrah Workers Development Society (PWDS)
Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)
SBI Life
Swayam Shikshan Prayog (SSP)
Tata AIG
Uplift
VlmoSEWA
Weather Risk Management Services (WRMS)
Yeshesvini

Amérique latine et Caraïbes

ACE (Brésil)
AIC (Haïti)
Alico (Colombie)
Aseguradora Rural (Guatemala)
Bradesco (Brésil)
Colseguros (Colombie)
FUNDASEG (Colombie)
Fonkoze (Haïti)
Mapfre (Brésil)
Mapfre (Colombie)
QBE (Brésil)
Seguros Futuro (Salvador)
Solidaria and La Equidad (Colombie)
SINAF (Brésil)
Zurich (Bolivie)

Autres/monde entier

Aga Khan Agency Microfinance (AKAM)
Allianz
Aon Affinity
Cenfri
Guy Carpenter
MicroEnsure
Micro Insurance Academy
MicroInsurance Centre
Microinsurance Network
Munich Re
PlaNet Guarantee
Swiss Re
Zurich

Cet ouvrage a été préparé sous l'égide du Microinsurance Network, anciennement Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance. Organisation associative regroupant bailleurs de fonds, agences multilatérales, prestataires d'assurance et de protection sociale, décideurs politiques et universitaires, le Microinsurance Network offre une plateforme d'échange d'informations et de coordination entre

les différents intervenants dans le but de promouvoir le développement et la diffusion de services d'assurance pour les personnes à faible revenu.

Le Network a fourni un comité de rédaction de 5 personnes chargé de façonner le canevas de cet ouvrage, d'aider à choisir les auteurs et les réviseurs, et a aussi effectué la relecture de nombreux chapitres. Le comité – Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Michael McCord (MicroInsurance Centre), Dirk Reinhard (Fondation Munich Re) et Rupalee Ruchismita (CIRM) – a apporté des contributions essentielles et fourni de précieux conseils.

Cet ouvrage n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien financier, technique et logistique de la Fondation Munich Re ; tout particulièrement Martina Mayerhofer, Dirk Reinhard et Thomas Loster nous ont apporté une assistance remarquable. Les conférences annuelles sur la micro-assurance de la Fondation Munich Re, co-sponsorisées par le Microinsurance Network, restent une source permanente d'inspiration et d'idées, fournissant du matériel important pour la réalisation de cet ouvrage.

Bien que cet ouvrage ait été financé par la Fondation Munich Re, nous aimerions remercier aussi les bailleurs de fonds supplémentaires pour le développement des contenus, notamment la Fondation Bill & Melinda Gates, qui pour la réalisation de nombreux chapitres a apporté son soutien au Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT. Pour plusieurs chapitres, le Consultatif d'Assistance aux plus Pauvres (CGAP), FinMark Trust, l'Agence allemande pour la coopération internationale allemande (GIZ), le Ministère des affaires étrangères du Luxembourg, la Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) nous ont fait bénéficier d'un soutien supplémentaire.

Plus de 50 personnes ont participé à la rédaction des chapitres du présent ouvrage et près de 80 ont contribué à leur relecture. En remerciement de leur contribution, les auteurs et les réviseurs sont mentionnés à chaque chapitre. Nos collègues du Fonds pour l'innovation dans la Micro-assurance méritent une mention spéciale pour leur infatigable engagement durant le processus de rédaction, de relecture et de révision.

Des dizaines d'autres personnes ont apporté leur aide en matière de gestion, de relecture, de mise en page et de composition. Dans les coulisses, Abigail Gray, Lauren Peterson et David Saunders nous ont fait bénéficier d'une assistance inestimable, tant sur le plan administratif que rédactionnel et technique. D'importantes contributions ont été fournies par Nalina Ganapathi du programme Finance et Solidarité de l'OIT, Charlotte Beauchamp et Alison Irvine du service des publications de l'OIT et Anton Sandbiller de l'unité des publications de Munich Re. La révision finale de la version française a été effectuée par Dominique Fondras-Staudinger, Christine Girard-Obertreis, Laurence Halluin-Kersten et Thomas Jacobitz, département linguistique de Munich Re, mise en page et

composition ont été réalisées par Marcus Maurer, Anja Gindele et Felicitas Wittmann. Un grand merci à tous.

Enfin, nous dédions cet ouvrage à la mémoire de notre collègue José Navarro, actuaire et humanitaire, dont la passion pour la protection des plus démunis continue à inspirer chacun de nous.

Craig Churchill et Michal Matul
Programme Finance et Solidarité
Organisation internationale du travail
Genève, Suisse

Liste des acronymes

AABY	Aam Admi Bima Yojana (Inde)
ABI	Assurance Bétail indexée (IBLI index-based livestock insurance)
ACORD	Association de coopération et de recherche pour le développement
ADN	Acide désoxyribonucléique (DNA deoxyribonucleic acid)
AFA	Assurance des frais ambulatoires (OEI outpatient expense insurance)
AFH	Assurance des frais d'hospitalisation (IEI in-patient expenses insurance)
AGA	Agents généraux administrateurs (MGA managing general agents)
AIAC	Association Internationale des Actuaires (IAA International Actuarial Association)
AIC	Alternative Insurance Company (Haïti)
AIC	Agriculture Insurance Corporation (Inde)
AICA	Association internationale des contrôleurs d'assurance (IAIS International Association of Insurance Supervisors)
AIG	American International Group
AKAM	Agence Aga Khan pour la microfinance
AKDN	Réseau Aga Khan de développement
ALMAO	All Lanka Mutual Assurance Organization (Sri Lanka)
APRA	Australian Prudential Regulatory Authority
ASR	Aseguradora Rural (Guatemala)
AT	Assistance technique (TA technical assistance)
ATA	Agent de transfert d'argent (MTA money transfer agent)
BAD	Banque asiatique de développement (ADB Asian Development Bank)
BG	Bidding Game (jeu d'enchères)
BHI	Basic Health Insurance (assurance Santé de base)
BID	Banque Interaméricaine de Développement (IDB Inter-American Development Bank)

BIP	Base Insurance Product (produit de base)
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Ministère fédéral de la coopération économique et du développement) (Allemagne)
BoP	Bottom of the pyramid (base de la pyramide)
BPL	Below poverty line (en dessous du seuil de pauvreté)
BRS	Belgian Raiffeisen Foundation (Fondation Raiffeisen Belge)
CA	Commission aux Assurances (IC Insurance Commission) (Philippines)
CARD	Centre pour l'agriculture et le développement rural (Philippines)
CaribRM	Caribbean Risk Managers Limited
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CBHI	Community-based health insurance (assurance Santé à base communautaire)
CCIS	Comprehensive Crop Insurance Scheme (régime d'assurance globale Récoltes)
CCRIF	Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (Fonds d'assurance contre les risques catastrophiques pour les Caraïbes)
CDA	Cooperative Development Authority (Autorité de développement communautaire)
CDP	Capacité de payer (ATP ability to pay)
Cenfri	Centre for Financial regulation and Inclusion (Centre pour la réglementation et l'inclusion financière)
CGAP	Consultatif d'assistance aux plus pauvres
CHAT	Choosing Health-plans All Together
CHF	Community Health Fund (Fonds de santé communautaire)
CIC	Cooperative Insurance Company (Compagnie d'assurance coopérative) (Kenya)
CIF	Confédération des Institutions Financières (Afrique de l'Ouest)
CIGNA	Connecticut General Life Insurance Company of North America
CIN	Carte d'identité nationale (NIC national identity card)
CIRC	China Insurance Regulatory Commission (Commission de régulation pour les assurances en Chine)
CIRM	Centre for Insurance Risk Management (Centre pour l'assurance et la gestion des risques)
CLIMBS	Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services (Philippines)
COP	Conferences of the Parties
CP	Carte de paiement (PC payment card)

CRED	Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes naturelles)
CSC	Common service centers
CV	Contingent Valuation (évaluation contingente)
DBCV	Double Bounded Contingent Valuation (évaluation contingente à double offre)
DC	Dichotomous Choice technique (technique de choix dichotomique)
DECSI	Dedebit Credit and Savings Institution (Réseau d'épargne et de crédit)
DFID	Department for international Development (Agence pour le développement international) (Royaume-Uni)
DGA	Denis Garand & Associates
DHAN	Development for Human Action Foundation (Fondation pour le développement humain)
DRP	Disaster Response Product (produit gestion des catastrophes)
DRTV	Direct Response Television (publicité directe télévisée)
EPSS	Empresa Promotora de Servicios de Salud (Guatemala)
ERC	Essai randomisé contrôlé (RCT randomized controlled trial)
EUDN	European Development Research Network (Réseau européen de recherche sur le développement)
FAIS	Financial Advisory and Intermediary Services Act (Afrique du Sud)
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture)
FAQ	Frequently asked questions (questions fréquemment posées)
Fasecolda	Federación de Aseguradores Colombianos
FEWS NET	Famine Early Warning System Network (Réseau de systèmes d'alerte précoce contre la famine)
FGD	Focus group discussion (discussion de groupes)
FICCO	First Community Cooperative
FIDA	Fonds international de développement agricole (IFAD International Fund for Agriculture development)
FIDES	Federación Interamericana de Empresas de Seguros
FINCA	Fondation pour l'assistance communautaire internationale
FINO	Financial Information Network and Operations (plateforme de technologies commerciales et bancaires)
FMD	Foot and mouth disease (fièvre aphteuse)
FMI	Fonds monétaire international (IMF International Monetary Fund)

FMiA	First Microinsurance Agency (Pakistan)
FSA	Financial Services Authority (Autorité de régulation du secteur financier)
FSB	Financial Stability Board (Conseil de stabilité financière)
GDIA	Garantie Décès et Invalidité Accidentels (AD&D accidental death and disability)
GESS	Global Extension of Social Security (Extension mondiale de la sécurité sociale) (OIT)
GFDRR	Global Facility for Disaster Risk and Reduction (Dispositif mondial réduction effets des catastrophes et de relèvement)
GFEP	Global Financial Education Program (Programme d'éducation financière globale)
GIEC	Intergouvernemental sur l'évolution du climat (IPCC Intergovernmental Panel on Climate Change)
GIIF	Global Index Insurance Facility (mécanisme mondial d'assurance basé sur un indice)
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agence de coopération internationale) (Allemagne)
GoI	Gouvernement de l'Inde
GPRS	General packet radio service (Service général de radiocommunication en mode paquet)
GRET	Groupe d'échange et de recherche technologique (Cambodge)
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence de coopération technique) (Allemagne)
HARITA	Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation (Projet de transfert des risques pour l'adaptation dans la Corne de l'Afrique)
ICARD	Centre international pour le développement agricole et rural
ICMIF	Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance
ICP	Insurance core principles (principes de base en assurance)
ICP	Indicateurs clés de performance (KPI key performance indicators)
ICRISAT	International Crop research institute for the Semi-Arid Tropics (Institut international de recherche sur les cultures des zones tropicales semi-arides)
ID	Identification
IFC	International Finance Corporation (Société financière internationale)
IFFCO	Indian Farmers fertiliser Cooperative Limited (Coopérative indienne de fertilisants agricoles)

IFMR	Institute for Financial Management and Research (Institut de la gestion financière et de la recherche) (Inde)
IFPRI	International Food Policy Research Institute (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires)
ILAL	Insure Lives and Livelihood programme (Programme de micro-assurance Vies et moyens de subsistance) (Inde)
IMF	Institution de microfinance (MFI microfinance institution)
INR	Roupie indienne
IPT	Invalidité permanente totale (TPD total and permanent disability)
IRAM	Institut de Recherche et d'Applications des Méthodes de Développement (Mozambique)
IRDA	Insurance Regulatory and Development Authority (Autorité du contrôle et du développement des assurances) (Inde)
IRI	International Research Institute for Climate and Society (Institut international de recherche pour le climat et la société)
IT	Information Technology (informatique)
ITGI	Compagnie d'assurance générale IFFCO Tokyo (Inde)
JBT	Jamii Bora Trust (Kenya)
JBY	Janashree Bima Yojana (Inde)
KES	Shilling kenyan
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Établissement de crédit pour la reconstruction) (Allemagne)
LIC	Life Insurance Corporation (Inde)
LIS	Livestock Insurance Scheme (plan d'assurance Mortalité du bétail) (Inde)
LPS	Livestock Protection Scheme (plan de protection du bétail) (Inde)
M	Ménages (HH household)
MAS	Micro-assurance Santé (HMI health microinsurance)
MAS	Manipal Arogya Suraksha Yojana (Inde)
MBA	Mutual Benefit Association (société mutualiste)
MCCO	Mutuelles, coopératives et organisations communautaires
MCDI	Medical Care Development International (Développement international des soins de santé)
MCII	Munich Climate Insurance Initiative
ME	Malade en consultation externe (OP outpatient)
MFIC	Microfinance International Corporation (Entreprise internationale de microfinance)
MH	Malade hospitalisé (IP in-patient)
MIA	Micro Insurance Academy (Académie de micro-assurance)

MiCRO	Microinsurance Catastrophic Risk Organization (Organisation de micro-assurance contre les risques de catastrophe naturelle)
MNAIS	Modified National Agricultural Insurance Scheme (Inde)
MNO	Mobile network operator (opérateur de réseau mobile)
MNYL	Max New York Life
MOLISA	Ministère du travail, des invalides et des affaires sociales (Viêt Nam)
MSI	Management du système d'information (MIS management information system)
NABARD	National Bank for Agriculture and Rural Development (Banque nationale d'agriculture et de développement rural) (Inde)
NAIS	National Agriculture Insurance Scheme (Plan d'assurance agricole national) (Inde)
NASFAM	National Smallholder Farmers'Association of Malawi (Association nationale de petits producteurs au Malawi)
NCMS	New Cooperative medical Scheme (Nouveau système de coopérative médicale (Chine)
NCMSL	National Collateral management Services Limited (Services nationaux de gestion des garanties)
NDVI	Normalized difference vegetation index (Indice de végétation de la différence normalisée)
NHIF	National Health Insurance Fund (Caisse nationale d'assurance Santé) (Ghana)
NHIF	National Hospital Insurance Fund (Caisse nationale d'assurance hospitalisation) (Kenya)
NICE	National Insurance Corporation of Eritrea (Compagnie nationale d'assurance d'Érythrée)
NSCB	National Statistical Coordination Board (Philippines)
NSSF	National Social Security Fund (Fonds national de sécurité sociale) (Kenya)
OAA	Organisation des assurances africaines (AIO African Insurance Organisation)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques (OECD Organisation for Economic Co-operation and Development)
OE	Open-ended Formats (formats ouverts)
OIM	Organisation internationale pour les migrations (IOM International Organization for Migration)
OIT	Organisation internationale du travail (ILO International Labour Organization)

OMM	Organisation météorologique mondiale (WMO World Meteorological Organization)
OMS	Organisation mondiale de la Santé (WHO World Health Organization)
ONG	Organisation non gouvernementale (NGO non-governmental organisation)
ONU	Organisation des Nations Unies
OOP	Out-Of-Pocket (dépenses non remboursées)
ORL	otorhinolaryngologie (ENT ear, nose and throat)
PA	Partner agent
PACC	Programa de Atención a Contingencias Climatológicas (Programme sur les aléas climatiques) (Mexique)
PACE	Produit, Accès, Coût, Expérience
PACS	Primary agricultural credit societies (coopératives de crédit agricole de base)
PAM	Programme alimentaire mondial (WFP World Food Programme)
PDG	Président-directeur général (CEO Chief Executive Officer)
PDRI	Programme de développement rural intégré (IRDP Integrated Rural Development Programme)
PFR	Pays à faible revenu (LIC low-income countries)
PHFI	Public Health Foundation of India (Fondation indienne de la santé publique)
PHP	Peso philippin
PIA	Partner intermediary agent (Agent partenaire intermédiaire)
PIB	Produit intérieur brut (GDP gross domestic product)
PICC	People's Insurance Company of China (Compagnie d'assurance chinoise)
PNB	Produit national brut (GNP gross national product)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement (UNDP United Nations Development Programme)
PoS	Point-of-sale (point de vente)
PPP	Partenariat public-privé
PR	Préférences révélées (RP revealed preferences)
PRADAN	Professional Assistance for Development Action (Assistance professionnelle pour les actions de développement)
PWDS	Palmyrah Workers Development Society (Inde)
RAS	Régime d'assurance Santé (HIS health insurance scheme)
REST	Relief Society of Tigray (Éthiopie)
RFID	Radio Frequency Identification Device (Identification par radiofréquences)

RH	Ressources humaines (HR human resources)
RMB	Yuan chinois
ROSCA	Rotating Savings and Credit Association (Association d'épargne et de crédit différés)
RPLI	Rural Postal Life insurance (Assurance Vie postale en milieu rural) (Inde)
RSBY	Rashtriya Swasthya Bima Yojana (Inde)
RSE	Responsabilité sociale des entreprises (CSR corporate social responsibility)
SaaS	Software as a Service (logiciel en tant que service)
SACCO	Savings and Credit Co-operatives Organization (Coopératives d'épargne et de crédit)
SACCOL	Savings and Credit Co-operatives League (Ligue coopérative de l'épargne et du crédit)
SAHB	State Animal Husbandry Department (Inde)
SAIA	South African Insurance Association
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Pérou)
SCC	Swedish Cooperative centre (Centre coopératif suédois)
SDA	State designated agency (Inde)
SDC	Swiss development Corporation
SEC	Securities and Exchange Commission (Agence gouvernementale réglementation et contrôle des marchés financiers)
SECP	Securities and Exchange Commission of Pakistan (Agence pakistanaise réglementation et contrôle des marchés financiers)
SEED	Save, Earn, Enjoy Deposits (épargner, gagner et profiter de ses dépôts)
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion Network
SEGURO	Solvabilité/stabilité, efficacité, gouvernance, compréhension (understanding) du produit, capital-risque (risk-based capital) et approche (outreach)
SES	Situation socio-économique
SEWA	Self Employed Women's Association (Inde)
SFDA	Small Farmers' Development Agency (Inde)
SHEPHERD	Self-Help Promotion for Health and Rural Development
SHG	Self-help group (Groupe d'entraide)
SI-CUN	Self-Insured Credit Union Network
SI-MFI	Self-insurance microfinance institution
SICL	Sanasa Insurance Company, Ltd.
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIM	Subscriber identity module
SINCAF	Sindicato Carioca dos Fiscais de Renda

SKDRDP	Sri Kshetra Dharmasthala Rural Development Programme
SKY	Sokhapheap Krousar Yeung (Santé pour nos familles, Cambodge)
SLDB	State Livestock Development Board (Inde)
SMA	Station météo automatique (AWS automated weather stations)
SMS	Short message service
SP	Préférences exprimées (stated preferences)
SRF	Social risk fund
SSP	Swayam Shikshan Prayog (Inde)
SSS	Sarva Shakti Suraksha
SSS	Social Security Software (DHAN Foundation, Inde)
SUSEP	Superintêndencia de Seguros Privados (Brésil)
TCF	Treating Customers Fairly (traiter les clients équitablement)
TIC	Technologies de l'information et de la communication (ICT information and communication technology)
TIOLI	Take It Or Leave It (approche à prendre ou à laisser)
TP	Tiers-payant
TPA	Tiers administrateur (third-party administrator)
TSKI	Taytay Sa Kauswagan, Inc. (Philippines)
UE	Union Européenne
UEMOA	Union économique et monétaire d'Afrique de l'Ouest
UMASIDA	Umoja wa Matibabu Sekta Isiyo Rasmi Dar es Salaam (République-Unie de Tanzanie)
UMSGF	Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (Guinée)
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USI	Unité de soins intensifs (ICU intensive care)
VCI	Vegetation Condition Index (indice condition de végétation)
VHC	Village health champion
VHI	Assurance Santé au Viêt Nam
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VOIP	Voix sur IP
WASP	Wireless Access Service Provider (fournisseur d'accès sans fil)
WBCIS	Weather-based Crop Insurance Scheme (Inde)
WFII	Fédération internationale des intermédiaires d'assurances
WRMS	Weather Risk Management Services (Inde)
WTP	Willingness to pay (volonté de payer)
WWB	Women's World Banking
XBRL	eXtensible Business Reporting Language
XML	eXtensible Markup Language

Introduction

Craig Churchill et Dirk Reinhard

Les citoyens les plus démunis des pays les plus pauvres sont généralement exposés aux plus gros risques. Séismes, inondations, sécheresse, maladies, criminalité frappent souvent plus durement les populations pauvres. La vulnérabilité et la pauvreté vont de pair, mais la micro-assurance offre la promesse de rompre une partie du cycle qui lie l'une à l'autre.

Jonathan Morduch, 2006

Cinq ans après la publication du premier volume de *Protéger les plus démunis – Guide de la micro-assurance,* les éditeurs ont estimé qu'il était temps d'examiner les réalisations et évolutions récentes et de voir où en était le secteur actuellement.

D'importantes modifications sont intervenues au cours des années écoulées. En 2008, le lancement du Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT, financé à l'origine par la Fondation Bill et Melinda Gates, a entraîné une nette augmentation du nombre de projets pilotes de micro-assurance et d'activités de recherche. En 2009, le Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance a pris le nom de Microinsurance Network, officialisant ainsi ses efforts en matière de partage d'expériences et de collaboration aux améliorations. En outre, en 2009 a été lancée l'Initiative Accès à l'Assurance – mise sur pied par le Microinsurance Network après le Fonds pour l'innovation – afin de renforcer la compréhension des contrôleurs d'assurance et leur capacité de créer un environnement plus favorable à l'accès à l'assurance. Les prestataires de la micro-assurance ont également évolué. Alors que bon nombre de systèmes évoqués dans le premier livre concernaient de petites organisations, on constate maintenant une implication active des gouvernements et de l'industrie des assurances, qui permet d'atteindre une envergure sgnificative.

La citation ci-dessus de Jonathan Morduch indique que la micro-assurance offre la promesse de contribuer à la rupture du cycle vulnérabilité-pauvreté. Comme le décrit le présent ouvrage, des progrès significatifs ont permis d'avancer vers la concrétisation de cette promesse, même si cela reste encore largement un souhait non réalisé. On peut considérer, à différents niveaux, que la promesse de la micro-assurance favorise les travailleurs pauvres et leurs prestataires de services et contribue plus largement au développement économique.

Bénéfices pour les travailleurs pauvres

Au niveau des ménages, la contribution potentielle de la micro-assurance pour rompre le cycle de la pauvreté joue un rôle à la fois de production et de protection (Collins et al., 2009 ; Dercon, 2005 ; Cohen et Sebstad, 2005). Il s'avère très difficile d'évaluer ces bénéfices, mais les résultats présentés aux chapitres 3 et 15 démontrent que certains se sont concrétisés.

Du point de vue de la protection, l'assurance peut couvrir les titulaires de contrat contre les conséquences financières de divers risques, y compris ceux de maladie et de décès. Lorsqu'un risque est assuré, les personnes pauvres qui subissent des pertes importantes peuvent faire face à la situation plus efficacement. Le paiement régulier de faibles primes est plus facile à assumer que les grosses dépenses subites liées aux crises.

Sur le plan de la production, l'assurance peut être pour les personnes pauvres un moyen de constituer un montant d'épargnes, par exemple par le biais d'une police d'assurance Vie à long terme leur permettant de constituer des actifs. Par ailleurs, l'assurance peut aider à libérer l'accès à certains facteurs productifs, comme un crédit pour la couverture de certains risques (sécheresse, pluies excessives, mortalité du bétail, etc.) qu'un prêteur ne veut pas prendre en charge. Cela a aussi un effet tranquillisant : les personnes pauvres qui sont assurées peuvent investir plus, peut-être dans des activités à risque plus élevé et rapportant davantage, et se sentent moins contraintes d'épargner en mettant en réserve des fonds de façon improductive.

Bénéfices pour les fournisseurs

De nombreuses organisations sont impliquées dans l'offre d'assurance aux ménages à faible revenu. Même si ces organisations ont des motivations et des intérêts divers, elles peuvent toutes, ou devraient toutes être à même de tirer profit de la fourniture d'assurance aux travailleurs pauvres.

Concernant les coopératives, les syndicats, les organisations non gouvernementales (ONG), les groupes d'entraide et autres organisations, qui souhaitent en premier lieu encourager leurs membres à gérer les risques, l'assurance peut constituer une aide leur permettant d'atteindre leur objectif social. En tant que telle, l'assurance peut être un instrument idéal pour compléter d'autres services qu'ils peuvent offrir, y compris la prévention des sinistres, l'éducation financière et la fourniture de services d'épargne et prêts d'urgence.

La micro-assurance peut assister les organisations plus commerciales à percer un nouveau marché ou à étendre leurs services à un marché existant. Ainsi, la micro-assurance fournit aux assureurs une stratégie pour la base de la pyramide (BoP) (Prahalad, 2005) en vue d'atteindre efficacement et de servir aujourd'hui la

génération future des preneurs d'assurance. Pour les canaux de distribution, comme les détaillants, les entreprises de services publics ou les fournisseurs d'intrants agricoles, la micro-assurance n'est pas qu'une source supplémentaire de revenus, mais peut, si elle est bien conçue, permettre une augmentation du chiffre d'affaires au niveau de leur activité principale.

Même les gouvernements peuvent entrer dans la catégorie du fournisseur. Pour ceux qui souhaitent étendre la couverture de protection sociale aux populations exclues, comme les travailleurs de l'économie informelle, la micro-assurance peut être un moyen d'atteindre cet objectif. De plus, la prolifération de la micro-assurance devrait fournir aux gouvernements plus de moyens efficaces de protection sociale, en offrant une meilleure couverture contre le risque croissant de catastrophes naturelles et en atteignant des objectifs de politique publique comprenant plusieurs Objectifs du Millénaire pour le Développement (Churchill, 2006).

Bénéfices pour la communauté et le pays

Diverses études ont démontré qu'il existait un lien causal entre le développement de l'industrie de l'assurance en général – pas spécifiquement la micro-assurance – et le développement économique national (Arena, 2006 ; Haiss et Sumegi, 2008). Et ce, en partie, du fait du soutien apporté à l'activité entrepreneuriale. L'assurance peut favoriser la stabilité économique, par exemple, en permettant aux entreprises d'opérer avec moins de volatilité. Incités à réduire les sinistres, assureurs et réassureurs contribuent au développement en encourageant les mesures d'atténuation des risques. De façon plus efficace que d'autres instruments financiers, l'assurance peut servir à gérer certains risques auxquels sont confrontés créanciers et emprunteurs, favorisant ainsi l'accès au crédit et stimulant l'effort entrepreneurial. L'assurance facilite aussi les investissements dans les risques plus élevés, les opportunités commerciales à rendement plus élevé en aidant à mesurer et à gérer les expositions à haut risque. Les investissements dans des activités qui rapportent davantage contribuent, quant à eux, à l'augmentation de productivité et à la croissance économique.

De façon plus générale dans l'économie, en mobilisant l'épargne à long terme, les assureurs représentent une importante source de financement à long terme pouvant servir au développement d'initiatives, telles que l'amélioration des infrastructures et agissent aussi comme importants stimulateurs pour le développement des marchés d'actions et d'obligations. En tant que principaux investisseurs dans les marchés d'actions, les assureurs peuvent contraindre les sociétés cotées à adopter des mesures de gouvernance d'entreprise plus sévères et à renforcer la transparence. Pour résumer, selon Brainard (2008), « le résultat net des marchés de l'assurance fonctionnant correctement devrait consister en une

meilleure tarification du risque, une plus grande efficacité dans l'allocation globale de capital et la combinaison d'activités économiques, et une productivité accrue. »[1]

Un point important non évoqué jusqu'ici dans la littérature est l'éventuelle contribution spécifique de la micro-assurance à l'approfondissement et au renforcement de l'industrie des assurances en général. Dans les pays développés, le secteur de l'assurance a été largement bâti sur une base solide avec une clientèle de particuliers, dont l'origine remonte peut-être aux mutuelles ou à l'assurance Vie populaire. Le secteur assurantiel de nombreuses économies émergentes ou en développement a évolué dans la seconde moitié du XXe siècle, et s'est concentré principalement sur la clientèle constituée par les entreprises, avec peu d'efforts fournis en vue de constituer l'infrastructure requise pour une clientèle de particuliers.

Comme de nombreux pays n'ont pas profité de cette première phase du développement de l'assurance et sont passés directement à des produits plus sophistiqués, le secteur assurantiel peut y être restreint et faiblement développé. Cependant, la micro-assurance peut leur donner la possibilité de reconstruire à partir de la base et de créer les fondements d'une assurance des particuliers, et contribuer enfin plus fortement au développement économique général du pays. II est intéressant de noter que les pays en développement dans lesquels l'assurance avait de solides bases en clientèle de particuliers, comme l'Inde ou l'Afrique du Sud, sont apparus parmi les leaders de la micro-assurance.

La contribution de la micro-assurance pour la communauté et le pays s'étend au-delà de sa participation au renforcement de l'industrie des assurances. Comme la micro-assurance se situe au point d'intersection entre la protection sociale et l'inclusion financière – 2 points importants à l'ordre du jour pour le G20 – sa contribution au développement économique sera plus importante là où ces forces sont bien coordonnées. Par exemple, les partenariats public-privé semblent constituer un important moyen d'en tirer le meilleur parti, bien que ce soit plus facile à dire qu'à faire. De même, comme l'a suggéré Dercon (2011), les transferts monétaires qui apportent un revenu régulier aux ménages à faible revenu pourraient être complétés par une assurance en vue d'aider ces ménages pauvres à gérer les risques plus efficacement.

Il est peu probable que la micro-assurance rompe le cycle de la pauvreté à elle seule, mais c'est un instrument précieux parmi les moyens permettant de lutter contre la pauvreté. Lorsqu'elle est associée à la prévention et à la limitation des risques, et complétée par d'autres services financiers de gestion de risques, comme les services d'épargne et les prêts d'urgence, l'assurance peut jouer un rôle essentiel à différents niveaux pour gérer efficacement les risques, réduire leur vulnérabilité et, espérons-le, contribuer à atténuer la pauvreté.

[1] Pour plus de détails concernant l'impact du développement assurantiel sur le développement économique, consulter les textes de l'USAID (2006), Brainard (2008) et Skipper (1997).

Public cible

Comme décrit dans le premier chapitre, la réussite de la micro-assurance suppose l'engagement d'un grand nombre d'intervenants. Sans le soutien de professionnels de l'assurance, de canaux de distribution, de décideurs et de superviseurs, d'une assistance technique et de prestataires de services, de bailleurs de fonds, d'organisations basées sur la communauté et d'universitaires, il serait pratiquement impossible d'apporter des solutions d'assurance durables aux très nombreux ménages à faible revenu. Le présent ouvrage s'adresse donc aux personnes faisant partie des groupes désireux de tirer les enseignements des expériences acquises et qui souhaitent se faire une idée de la façon dont une couverture viable et efficace peut être fournie aux travailleurs pauvres.

Structure de l'ouvrage

Cet ouvrage s'articule autour de 8 parties. La première partie met en lumière les principales évolutions enregistrées dans le secteur, explique quelle relation existe entre l'assurance et la protection sociale, décrit les effets potentiels de la micro-assurance et prend en considération la tâche difficile consistant à proposer des formules de micro-assurance compte tenu des changements climatiques. Le premier chapitre, notamment, donne un aperçu du contenu, examinant les principales tendances et faisant référence à d'autres chapitres pour de plus amples informations.

Les parties II, III et IV traitent de catégories d'assurance spécifiques : Santé, Vie, Risques agricoles et Mortalité du bétail. La partie V présentent des thèmes importants relatifs au marché des personnes à faible revenu, comme la psychologie de la micro-assurance, l'éducation des consommateurs ou la valeur pour les clients. Elle analyse aussi la conception de la micro-assurance pour certains groupes cibles, notamment les femmes et les migrants. La partie VI étudie le profit que la micro-assurance apporte au secteur de l'assurance et l'expérience des assureurs commerciaux pour servir le marché des personnes à faible revenu. Il est aussi indiqué, dans cette partie de l'ouvrage, comment tarifer les produits de micro-assurance avec des données limitées ; on y trouve également une analyse détaillée de la micro-assurance en Inde, qui est une place forte de l'innovation et un modèle de participation gouvernementale. La partie VII se concentre sur la distribution et l'intermédiation. Avec la partie VIII, l'ouvrage offre une conclusion qui fournit des informations sur le type d'infrastructure dont la micro-assurance a besoin pour réussir, y compris la technologie, des réglementations favorables et une protection des consommateurs adéquate.

I Thèmes émergents

1 Tendances actuelles en micro-assurance

Craig Churchill et Michael J. McCord

Les auteurs souhaitent remercier les réviseurs suivants pour leurs commentaires détaillés et éclairés : Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Véronique Faber (Microinsurance Network), Jeanna Holtz (OIT), Brandon Mathews (Zurich), Lisa Morgan (Milliman), Dirk Reinhard (Fondation Munich Re), Jim Roth (Leapfrog) et Rupalee Ruchismita (CIRM).

La micro-assurance se développe à un rythme époustouflant, avec l'émergence de nombreuses innovations destinées à mettre l'assurance à la portée des personnes à faible revenu. On assiste au lancement de nouveaux produits couvrant différents risques, qui sont distribués aux ménages pauvres par des canaux divers et de plus en plus nombreux. Pour avoir des consommateurs mieux informés, on a recours à l'utilisation d'outils d'éducation ludiques. Les autorités de contrôle des assurances adaptent leurs réglementations en vue de faciliter l'essor des assurances destinées aux pauvres. En résumé, des millions supplémentaires de ménages à faible revenu ont maintenant accès à une meilleure couverture d'assurance.

Comme introduction à ce second volume de l'ouvrage *Protéger les plus démunis,* le présent chapitre expose 5 tendances reflétant le changement considérable de la situation pour la micro-assurance :

1. La définition de la micro-assurance devient opérationnelle.
2. Davantage de ménages à faible revenu ont une couverture d'assurance.
3. Les acteurs de la micro-assurance se diversifient.
4. Les prestataires offrent une gamme de produits de plus en plus large et variée.
5. On se préoccupe davantage de la valeur réelle que l'assurance apporte aux assurés.

1.1 La définition de la micro-assurance devient opérationnelle

La première des 5 tendances est que la définition de la micro-assurance devient opérationnelle. Dans le premier volume, la micro-assurance était définie comme suit :

La micro-assurance consiste en la protection des personnes à faible revenu contre des dangers spécifiques, ce en échange du paiement régulier de primes dont le montant est proportionnel à la probabilité et au coût du risque encouru. Dans le fond, cette définition est similaire a celle que l'on pourrait utiliser pour l'assurance classique, à l' exception du marché cible clairement identifié : les populations à faible revenu ...Quel est le niveau de pauvreté nécessaire pour pouvoir prétendre à une protection de type micro-assurance ? La réponse dépend du pays, mais généralement, la micro-assurance

est destinée aux personnes oubliées par le commerce et les schémas d'assurance sociale grand public, n'ayant pas accès aux produits adaptés à leur situation.

Churchill, 2006, pp. 12-13.

Même s'il s'agit-là d'une bonne définition du concept, elle n'est pas suffisante. Une distinction claire est nécessaire, par exemple pour les compagnies d'assurance disposant d'un département Micro-assurance et qui ont besoin de définir les frontières où commence et s'arrête le travail de ce département. Les superviseurs d'assurance réclament aussi des définitions opérationnelles. Par exemple, si les décideurs politiques exigent des assureurs qu'ils se mettent au service des pauvres ou les incitent à offrir des services plus bas de gamme, ils ont besoin d'un moyen leur permettant de déterminer si ces objectifs ont été atteints.

Il y a 4 façons de rendre la définition de la micro-assurance opérationnelle :

1. **Groupe cible :** La définition d'origine était une approche basée sur le groupe cible, indiquant que la micro-assurance s'adressait aux personnes à faible revenu. Mais comme elle ne précisait pas comment mesurer ou déterminer si les personnes à « faible revenu » étaient bien celles qui bénéficiaient des services de micro-assurance, les assureurs et les autorités de contrôle ne pouvaient pas vraiment se servir de cette définition. Il n'est pas réaliste d'attendre des assureurs qu'ils évaluent si les potentiels preneurs d'assurance sont suffisamment pauvres pour avoir droit à la micro-assurance.[1]
2. **Définition du produit :** La définition opérationnelle la plus courante utilise des paramètres de produit basés sur l'idée que pour être sûr que le produit ne s'adresse qu'aux ménages à faible revenu, il convient de plafonner la somme assurée et/ou la prime. Comme l'illustre le tableau 25.2, cette approche est habituellement utilisée par les autorités de régulation, et ce particulièrement lorsque leur intention est de forcer ou d'amener les assureurs à proposer des produits accessibles aux personnes à faible revenu. Cependant restreindre la définition de la micro-assurance à des plafonds de primes et d'indemnités peut être problématique si cela entrave l'innovation en restreignant les options dont dispose l'assureur pour la conception des produits. En outre, dans le cadre des paramètres spécifiés, nombreux sont les produits qui, en dépit de leurs primes relativement

[1] Pour certains programmes de protection sociale, comme Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) par exemple, un système de santé de grande envergure en Inde, il est fait appel à un mécanisme testant les besoins pour déterminer si les ménages sont suffisamment vulnérables pour prétendre aux subventions du gouvernement. Afin d'identifier les ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté et ayant droit à l'aide du gouvernement en Inde, on utilise une série de paramètres avec des critères distincts pour les zones rurales et les zones urbaines. Pour établir à partir de quel moment une personne peut être considérée comme vivant en dessous du seuil de pauvreté, différents critères socio-économiques sont utilisés, tels que la taille de la propriété terrienne, le type d'habitation, l'accès à l'eau et aux sanitaires, le type d'emploi et le niveau d'éducation.

basses, ne sont pas destinés au groupe cible, telles que les cartes de crédit ou les assurances Voyage.

3. **Définition du fournisseur :** La micro-assurance peut être définie d'une troisième façon s'appuyant sur le type d'organisation qui peut la fournir. Hormis les assureurs à proprement parler, la micro-assurance pourrait être fournie par des entreprises de pompes funèbres, des sociétés de prévoyance, des mutuelles, des coopératives et des organisations communautaires. Cette approche est appliquée aux Philippines, par exemple, où les associations de bienfaisance mutuelle ont de moindres exigences en capital et sur le plan technique, et peuvent fournir une gamme restreinte de produits. Toutefois, les définitions qui se concentrent exclusivement sur les fournisseurs pourraient constituer une entrave à l'expansion de la micro-assurance, car certaines mesures institutionnelles sont nécessaires pour atteindre les innombrables personnes non assurées qui composent ce vaste marché.
4. **Canal de distribution** Une quatrième approche, parfois utilisée par les compagnies d'assurance, consiste à définir la micro-assurance par le biais de l'intermédiaire impliqué. Par exemple, si les produits sont distribués par des institutions de micro-finance (IMF), des détaillants bon marché ou d'autres organisations s'adressant spécifiquement au marché des personnes à faible revenu, ils pourraient alors être considérés par les assureurs comme des produits de micro-assurance.

Toutes ces façons de définir la micro-assurance présentent des avantages et des inconvénients. Par conséquent, une approche mixte – intégrant le concept qui consiste à s'occuper du marché des ménages à faible revenu, associé à une définition quantitative du produit et tenant compte des types de fournisseurs et de distribution – pourrait être la plus appropriée. L'assureur Allianz, par exemple, pilote actuellement un test prenant en considération 12 paramètres pour déterminer si un produit d'assurance peut être considéré comme un produit de micro-assurance ; ledit test inclut des éléments issus des définitions du groupe cible, du produit et du canal de distribution.

Indépendamment de la manière dont on définit la micro-assurance, la conception du produit et son accessibilité constituent des éléments différenciateurs clés. L'accent mis sur la simplicité, l'accessibilité et l'efficacité des processus sépare la micro-assurance de l'assurance traditionnelle. Par exemple, une assurance prévoyant un long formulaire de demande, de nombreuses exclusions et autres exigences risque de ne pas être retenue comme produit de micro-assurance même si les primes sont basses et qu'elle est destinée au marché des personnes à faible revenu.

La micro-assurance devrait être définie de manière à répondre à la fois aux objectifs des autorités de régulation et à ceux des assureurs, par voie de conséquence les définitions varieront forcément. En effet, cette tendance prédomine, et ce, pas simplement parce que la définition elle-même devient opérationnelle,

mais parce que les assureurs et les décideurs veulent la mettre en pratique dans le cadre de leurs activités. Cela montre qu'ils prennent davantage au sérieux ce groupe cible et sont prêts à prendre des mesures incitatives ou à créer des structures spéciales pour protéger les pauvres.

Le terme « micro-asssurance » n'a rien de magique. L'assurance populaire fournie par les coopératives financières durant de nombreuses années pourrait être appelée micro-assurance lorsque les membres de ces coopératives sont pauvres. Les produits d'assurance destinés au marché de masse distribués par les assureurs via des groupes d'affinité, tels que les membres de syndicats ou les clients de détaillants ou les entreprises de service public, pourraient eux aussi être qualifiés ainsi. Néanmoins le terme « micro-assurance » continue à être utilisé parce qu'il souligne combien il est important de comprendre les besoins, les préférences et les caractéristiques de ce groupe cible : les ménages à faible revenu, les travailleurs pauvres et les personnes défavorisées.

La définition utilisée dans cet ouvrage est une définition globale car le but recherché est de permettre aux ménages à faible revenu de gérer des risques importants de façon plus efficace. Pour certains groupes cibles auxquels les assureurs n'avaient pas accès par le passé, tels que les travailleurs pauvres disposant de petits revenus, il est judicieux d'avoir une approche basée sur le marché, mais avec laquelle il ne sera pas possible d'atteindre les plus pauvres des pauvres.

Comme cela est souligné dans le chapitre 2, les 2 approches s'appuyant sur le marché et les initiatives de protection sociale sont cruciales et complémentaires, et pourtant, sous une perspective de politique publique, elles doivent être considérées de façon holistique. L'une des tendances intéressantes observées ces dernières années est l'augmentation des partenariats publics-privés (PPP) et la volonté des décideurs politiques de subventionner les primes pour les ménages vulnérables. En effet, dans certains pays, la frontière entre les initiatives émanant du marché, d'une part, et du gouvernement, d'autre part, est assez floue et les 2 sont nécessaires pour être sûr que les ménages vulnérables sont correctement protégés contre les risques.

1.2 Davantage de ménages à faible revenu ont une couverture d'assurance

La seconde tendance montre que la micro-assurance se développe de façon considérable ; elle est passée de 78 millions de personnes à faible revenu couvertes, recensées dans les 100 pays les plus pauvres en 2006 (Roth et al., 2007), à 135 millions d'assurés en 2009 (Lloyd's, 2009). Aujourd'hui, d'après des estimations sommaires, le secteur compte près de 500 millions de risques couverts, y compris les couvertures Vie et Santé des personnes à faible revenu ainsi que la protection pour les cultures, les animaux et autres actifs*(voir tableau 1.1).* Cette augmenta-

tion massive est en partie attribuable à l'expansion et certains marchés se développent à pas de géant. Outre la croissance des marchés, l'intégration de certains pays et systèmes, qui n'avaient pas été identifiés ou inclus dans le cadre des études précédemment réalisées et pour lesquelles une définition plus étroite de la micro-assurance avait été utilisée, a permis de faire un grand bond en avant.[2]

Car, en effet, l'un des plus grands challenges auxquels on est confronté lorsqu'il s'agit d'évaluer la croissance découle de la première tendance, à savoir la définition. Sans définition universelle de la micro-assurance, il est difficile d'établir des chiffres exacts, mais les estimations fournissent des renseignements utiles sur la façon dont le secteur évolue *(voir tableau 1.1).* La présente section passe en revue les différences régionales et les moteurs primaires de la croissance.

Tableau 1.1 **Portée estimée de la micro-assurance en millions de risques couverts**

	Asie	*Amérique latine*	*Afrique*	*Total*
2006[1]	66	8	4,5	78
2009[2]			14,7	
2011	350 à 400	45 à 50	18 à 24	<500

1 Roth et al., 2007, seulement les 100 pays les plus pauvres.
2 Matul et al., 2010.

1.2.1 Ampleur, croissance et géographie

Dans l'étude de 2006, 85 % des assurés se trouvaient en Asie, 10 % en Amérique latine et seulement 5 % en Afrique (Roth et al., 2007). Cette répartition n'a pas beaucoup changé, mais différents développements contribuent à l'expansion de la micro-assurance dans chaque région.

Asie

Dans l'étude de 2006 sur la micro-assurance, en Asie c'est l'Inde qui, avec 30 millions de personnes couvertes, se trouvait tout en haut de l'échelle, avec un volume boosté par les exigences réglementaires obligeant les assureurs à servir ce marché, suivie par la Chine avec 28 millions de personnes assurées, résultat d'un produit combiné promu par un seul syndicat.

Ces 2 poids lourds pour la micro-assurance ont connu une croissance effrénée depuis cette date. Comme mentionné au chapitre 20, une étude estimait qu'en 2010, en Inde 300 millions de personnes à faible revenu étaient juste couvertes dans le cadre de régimes d'assurance Maladie de masse subventionnés par l'État.

2 Par exemple, l'étude effectuée en 2006 s'est seulement intéressée au 100 pays les plus pauvres, excluant de ce fait les chiffres de nations dans lesquelles la micro-assurance joue un rôle important, telles que le Brésil, le Mexique et l'Afrique du Sud.

Par ailleurs, 163 milllions de personnes pauvres disposaient d'une assurance sur la vie, d'une assurance agricole ou d'une assurance contre la mortalité du bétail. Bien que le premier chiffre indiqué dans ce chapitre soit considéré comme trop optimiste et qu'il se chevauche considérablement avec le second chiffre, étant donné que de nombreuses personnes adhérant aux régimes d'assurance Maladie ont également d'autres types d'assurance, il est raisonnable d'estimer que 60 % de l'ensemble des personnes couvertes par la micro-assurance à travers le monde vivent en Inde.

Il est plus difficile d'accéder aux données concernant la Chine, mais il se peut que 40 millions de personnes à faible revenu aient accès à l'assurance dans ce pays. Par exemple, d'après Qureshi et Reinhard (2011), plus de 11 millions de personnes à faible revenu sont couvertes par la compagnie China Life et 600 000 autres par la People's Insurance Company of China (PICC). L'État encourage activement les projets pilotes de micro-assurance chez les compagnies d'assurance dans lesquelles le nombre de vies assurées est passé de 3,8 millions en 2008 à plus de 14 millions en 2010.

Toutefois, la croissance et l'ampleur de l'assurance en Asie ne sont pas limitées aux 2 pays les plus peuplés du monde. Les Philippines fournissent un exemple intéressant en raison de la diversité des approches. Les assureurs privés sont actifs sur le marché, comme on peut le voir avec la Malayan Insurance Company, qui en proposant ses produits par le biais de bureaux de prêt sur gage a fait passer son volume de couvertures Vie vendues à des personnes à faible revenu de 4,1 millions à plus de 5 millions entre 2007 et 2009 *(voir chapitre 18)* et avec la Country Bankers Life qui couvre près d'un million de personnes. Durant la même période, MicroEnsure, un courtier spécialisé a facilité l'accès à une couverture Vie à 1,2 millions de personnes *(voir chapitre 23)* et les programmes de PhilHealth's KaSAPI, le régime gouvernemental de protection sociale destiné à l'économie informelle a couvert près de 30 000 personnes (Qureshi et Reinhard, 2011). Mais le Centre pour l'Agriculture et le Développement Rural (Center for Agriculture and Rural Development – CARD), une société mutualiste (mutual benefit association –MBA), les a tous éclipsés en couvrant 7 millions de personnes à faible revenu.[3]

On constate aussi une croissance significative au Bangladesh et au Pakistan, et les pays tels que le Cambodge, l'Indonésie et le Sri Lanka, qui n'en sont qu'à leurs débuts, enregistrent déjà de bons résultats. Avec au total quelque 350 à 400 millions de risques assurés, l'Asie est le fer de lance du développement de la micro-assurance, en partie en raison de l'importance et de la densité des populations, de l'intérêt manifesté par le public et les assureurs privés, des agrégateurs ou circuits

[3] Données du CARD datant du mois d'août 2011 sur http://cardbankph.com.

de distribution prêts à participer, et du fait de la participation active du gouvernement par le biais de subventions par exemple, ce qui constitue peut-être l'élément le plus déterminant.

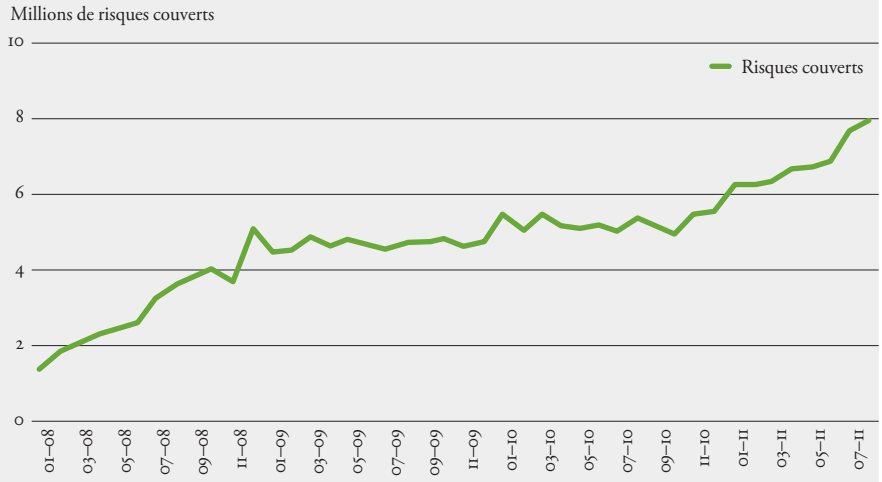
Amérique latine

En Amérique latine, la majeure partie des presque 8 millions de vies assurées en 2006 l'étaient au Pérou et en Colombie. Les contrats d'assurance conclus au Pérou étaient essentiellement des couvertures Solde restant dû, ce qui reflétait déjà la maturité de l'industrie de la microfinance de ce pays ; en Colombie, les chiffres laissaient entendre que la micro-assurance était essentiellement organisée autour d'une seule compagnie qui proposait une police d'assurance Obsèques prisée.

Bien que l'on ne dispose généralement d'aucune donnée sur la croissance, la Colombie constitue une exception car l'association colombienne des assureurs, la Fasecolda, collecte depuis des années les données relatives aux performances de la micro-assurance. D'après la Fasecolda, le volume de la micro-assurance est passé de moins de 1,5 million de risques couverts en 2008 à près de 8 millions en juillet 2011 *(voir figure 1.1)*. Au départ, la croissance concernait les produits d'assurance Vie de groupe et les assurances Individuelles accidents distribués par des entreprises publiques, mais en 2010–2011 ce sont les produits d'assurance Chômage et Habitation qui ont fortement progressé.

Figure 1.1

Risques de micro-assurance couverts en Colombie



Source : Données fournies par Fasecolda, Colombie, 2011.

Le Brésil et le Mexique, qui sont de très gros marchés, n'ont pas fait partie de l'étude originale. Dans le cadre d'une analyse exhaustive de la micro-assurance au Brésil, Bester et autres ont estimé (en 2010) qu'entre 23 et 33 millions de personnes à faible revenu étaient couvertes par une assurance, y compris par les programmes d'assistance aux obsèques qui n'étaient pas réglementés par les autorités de contrôle des assurances. Le Brésil est l'un des marchés qui se développent le plus rapidement dans la région, en partie en raison de l'approche proactive adoptée par les décideurs politiques *(voir encadré 25.2).*

En effet, plusieurs gouvernements d'Amérique latine font activement la promotion d'un environnement favorable pour la micro-assurance afin de faciliter la participation du secteur privé à la base de la pyramide (bottom of the pyramid – BoP). Dans cette région, la micro-assurance est essentiellement un objectif commercial. La croissance y est l'œuvre des assureurs qui s'orientent vers les produits plus bas de gamme, là où il y a moins de concurrence et plus de place pour l'innovation. Les volumes en Amérique latine, qui sont probablement de l'ordre de 45 à 50 millions sont également dus à une définition de la micro-assurance plus large qu'en Asie et qui inclut le haut de la classe pauvre et la basse classe moyenne.

Afrique

Pour l'Afrique, on dispose davantage de données d'après une étude réalisée en 2009 (Matul et al., 2010). Les données de 2006, qui n'incluaient pas l'Afrique du Sud, ont recensé 4,5 millions de vies couvertes essentiellement par des couvertures de base liées au crédit. L'étude de 2009 a dénombré 14,7 millions de personnes couvertes par la micro-assurance, dont 8,2 millions en Afrique du Sud. Durant cette période, la croissance dans le reste de l'Afrique atteignait près de 13 % par an, ce qui était essentiellement dû à la progression des couvertures d'assurance Vie en Afrique de l'Est. L'offre de micro-assurance était prise en charge par les assureurs commerciaux dans les régions de l'Est et du Sud et par les mutuelles de santé dans la partie Ouest.

La situation en Afrique du Sud décrite dans l'encadré 1.1 est atypique pour ce continent. Le plus gros volume réalisé par un assureur africain est peut-être celui de Hollard, qui assure 4 millions de personnes à faible revenu (Coydon et Molitor, 2011), pour la plupart avec des couvertures Obsèques et essentiellement en Afrique du Sud. Sanlam Sky assure également plus d'un million de personnes par le biais d'un canal de distribution *(voir chapitre 19),* et Old Mutual dispose d'une gamme de produits qui assure près de 500 000 personnes *(voir chapitre 18).*

Bien que le nombre d'assurés n'excède pas 24 millions de personnes sur tout le continent, la micro-assurance prend de l'ampleur dans plusieurs pays. En Éthiopie, par exemple, le nombre de personnes à faible revenu assurées est passé

d'un nombre quasiment nul en 2006 à un million dans l'étude de 2009, et à 2,5 millions en 2011 (Zeleke, 2011), principalement en raison de réglementations sujettes à controverse autorisant les institutions de microfinance à supporter le risque d'assurance. Au Ghana et au Zimbabwe, la couverture de micro-assurance est montée en flèche grâce aux produits avantageux offerts par les compagnies de téléphones mobiles couvrant des millions de personnes. Smith et al. (2010) estime qu'au Kenya le marché de la micro-assurance volontaire compte entre 150 000 et 200 000 preneurs d'assurance tandis que les couvertures d'assurance Emprunteur représentent de 650 000 à 700 000 personnes couvertes, ou plus de 3 % de la population adulte du Kenya.[4]

Encadré 1.1

Offre et demande de micro-assurance en Afrique du Sud

En Afrique du Sud la situation de la micro-assurance est assez différente de celle du reste du monde, en partie parce qu'il y existe une offre et une demande de couverture. Du fait de l'importance accordée sur le plan social et culturel à l'organisation de funérailles dignes, de nombreux ménages à faible revenu disposent d'une assurance Obsèques, voire même de polices multiples. Du côté de l'offre, de nombreux assureurs sud-africains proposent des produits sophistiqués et ont l'esprit d'entreprise – le pays a l'un des taux de pénétration les plus élevés du monde (Swiss Re, 2011). La combinaison entre assureurs sophistiqués et demande des ménages à faible revenu donne un marché innovant et en plein développement.

En Afrique du Sud, dans la Charte du Secteur Financier encourageant les assureurs à proposer des produits plus bas de gamme, le marché des personnes à faible revenu a été défini comme étant constitué par les personnes touchant un revenu mensuel inférieur à approximativement 400 $US. La proportion de la population disposant d'une forme de couverture contre les risques (formelle ou informelle) a fortement augmenté et est passée de 33 % en 2006 à 38,5 % en 2010. Cette progression est presque exclusivement due à une augmentation du nombre de personnes ayant contracté une assurance Obsèques. Cependant, en termes absolus, le nombre de vies assurées a en fait diminué, passant d'un peu moins de 6,5 millions en 2006 à tout juste un peu plus de 4,5 millions en 2010.

[4] La plupart des chiffres se rapportant au volume cités dans le présent chapitre proviennent de données généralement communiquées par les porteurs de risques eux-mêmes. Toutefois, les estimations pour le Kenya et les données se rapportant à l'Afrique du Sud dans l'encadré 1.1 sont basées sur les études de FinScope qui analyse l'usage des services financiers par le biais d'enquêtes portant sur de larges échantillons et applique ensuite les résultats obtenus à l'ensemble de la population. Cela explique l'écart entre les données concernant l'offre citées dans Matul et al. (2010) et les données portant sur l'usage dans l'encadré 1.1.

De 2006 à 2010, la population vivant avec moins de 400 $US par mois, est passée d'un peu plus de 19,5 millions à moins de 12 millions de personnes.

Par conséquent, la baisse du nombre de personnes couvertes en Afrique du Sud peut être perçue comme un développement positif.

Source : d'après Chamberlain et al, 2011.

1.2.2 Les petits et gros moteurs de la croissance

Cette section passe brièvement en revue les moteurs de croissance pour la micro-assurance, y compris les sources de progressions majeures et les améliorations incrémentielles qui posent les fondations de la croissance future.

Principales progressions

Quatre facteurs ont contribué à cette expansion exponentielle. Le premier, et de loin le plus significatif, de ces facteurs est l'aide gouvernementale, notamment en Asie, qui a favorisé de différentes façons une très forte croissance :

1) les subventions, par exemple en Inde visaient à permettre aux travailleurs dans l'économie informelle d'accéder à l'assurance Maladie et à protéger les agriculteurs contre les risques météorologiques et contre la mortalité du bétail ;
2) les partenariats publics-privés faisant appel à l'expertise du secteur privé pour la mise en œuvre de programmes gouvernementaux ;
3) les mandats ou objectifs pour les assureurs du secteur privé (par exemple en Inde, en Afrique du Sud) pour les contraindre ou les obliger à s'adresser aux segments du marché mal desservis ; et
4) la contribution des assureurs du secteur public tels que les sociétés Life Insurance Company et Agriculture Insurance Company en Inde, et PICC et China Life en Chine. Tandis que le secteur privé retient l'attention pour ses approches innovantes, ce sont les compagnies du secteur public qui génèrent les plus gros résultats.

En effet, sans le leadership du gouvernement indien, la croissance ne mériterait plus la mention « extraordinaire » mais tout juste la mention « insignifiante ».

Le second moteur est l'adhésion automatique ou la couverture obligatoire. Les polices d'assurance de groupe sont un moyen courant pour réaliser des augmentations d'échelle significatives, car elles sont faciles à gérer, elles réduisent l'antisélection et permettent une mise en commun des risques plus large. La micro-assurance automatique inclue les couvertures gratuites accordées comme avantage aux membres ou pour fidéliser, comme le fait l'assurance Vie à terme classique de la compagnie Compartamos au Mexique, qui couvre près de 3 millions de personnes (Qureshi and Reinhard, 2011); ainsi que la couverture Indivi-

duelle accidents fournie par IFFCO-Tokio dans le cadre de la vente de fertilisants et qui protège 3,5 millions d'agriculteurs indiens *(chapitre 20).* De la même façon, en Chine, tous les membres d'un village peuvent être automatiquement inscrits sur la base de la décision prise par les dirigeants du village.

Cette approche a récemment été adoptée par des opérateurs de téléphonie mobile en Afrique. En 2010, dans le cadre d'un programme de fidélisation, Trustco Mobile au Zimbabwe a introduit l'assurance Vie en partenariat avec Eco-Life and First Mutual Life Assurance, et a ainsi réussi à couvrir 1,6 million de souscripteurs en l'espace d'un an (Trustco Group, 2011). Au Ghana, MicroEnsure, intermédiaire spécialisé dans la micro-assurance et Tigo, opérateur de téléphonie mobile, ont lancé Tigo Family Care en 2011, un produit d'assurance Vie qui compte plus de 4 500 nouveaux assurés chaque jour (Gross, 2011b). Avec de tels produits, il est impossible de savoir quel est le pourcentage de pauvres parmi les personnes couvertes, mais étant donné le haut niveau de pauvreté et la forte pénétration opérée par les téléphones portables sur les marchés des personnes à faible revenu, il y a fort à parier que la vaste majorité des personnes concernées correspondent à la définition du groupe ciblé par la micro-assurance.

Le développement des systèmes de paiement effectif constitue le troisième moteur clé. L'encaissement des primes de micro-assurance peut être synonyme de défi, mais les systèmes de paiement émergents tels que M-PESA, un système de virement de fonds par téléphone portable lancé au Kenya, sont d'importants moteurs de croissance. Dans les milieux dans lesquels l'argent électronique n'est pas autorisé, les systèmes de paiement de factures, les réseaux de points de vente et les correspondants bancaires permettent aux assureurs d'accéder à un grand nombre de ménages à faible revenu. Par exemple, Aon Affinity, une filiale d'Aon, déclare couvrir 12 millions de personnes à faible revenu par le biais des programmes destinés au marché de masse dans 6 pays d'Amérique latine ayant accès aux bases de clientèle et utilisant les systèmes de paiement des compagnies d'électricité, de téléphone et des eaux (Baptistini, 2011).

L'expérience faite par Aon met en lumière le quatrième moteur, la capacité d'assureurs et de courtiers multinationaux à répéter leurs succès à travers les pays. Brokers Marsh et Guy Carpenter sont impliqués dans des programmes gouvernementaux en Inde couvrant 10 millions de personnes à faible revenu et ils essaient maintenant d'appliquer à d'autres pays les résultats de ces expériences *(voir chapitre 23).* En 2010, Allianz a couvert 6 millions de personnes à faible revenu dans 8 pays (Coydon and Molitor, 2011), tandis que Zurich avait 2,3 millions de polices couvrant des « consommateurs émergents » dans 7 pays, alors qu'elle n'en avait que 1,8 million en 2009 *(see Chapter 19).*

Améliorations progressives

L'expansion de l'assurance pour protéger des millions de personnes à faible revenu ne se fait pas seulement avec de gros bonds en avant, mais aussi par le biais d'améliorations progressives permettant aux marchés de la micro-assurance de se développer graduellement. La souscription continue à augmenter en raison d'une convergence de facteurs soutenant à la fois l'offre et la demande de couvertures. Parmi ces améliorations progressives, on trouve les points suivants :

- L'effet de démonstration des expériences positives de paiement de sinistre peut avoir un très gros impact et aider les gens à apprécier la micro-assurance et à acheter une couverture.
- les environnements réglementaires permettant l'inclusion financière dans plusieurs pays suppriment les barrières et incitent même les assureurs à proposer des produits plus bas de gamme tout en créant des passerelles donnant la possibilité aux assureurs informels de se faire une place sur le marché formel *(voir chapitre 25).* Contrairement à l'aide gouvernementale décrite ci-dessus, les changements dans l'environnement réglementaire donnent plutôt lieu à des améliorations progressives qu'à de gros bonds en avant, bien qu'il y ait quelques exceptions.
- Dans certaines régions, l'éducation dispensée aux consommateurs semble avoir aidé les gens à mieux comprendre la micro-assurance et son rôle dans la gestion des risques des ménages *(voir chapitre 14).*
- Les assureurs plus fortement exposés au marché des personnes à faible revenu et davantage familiarisés avec celui-ci contribuent à améliorer la proposition de valeur pour les clients *(voir chapitre 15).*

Comme dans la fable du lièvre et de la tortue, ces améliorations graduelles s'opérant de façon lente et stable ne sont pas aussi attrayantes que les grands bonds, mais elles sont peut-être plus importantes pour encourager une culture de l'assurance sur les marchés à faible revenu et créer des fondations solides pour le développement futur. Finalement, ces améliorations graduelles sont le signe que, dans certains pays, les parties prenantes bénéficient des droits fondamentaux – un environnement favorable, des consommateurs informés et des assureurs réactifs, la combinaison de ces facteurs donnant un marché de la micro-assurance dynamique.

Pour éviter de brosser un tableau trop idyllique de la situation, il est utile de signaler que les progrès restent inégaux. Pour chaque pays en développement faisant l'expérience d'une croissance significative, on en compte au moins 3 ou 4 qui stagnent ou ont une activité de micro-assurance limitée. Les inhibiteurs de croissance sont absolument l'inverse des facteurs qui la favorisent, et ils comprennent le manque de demande et la capacité limitée de l'industrie des assurance à innover. Le processus qui consiste à créer une culture de l'assurance peut prendre des années, voire même une génération.

1.3 Les acteurs de la micro-assurance se diversifient

Dans le domaine de la politique publique et du développement international, la micro-assurance est intéressante en raison du potentiel qu'elle a pour soutenir un grand nombre d'efforts variés. Peu nombreuses sont les agences ayant un département se consacrant à la micro-assurance. Au lieu de cela, l'assurance représente un sous-thème qui se rencontre dans des domaines variés, parmi lesquels la santé et la protection sociale, l'agriculture et le développement de l'élevage, le changement climatique et la gestion des catastrophes, la microfinance ainsi que le développement des petites entreprises et des coopératives. Par voie de conséquence, une plus grande variété d'organismes sont impliqués dans la micro-assurance.

Dans le premier volume du présent guide, les expériences impliquant des systèmes mutualistes basés sur la communauté et des partenariats entre des compagnies d'assurance et des IMF étaient prédominantes. Même si ces formules continuent à représenter une certaine part de la micro-assurance, elles ont été éclipsées par d'autres formules incluant des partenariats public-privé et d'autres canaux de distribution. Par ailleurs, d'autres acteurs jouent un rôle important en créant les conditions nécessaires pour assurer la réussite de la micro-assurance par le biais de stratégies politiques proactives, de réglementations de soutien, ou bien comme facilitateurs de niveau intermédiaire, c'est-à-dire en tant que consultants, founisseurs de technologie, investisseurs et promoteurs.

Cette section se penche sur la première tendance – la plus grande contribution de divers intervenants – comprenant : 1) les assureurs et les réassureurs ; 2) les canaux de distribution ; 3) les gouvernements; et 4) les facilitateurs.

1.3.1 Assureurs et réassureurs

L'industrie des assurances a la micro-assurance dans ses gènes. De la mise en commun des risques par les guildes d'artisans et les sociétés de prévoyance à la mise en place de l'assurance industrielle *(voir encadré 1.2),* les assureurs ont constaté que les besoins des personnes à faible revenu en matière de gestion des risques pourraient constituer un modèle commercial viable. Historiquement, l'industrie des assurances a souvent été caractérisée par des démarches visant à accorder aux pauvres des couvertures spécialisées. Lorsque l'emploi formel s'est répandu et que les gens ont ouvert des comptes en banque, il est devenu plus facile pour les assureurs de fournir des couvertures plus efficacement par le biais des employeurs et des banques. L'efficacité accrue en découlant, associée aux programmes de sécurité sociale élargis dans de nombreux pays, ont amené les assureurs à se détourner de l'encaissement de petites primes requérant une main d'œuvre importante et, au fil du temps, du marché des personnes à faible revenu. Aujourd'hui, la micro-assurance est pour l'industrie une façon de revenir à ses racines et de redevenir utile pour la majorité des travailleurs de ce monde et de leurs familles.

Encadré 1.2

Origines de la micro-assurance

« Par conséquent l'assurance Vie populaire était ... simplement une assurance Vie adaptée aux circonstances particulières et aux besoins des masses populaires. Elle se distingue de l'assurance Vie « ordinaire » essentiellement par la manière dont les primes sont payées, la modification s'appliquant uniquement aux personnes ayant un petit salaire à l'intention desquelles elle est conçue ... Un ménage qui touche son salaire sur une base hebdomadaire prévoit son budget en fonction de cette donnée et dispose rarement d'une réserve d'argent lui permettant d'effectuer de gros paiements à intervalles réguliers, et encore moins souvent d'un compte en banque sur lequel peuvent être débités des chèques. Si les cotisations systématiques d'assurance sont maintenues selon ces conditions, elles doivent être fonction de l'enveloppe salariale hebdomadaire ou mensuelle et être collectées dès que les personnes ont l'argent en main. Faute de quoi, il est fort probable que l'argent soit utilisé autrement. Une fois les besoins essentiels pourvus, tels que loyer, nourriture et vêtements, le surplus restant est généralement peu élevé, et la tentation de le dépenser en loisirs, en achats superflus ou en plaisirs immédiats est souvent trop grande pour être capable d'y résister sans le soutien moral du collecteur de fonds pour l'assurance Vie populaire. C'est dans ces conditions que se constituait l'épargne de la classe travailleuse en 1854. »

Source : Morrah, 1955, p. 25.

Dans la version contemporaine de la micro-assurance, il y a eu 3 principaux preneurs de risques : a) les assureurs mutualistes basés sur la communauté gérant le risque d'assurance de leurs membres ; b) les assureurs commerciaux ajustant les produits et les processus de façon à couvrir les risques assurables du marché des personnes à faible revenu ; et c) les gouvernements avec leurs programmes nationaux de protection sociale. Cette section se penche sur les 2 premières catégories tandis que la dernière sera abordée dans la section 1.3.3.

Les mutuelles présentent des avantages clés en micro-assurance, particulièrement parce qu'elles sont proches des clients, ce qui leur permet de mieux comprendre leurs besoins, facilite le règlement des sinistres tout en permettant de mieux contrôler la fraude, et tend à engendrer une véritable confiance de la part des assurés. Elles se révèlent être également particulièrement adaptées pour fournir aux clients une valeur supérieure, comme l'a démontré une évaluation des fournisseurs de micro-assurance dans 3 pays *(voir chapitre 15).*

Cependant, même avec ces avantages, la plupart des mutuelles ne semblent pas constituer un moyen effectif d'atteindre des millions de ménages à faible revenu, car leurs possibilités sont souvent limitées en termes de membres, de gouvernance, de capacité de souscription, de réserves en capital et de réglementa-

tion. Bien qu'encore courantes dans certaines régions, elles sont détrônées dans de nombreux pays par l'arrivée des assureurs commerciaux sur le marché des personnes à faible revenu. Les mutuelles sont aussi forcées de faire des ajustements de l'autre côté également, étant donné que davantage de gouvernements proposent une couverture Santé universelle. Par exemple, en Inde, l'assurance Vie a été lancée par plusieurs mutuelles et organisations communautaires qui ont maintenant besoin de se repositionner vu l'expansion de la couverture Santé de masse proposée par le gouvernement *(voir chapitre 20).*

Cette tendance ne signifie pas que les mutuelles deviennent superflues. L'expérience faite en Inde suggère que ces programmes sont des innovateurs effectifs capables de tester de nouvelles approches et de fournir des leçons riches d'enseignements pouvant servir de modèle aux autres. Certains pays, particulièrement en Afrique ont fait des efforts pour mettre en place une couverture Santé universelle, et l'infrastructure que les mutuelles ont bâti au fil des années, au Ghana, au Mali et au Rwanda par exemple, constitue un fondement important pour l'extension de la couverture aux zones rurales et aux travailleurs de l'économie informelle (*voir encadré 2.1* et Kundra et Lagomarsino, 2008). En effet certains cas exceptionnels tels que CARD MBA aux Philippines et Cooperative Insurance Company (CIC) au Kenya *(voir chapitre 18)*, ont montré que le modèle coopératif peut être en micro-assurance une base à partir de laquelle il est ensuite possible de progresser.

Le raz-de-marée des assureurs commerciaux faisant leur entrée sur le marché à faible revenu constitue la grande nouveauté. Une étude réalisée par le Microinsurance Network montre qu'au moins 33 des 50 plus grandes compagnies commerciales d'assurance proposent la micro-assurance, mais seulement depuis peu pour beaucoup d'entre elles. Sur les 24 participants ayant fourni des données longitudinales, seulement 5 en 2000 et 7 en 2005 disposaient de produits correspondants. Les sociétés restantes s'y sont mises depuis, démontrant clairement que la micro-assurance est offerte par un nombre croissant de compagnies commerciales, et peut-être bien d'autres encore à l'avenir (Coydon et Molitor, 2011). Tandis que leur manquaient les avantages importants dont jouissaient les mutuelles installées sur place, certaines ont réussi à compenser leurs faiblesses par le biais des partenariats, de la technologie et d'autres moyens. Ce groupe d'assureurs est bien positionné pour travailler à grande échelle, bien qu'il reste à voir si les produits qu'ils proposent seront source de création de valeur pour les pauvres.

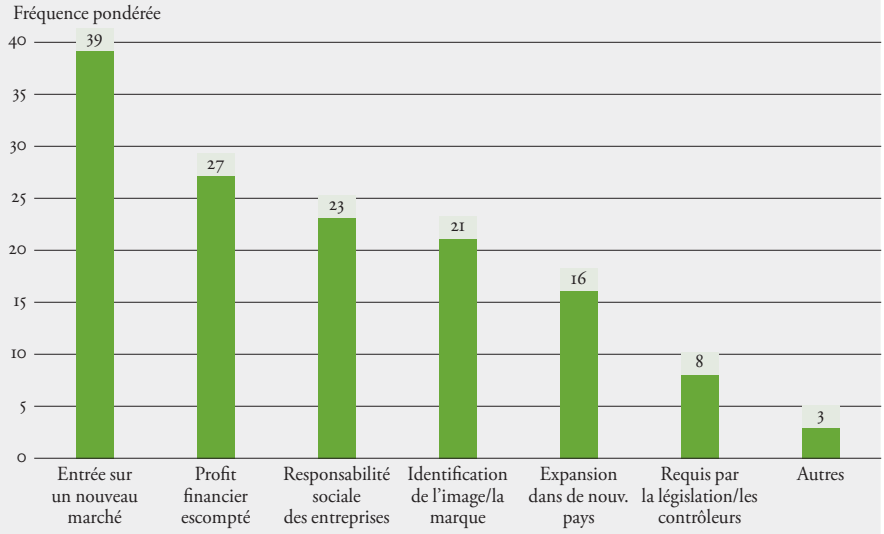
Les motivations des assureurs pour entrer sur ce marché, telles qu'indiquées à la figure 1.2, montrent une combinaison intéressante d'objectifs sociaux et commerciaux, de profits BoP et de responsabilité sociale des entreprises (RSE). Il est également important de prendre en considération les hypothèses sous-jacentes ayant amené les assureurs à investir dans la micro-assurance. Les décisions en vue d'entrer sur un marché sont substantiellement influencées par l'effet de démonstration, lequel se trouve accru par plusieurs facteurs :

– être le témoin de l'activité en micro-assurance d'autres assureurs, particulièrement des concurrents, et ne pas vouloir rester en arrière ;
– plus grande disponibilité d'informations concernant la micro-assurance, notamment conseils et données de l'expérience, largement propagées via les médias électroniques ; et
– participation à un nombre croissant de conférences et de rencontres dédiées à la micro-assurance.

L'impact de cet effet de démonstration sur les assureurs commerciaux est une tendance forte. Lorsque le premier volume de *Protéger les plus démunis* a été publié, si les assureurs n'étaient pas présents sur le marché en vue de satisfaire à des exigences en matière de réglementation, alors ils l'étaient principalement pour des raisons liées à la RSE. Ils voulaient montrer qu'ils faisaient quelque chose de bon pour la société, et la micro-assurance représentait un effort logique de RSE car elle était proche de leur cœur de métier. Ils n'étaient souvent pas particulièrement axés sur la profitabilité, même si bon nombre espéraient que celle-ci soit finalement au rendez-vous.

Figure 1.2

Ce qui incite les assureurs à se lancer dans la micro-assurance



Il a été demandé aux compagnies de prioriser 3 objectifs par ordre de pertinence.
L'objectif placé en haut du classement a obtenu 3 points, et les 2 objectifs suivants respectivement 2 et 1 points.

Source : Coydon and Molitor, 2011.

L'arrivée d'un plus grand nombre d'assureurs sur le marché a fait dévier l'équation social/commercial vers une approche plus équilibrée qui devrait être plus durable. Un porte-parole d'Allianz, par exemple, souligne l'importance de l'impact à la fois social et financier lorsqu'il dit que « la micro-assurance est un secteur essentiel du fait de son impact social immédiat et de son impact financier à long terme, ce qui est important de notre point de vue. Avec la micro-assurance, nous abordons un immense marché de ménages à faible revenu se situant tout en bas de la pyramide économique » (Allianz Group, 2011).

Pour les assureurs, il existe des méthodes plus faciles que la micro-assurance pour faire du profit. L'attrait de la rentabilité les aide à se concentrer sur l'efficacité et la satisfaction du marché, tandis que l'angle de la RSE leur donne une certaine marge de manœuvre pour l'expérimentation. Le chapitre 19 analyse l'antagonisme existant entre les notions de bons citoyens d'entreprise et l'expansion des parts de maché, alors que l'encadré 1.3 met en lumière le risque de réputation auquel sont exposés les assureurs lorsqu'ils cherchent à réaliser des profits au niveau de la BoP.

Encadré 1.3

Critique de l'approche BoP

Le premier volume de *Protéger les plus démunis* s'appuyait sur la stratégie commerciale « bottom of the pyramid » (BoP) de Prahalad appliquée au secteur de l'assurance, et suggérait qu'il pouvait s'agir là d'une manière efficace de fournir aux marchés à faible revenu une couverture qui serait à la fois avantageuse pour les assurés et pour les assureurs. Au cours des années qui ont suivi, la théorie de Prahalad a aussi été l'objet de critiques qui ont donné lieu à une analyse plus approfondie.

Certaines de ces critiques mettent en doute les motivations des entreprises et ne croient pas que des bénéfices puissent être réalisés à un double niveau. D'autres pensent que vendre des biens de consommation aux plus démunis n'aidera pas vraiment à éradiquer la pauvreté et pourrait même nuire aux petits commerces et menacer les emplois au niveau local si les populations démunies deviennent clientes des multinationales au lieu de faire leurs achats chez les producteurs locaux. On s'interroge par ailleurs sur le groupe cible, car le modèle de Prahalad s'applique peut-être aux pauvres progressant vers le haut et aux consommateurs émergents, mais pas aux plus pauvres des pauvres. L'une des critiques les plus fortes à ce sujet émane d'Aneel Karnani de l'Université du Michigan (2009), qui pense que l'approche BoP ne tient pas compte du fait que les personnes pauvres agissent souvent contrairement à leurs propres intérêts et qu'elle conduit à une vision romantique des populations BoP vues comme des consommateurs conscients de la notion de valeur et comme des entrepreneurs réactifs, ce qui est non seulement faux mais également néfaste.

L'idée selon laquelle tout ce dont les plus démunis ont besoin est la possibilité d'améliorer leur source de revenu est dangereuse selon Karnani, car cela incite les États à ne pas mettre en place suffisamment de mécanismes légaux, réglementaires et sociaux pour protéger les pauvres, et à trop compter sur les mécanismes de marché pour remédier à la pauvreté. L'échec de cette approche était évident dans le cadre de la crise microfinancière de l'Andhra Pradesh où le manque de contrôle de la part des établissements de prêt a permis à des emprunteurs de contracter de multiples prêts qu'ils étaient incapables de comprendre ou de rembourser.

La critique exercée à l'encontre de l'approche BoP ainsi que la crise microfinancière ont eu l'effet de sonnettes d'alarme pour la micro-assurance. Étant donné la nature complexe de l'assurance, il est difficile pour les consommateurs de comprendre ; ils sont vulnérables face à la vente abusive qui peut être pratiquée par certains agents et susceptibles d'être induits en erreurs par des établissements de mauvaise réputation. Ces remarques soulignent combien il est important pour les assureurs s'adressant aux populations démunies de savoir exactement s'ils fournissent de la valeur à leurs clients *(chapitre 15),* pour les décideurs politiques et les associations d'assurance de promouvoir une protection efficace des consommateurs *(chapitre 26),* et pour les autorités de contrôle de sévir contre les assureurs illégaux susceptibles de miner la culture assurantielle naissante sur les marchés des personnes à faible revenu *(chapitre 25).*

Les assureurs doivent être conscients des critiques à l'égard de la BoP et réagir en conséquence. Peu d'assureurs diront qu'ils avaient l'intention d'aller jusque tout en bas de la pyramide, mais ils affirmeront plutôt qu'ils voulaient étendre le marché de l'assurance en incluant des segments mal desservis. De plus, le fait de fournir des prestations d'assurance ne devrait pas remplacer les stratégies locales de gestion des risques mais plutôt renforcer leur efficacité. En fait, l'assurance est fondamentalement différente du shampoing ou du sel, les biens de consommation souvent pris comme exemple dans les modèles de stratégies BoP, car elle fournit un service essentiel de gestion des risques qui peut vraiment mettre les familles à faible revenu à l'abri de la déchéance.

Le fait que la profitabilité de la micro-assurance soit de plus en plus au centre des préoccupations, comme le montre l'analyse réalisée au chapitre 18, a entraîné des efforts en vue de réduire les coûts opérationnels et la mise en place de processus efficaces pour servir les clients en grand nombre. Vu l'échelle, les assureurs reconnaissent la nécessité d'être à même de traiter d'énormes volumes de données qui doivent être transmis en toute sécurité dans des systèmes de canaux de distribution pour faciliter le transfert de données. Parallèlement, la technologie de front office, allant des appareils portables et terminaux et dispositifs installés dans les points de vente aux téléphones mobiles, commence à avoir

un impact en termes d'amélioration des ventes, de collecte des primes et même de règlement de sinistres Le rôle de la technologie en micro-assurance est examiné au chapitre 24.

Certains réassureurs essaient depuis des années de se trouver un rôle dans la micro-assurance. L'offre étant dominée par les couvertures simples d'assurance Vie, la plupart des systèmes commerciaux n'avaient pas un grand besoin de réassurance. Cependant lorsque la demande venant des clients a été mieux comprise et que les assureurs ont manifesté leur intérêt pour satisfaire ces besoins, les réassureurs ont pris une place plus importante dans l'équation. Dans de nombreux cas, les assureurs ont eu besoin non seulement du filet de sécurité des réassureurs sur le plan financier, mais aussi de leur expertise pour savoir comment aborder les risques de produits plus complexes. Comme l'a fait remarquer un haut dirigeant chez Swiss Re, "L'assurance est une pierre angulaire de la croissance et de la stabilité économique, et [nous] … sommes fiers de contribuer par le biais de notre expertise à ce que même les plus pauvres des fermiers et leurs familles arrivent à s'en sortir lorsque les récoltes sont anéanties par la sécheresse, les inondations ou d'autres catastrophes climatiques" (Swiss Re, 2011). Les réassureurs ont contribué au développement de produits plus complexes tels que l'assurance Santé et l'assurance basée sur des indices, et à la souscription de couvertures Catastrophes. En effet, avec l'assurance basée sur des indices, une grande partie du risque, si ce n'est la totalité, est cédée au réassureur *(voir chapitres 4 et 11, et section 20.2).*

1.3.2 Canaux de distribution

La manière dont l'assurance est fournie aux ménages à faible revenu a considérablement évolué depuis la publication du premier volume du présent ouvrage. Les données de l'expérience rassemblées jusqu'à présent suggèrent que toute organisation effectuant déjà des transactions avec les plus démunis, et qui jouit de leur confiance, peut constituer un canal de distribution potentiel. Le raisonnement des assureurs en ce qui concerne l'utilisation des canaux de distribution est triple. Premièrement, les assureurs peuvent accroître leur crédibilité sur le marché en exploitant les relations que le canal de distribution a déjà avec les ménages à faible revenu. Deuxièmement, les primes étant peu élevées, il est difficile pour un agent à plein temps de générer des commissions qui soient suffisantes pour lui permettre d'en vivre. Par conséquent, de nombreux canaux de micro-assurance ont d'autres activités principales : ils fournissent des prêts, vendent des produits d'épicerie ou distribuent des intrants agricoles par exemple ; les commissions d'assurance constituent un revenu supplémentaire. Troisièmement, le modèle d'affaires de la micro-assurance a davantage de chances de succès si les preneurs de risques arrivent rapidement à atteindre une

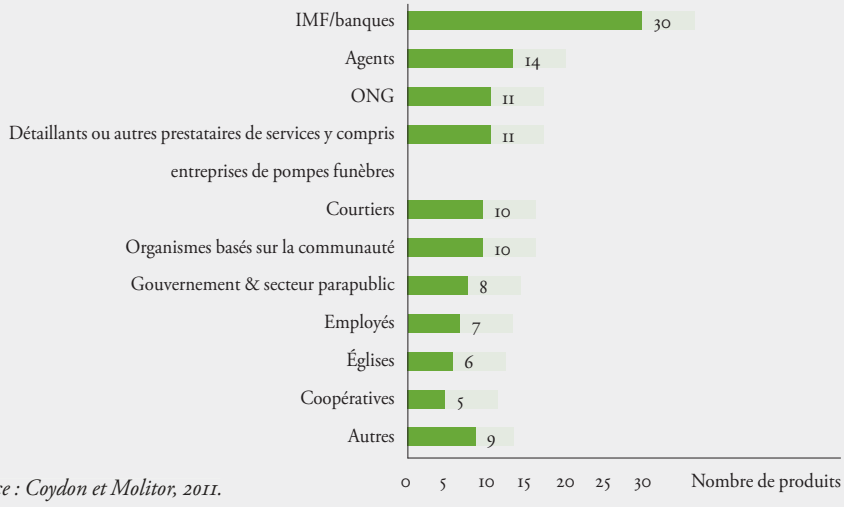
certaine échelle, ce à quoi ils peuvent parvenir en travaillant en partenariat avec un canal de distribution rassemblant déjà un grand nombre de personnes à faible revenu.

Dans le premier volume du présent ouvrage, les établissements de microfinance constituaient le canal de distribution le plus courant, si bien qu'ils ne sont maintenant plus considérés comme une alternative. Cependant, étant donné que les IMF n'accèdent qu'à un petit pourcentage du marché potentiel de la micro-assurance, les assureurs ont testé d'autres approches au cours des dernières années. Comme le montre la figure 1.3, les assureurs font maintenant appel à un très large éventail de canaux, même si les institutions financières restent prédominantes. Les questions relatives à la distribution sont abordées tout au long du présent volume, notamment au chapitre 22 qui décrit des canaux de distribution alternatifs principalement au Brésil, en Colombie et en Afrique du Sud, à la section 20.3 qui relate les expériences faites en Inde, et à la section 24.2 qui se penche sur le rôle de la technologie dans la création d 'une interface entre l'assureur et le preneur d'assurance.

Outre la couverture automatique décrite ci-dessus, de nombreux distributeurs introduisent la couverture volontaire en utilisant leur infrastructure pour faciliter le paiement des primes d'assurance. Les services publics, les entreprises de télécommunications, les bureaux de poste, les gestionnaires de paiement et les détaillants ont ajouté l'assurance à leur catalogue de services ; les clients intéressés peuvent facilement s'inscrire et payer les primes. Toutefois, pour que l'assurance soit vendue par le biais de ces canaux, il faut qu'il y ait un processus de vente actif, encourageant les clients à acheter le produit, qui passe par exemple par un centre d'appels ou la visite d'un agent. Un autre obstacle important, identifié au chapitre 22, est que ces canaux s'occupent en général uniquement des ventes et de la collecte des primes, mais ne disposent pas de l'infrastructure ou de l'expertise pour gérer les sinistres. Par conséquent, le traitement des demandes d'indemnisation peut être délicat et difficile, ce qui ébranle l'important effet de démonstration si crucial pour encourager la confiance du marché des personnes à faible revenu envers l'assurance.

Figure 1.3

Canaux de distribution pour les assureurs commerciaux



Source : Coydon et Molitor, 2011.

Les canaux de vente au détail tels que les épiceries et les magasins de vêtements sont intéressants car ils peuvent être formels ou informels. Les chaînes de vente au détail formelles présentent certes l'avantage d'une marque bien connue, disposant des données sur les clients et de systèmes de transaction, mais elles sont souvent moins pratiques que les détaillants informels. Les points de vente informels, tels que les magasins « mom and pop », peuvent présenter l'avantage de la proximité et de la fréquence d'utilisation, mais jusqu'ici ils n'ont pas enregistré de résultats particulièrement bons en termes de volumes de ventes parce que les gens ne s'attendent pas à ce qu'on leur propose d'acheter une assurance là où ils vont chercher leur lait et leur pain, et recharger leur téléphone portable. Les assureurs ont aussi eu du mal à développer une proposition de valeur efficace pour les détaillants informels et ils les ont laissé modérément motivés en ce qui concerne la vente d'assurances (Smith et al., 2010a).

L'émergence des téléphones portables comme moyen pour fournir et assurer les services de micro-assurance est également une tendance importante *(voir section 24.5).* L'aptitude des assureurs à accéder à une plateforme technologique atteignant les communautés à faible revenu et facilitant les ventes, la collecte des primes et le règlement des sinistres ouvre un gigantesque marché potentiel. Dès lors que les coûts de transaction ont été calculés, les téléphones portables offrent la possibilité d'étendre massivement la portée de la micro-assurance. MicroEnsure et Tigo, par exemple, ont réussi à faire doubler le nombre total de personnes assurées au Ghana en l'espace d'une année (Gross, 2011b).

Trois leçons importantes sont apparues eu égard aux canaux de distributions. Premièrement, tôt ou tard, les canaux de distribution se rendent comptent qu'ils contrôlent essentiellement l'accès à la clientèle, ce qui signifie qu'ils sont à même

de négocier des conditions avantageuses pour eux-mêmes et pour leurs clients, particulièrement sur les marchés de l'assurance qui sont compétitifs. Là où les canaux de distribution choisissent de négocier dans leur propre intérêt, la valeur pour les clients risque d'en pâtir. Deuxièmement, ces canaux prendront l'assurance beaucoup plus au sérieux si le produit leur permet d'une façon quelconque d'augmenter les ventes de leur service central. Par exemple, une épicerie préférera certainement faire la promotion d'un produit d'assurance si la prestation inclut la valeur en produits alimentaires d'une année au lieu d'une simple prestation en espèces. Et troisièmement, les relations entre les assureurs et les canaux de distribution peuvent être complexes à gérer. Des investissements importants doivent être réalisés en amont et là où ils sont utiles pour clarifier les attentes, les rôles et les responsabilités, et pour uniformiser les mesures d'incitation. L'une des méthodes d'uniformisation des mesures d'incitation les plus efficaces est peut-être celle qui consiste à faire appel aux mécanismes de participation bénéficiaire ou aux joint ventures.

1.3.3 Gouvernements

Comme indiqué dans la section 1.2, certains gouvernements ont contribué à encourager le développement de la micro-assurance, à la fois par de gros bonds en avant et par des progrès graduels. La contribution des gouvernements dans le cadre de la micro-assurance a énormément augmenté ces dernières années. Comme cela est décrit au chapitre 25 consacré à la réglementation, au chapitre 26 sur la protection des consommateurs, au chapitre 2 sur la protection sociale, et comme le montre le chapitre 20 dans certains des détails relatifs aux expériences faites en Inde, les gouvernements peuvent jouer 3 fonctions centrales en ce qui concerne la micro-assurance.

1. **Fournisseur de protection sociale :** Les gouvernements ont l'obligation de fournir une protection sociale à leurs citoyens, y compris l'assurance Maladie. Cependant, comme l'explique le chapitre 2, dans de nombreux pays cette obligation n'est pas remplie en raison de contraintes d'ordre financier. Dans ce contexte, la micro-assurance peut jouer plusieurs rôles différents, à savoir :
   a) fournir une plateforme pour la couverture universelle Santé, comme les mutuelles Santé au Ghana, au Mali et au Rwanda ;
   b) élargir aux travailleurs de l'économie informelle les prestations émanant des gouvernements, comme KaSAPI aux Philippines, ou en valorisant les programmes gouvernementaux, comme pour Bima ya Jamii de la CIC *(voir chapitre 18);*
   c) fournir une couverture complémentaire pour compléter les prestations de protection sociale ; ou

d) offrir une alternative si les programmes proposés par les gouvernements n'arrivent pas jusqu'à certains groupes cibles.

Dans le contexte des contraintes financières, il arrive aussi que certains gouvernements fassent appel au secteur privé au travers de partenariats public-privé pour se faire assister dans la mise en place de programmes de protection sociale, dans l'espoir que ceux-ci puissent être gérés de manière plus rentable (Ramm, 2011).

2. **Stimulant:** Le gouvernement peut aussi jouer un rôle important de stimulant pour le développement du marché en encourageant les assureurs publics et privés ainsi que les canaux de distribution à toucher les segments mal desservis. En fait, plusieurs régulateurs ont un mandat pour le développement du marché en plus de leur fonction de contrôle. Elles peuvent mettre en œuvre ce mandat en stimulant la demande, par le biais de subventions sur les primes, en éduquant les consommateurs ou au travers d'activités de sensibilisation. Par exemple, en Colombie, le Président a fait de la publicité pour la micro-assurance à la télévision, et aux Philippines le Gouvernement sponsorise tous les ans un « mois de la micro-assurance ». Les gouvernements peuvent aussi renforcer l'offre en organisant par exemple des ateliers ou des séminaires de formation sur la micro-assurance pour aider l'industrie locale à développer l'expertise nécessaire, comme cela est pratiqué en Égypte, au Ghana et en Zambie.
3. **Régulateur et protection du consommateur :** Comme cela a déjà été évoqué au chapitre 25, il se peut aussi que les régulateurs aient à ajuster les lois et les réglementations afin de réduire les obstacles à l'inclusion financière. Certains pays ont même créé une catégorie spéciale pour les sociétés de micro-assurance (les Philippines par exemple), alors que d'autres (la Colombie par exemple) sont parvenus à stimuler les marchés de l'assurance inclusive sans apporter de changements à la réglementation. Un développement important dans ce domaine a été la création de L'Initiative Accès à l'Assurance *(voir encadré 1.4),* qui apporte son soutien aux régulateurs et facilite les débats entre eux afin de leur permettre de parvenir à des prises de décision plus avisées et de créer un effet de démonstration à l'intention des décideurs politiques d'autres pays.

Encadré 1.4

L'Initiative Accès à l'Assurance

L'Initiative Accès à l'Assurance est un programme mondial visant à faciliter l'inclusion financière par le biais de la réglementation et du contrôle efficace et adéquat des marchés de l'assurance. L'Initiative a été lancée en 2009 par l'Association Internationale des Contrôleurs d'Assurance (AICA), l'organe normatif international du secteur de l'assurance, en collaboration avec des agences de développement afin de promouvoir un cadre réglementaire destiné à soutenir l'assurance inclusive et satisfaisant parallèlement aux normes internationales. Le partenariat avec l'AICA, qui est au cœur de l'Initiative, est crucial car, à travers les Insurance Core Principles (principes de base de l'assurance), celle-ci établit des normes internationales et apporte un soutien à la création de capacités en vue de la mise en œuvre de ces principes dans diverses juridictions.

L'Initiative s'efforce de diffuser les connaissances et de faire comprendre combien un environnement favorable peut encourager l'innovation pour l'inclusion financière, tout en veillant à la stabilité financière et en protégeant les consommateurs. Sur le plan politique, elle fournit aux régulateurs et aux leaders de l'industrie dans les pays en développement une plateforme pour contribuer aux processus de l'AICA en termes de normes et d'orientations.

Au sein des pays eux-mêmes, le principal projet de l'Initiative consiste à soutenir les études de diagnostic établissant la situation actuelle et potentielle de l'offre et de la demande de micro-assurance, ainsi que les conditions macroéconomiques susceptibles d'entraver son développement. L'Initiative facilite le dialogue entre les parties prenantes, les décideurs politiques et les dirigeants de l'industrie en vue de stimuler le développement de produits adéquats, la distribution et les démarches de protection des consommateurs pour les clients à faible revenu.

Source : Adapté de Access to Insurance Initiative (Initiative Accès à l'Assurance), 2011.

1.3.4 Facilitateurs

Le terme « facilitateur » est un terme général utilisé ici pour désigner toutes les autres parties prenantes importantes qui contribuent à ce qu'un plus grand nombre de ménages à faible revenu aient plus facilement accès à des services d'assurance de meilleure qualité. Au cours des 5 dernières années, ces facilitateurs ont fait preuve d'un intérêt et d'un engagement croissant et leurs contributions ont été essentielles à la création d'un écosystème efficace pour soutenir la progression de la micro-assurance. Ces facilitateurs se répartissent en 4 catégries : a) créateurs de capacités ; b) spécialistes opérationnels ; c) fondateurs; et d) promoteurs.

Créateurs de capacités

Actuaires: À la fin des années 90, un tout petit nombre d'actuaires radicaux prenaient vraiment la peine de comprendre les besoins, les caractéristiques et les préférences du marché des personnes à faible revenu. Ils ont ensuite commencé à conseiller et guider les micro-assureurs pour les aider à mettre au point des produits et des systèmes de plus grande qualité afin d'améliorer la saisie et l'analyse des données et de fournir de meilleurs services aux preneurs d'assurance. Depuis la publication du premier volume, l'intérêt s'est accru au sein de la communauté actuarielle. L'Association Internationale des Actuaires et certaines association nationales, par exemple, ont organisé des événements et créé des groupes de travail pour concentrer leur expertise et trouver des solutions aux défis de la micro-assurance. Le secteur dispose maintenant d'un nombre non négligeable d'actuaires ayant d'excellentes connaissances en micro-assurance ; certains d'entre eux ont participé à l'élaboration de plusieurs chapitres du présent ouvrage, dont un consacré à la tarification *(voir chapitre 21).*

Fournisseurs de services d'assistance technique (AT): Une série d'études réalisées au milieu des années 2000 a révélé que le besoin primaire des preneurs de risques de micro-assurance n'était pas le capital mais l'assistance technique.[5] À cette époque, il n'y avait pas assez de consultants en micro-assurance suffisamment expérimentés pour fournir l'assistance technique nécessaire. La pénurie de personnes compétentes dans ce domaine faisait régresser le développement de la micro-assurance car les nouveaux venus commettaient les mêmes erreurs que leurs prédécesseurs. Depuis, de nombreuses compagnies d'assurance ont reconnu que les produits de micro-assurance ne sont pas seulement des versions à échelle réduite des produits traditionnels, ce qui a eu pour effet de stimuler la demande de services de conseil. Cette demande est en partie due à l'émergence de fournisseurs spécialisés dans les services d'assistance technique tels que le MicroInsurance Centre, la Micro Insurance Academy, Cenfri, GlobalAgRisk et le Centre for Insurance and Risk Management (CIRM), mais aussi aux principales sociétés de conseil en assurance telles que Milliman et Risk Management Solutions qui ont décidé de s'aventurer sur ce territoire.

Universitaires: La communauté de la micro-assurance a également la chance de bénéficier de la collaboration croissante d'universitaires. Comme le montre le volume d'articles de micro-assurance publiés dans des revues spécialisées, le sujet a capté l'intérêt de nombreux spécialistes. Ces chercheurs font généralement partie de l'un des 2 groupes suivants. Le premier regroupe les économistes du développement qui ont apporté une contribution décisive audit domaine par le biais

[5] De 2004 à 2006, la Banque allemande de développement (Kreditanstalt Für Wiederaufbau – KFW) a passé un contrat avec le MicroInsurance Centre pour la réalisation d'études de pré-faisabilité dans les pays suivants : Albanie, Azerbaïdjan, Géorgie, Inde, Indonésie, République démocratique populaire lao, Roumanie, Ouganda et Ukraine.

de leurs études sur les facteurs déterminant la demande au niveau des ménages et sur l'évaluation de leur impact *(voir chapitre 3).* Le second réunit les spécialistes de l'assurance qui s'intéressent à ce sujet. En 2011 par exemple, le *Journal of Risk and Insurance* a publié un numéro spécial sur la micro-assurance, attirant ainsi l'attention de ceux-ci sur ce sujet.

Spécialistes opérationnels

Intermédiaires : Comme cela est expliqué en détail au chapitre 23, les courtiers spécialisés dans la micro-assurance et les intermédiaires d'assurance générale comblent un manque important sur certains marchés. Ces intermédiaires élaborent des produits appropriés pour le marché des personnes à faible revenu, rapprochant ainsi preneurs de risques et canaux de distribution et facilitant la communication entre les 2 parties qui n'ont pas l'habitude d'utiliser le langage de l'autre ou de comprendre la perspective de l'autre. Les intermédiaires spécialisés ont assumé un plus large éventail de responsabilités que les courtiers traditionnels pour améliorer leur proposition de valeur. Toutefois, on ne peut pas encore dire avec certitude s'il est possible d'établir un business case pour cette fonction vitale, car les primes sont déjà si dérisoires qu'il est difficile de payer pour toutes les parties impliquées tout en fournissant aux preneurs d'assurance des prestations ayant une valeur décente.

Tiers opérateurs de services : Biens que certains intermédiaires soient impliqués dans la gestion des polices et des sinistres, des tiers opérateurs de services spécialisés (TPA) ont également contribué à l'expansion de la micro-assurance, tout particulièrement l'assurance Santé en Inde *(voir chapitre 20).* Comme indiqué au chapitre 6, les systèmes administratifs sont particulièrement importants pour les ménages à faible revenu parce qu'ils peuvent leur permettre d'accéder « sans argent » aux prestations de santé, au lieu de payer les coûts des soins et d"être remboursés ensuite par l'assureur.

Fournisseurs de technologie : L'un des grands défis qui se posent à la micro-assurance consiste à maintenir les coûts d'administration bas tout en gérant parallèlement d'énormes volumes de données. Comme le montre le chapitre 24, on peut vraiment espérer que la technologie aidera le secteur à surmonter ce défi par le biais de nouveaux développements qui seront apportés aux logiciels et systèmes de back-office ainsi qu'aux mécanismes d'interface client pour faciliter la souscription, la collecte des primes et le traitement des demandes d'indemnisation..

Services d'extension et infrastructure: Pour certains produits, les micro-assureurs se servent de l'infrastructure existante ou des services de vulgarisation pour augmenter la portée de leur action et accroître l'efficacité. Cette méthode est particulièrement utilisée pour l'assurance du bétail *(chapitre 12),* dans le cadre de laquelle les assureurs peuvent recevoir le soutien des vulgarisateurs agricoles. De même, pour l'assurance basée sur des indices météorologiques *(chapitre 11),* l'im-

plication et le soutien des services météorologiques sont cruciaux. Même pour l'assurance Santé *(chapitre 5),* dans le cadre d'un certain nombre de systèmes, des agents de santé communautaires ont été engagés comme agents de vente ou pour promouvoir des méthodes améliorées en matière de santé destinées à réduire les sinistres, ou bien pour remplir les 2 rôles.

Investisseurs

Donateurs : Cet ouvrage n'aborde pas directement la question des investisseurs, celle-ci ayant déjà été largement traitée dans le premier volume (voir Latortue, 2006), mais il convient de noter qu'un certain nombre de tendances positives relatives à l'intérêt des investisseurs vis-à-vis de la micro-assurance sont intervenues durant la période considérée. D'après une étude réalisée par le Microinsurance Network, le nombre de donateurs impliqués dans la micro-assurance a considérablement augmenté (Marquaz et Chassin, 2012).

Le plus gros soutien apporté dans ce secteur par un donateur, autrement dit par la Bill & Melinda Gates Foundation, a permis, entre autres, la création du Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT. Le Fonds a apporté son soutien à plus de 50 organisations, leur permettant d'essayer de nouvelles approches pour réduire la vulnérabilité des travailleurs pauvres par le biais de l'assurance – bon nombre de ces innovations sont exposées au fil du présent ouvrage et sont disponibles en ligne dans son Centre de connaissances. Le Fonds a également soutenu activement le renforcement des capacités par les consultants et professionnels de la micro-assurance et le financement de la recherche universitaire.

Le rôle joué par les donateurs dans la micro-assurance ne devrait pas être sous-estimé. Les donateurs améliorent significativement le potentiel de réussite de la micro-assurance par le biais des interventions suivantes :

- en stimulant l'innovation et l'expérimentation ;
- en attirant sur le marché les intervenants réticents par le biais d'un financement de démarrage ;
- en améliorant les environnements réglementaires ;
- en soutenant le développement de nouveaux produits ;
- en développant des programmes d'éducation des consommateurs ;
- en fournissant une assistance technique et un renforcement de la capacité aux parties prenantes à travers la chaîne de valeur ; et
- en analysant les données, en gérant les connaissances et en disséminant les résultats.

Le dernier point est important car il permet aux donateurs d'accélérer l'évolution de la micro-assurance. Par le biais des activités de partage de connaissances soutenues par les donateurs, les micro-assureurs sont confrontés aux leçons tirées de l'expérience et aux innovations bénéfiques qui peuvent raccourcir la courbe d'apprentissage.

Investisseurs Encore plus que les donateurs, les investisseurs les plus importants ont été les compagnies d'assurance qui utilisent leur propre capital pour accroître leur implication sur les marchés des personnes à faible revenu. Il y a même eu un petit nombre de fusions et acquisitions à l'échelle de la micro-assurance. Sanlam, par exemple, a dépensé environ 250 millions de $US pour acheter African Life, le gros de son portefeuille étant constitué par l'assurance Obsèques dans le secteur des personnes à faible revenu *(Rapport annuel Sanlam, 2006).* Plus que tout autre indicateur, ces investissements suggèrent que la micro-assurance peut être viable.

En 2008, le premier fonds d'investissement de micro-assurance, LeapFrog Investments, a été lancé. Capitalisé à hauteur de 135 millions de $US par des investisseurs sociaux et commerciaux, ce fonds a pour objectif de proposer aux 25 millions de personnes à faible revenu et vulnérables des produits d'assurance et des services financiers inclus. Avec un investissement initial de 6 millions de $US dans la compagnie d'assurance sud-africaine AllLife en décembre 2009, la stratégie de LeapFrog promet aux investisseurs de « solides profits ».

Certaines institutions financières de développement ont également réalisé des investissements de micro-assurance. En 2008 par exemple, l'International Finance Corporation a investi 16,5 % de Protecta Seguros, la première compagnie spécialisée dans la micro-assurance au Pérou, et le Multilateral Investment Fund a investi 3 millions de $US dans ParaLife, une société de micro-assurance au Mexique. Ces initiatives de la part des investisseurs suggèrent que la micro-assurance peut potentiellement générer des rendements attractifs pour les investisseurs.

Promoteurs

Associations d'assurance : Une autre nouveauté est la participation des associations d'assurance nationales dans la micro-assurance. Ces associations, par exemple au Brésil, en Colombie, au Kenya et en Afrique du Sud ont joué 2 rôles importants. Premièrement, elles ont éveillé la conscience de leurs membres vis-à-vis des stratégies commerciales BoP et facilité l'accès aux ressources techniques pour aider les assureurs à comprendre comment servir profitablement le marché des personnes à faible revenu. Deuxièmement, comme décrit au *chapitre 14,* plusieurs d'entre elles ont déployé leurs efforts de façon innovante dans le domaine de l'éducation des consommateurs en ciblant les travailleurs pauvres, si bien qu'elles comprennent mieux comment l'assurance fonctionne et comment elle peut être intégrée dans les stratégies de gestion des risques au niveau des ménages ou des entreprises.

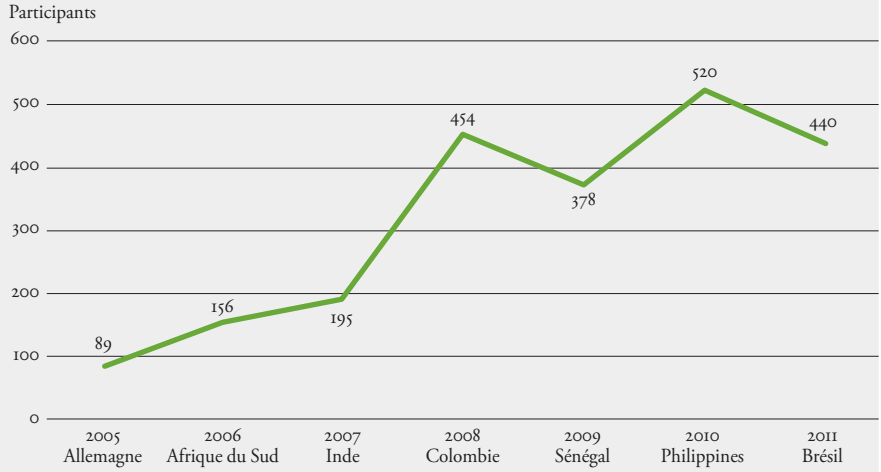
Les associations internationales d'assurance, comme la Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (International Cooperative and Mutual Insurance Federation – ICMIF), et les associations régionales telles que l'Organisation des assurances africaines (OAA) et la Federación Interamericana

de Empresas de Seguros (FIDES) en Amérique latine jouent également un rôle important. Elles facilitent l'échange d'informations entre les gens avec différentes expériences permettant une pollinisation croisée d'idées et de leçons qui ne pourrait se réaliser à un niveau national entre des entreprises concurrentes.

Conférences et meetings sur la micro-assurance se sont multipliés depuis la parution du premier volume de cet ouvrage. La Conférence internationale sur la Micro-assurance, évènement phare sponsorisé par la Fondation Munich Re et le Microinsurance Network, a fait l'objet d'une attention croissante *(voir figure 1.4)*. La micro-assurance a été au cœur de colloques universitaires et professionnels, et même les organisateurs de conférences à but lucratif ont organisé un grand nombre d'évènements de micro-assurance. Outre l'augmentation de la participation dans le cadre de ces évènements, la composition des participants s'est également modifiée et inclut davantage d'assureurs cherchant des moyens pour améliorer et étendre leurs gammes de produits.

Figure 1.4

Participation à la Conférence internationale sur la Micro-assurance



Source : Fondation Munich Re, 2011.

Le Microinsurance Network : Bien que le Network soit une organisation et non un type particulier de facilitateur, il est mentionné de façon spécifique car il joue un rôle unique à l'échelle mondiale en attirant l'attention sur le potentiel que recèle la micro-assurance et en facilitant le dialogue entre les praticiens et les autres parties prenantes. À travers des manifestations et publications ainsi que par le biais des médias électroniques, le Network contribue à améliorer la coordination entre les différentes agences travaillant sur la micro-assurance, ce qui permet une utilisation plus efficace des ressources limitées. L'officialisation du Network en 2008, créé

à partir du Groupe de travail du CGAP sur la Micro-assurance, reflète les dynamiques de changement qui se sont opérées dans ce secteur.

En résumé, la micro-assurance récolte les bénéfices du concours et de l'engagement d'une foule de facilitateurs dont les ressources financières et techniques ont contribué significativement à améliorer sa portée et son efficacité pour protéger les pauvres contre les pertes financières engendrées par les risques.

1.4 Les prestataires offrent une gamme de produits en expansion et variée

Le premier volume de *Protéger les plus démunis* couvrait seulement les produits Vie et Santé. Il s'agissait là des produits les plus communs disponibles pour les ménages à faible revenu et, d'après les études réalisées alors sur l'analyse de la demande, ils couvraient les risques prioritaires des personnes démunies. Mais les couvertures dédiées aux personnes à faible revenu ont beaucoup changé ces dernières années. Dans le cadre de cette quatrième tendance, la communauté de la micro-assurance a vu les produits d'assurance Vie et Santé s'améliorer et les couvertures se diversifier dans ces 2 domaines, avec davantage de produits d'assurance volontaire. Cette tendance est essentiellement destinée à répondre à l'éventail de risques auxquels sont exposés les pus démunis, tout en améliorant la façon dont les produits sont conçus afin qu'ils correspondent mieux au marché cible.

1.4.1 L'évolution des types de produits

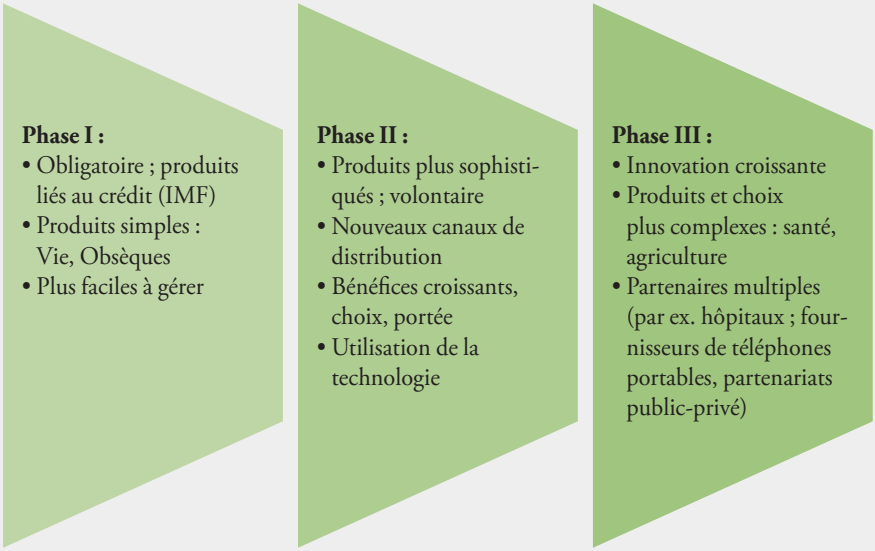
Comme le montre la figure 1.5, la micro-assurance a démarré avec des produits de base, tout particulièrement les produits Solde restant dû qui ont contribué à démontrer la viabilité de la micro-assurance. Outre le fait qu'elle est simple à proposer et à gérer, la micro-assurance Solde restant dû a donné aux preneurs de risques l'opportunité de développer une compréhension quantitative du marché. Cela a constitué une avancée considérable dans l'évolution des produits, car, du point de vue des assureurs, l'un des plus gros problèmes était le manque de données qui les empêchait de servir un marché qui ne leur était pas familier.

Lorsque des produits étaient proposés, le manque de données se traduisait souvent par des primes relativement élevées puisque des surprimes étaient ajoutées pour compenser l'incertitude *(voir chapitre 21)* et les primes inutilement élevées continuaient à entraver la demande. Du fait de cette expérience initiale, la capacité des assureurs à rassembler des données sur les risques et le potentiel de rentabilité ont constitué un fondement pour le développement de produits plus complexes. Connaissant de mieux en mieux la demande de la part des clients, certains canaux de distribution ont poussé les assureurs à proposer de meilleurs produits. À chaque fois qu'ils se sont aventurés dans de nouveaux produits pour

ce marché, les assureurs ont appris davantage, ce qui leur a permis d'évoluer et d'avancer vers le niveau suivant.

Figure 1.5

Évolution des produits et des processus de micro-assurance



Source : Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT, 2011.

Même les produits de base tels que la micro-assurance Emprunteur *(chapitre 9)* et l'assurance Obsèques *(chapitre 10),* ont évolué et fournissent une plus grande valeur aux clients. Ils ne se contentent pas de couvrir le prêt ou le paiement des obsèques ; des prestations annexes sont par ailleurs ajoutées pour permettre à ces produits d'aider des familles à faible revenu à mieux s'en sortir après la perte du soutien de famille. Ces produits sont également utilisés comme points d'entrée pour couvrir d'autres personnes et/ou fournir une protection contre d'autres risques.

L'assurance Vie plus sophistiquée comportant un élément d'épargne peut convenir aux plus démunis car elle crée de la valeur au fil du temps si bien que les assurés n'ont pas l'impression d'avoir perdu leur argent si l'évènement assuré ne se produit pas. Cependant, la génération de produits précédente fournissait de la valeur aux clients les plus démunis en raison des commissions élevées et des résiliations fréquentes (Roth et al., 2006). Par conséquent, comme décrit au chapitre 8, de nouvelles formules sont en cours de développement ; elles apporteront au marché une meilleure proposition de valeur tout en restant viables pour les assureurs.

Dans un certain nombre de pays, les couvertures Vie sont en train d'évoluer *(voir chapitre 5),* bien que tous les systèmes ne suivent pas la même trajectoire. Les

produits d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation sont relativement simples. L'expérience acquise avec ces produits peut permettre d'offrir des couvertures hospitalisation sur base de remboursement pouvant se transformer en prestations « sans argent liquide » comme décrit au chapitre 6. La façon dont l'assurance Santé peut constituer un soutien ou un complément aux prestations de protection sociale venant du gouvernement constitue un autre aspect de cette évolution *(chapitre 2).* Dans leur progression, les avant-gardistes vont jusqu'à couvrir les risques relevant de la consultation externe ou intégrer des prestations à valeur ajoutée non liées à l'assurance telles que l'éducation pour la santé, les services de télémédecine et les remises sur les produits pharmaceutiques.

La tendance consistant à proposer des couvertures plus complexes incluant l'assurance basée sur des indices et la couverture Catastrophes *(chapitres 4 et 11),* et des produits composites couvrant des risques multiples correspond aux besoins des ménages pauvres en matière de gestion des risques. Mais elle ne concorde pas nécessairement avec leur capacité de paiement *(voir chapitre 7),* ou avec le principe de base s'appliquant à la conception de produits de micro-assurance, à savoir « faire simple ». Les facilitateurs de la micro-assurance et les canaux de distribution ont longtemps préconisé des produits simples, faciles à comprendre pour les assurés et sans ambiguïté ou malentendu eu égard aux risques couverts. La simplicité est un élément capital qui ne peut pas disparaître dans le cadre de l'évolution vers des couvertures plus complètes.

1.4.2 Évolution de la conception des produits

Outre la plus grande variété de produits, les produits eux-mêmes ont été transformés durant le processus d'évolution. Les couvertures de groupe, souvent sur une base obligatoire, étaient le type de micro-assurance le plus commun, et elles le sont certainement encore. Cependant, davantage d'expériences sont réalisées avec les autres approches, y compris avec l'assurance de groupe volontaire dans le cadre de laquelle les membres choisissent de participer ou pas, et même avec les couvertures individuelles volontaires.

Auparavant de nombreux produits étaient en fait des versions réduites des catégories traditionnelles ; par contre, dans le cadre de l'évolution, les produits ont été remaniés pour mieux répondre aux réalités du marché des personnes à faible revenu. Alors que, par le passé, les polices pouvaient comporter une liste d'exclusions, nombreux sont les assureurs qui reconnaissent aujourd'hui combien il est avantageux de minimiser celles-ci dans un but de simplification et de réduction du travail de contrôle nécessaire. Comme il est possible de le constater au chapitre 13, les plus petits changements touchant les produits et leur distribution peuvent avoir des effets importants sur leur aptitude à être commercialisés et sur la demande.

Le fait d'avoir conscience que les produits ne doivent pas être seulement des couvertures de risques constitue un petit changement qui peut potentiellement avoir un impact significatif. Comme dans l'exemple de l'assurance Vie comportant un élément d'épargne et de l'assurance Santé avec coupons gratuits pour les consultations externes, les ménages à faible revenu ont besoin de retirer une certaine valeur du produit qui leur est proposé, même s'ils ne sont pas amenés à en profiter par la suite. Si cette prestation à valeur ajoutée peut aussi permettre de réduire les sinistres – en fournissant par exemple les informations météorologiques aux fermiers assurés ou par le biais de l'éducation pour la santé en vue de réduire la survenance de maladies pouvant être prévenues – chacun en tire des bénéfices.

Le marché des personnes à faible revenu n'étant pas homogène, on se dirige vers une plus grande segmentation. Cela se fait parfois naturellement car certains canaux de distribution s'adressent à des segments de marché précis. Mais les micro-assureurs tiennent aussi compte des besoins des segments spécifiques, y compris celui des femmes *(chapitre 16),* des migrants *(chapitre 17),* des petits cultivateurs *(chapitre 11)* et des éleveurs *(chapitre 12),* et conçoivent des produits adaptés.

Pour réussir, les produits doivent avoir des frais de gestion réduits ; c'est en partie la raison pour laquelle la micro-assurance Solde restant dû a bien démarré. Outre l'association de l'assurance et du crédit, davantage d'organisations combinent l'assurance avec d'autres transactions pour arriver à toucher les ménages pauvres, telles que l'achat de semences ou d'engrais, l'achat de minutes de téléphonie mobile, l'adhésion à une organisation comme membre, même si ces produits ne peuvent que donner accès à une assurance de base avec de petites prestations. Cette association a souvent pour but d'offrir aux membres une prestation gratuite, ce qui, pour les canaux de distribution et leur produit phare, est une façon de se démarquer de la concurrence ; par conséquent, la prime doit être très petite de façon à ne pas entraîner une augmentation du prix dudit produit phare. Si cette formule permet aux ménages les plus démunis de faire une expérience positive de l'assurance, et si les produits évoluent de façon à inclure des options volontaires, il se peut alors que pour la micro-assurance cette approche révolutionne les 2 côtés de l'équation, à savoir l'offre et la demande ; ce n'est pas encore le cas, mais ce sera peut-être la prochaine tendance.

Au lieu de cela, on peut souvent constater un manque d'information sur le produit chez les gens qui « achètent » une couverture de groupe. Comme les clients ne font pas de choix et qu'il n'y a pas de transaction financière spécifique pour le paiement de la prime, souvent les intermédiaires ne donnent pas les renseignements nécessaires. Les produits de ce genre ont généralement des taux de sinistralité excessivement bas, ce qui est apparemment dû au fait que les gens ne savent pas qu'ils sont couverts. Comme le faisait remarquer un banquier en milieu rural au Ghana : « Si nous donnions aux gens tous les détails concernant

leur couverture d'assurance, nous serions submergés de demandes d'indemnisation. » Apparemment, il reste un gros travail à faire pour éveiller les consciences tant du côté des intermédiaires que de celui des assurés, car les mauvaises pratiques peuvent avoir pour effet d'alimenter une certaine méfiance qui affecte à son tour tous les acteurs du marché.

1.5 On se préoccupe davantage de la valeur que l'assurance apporte aux assurés

La cinquième tendance est que l'on se soucie de plus en plus de faire en sorte que l'assurance apporte de la valeur aux plus démunis et qu'ils soient à l'abri d'éventuels abus. Lorsque la micro-assurance a fait son apparition, l'accent était mis sur son mode de fonctionnement, sur les astuces opérationnelles de ce type d'affaires et sur l'amélioration de l'accès à celle-ci. Maintenant que près d'un demi-milliard de personnes à faible revenu sont couvertes et que le secteur atteint une certaine maturité, on se préoccupe davantage de savoir si elles tirent un bénéfice de leur assurance.

Divers acteurs s'intéressent à la valeur, et ce, de différentes manières. Les donateurs et les décideurs politiques cherchent à comprendre **l'impact**. S'ils donnent des subventions, par exemple, ils veulent savoir si celles-ci profitent vraiment aux ménages à faible revenu. En théorie, l'assurance est une façon efficace de gérer certains risques et nombreuses sont les preuves empiriques qui soutiennent cette idée. Si l'on passe de la théorie à la pratique, des recherches rigoureuses apportent maintenant la preuve que la micro-assurance profite vraiment aux ménages les plus démunis, même si ces conclusions sont limitées à l'impact de l'assurance Vie à l'heure actuelle *(voir chapitres 3 et 5)*. Plusieurs autres études portant sur l'impact additionnel, et réalisées suivant des méthodes rigoureuses, sont actuellement en cours. Il devrait en ressortir des résultats plus tangibles durant les années à venir.

Le Microinsurance Network aborde la question de la valeur pour le client sous 2 angles, ce qui coïncide avec les efforts visant à prouver et à améliorer l'impact. Soucieux de soutenir les efforts en vue de prouver la valeur de l'assurance, le Network's Impact Working Group élabore des directives portant sur la manière d'effectuer correctement des études d'impact, non seulement pour améliorer l'efficacité de ces études, mais aussi dans le but de promouvoir des approches communes qui faciliteront les méta-analyses à travers les différentes études (Radermacher et al., 2012). Par ailleurs, le Performance Working Group a proposé une série d'indicateurs de performance sociale qui peuvent être contrôlés par les praticiens, les donateurs et les investisseurs (Simanowitz et Sandmark, 2011). Ces indicateurs ne prouveront pas que l'assurance a un impact économique et social, mais ils peuvent permettre aux parties prenantes de surveiller si leur performance est bonne et socialement utile, et leur permettre de l'améliorer au fil du temps.

Étant donné l'évolution rapide des produits de micro-assurance décrite dans la section précédente, il pourrait être prématuré à ce stade de vouloir trop « prouver », car les méthodes rigoureuses sont elles aussi coûteuses. Maintenant, il convient surtout de comprendre les éléments qui composent la valeur pour le client et d'améliorer les produits de façon à avoir des produits matures adaptés pouvant être évalués par des études longitudinales plus globales à l'avenir. Le chapitre 15 présente un système de ce genre permettant d'évaluer **la valeur pour le client**, et pouvant aider les preneurs de risques et les canaux de distribution à apporter au marché la preuve qu'ils fournissent suffisamment de valeur pour garantir que les ménages à faible revenu consacrent aux primes de micro-assurance une partie de leur revenu restreint. En déterminant la valeur pour le client, les assureurs peuvent mieux comprendre les préférences des clients, saisir leur volonté et leur capacité à payer la couverture *(chapitre 7),* chercher à continuer à améliorer leur proposition de valeur pour augmenter les renouvellements et accroître l'efficacité de leurs pratiques de vente :

Une autre méthode prometteuse pour comprendre rapidement la valeur est la méthodologie « client math » mise au point par le MicroInsurance Centre qui a pour but de saisir la valeur de l'assurance par rapport à d'autres options de gestion des risques (voir Morsink et Geurts, 2011).

Pour finir, les autorités de surveillance et les associations d'assurance veulent être sûres que les mesures de **protection des consommateurs** qui sont en place sont suffisantes, de manière à ce que l'industrie puisse forger et maintenir la confiance du marché. Par conséquent, le chapitre 26 fournit des orientations sur les questions concernant l'amélioration de la transparence, le traitement équitable et le recours sur les marchés de la micro-assurance.

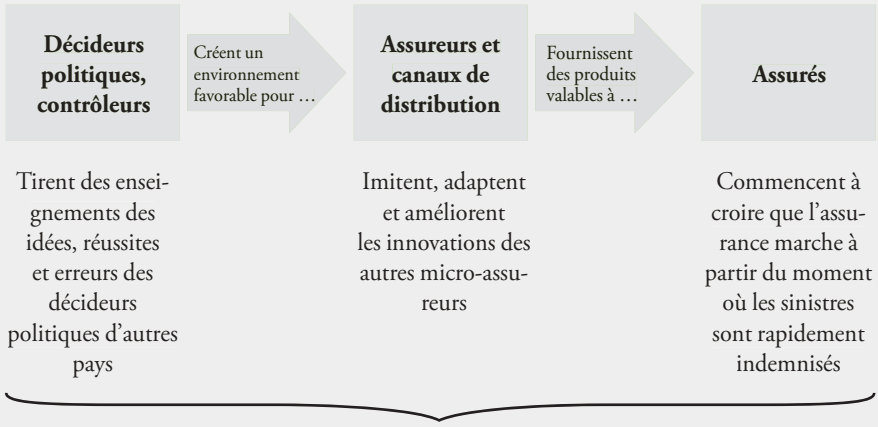
1.6 Conclusion

L'orientation optimale est de permettre à davantage de familles à faible revenu d'avoir mieux accès à une plus grande variété de produits de gestion des risques valables. Les tendances explorées dans ce chapitre montrent que l'on s'achemine vers cet idéal. On a en effet assisté à une croissance substantielle en termes de portée, avec un accès plus large à une plus grande variété de produits. Davantage d'assureurs et d'intermédiaires sont impliqués, ce qui entraîne une plus grande concurrence sur certains marchés qui a le potentiel d'accroître la proposition de valeur pour les clients. Au fur et à mesure que la définition de la micro-assurance gagne en clarté, un plus grand effort est fait pour comprendre ce que cela signifie de fournir, de manière efficace et profitable, des services de gestion des risques intangibles au marché des personnes à faible revenu. Tout cela alimente la tendance ciblée sur la valeur pour les marchés à faible revenu. Réunies, ces tendances reflètent un secteur qui est en train de mûrir et de passer à l'adolescence.

Les tendances qui ont joué le rôle de moteur pour la micro-assurance vont certainement perdurer et même voir leur importance s'accroître en raison du puissant effet de démonstration qui s'opère à différents niveaux, lorsque les précurseurs servent d'exemple aux autres *(voir figure 1.6)*.

Jusqu'ici seuls quelques pays engagés sont à l'origine de la croissance, mais la micro-assurance ne s'est pas encore implantée dans un grand nombre de régions. Étant donné que davantage de décideurs politiques et d'associations de contrôleurs d'assurance suivent de près ce que font les pays pionniers et tirent des leçons de leur expérience, la portée globale de la micro-assurance va bénéficier d'une nouvelle impulsion. Par ailleurs, même dans les États où la micro-assurance se développe déjà, elle peut continuer à s'étendre si les décideurs politiques encouragent les subventions et s'impliquent davantage dans les PPP pour mener à bien des objectifs de politique publique avec des budgets limités. Pour accroître leur impact, les décideurs politiques peuvent également intervenir davantage en matière de gestion des connaissances afin de rendre les bonnes pratiques accessibles au plus grand nombre et de promouvoir la standardisation des données, leur collecte et leur regroupement de façon à ce que la tarification soit basée sur l'expérience pertinente. Ils peuvent également améliorer la protection des consommateurs sans réduire l'innovation, et encourager leur éducation de sorte qu'ils comprennent ce qui leur est proposé, apprécient l'aide qui leur est ainsi apportée et sachent à qui s'adresser s'ils ne sont pas satisfaits des résultats.

Figure 1.6 **Effet de démonstration du développement du marché de la micro-assurance**



Tout comme pour les assureurs et les canaux de distribution, sur certains marchés la micro-assurance va devenir de plus en plus compétitive, tout particulièrement en raison de l'émergence de systèmes de paiement plus efficaces. Étant

donné que la souscription et la collecte des primes deviennent plus simples et entraînent moins de frais, le potentiel des assureurs va énormément s'accroître. Cet essor devrait se traduire par une meilleure tarification et par une gamme plus vaste de produits d'assurance volontaire au fur et à mesure que les assureurs tisseront des liens avec de nouveaux collaborateurs tels que les laiteries, les fournisseurs de produits agricoles, les sociétés pharmaceutiques et les prestataires de soins de santé, les entreprises de télécommunications et les détaillants. Croissance et visibilité riment maintenant avec responsabilité. En opérant « sous le radar » les fournisseurs et promoteurs de micro-assurance pouvaient agir en toute liberté. Ayant à présent plus de maturité, nombre d'entre eux regardent de plus près les résultats pour prendre soigneusement en considération les incidences en matière de protection des consommateurs.

La mise en place d'un marché est un grand défi qui, sur le plan de la demande, consiste à créer des conditions encourageant les ménages à faible revenu à considérer l'assurance comme un instrument de gestion des risques auquel ils peuvent avoir recours naturellement. Dans les environnements où la micro-assurance est prévalente et où les fournisseurs cultivent la confiance du marché par le biais d'indemnisations efficaces, on assiste à l'émergence de telles conditions. Cependant, il est nécessaire que les fournisseurs de micro-assurance continuent à reconnaître que leur fonction la plus importante est l'indemnisation des sinistres et qu'ils travaillent au renforcement de l'effet de démonstration naissant.

Ce qui fait essentiellement avancer les personnes, les institutions et les industries, et les aide à passer de l'enfance à l'adolescence, puis ensuite à l'âge adulte, c'est tout simplement la façon dont elles transforment leurs expériences en leçons. En micro-assurance, on tire actuellement de nombreux enseignements de l'expérience et de plus en plus d'efforts sont réalisés pour diffuser ces enseignements en vue d'améliorer les résultats. Le reste de cet ouvrage s'efforce de synthétiser ces leçons pour renforcer les tendances de la micro-assurance au moyen d'une expérience pratique et les développer par l'apport de nouvelles connaissances.

2 Le potentiel de la micro-assurance en matière de protection sociale

Yvonne Deblon et Markus Loewe

Les auteurs tiennent à remercier Christine Bokstal (OIT), Valérie Schmidt-Diabate (OIT), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Gaby Ramm (consultant), Anja Smith (Cenfri) et John Woodall (OIT) de la relecture de ce chapitre.

La protection sociale est reconnue internationalement comme partie intégrante des droits de l'homme.[1] Toutefois, ce droit n'est pas bien appliqué dans la plupart des pays du monde pour des raisons différentes, de sorte que de larges couches de la population n'ont pas accès à des mesures de protection sociale adéquates et sont vulnérables à de nombreux risques. En outre, les personnes vulnérables sont souvent incapables d'améliorer leur situation socio-économique : elles sont réticentes à investir tout excédent de revenu en capital physique productif ou en éducation. Au lieu de cela, elles accumulent des fonds pour « les mauvais jours », des épargnes en espèces ou dans des actifs (or, bétail, par exemple) qui leur sont accessibles si un événement survient. Par conséquent, leurs économies ne génèrent que des rendements limités, qui sont trop faibles pour leur permettre d'avoir une vie meilleure et d'échapper à la pauvreté.

Les gens qui travaillent dans l'économie informelle ont particulièrement tendance à se retrouver dans le cercle perpétuel de la vulnérabilité, de l'aversion au risque et des revenus faibles. Ils tombent dans le fossé de plus en plus profond en matière de couverture qui existe entre les différents types de systèmes de protection sociale répandus dans la plupart des pays en voie de développement *(voir figure 2.1).* Les ménages aisés peuvent se permettre d'acquérir une assurance privée Santé, Vie, Responsabilité ou liée aux actifs. Les fonctionnaires ont généralement droit à des pensions financées par l'impôt et des soins médicaux gratuits dans les hôpitaux publics. D'autres employés de l'économie formelle de nombreux pays sont couverts par l'assurance sociale. Une partie des personnes extrêmement pauvres peut bénéficier d'une aide sociale ciblée. Toutes les autres personnes – en particulier les personnes habitant les zones rurales, les personnes pauvres en milieu urbain, et celles qui travaillent dans l'économie informelle – n'ont souvent pas accès à ces systèmes formels de protection sociale.

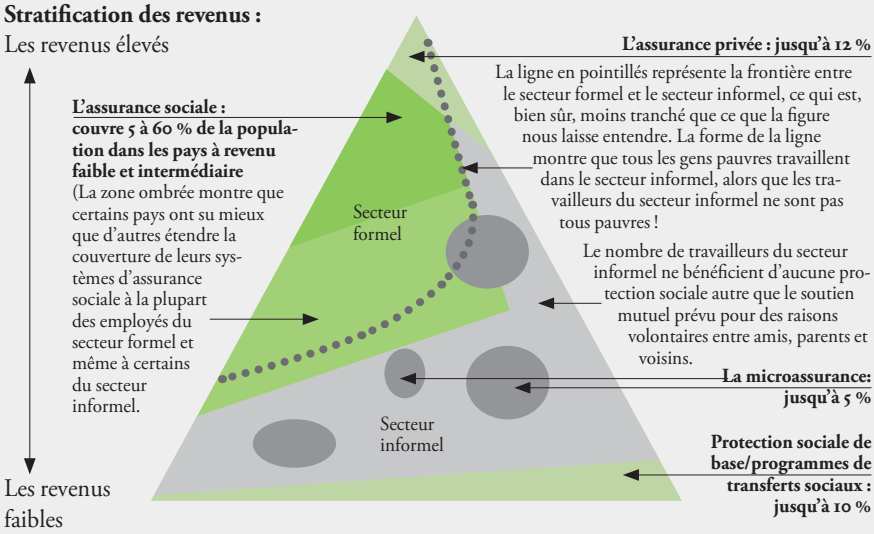
Les travailleurs de l'économie informelle comptent sur les parents et les voisins au sein de leurs communautés et bénéficient souvent de leur appui. En outre,

[1] Voir la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (article 22) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976 (article 9). En outre, les constitutions de plus de 110 États indépendants font référence, d'une manière ou d'une autre, au droit à la protection sociale.

certains ménages sont organisés en groupes qui ont pour objectif explicite d'aider leurs membres à gérer les risques – tels que les mutuelles de santé et les sociétés funéraires. Ces systèmes de protection sociale non formalisés sont certes d'une importance considérable pour leurs membres, mais ils restent limités en termes de portée et d'échelle. En outre, comme c'est souvent le cas, ces systèmes ne sont pas suffisamment fiables, car ils sont fondés sur des obligations morales et la bonne volonté plutôt que sur une obligation formelle. Il n'existe aucun mécanisme permettant aux membres de faire respecter la fourniture de prestations en cas de défaillance, et ces systèmes sont souvent très sensibles aux contraintes économiques. Enfin, l'effet combiné de l'évolution de la migration, de l'urbanisation et de l'importance décroissante des valeurs et normes traditionnelles se traduit en particulier par l'érosion évidente des réseaux de soutien mutuel.

Figure 2.1

L'écart en matière de couverture de protection sociale d'un pays en voie de développement



Source : Loewe, 2009b.

La micro-assurance est un instrument potentiellement efficace pour surmonter cette situation. Malheureusement, la micro-assurance est souvent discutée de manière isolée et dans de nombreux cas mise en œuvre sans prise en compte du contexte sous-jacent. Son but ultime est de réduire la vulnérabilité des personnes à faible revenu en leur permettant de gérer les risques plus efficacement. Il s'agit donc d'un instrument de protection sociale qui ne doit pas être négligé quand une stratégie de politique sociale est développée. Pour atteindre cet objectif, il existe des solutions alternatives à la micro-assurance qui peuvent être plus ou moins efficaces selon le contexte particulier concerné, mais qui méritent toujours d'être examinées.

Ce chapitre vise à répondre à 3 questions : 1) dans quelle mesure la micro-assurance peut-elle contribuer à combler l'écart en matière de couverture de protection sociale dans les pays en voie de développement ; 2) comment devrait-elle être conçue en vue d'un impact maximum, et 3) dans quelles conditions serait-elle préférable à d'autres instruments de protection sociale ?

Le chapitre fait valoir qu'une perspective systémique de protection sociale est essentielle pour analyser les effets de la micro-assurance et pour optimiser sa conception. Elle est juste un outil possible de protection sociale et doit être bien intégrée dans le cadre global de protection sociale d'un pays. La micro-assurance n'est pas un substitut des transferts sociaux, qui sont financés par l'impôt et sont destinés à soutenir les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la société. En outre, elle n'est pas a priori supérieure à l'assurance sociale (en particulier pour des risques tels que la maladie et la vieillesse), tant que les 2 instruments sont des options réalistes, autrement dit pour lesquelles l'État a la volonté politique et la capacité institutionnelle nécessaire pour mettre en place des systèmes d'assurance sociale pour les ménages à faible revenu.

Le potentiel de la micro-assurance est énorme dans la plupart des pays en voie de développement, en particulier si de nombreux gouvernements refusent ou sont incapables d'étendre les systèmes publics de protection sociale aux segments exclus de la population. En outre, les pays sont généralement incapables de fournir des systèmes complets de protection sociale contre tous les risques rencontrés par chaque ménage. Ainsi, il y a beaucoup de place pour la micro-assurance dans la plupart des pays émergents et en voie de développement.

Ce chapitre se présente comme suit : la section 2.1 définit la protection sociale et donne un aperçu de son champ d'application et de ses fonctions. La section 2.2 explique pourquoi de nombreux ménages dans les pays en voie de développement n'ont pas accès à une protection sociale adéquate. La section 2.3 décrit la micro-assurance comme un instrument de protection sociale et examine les rôles possibles de la micro-assurance dans le cadre général de la protection sociale. La section 2.4 conclut par un appel à une perspective systémique à utiliser lors de l'analyse et de la mise en œuvre des systèmes de micro-assurance.

2.1 Champ d'application et fonctions de la protection sociale

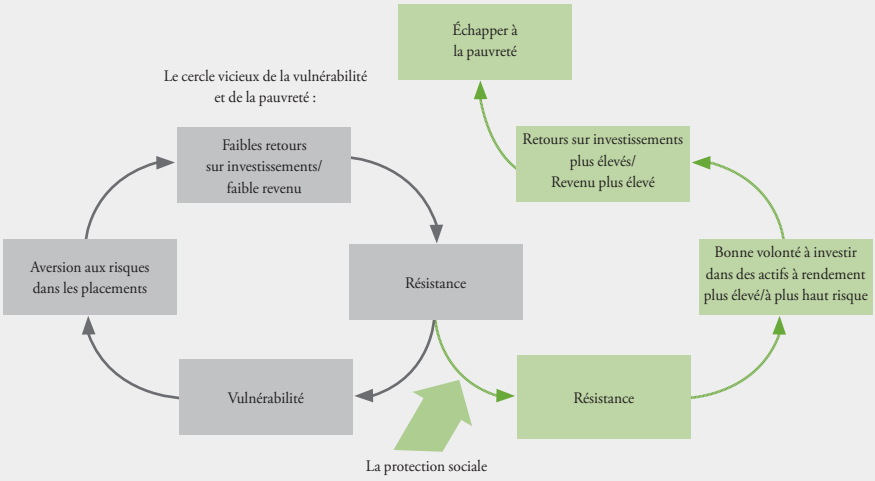
Partout, les hommes sont confrontés à des risques multiples. Un risque constitue l'éventualité qu'un événement ayant des effets négatifs entraîne une baisse de revenu pour une personne ou un ménage (en cas de chômage, par exemple) ou une augmentation des dépenses (comme dans le cas d'une flambée des prix), ou les 2 (si une maladie entraîne une invalidité qui empêche de travailler et génère des dépenses de santé).

L'existence d'un risque et le manque de préparation à ce risque sont sources de vulnérabilité, avec la probabilité qu'une personne ou un ménage subisse une perte significative de bien-être en raison de la réalisation d'un risque. Cette probabilité augmente avec 1) la probabilité de la survenance d'un événement ; 2) l'ampleur attendue de ses effets, et 3) le manque de résistance des personnes ou des ménages, qui dépend, entre autres, de la dotation financière, liquidités et biens inclus.

Vulnérabilité et pauvreté ne sont donc pas la même chose, mais se renforcent mutuellement *(voir figure 2.2).* D'une part, les pauvres sont plus vulnérables que ceux qui sont mieux lotis : ils sont exposés à un plus grand nombre de risques, à des risques plus graves, et à une plus forte probabilité qu'un risque se réalise en raison de leurs conditions de vie et de travail plus hasardeuses. En outre, les gens pauvres ont moins de biens pouvant être vendus pour couvrir les dépenses d'urgence, diversifier leurs sources de revenus (par exemple, du travail aux revenus du capital) ou proposer comme garantie pour un prêt. Les risques susceptibles d'entraîner des pertes indépendantes des revenus ou des actifs représentent une menace plus grave pour les ménages à faible revenu que pour les ménages mieux lotis parce que la perte éventuelle est plus importante, en termes relatifs. Cependant, même les risques associés à une perte qui augmente proportionnellement avec le revenu ou la fortune sont normalement considérés comme plus graves par les gens pauvres que par les gens riches. Ce phénomène est dû au fait que l'utilité marginale du revenu diminue à mesure que celui-ci augmente, comme cela a été prouvé de façon théorique dès 1964 par Pratt (Pratt, 1964 ; Loewe, 2005b ; Zweifel et Eisen, 2000).

Figure 2.2

La fonction de promotion de la protection sociale : rompre le cercle vicieux de la pauvreté et de la vulnérabilité



D'autre part, la vulnérabilité aggrave la pauvreté de 3 façons :

1) La réalisation d'un risque diminue le bien-être des gens.
2) Elle peut forcer les gens à utiliser leurs actifs financiers, physiques, humains et sociaux pour faire face aux effets correspondants. Ces personnes peuvent, par exemple, avoir à puiser dans leurs économies, à vendre des biens productifs (par exemple, des terres ou des machines), à retirer les enfants de l'école pour les mettre au travail, ou à utiliser les réseaux sociaux pour le soutien financier. Pour ce faire, elles utilisent les ressources mêmes qui pourraient autrement les aider à développer les futures activités génératrices de revenus qui leur permettraient de récupérer et d'améliorer leur situation socio-économique.
3) La vulnérabilité réduit la volonté des gens à étendre leurs activités économiques et à améliorer ainsi leur bien-être socio-économique. Les gens vulnérables à des risques tels que la maladie ou le chômage sont réticents à investir tout excédent de revenu en capital productif ou en éducation. Cela les aiderait à accroître leurs revenus mais impliquerait aussi certains risques supplémentaires. Au lieu de cela, ils ont tendance à accumuler des fonds ou des actifs afin que ceux-ci soient facilement accessibles si un risque se réalise (par exemple, frais médicaux à financer). De même, une prise de conscience de leur vulnérabilité aux risques non assurés peut conduire à l'utilisation de technologies de production obsolètes, mais moins risquées.[2]

L'objectif de la protection sociale est de briser ce cercle vicieux. Ce chapitre définit la protection sociale comme une gamme complète d'actions menées par les intervenants étatiques ou autres (par exemple les sociétés commerciales, les organisations caritatives et les groupes d'entraide) pour gérer le risque, la vulnérabilité et la pauvreté chronique. Cette description constitue un compromis entre les différentes positions prises par les principaux intervenants internationaux sur la signification de ce terme. La définition de l'OIT est relativement étroite. Elle utilise parfois le terme de « protection sociale » comme synonyme de « sécurité sociale ».[3] Dans la plupart des cas, cependant, elle préfère utiliser le terme de sécurité sociale », qui ne concerne que les risques qui sont typiques pour les gens qui tirent leurs revenus d'un travail rémunéré.[4]

[2] Pour preuve empirique sur ces effets voir Bird (2001) ; Fafchamps et Minten (2008) ; Lichand (2010).

[3] Dans au moins une publication, la protection sociale est définie comme « l'ensemble des mesures publiques que la société offre à ses membres afin de les protéger contre la détresse économique et sociale qui serait causée par l'absence ou la réduction substantielle des revenus du travail à la suite de divers événements imprévus (maladie, maternité, accidents du travail, chômage, invalidité, vieillesse et décès du soutien de famille), la fourniture de soins de santé, et, la fourniture de prestations pour les familles avec enfants » (García et Gruat, 2003, p 13.).

[4] Dans une publication récente et importante, par exemple, le terme de « sécurité sociale » est utilisé pour la couverture de « toutes les mesures qui fournissent des prestations, en espèces ou en nature, pour assurer la protection, notamment, contre (a) l'absence de revenu lié au travail (ou des revenus insuffisants) pour cause de maladie, d'invalidité, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse, ou de décès d'un membre de la famille ; (b) le manque d'accès ou l'accès inabordable aux soins de santé ; (c) le soutien familial insuffisant, en particulier pour les enfants et les adultes à charge ; (d) la pauvreté générale et l'exclusion sociale » (OIT, 2010, p 13.).

Mais la plupart des autres définitions sont plus larges. La Banque Mondiale, par exemple, considère que la protection sociale englobe toutes les « interventions publiques visant à 1) aider les personnes, les ménages et les communautés à mieux gérer les risques, et 2) apporter un soutien aux personnes les plus démunies » (Holzmann et Jorgensen, 2000, p. 3). De même, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) se réfère à la protection sociale comme désignant les « politiques et actions qui améliorent la capacité des personnes pauvres et vulnérables à sortir de la pauvreté et leur permettent de mieux gérer les risques et les chocs » (OCDE, 2009, p. 10).

Entre-temps, il existe un consensus de plus en plus large selon lequel la protection sociale a 3 fonctions principales :

1) **La prévention :** Assurer la sécurité des ménages vulnérables en réduisant la probabilité de les voir subir une perte importante de bien-être et sombrer éventuellement dans la pauvreté absolue. Cet objectif peut être atteint par a) une réduction de la probabilité de réalisation d'un risque (prévention des risques) ; b) une réduction des effets éventuels de la réalisation d'un risque (atténuation des risques) ou c) un soutien des ménages dans leurs efforts pour faire face aux effets des risques une fois qu'ils se sont concrétisés (voir ci-dessous).
2) **La protection :** Étendre le soutien financier ou en nature aux gens pauvres par la redistribution de revenus au sein de la société.
3) **La promotion :** Développer pour les gens pauvres et vulnérables les possibilités d'augmenter leur productivité et leurs revenus en les encourageant à prendre des risques supplémentaires associés à un investissement de leurs économies dans l'éducation et les biens productifs.

Ces 3 fonctions peuvent être remplies par les systèmes de protection sociale de 3 manières différentes :

1) réduire au préalable la probabilité de la survenance d'un événement (prévention des risques);
2) limiter au préalable les effets possibles d'un événement (atténuation des risques) par l'accumulation de l'épargne (provisionnement), l'assurance (partage des risques) ou l'auto-assurance (diversification des risques), et
3) résorber a posteriori les effets d'un événement (faire face aux risques).

En remplissant ces tâches, la protection sociale contribue au développement de 3 manières différentes (Cichon et Scholz, 2009; de Neubourg, 2009 ; Loewe, 2005a). Tout d'abord, elle contribue à la justice socio-économique en empêchant les gens de sombrer dans la pauvreté, en apportant un soutien aux personnes en situation de pauvreté et en aidant les gens à sortir de la pauvreté. Ensuite, la pro-

tection sociale contribue à l'investissement productif et à la croissance économique. Elle encourage les ménages à faible revenu, en particulier, à investir des excédents de revenus dans l'éducation et les outils de production, et mobilise ainsi l'épargne locale à des fins productives. Enfin, la protection sociale contribue à la stabilité politique et à la cohésion sociale. Au XIXe siècle, le chancelier allemand Otto von Bismarck a lancé le premier système d'assurance sociale du monde, plus dans le but de contenir les forces socialistes d'opposition, de calmer une main-d'œuvre industrielle défavorisée et de construire un État-nation allemand, que par souci pour les pauvres ou par sentiment de solidarité. Depuis, les hommes politiques de nombreux pays du monde ont suivi cet exemple.

La protection sociale est ainsi une pierre angulaire du développement social, économique et politique d'un pays.

2.2 La protection sociale dans les pays en voie de développement

La protection sociale peut être organisée par l'État, les sociétés commerciales, les groupes d'entraide ou d'autres intervenants. La plupart des pays ont des systèmes de protection sociale gérés par tous ces intervenants.

Les systèmes de protection sociale gérés par l'État sont financés soit par les cotisations de leurs membres soit par les recettes fiscales générales. Les systèmes d'assurance sociale, en particulier, sont financés par des contributions régulières et sont généralement liés aux relations de travail formelles (contractuelles). Ils sont fondés sur des règles précises, souvent soutenues par la loi, et offrent des prestations lorsqu'un membre de la famille éprouve un choc brutal dû à un risque spécifique qui est prédéfini par la loi (par exemple, la vieillesse, un handicap, ou le décès du chef de famille). Les systèmes d'assurance sociale peuvent ainsi réduire efficacement la vulnérabilité des ménages qui peuvent se permettre de payer une contribution régulière en échange d'une réduction de l'exposition au risque. Néanmoins, ils ne portent que sur un ensemble spécifique de risques, qui ne peuvent pas toujours inclure les risques que constituent les menaces les plus graves pour leurs membres. Par exemple, ces systèmes n'offrent pas, en général, de protection contre les mauvaises récoltes résultant de risques liés aux conditions météorologiques – même si ces risques constituent pour de nombreux ménages ruraux un problème plus grave que la vieillesse ou les accidents du travail, qui peuvent être gérés par le soutien mutuel des parents et des voisins. En outre, l'assurance sociale ne parvient généralement pas à aider les populations extrêmement pauvres, qui sont incapables de payer même de très petites contributions, et ont donc tendance à être exclus des systèmes d'assurance sociale.

Les systèmes de transferts sociaux aident à prévenir et à atténuer la pauvreté chronique et la pauvreté transitoire. En outre, ils abordent normalement tous les types de risques, mais ont tendance à être moins efficaces en termes de réduction

de la vulnérabilité des ménages. Étant financées par les recettes fiscales, les prestations sont généralement assez limitées et visent à empêcher les ménages de tomber dans l'extrême pauvreté. Cependant, ils ne sont pas à même d'empêcher une détérioration du bien-être des ménages les plus riches parce que les prestations fournies par les systèmes de transferts sociaux sont loin de remplacer leurs anciens revenus – ce que les systèmes d'assurance sociale sont souvent en mesure de faire.

Il existe 2 types de systèmes de transferts sociaux: Les systèmes « ciblés » et les systèmes universels » : Les systèmes ciblés offrent des prestations uniquement aux personnes qui en ont besoin, tandis que les systèmes universels versent des paiements à tous les ménages. Bien que la somme des prestations fournies par les systèmes ciblés soit, en règle générale, bien inférieure au total des dépenses des systèmes universels, leurs budgets sont parfois encore plus élevés en raison des coûts de ciblage impliqués (à savoir les coûts d'identification des ménages remplissant les conditions).

De même, une distinction peut être faite entre les systèmes de transfert de fonds (par exemple, l'aide sociale, la pension sociale et les subventions de revenu de base), les pièces justificatives (par exemple, pour l'éducation ou les services de santé) et les transferts en nature (par exemple, les rations de nourriture ou les soins de santé publics gratuits).

En général, les systèmes de protection sociale non publiques sont financés par les cotisations. C'est notamment le cas pour les systèmes gérés par les sociétés commerciales (y compris les assureurs privés, dans ce cas, les contributions sont des « primes »), par les groupes d'entraide (tels que les groupes d'épargne, de crédit et d'assurance) et par les institutions de micro-finance. Même les réseaux d'entraide attendent de leurs membres qu'ils donnent à leurs proches et à leurs voisins à peu près autant que ce qu'ils ont reçu des autres, la seule exception étant le soutien de bienfaisance apporté par les ménages riches aux populations pauvres pour des raisons philanthropiques *(voir tableau 2.1).*

Tableau 2.1 **Aperçu des systèmes de protection sociale organisés par les différents intervenants**

Organisés/administrés par :	*Financés par les cotisations des membres (lutte contre la vulnérabilité et des risques spécifiques)*	*Financés par l'impôt ou les dons volontaires d'autres ménages (lutte contre la pauvreté transitoire et la pauvreté chronique et un large éventail de risques)*
Gouvernement/autorité publique	– Programmes d'assurance sociale – Fonds de prévoyance nationaux – Programmes de crédit publics	– Programmes d'assistance sociale – Programmes de transferts en espèces universels – Programmes espèces/vivres-contre-éducation – Programmes espèce/vivres-contre-travail – Programmes de santé publique « gratuite »
Compagnies commerciales/ privées	– Programmes d'épargne commerciale – Programmes de crédit commercial – Contrats d'assurance privés	
Groupes d'entraide semi-formels	– Clubs de crédit et d'épargne – Associations d'assurance mutuelle	
Réseaux traditionnels	Réseaux de soutien mutuel	Soutien caritatif fourni par les ménages riches aux ménages pauvres

Le principal défi des politiques de protection sociale dans les pays en voie de développement résulte du fait que la couverture de nombreux systèmes est assez limitée, tant en termes de dimension que de portée. En effet, les systèmes d'assurance sociale ne touchent qu'une minorité de la population *(voir figure 2.1)*. Avec seulement quelques exceptions, l'assurance Vieillesse ne couvre pas plus de 40 % de la population active dans les pays à revenu intermédiaire et 10 % de la population active dans les pays à faible revenu (OIT, 2010). Dans le même temps, moins de 12 % de la population a une assurance Santé ou Retraite privée (Drechsler et Jütting, 2005), et moins de 5 % reçoivent des prestations d'aide sociale publiques (Barrientos et Holmes, 2007).

Les efforts visant à étendre la couverture d'assurance sociale sont souvent limités pour des raisons financières, administratives et politiques :

1) La plupart des systèmes existants reposent sur des relations d'emploi formelles et les cotisations sont partagées par les employés et par les employeurs. Ces règles sont difficiles à appliquer en ce qui concerne les personnes en emploi instable et informel, en particulier celles qui sont des travailleurs indépendants.
2) Les organismes d'assurance sociale sont confrontés à des problèmes administratifs en termes de suivi de l'effectif des travailleurs dans l'économie informelle, de collecte de leurs contributions et d'administration correcte de leurs sinistres.
3) Les groupes d'employés qui sont déjà assurés s'opposent souvent à l'inclusion de groupes supplémentaires dans les systèmes d'assurance sociale, car ils craignent que cela aura un effet négatif sur eux – surtout quand les nouveaux groupes sont en moyenne plus pauvres qu'eux.

De même, peu de pays ont étendu la portée de leurs systèmes de transferts sociaux. Les pays à faible revenu sont particulièrement limités par des considérations budgétaires. Cependant, même les pays à revenu intermédiaire sont souvent réticents à apporter davantage de soutien en espèces ou en nature à ceux qui sont dans le besoin. Les hommes politiques n'ont souvent pas la volonté d'affecter des ressources publiques à des groupes de population qui ne sont généralement pas bien organisés et qui sont donc incapables de faire pression sur leurs gouvernements.

Comme l'illustre cet ouvrage, les assureurs commerciaux ont également du mal à attirer des clients à faible revenu :

1) Les frais administratifs étant généralement relativement élevés, les assureurs commerciaux doivent facturer des primes qui sont trop onéreuses pour les personnes à faible revenu.
2) Les assureurs commerciaux ont des difficultés à obtenir des informations importantes sur les profils de risque et le comportement des personnes qui travaillent dans l'économie informelle et qui vivent dans des habitations informelles. De même, s'ils offrent des produits à ces clients, ils risquent d'être confrontés à des problèmes d'anti-sélection et d'aléa moral.
3) Beaucoup de ménages à faible revenu ne savent pas grand chose de la façon dont l'assurance fonctionne ; ils se méfient des compagnies d'assurance et, par conséquent, leur demande en matière d'assurance est souvent faible.

Dans le même temps, les compagnies d'assurance sont peu motivées pour cibler les ménages à faible revenu. Dans de nombreux pays en voie de développement, les marchés de l'assurance sont protégés contre les concurrents étrangers, et le marché des clients à revenu élevé et moyen est plus attractif. En conséquence, les assureurs font peu de choses dans ces pays pour expliquer aux gens pauvres en quoi consistent leurs produits standards, parfois complexes, et pour les sensibiliser sur la nécessité de s'assurer contre les risques. Enfin, les mécanismes de paiement sont souvent lents, ce qui les rend peu attractifs aux gens pauvres, qui ont besoin d'un accès rapide aux fonds.

Les systèmes communautaires représentent un instrument possible pour étendre la protection sociale au secteur informel. Cependant, ces systèmes sont également confrontés à un certain nombre de contraintes qui risquent de menacer leur survie même. En effet, ils sont généralement marqués par de faibles taux de souscription, une capacité financière insuffisante et des problèmes d'organisation et de gestion (Fonteneau et Galland, 2006 ; Jütting, 2002 ; Meessen et al, 2002).

Les systèmes de protection sociale dans les pays en voie de développement ont tendance à couvrir une gamme limitée de risques pertinents. Par exemple, ils n'abordent normalement que les risques de santé et de cycle de vie tels que la

vieillesse, un handicap qui empêche l'emploi, ou le décès du principal soutien de famille. Peu d'entre eux offrent une assurance Chômage. Pratiquement aucun système n'offre une protection contre les risques naturels, qui représentent davantage une menace pour de nombreux ménages ruraux que les risques du cycle de vie.

2.3 La micro-assurance en tant qu'outil de protection sociale

Un instrument possible pour combler ces lacunes est la micro-assurance. En tant qu'outil de mutualisation des risques, principalement financé par les primes, la micro-assurance implique une redistribution horizontale des revenus entre pairs avec des profils de risque comparables, plutôt qu'une redistribution verticale en provenance des gens riches vers les gens pauvres. Dans le même temps, le préfixe « micro » indique que les taux de cotisation sont abordables aux personnes à faible revenu, avec des avantages limités en conséquence. Idéalement, les avantages sociaux, les conditions d'inscription et les formalités de transaction du système doivent répondre aux besoins spécifiques du groupe cible.

Des organisations très diverses ont créé des systèmes de micro-assurance qui opèrent en conformité avec cette définition. Il s'agit notamment d'entreprises d'assurance sociale (par exemple, le système d'assurance globale sociale en Égypte), de compagnies d'assurance publiques (par exemple, Janashree Bima Yojana proposé par le Life Insurance Corporation en Inde), de compagnies d'assurance commerciales, de certains prestataires de soins de santé (par exemple, l'Hôpital Chogoria au Kenya), de nombreuses institutions de micro-finance, d'organisations privées de solidarité sociale (par exemple, l'IRAM au Mozambique ou les Activists for Social Alternatives en Inde), de coopératives (par exemple, l'Association mutuelle Los Andes en Colombie) et de réseaux communautaires (tels que *harambees* au Kenya).

Si elle est bien conçue, la micro-assurance constitue un moyen efficace pour offrir des garanties sociales aux travailleurs de l'économie informelle. De cette façon, elle peut potentiellement contribuer à combler les lacunes dans la couverture qui existent avec les systèmes de protection sociale opérant dans les pays en voie de développement *(voir figure 2.1).* Des études empiriques au Bangladesh et en Inde apportent la preuve que la micro-assurance peut avoir (mais pas toujours) un impact positif significatif sur plusieurs aspects de la pauvreté multidimensionnelle (Hamid et al., 2010). Pour en savoir plus sur l'impact de la micro-assurance, voir le chapitre 3.

En outre, la micro-assurance peut également jouer un rôle important dans l'autonomisation de ses membres. Les contrats de micro-assurance sont souvent le fruit d'un dialogue entre les prestataires et les groupes cibles, alors que les systèmes publics de protection sociale sont souvent créés par des procédés purement

« verticaux descendants ». En conséquence, la micro-assurance peut répondre aux besoins et aux préférences spécifiques des personnes à faible revenu. En outre, les projets de micro-assurance qui réussissent ont un effet de démonstration : ils sensibilisent à l'importance d'offrir une protection contre les risques et d'anticiper les conséquences probables si ces risques venaient à se matérialiser. De même, ils montrent que la collaboration au sein de groupes peut renforcer les possibilités et la position de l'individu (Loewe, 2009b).

Il y a, cependant, certaines limites au potentiel de la micro-assurance (voir Loewe, 2006).

Premièrement, la micro-assurance n'est pas un substitut d'un système de transferts sociaux parce que la micro-assurance aborde la vulnérabilité plutôt que la pauvreté chronique, tandis que les transferts sociaux offrent un soutien immédiat aux personnes en situation de pauvreté. Les systèmes de micro-assurance (d'une manière largement similaire aux systèmes d'assurance sociale) sont financés par les cotisations de leurs membres et visent à atténuer l'impact des baisses éventuelles du revenu d'un membre et de toute hausse inattendue de ses dépenses essentielles. Ainsi, ils ne sont pas un instrument approprié pour les personnes qui ont des difficultés à répondre à leurs besoins quotidiens les plus élémentaires, sans parler de la provision pour les besoins sociaux futurs. La population extrêmement pauvre peut seulement être protégée par des transferts financés par les recettes fiscales.

En outre – encore une fois, à la différence des systèmes de transferts fiscaux et également à la différence des systèmes d'assurance sociale – les systèmes de micro-assurance ne peuvent pas (et ne sont pas censés) redistribuer les fonds des membres riches de la société aux gens pauvres. Cette faiblesse s'explique par le fait que l'inscription à un système de micro-assurance est généralement limitée aux ménages à faible revenu. Si un système de micro-assurance a utilisé les contributions faites par les membres riches pour subventionner les avantages accordés aux membres pauvres, il ne serait attractif que pour les gens pauvres.

Deuxièmement, de nombreux ménages n'ont pas la possibilité d'adhérer à un système de micro-assurance, car un tel système fonctionne dans leur voisinage. Les systèmes de micro-assurance contribuent d'une certaine manière à l'égalité et à la justice sociale : ils donnent aux gens ayant des revenus faibles et fluctuants, qui ne peuvent souvent pas accéder à d'autres types d'instruments de protection sociale, la possibilité d'atténuer leurs risques. Cependant, aujourd'hui, les systèmes de micro-assurance ne couvrent qu'une partie limitée de la population dans leurs pays respectifs. En effet, de nombreux experts estiment que la micro-assurance n'atteindra jamais la majorité de la population, même dans la plus optimiste des hypothèses (Roth et al., 2007).

Les gouvernements et les donateurs peuvent soutenir l'expansion de la micro-assurance en prodiguant des conseils et en promouvant la création de conditions

de base saines. Cependant, l'équité de fournir des aides financières à ces systèmes doit être examinée attentivement, car elles favoriseraient les clients des systèmes au détriment des ménages qui n'ont même pas la chance d'y accéder. Les subventions sont problématiques parce que les clients de la micro-assurance ne proviennent souvent pas des groupes aux plus faibles revenus – par exemple, parce que les gens les plus pauvres ne peuvent même pas se permettre les primes payables au titre des systèmes de micro-assurance. Toutefois, les budgets publics des pays en voie de développement sont normalement financés principalement par les impôts indirects, qui sont supportés par tous les segments de la population, y compris les gens les plus pauvres. En conséquence, la subvention de la micro-assurance amène les gens très pauvres à cofinancer les prestations de ménages qui sont moins pauvres qu'eux. Le remplacement des impôts indirects par des impôts directs permettrait d'améliorer la situation, mais de nombreux pays sont confrontés à des difficultés administratives dans la collecte des impôts directs.

Les choses sont différentes si une grande majorité de la population, y compris les gens les plus pauvres, a un accès physique à un système de micro-assurance et si les primes des gens les plus pauvres sont subventionnées. Dans ce cas, les subventions peuvent être un instrument de redistribution progressive et éliminent le problème de l'équité.

Troisièmement, la micro-assurance est plus appropriée à certains risques qu'à d'autres. L'expérience montre que les problèmes ont tendance à être moindre dans l'assurance Vie et l'assurance Invalidité. L'assurance contre les événements climatiques extrêmes est actuellement offerte dans un certain nombre de pays, bien que ce soit beaucoup plus difficile à concevoir et à gérer *(voir chapitre 4)*. Offrir une micro-pension est également difficile car elle exige un degré élevé de confiance des clients en les prestataires, d'autant plus que les prestations sont payables des décennies après que les premières primes ont été payées, sans parler de la difficulté pour le prestataire à gérer les investissements pour obtenir des rendements sur le long terme qui rendent possibles le paiement des futures retraites. Jusqu'à présent, ce qui a été vendu en Inde sous le label de « micro-pension » diffère peu d'un simple produit d'épargne, qui ne contient pas de mise en commun des risques. Les cotisations sont définies alors que les bénéfices dépendent de l'intérêt obtenu par l'assureur dans l'investissement des fonds des membres sur les marchés de capitaux. En outre, les avantages sont soit forfaitaires soit sous forme de rentes qui sont versées uniquement jusqu'à épuisement des fonds accumulés (bien que les droits puissent être hérités quand un client décède avant le versement complet de ses fonds). En conséquence, les clients portent la totalité du risque d'instabilité des taux d'intérêt et la longévité des membres (Shankar et Asher, 2009).

Comme l'illustre le chapitre 5, la micro-assurance Santé pose aussi de graves problèmes. La micro-assurance Santé rembourse en général les frais des traitements médicaux aux assurés, indépendamment de leurs revenus ou de leurs actifs. Cela signifie que pour un produit global d'indemnisations donné l'assureur s'attend à dépenser en moyenne le même montant pour les avantages offerts à tous les souscripteurs. Par conséquent, il ne peut pas vendre le produit global à des clients ayant de faibles revenus à un prix inférieur à celui des clients ayant des revenus élevés. Au mieux, il peut offrir à ses clients un produit global allégé qui ne couvre pas certaines maladies, qui exclut les traitements médicaux très coûteux ou qui est limité à un certain montant annuel maximum. L'assurance est plus efficace quand elle couvre des dépenses très élevées : en général, de nombreux assurés peuvent supporter les petites dépenses grâce à leurs propres économies. Néanmoins, pour les clients ayant de faibles revenus, un paquet global à avantages limités qui rembourse au moins une partie des coûts de soins de santé (par exemple seulement des services d'hospitalisation) peut toujours apporter une aide en l'absence de systèmes d'assurance Santé sociale.

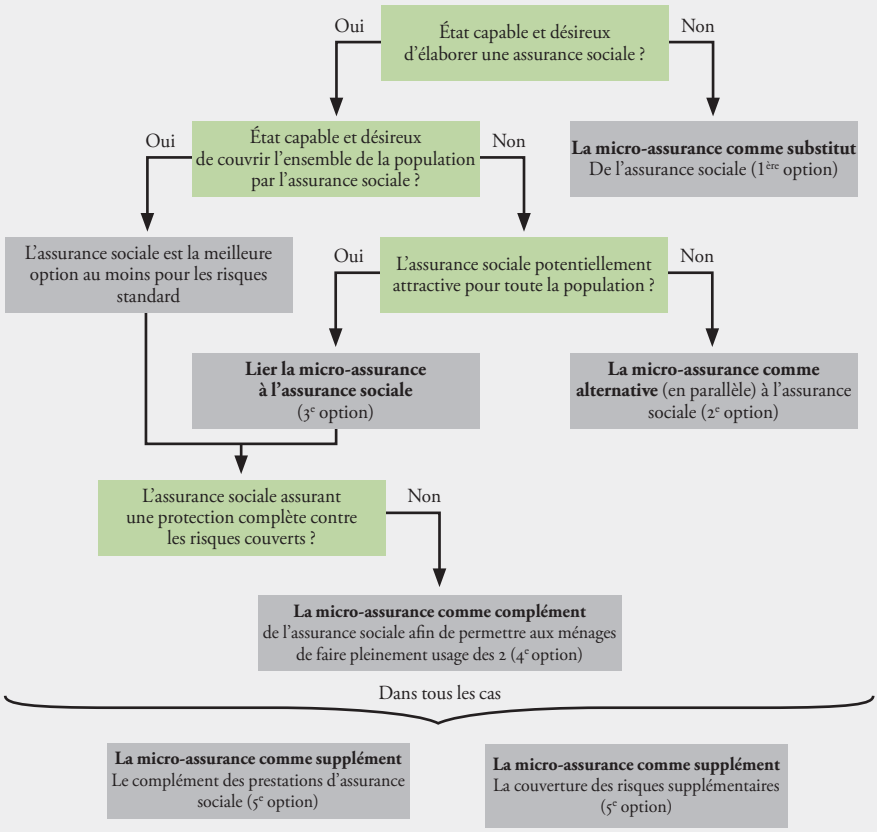
Ces considérations montrent combien il est important d'analyser les effets possibles de la micro-assurance en utilisant une approche systémique de la protection sociale. Seule une analyse holistique peut appréhender, par exemple, l'interaction entre le financement de la santé et la prestation de soins de santé. La micro-assurance Santé n'a pas de sens si les services de soins de santé ne sont pas fournis dans la région concernée ou si les services fournis sont de très mauvaise qualité. Une attention particulière doit également être accordée aux arrangements contractuels et aux mécanismes de paiement convenus entre les micro-assureurs et les prestataires de soins de santé *(voir chapitre 6).* Une analyse holistique est nécessaire pour atteindre les 3 objectifs publics d'équité, d'accessibilité financière et d'accès aux services de santé (qualité).

En outre, dans des circonstances normales la micro-assurance ne constitue qu'une option de second choix par rapport à l'assurance sociale. L'adhésion à cette dernière peut être encadrée par la loi, rendant possible la redistribution entre les assurés. Le même produit global d'assurance Santé peut alors, par exemple, être vendu aux membres pauvres et aux membres riches, les paiements aux membres pauvres étant partiellement financés par les contributions des gens les plus riches. En outre, les systèmes d'assurance sociale donnent à leurs membres une plus grande sécurité juridique, car ils sont soutenus par l'État, qui doit finalement prendre la responsabilité de toutes les dettes.

Malgré ces limites, la micro-assurance peut être une approche utile de la protection sociale dans certains contextes très différents, comme le montre la figure 2.3.

Figure 2.3

Les rôles possibles de la micro-assurance en tant qu'instrument de protection sociale



Premièrement, comme un substitut de l'assurance sociale : la micro-assurance peut être une option dans le cas où l'État est incapable ou refuse de mettre en place des systèmes d'assurance sociale ou ne veut pas les étendre à ceux qui travaillent dans l'économie informelle. Dans de telles circonstances, la micro-assurance peut combler au moins une partie de l'écart croissant qui résulte d'un manque d'action gouvernementale. Les systèmes d'assurance mutuelle dans les zones rurales reculées des pays de l'Afrique de l'ouest et du centre sont des exemples typiques d'une telle stratégie.

Deuxièmement, comme une solution autre que l'assurance sociale : la micro-assurance peut également jouer un rôle crucial là où des systèmes d'assurance sociale existent, mais qui ne sont pas (et sont peu susceptibles de devenir) attractifs pour tous les employés du secteur informel. Cela peut être dû au fait que les risques couverts ne constituent une menace majeure que pour les travailleurs du secteur formel urbain, alors que les agriculteurs et les travailleurs de

l'économie informelle sont vulnérables à d'autres types de risques. De même, les taux de cotisation peuvent être trop élevés ou les procédures de paiement peuvent ne pas être appropriées aux personnes ayant un revenu irrégulier. En outre, la population peut se méfier des systèmes administrés et organisés par des institutions publiques.

Dans ces cas-là, la micro-assurance peut être élaborée en parallèle comme une alternative à l'assurance sociale, de sorte que les ménages peuvent opter pour le type d'instrument de protection sociale qui convient le mieux à leurs besoins et à leurs préférences spécifiques, c'est-à-dire l'assurance sociale, la micro-assurance ou l'assurance commerciale traditionnelle. Par exemple, au Viêt Nam, quelques coopératives offrent de la micro-assurance Santé en dépit du fait que tout citoyen non couvert juridiquement par un système d'assurance sociale de santé standard du pays peuvent s'inscrire volontairement avec un taux de cotisation modéré à un système d'assurance sociale de santé distinct, qui est également géré par la société d'assurance sociale officielle afin de répondre aux besoins des personnes en dehors de l'économie formelle (Banque Mondiale et al., 2007). De même, le Ghana permet des systèmes d'assurance Santé mutualistes indépendants de coexister avec les systèmes d'assurance Santé de district affiliés à la Caisse nationale d'assurance Maladie *(voir encadré 2.1).*

Troisièmement, elle peut être lié à l'assurance sociale : la micro-assurance peut apporter une aide même là où l'assurance sociale est potentiellement intéressante pour l'ensemble de la population. Certains pays ont des difficultés à intégrer les employés du secteur informel dans leurs systèmes d'assurance sociale, même si – et c'est en contraste avec le deuxième scénario décrit ci-dessus – leur inscription à ces systèmes profitait à la grande majorité des ménages dans le pays. Le problème peut être que l'administration de l'assurance sociale n'est pas en mesure d'atteindre les zones rurales, de desservir les quartiers urbains ou de convaincre les ménages à faible revenu du bien-fondé de l'inscription. Les travailleurs de l'économie informelle peuvent aussi être réticents à s'inscrire parce qu'ils ne sont pas suffisamment conscients de leurs risques ou se méfient de l'État. Au Viêt Nam, par exemple, de nombreuses personnes ne s'inscrivent pas à l'assurance de santé sociale volontaire du pays à moins de souffrir de graves problèmes de santé. En Tunisie, le nombre d'employés du secteur informel contribuant au système d'assurance sociale a augmenté seulement après que le gouvernement a ajouté les allocations familiales au produit global des prestations du système d'assurance sociale. Auparavant, celles-ci faisaient seulement partie du produit global de prestations pour les employés du secteur formel et s'étaient avérées être très populaires chez les travailleurs du secteur informel (voir Loewe, 2009).

Dans de tels cas, les sociétés d'assurance sociale peuvent envisager de coopérer avec les prestataires de la micro-assurance, qui agissent en tant que leurs agents locaux. La tâche de ces agents est de convaincre les ménages des avantages de l'ins-

cription à des programmes d'assurance sociale, de favoriser la confiance en ces systèmes, à inscrire de nouveaux membres, à collecter leurs contributions et leur payer les prestations. Par exemple, il y a quelques années, la Thaïlande a envisagé d'étendre la couverture de son assurance pension sociale volontaire aux employés du secteur informel de cette manière. Pour veiller à ce que les mécanismes de collecte des primes et de paiement des prestations soient adaptés au groupe cible, l'administration de l'assurance sociale a reconnu les avantages de la coopération avec les agents locaux – et pas seulement les organisations professionnelles et les syndicats, mais aussi avec les institutions de micro-assurance.

En outre, de nouveaux systèmes d'assurance sociale peuvent être élaborés sur la base des systèmes de micro-assurance existants, comme dans le cas du système d'assurance Maladie national du Ghana *(voir encadré 2.1).* L'entité public d'assurance sociale peut servir d'organisme-cadre qui fournit une expertise et une réassurance aux micro-assureurs et coordonne leurs activités. En outre, l'organisation cadre peut harmoniser les conditions des prestations des systèmes affiliés afin de créer des opportunités égales pour tous les membres. L'organisation de la micro-assurance peut alors jouer le rôle d'agent qui agit en tant que représentant local des entités nationales d'assurance sociale. Enfin, les systèmes de micro-assurance peuvent être pleinement intégrés au système d'assurance sociale.

Encadré 2.1

La Loi sur l'assurance nationale de santé au Ghana

Après l'indépendance, le Ghana a élaboré un système de santé publique financé par l'impôt et offrant des services de santé essentiels gratuitement à l'ensemble de la population. Cependant, en 1985, le gouvernement a introduit des frais d'utilisation dans le système de santé dans le cadre d'un vaste programme d'ajustement structurel. L'équité dans l'accès aux services essentiels s'est rapidement détériorée. En conséquence, plus de 150 systèmes d'assurance Santé mutualistes ont été créés entre 1990 et 2003, offrant la plupart du temps une protection contre les coûts de soins de santé catastrophiques pour un traitement médical en milieu hospitalier pour les maladies les plus graves.

En 2003, le gouvernement a annoncé la Loi sur l'assurance santé nationale, rendant obligatoire pour tous les citoyens de s'inscrire à 1) un système d'assurance Santé mutualiste de district ou à 2) un système privé d'assurance commerciale ou à 3) un système d'assurance Santé privé. Les organisations de santé mutualistes existantes devaient choisir soit de rester indépendantes ou de devenir un système de quartier affilié au Fonds national d'assurance Santé (NHIF) nouvellement créé, qui agit en tant que réassureur et contrôleur des systèmes de district. Dans ce dernier cas, les assureurs de santé mutualistes doivent offrir un produit global de services assez complet, y compris le remboursement d'au moins 95 % des coûts de la plu

part des services en hospitalisation et consultations externes et un certain nombre de médicaments (c'est-à-dire à l'exception de médicaments antirétroviraux, de la procréation assistée, et du traitement du cancer). Leurs sources de financement comprennent les cotisations des membres (une retenue sur salaire de 2,5 % pour les employés du secteur formel et une prime forfaitaire d'environ 6 € (8,50US$) par an pour les travailleurs du secteur informel), les dons, les subventions de donateurs et une importante subvention du gouvernement financée par une taxe spéciale de 2,5 % sur la vente de biens sélectionnés. Dans les districts sans aucun système d'assurance Santé mutualiste coopérant avec le NHIF, le gouvernement lui-même a mis en place un système d'assurance Santé mutualiste.

Le Ghana est ainsi un exemple de systèmes de micro-assurance opérant à la fois en tant qu'alternative au système public d'assurance sociale auquel il est lié pour l'avantage mutuel.

En 2008, les systèmes d'assurance Santé de district affiliés au NHIF couvraient 42 % de la population urbaine et 36 % de la population rurale. Les ménages pauvres en particulier se sont abstenus de s'inscrire au système parce que les taux de cotisation semblaient trop onéreux. Pour cette même raison, seuls 20 systèmes d'assurance Santé mutualistes environ, autrefois indépendants, s'étaient liés au NHIF en 2007. La plupart des autres ont continué à offrir des produits globaux de prestations beaucoup plus petits à des taux de cotisation beaucoup plus faibles. Il convient de noter, toutefois, que ces systèmes indépendants couvraient une partie encore plus faible de la population : 1,3 % dans les zones urbaines et 0,9 % dans les zones rurales.

Néanmoins, la solvabilité à long terme du NHIF est à risque. Les trois quarts de ses dépenses sont couverts par le gouvernement, alors que seulement un quart est couvert par les cotisations des membres. Une raison à cela est que seulement 38 % de tous les membres paient réellement leurs primes. Les enfants et les ménages très pauvres sont couverts sans frais. En outre, les frais d'administration des systèmes d'assurance Santé mutualistes affiliés sont en hausse, en partie en raison du fait que la volonté de leurs membres à gérer leurs systèmes gratuitement a disparu une fois qu'ils ont dû utiliser des produits globaux de prestations uniformes et des conditions imposées par l'État.

Sources : Adapté de Gehrke, 2009 ; Lethourmy, 2010 ; Brugiavini et Pace, 2010.

Quatrièmement, comme complément à l'assurance sociale : la micro-assurance peut être cruciale même là où les systèmes d'assurance sociale couvrent les risques les plus graves rencontrés par les ménages. Cela est particulièrement vrai lorsque l'assurance sociale ne couvre qu'une partie des coûts encourus en raison des chocs négatifs associés à ces risques. L'organisation de la sécurité sociale du Viêt Nam, par exemple, gère un système d'assurance de santé sociale

volontaire attractif pour les travailleurs de l'économie informelle. Cela dit, le système ne rembourse que les coûts de traitement de santé et non pas les frais de transport engagés pour une visite à l'hôpital. Ainsi, le produit global proposé est presque sans valeur pour les ménages pauvres des zones rurales reculées en raison des coûts de transport élevés. Le ministère vietnamien du Travail, des assurances et des affaires sociales (MOLISA) a donc décidé de soutenir – en coopération avec la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) – les communautés rurales pauvres dans la mise en place des fonds de risque sociaux qui fournissent, entre autres, l'indemnisation des leurs membres pour les frais de transport de santé *(voir encadré 2.2).* Ces fonds et le système national d'assurance Santé sont donc « complémentaires » au sens très étroit de ce mot, car chacun d'eux serait inefficace pour de nombreux ménages ruraux dans les régions rurales au Viêt Nam sans la présence de l'autre.

De la même façon, les prestataires de la micro-assurance pourraient couvrir le coût des médicaments essentiels. Les systèmes d'assurance Santé sociale de nombreux pays en voie de développement paient pour tous les types de soins médicaux, mais souvent pas pour la médication, qui est particulièrement onéreuse. Cependant, sans médicaments, de nombreux traitements médicaux sont inutiles. Donc, là encore, la micro-assurance peut s'avérer un complément efficace à d'autres systèmes d'assurance Santé.

Encadré 2.2

Les fonds de risque sociaux du Viêt Nam

Dans le cadre du programme de réduction de la pauvreté, la GIZ soutient le MOLISA dans le développement et le pilotage des fonds de risque sociaux (SRF) dans 4 communes du Viêt Nam. Leur but est de fournir des secours lorsque certains événements ont un impact négatif sur les ménages dans les communautés concernées et donc de réduire la vulnérabilité des pauvres.

Les SRF sont un autre exemple, loin d'être parfait, de la micro-assurance, car ils ont été fortement subventionnés et sont donc un type de programme de transferts sociaux plutôt qu'un système de micro-assurance. Cependant, ils sont destinés à réduire la dépendance des subventions et illustrent comment l'assurance sociale et d'autres systèmes de protection sociale (ceux qui sont financés à la fois par les subventions et par les cotisations des membres) peuvent fonctionner comme de véritables compléments.

Les SRF offrent des prestations en cas de décès si l'un des 2 principaux soutiens d'une famille décède, et le remboursement des frais de transport d'un patient à l'hôpital et l'hébergement et la nourriture pour une personne accompagnatrice.

Cette liste de prestations repose sur les préférences du groupe cible. Sa composition ne peut être comprise que dans le contexte de l'agence d'assurance sociale

publique du Viêt Nam qui offre un produit d'assurance Santé relativement bon marché, qui couvre la plupart des traitements médicaux, mais pas les frais de déplacement. Le produit est donc attractif pour les personnes vivant dans les villes, mais moins pour les habitants de régions éloignées qui doivent parcourir une grande distance pour utiliser le produit global d'assurance Santé offert par l'État. L'acheter n'a de sens que dans les zones rurales en combinaison avec la couverture de SFR.

Les SFR sont financés par les cotisations des membres, les subventions gouvernementales et le soutien financier apporté par la GIZ. Actuellement, environ 70 à 80 % du coût total de gestion des SRF sont couverts par les cotisations des membres. Cela pourrait être la raison pour laquelle le MOLISA et la GIZ évitent à juste titre d'utiliser le terme « assurance » pour ces fonds. Toutefois, les taux de cotisation ont déjà augmenté de façon significative au cours des dernières années et devraient couvrir la quasi-totalité des dépenses dans un avenir proche.

Source : Adapté de la GTZ, 2009.

Cinquièmement, comme complément à l'assurance sociale : dans tous les cas, le rôle de la micro-assurance peut également être de compléter les avantages accordés par les systèmes d'assurance sociale. Cette option peut sembler similaire à l'option précédente (de la micro-assurance comme complément). La différence est que dans le premier cas, la présence d'à la fois la micro-assurance et l'assurance sociale est essentielle pour que chacune d'elles ait un impact positif significatif sur les membres. Tandis qu'ici, la micro-assurance et l'assurance sociale couvrent simplement des risques différents ou des effets différents d'un même risque, la micro-assurance peut, par exemple, accorder une pension complémentaire aux retraités. Ou la micro-assurance peut couvrir des maladies spécifiques telles que le cancer ou le VIH/sida si elles sont exclues de la couverture offerte par les systèmes d'assurance sociale et les systèmes commerciaux. Toutefois, leur traitement est souvent exclu au motif qu'il est excessivement cher, et donc la couverture pourrait être trop chère pour la micro-assurance. Par exemple, un système de micro-assurance en Jordanie, couvrant exclusivement le traitement du cancer, n'a jusqu'ici attiré que les ménages ayant des revenus moyens à élevés, car les personnes à faible revenu considèrent que les primes sont trop chères (Loewe, 2001).

De la même manière, la micro-assurance peut offrir une protection contre les risques qui ne sont pas actuellement couverts par l'assurance sociale, à savoir la sécheresse, les maladies animales, les tremblements de terre, les inondations, les typhons et les ravageurs des cultures. Ces risques ne sont pas parmi ceux que les agences internationales, dont l'OIT, identifient comme risques essentiels du ménage pour lesquels les gouvernements devraient fournir une protection sociale

pour leurs citoyens. En conséquence, ils sont souvent négligés dans les stratégies de politique sociale, en dépit du fait qu'ils peuvent constituer pour un grand nombre de gens une menace plus grave que beaucoup de ceux qui sont énumérés dans la Sécurité Sociale de l'OIT (Standards minimum), 1952 (n°102). Une des raisons est qu'il est possible de gérer les risques tels que la vieillesse, l'incapacité de travail ou une maladie grâce à la mutualisation financière, même dans les communautés rurales, alors que les risques liés aux conditions météorologiques sont covariants, c'est-à-dire qu'ils affectent toutes les personnes dans une région donnée au même moment. En outre, il est périlleux pour un assureur d'offrir une compensation à une mauvaise récolte due à des phénomènes météorologiques (par exemple la sécheresse, une vague de froid ou une inondation), car le risque de l'aléa moral serait énorme : une fois que les agriculteurs ont signé un contrat d'assurance Récoltes, ils sont moins incités à veiller à ce que leur récolte reste bonne même si un événement météorologique extrême se produit. En outre, ils peuvent exagérer l'ampleur de la mauvaise récolte, et il serait difficile pour les assureurs de détecter de telles fausses déclarations (Loewe, 2009b).

Pour cette raison, de nombreux systèmes d'assurance contre les intempéries récemment créés reposent sur un indice *(voir chapitres 4 et 11).* Ils couvrent seulement un ou 2 risques qui peuvent entraîner une mauvaise récolte, et l'indemnisation des assurés dépend d'un déclencheur objectif qui est facile à suivre. Beaucoup sont ainsi des systèmes d'assurance contre un excès et un déficit d'intempéries plutôt qu'une compensation directe de la perte réelle d'un agriculteur en termes de mauvaises récoltes ou de perte de biens. Par exemple, en vertu de l'assurance contre un déficit d'intempéries offerte par le système Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation (HARITA) en Éthiopie *(voir encadré 4.3),* les prestations sont accordées à tous les souscripteurs d'une région si en une seule année les précipitations ne dépassent pas 50 ou 70 % de sa moyenne annuelle à long terme. Il est certain que les indicateurs utilisés par les systèmes d'assurance sont des indicateurs imparfaits pour les pertes subies par les agriculteurs. Certains peuvent subir des pertes de récolte importantes même lorsque les précipitations sont supérieures à 30 % des niveaux moyens, tandis que d'autres peuvent avoir des récoltes acceptables même après les sécheresses. L'identification d'un indicateur qui est facile à suivre et toujours un bon indicateur de la mauvaise récolte est donc cruciale pour l'attractivité et le succès des systèmes d'assurance contre les intempéries (Gehrke, 2011).

2.4 Conclusion : nécessité d'une approche systématique

Ce chapitre montre combien il est important de voir la micro-assurance dans un cadre de protection sociale plus large. La micro-assurance a pour objectif ultime la protection sociale, à savoir la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité par l'apport d'un soutien aux ménages à faible revenu dans leurs efforts pour gérer les risques. Cependant, c'est juste une parmi plusieurs options pour atteindre cet objectif, et pas nécessairement la plus efficace. Par conséquent, le potentiel de la micro-assurance doit toujours être évalué par rapport à d'autres instruments de protection sociale : L'objectif de réduire la vulnérabilité des ménages contre les risques peut-il être mieux atteint par d'autres instruments de protection sociale ? L'élaboration d'un système de micro-assurance amoindrit-elle l'attractivité et la viabilité financière d'autres systèmes de protection sociale existants ? En outre, les systèmes de micro-assurance ne doivent pas être évalués uniquement sur la base de critères techniques tels que la durabilité financière et les taux de rendement, mais aussi en fonction de leur impact sur les groupes pauvres et vulnérables de la société.

La promotion de la micro-assurance doit aussi faire partie d'une approche systémique orientée vers le but ultime de protéger le plus grand nombre possible de foyers d'un pays contre le plus grand nombre de leurs risques. Du point de vue de la protection sociale, il est essentiel de garder à l'esprit que les avantages de la micro-assurance sont souvent plus efficaces lorsqu'ils sont combinés avec d'autres instruments de protection sociale complémentaires comme l'assurance sociale ou les transferts d'espèces sociaux, et lorsqu'elle est intégrée à un cadre de protection sociale plus large. Ces liens créent des synergies qui maximisent le potentiel de la micro-assurance comme outil de gestion des risques, en particulier pour les groupes de population les plus vulnérables. Différents segments de population seraient en mesure de choisir entre plusieurs instruments de protection sociale et de choisir celui qui convient le mieux à leurs besoins et préférences spécifiques. La principale question qui se pose dans chaque contexte national est, par conséquent, le rôle que devrait jouer la micro-assurance parmi la pléthore d'instruments de protection sociale disponibles.

3 Quel est l'impact de la micro-assurance ?

Ralf Radermacher, Heidi McGowan et Stefan Dercon

Les auteurs tiennent à remercier les commentaires utiles de Aparna Dalal (OIT) et Dirk Reinhard (Fondation Munich Re) sur la version précédente de ce chapitre.

L'assurance n'est pas une fin en soi. Les ménages achètent de la micro-assurance (et les donateurs soutiennent son développement) parce qu'ils veulent mieux gérer les risques. Est-ce que la micro-assurance améliore la gestion des risques et réduit la vulnérabilité des ménages à faible revenu ? Est-ce que la micro-assurance améliore le bien-être des clients, de leurs familles et des communautés ?

Basé sur un examen systématique de la littérature, ce chapitre dresse le bilan de ce que nous savons à ce jour sur l'impact de la micro-assurance sur les ménages à faible revenu et leurs moyens de subsistance. Après avoir défini l'impact et examiné son importance, il décrit les défis liés aux évaluations précises de l'impact et résume la littérature actuellement disponible sur l'impact de la micro-assurance. En utilisant la théorie de l'assurance, il explique l'impact attendu de la micro-assurance et le compare aux témoignages de la littérature. Le chapitre se termine avec les tendances observées jusqu'ici et décrit les lacunes qui subsistent sur nos connaissances dans l'espoir de catalyser les travaux dans ce domaine.

La plupart des évaluations rigoureuses de l'impact se focalisent sur l'assurance Santé en Afrique et en Asie. Le constat est mitigé. Il y a des constatations solides prouvant que la micro-assurance Maladie réduit les dépenses de santé de sa poche et augmente l'utilisation des services de soins de santé. Ce que l'on sait des autres impacts et effets d'autres produits est limité. Compte tenu de la complexité de l'assurance Santé, les idées présentées ci-dessous doivent être considérées comme une contribution à notre compréhension des avantages de la micro-assurance, plutôt que comme une évaluation pour savoir si l'assurance Santé peut révolutionner la protection contre les chocs de santé dans les pays en voie de développement.

3.1 Quel est l'impact ?

L'impact englobe les modifications que la micro-assurance apportent aux circonstances économiques ou sociales des personnes assurées ou de leurs ménages, des entreprises ou des collectivités. Il peut être positif ou négatif, affecter les populations assurées et non assurées, apparaître avant, ex-ante, ou après, ex-post, la survenance des événements assurés, et avoir des implications de micro-, méso- et macro-niveau, souvent de manière liée. Par exemple, la couverture Mortalité du bétail

peut apporter des gains qui lissent la consommation des ménages ex-post après que les animaux tombent malades ou meurent, mais peut aussi encourager préventivement les ménages à réaffecter de l'argent qu'ils ont peut-être économisé pour de telles urgences à d'autres fins plus rentables ex-ante, avant la survenance de problèmes. De même, la micro-assurance Santé peut améliorer la santé des assurés en améliorant l'accès aux soins, ce qui peut en outre réduire le fardeau des maladies locales et ainsi améliorer également la santé des personnes non assurées à proximité. Comme l'impact est multiple et se manifeste de différentes façons, nous devons être conscients des innombrables effets potentiels de chaque intervention et leurs interrelations.

3.1.1 Pourquoi l'impact (et l'évaluation de l'impact) est-elle importante ?

L'impact définit la valeur de la micro-assurance pour les clients et, par extension, ce qu'elle vaut pour les micro-assureurs. En l'absence d'impact (ou de degré d'impact que les clients attendent compte tenu des primes qu'ils paient), les gens n'achèteront et ne renouvelleront pas les polices et le marché ira à l'échec. L'impact est donc crucial pour atteindre la rentabilité, ainsi que les objectifs importants de lutte contre la pauvreté pour les prestataires de la micro-assurance commerciale axée sur le développement.

L'analyse de l'impact devrait également être discutée dans le cadre plus large de la valeur client présentée au chapitre 15, la création d'un cycle itératif dans lequel l'analyse de l'impact des produits va naturellement influer en retour la conception de produits et de processus. Un processus d'évaluation d'impact est conçu pour permettre de développer, d'affiner et d'améliorer au fil du temps les produits de micro-assurance. À cet égard, les évaluations d'impact complètent d'autres études, souvent moins rigoureuses, de recherche de marché et de satisfaction des clients qui fournissent des informations en vue du développement de produits de micro-assurance. Alors que ces dernières études se concentrent sur l'amélioration de l'impact, les évaluations d'impact tentent d'apporter la preuve de l'impact de la micro-assurance.

Différentes parties prenantes évaluent l'impact pour diverses raisons. Les donateurs le font pour évaluer le succès des projets financés et déterminer quelles sont les interventions potentielles qu'il faut soutenir. En revanche, les gouvernements évaluent l'impact pour aider à définir la politique nationale et des règlements spécifiques. Les investisseurs veulent s'assurer que leurs investissements dans la micro-assurance sont bien placés pour capter le marché en offrant de la valeur aux clients. Enfin, les micro-assureurs procèdent à des évaluations d'impact pour évaluer et améliorer l'efficacité de leurs produits. Dans l'ensemble, l'impact et l'évaluation sont essentiels à la réussite du développement de la micro-assurance.

3.1.2 Comment l'impact est-il évalué ?

Le défi de l'évaluation d'impact est d'établir correctement un lien de cause à effet pour l'intervention en question (en l'occurrence l'assurance). Par exemple, si une personne a acheté un produit de santé et utilisé par la suite davantage de soins médicaux, la couverture d'assurance en serait-elle responsable ? Que faire si le prix des consultations des cliniques diminuait simultanément, ou si la souscription d'une personne coïncidait avec le début de la saison des pluies, et par extension l'incidence accrue de maladies telles que le paludisme ? Compte tenu de ces possibilités, la meilleure façon de déterminer l'impact consiste à étudier la même personne 2 fois – une fois avec une assurance et une fois sans – au cours de la même période. Cependant, puisque c'est impossible, les chercheurs utilisent différentes techniques pour sélectionner des groupes de comparaison chez les personnes non assurées pour déterminer ce qui se serait passé en l'absence d'assurance.

Cependant, le choix des groupes de comparaison est également difficile car une simple comparaison des résultats chez les personnes assurées et les personnes non assurées, par exemple, ne tient pas compte des caractéristiques qui peuvent influer sur les décisions et les résultats chez les personnes en question en matière d'achat d'assurance. Si les personnes qui achètent de l'assurance sont généralement davantage malades, par exemple, elles pourraient utiliser davantage de soins médicaux indépendamment – un phénomène connu sous le nom d'auto-sélection dans l'analyse d'impact et d'anti-sélection en assurance. Les évaluations d'impact qui ne tiennent pas compte de l'auto-sélection sont sensibles au biais, ou à la sur-ou sous-estimation systématique des effets réels d'une intervention.

Les évaluations d'impact doivent donc créer des groupes de contrôle appropriés – un défi que les différents protocoles d'étude surmontent avec des succès divers. Les essais randomisés contrôlés (ERC), par exemple, sont considérés à cet égard comme l'approche la plus rigoureuse disponible. En affectant aléatoirement à des sujets d'étude une assurance ou non, les ERC distribuent les caractéristiques observables et non observables qui pourraient influer sur les résultats de façon égale en moyenne dans le groupe de traitement des personnes assurées et le groupe témoin des personnes non assurées, pour des tailles d'échantillon suffisamment grandes.

Les ERC sont souvent compliqués, coûteux et peu pratiques à mettre en œuvre, et par conséquent des techniques moins robustes prédominent à la place. Parmi celles-ci, les approches « quasi expérimentales », qui utilisent des méthodes statistiques ou économétriques pour améliorer l'affinité entre les groupes de comparaison, sont considérées comme plus rigoureuses.

Cependant, la majorité des évaluations achevées de l'impact de la micro-assurance mettent seulement en opposition les résultats de sujets d'étude sans corriger le biais d'auto-sélection. En tant que tels – et même en utilisant une méthode

appelée analyse de régression pour tenir compte de facteurs d'atténuation tels que le revenu, la race ou le sexe – ils donnent des informations qui sont susceptibles de biais et doivent donc être considérées avec prudence.[1]

3.2 La littérature actuelle

Comme la micro-assurance est une intervention relativement récente, peu d'études d'évaluation d'impact ont été réalisées, ce qui est aggravé par le manque d'indicateurs standard et de protocoles de recherche pour l'évaluation des programmes.[2] Bon nombre des études existantes ont également rencontré des problèmes méthodologiques qui rendent difficile le fait de savoir si les effets rapportés ont été causés par les politiques considérées. Ces approches comprennent les évaluations qui comparent simplement les niveaux de variables d'intérêt, telles que le risque d'encourir des dépenses catastrophiques dans tous les groupes d'individus ou de ménages assurés et non assurés, ce qui est extrêmement exposé aux biais décrits ci-dessus. Alors que certaines études tiennent compte de facteurs influents extérieurs tels que les niveaux d'éducation, les revenus des ménages et la proximité d'établissements médicaux en utilisant l'analyse de régression, ce n'est souvent pas suffisant pour établir l'ampleur (ou même la direction) des effets en question.

Les études présentées ici ont été choisies parce qu'elles étaient des études d'impact suffisamment rigoureuses des programmes de micro-assurance. Pour être considérées comme suffisamment rigoureuses, seules les études utilisant un minimum d'analyse de régression ont été prises en compte.[3] La micro-assurance est définie comme la protection contractuelle de personnes à faible revenu dans les pays en voie de développement contre des risques prédéfinis spécifiques et en échange de primes (Churchill, 2006) – une définition à 4 facettes qui mérite d'être développée. Premièrement, les personnes à faible revenu sont classées comme celles qui gagnent soit moins de 2 $US par jour soit la moitié de la moyenne du revenu annuel par habitant d'un pays. Deuxièmement, les pays en voie de développement sont ceux qui sont désignés comme tels par la Banque Mondiale (2011a).

[1] Pour une discussion plus approfondie du modèle de recherche pour l'évaluation de l'impact de la micro-assurance, voir Radermacher et al. (2012).

[2] En 2006, Pamela Young et les co-auteurs ont proposé 12 indicateurs sur le moyen et long terme pour évaluer les programmes de micro-assurance Santé. Bien que certaines de ces mesures aient été incorporées dans les études ultérieures, le domaine de la micro-assurance manque encore généralement d'indicateurs acceptés pour l'usage commun. Le groupe de travail sur l'impact du Microinsurance Network (2011a) élabore actuellement des mesures standard pour la micro-assurance Santé, Risques agricoles, Vie, Catastrophes, Dommages aux biens et Accident ou Invalidité pour corriger ce problème.

[3] Bien que des efforts aient été faits pour localiser toutes les études de qualification, la sélection analysée dans ce chapitre n'est pas nécessairement exhaustive. Les auteurs auraient préféré n'inclure que des évaluations expérimentales ou quasi-expérimentales, mais elles étaient rares au moment de la publication.

Troisièmement, les risques admissibles comprennent la couverture d'assurance Santé, Obsèques, Vie, Mortalité du bétail, Accidents, Invalidité, Dommages aux biens, Catastrophes naturelles et d'origine humaine, et Risques agricoles. Et quatrièmement, les primes sont payées par l'assuré pour une couverture et un terme spécifiques.

Les 21 évaluations qui ont été retenues pour l'analyse finale et qui sont abordées dans ce chapitre ont évalué environ 110 programmes, qui étaient tous, sauf 3, des programmes d'assurance Santé. Neuf études ont évalué des programmes en Afrique sub-saharienne, 3 dans le sous-continent indien, 4 en Chine, 4 en Asie du Sud-Est et un dans l'ex-Union soviétique. Toutes les études ont été publiées après 2000 et plus de la moitié soit pendant soit après 2008. Cette tendance est dû au fait que les politiques de santé sont plus faciles à évaluer, car elles couvrent des événements qui se produisent plus fréquemment que les décès des bénéficiaires. Par conséquent, il est plus rapide, et donc moins cher, de recueillir le volume de données de sinistres nécessaires pour effectuer des analyses précises des régimes d'assurance Santé.[4] D'autre part, comme cela a été décrit au chapitre 5, l'assurance Santé est également l'un des produits les plus difficiles à fournir de manière viable. Par conséquent, les résultats présentés ci-dessous doivent être considérés comme une contribution à la compréhension du secteur des prestations de la micro-assurance, plutôt que comme une évaluation pour savoir si l'assurance Santé peut révolutionner la protection contre les problèmes de santé dans les pays en voie de développement.

Bien que les auteurs aient identifié de nombreuses autres évaluations de l'offre de micro-assurance en Inde,[5] ces études ne sont pas d'un point de vue analytique suffisamment robustes pour mériter de les considérer selon les critères de sélection décrits ci-dessus. De même, 7 évaluations méthodiquement rigoureuses des politiques en Amérique latine ont été localisées,[6] mais les programmes en question étaient entièrement subventionnés et n'ont donc pas été pris en compte dans cette évaluation.

Le nombre croissant d'études utilisant la régression ou des techniques d'analyse plus sophistiquées s'accompagne d'une tendance croissante à la détermination des effets de causalité précis des interventions dans la lutte contre la pauvreté

[4] Fait intéressant, les évaluations des régimes de santé ne sont pas à l'abri des problèmes d'attribution qui affectent les évaluations d'autres types de micro-assurance. Si les mesures de l'état de santé des souscripteurs ne s'améliorent pas après qu'ils ont acheté une police de micro-assurance Santé, par exemple, le produit lui-même et la qualité de son ensemble d'avantages pourraient en être potentiellement responsables. En d'autres termes, l'augmentation de l'accès aux soins de santé ne fournit pas de dividendes si les médecins sous contrat du régime sont mal formés ou sous-équipés.

[5] Devadasan et al, 2004 ; Devadasan et al, 2007 ; Dror et al, 2009 ; Ranson 2002 ; Ranson et al, 2006.

[6] Barros, 2008 ; Fitzpatrick, Magnoni et Thornton, 2011 ; Gakidou et al, 2006 ; Galarraga et al, 2008 ; King et al, 2009 ; Thornton et al, 2010 ; Trujillo, Portillo et Vernon, 2005.

dans la communauté du développement économique. Sur les 20 évaluations actuelles et en cours des programmes de micro-assurance énumérées en ligne par une initiative d'inventaire du groupe de travail sur l'impact du Microinsurance Network, 16 utilisent des essais contrôlés randomisés, qui améliorent grandement la disponibilité de l'information crédible sur l'impact de la micro-assurance (Impact Working Group of the Microinsurance Network, 2011b).

Par conséquent, ce chapitre traite principalement de l'assurance Santé axée sur le marché en Afrique et en Asie. Le constat est mitigé. Il y a des constatations solides prouvant que la micro-assurance Santé réduit les dépenses de santé de sa poche et augmente l'utilisation des services de soins de santé. Ce que l'on sait des autres impacts et effets d'autres produits est limité. Sauf indication contraire, l'on dispose de trop peu d'informations pour tirer des conclusions sur la présence, la direction et l'ampleur des impacts considérés. Fait intéressant, comme c'est présenté dans l'encadré 3.1, un examen parallèle des programmes de protection de santé (sociale) subventionnés a donné des résultats très similaires.

Encadré 3.1

Impact des programmes d'assurance Santé sociale

Acharya et al. (2011) fait un résumé de la littérature sur l'impact des régimes d'assurance Santé subventionnés qui ont été proposés, la plupart du temps sur une base volontaire, dans le secteur informel dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

Un nombre important d'études a donné des estimations de l'effet moyen en intention de traiter sur les assurés. Dans cette étude, seuls les documents qui prennent en compte le problème de l'auto-sélection en assurance ont été sélectionnés et quelques-uns qui ont estimé l'effet moyen en intention de traiter. En général, l'adoption de programmes d'assurance est dans de nombreux cas en deçà de ce qui était attendu et la preuve de l'impact sur l'utilisation, la protection contre le risque financier et l'état de santé est concluante. Cependant, une fois adoptés, certains régimes d'assurance offrent une protection significative contre des dépenses élevées de sa poche. De nombreux régimes offrent une protection moindre pour les personnes les plus pauvres. Davantage d'informations sont nécessaires pour comprendre les raisons d'une faible inscription et pourquoi les assurés pauvres ne semblent pas avoir des dépenses de leur poche toujours inférieures aux dépenses des non-assurés. Faire un résumé de la littérature a été difficile en raison de l'absence (i) d'uniformité dans l'utilisation des définitions significatives de résultats qui indiquent des améliorations du bien-être et (ii) de clarté dans la façon dont les questions de sélection ont été prises en compte.

3.3 Impact attendu et observé de la micro-assurance

Selon la théorie de l'assurance, la micro-assurance fonctionne – comme toutes les assurances – en remplaçant « la perspective incertaine de pertes par la certitude de faire de petits paiements de primes réguliers » (Churchill, 2006). C'est parce que les personnes veulent « lisser » ou équilibrer leur consommation entre les différents « états de la nature » ou les effets possibles du monde réel tels que la santé, la maladie, les récoltes abondantes et les sécheresses. Par exemple, lorsque l'on compare l'expérience d'une année de consommation en excès et d'une année de famine, la plupart des personnes choisissent – et achètent une assurance pour garantir – 2 ans de consommation moyenne. Cela est dû au fait que la consommation en excès n'augmente pas la satisfaction (ce que les économistes appellent l'utilité) dans la même mesure que la famine l'abaisse (Gruber, 2007).

En équilibrant la consommation entre les états variables de la nature, la micro-assurance offre aux assurés 4 principales catégories de prestations possibles : la protection financière, l'accès à des services, les effets psychologiques et l'impact sur la communauté. La protection financière est double ; elle se fait à la fois ex-post lorsque la micro-assurance protège les ménages contre les implications économiques de risques actualisés et ex-ante lorsque elle permet la réaffectation des ressources à des utilisations plus efficaces et plus rentables. L'accès à des services, d'autre part, englobe la capacité des bénéficiaires à utiliser efficacement l'assurance, la qualité des prestations fournies et les changements dans les effets connexes, comme l'état de santé ou les taux de scolarisation. Les effets psychologiques comprennent les changements dans le bien-être émotionnel des souscripteurs tels que le développement du sentiment d'autonomisation et de la tranquillité d'esprit. Et enfin, l'impact sur la communauté comprend les effets de retombées qui concernent l'ensemble de la population vivant dans les zones où la micro-assurance est disponible, par exemple la création d'emplois ou l'amélioration des infrastructures de soins de santé. Au travers de ces catégories, la micro-assurance est censée affecter les personnes en introduisant de nouveaux avantages et en supplantant ou réduisant la nécessité de poursuivre des stratégies de gestion des risques traditionnelles mais théoriquement moins efficaces.

Tableau 3.1 Au verso sont résumés le cadre et les grandes lignes des principaux résultats des 21 études qui sont présentées plus en détail dans les sous-sections suivantes.

Tableau 3.1

Cadre d'évaluation de l'impact et éléments de preuve émanant des études passées en revue

Auteur(s)	*Année*	*Projet*	*Type*	*Pays*	*Protection financière*				*Accès aux services*				*Impact communautaire*
					Dépense	*Collecte de fonds*	*Lissage consommation/revenu*	*Accumulation d'actifs Allocation de ressources*	*Temps d'attente*	*Taux d'utilisation*	*État de santé*	*Type/qualité de soins*	
Aggarwal	2010	Yeshasvini	Santé	Inde	0/-	+	+		0	+		+	+/0
Cai et al.	2009	n. a.	Bétail	Chine				+					
Chankova et al.	2008	32 programmes en Afrique de l'Ouest	Santé	Ghana, Mali, Sénégal	+/0					+/0		+/0	
Diop et al.	2006	32 programmes en Afrique de l'Ouest	Santé	Ghana, Mali, Sénégal	+/0					+/0		+/0	+
Franco et al.	2008	4 programmes Initiative pour l'équité	Santé	Mali	+					+	+/0	+	
Gine et Yang	2007	n. a.	Indice Intempéries	Malawi				–					
Gnawali et al.	2009	Nouna Health District Scheme	Santé	Burkina Faso						+/0			
Gumber	2001	VimoSEWA	Santé	Inde	0							+	–
Jowett et al.	2004	Vietnam Health Insurance	Santé	Viêt Nam						+		+	
Jütting	2004	4 *«mutuelles»*	Santé	Sénégal	+					+			
Lei and Lin	2009	New Cooperative Medical Scheme (NCMS)	Santé	Chine	0					+	+/0	+/0	
Morsink et al.	2011	Plan PAID	Catastrophe naturelle	Philippines	+/0	+							
Msuya et al.	2004	Community Health Funds	Santé	République Unie de Tanzanie						+			
Polonsky et al.	2009	9 programmes financés par Oxfam	Santé	Arménie						+			+
Ranson	2001	VimoSEWA	Santé	Inde	+					0			
Schneider et Diop	2001	54 programmes de santé communautaires	Santé	Rwanda	+					+			
Sepehri et al.	2006	Vietnam Health Insurance	Santé	Viêt Nam	+								
Smith et Sulzbach	2008	32 programmes en Afrique de l'Ouest	Santé	Ghana, Mali, Sénégal	+/0					+/0			
Wagstaff et al.	2009	New Cooperative Medical Scheme	Santé	Chine	+/0/–					+/0			+
Wagstaff et Pradhan	2005	Vietnam Health Insurance	Santé	Viêt Nam	+		+			+/0	+/0		
Yip et. al	2009	Rural Mutual Health Care, NCMS	Santé	Chine						+/0	+		

Remarque : Les résultats relatifs à l'équité ne sont pas inclus pour les raisons évoquées dans le texte.

3.3.1 Protection financière

La protection financière se produit lorsque la micro-assurance protège les ménages à faible revenu contre l'utilisation des mécanismes d'adaptation inefficaces en réponse à des chocs et au stress. Ces mécanismes peuvent inclure l'épuisement des économies et des fournitures supplémentaires de biens comme la nourriture et le bétail, la vente de possessions précieuses et parfois génératrices de revenus, l'emprunt à des taux d'intérêt généralement élevés, l'ajustement de l'offre de travail, la modification des modèles d'achat et de consommation, l'engagement dans des pratiques d'entraide réciproque, la capitalisation sur l'appartenance à des groupes d'entraide et le retrait des enfants de l'école pour générer les ressources nécessaires pour gérer les chocs impliqués.

En tant que telle, la micro-assurance est principalement destinée à empêcher que des événements indésirables n'aggravent et n'enracinent la pauvreté des assurés. La mesure dans laquelle la micro-assurance réduit la nécessité pour les gens d'employer ces mécanismes d'adaptation est examinée ci-après, à la fois directement et mesurée par trois indicateurs de protection financière ex post couramment évalués : les dépenses en biens et services, la collecte de fonds et les changements résultant apportés aux modèles de lissage des revenus et à la consommation des personnes.

Outre la réduction des mesures réactives prises par les ménages en situation de crise, la protection financière offerte par la micro-assurance permet théoriquement aux individus de prendre de façon proactive des décisions qui améliorent leurs revenus et leur niveau de vie. Il s'agit notamment de choix liés à l'accumulation d'actifs et à l'allocation des ressources. En ce qui concerne l'accumulation d'actifs, les individus sont considérés comme plus susceptibles d'acheter des biens de production, tels que des fours ou des tracteurs, lorsque les répercussions financières de leur perte ou casse sont atténuées.

De même, la micro-assurance est censée encourager les « ménages à allouer des ressources à des fins plus rentables (qui ont été interdites auparavant en raison des risques trop grands) » (Morduch, 1995). Par exemple, en l'absence d'assurance agricole, les agriculteurs se protègent contre l'incertitude en plantant une variété de cultures qui peut survivre à des conditions météorologiques diverses. Ainsi, si en particulier le mauvais temps gâche une partie de la récolte pendant la période de croissance, les agriculteurs seront encore en mesure de vendre ou de consommer. Bien que cet arrangement ne les incite pas à faire pousser une culture unique qui court à un échec complet ou qui soit victime d'un effondrement des prix des produits de base, il empêche aussi les personnes de faire pousser davantage d'articles qui ont une grande valeur ou d'atteindre des économies d'échelle par l'achat d'intrants de culture – des circonstances que la micro-assurance est censée soulager.

Dans ce contexte, le travail est considéré comme une autre ressource allouable, avec des gens à faible revenu qui s'engagent dans plusieurs activités génératrices de revenus pour faire face à l'incertitude en l'absence d'assurance. Par conséquent, si les prix de la farine montent ou si les pluies rendent les routes impraticables, par exemple, les boulangers et les chauffeurs de taxi peuvent s'appuyer sur d'autres activités. Bien que ces dispositions soient appropriées si les risques ne sont pas atténués, elles empêchent les gens de maximiser leurs revenus et rendements et donc de présenter un autre canal par lequel la micro-assurance peut avoir un impact sur les clients.

Dépense

Les indicateurs de l'impact de la micro-assurance sur les dépenses des assurés, y compris les dépenses catastrophiques et celles non remboursées (OOP), constituent les principales mesures pour la protection financière. Outre la coassurance et les franchises payées pour obtenir des biens et services couverts, les coûts OOP englobent les frais encourus lors de l'accès à ces prestations, y compris le transport, les pots de vin, les produits et procédures connexes, tels que les médicaments et les tests de laboratoire qui ne sont pas assurés. Les coûts OOP excluent la valeur des opportunités (comme le travail rémunéré) auxquelles on renonce lors de l'accès à une couverture d'assurance parce qu'elles constituent des dépenses monétaires directes. De même, ils sont calculés après achat des polices et ne comprennent pas les primes.

Les dépenses OOP deviennent catastrophiques quand elles absorbent une quantité considérable du revenu annuel du ménage (souvent définie à 10 %).[7] Bien qu'elle soit fréquemment utilisée dans le cadre d'une hospitalisation coûteuse, cette mesure est applicable à tous les risques assurables, y compris les décès, l'invalidité, le vol et les catastrophes. Lorsque la micro-assurance absorbe les coûts de ces événements, elle réduit ou évite l'incidence et l'ampleur des dépenses résultantes et la chute subséquente des ménages dans une (plus grande) pauvreté.

Douze des études passées en revue ont examiné les effets de la micro-assurance sur les dépenses OOP : parmi ces études, 6 ont trouvé des résultats positifs sans aucune ambiguïté, 3 ont trouvé des résultats positifs mitigés et non significatifs, et 3 ont trouvé des résultats totalement non significatifs. Dans la catégorie positive, par exemple, Jütting (2004) a détecté une baisse de 45 à 51 % des dépenses OOP chez les assurés de 4 organismes sénégalais d'assurance Santé communautaires *(« mutuelles »)* en comparaison avec les non-membres. Inverse-

[7] Il y a un débat sur quels sont les paramètres qui captent plus précisément les dépenses catastrophiques : des chercheurs de l'Organisation Mondiale de la Santé, par exemple, définissent comme coûts catastrophiques ceux dépassant la « capacité à payer » des ménages de 40 %, laquelle est constituée par le revenu total des ménages moins les dépenses de subsistance (Xu et al., 2003).

ment, parmi les résultats mitigés, Chankova et al. (2008) ont constaté que, bien que le programme Nkoranza du Ghana et les *mutuelles* sénégalaises qui ont fourni une couverture d'hospitalisation aient réduit de façon significative les frais d'hospitalisation des membres, ni les *mutuelles* ni les 4 programme Initiative pour l'équité au Mali n'ont protégé les clients contre les dépenses OOP engagées pour les soins en consultations externes (les polices du Ghana et du Mali ne proposaient pas de prestations de soin en consultations externes ou en hospitalisation) – un résultat que les chercheurs ont attribué à des taux de coassurance allant de 25 à 50 % par visite. Des résultats totalement non significatifs, Wagstaff et al. (2009) ont déterminé de leur côté que le New Cooperative Medical Scheme (NCMS) (Nouveau programme médical coopératif) n'a eu aucun effet statistiquement significatif sur les dépenses OOP moyennes des ménages – un résultat confirmé par chacune des 5 stratégies d'estimation de Lei et Lin (2009) et attribué par l'équipe de Wagstaff à « une couverture faible et des taux de coassurance élevés ».

Inversement il y a peu d'éléments de preuve de l'impact de la micro-assurance sur l'incidence et l'ampleur des dépenses catastrophiques. Parmi les études examinées ici, seuls Wagstaff et al. (2009) ont constaté que, bien que le New Cooperative Medical Scheme en Chine ait réduit la survenance de dépenses catastrophiques dans son décile auquel appartiennent les souscripteurs les plus pauvres, il a augmenté l'incidence chez les membres des déciles 3 à 10, une observation qu'ils ont attribuée à des facteurs côté offre tels que les barèmes de prix qui ont motivé à offrir des soins de haute technologie plus coûteux.

La mobilisation des fonds

Les personnes à faible revenu ont levé des fonds pour payer les frais OOP à la suite d'événements indésirables de 3 manières qui ont été bien décrites : la vente d'actifs, le puisage dans l'épargne et l'emprunt (Lim et Townsend, 1998). Alors que la vente d'actifs, en particulier des actifs production, réduit le revenu et/ou la consommation future, chacune de ces techniques ralentit encore la sortie des ménages de la pauvreté et réduit leur capacité à absorber de futurs chocs non assurés et peut perpétuer ces problèmes à travers les générations si le prêt ne peut pas être remboursé facilement ou rapidement. En permettant aux assurés d'atténuer les effets des événements malheureux sans recourir à ces pratiques, la micro-assurance est censée protéger leurs actifs et l'épargne. Les programmes qui offrent des arrangements de sinistres sans numéraire (voir chapitre 6), au lieu de rembourser les assurés sont censés être plus efficaces à cet égard, car ils éliminent la nécessité de verser une somme forfaitaire avant que l'assurance ne rembourse le coût du service.

Comme 2 études seulement ont analysé l'impact de la micro-assurance sur la collecte de fonds, il est difficile de donner une réponse définitive. L'enquête de Aggarwal (2010) du programme Yeshasvini en Inde a estimé que les abonnés ont

emprunté environ 30 à 36 % de moins pour financer la chirurgie que leurs homologues non assurés. Avec l'inclusion des ventes d'actifs, les assurés à revenu plus faible de Yeshasvini sont en outre déterminés à emprunter et vendre à une réduction statistiquement significative de 61 % pour financer leur utilisation des soins de santé primaires *(voir encadré 3.2)*. De même, l'évaluation par Morsink et al. (2012) d'un programme de relogement après le typhon aux Philippines (2012) a constaté qu'il atténue la mesure dans laquelle les assurés ont poursuivi des stratégies d'adaptation qui comprenait la vente d'actifs et le puisage dans l'épargne après que les typhons aient endommagé leurs maisons.

Encadré 3.2

Impact du programme d'assurance Santé « Yeshasvini » en Inde

Aggarwal (2010) a évalué le programme Yeshasvini qui offre une micro-assurance Santé volontaire aux membres des sociétés coopératives rurales et à leurs familles dans l'Etat de Karnataka en Inde. Ses prestations incluent la chirurgie, les consultations externes gratuites et les tests de laboratoire à prix réduits en cas de maladie. Au moment de la recherche menée par Aggarwal, les 2,7 millions de membres ont payé des primes annuelles de 2,40 $US pour une couverture sans numéraire jusqu'à 4 000 $US disponibles dans un réseau de 349 hôpitaux spécialement sélectionnés. Le programme est administré par une alliance tripartite d'organisations des secteurs public, privé et coopératif et est subventionné par le gouvernement ainsi que par des donateurs privés.

La principale question d'évaluation était : Quel est l'impact du programme Yeshasvini sur les dépenses de sa poche, la mobilisation de fonds, le lissage du revenu et de la consommation, le taux d'utilisation des soins de santé et les résultats du traitement ? Aggarwal a utilisé une technique quasi-expérimentale appelée appariement des coefficients de propension, par laquelle les ménages non assurés de comparaison sont appariés individuellement à des ménages participants en fonction de leur probabilité d'inscription compte tenu de la présence de certaines caractéristiques observables particulières (comme les salaires et les années de formation). Cette approche réduit le biais en créant des groupes de traitement et de contrôle plus comparables, mais ne tient pas compte des effets de l'auto-sélection fondés sur des facteurs non observables (comme l'aversion aux risques ou l'engagement dans des activités non sûres). L'étude a utilisé un échantillon de 4109 ménages sélectionnés au hasard couvrant 21630 personnes dans 82 villages dans l'État rural de Karnataka.

Dans le cas de la chirurgie impliquant des dépenses catastrophiques, les assurés de Yeshasvini ont emprunté 30 à 36 % de moins que les patients non assurés et ont dépensé jusqu'à 74 % de sources de moins, y compris les revenus et l'épargne personnels. Outre une plus grande incidence de la chirurgie, les ménages membres ont signalé 6 à 7 % de consultations médicales de plus pa-

rallèlement à 19 % de réduction du nombre de visites effectuées dans des établissements publics. Bien que les résultats du traitement varient en fonction du statut socio-économique des membres, aucun impact appréciable sur les soins de santé maternels n'a été détecté (peut-être parce que le programme ne couvrait pas historiquement les prestations). Le plus intéressant peut-être est que l'on a déterminé une croissance du revenu annuel moyen (au cours des 3 années précédentes) qui est de façon significative plus élevé chez les ménages assurés.

Source : Adapté de Aggarwal, 2010.

Lissage des revenus et de la consommation

Les événements indésirables et la nécessité de lever des fonds pour couvrir les dépenses DLP connexes peuvent affecter les modèles de revenu et de consommation des ménages de plusieurs façons. De nombreux chocs, tels que la maladie ou le décès de soutiens de famille ou de bétails générateurs de revenus, le vol ou la dégradation des actifs de production et la destruction causée par des catastrophes, peuvent réduire les revenus tout en imposant le double défi de faire face aux dépenses générées par les événements en question et de continuer à répondre aux besoins en cours des ménages. Dans ces circonstances, les personnes à faible revenu prennent une série de mesures indésirables telles que manger moins ou manger des aliments moins nutritifs. En réduisant le fardeau financier des chocs, la micro-assurance vise à permettre aux assurés de maintenir leurs revenus et leurs conditions de vie en temps de crise. La micro-assurance peut également stabiliser, et dans certains cas, même augmenter, les revenus et par conséquent la consommation des assurés par d'autres moyens. Si la couverture améliore la santé des membres ou la productivité de l'élevage ou de l'équipement, par exemple, par un meilleur accès à la santé ou aux soins vétérinaires ou à des informations sur l'entretien optimal, les gens, les animaux ou les produits en question pourraient être aptes à produire davantage de biens et services ou des biens et services de qualité supérieure.

Deux documents viennent soutenir ces effets présumés. Aggarwal (2010) a estimé que la croissance annuelle moyenne du revenu des ménages couverts par le programme de micro-assurance Santé Yeshasvini était significativement plus élevée que celle de leurs homologues non assurés sur une période de 3 ans. Wagstaff et Pradhan (2005) ont déterminé que le Vietnam Health Insurance (VHI) a augmenté la consommation de produits non médicaux chez les ménages assurés, tels que la nourriture et l'éducation, et la « valeur d'usage » de biens de consommation durables.

Accumulation d'actifs et allocation de ressources

En ce qui concerne l'impact de la protection financière ex ante de la micro-assurance, les chercheurs ont également étudié les effets de l'intervention sur l'accumulation d'actifs et l'allocation de ressources potentielles. Alors que Cai et al. (2009) ont attribué l'augmentation de l'acquisition de truies par les assurés à un programme d'assurance Mortalité du bétail du gouvernement chinois, Gine et Yang (2007) a conclu que l'assurance indexée sur les intempéries a réduit la demande de prêts par les agriculteurs du Malawi pour acheter du maïs hybride et des semences d'arachide améliorées à rendement plus élevé *(voir encadré 3.3)* – un résultat inattendu étant donné que la micro-assurance vise à encourager les décisions de production plus risquées, mais, sans doute plus rentables.[8]

Encadré 3.3

Assurance, crédit et adoption de technologies au Malawi

Dans leur étude *Insurance, credit and technology adoption : Field experimental evidence from Malawi* (Assurance, Crédit et Adoption de technologies : une preuve expérimentale sur le terrain au Malawi), Gine et Yang (2007) ont évalué un programme, lequel a été créé spécifiquement pour l'étude et arrêté par la suite, qui liait la couverture indexée sur les intempéries à des prêts destinés à acheter du maïs et des semences d'arachide hybrides à haut rendement. La police payait une partie (ou la totalité) du principal et des intérêts du prêt, en fonction des intempéries dans chacune des 3 phases de la période de croissance (plantation, floraison et récolte). Le prix a été défini sur des taux actuariellement équitables fondés sur des informations météorologiques locales historiques et souscrits par le Insurance Association du Malawi.

La principale question d'évaluation était : Est-ce que la fourniture d'une micro-assurance contre un risque majeur de production (précipitations) encourage les agriculteurs à emprunter pour adopter des technologies de cultures plus risquées mais potentiellement plus rentables ? La moitié des sujets de l'étude a été choisie au hasard et on lui a offert un crédit pour acheter du maïs et des semences d'arachide hybrides à haut rendement. On a offert à l'autre moitié le même train de mesures concernant le crédit, mais liées à une assurance indexée sur les intempéries qui faisait partiellement ou totalement grâce du prêt en cas de mauvaises conditions d'intempéries. L'échantillon se composait de 787 agriculteurs cultivant le maïs et l'arachide dans 32 localités dans le centre du Malawi.

Étonnamment, l'adoption de prêts non assurés était de 13 points de pourcentage de plus. Les chercheurs ont proposé un certain nombre d'explications pos-

[8] Ici, il faut noter la distinction entre les emprunts sous contrainte (pour lever des fonds après la survenance de chocs) et l'emprunt de manière préventive pour faciliter l'investissement.

sibles à cette observation, y compris, chez les agriculteurs, la responsabilité limitée inhérente à des contrats de prêt indépendants, le manque de familiarisation avec la culture de graines hybrides, des perceptions de coûts par défaut différentes entre les deux trains de mesures sur le crédit et le risque de base. En violation de la théorie de l'assurance, l'achat par la micro-assurance a en outre été associé négativement à l'aversion avouée aux risques de la part des agriculteurs et positivement à leurs niveaux d'éducation, de revenu et de richesse.

Source : Adapté de Gine et Yang, 2007.

Revenu et consommation

Gine et al. (2009) font la lumière sur le résultat inattendu au Malawi conjointement avec l'examen des taux de participation à une police d'assurance indexée sur les intempéries dans l'Andhra Pradesh, en Inde. Contrairement aux prédictions théoriques, l'aversion aux risques a réduit de manière significative la demande de micro-assurance de la part des petits exploitants – un résultat que les auteurs attribuent à « l'incertitude des ménages sur le produit » couplée à des contraintes de ressources généralement rencontrées par les familles à faible revenu. Si elle est exacte, cette observation suggère que les effets de la micro-assurance en ce qui concerne l'accumulation d'actifs et l'allocation de ressources pourraient prendre plus de temps pour se concrétiser, tandis que les ménages recherchant plus de risques, ou peut-être plus riches, expérimentent tout d'abord des produits de micro-assurance et partagent des informations importantes sur ceux-ci dans toutes leurs communautés. Pour améliorer l'impact des polices dans un délai plus court, les micro-assureurs peuvent accélérer le processus d'adaptation de différentes façons. Par exemple, Gine et al. (2008) ont noté que le facteur prédictif quantitativement le plus important de l'adoption a été la familiarisation des ménages et l'expérience antérieure avec le prestataire de micro-assurance, en l'occurrence une institution de micro-finance appelée BASIX.

3.3.2 L'accès aux services

La micro-assurance est censée avoir plusieurs effets de base en termes d'accès aux services. En premier lieu il y a l'amélioration de la capacité des assurés et des bénéficiaires à obtenir rapidement et à moindre coût des prestations couvertes, ce qui augmente théoriquement les taux d'utilisation des services. Deuxièmement, en ce qui concerne la couverture Santé, les taux d'utilisation plus élevés signifient potentiellement de meilleurs résultats en matière de santé, un objectif important étant donné que les personnes en meilleure santé peuvent travailler de longues heures, disposer de salaires plus élevés, jouir d'une immunité accrue et acquérir plus facilement du capital humain grâce à l'apprentissage. Troisièmement, les

assureurs en micro-assurance Santé établissent souvent des contrats avec des prestataires de soins médicaux modernes ou encouragent sinon les assurés à les utiliser, ce qui est en outre censé renforcer les résultats en matière de santé en leur permettant de contourner les guérisseurs traditionnels, religieux et « charlatanesques ».[9] Comme les micro-assureurs négocient parfois des normes de service avec les prestataires sélectionnés à l'avance, mettent en place des défenseurs de la clientèle dans les hôpitaux, construisent de nouveaux établissements et emploient un personnel qualifié pour l'utilisation de leurs clients, ils sont de même supposés faciliter la prestation de soins de qualité supérieure. Enfin, en améliorant l'accès des populations à faible revenu à ces services, on pense également que la micro-assurance augmente l'égalité dans l'espace et entre les groupes économiques et les genres.[10]

Bien que ces effets aient été presque exclusivement recherchés dans un contexte de soins de santé, ils sont également applicables à d'autres risques assurés. Par exemple, la minimisation des temps d'attente de services vétérinaires et l'augmentation des taux d'utilisation peuvent avoir des aspects essentiels en termes de polices d'assurance Mortalité du bétail.

Taux d'utilisation

En supprimant les obstacles, en termes de coûts et autres, à l'accès aux biens et services couverts, la micro-assurance encourage et donc augmente de façon théorique l'utilisation de ces avantages par les clients. En revanche, en raison de facteurs allant de la non-disponibilité des fonds au non-fonctionnement des moyens de transport, les personnes non assurées peuvent retarder ou renoncer totalement à la recherche de solutions même si leur situation devenait critique.

L'impact de la micro-assurance sur les taux d'utilisation est évaluée assez fréquemment. Sur la base de ces éléments de preuve, il apparaît que la micro-assurance améliore les taux d'utilisation des programmes liés à la santé par les assurés. Seize études ont relaté des résultats positifs ou des résultats positifs et non-significatifs mitigés, tandis qu'une seule étude avait des résultats non-significatifs.

9 Sur les 35 polices d'assurance Maladie évaluées par le projet « Bonnes et Mauvaises Pratiques" du Groupe de travail sur la micro-assurance du CGAP, par exemple, 2 seulement – Yasiru du Sri Lanka et la Society for Social Service du Bangladesh – sont signalées comme couvrant les traitements offerts par des praticiens traditionnels (dans ce cas, les guérisseurs ayurvédiques et les accoucheuses « dai » bengalaises, respectivement : Enarsson et Wiren, 2006 ; Ahmed et al, 2005).

10 L'égalité spatiale concerne l'accessibilité aux services pour ceux qui sont situés à différentes distances des lieux de prestation de services. Les personnes vivant près d'un hôpital, par exemple, peuvent avoir un accès plus facile et donc des taux d'utilisation plus élevés que ceux qui vivent loin – un exemple classique de l'inégalité spatiale. En motivant les clients les plus éloignés avec des primes moindres, des subventions de transport et la télémédecine (entre autres), les programmes de micro-assurance peuvent corriger ces déséquilibres et promouvoir une utilisation plus cohérente dans toutes les régions géographiques.

Parmi les résultats positifs, par exemple, Msuya et al. (2004) ont déterminé que les assurés du Community Health Fund de la République Unie de Tanzanie étaient 15 % plus susceptibles de rechercher des soins formels que leurs homologues non assurés. De même, Polonsky et al. (2009) ont constaté que les membres de 9 programmes arméniens gérés par Oxfam ont rendu visite à des postes de santé avec une fréquence 3,5 fois supérieure à celle des non-membres.

Parmi les études ayant des résultats mitigés, l'évaluation, par Smith et Sulzbach (2008), des modèles d'utilisation des services de santé maternels par les membres de 27 *mutuelles* sénégalaises, 4 organismes de santé mutualistes maliens et le programme d'assurance Maladie Nkoranza du Ghana a constaté que l'adhésion a été associée à une utilisation significativement plus élevée de soins prénataux et d'accouchement au Mali. Alors que les assurés des programmes sénégalais qui offraient une couverture Accouchement étaient plus susceptibles d'avoir des naissances en établissement, les *mutuelles* n'ont pas augmenté sensiblement les taux déjà élevés de recherche de soins prénataux, pas plus que le programme ghanéen qui ne couvrait que les césariennes. Des résultats contrastés ont été obtenus par Gnawali et al. (2009) dans une évaluation du programme de santé du district de Nouna au Burkina Faso. Alors que l'augmentation globale des consultations externes pour une maladie donnée était plus élevé de 40 points de pourcentage pour les assurés, cette augmentation n'était significative que dans le quartile des assurés les plus riches. Dans ses données sur VimoSEWA en Inde Ranson (2001) n'a pas pu montrer de différence significative de probabilité des assurés hospitalisés. Fait intéressant, Diop et al. (2006) a révélé des effets collatéraux inattendus entre les membres des programmes de micro-assurance. Bien que le programme Nkoranza du Ghana ne couvre pas les soins en consultation externe, les chercheurs ont calculé que les assurés ont néanmoins augmenté leur consommation de tels services.

En dépit d'être l'un des indicateurs les plus couramment évalués, les experts se demandent si une utilisation accrue démontre sans équivoque l'impact positif de la micro-assurance. Des programmes de micro-assurance mal conçus peuvent encourager le risque moral ou l'anti-sélection, tandis que l'amélioration de l'utilisation des services par les assurés pourrait plutôt représenter la mauvaise allocation des ressources et l'éviction de l'accès aux personnes ayant des besoins plus légitimes. D'autres soutiennent que l'augmentation des taux d'utilisation par les assurés représentent, au moins initialement, la résolution de problèmes du manque d'accès à long terme pour les personnes à faibles revenus nouvellement assurées (Schneider et Diop, 2001).

Temps d'attente

Des temps d'attente réduits pour l'accès aux prestations couvertes peuvent limiter les effets des chocs pour les risques assurables. Lorsque les ménages disposent

d'une couverture d'assurance Santé, par exemple, ils peuvent renoncer au processus potentiellement long de collecte de fonds pour obtenir des soins plus rapidement en cas de maladie, ce qui limite la durée et les répercussions financières des problèmes en question. La composition des prestations est essentielle à cet égard. Par exemple, si des programmes ne couvrent que l'hospitalisation, les ménages peuvent éviter de consulter un médecin ou se tourner vers des stratégies provisoires moins coûteuses et moins efficaces comme l'automédication jusqu'à ce que leurs problèmes soient suffisamment aggravés pour justifier l'admission à l'hôpital. En fin de compte, des situations comme celles-ci résultent de problèmes de plus longue durée et plus coûteux et donc de résolution inefficace.

Un nombre limité d'études se sont pencheés sur cette question. Par exemple, l'analyse par Aggarwal (2010) du programme Yeshasvini a constaté que « le temps d'attente avant le premier rendez-vous avec un médecin ne semble pas avoir été affecté par l'assurance ».

État de santé

La micro-assurance Santé promet d'améliorer l'état de santé des assurés. Comme l'état de santé est relativement difficile et coûteux à mesurer objectivement, on utilise souvent des indicateurs indirects (Thomas et Frankenberg, 2002). Une seule étude a évalué l'effet de la micro-assurance sur les indicateurs directs de la santé. Wagstaff et Pradhan (2005) ont utilisé des mesures anthropométriques de l'étude sur le niveau de vie national et ont déterminé que le Vietnam Health Insurance a eu un effet significatif sur la taille et le poids des jeunes enfants et l'indice de masse corporelle des adultes.

Plusieurs autres documents ont utilisé des mesures de substitution pour l'état de santé, y compris les auto-évaluations des sujets d'étude et l'engagement pour un comportement favorisant la santé. Par exemple, Lei et Lin (2009) ont estimé que les personnes inscrites au New Cooperative Medical Scheme (SNGC) en Chine étaient de façon significative moins susceptibles, de 2,8 pour cent, de déclarer se sentir malade. Au Mali, Franco et al. (2008) ont également déterminé que, tandis que l'inscription à quatre polices de l'Initiative pour l'équité ne semble pas avoir d'influence sur l'utilisation des vaccinations ou des compléments de vitamine A pour les enfants, elle était un indice important de l'utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes.

Type et qualité des soins

D'autres mesures de l'état de santé couramment utilisées, mais aussi indirectes, comprennent l'impact de la micro-assurance sur le type et la qualité des soins reçus. Comme la médecine moderne (allopathique) est en large mesure censée donner de meilleurs résultats en termes de santé que les soins traditionnels ou alternatifs disponibles pour beaucoup de personnes à faibles revenus, on mesure

également l'effet de la micro-assurance sur l'utilisation par les assurés des prestataires modernes.[11] Dans leur évaluation du NCMS en Chine, par exemple, Lei et Lin (2009) ont indiqué que les membres ont moins recours aux médecins traditionnels chinois. De même, Yip et al. (2009) ont constaté que l'adhésion au Rural Mutual Health Care en Chine a réduit d'environ deux tiers la probabilité d'automédication en cas de maladie. Les Assurés des programmes de l'Initiative pour l'équité au Mali ont cherché des soins médicaux modernes pour traiter les fièvres avec un taux 1,7 fois supérieur par rapport à leurs homologues non assurés (Franco et al., 2008). Chankova et al. (2008) ont établi que les assurés de l'Initiative pour l'équité étaient beaucoup plus susceptibles de recevoir des soins modernes pour une gamme de problèmes médicaux. Cependant, ils n'ont pas pu prouver que des modèles similaires observés chez les clients des *mutuelles* sénégalaises étaient statistiquement significatifs, un résultat confirmé par Diop et al. (2006). Bien qu'ils soient limités, ces éléments de preuve suggèrent que la micro-assurance a un impact positif sur l'utilisation par les membres d'un traitement médical moderne.

Dans les endroits où l'on pense que certains types d'établissements apportent des services médiocres, là où les assurés ont besoin de soins constitue un indicateur pour l'accès aux services. En Inde, par exemple, Aggarwal (2010) a constaté que les membres de Yeshasvini faisaient 19 % de visites en moins chez les prestataires publics, en dépit du fait que leurs soins étaient en grande partie gratuits, un changement qui a été attribué à la mauvaise qualité des services, à l'absentéisme et à des pratiques de corruption dans les hôpitaux publics. Parmi les ménages assurés, on a noté des éléments de preuve évidents de l'utilisation accrue des services de santé privés. Cependant, les polices de micro-assurance ne permettent pas toutes aux assurés cette liberté. Dans une évaluation du Vietnam Health Insurance (VHI), Jowett et al. (2004) observent que les bénéficiaires du programme étaient presque 3 fois plus susceptibles que les personnes non assurées d'utiliser des prestataires publics, précisément parce que les traitements couverts par le VHI étaient disponibles dans les établissements publics.

Malheureusement, la seule étude qui a examiné l'impact de la micro-assurance sur les mesures de qualité de soins a utilisé un échantillon de très petite taille dans lequel les groupes de comparaison, les personnes assurées et non assurées, diffèrent considérablement les uns des autres sur des mesures telles que la distribution de l'âge et de l'histoire chirurgicale. En se fondant sur une petite enquête auprès des ménages et des entretiens avec des médecins chefs du réseau Uplift India et des établissements hors réseau, sur l'examen des dossiers des patients

[11] Ici, « les prestataires modernes », « la médecine moderne » et « les soins modernes » désignent les professionnels de la santé dont la qualification, la reconnaissance et l'exercice sont réglementés par le gouvernement et donc susceptibles d'être de qualité supérieure (bien que cela ne soit pas le cas partout).

et l'évaluation de l'infrastructure des installations, Bauchet et al. (à paraître) n'ont pas trouvé d'éléments de preuve statistiquement significatifs que les patients assurés par Uplift recevaient un meilleur traitement.

Équité

Un autre impact hypothétique de la micro-assurance concernant l'accès aux services implique l'équité, et la conviction que des polices bien conçues peuvent traiter les disparités économiques, spatiales et historiques entre les sexes dans la fourniture de biens et services aux assurés en élargissant l'accès aux membres de groupes exclus.

Deux dimensions sont importantes pour cette analyse : qui accède à l'assurance et qui perçoit ses avantages (tant parmi les assurés eux-mêmes et qu'entre les assurés et les non-assurés). Le niveau de revenu est le déterminant le plus souvent étudié.

Bien que l'inscription équitable et l'accès aux services entre les membres ne constituent pas l'impact tel qu'il est défini ci-dessus, ils sont examinés ci-après car l'accès équitable à l'assurance est une condition préalable pour que les avantages potentiels touchent les personnes pauvres. Pour éviter toute confusion, aucun des résultats présentés dans cette sous-section n'est inclus dans le tableau 3.1.

Parmi les évaluations envisagées pour l'examen, 10 sont parvenues à des conclusions contradictoires sur l'égalitarisme économique de l'inscription à des programmes. Fait intéressant, les 2 qui ont des résultats positifs sans ambiguïté ont évalué le programme VimoSEWA en Inde, Gumber (2001) et Ranson (2001) ayant relaté que la richesse n'était pas un indicateur significatif de l'adhésion.

D'autres résultats ont été plus nuancés : pour 27 *mutuelles* sénégalaises, 4 polices de l'Initiative pour l'équité au Mali et le régime Nkoranza au Ghana, par exemple, Chankova et al. (2008) ont établi que, bien que la probabilité d'inscription ait été significativement plus élevée chez les gens du quintile de revenu supérieur, il n'y avait aucun élément de preuve que la probabilité d'inscription pour le quintile des gens les plus pauvres soit différente de celle des 4 autres quintiles regroupés. Dans une analyse plus détaillée des programme de l'Initiative pour l'équité au Mali, Franco et al. (2008) sont parvenus à des conclusions similaires : « Alors que les inscriptions pour toutes les catégories… étaient significativement plus élevées dans le quintile des ménages les plus riches, les taux de scolarisation ne différaient pas entre les ménages pauvres, moyennement pauvres, intermédiaires ou moyennement riches ». Pourtant, Jütting (2004) et Msuya et al. (2004) concluent que les niveaux de revenu avaient une influence sans équivoque et significative sur l'inscription à quatre *mutuelles* sénégalaises et au Community Health Fund (CHF) de la République Unie de Tanzanie. Msuya et ses collègues, par exemple, ont montré qu'une augmentation d'un point de pourcentage du revenu des ménages élevait la probabilité de joindre un CHF d'environ 12,5

points de pourcentage. Alors que Jütting a indiqué que même les ménages du quintile des plus riches de son échantillon avaient encore des revenus au-dessous du salaire minimum mensuel de la région, ces résultats indiquent que certains programmes pourraient potentiellement cibler un spectre de clients plus inclusif dans les régions où ils sont mis en œuvre.

En ce qui concerne l'utilisation des services couverts, 5 études sur 6 ont signalé des dispositions égalitaires ou même progressistes. Aggarwal (2010), par exemple, a relaté une hausse significative de 2 % de l'intensité de l'utilisation des soins de santé chez les membres de Yeshasvini de statut socio-économique inférieur. De même, Schneider et Diop (2001) ont conclu que la probabilité de l'apparition des clients ne varie pas significativement selon le quartile de revenu après prise en compte d'autres facteurs lors de l'évaluation de 54 programmes de soins de santé communautaires au Rwanda. Au Viêt Nam, Jowett et al. (2004) ont en fait observé que les clients à faible revenu utilisaient les services assurés plus fréquemment, sans doute pour résoudre des problèmes qui avaient disparu depuis longtemps sans réponse. Wagstaff et al. (2009) ont été les seuls à trouver des changements distribués de façon inégale (et régressive) aux taux d'utilisation chez les membres du NCMS en Chine. Plus précisément, ils ne pouvaient pas percevoir, chez les 10 % les plus pauvres des assurés du programme, l'impact positif significatif sur le comportement de recherche de soins en consultation externe ou en hospitalisation qui était évident chez les membres des autres déciles de revenu. En dépit des résultats de cette dernière étude, les éléments de preuve suggèrent timidement que, la barrière de l'accès étant derrière eux, les membres du programme bénéficient d'un certain degré d'égalité économique en terme d'accès aux prestations.

Parmi les études évaluées ici, 5 ont examiné l'équité spatiale via les taux d'inscription et d'utilisation. En ce qui concerne l'inscription, par exemple, Chankova et al. (2008) ont effectué des régressions pour déterminer que la présence d'établissements de santé à proximité avait une influence positive sur l'inscription à une micro-assurance au Sénégal et au Mali, ce qui n'a pas été abordé dans les enquêtes impliquant le programme Nkoranza au Ghana. De même, Wagstaff et al. (2009) ont utilisé la méthode par modèle probit pour établir que « les ménages vivant loin des établissements sont moins susceptibles de s'inscrire » au NCMS en Chine, mais ont noté que « l'augmentation de la distance ne réduit la probabilité que jusqu'à un certain point ». En ce qui concerne l'utilisation, des résultats similaires ont été obtenus chez les membres de l'Initiative pour l'équité, par exemple, Franco et al. (2008) ont constaté que la distance jusqu'à l'établissement de santé était un indicateur négatif important de la recherche de soins de santé, en particulier en ce qui concerne les accouchements assistés. Au Rwanda, Schneider et Diop (2001) ont également établi que les membres de 54 programmes communautaires ont rendu visite aux fournisseurs directement en fonction de

leur facilité d'accès géographique. Bien qu'ils soient limités en nombre, ces résultats suggèrent que les polices envisagées ne traitent pas efficacement les divergences selon la distance en matière d'accès à l'assurance et d'utilisation des services.

Les évaluateurs ont étudié deux questions clés relatives aux inégalités entre les sexes : comment l'inscription à une micro-assurance et l'accès aux services varient selon le sexe, et si les programmes qui couvrent les problèmes de santé des femmes donnent de meilleurs résultats selon le sexe que ceux qui ont été obtenus historiquement. En ce qui concerne la première question, les chercheurs sont parvenus à des conclusions différentes sur les prix auxquels les femmes, ou les ménages dirigés par des femmes, achètent de la micro-assurance. Au Ghana, Mali et Sénégal, Chankova et al. (2008) ont déterminé que les ménages dirigés par les femmes sont plus susceptibles de s'inscrire après prise en compte d'autres facteurs, tandis qu'au Rwanda, Schneider et Diop (2001) ont pu trouver un effet statistiquement significatif. Wagstaff et al. (2009) ont établi qu'il n'y avait pas de lien entre le sexe de la personne à la tête d'un ménage et la probabilité de joindre un NCMS en Chine. Schneider et Diop (2001) ont été les seuls à désagréger le comportement de recherche de soins des membres en fonction du sexe et ils ont constaté que la probabilité d'aller rendre visite à un fournisseur ne variait pas selon le sexe des assurés au Rwanda.

En termes d'effets sur la santé des femmes les résultats étaient de la même manière mitigés, Aggarwal (2010) n'a trouvé aucun impact appréciable du programme Yeshasvini en Inde sur les soins de santé maternels, tandis que Franco et al. (2008) ont observé que les membres de l'Initiative pour l'équité au Mali étaient 2 fois plus susceptibles de faire 4 consultations prénatales ou plus, que les femmes dans toute la population pendant la grossesse. Smith et Sulzbach (2008) ont constaté que l'adhésion au programme avait une influence plus efficace sur les comportements de recherche de soins maternels lorsque les services applicables sont couverts sous la forme d'avantages. En raison du fait que ces résultats ont été obtenus dans le cadre de normes culturelles actuelles et d'autres facteurs, il est difficile de les comparer directement.

Bien que les éléments de preuve ne soient pas concluants et soient contradictoires quant à savoir si la micro-assurance atténue les disparités économiques à l'égard de l'adhésion au programme et, éventuellement aussi de l'accès aux soins, plusieurs points méritent d'être discutés. Tout d'abord, les effets d'équité démontrent l'importance de déterminer la répartition de l'impact au même titre que l'« effet de traitement moyen sur la personne traité » le plus communément calculé. Cet indicateur établit les différences de causalité moyennes dans les résultats entre les groupes de traitement et les groupes de contrôle (Heckman et al., 1997). Cependant, l'interprétation et la comparaison des résultats de l'évaluation liés à l'équité peuvent être difficiles. Par exemple, après avoir constaté que les

ménages dirigés par les femmes sont plus susceptibles de s'inscrire que ceux dirigés par les hommes au Ghana, au Mali et au Sénégal, Chankova et al. (2008) ont émis l'hypothèse que les facteurs liés à l'état traditionnel des femmes comme aides familiaux ont pu donner ces résultats. Sans plus d'informations, les chercheurs ne peuvent déterminer ce qui a causé ces observations ou si elles représentent en fait un changement.

Deuxièmement, les résultats initiaux suggèrent que parvenir à l'équité est plus compliqué que simplement prendre en compte, ou même encourager activement, la participation de groupes de clients spécifiques. Les obstacles à l'enregistrement, l'accès à des prestations et les demandes de remboursement doivent souvent être abordés de façon spécifique pour rendre les polices plus égalitaires. Alors que l'inscription, les taux d'utilisation et les résultats en matière de prestation diffèrent dans l'espace, pour des raisons économiques ou en fonction du sexe, cela ne signifie pas que la micro-assurance soit discriminatoire ou qu'elle fournisse une valeur médiocre aux clients à faibles revenus, ruraux, de sexe féminin ou à d'autres clients traditionnellement exclus. Les programmes pourraient être mal conçus, mal commercialisés ou mal administrés, et perpétuer ainsi involontairement des divisions. Fait intéressant, lors de leur évaluation au Mali, Chankova et al. (2008) ont découvert que 71 % des personnes non assurées n'étaient pas inscrites parce qu'elles n'avaient jamais vu le matériel promotionnel du programme. En d'autres termes, bien qu'elles aient de faibles revenus, elles n'ont pas adhéré parce qu'elles ne savaient pas que le programme existait.

Enfin, le traitement de l'équité présenté par les documents analysés ici est incomplet à plusieurs égards. Outre les disparités économiques, spatiales et liées au sexe, par exemple, les inégalités historiques entre les personnes de différents âges, différentes races, différentes couleurs, différentes ethnies, différentes religions, différentes sexualités et les niveaux de handicap, entre autres, peuvent mériter une exploration fondée sur les circonstances dans lesquelles des programmes spécifiques opèrent. D'autres questions liées à la conception méritent également une étude, comme pour savoir si les modèles de prestations spécifiques (par exemple, communautaires ou à but lucratif) sont plus propices à l'équité entre les assurés (et entre les assurés et les membres de toute la communauté).

3.3.3 Les effets psychologiques

Psychologiquement, on pense que la micro-assurance promeut une tranquillité d'esprit accrue et une responsabilisation individuelle. En ce qui concerne la tranquillité d'esprit, par exemple, la micro-assurance atténue hypothétiquement la peur et le stress en augmentant le sentiment de sécurité des membres envers l'avenir. Les assurés concernés par les programmes communautaires, par lesquels la population locale conçoit et administre elle-même les prestations sociales,

peuvent en outre être habilités par les compétences de négociation, de communication et en matière sociale et financière qu'ils développent pendant leur participation. Malheureusement, aucune des études examinées ici n'évaluait un de ces effets présumés.

3.3.4 Impact communautaire

On pense que la micro-assurance est la cause de 6 types d'effets de retombées qui ont un impact sur les non-membres de communautés plus larges dans lesquelles les micro-assureurs opèrent. Bien que ces résultats soient décrits ci-dessous, aucune des études citées ici ne les a évalués sauf indications contraires.

- **La création d'emplois –** La manifestation la plus visible d'un effet lié à l'effet de retombées de la micro-assurance est la création d'emplois. Autrement dit, les micro-assureurs ont besoin de commerciaux, d'actuaires, d'administrateurs de programmes, d'arbitres en matière de sinistres, de collecteurs de primes, de prestataires en informatique et de personnel, tels que des médecins et des météorologues pour créer, mettre en œuvre et superviser leur gamme de produits. Comme certains programmes ont des millions de souscripteurs, le nombre d'emplois générés est potentiellement important, bien que de nombreux micro-assureurs comptent aussi, et parfois exclusivement, sur des bénévoles.
- **Investissement –** De même, les primes perçues par les micro-assureurs peuvent être économisées ou investies localement, par exemple, dans des activités de microcrédit connexes des micro-assureurs, ou sur les marchés nationaux et internationaux. Cet effet est plus vraisemblable avec des polices à long terme qui ont des composants d'épargne *(voir Chapitre 8)*.
- **Changements infrastructurels et réglementaires –** Les membres non assurés de la communauté bénéficient de changements infrastructurels et réglementaires que les micro-assureurs aident à créer. Par exemple, Aggarwal (2010) a noté que le passage à des prestataires privés précipité par le programme Yeshasvini en Inde a créé un espace dans les établissements publics pour les personnes non assurées. De même, Wagstaff et ses collègues (2009) ont déterminé que le New Cooperative Medical Scheme en Chine a eu un impact significatif sur les effectifs et les investissements en capitaux chez les fournisseurs au niveau de la commune. Toutefois, compte tenu de leur observation concernant le risque moral du côté de l'offre, ils craignaient que « l'augmentation des stocks de matériel coûteux » puisse avoir pour conséquence que « les patients… recourent à des tests et des traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires, ou que les [centres de santé n'aient pas] les compétences nécessaires pour cela ».
- **Modification de l'impact des maladies au niveau local –** On pense également que les programmes de santé faisant l'objet d'une importante souscription

réduisent l'impact des maladies au niveau local et produisent des changements de comportement collatéraux potentiels chez les personnes non assurées dans les régions où ils sont mis en œuvre. Par exemple, Polonsky et al. (2009) ont établi que les taux d'utilisation des soins de santé par les personnes non assurées ont augmenté dans les villages arméniens. Yip et al. (2009) ont également découvert que les non-membres dans les régions où le Rural Mutual Health Care fonctionne sont engagés dans de l'automédication moins risquée.

– **La solidarité de groupe –** On pense en outre que, en raison de l'accent mis sur la solidarité du groupe et la coopération, les programmes communautaires augmentent encore la cohésion de la communauté. Cependant, en supplantant les mécanismes d'adaptation traditionnels qui dépendent fortement des liens sociaux et familiaux établis, la micro-assurance pourrait également compromettre les pratiques et les relations locales.
– **Les connaissances en matière de finances –** On pense que par leurs activités les prestataires de micro-assurance et les organismes connexes augmentent les connaissances globales en matière de finances et favorisent une culture de l'assurance dans les zones où ils opèrent. Par exemple, de nombreux micro-assureurs et de nombreuses institutions de défense des droits accueillent des événements d'information publics sur les assurances qui sont adaptés à des personnes à faible revenu potentiellement analphabètes ayant peu d'éducation formelle. BRAC, par exemple, forme les membres pour créer des spectacles de rue sur les histoires du monde réel qu'ils recueillent auprès des villageois qui illustrent les avantages de l'assurance (Ahmed et al., 2005). Les individus assimilent également des informations provenant de documents de marketing des micro-assureurs et propagent par bouche-à-oreille ce qu'ils sont entendus des assurés par le biais de leurs réseaux sociaux et familiaux élargis. Ainsi, l'expansion de la micro-assurance permet hypothétiquement même aux personnes non assurées de développer une prise de conscience et une compréhension des outils et principes de gestion des risques.

3.4 Conclusion

Peu d'études, et encore moins celles qui sont méthodologiquement rigoureuses, ont exploré l'impact de la micro-assurance. La grande majorité évalue les polices d'assurance Santé principalement en Asie et en Afrique sub-saharienne. Les évaluations présentées examinent une variété de résultats, mais seulement 3 à la fréquence nécessaire pour que des tendances émergent : les dépenses, l'utilisation et l'équité. Parmi celles-ci, la micro-assurance semble timidement influer positivement sur les dépenses et les taux d'utilisation. Elle semble avoir moins de succès vis-à-vis des questions de l'égalitarisme économique et spatial, toutefois, dans la mesure où les ménages à statut économique relativement faible ou habitant à dis-

tance des établissements appropriés s'inscrivent et demandent des prestations moins fréquemment. Cependant, dans l'ensemble et en comparaison avec de nombreux effets supposés de la micro-assurance, les éléments de preuve sont extrêmement épars.

Une combinaison de 4 étapes permettra d'améliorer la compréhension de l'impact de la micro-assurance par la communauté en voie de développement. Tout d'abord, des modèles de recherche et des techniques d'analyse plus solides sont nécessaires pour accroître la validité des résultats des évaluations. Comme en témoignent les études plus récentes présentées ici et celles dont la liste est établie à partir des évaluations en cours (Groupe de travail sur l'impact de Microinsurance Network, 2011b), il semble heureusement y avoir un mouvement dans ce sens. Deuxièmement, les évaluations d'une variété et d'une distribution géographique plus larges des produits de micro-assurance sont nécessaires. Troisièmement, les études doivent examiner la gamme complète des effets théoriques de la micro-assurance, ainsi que les questions comparatives qui restent inexplorées. Ces études incluent notamment une recherche sur la manière dont les différents programmes de micro-assurance sont comparables dans diverses conditions, et comment ils réussissent en comparaison ou en combinaison avec d'autres stratégies d'atténuation des risques telles que les mécanismes d'adaptation informels. Quatrièmement, des indicateurs de résultats standard et améliorés sont nécessaires parce que les effets communément cités dans la littérature d'évaluation ne communiquent actuellement pas tous des informations utiles sur l'impact. En plus d'être moins ambigus, de nouveaux indicateurs doivent également être largement adoptés pour faciliter la comparabilité des résultats et, par extension, des points forts des comptes-rendus systématiques ultérieurs. Le groupe de travail sur l'impact du Microinsurance Network est en train de développer ces indicateurs et de les diffuser dans un manuel pour effectuer des évaluations d'impact de la micro-assurance (Impact Working Group of the Microinsurance Network, 2011a).

En facilitant la création et la diffusion d'informations précises sur l'impact de la micro-assurance, ces mesures permettront aux praticiens du développement de donner la possibilité, avec succès, aux personnes à faible revenu des pays pauvres de gérer les risques et donc de préserver ou d'accroître leurs revenus et niveaux de vie.

4 Micro-assurance et changement climatique

Thomas Loster et Dirk Reinhard

Les auteurs tiennent à remercier Joachim Herbold de Munich Re, Karlijn Morsink de l'Université de Twente, Birgit Schubert de l'Université Albert Ludwig, et David Saunders de l'OIT pour leur contribution à ce chapitre. Ils tiennent également à remercier Asif Dowla (Collège Sainte-Marie), Thomas Mahl (Munich Re), Alexandra Michailesco (Credit Suisse), Dan Osgood (IRI), Rupalee Ruchismita (CIRM) et Roland Steinmann (MicroInsurance Centre) pour leurs commentaires.

L'année 2010 est entrée dans l'histoire, à l'instar de 2005 et 1998, comme étant l'année la plus chaude depuis l'introduction des données climatiques instrumentales, de nouveaux records de température ayant été régulièrement enregistrés partout dans le monde (OMM, 2010). Selon le Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat (GIEC), au cours des 100 prochaines années, la température moyenne de l'atmosphère va augmenter de manière significative, jusqu'à 6,4 °C selon le scénario le plus pessimiste, avec une élévation du niveau des mers et une aggravation des extrêmes météorologiques (GIEC, 2007, 2011).

Les statistiques sur les pertes des assureurs et des éléments de preuve d'experts, y compris le Centre de recherche sur l'épidémiologie des désastres (CRED), montrent déjà de fortes tendances indiquant que le réchauffement climatique va conduire à des situations de risque se détériorant dans de nombreuses parties du monde, en particulier dans les pays en voie de développement. Les données sur les catastrophes naturelles depuis 1980 montrent que plus de 80 % des décès causés par des catastrophes liées aux conditions météorologiques ont été constatés dans les pays en voie de développement et nouvellement industrialisés.[1] Dans les pays en voie de développement, les régions les plus pauvres sont particulièrement exposées au risque en raison de la médiocrité des infrastructures. Par exemple, les plus démunis vivent souvent dans des logements insalubres dans des zones à risque, par exemple en bordure des zones habitées, où ils sont exposés à des crues soudaines, des glissements de terrain ou de brusques tempêtes.

L'assurance des catastrophes naturelles est un défi particulier pour les compagnies d'assurance en raison de l'exposition à des dommages majeurs (Swiss Re, 2010a). Les phénomènes naturels affectent souvent de vastes zones et peuvent dévaster des milliers de kilomètres carrés de terres. Cela conduit rapidement à une accumulation de pertes et à d'éventuels problèmes de solvabilité pour les assureurs.

[1] Voir, par exemple, le CRED (EM-DAT), Sigma de Swiss Re ou NatCatSERVICE de Munich Re.

La micro-assurance est également vulnérable aux catastrophes naturelles et doit reconnaître les risques qui leur sont associés. Bien que les tremblements de terre aient eu un impact majeur sur certains programmes de micro-assurance, comme la Alternative Insurance Company (AIC) en Haïti en 2010 et Vimo-SEWA en Inde en 2001, ce chapitre se concentre sur les catastrophes qui, en raison du changement climatique, sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus puissantes. Le cyclone Nisha, qui a frappé l'Inde en novembre 2008 et a obligé Bajaj Allianz à régler quelque 16 000 demandes d'indemnisation en matière de micro-assurance, en est un exemple (Kunzemann, 2010).

Ce chapitre commence par l'examen de quelques données clés liées au changement climatique afin d'illustrer les risques émergents, notamment dans les pays en voie de développement où la micro-assurance est en train de s'implanter. Il est fait état ensuite du rôle de la micro-assurance des risques météorologiques, aux niveaux micro, méso et macro, comme l'illustrent de nombreux exemples à travers le monde. La troisième section résume les principaux problèmes opérationnels, y compris l'accès aux données et leur gestion, la conception des indices et la gestion des demandes d'indemnisation. La Section 4.4 présente une série de recommandations pour les principales parties prenantes.

4.1 L'impact du changement climatique

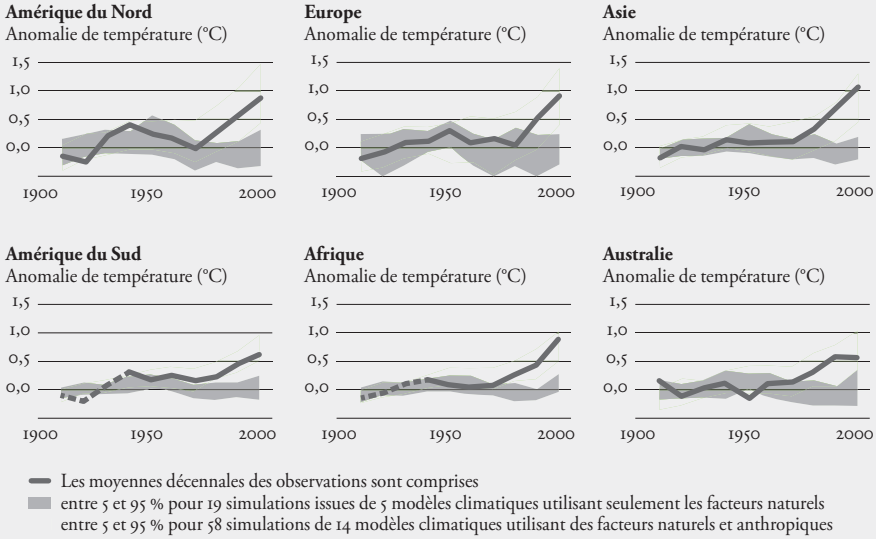
4.1.1 Éléments de preuve du changement climatique

Selon le GIEC, l'évolution des températures dans le monde entier pointent dans la même direction : vers le haut (GIEC, 2007) :

- Les températures ont augmenté sur tous les continents de la planète au cours des 100 dernières années *(voir figure 4.1),* dans certains cas, de manière significative.
- L'influence humaine sur le changement climatique est largement démontrée.
- Le réchauffement est particulièrement important sous les latitudes élevées.

Figure 4.1

Changement de température mondial et continental[1]



[1] Sur ce graphique, les lignes noires montrent l'évolution réelle de la température sur les 6 continents. L'espace en gris représente la plage dans laquelle on devrait trouver les températures en se fondant uniquement sur les changements naturels, tandis que la bande verte indique les plages de température en fonction de l'impact des facteurs humains et naturels sur le climat.

Source : Rapport du GIEC : Les changements climatiques, 2007.

Comme le résume le tableau 4.1, des changements importants tels que l'augmentation de l'incidence des sécheresses et des cyclones semblent imminents, ce qui aura un impact énorme sur les risques locaux et régionaux. Les niveaux élevés de validation scientifique du tableau sont particulièrement intéressants. Ainsi, « très probable » signifie que le niveau de certitude scientifique est de plus de 90 %. « Probable » signifie supérieur à 66 % et « plus probable qu'improbable » signifie plus de 50 %.

Tableau 4.1 **Projections des phénomènes météorologiques et climatiques extrêmes**

Phénomène et sens de la tendance	*Probabilité que la tendance soit survenu à la fin du XXe siècle (généralement après 1960)*	*Probabilité d'une contribution humaine*	*Probabilité des tendances futures sur la base de projections pour le XXIe siècle*
Des jours et des nuits plus chauds et moins froids sur la plupart des zones terrestres	Très probable	Probable	Pratiquement certain
Des jours et des nuits plus chauds et de plus en plus de jours et de nuits très chauds sur la plupart des zones terrestres	Très probable	Probable (nuits)	Pratiquement certain
Périodes chaudes/vagues de chaleur. Fréquence accrue dans la plupart des zones terrestres	Probable	Plus probable qu'improbable	Très probable
Fortes précipitations. La fréquence (ou proportion des hauteurs totales de pluie résultant de fortes précipitations) augmente dans la plupart des régions	Probable	Plus probable qu'improbable	Très probable
Zone touchée par la sécheresse en croissance	Probable dans de nombreuses régions depuis 1970	Plus probable qu'improbable	Probable
L'activité intense des cyclones tropicaux augmente	Probable dans de nombreuses régions depuis 1970	Plus probable qu'improbable	Probable
Incidence accrue de l'élévation extrême du niveau de la mer (hors tsunamis)	Probable	Plus probable qu'improbable	Probable

Source : Adapté du GIEC, 2007.

À ce jour, des éléments de preuve significatifs pour les pays, les régions ou même les villes ne sont disponibles que dans des cas isolés. Par exemple :

– L'intensification des vagues de chaleur aux États-Unis (Peterson et al., 2008), en Australie (Bureau of Meteorology Australie, 2011) et en Europe (Robine et al., 2007) ;
– Augmentation des précipitations extrêmes aux États-Unis (US Climate Program, 2008) et en Inde (Munich Re, 2010).

Jusqu'à présent, l'analyse quantitative des pays les plus pauvres du monde est restée limitée, car, souvent, les données météorologiques de séries chronologiques ne sont pas disponibles. Les descriptions de l'impact sur le climat sont malgré tout impressionnantes. L'Afrique, par exemple, est souvent victime de la sécheresse. Ne serait-ce qu'en Éthiopie, environ 600 000 personnes sont mortes dans les années 1970 et 1980, et quelque 7 millions ont subi de longues périodes de sécheresse. Partout aujourd'hui sur le continent, la sécheresse représente un défi majeur. En 2011, le Tchad, le Malawi, le Mozambique, le Soudan et la Corne de

l'Afrique ont résisté à une sécheresse extrême, et les scientifiques de l'ONU s'attendent à ce que le changement climatique aggrave de pareils extrêmes.

Dans de nombreuses régions, le réchauffement climatique va modifier la fréquence et l'intensité des phénomènes météorologiques. Cela est particulièrement évident dans le cas des cyclones tropicaux. Par exemple, les surfaces plus chaudes de la mer peuvent être à l'origine du développement de cyclones tropicaux plus intenses car ces systèmes de tempête tirent leur énergie de l'eau plus chaude. Si les zones où la surface de la mer présente une température supérieure à 27 °C s'étendent, de nouvelles zones à risque cyclonique émergeront. L'apparition de cyclones au large des côtes du Brésil (2004) et de l'Espagne (2005) est la preuve que la plage du risque est en train de changer, suite au réchauffement climatique.

4.1.2 Catégories d'activité touchées

Le climat ne peut pas être assuré. Il est également impossible d'assurer tous les effets liés au réchauffement climatique. Cela est vrai à la fois en assurance traditionnelle et en micro-assurance. La fonte des glaciers ou l'élévation accélérée du niveau de la mer ne peuvent pas être assurées sur la base des principes de l'assurance de l'imprévisibilité, la calculabilité et la survenue soudaine. Cependant, certains effets des changements climatiques, comme les inondations ou les sécheresses même, sont assurables.

Lorsque l'on parle d'assurance et de changement climatique, on entend souvent par là assurance des catastrophes météorologiques, qui sont fort susceptibles d'augmenter à l'avenir. Les catastrophes naturelles peuvent être particulièrement préjudiciables aux portefeuilles de micro-assurance, car de petits portefeuilles ou des portefeuilles limités géographiquement peuvent être ruinés par une catastrophe naturelle majeure. Les risques naturels, tels que la vague d'inondations au Pakistan en 2010 ou le cyclone Nargis au Myanmar en 2007 qui a dévasté de vastes zones, doivent être pris au sérieux en micro-assurance.

L'impact du changement climatique touche également d'autres secteurs d'activité de l'assurance, tel que résumé dans le tableau 4.2. La plus grande corrélation entre les conditions météorologiques et les pertes s'exprime dans l'assurance agricole, comme nous le verrons en détail plus loin dans le présent chapitre. Cependant, il y a donc aussi un impact sur l'assurance Santé et l'assurance Vie, car les phénomènes météorologiques extrêmes peuvent tuer ou blesser des centaines de milliers de personnes. Les bâtiments ou ce qu'ils abritent peuvent également être affectés par des phénomènes météorologiques. Les cyclones (au sud de l'Inde en 2008) et les typhons (aux Philippines en 2010) ont montré qu'une catastrophe météorologique peut constituer un défi pour les garanties de micro-assurance couvrant les dommages aux biens et les bâtiments, ces produits n'étant sou-

vent pas développés pour les événements météorologiques, encore moins pour le changement climatique.

Tandis que les catastrophes naturelles constituent certainement la menace la plus imminente, l'évolution des conditions climatiques aura à long terme des effets plus subtils. Les augmentations progressives de température, par exemple, peuvent affecter les périodes de germination ou avoir un impact décisif sur le type de cultures dans certaines régions. Elles auront également une incidence sur la mortalité et la morbidité, en modifiant l'étendue des différentes maladies ou en créant les conditions pour de nouvelles.

Tableau 4.2 **Effets possibles du changement climatique dans les catégories d'assurance, 2030–2050**

Catégorie d'assurance	*Effets possibles*	*2030*	*2050*
Agriculture	Début rapide (catastrophes climatiques)	+/++	+++
	Début lent (changements de température)	+/++	+++
	Gel	–	– –
Santé	Début rapide (catastrophes climatiques)	o/+	o/+/++
	Début lent (changements de température)	o/+	o/+/++
	Modèles pathologiques, expansion de l'étendue des maladies	o/+	o/+/++
Vie/Obsèques	Début rapide (catastrophes climatiques)	+	+
	Début lent (changements de température)	o/+	+
Dommages aux biens	Début rapide	+/++	++

+/++/+++ Risque croissant
o neutre
–/– –/– – – Risque décroissant

Source : Adapté de la Fondation Munich Re, 2011.

4.2 Micro-assurance et phénomènes météorologiques

4.2.1 Brève histoire de la « micro-assurance climatique »

Le changement climatique a un impact majeur sur les conditions météorologiques – la situation météorologique étant l'état actuel en matière de température, humidité, précipitations et vent, tandis que le climat est l'état de ces éléments météorologiques au fil du temps. Par conséquent, la plupart des expériences de micro-assurance qui sont pertinentes dans le contexte du changement climatique sont la protection contre la survenance de conditions météorologiques particulières, généralement mesurée par une sorte d'indice.

L'assurance paramétrique ou indexée sur les événements atmosphériques a été développée dans le cadre de la micro-assurance depuis le début du XXIe siècle. Le premier exemple connu a été introduit au Mexique en 2001 pour fournir une couverture contre la sécheresse aux agriculteurs. Depuis lors, plusieurs couvertures ont été mises en place en Asie, en commençant par une assurance indexée sur les pluies en Inde en 2003 *(voir encadré 4.1 et section 20.2)* et une assurance Mortalité du bétail en Mongolie en 2006 *(voir encadré 12.3).* En Afrique, l'assurance contre la sécheresse a été introduite au Malawi en 2005 *(voir encadré 4.2)* et en Éthiopie en 2006. Ces couvertures ont ensuite été ajustées ou développées, et de nouvelles ont été ajoutées (par exemple HARITA en Éthiopie en 2008, *voir l'encadré 4.3).*

Encadré 4.1

Couverture indexée sur les précipitations d'ICICI Lombard, Inde

Infos

Début : 2003
Facteur d'échelle : Micro
Concepteurs de modèles : ICICI Lombard General Insurance Company, Banque Mondiale, Société Financière Internationale (SFI), BASIX
Porteurs de risque : ICICI Lombard, Swiss Re
Risque couvert : Tout type de cultures
Nombre de clients : 25 000 agriculteurs en 2005, 45 000 en 2007, 250 000 en 2009
Canaux de distribution : d'abord BASIX, une ONG de micro-finance ; d'autres banques et IMF ont également été incluses ultérieurement

Contexte

Malgré sa longue expérience en matière d'assurance des récoltes, le gouvernement indien n'a pas réussi à protéger les agriculteurs contre les risques météorologiques. En 2003, ICICI Lombard et BASIX ont introduit une assurance basée sur les indices Précipitations spécifique à la culture pour les agriculteurs cultivant le ricin et l'arachide. Le produit a été restructuré en 2004 pour améliorer encore les avantages des agriculteurs assurés et couvrir d'autres types de cultures. Les nouveaux contrats reposaient sur un déclencheur de précipitations cumulées spécifié pour chacune des 3 saisons de pousse. Les agriculteurs peuvent acheter la police par acre, protégeant jusqu'à 100 % de leurs terres. Chaque culture a ses seuils supérieur et inférieur spécifiques. Les précipitations accumulées au-dessous ou au-dessus du seuil déclenchent un paiement. La police vendue par le biais du réseau BASIX est un produit combiné prêt-assurance.

Défis

Viabilité financière : Dépend de l'adoption du produit par les agriculteurs et de l'accès au marché international de la réassurance. Les subventions de l'État et le lien avec un programme de prêts agricoles parrainé par le gouvernement améliorent sensiblement le facteur d'échelle et la viabilité *(voir chapitre 18)*.

Demande : Des primes plus élevées que le produit du National Agriculture Insurance Scheme (NAIS) géré par l'État – l'absence de subventions limite la demande par les petits exploitants. Cette situation a changé de façon spectaculaire lorsque les subventions gouvernementales ont été fournies pour l'assurance basée sur des indices climatiques, y compris la couverture offerte par les compagnies d'assurance privées.

Sensibilisation de la clientèle : Des campagnes de sensibilisation menées par BASIX et l'interaction intensive aident à adapter le produit aux besoins des agriculteurs et à augmenter la demande.

Risque de base : La Banque Mondiale a installé des stations météorologiques numériques. Un nombre limité de stations météorologiques peut augmenter le risque de base.

Premiers enseignements tirés

1. Un produit combiné (crédit + assurance) protège les agriculteurs et l'IMF contre les défauts de paiement en raison de mauvaises récoltes, ce qui permet au produit d'atteindre rapidement le facteur d'échelle.
2. Les stations météorologiques automatiques permettent à l'assureur d'avoir accès à des données en temps réel, ce qui facilite le paiement plus rapide des demandes d'indemnisation.
3. Une restructuration efficace de la conception du contrat élargit le champ d'application de clients potentiels qui bénéficient de police d'assurance Précipitations, par exemple les intermédiaires de l'agro-industrie.
4. Une adaptation permanente aux besoins des clients établit une base pour la durabilité.
5. Les subventions gouvernementales rendent le produit plus abordable, ce qui permet au programme d'atteindre le facteur d'échelle.

Sources : Adapté de Hellmuth et al., 2009 ; Levin et Reinhard, 2007 ; Valvekar, 2007 ; Aggarwal, 2011.

Nombre de ces exemples restent à leur phase pilote, ou ont été abandonnés, étant donné la difficulté d'atteindre une taille suffisante pour être viable. Clarke (2011) soutient qu'une faible souscription d'assurance agricole indexée n'est pas nécessairement liée à un manque de confiance ou à un manque de connaissances financières, mais est simplement un choix économiquement rationnel où le prix est au-dessus d'un certain seuil par rapport au paiement escompté.

En outre, de nombreux produits d'assurance basée sur des indices climatiques actuellement disponibles montrent une faible corrélation avec les pertes réelles, justifiant de meilleurs indices avec un risque de base moindre.[2] Toutefois, même les produits fondés sur l'indemnisation peuvent avoir peu d'effet sur la gestion des risques par les gens pauvres si le produit ne reflète pas correctement la perception des risques par le groupe cible (Karlan et al., 2011).

En revanche, l'expérience en Inde semble plus prometteuse. En 2010, le marché de l'assurance basée sur les indices climatiques en Inde était le deuxième plus grand « weather market » du monde, après les États-Unis. Comme décrit au chapitre 20, les innovations en assurance basée sur les indices climatiques développées par le secteur privé ont été adoptées par le gouvernement indien, qui subventionne maintenant les primes pour que la couverture lié au crédit devienne plus abordable pour les agriculteurs à faible revenu. Par conséquent, en 2011, plus de 9 millions d'agriculteurs indiens avaient une couverture d'assurance indexée (Ruchismita, 2011).

La participation des réassureurs est particulièrement importante pour le succès de ces programmes, car ils mutualisent les risques au niveau mondial. En Asie, les experts de Munich Re ont développé des concepts appropriés pour des risques typiques liés au changement climatique, y compris une couverture contre les crues éclair à Jakarta, en Indonésie, et une « couverture Typhon » pour les pluies torrentielles et le vent aux Philippines. Swiss Re a présenté une couverture indexée pour les producteurs de riz au Viêt Nam, un pays particulièrement touché par le changement climatique. Selon ses concepteurs, le programme devrait toucher 500 000 ménages (Lai, 2010).

Encadré 4.2

Assurance contre la sécheresse, Malawi

Infos
Début : 2005
Facteur d'échelle : Micro
Concepteurs de modèles : Banque Mondiale, International Research Institute for Climate and Society (IRI), MicroEnsure
Porteur de risque : Association d'assurance au Malawi
Risque couvert : Sécheresse
Nombre de clients : 1 710 producteurs d'arachide et de maïs (2006–2007) ; 2 500 producteurs de tabac et de maïs (2008 à 2009)
Distribution : National Smallholder Farmer's Association of Malawi (NASFAM)

[2] Le risque de base, défini plus en détail dans la section 4.3.2, est constitué par la différence entre les pertes réelles subies par l'assuré et le montant des prestations effectivement payées.

Contexte

Comme 90 % de la production agricole au Malawi est basée sur des cultures pluviales, les petits exploitants sont très vulnérables aux risques climatiques. La productivité est faible, car les agriculteurs ont un accès limité au crédit pour acheter des semences résistantes à la sécheresse ou investir dans une meilleure technologie. En coopération avec la NASFAM, la Banque Mondiale a conçu une assurance basée sur les indices de sécheresse qui permettrait de protéger les producteurs d'arachides contre le manque de précipitations et d'améliorer l'accès au crédit. Deux IMF, le Malawi Rural Finance Company et l'Opportunity International Bank Malawi, étaient disposées à accorder des prêts. Le NASFAM a donné accès à de meilleurs intrants de semences, s'est engagé à acheter la récolte de ses membres à un prix supérieur à celui du marché et à assurer le recouvrement des prêts. Les contrats de prêt incluaient une prime d'assurance des risques climatiques payée à un fonds de mise en commun des risques géré par l'association d'assurance. Les agriculteurs ont accepté de vendre leur récolte exclusivement au NASFAM. Ils n'ont reçu aucun paiement à l'avance et, à la place, le NASFAM a utilisé le produit de la récolte pour rembourser le prêt et payer le surplus aux agriculteurs. Le produit a été élargi pour inclure le maïs et il a été transféré depuis 2007/08 au secteur du tabac en remplacement de l'arachide.

Défis

Viabilité financière : Financièrement stable, car pas de subventions permanentes, mais une accessibilité financière limitée pour les agriculteurs les plus pauvres. La vente par les agriculteurs à des commerçants autres que NASFAM menaçait la viabilité financière et le programme a donc été transféré de la production d'arachide au secteur du tabac.

Demande : Le produit a été difficile à vendre aux agriculteurs à faible revenu en raison de son prix, de sorte que l'adoption a été lente.

Sensibilisation de la clientèle : La formation du personnel sur le terrain est nécessaire pour offrir des ateliers d'initiation à la finance à la population. Lorsque les polices sont en place, on constate que les clients ont tendance à comprendre le concept d'assurance indexée.

Risque de base : Nombre insuffisant de stations pluviométriques ; la Banque Mondiale et le Earth Institute sont en train d'installer des stations météorologiques numériques pour surmonter ce problème.

Premiers enseignements tirés

1. Les problèmes d'infrastructure peuvent être abordés par le biais des capacités financières et techniques de tous les partenaires du projet.

2. La coopération entre les principales parties prenantes (compagnies d'assurance, associations d'agriculteurs, IMF) élargit la gamme de produits financiers disponibles pour la population rurale.
3. L'existence de marchés organisés (par exemple NASFAM) est cruciale pour la distribution de polices d'assurance.
4. Associer assurance et prêt augmente l'efficacité de l'offre d'assurance.

Sources : Adapté de Hellmuth et al., 2007 ; Mapfumo, 2009 ; Agroinsurance 2011.

Encadré 4.3

HARITA (Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation : transfert des risques pour l'adaptation dans la Corne de l'Afrique), Éthiopie

Infos
Début : 2008
Champ d'application : Micro
Concepteurs de modèles : Oxfam America, Swiss Re, IRI, Relief Society of Tigray (REST)
Porteurs de risque : Nyala Insurance Ethiopia, Swiss Re
Risque couvert : Sécheresse
Nombre de clients : 200 ménages en 2009, 13 000 en 2011
Distribution : Modèle partenaire-agent avec Dedebit Credit and Savings Institution (DECSI)

Contexte
En Éthiopie, 85 % de la population dépendent, pour leur subsistance, de petits exploitants pratiquant une agriculture non irriguée. Les gens sont donc très vulnérables aux risques liés à la sécheresse. Visant d'abord les producteurs de *teff* dans le village d'Adi Ha, le produit d'assurance indexée a été associé au programme de création d'emplois du gouvernement, et a donc permis aux agriculteurs de payer les primes en espèces ou en nature, en fournissant de la main d'œuvre à des projets qui augmentent la résilience de la communauté vis-à-vis du changement climatique. La participation des agriculteurs est assurée par une équipe de gestion de 5 membres du village et des ateliers d'initiation à la finance. Pour remédier à l'insuffisance de données, de nouvelles techniques telles que les données satellite ou des modèles de simulation sont à l'étude.

Défis
Viabilité financière : Faible, car le projet HARITA est principalement financé par des donateurs internationaux.

Sensibilisation de la clientèle : Focalisation sur la participation des agriculteurs dès le début, par exemple, l'équipe de gestion locale, ateliers sur la formation en finance ou jeux expérimentaux.
Risque de base : L'étude de nouvelles techniques telles que les données satellite ou les simulateurs de pluies vise à résoudre le problème de la limitation des données météorologiques.

Premiers enseignements tirés

1. La formation et l'exposition en matière de micro-assurance, l'augmentation de l'accès au crédit et l'amélioration des techniques de gestion des risques sont nécessaires pour que les populations vulnérables s'adaptent efficacement au changement climatique.
2. La prestation d'assurance clairement nécessaire dans les communautés pauvres a été entravée par l'inaccessibilité à des services financiers formels.
3. Les problèmes de facteur d'échelle peuvent être traités par l'utilisation d'un modèle qui se concentre sur l'assurance Intempéries dans le contexte d'une agriculture de subsistance.
4. Des approches novatrices pour la collecte des primes telles que le paiement des primes en nature rend l'assurance accessible à tout le monde, y compris aux agriculteurs de subsistance chroniquement pauvres, où des programmes de création d'emploi correspondants sont disponibles.
5. La collaboration des parties prenantes au niveau local, national et mondial contribue à de bons résultats.
6. La participation et l'éducation des clients sont essentielles pour que les produits d'assurance soient durables et atteignent plus tard un facteur d'échelle.
7. Les risques liés à la sécheresse sont une préoccupation majeure dans toute l'Éthiopie, où 85 % de la population dépend de l'agriculture non irriguée pratiquée par de petits exploitants. Même les zones très exposées comme l'Éthiopie peuvent être assurées contre les principaux risques, par exemple les vagues de chaleur ou de sécheresse.

Sources : Adapté de Hellmuth et al., 2009 ; Agroinsurance, 2011 ; Swiss Re, 2010a.

4.2.2 Micro, méso et macro

L'assurance peut être organisée de différentes façons et à différents niveaux – depuis l'assurance directe individuelle jusqu'à l'assurance, organisée par l'État, de grands groupes de personnes – comme c'est illustré dans le tableau 4.3. Par définition, la micro-assurance ne peut être applicable qu'au niveau micro. Cependant, l'assurance organisée au niveau méso ou macro peut être un moyen plus pertinent de protéger les personnes démunies contre les risques liés aux conditions météorologiques et au changement climatique. L'inclusion des interven-

tions au niveau méso et macro permet à l'assurance de couvrir non seulement les agriculteurs et les risques de l'agriculture, mais aussi d'être adaptée à la protection d'autres groupes cibles de catastrophes.

Tableau 4.3

Dimensions de l'assurance : facteur d'échelle, produits, bénéficiaires

	Micro	*Méso*	*Macro*
L'assuré	Personne, groupe de personnes, plusieurs centaines de personnes	Communauté plus large, associations, coopératives, etc. ; des milliers à des millions de personnes	Nation/gouvernement, des centaines de milliers à plusieurs millions de personnes
Géographie	Maison, village, ville, quartiers	Districts, régions	Régions, pays
Outils et produits	Micro-assurance : Santé, Vie, Dommages aux biens, Récoltes, Mortalité du bétail, assurance indexée	Dérivés, assurance indexée	Obligations catastrophes, fonds commun
Tranche des sommes assurées	50–5 000 $US	200 000 à plusieurs millions de $US	Des millions à des milliards de $US

Source : Adapté de la Fondation Munich Re, 2007.

Des milliers de personnes sont assurées par des couvertures de niveau méso. Les bénéficiaires sont souvent organisés en trusts, en associations ou en coopératives. L'encadré 4.4 donne un exemple d'une solution méso indexée, qui a commencé en 2011 à couvrir les pertes de prêts de coopératives aux Philippines en cas de phénomènes météorologiques extrêmes et qui permet aux emprunteurs touchés de repartir de zéro. L'assureur coopératif CLIMBS intervient comme porteur de risque et couvre donc les portefeuilles de ses coopératives membres. Le paiement n'est pas lié à l'ajustement des pertes individuelles, mais dépend de seuils définis pour le phénomène météorologique. Chaque coopérative reçoit un pourcentage prédéfini de son portefeuille de prêts comme paiement une fois qu'un certain déclencheur de vent ou de pluie a été atteint. Les coopératives assurées utiliseront ensuite ces fonds pour accorder des prêts d'urgence favorables mis à la disposition des emprunteurs touchés.

Encadré 4.4 **CLIMBS (Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services), Philippines**

Infos
Début : 2011
Concepteurs de modèles : Munich Re, CLIMBS
Facteur d'échelle : Méso
Type d'assurance : Assurance basée sur les indices Vent et Pluie pour couvrir les prêts
Risque couvert : Typhon
Porteurs de risque : CLIMBS, Munich Re
Clients : Coopératives membres de CLIMBS (organisation faîtière)
Distribution : CLIMBS
Défis
Aucune évaluation pour le moment.

Premiers enseignements tirés
1. Les mêmes risques météorologiques complexes tels que les typhons ou les phénomènes extrêmes tels que les crues éclair peuvent être assurés si une conception de produit appropriée est mise en place.
2. Les structures sociales préexistantes, par exemple des coopératives ou des associations, augmentent la probabilité qu'un programme soit couronné de succès.
3. Le dialogue avec des personnes exposées au risque est essentiel pour des solutions sur mesure.
4. Les paiements régionaux contribuent à faire accepter le produit et réduisent le risque de base.
5. L'utilisation de méthodes d'observation météorologique modernes, telles que les données satellite, permet d'élargir la gamme des outils et facilite l'administration.

Source : Auteurs.

Morsink et al. (2011) ont identifié plusieurs de ces programme indexés au niveau méso, couvrant à la fois les risques particuliers des clients et les risques regroupés d'agrégateurs. L'émergence de ces efforts, au Burkina Faso, au Ghana, en Haïti, en Inde, au Mali et au Pérou *(voir encadré 4.5),* indique un intérêt croissant dans la démarche visant à protéger les gens pauvres, à étendre la couverture de protection, au-delà des agriculteurs, pour inclure des micro-entrepreneurs et d'autres groupes à faible revenu. Bien que la plupart des programmes de niveau méso soient relativement nouveaux, leur potentiel de viabilité et de facteur d'échelle semble très prometteur.

Encadré 4.5

MiCRO (Microinsurance Catastrophic Risk Organisation), en Haïti

Infos
Début : 2011
Facteur d'échelle : Méso
Concepteurs de modèles : Les prestataires d'assurance locaux et les IMF, comme Fonkoze
Financement : Inter-American Development Bank (IDB), UK Department for International Development (DFID), Mercy Corps, Caribbean Risk Managers Ltd, Guy Carpenter & Company, LLC, Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC)
Porteur de risque/réassureur : Swiss Re
Risque couvert : Précipitations, vitesse du vent ou activité sismique

Nombre de clients : 55 000 clients du microcrédit Fonkoze
Couverture : Remboursement de prêt Fonkoze en cas de catastrophe naturelle. Un montant forfaitaire de 125 $US est prévu si la maison ou les locaux sont détruits, ou tout ou partie de leur stock d'activité est perdu à la suite d'une catastrophe naturelle.
Distribution : Agent de crédit Fonkoze

Contexte
Après la saison des ouragans en 2008 en Haïti, Fonkoze s'est rendu compte que le maintien des opérations des IFM deviendrait difficile si les catastrophes naturelles devaient être récurrentes. Fonkoze a commencé à rechercher activement une protection financière contre les catastrophes naturelles et a commencé à organiser MiCRO pour aider les IFM des Caraïbes (notamment Haïti) à protéger leurs clients contre les dommages causés par les catastrophes naturelles. En plus de fournir une couverture au niveau méso, l'innovation combine une couverture paramétrique basée sur la pluviométrie, la vitesse du vent ou l'activité sismique, à une évaluation des pertes réelles sur le terrain par les agents de crédit. Dans le cas où il existe un risque de base – si le paiement basé sur le déclencheur paramétrique n'est pas suffisant pour couvrir les pertes réelles – MiCRO couvre la différence, jusqu'à 1 million de $US par an.

L'importance de cette protection financière a été illustrée par le tremblement de terre en Haïti du 12 janvier 2010, qui a tué plus de 200 000 personnes et laissé le pays en ruines, avec des générations futures encore plus vulnérables au risque. Pour les pluies prolongées qui sont survenues en Haïti en mai et juin 2011, un paiement uniquement paramétrique de 1,05 million de $US a été effectué à Fonkoze. Fonkoze a évalué de manière indépendante les dégâts des emprunteurs et a versé 1,01 millions de $US à plus de 3 800 clients, y compris les abandons de créances.

Les clients de microcrédit Fonkoze ont tous été informés et ont reçu une formation sur la couverture d'assurance des catastrophes.

Défis

Risque : Haïti est exposé à divers risques naturels à fort potentiel de perte importante. Les tremblements de terre et les ouragans, ainsi que de fortes pluies, ont tendance à se produire de temps en temps.

Risque de base : MiCRO couvre 85 % du risque de base estimé à 1 million de $US par an sur une base annuelle globale.

Premiers enseignements tirés

1. Les partenariats public-privé sont une nécessité pour protéger les gens démunis contre les catastrophes naturelles.
2. Une assurance destinée aux populations à faible revenu peut être proposée dans une région exposée de façon significative à des risques naturels.
3. L'assurance peut à la fois offrir une protection à une IMF et créer de la valeur pour ses clients.
4. Les couvertures paramétriques peuvent être prises en charge lorsque le financement est disponible pour absorber des inadéquations entre la couverture paramétrique et les pertes réelles subies.
5. La formation des clients est importante. Les emprunteurs de Fonkoze ont tous été informés et ont reçu une formation sur la couverture d'assurance des catastrophes.

Source : Adapté de Morsink et al., 2011.

La dimension « macro » peut impliquer des millions de personnes, et est généralement organisée au niveau national ou international. Des systèmes importants existent aux Caraïbes, où la première mutualisation des risques assure les gouvernements de 16 pays des Caraïbes contre les ouragans et autres catastrophes *(voir encadré 4.6).* Cette couverture est censée bénéficier aux plus démunis, mais ce sont les gouvernements qui sont assurés. Au Mexique, les *Fondos* organisés par l'État assurent les agriculteurs depuis 1988 *(voir encadré 4.7),* bien que ceux-ci aient tendance à être de plus riches agriculteurs. L'accès des petits agriculteurs continue d'être difficile.

Encadré 4.6

Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF)

Infos

Début : 2007 après une phase de développement de 18 mois
Facteur d'échelle : Macro
Concepteurs de modèles : Chefs de gouvernement de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), Banque Mondiale
Porteurs de risque : CCRIF, des réassureurs internationaux dont Swiss Re, Munich Re, Paris Re, Partner Re et Hiscox, membre du Lloyd's of London
Risque couvert : Ouragan, tremblement de terre, précipitations excessives
Nombre de clients : 16 pays
Profil financier : Capital issu de donateurs (~ 65 millions de $US) et prime annuelle (200 000 $US à 3 millions de $US) par les pays membres
Distribution : Caribbean Risk Managers Limited (CaribRM)

Contexte

Après les énormes pertes causées par l'ouragan Ivan en 2004, les chefs du gouvernement de la Communauté des Caraïbes, avec l'aide de la Banque Mondiale, ont décidé de mettre en œuvre un programme de transfert de risque pour les pays membres afin d'atténuer les effets des catastrophes naturelles. Lancé en 2007, le CCRIF assure ses 16 pays membres contre les tremblements de terre, les ouragans et les pluies excessives. Des profils de risque des pays ont été créés sur la base de données historiques pour déterminer la prime pour chaque pays. Une fois qu'un niveau prédéfini de secousses, de vitesse du vent ou de quantité de pluie est atteint, le paiement se fait dans les 14 jours.

Paiements à ce jour :

2007 : ~ 1 million de $US pour les îles de la Dominique et Sainte-Lucie
2008 : ~ 6,3 millions de $US pour les îles Turques-et-Caïques
2010 : ~ 7,75 millions de $US pour Haïti (tremblement de terre) et 12,8 millions de $US pour l'ouragan Tomas (Barbade, Sainte-Lucie, Saint-Vincent et les Grenadines) ; 4,2 millions de $US pour l'ouragan Earl (Anguilla)

Le CCRIF est unique, car il est le premier programme d'assurance indexée liant divers pays avec différents niveaux de développement et différentes expositions aux risques.

Défis

Complexité : La mutualisation du risque de 16 pays soulève la complexité du produit en raison des profils de risque individuels et les appels à une meilleure communication et de meilleures relations publiques en ce qui concerne la sensibilisation des pays membres.

Viabilité financière : La combinaison des réserves mutualisées des pays participants et de la capacité financière du marché financier international assure la durabilité, mais surtout en raison des paiements relativement faibles par rapport à la réalité du dommage.

Demande : Outil de gestion des changements climatiques en tant que mouvement d'argent pour un soulagement plus rapide, mais seulement au niveau gouvernemental, aucune participation de la population.

Autres : Nécessité d'aborder le secteur agricole, car le CCRIF offre une plus grande valeur pour les zones ayant une valeur économique (grands centres économiques).

Premiers enseignements tirés

1. Les mutualisations d'assurance réduisent les coûts de transaction en raison des conditions d'assurance et d'encadrement juridique cohérentes pour tous les membres.
2. Dans la mesure où les mutualisations permettent la couverture des risques de haut niveau, elles peuvent constituer un élément d'adaptation au changement climatique.
3. Les paramètres sont difficiles à concevoir pour de petits phénomènes, de sorte que les pertes ne déclenchent pas nécessairement des paiements (par exemple, l'ouragan Dean, Jamaïque, 2007). En outre, l'assurance paramétrique peut être difficile à expliquer.
4. Les mutualisations offrent une plus grande possibilité de transfert du risque aux marchés financiers.

Sources : Hellmuth et al., 2009 ; Young, 2010 ; UNFCCC, 2011.

4.3 Défis opérationnels et solutions

Comme la plupart des programmes mis en évidence dans ce chapitre n'ont été opérationnels que pendant quelques années, certains uniquement sur une base pilote, les leçons et les expériences restent préliminaires, mais il y a un nombre croissant d'éléments de preuve à partir desquels on commence à tirer les premières conclusions. Certes, la conclusion la plus évidente est qu'il y a des défis considérables. Plus particulièrement, cette section examine les problèmes et les

solutions liés à la collecte de données météorologiques, au développement et à l'utilisation d'indices, au traitement des demandes d'indemnisation, à la formation des intervenants et à la pérennité des programmes.

Encadré 4.7

Assurance agricole contre les catastrophes pour les phénomènes climatiques, Mexique

Infos
Début : 2005
Facteur d'échelle : Macro
Concepteur du modèle : Agroasemex
Porteurs de risque : Gouvernement du Mexique, Agroasemex
Risque couvert : Sécheresse, inondations
Nombre de clients : 800 000 agriculteurs (en 2008)
Distribution : Les gouvernements fédéraux/provinciaux

Contexte
Les agriculteurs de subsistance au Mexique souffrent souvent d'un excès ou d'un manque de précipitations. Pour atténuer les effets sur la population rurale, les fonds d'assistance fédéraux sont fournis par Programa de Atención, un « Contingencias Climatológicas » (Programme des contingences climatiques ou PACC). Pour améliorer la gestion des risques, Agroasemex, la société de réassurance de l'État, a élaboré un programme d'assurance indexée mis à la disposition du gouvernement fédéral et des gouvernements des États. La prime d'assurance est prise en charge en grande partie par le gouvernement fédéral. Le pourcentage couvert par le gouvernement des États dépend du niveau de marginalisation de la population assurée. Pour les municipalités ayant un niveau élevé de marginalisation, le gouvernement fédéral couvre 90 % de la prime, tandis que les 10 % restants sont couverts par le gouvernement de l'État correspondant. Si un paiement est déclenché, les fonds sont distribués aux agriculteurs par les gouvernements correspondants.

Défis
Viabilité financière : Entièrement subventionné, programme géré par l'État. Selon le Fonds international pour le développement de l'agriculture (Hazell et al., 2010), il est moins cher pour les gouvernements d'acheter et de mettre en œuvre une assurance indexée que de payer directement aux agriculteurs des fonds d'aide aux sinistrés.
Sensibilisation de la clientèle : Très faible, car les agriculteurs ne participent pas à la décision d'achat d'une assurance. Du point de vue de l'agriculteur, ce programme est considéré comme une aide en cas de catastrophe plutôt que comme une assurance.

Disponibilité des données : Le manque de données historiques, le nombre limité de stations météorologiques et la capacité technique restreinte limitent en outre le facteur d'échelle.
Risque de base : Selon l'étude du FIDA, il y a 2 cas de risque de base à ce jour, celui pour lequel le paiement est effectué sans pertes subies, et celui pour lequel des pertes ont été subies et aucun paiement n'a été effectué. Après le tout dernier événement, l'État concerné, le Michoacán, a perdu confiance dans le système et s'est retiré. Pour réduire le risque de base, la distance entre les stations météorologiques aurait besoin d'être réduite à 10–20 kilomètres, mais il n'y avait pas suffisamment de ressources pour le faire.

Premiers enseignements tirés

1. Les gouvernements peuvent s'attaquer aux effets du changement climatique à l'aide de l'assurance indexée, qui peut fonctionner comme un outil efficace pour la gestion des risques et le transfert des risques par l'intermédiaire des fonds fédéraux d'aide.
2. Le champ d'application de l'assurance indexée dépend fortement de la disponibilité de données fiables.
3. L'agrégation de la répartition géographique des risques et des clients permet d'inciter le marché international de la réassurance à prendre part à des produits d'assurance.

Sources : Hellmuth et al., 2009 ; Levin et Reinhard, 2007 ; Hazell et al., 2010 ; AGROASEMEX 2011.

4.3.1 Les données météorologiques

Les données sont cruciales pour le développement de produits d'assurance. Dans l'économie informelle, les données sur les clients – et les séries de données plus encore – sont presque inexistantes. Avec les données liées aux risques, en particulier les données météorologiques, la situation n'est souvent pas meilleure.

Les rares données disponibles dans les pays en voie de développement rendent cette situation particulièrement difficile pour les micro-assureurs. Pour l'élaboration des indices liés à l'assurance Intempéries, il faut disposer de données météorologiques qui doivent couvrir une période de 30 ans. Il est pratiquement impossible de développer des produits et des déclencheurs pertinents à l'aide des séries chronologiques de 10 ans ou moins. Les données manquantes peuvent être extrapolées à l'aide de procédés informatiques, qui créent des approximations réalistes sur des conditions réelles (Corbett, 2006), bien que l'utilisation des données calculées soit difficile, en particulier en micro-assurance.

Dans un monde où une prise de conscience de l'importance de l'assurance doit d'abord être développée, les formules et chiffres abstraits peuvent contribuer

à l'incertitude. Par exemple, la couverture contre la sécheresse en Éthiopie *(voir l'encadré 4.3)* a utilisé les données de 26 stations météorologiques seulement. Il n'est pas facile d'exposer à un agriculteur que la valeur à laquelle se réfère la couverture agricole a été mesurée à une certaine distance de sa parcelle de terrain. Une solution consiste à augmenter le nombre de stations météorologiques pour qu'elles soient à proximité d'un plus grand nombre d'agriculteurs, mais cela entraîne des coûts et il n'y a pas de consensus quant à la distance qu'il devrait y avoir entre les stations.

Une autre solution peut être celle des méthodes d'analyse à distance, qui devraient faciliter à l'avenir l'élaboration d'indices pertinents. Certains développements techniques, tels que les images par satellite sur une large zone et les photographies aériennes d'une région, devraient permettre une amélioration du rendement des cultures et des estimations des pertes, stimulant ainsi la micro-assurance agricole. Reste à savoir s'il sera plus facile ou plus difficile d'expliquer une telle approche aux agriculteurs.

4.3.2 Solutions indexées

Pour gérer de gros volumes de petits sinistres, les couvertures indexées sont généralement plus faciles à gérer que celles à base indemnitaire. Ces dernières prennent du temps et sont onéreuses car les pertes doivent être évaluées et réglées individuellement. Avec les couvertures indexées, on s'accorde sur un déclencheur spécifique (par exemple, la température, les précipitations et la vitesse du vent). Si ce seuil est atteint, un paiement est effectué, ce qui simplifie le processus de règlement des demandes d'indemnisation. Les paiements sont effectués indépendamment de l'ampleur de la perte réelle pour l'assuré.

Cependant, il peut aussi y avoir des effets négatifs. Étant donné que la perte ne peut pas être couverte en totalité, comme elle le serait avec une couverture indemnitaire, cela génère un risque de base pour l'assuré et un risque de réputation pour l'assureur. Par exemple, avec une couverture indexée pour l'agriculture, le risque de base peut être occasionné de 2 façons :

- **l'indice est déclenché, mais il n'y a pas de pertes :** Un petit exploitant a peu de pertes de récoltes dans une saison de récolte, mais reçoit un paiement parce qu'une valeur d'indice convenue (point de déclenchement) a été atteinte. L'agriculteur se réjouit de recevoir un paiement. Cependant, pour les clients inexpérimentés et dans l'incertitude, cela peut être contre-productif là où l'acceptation d'un nouveau produit d'assurance est en jeu.
- **l'indice n'est pas déclenché, mais il y a des pertes :** Il est difficile de faire comprendre aux assurés qu'ils ne recevront pas de paiement en dépit des pertes réelles

subies. Le système d'assurance peut être discrédité pour plusieurs années, en particulier si un grand nombre de personnes sont touchées.

Au cours de la première décennie du XXIe siècle, il y a eu des dizaines de tests pilotes en assurance indexée, pour la plupart fortement subventionnés par l'argent de donateurs, mais peu d'entre eux se sont maintenus plus de 2 ans. Le risque de base n'est évidemment pas le seul problème. Comme évoqué ci-dessus, l'accessibilité financière et la souscription sont des problèmes majeurs, et si les programmes n'atteignent pas un facteur d'échelle, ils ne seront pas viables. Le passage du niveau micro aux niveaux méso et macro pour les couvertures des risques météorologiques et catastrophiques sont en partie le reflet de cette expérience.

La conception des produits est un autre défi. Il est généralement conseillé de définir une valeur de déclenchement simple qui est bien acceptée. Déjà dans l'ancienne Égypte, un lien avait été établi entre la taxe agricole et le niveau du fleuve au niveau de l'île Éléphantine : plus le niveau de l'eau était élevé, meilleurs étaient les rendements et plus élevés étaient les impôts. Un « système déclencheur » similaire, facilement compréhensible reposant sur une mesure de seuil connue de tous devrait contribuer à accroître l'acceptation de la couverture. Cependant, bien que les déclencheurs simples soient plus faciles à comprendre, ils peuvent augmenter le risque de base tout en ne couvrant pas les risques réels auxquels sont confrontés les agriculteurs. Les formules de déclenchement complexes sont peut-être plus précises, mais si seuls les experts peuvent les comprendre, elles peuvent être contre-productives. L'encadré 20.2 propose une autre approche qui est probablement facile à comprendre pour les agriculteurs et répond mieux à leurs besoins.

Néanmoins, la corrélation entre les variables météorologiques dans les déclencheurs et les dommages réels peut être faible, même avec des conceptions de produits sophistiquées. Selon les experts de Munich Re, la corrélation est estimée à un maximum de 60 %. Par conséquent, une approche hybride, telle que celle utilisée par MiCRO en Haïti, qui combine les méthodes paramétriques à celles reposant sur l'indemnisation, représente une solution alternative intéressante. De même, le gouvernement indien teste actuellement un Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS) qui combine les indices climatiques et les indices de rendement des surfaces *(voir encadré 20.4)*.

En raison du changement climatique, il est important de reconnaître que le modèle de données est susceptible de changer au fil du temps. Par conséquent, il sera nécessaire de réévaluer régulièrement la conception du produit, y compris les risques couverts, les périodes et les déclencheurs, pour que la couverture continue à être adéquate.

4.3.3 Gestion des demandes d'indemnisation

Il est pratiquement impossible de faire comprendre le principe de l'assurance si aucun dommage ne survient pendant des années. Il est donc utile de concevoir le produit de telle sorte que des demandes d'indemnisation soient réglées de temps en temps. Tenir compte d'une plus grande fréquence de dommages a un impact immédiat sur les tarifs, mais constitue un point important pour l'acceptation de la notion d'assurance, en particulier pendant la phase de lancement. Par conséquent, il est utile de prendre en compte différents ensembles de déclencheurs et de paiements définis pour les grandes catastrophes, ainsi que de plus petits paiements pour des événements plus ponctuels. Si cela peut être géré de manière rentable, de petits paiements fréquents renforceront la confiance dans le programme d'assurance et augmenteront la demande de couverture pour des événements extrêmes.

Dans le cas de catastrophes naturelles, le règlement des demandes d'indemnisation est particulièrement complexe. D'une part, de nombreuses demandes doivent être traitées et réglées, tandis que d'autre part, les personnes touchées sont souvent en état de choc car, outre les biens matériels, des objets de valeur sentimentale peuvent être perdus ou endommagés. En cas de blessures personnelles, le stress émotionnel est particulièrement élevé. Un manque de compréhension et une approche maladroite peuvent facilement conduire à la frustration des 2 côtés. Toutefois, les produits indexés qui n'ont pas besoin d'un ajustement étendu des pertes peuvent être une solution rentable pour accélérer le processus de règlement des demandes d'indemnisation. Le traitement des sinistres peut être encore accéléré si le programme utilise des stations météorologiques automatisées qui transmettent régulièrement les précipitations et d'autres données météorologiques directement à l'assureur *(voir la section 24.4)*.

Une gestion efficace des demandes d'indemnisation exige une préparation considérable avant que l'événement assuré ne survienne. Lors de la planification de scénarios, il faut faire attention au potentiel de dommages – le montant probable du dommage et le nombre possible d'assurés concernés – et les systèmes opérationnels doivent être mis en place pour y répondre. Des fonds pour un règlement rapide doivent être gardés en réserve ou être facilement disponibles. La clé du succès futur d'une couverture réside dans les exigences simples de documentation des demandes d'indemnisation, un traitement administratif facile, des circuits de décision clairs et un calendrier précis. Un suivi des dossiers mal géré discréditera la micro-assurance pendant des années et affectera la crédibilité des assureurs.

4.3.4 Formation et renforcement des capacités

La formation et la compréhension des mécanismes de l'assurance nécessitent une attention particulière lorsqu'il s'agit du marché des gens à faible revenu. De nombreuses publications traitent du problème souvent cité du manque de connaissances en matière d'assurance *(voir chapitre 14),* des solutions nouvelles émergeant à différents niveaux :

- **Clients :** Une formation efficace de la clientèle, le développement d'une culture de l'assurance sur le marché des personnes à faible revenu, la satisfaction d'une demande non satisfaite pour de nouveaux produits
- **Prestataires :** Renforcer la capacité du personnel, trouver les bons modèles d'activité et les bons canaux de distribution
- **Régulateurs :** Élimination des obstacles réglementaires, développement d'approches systématiques et complètes *(voir chapitre 25)*

Dans le contexte du changement climatique, la question est un peu différente. Qui a besoin de connaître le sujet et comment ? Comment prendre en compte le changement climatique et comment communiquer sur ce changement climatique ? Les changements climatiques ont lieu sur plusieurs années et décennies. En conséquence, le phénomène est abstrait, même s'il est de mieux en mieux compris (Edenhofer et al., 2010). On peut supposer que si les habitants des régions touchées perçoivent les changements climatiques, il n'y a souvent aucun lien avec le phénomène complexe du climat.

À cet égard, la communication sur le changement climatique doit se faire de différentes façons à différents niveaux, par la sensibilisation à des stratégies d'adaptation à de nouvelles conditions et de gestion efficace des risques supplémentaires. Par exemple, au sein d'une compagnie d'assurance, le personnel peut être formé et davantage sensibilisé. Il est également essentiel de faire connaître les réussites et les obstacles. Si on ne parvient pas à faire comprendre les précieuses perspectives, il faudra constamment « réinventer la roue ». En ce qui concerne les intermédiaires, les agrégateurs et les clients, il est nécessaire d'adapter la communication afin de créer une compréhension des concepts liés à la météorologie en se référant à des conditions météorologiques qui ont fait l'objet d'expérimentation et par des mesures d'atténuation des risques que l'on peut prendre. Répondre aux spécificités locales et aborder la situation individuelle du groupe cible facilitent l'introduction de concepts de couverture.

4.3.5 Pérennité

Les solutions durables sont de bonnes solutions. Elles sont économiquement stables et améliorent les conditions de vie des personnes assurées pour des années.

Comme le secteur de la micro-assurance est jeune, il est difficile de parvenir à un équilibre entre les années où il y a peu de sinistres et les années où il y en a beaucoup. Il faudrait envisager les lignes directrices suivantes si l'on doit traiter la micro-assurance de manière durable dans le contexte du changement climatique :

- **Modalités pluriannuelles :** Des partenariats de risque reposant sur la confiance se développent sur une longue période et sont l'un des fondements de partage fructueux des risques. Les programmes d'assurance qui visent seulement un profit à court terme ne fonctionnent pas. Les partenariats stables sont donc nettement préférables à la concurrence pour des primes avantageuses.
- **Répartition géographique :** Plus les produits d'assurance sont répartis géographiquement par-delà les frontières, plus il sera facile d'assumer la charge des risques liés au climat. Le système d'assurance solidaire fonctionne mieux quand il est réparti sur une grande zone, tout comme le rôle important de la réassurance.
- **Des opérations efficaces :** En ce qui concerne l'assurance agricole, un lien entre les prêts et l'assurance des récoltes est essentiel pour atteindre un facteur d'échelle et maintenir des coûts de transaction dans des limites raisonnables. On peut trouver d'autres possibilités d'intégration dans la chaîne d'approvisionnement en agriculture, par exemple l'association d'une couverture à des semences et des engrais. En ce qui concerne la couverture non-agricole, les liens avec des prêts peuvent également être un point de départ utile, comme dans les exemples de CLIMBS et MiCRO, mais il est important d'explorer d'autres moyens d'agrégation des risques pour des interventions au niveau méso.
- **Dialogue et compréhension :** Les intervenants (hommes politiques, scientifiques, représentants d'entreprises, assurés) ont généralement une compréhension différente de la langue utilisée. Pour éviter les malentendus, un accord clair sur les objectifs et les délais et un dialogue ouvert sont nécessaires. C'est seulement si tous les acteurs sont conscients des avantages de la coopération que l'on peut s'attendre à un engagement fort.

4.4 Rôle des acteurs clés

Pour que l'assurance joue un rôle dans l'aide apportée aux ménages à faible revenu afin qu'ils puissent faire face à l'impact du changement climatique, un effort concerté et coordonné de nombreux intervenants sera nécessaire. Cette section décrit brièvement les rôles importants à jouer pour les gouvernements et les donateurs, les assureurs et les concepteurs de produits, les réassureurs et les partenariats public-privé.

4.4.1 Les gouvernements et les donateurs

Comme évoqué au chapitre 25, le passage de programmes non réglementés à des assureurs réglementés est crucial pour la micro-assurance des catastrophes, car il leur permet d'accéder à la réassurance. Cependant, les gouvernements ont un rôle encore plus important à jouer : faire face au changement climatique et à son impact. Dans ce contexte, la micro-assurance n'est qu'une pièce d'un plus grand puzzle.

Les couvertures de catastrophes liées aux conditions météorologiques doivent être prises en compte lors de la conception de la réglementation de la micro-assurance et des stratégies nationales. Ce faisant, il est important de se rappeler que les compagnies d'assurance paient les indemnités uniquement a posteriori, après la survenance d'un événement. Cependant, les mesures préventives étant un élément clé de la gestion des risques, les gouvernements devraient également concevoir et mettre en œuvre des stratégies nationales de réduction des catastrophes.

Dans ce contexte, les exigences envers les gouvernements ne sont pas différentes de celles du secteur de l'assurance classique (Mills, 2008) :

- Agir en chef de file dans un effort national coordonné pour améliorer la résistance aux catastrophes par l'adoption, l'application et la mise en œuvre de codes de construction améliorés.
- Exiger que les assureurs recueillent et analysent des données plus complètes sur les dommages liés aux conditions météorologiques et leurs implications en assurance.
- Relever les normes de pratique de modélisation des catastrophes et créer une modélisation non-exclusive et une entité de collecte de données.
- Soutenir la détermination de prix en fonction du risque en se fondant sur une meilleure compréhension des risques liés au climat en combinaison avec la responsabilité de l'assureur pour les questions d'accès et d'accessibilité financière.
- Promouvoir le développement de produits d'assurance respectueux du climat et les incitations de prime par des lois et/ou des réglementations modèles.
- Promouvoir des partenariats avec les assurés pour atténuer les pertes.
- Sauvegarder des réserves et des excédents, en fonction de la compréhension du changement climatique, et encourager des investissements prudents dans des technologies et des secteurs qui feront partie de la solution.

L'un des principaux obstacles à la disponibilité des produits de micro-assurance couvrant les risques liés aux conditions météorologiques sont les coûts de démarrage élevés. Durant une période caractérisée par un faible nombre ou l'absence de primes, des ressources sont nécessaires pour financer un ensemble de tâches, y compris la recherche de la demande et du risque, l'identification et la sélection des partenaires crédibles pour accéder au marché des personnes à faible

revenu, la collecte de données et la surveillance de la gestion. Un soutien financier ou des subventions augmenteront l'accessibilité financière, l'étendue et la pérennité des programmes de micro-assurance.

Une assurance concurrentielle peut être un fardeau trop lourd pour ceux qui vivent et travaillent dans une situation vulnérable, sans possibilité de réduire leur exposition au risque à un prix raisonnable. Cependant, la subvention directe des primes réduit l'incitation pour les assurés à prendre des mesures adéquates d'atténuation des risques. Les incitations à réduire les risques peuvent donc entrer en conflit avec l'accessibilité financière (Picard, 2008). Alors que certains peuvent instinctivement se tourner vers des donateurs de telles subventions, les expériences menées en Inde *(chapitre 20)* montrent comment les gouvernements peuvent utiliser ces interventions pour stimuler le développement du marché.

Le cas échéant, les gouvernements devraient également encourager la création d'associations de micro-assurance ou soutenir celles qui existent déjà. Le financement de ces structures de soutien soulève un défi majeur, étant donné que plusieurs d'entre elles ne collectent pas suffisamment d'argent auprès de leurs membres pour pouvoir couvrir entièrement leurs frais. Cela peut être un domaine dans lequel les subventions pourraient également s'avérer efficaces. Des subventions peuvent également être requises pour la recherche et le développement, comme la création de nouveaux produits, l'amélioration des prestations ou l'utilisation des technologies.

Lorsque l'on regarde le rôle des gouvernements et des donateurs dans une perspective plus large, ils ont un rôle à jouer dans l'élaboration des politiques, la participation et le consensus pour créer un environnement propice et renforcer les institutions (Trommershäuser et al., 2006). Cependant, le développement de produits et des prix, les ventes, l'administration et la gestion des demandes d'indemnisation restent des éléments forts du secteur de l'assurance. Toutes les autres tâches pourraient être financées ou même gérées par les gouvernements et les donateurs. De cette façon, ils subventionnent indirectement un programme d'assurance sans affecter la détermination des prix en fonction des risques, ce qui peut être considéré comme des « subventions intelligentes ».

Les subventions intelligentes réduisent les coûts pour le prestataire d'assurance ainsi que le temps pour atteindre le seuil de rentabilité. D'autres aides financières ciblées, comme les subventions conditionnelles pour les agrégateurs (par exemple, les communautés, les IMF ou les coopératives) qui participent à des programmes d'atténuation des risques peuvent compléter la participation du gouvernement et des donateurs (Association de Genève, 2009).[3] La combinaison de ces efforts est

[3] Outre l'assurance, les assureurs peuvent offrir d'autres services connexes. Par exemple, les experts en agriculture travaillant dans les assurances et les sociétés de réassurance peuvent avoir une meilleure compréhension générale qu'un agriculteur individuel, et peuvent suggérer un changement de culture pour réduire les risques et rendre l'assurance plus abordable.

susceptible d'augmenter la portée et assurer un niveau élevé de participation, ce qui améliore la viabilité et l'impact des systèmes de micro-assurance.

4.4.2 Les assureurs, concepteurs de produits

L'impact régional du réchauffement climatique varie considérablement. Dans certains endroits, les pluies torrentielles et les crues éclair se produisent plus souvent. Dans d'autres, les vagues de chaleur et les sécheresses sont de plus en plus intenses et durent plus longtemps. Les services météorologiques nationaux et les organismes internationaux comme l'Organisation Météorologique Mondiale peuvent généralement fournir des informations sur les changements climatiques dans certaines régions du monde. Les concepteurs de produits et les assureurs doivent obtenir une image précise de la façon dont les changements peuvent affecter les phénomènes météorologiques et les conditions atmosphériques.

À cet égard, il faudrait compiler et analyser autant d'événements historiques que possible, en consultation avec les experts en météorologie ou en climat, pour évaluer le risque. Du fait du réchauffement climatique, il y a lieu de s'attendre à des surprimes. Comme pour les données climatiques, les périodes analysées ne devraient jamais être inférieure à 10 ans, une analyse de 30 ans étant considérée comme scientifiquement valable. Des effets positifs, tels que la probabilité de moins de gel, doivent également être pris en compte dans la planification, bien que dans le développement de produits, ce sont les effets négatifs qui tendent à prédominer.

4.4.3 Réassureurs

Le rôle de la réassurance dans la micro-assurance couvrant les risques de catastrophes n'est pas très différent de celui du marché régulier de l'assurance. Il est tout indiqué pour les micro-assureurs de prendre une réassurance contre les catastrophes si elle est abordable et disponible. La réassurance réduit la volatilité et peut être une condition préalable à la rentabilité, en particulier dans le contexte du changement climatique (Fondation Munich Re, 2011). Par exemple :

- La réassurance stabilise les conditions financières de l'assureur en particulier lorsque des phénomènes rares tels que les catastrophes naturelles se produisent.
- Elle répond aux exigences de fonds propres réglementaires ou même joue un rôle en tant que source de capitaux pour les entreprises ayant des moyens limités.
- Elle fournit des services professionnels supplémentaires pour les assureurs tels que l'assistance technique, la formation ou le soutien lors de la phase de développement du produit.

Quand il s'agit de micro-assurance et de catastrophes naturelles, le dernier de ces 3 points est devenu de plus en plus important, car les réassureurs ont un bon accès aux données et à l'expertise, ce qui est essentiel pour une évaluation appropriée des risques et la tarification.

Les réassureurs sont réticents à fournir de la réassurance aux programmes de micro-assurance, mais cette situation est en train d'évoluer, comme le montrent les récents produits de Swiss Re, par exemple. Les réassureurs sont limités aux activités effectuées uniquement avec des assureurs agréés, si leur participation peut être améliorée par la réglementation qui formalise les programmes informels, comme aux Philippines *(voir encadré 25.5).* Cependant, la petite taille de nombreux programmes rend la réassurance relativement coûteuse. Les réseaux ou autres agrégateurs, comme la Fédération internationale des coopératives et mutuelles d'assurance (ICMIF) dans le cas de mutuelles ou CLIMBS pour les coopératives philippines *(voir encadré 4.4),* peuvent faciliter un accès plus large à la réassurance.

4.4.4 L'approche partenariat public-privé (PPP)

Malgré les différents rôles de ces intervenants, il est également essentiel d'examiner comment ils peuvent travailler ensemble. Par exemple, un système d'assurance des récoltes peut être une occasion unique de mettre en commun les forces et les talents des différents intervenants, y compris le gouvernement et les organisations internationales, les agriculteurs et les organisations paysannes, le secteur de l'assurance ou de la réassurance, le secteur bancaire, y compris les institutions de micro-finance, et les fournisseurs d'intrants agricoles. Une action coordonnée est une condition préalable pour augmenter la pénétration du marché et apporter des solutions d'assurance aux petits exploitants. Les difficultés croissantes de l'agriculture peuvent être résolues avec l'aide de PPP *(voir encadré 4.8).* Il est essentiel que le rôle des groupes participants – l'État, le secteur agricole et le secteur de l'assurance – soit clairement défini, par exemple :

- **L'État :** Prévoir un cadre juridique, définir l'assurance agricole dans le cadre de la politique agricole nationale, et éventuellement cofinancer les primes. Dans les pays en voie de développement où les institutions de l'État n'ont parfois pas suffisamment de ressources, certaines tâches peuvent être assumées par des organisations internationales.
- **Les agriculteurs :** Financer une partie du transfert des risques via les primes d'assurance, conserver une partie du risque sous la forme d'une franchise, ou avec des produits indexés comme risque de base, et appliquer des méthodes de production durable propres à chaque site afin de minimiser les risques de production.
- **L'assurance/la réassurance :** Assumer le rôle de porteur de risque, commercialiser et gérer des polices d'assurance, développer des portefeuilles et des produits, et

régler les sinistres. La meilleure pratique consiste pour les compagnies d'assurance à travailler ensemble en consortiums d'assurance, réunissant et développant des compétences spécialisées en assurance agricole dans une société de gestion.

Bien qu'elle existe dans plus de 100 pays, l'assurance agricole est encore limitée dans la plupart des économies en voie de développement, et la majorité des petits agriculteurs doivent actuellement supporter le risque climatique eux-mêmes. Grâce à des partenariats public-privé, il est possible d'exploiter les points forts des différents intervenants pour améliorer l'accès (voir Herbold, 2010 et 2011).

Encadré 4.8

SystemAgro, l'approche PPP en Turquie

Faits avérés 2009
Somme assurée : 1 416 500 000 € (2 098 360 000 $US)
Volume des primes : 58 773 000 € (85 251 000 $US)
Nombre de polices : Au total 306 770 ; assurance des récoltes 285 243
Zone assurée : Au total 559 509 hectares, 2 hectares/police en moyenne
Bétail assuré : 112 202 têtes

Contexte
SystemAgro, développé par Munich Re, est un partenariat public-privé (PPP) entre l'État, les agriculteurs et le secteur de l'assurance.

Organisme
– Le gouvernement fournit une subvention à la prime de 50 % et un cofinancement pour les pertes liées aux catastrophes.
– Consortium d'assurance : Créé par 22 compagnies d'assurance.
– Conseil de consortium : Agit comme un comité de direction composé de sept membres (Ministère de l'Agriculture, du Trésor, de l'Association d'assurance, l'Union des agriculteurs).
– La société de gestion Tarsim : responsable des opérations d'assurance.
– Système opérationnel depuis 2006.

Défis
L'augmentation de la pénétration du marché
Le développement de produits :
– Culture – complément de produits d'assurance de pertes directes (risques assurés : grêle, gel, tempête, inondation) avec des produits de garantie de rendement (risques assurés : tous les risques climatiques) pour les cultures arables.
– Élevage – rendre les produits d'assurance de troupeaux plus attractifs par rapport aux polices Mortalité des animaux simples.

Réduire les coûts de transaction

Premiers enseignements tirés

1. L'action concertée de ce type est une condition préalable à la fourniture de solutions d'assurance pour les secteurs moins bien desservis.
2. La création d'un lien entre les crédits de production et l'assurance des récoltes est essentielle pour le facteur d'échelle et le maintien des coûts de transaction dans des limites raisonnables.

Source : Herbold, 2010 et 2011 ; www.munichre.com/systemagro.

4.5 Conclusion

Pour s'adapter à l'évolution des conditions climatiques et faire face aux catastrophes qui en résultent, la communauté internationale a promis des fonds importants pour financer des mesures d'adaptation. Le fonds par voie directe de 10 milliards de $US par an approuvé en 2009 doit augmenter jusqu'à 100 milliards de $US par an d'ici à 2020. Les premiers fonds de cette ressource ont été attribués par les ministères concernés en 2010 (Wiedmaier-Pfister et al., 2009). Ce chapitre a identifié un certain nombre de domaines dans lesquels ces fonds pourraient être utilisés ou investis pour améliorer l'efficacité de la micro-assurance dans le contexte du changement climatique, y compris l'amélioration des infrastructures de la météorologie, l'assistance technique pour améliorer la conception du produit, la sensibilisation au rôle de l'assurance dans la gestion des risques liés au changement climatique, et les subventions pour permettre à des programmes de démarrer et d'évoluer rapidement.

Tous les programmes de micro-assurance, indépendamment des risques qu'ils couvrent, nécessitent d'évaluer comment leur expérience des demandes d'indemnisation pourrait changer à l'avenir en raison de l'impact du changement climatique. L'assistance technique de spécialistes du changement climatique peut permettre à des programmes d'assurance Santé, Vie ou agricole de comprendre comment leurs profils de risque peuvent évoluer au fil du temps, et quelles mesures ils peuvent prendre pour gérer ces risques, y compris l'accès à la réassurance.

Les programmes d'assurance qui ont tenté de s'attaquer aux risques météorologiques et catastrophiques au niveau micro ne sont pas parvenus à atteindre un facteur d'échelle sans subventions gouvernementales. Certes, il serait souhaitable que les subventions de primes et les subventions intelligentes pour la recherche, le développement de produits et la formation des consommateurs utilisent ces fonds pour améliorer l'efficacité de l'assurance basée sur les indices climatiques.

Des investissements supplémentaires pourraient soutenir les efforts novateurs pour surmonter les défis clés, tels que la télédétection et l'expérimentation des approches hybrides pour réduire le risque de base, et la conception de déclencheurs efficaces mais compréhensibles.

De même, une plus grande expérimentation avec des interventions aux niveaux méso et macro est justifiée pour étudier d'autres approches visant à réduire la vulnérabilité des gens les plus démunis vis-à-vis des risques liés au changement climatique. Bien qu'il ne s'agisse pas spécifiquement de micro-assurance, les interventions aux niveaux méso ou macro peuvent être un moyen plus efficace de protéger les gens à faible revenu contre les catastrophes naturelles. Les fonds devraient également être utilisés pour accroître la sensibilisation des intervenants clés aux rôles qu'ils peuvent jouer pour améliorer l'efficacité de l'assurance comme outil d'adaptation au changement climatique, y compris la création de partenariats public-privé.

Au niveau opérationnel, l'assurance des risques climatiques est une question difficile mais importante que les micro-assureurs doivent aborder. Une assistance technique pourrait aider ces organisations à surmonter les défis et mettre en œuvre les orientations décrites dans le présent chapitre, y compris :

- Collaborer avec les assurés pour mettre en œuvre des activités adéquates de prévention des risques.
- Acquérir une solide base de données et suivre de près l'expérience.
- Développer des produits qui répondent aux besoins des personnes à risque, en tenant compte de leur capacité et de leur volonté à payer et l'infrastructure de paiement dont ils peuvent disposer.
- Prendre en compte le potentiel de dommages, y compris les événements fréquents et peu fréquents, pour augmenter la probabilité selon laquelle les assurés feront l'expérience des avantages de l'assurance.
- Mettre en place une opération d'assurance efficace en insistant particulièrement sur la gestion des demandes d'indemnisation et la communication.
- Ajuster régulièrement la conception des produits en fonction de l'évolution des conditions climatiques et de l'impact sur les populations à faible revenu.

Le changement climatique ne va certainement pas minimiser mais plutôt accroître les problèmes. Grâce à une analyse minutieuse des leçons et des expériences, à la participation de multiples intervenants et à l'utilisation judicieuse des subventions, il sera possible de réduire la vulnérabilité des gens pauvres vis-à-vis des catastrophes météorologiques et du réchauffement climatique.

II Assurance Santé

5 Innovations et obstacles en micro-assurance Santé

Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen et Jeanna Holtz

Ce chapitre est adapté du Microinsurance Paper 6, publié par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT (2010). Les auteurs souhaitent remercier tout particulièrement Tilman Ehrbeck qui, en tant que partenaire de la McKinsey and Company, a mené un premier travail critique sur la micro-assurance Santé pour le Fonds et dont les idées ont aidé à élaborer le contenu de ce chapitre. Les auteurs ont bénéficié du concours de plus de 30 experts lors des entrevues et des réunions et remercient, pour leurs commentaires utiles, Margaret Cornelius (Gates Foundation), Denis Garand (DGA), Ajay Mahal (Harvard), John Pott (ex-AKAM) et Evelyn Stark (Gates Foundation), qui ont révisé une première ébauche de ce chapitre. En conclusion, ils remercient David Ernsthausen pour son aide dans l'identification des manuscrits à réviser, et sont reconnaissants pour l'aide à la recherche apportée par le Kenan-Flagler Business School et le Gillings School de Global Public Health à l'université de la Caroline du Nord à Chapel Hill.

La micro-assurance Santé (MAS) offre une voie prometteuse pour minimiser les risques, dus à la maladie et à une mauvaise santé, auxquels sont exposés de façon disproportionnée les citoyens du monde les plus pauvres. Dans les pays en voie de développement, la maladie est mentionnée, plus fréquemment que la perte d'un travail, comme la cause principale de la pauvreté (Dodd et al., 2002 ; Asfaw, 2003) et de nombreuses personnes ayant de faibles revenus ne peuvent pas se permettre un traitement médical. Les risques sanitaires constituent des menaces sérieuses pour la vie et les moyens d'existence des gens pauvres, et la protection de la santé fait partie intégrante des nombreux buts à atteindre du Millénium Development Goals. On sait peu de chose sur l'impact de la MAS sur la santé et le bien-être des ménages, cependant quelques indicateurs positifs de la valeur de la MAS sont apparus récemment. Le point fait sur les recherches dans ce chapitre montre que l'accès à la MAS réduit les dépenses de santé « de sa poche », particulièrement pour les accidents de santé les plus sérieux, et améliore l'accès aux soins de qualité pour ceux qui sont assurés.

La MAS est l'une des nombreuses options potentielles de financement des soins de santé pour les gens pauvres. D'autres options vont de la dépense « de sa poche » ou du crédit à l'accès partiel ou universel aux services de soins de santé organisés par l'État. Des recherches indiquent que 26 % des ménages des pays à faibles et moyens revenus recourent à la vente d'actifs et à l'emprunt pour couvrir les dépenses de soins de santé (Kruk et al., 2009), ce qui suggère qu'il y a un vide énorme à combler en matière de financement des soins de santé. Bien que les soins de santé soient de plus en plus perçus comme un des droits de l'homme et un bien public, dans la réalité les contraintes de ressource sont un frein au déploiement et au renforcement du financement national des soins de santé. Dans ces cas-là, la MAS peut être une alternative possible ; les stratégies hybrides qui combinent la MAS du secteur privé avec les efforts menés par le secteur public promettent également de repousser les frontières en matière de financement des soins de santé pour les gens pauvres.

Les programmes MAS du secteur privé visent à combler ce vide, mais la conception de produits de santé très utiles et durables est en soi plus complexe qu'avec d'autres types de micro-assurance. La plupart des produits de santé couvrent les risques catastrophiques, qui apparaissent à une fréquence faible, sont souvent imprévisibles, et entraîne un besoin de services à coût élevé. Ces événements catastrophiques sont plus faciles à assurer que les besoins courants en matière de soins de santé, ainsi les assureurs se sont concentrés sur eux, en concevant souvent une couverture pour patients hospitalisés seulement. Cependant, les programmes MAS s'efforcent d'atteindre l'adhésion durable pour ces polices pour patients hospitalisés, en partie parce que les gens pauvres perçoivent plus de valeur dans une couverture de services à fréquence élevées, prévisibles et souvent peu coûteuses.

En dépit des indicateurs positifs et du potentiel de la MAS, il y a de nombreux défis qui jouent contre le développement et l'impact du secteur. Ce chapitre, basé sur une étude thématique plus longue qui inclue un passage en revue de 68 documents couvrant la période allant de 1999 à 2010 et des entretiens avec 31 experts représentatifs, discute ces défis et propose des marches à suivre. La partie suivante passe en revue la documentation sur l'impact de la MAS, et est suivie d'un résumé des principaux obstacles à l'offre et la demande, et des innovations qui peuvent faire avancer le domaine.

5.1 Preuves de l'impact de la micro-assurance Santé

Il y a de nombreuses études consacrées à l'évaluation de l'impact et les opportunités que crée la MAS. Tandis que le chapitre 3 donne une vue d'ensemble plus complète de l'impact de la micro-assurance, cette partie récapitule les preuves spécifiques de l'impact de la MAS. Cet impact ressort de 2 catégories principales : 1) les finances des ménages et 2) l'accès aux soins et la qualité des soins. Malheureusement, la documentation manque encore d'informations concernant les effets à court ou long terme sur la santé, et cette partie se termine par une discussion sur les raisons pour lesquelles ce problème gangrène l'assurance et les domaines associés.

5.1.1 Impact sur la vulnérabilité financière des ménages

Globalement, une part importante des preuves publiées propose que les clients des programmes MAS bénéficient d'une meilleure protection financière contre les problèmes de santé que ceux qui ne sont pas clients. Bien que l'étendue des effets varie, les programmes aident invariablement à réduire les dépenses de santé « de sa poche » des personnes et des ménages (Galarraga et al., 2008 ; King et al., 2009 ; Wagstaff, 2007). En particulier, les programmes MAS protègent les gens pauvres

contre des accidents de santé catastrophiques (Asfaw et Jütting, 2007), bien que cela ne soit pas toujours vrai (Werner, 2009). Des résultats obtenus au Viêt Nam indiquent que la participation à des programmes MAS réduit les dépenses de santé annuelle « de sa poche » et/ou améliore l'accès aux soins de santé (Waddington, 2009). Des effets positifs de l'assurance ont été reproduits en Indonésie, au Népal, au Sénégal, en Ouganda, en République unie de Tanzanie, et dans quelques régions de l'Inde (Asfaw et Jütting, 2007 ; Dror et al., 2009 ; Gertler et al., 2009 ; Msuya et al., 2004 ; Wagstaff et Pradhan, 2005).

5.1.2 Accès aux soins et qualité des soins

En dépit de cet impact positif général sur les finances des ménages, il y a des preuves mitigées montrant que la MAS ne profite pas à tous les segments de population. Une préoccupation majeure réside dans le fait que les gens extrêmement pauvres (y compris ceux vivant en dessous du seuil de pauvreté ou ceux vivant avec moins de 2 $US par jour en termes de parité de pouvoir d'achat) ne sont pas concernés. Pour l'essentiel, les gens les plus pauvres ne peuvent pas se permettre de payer les primes, même là où l'on disposait soi-disant d'un certain niveau de subvention (Asfaw et Jütting, 2007 ; Derriennic et al., 2005 ; Msuya et al., 2004 ; Jütting, 2004 ; Wagstaff et Pradhan, 2005). Ces constatations étaient cohérentes dans tous les programmes et les pays, y compris les programmes en Inde, au Sénégal, en Ouganda, dans la République unie de Tanzanie, et au Viêt Nam.

Sur une note plus positive, alors que les gens très pauvres n'ont pas accès aux services de soins de santé via des programmes MAS, des recherches indiquent que les gens pauvres (mais relativement moins pauvres) ont un meilleur accès aux soins. En particulier, de nombreuses études révèlent que les clients des programmes MAS sont plus susceptibles d'utiliser les services d'un hôpital que ceux qui ne sont pas clients. Une étude en milieu rural de la République unie de Tanzanie a indiqué que les personnes malades membres de MAS étaient 15 % plus susceptibles de recevoir un traitement que des personnes de ménages non-membres (Msuya et al., 2004).

Selon d'autres constatations positives, les personnes membres de MAS étaient plus susceptibles, par rapport à celles qui n'étaient pas assurées, de demander un traitement contre la malaria dès le début du cycle de la maladie, dès qu'elles s'étaient rendu compte qu'elles étaient malades (Blanchard-Horan, 2007). Le résultat pour la malaria était cohérent avec le comportement en matière de demande de santé pour d'autres conditions de santé plus générales. Par exemple, des groupes de discussion et entretiens avec des directeurs de programme en Ouganda ont révélé que les membres ne remettaient plus les soins de santé à plus

tard jusqu'à ce qu'ils soient gravement malades, comme ils le faisaient avant de joindre le programme (Derriennic et al., 2005).

D'une façon générale, les personnes bénéficiant de MAS sont moins susceptibles de faire un autodiagnostic et de gérer eux-mêmes la maladie. Par exemple, l'inscription à des programmes au Viêt Nam a augmenté l'utilisation de médicaments prescrits par un professionnel de santé alors qu'elles utilisaient auparavant des médicaments non-prescrits et/ou se fiaient à des pharmaciens pour un conseil diagnostique (Wagstaff et Pradhan, 2005). L'automédication peut causer des complications médicales, telles que la progression d'une maladie non traitée ou mal diagnostiquée, des complications dues à des médications auto-prescrites, ou des problèmes de santé publique dans le cas de maladie infectieuse (Derriennic et al., 2005). De façon claire, différer les soins de santé peut mener à une morbidité et à une mortalité accrues dans de nombreux cas (Derriennic et al., 2005 ; Msuya et al., 2004).

Il faut cependant noter que de nombreuses maladies sont soignées sans intervention, ainsi l'obtention de médicaments dès le début ne permet pas toujours d'obtenir les résultats à plus faibles coûts. D'ailleurs, bien que l'accès accru aux soins soit un indicateur généralement positif, le modèle de prestations d'un programme MAS peut également influer sur l'utilisation de services de soins de santé pour des raisons non liées à la nécessité médicale. Par exemple, quand un programme MAS couvre seulement les soins d'un patient hospitalisé, il est tentant pour des clients à la recherche de prestations et des prestataires de soins de santé en quête de revenus de choisir une hospitalisation onéreuse pour des soins de santé qui pourraient être prodigués convenablement en consultation externe. De même, les programmes, dans lesquels les soins coûteraient peu chers ou ne coûteraient rien aux patients, peuvent encourager des prestataires de soins de santé sans scrupules à délivrer des médicaments inutiles ou même à effectuer une opération chirurgicale médicalement inutile.

Une question qui n'a pas suscité une attention significative est le fait de savoir si l'inscription à des programmes MAS conduit à une augmentation du comportement préventif en matière de soins, soit parce que l'assurance favorise ou couvre un tel comportement soit parce que les membres exigent de tels changements de la part des uns des autres et de leurs programmes. La question va au-delà du simple examen de l'impact de l'activité préventive discrète en matière de soins, telle que les immunisations, et inclut d'autres interventions dans des domaines tels que l'eau et les installations sanitaires, l'hygiène, l'éducation et le mode de vie.

5.1.3 Santé et bien-être

Les effets sur la santé demeurent une cible difficile à atteindre lorsque l'on tente de mesurer l'impact d'un système de santé et de la valeur de la MAS. Il y a un certain nombre de facteurs qui atténuent la capacité à mesurer les effets sur la santé. La collecte de données valides sur les effets est encore considérée embryonnaire même dans les systèmes de santé développés dans les pays riches. Inévitablement, il n'existe guère dans des cadres avec faibles ressources. En outre, la mesure de l'impact de la MAS exige un degré élevé de mesure des aspects particuliers, parce que les effets sur la santé sont fortement corrélés avec la conception des prestations et la qualité de la prestation de service (Dercon et al., 2008). Par exemple, un programme pourrait avoir un effet limité sur la santé parce que le produit MAS correspond médiocrement aux besoins locaux ou parce que la qualité des soins à l'hôpital ou à la clinique est décevante.

Alors que la recherche est assez limitée sur ce sujet, la capacité à définir et mesurer les effets sur la santé doit devenir une compétence opérationnelle courante pour un certain nombre de raisons : aider à déterminer là où l'argent doit être dépensé sur des services qui font une différence en matière de bien-être, approuver des évaluations formatrices des polices et processus MAS, permettre l'identification de meilleures pratiques pour une adoption plus large, et encourager la responsabilité et la transparence dans la conception et les mises en œuvre de programmes.

5.1.4 Potentiel de la MAS

L'émergence de programmes MAS dans le monde entier permet d'espérer que les gens pauvres pourront bénéficier, au moins, d'un niveau fiable et adéquat d'accès à des soins de santé abordables. Des recherches montrent que l'accès à la MAS réduit les dépenses de santé « de sa poche », particulièrement pour des accidents de santé catastrophiques, et améliore l'accès à des soins de santé de qualité pour ceux qui sont assurés. Il y a également des preuves que la MAS stimule un comportement important en matière de recherche de santé tel que l'utilisation de moustiquaires et la réception d'un traitement contre la malaria dès le début du cycle de la maladie. Cependant, on sait peu de choses sur l'impact de la MAS sur l'évolution de l'état de santé et le bien-être des ménages, particulièrement chez les gens les plus pauvres qui tendent à être exclus des programmes MAS et reçoivent généralement une qualité de soins inférieure. Il est toujours possible d'augmenter les avantages de la MAS chez les membres. Cela peut augmenter la capacité des gens ayant de faibles revenus à accéder aux soins médicalement nécessaires au moment opportun, ce qui réduit la catastrophe financière et favorise la productivité économique et l'utilisation efficace des ressources.

5.2 Défis de l'offre et de la demande en matière de micro-assurance Santé

5.2.1 Complexité de la micro-assurance Santé

La nature même de la MAS la différencie d'autres formes d'assurance. La micro-assurance Santé concerne la prestation de service plutôt que le paiement pour compenser une perte. De ce fait, il est extrêmement difficile de contrôler la demande et garantir que les services fournis sont appropriés. La situation est compliquée par le fait que les services de soins de santé couverts par l'assurance sont fournis par un tiers, le prestataire de soins de santé, dont la motivation peut être de maximiser ses revenus. Cela crée une autre dysfonctionnement, l'encouragement à frauder et à pratiquer des prix déraisonnables.

La MAS est rendue encore plus complexe par la forte demande de services que l'on pense nécessaires à une bonne santé. Les normes de soins évoluent en permanence et sont influencées par des facteurs tels que la technologie et l'infrastructure, une plus grande sensibilisation et des partenariats améliorés. En conséquence, la fréquence et le nombre de types de service est en augmentation (tel que la radiologie diagnostique dans la mesure où le matériel et les prestataires sont accessibles). En même temps, le coût de service est également en augmentation (par exemple le scanner remplace la radiographie), accentuant la difficulté de prodiguer un soin approprié et abordable. Les ménages ayant de faibles revenus souffrent de façon disproportionnée de maladies infectieuses et des conséquences de mauvaises conditions de vie, et sont également de plus en plus sujets à des maladies chroniques liées au mode de vie, telles que le diabète et les maladies cardiaques, qui sont traditionnellement plus courantes dans des populations à revenu élevé.

Parmi de tels défis, les programmes MAS diffèrent sur beaucoup d'aspects : ils diffèrent sur la conception des programmes, y compris le degré d'intégration avec des prestataires de soins de santé, les approches en matière de distribution et de service concernant la couverture ou les prestations. Cette complexité existe pour une raison ; les différentes configurations de programme satisfont aux différents besoins dans l'environnement opérationnel. Les communautés sont différentes en matière de richesse, de santé et d'exposition aux risques sanitaires, aussi bien que de proximité des prestataires de soins de santé, des pharmacies et des laboratoires. Par exemple, certains programmes ont pour objectif une couverture complète (patient hospitalisé et en consultation externe), alors que d'autres offrent seulement une couverture catastrophique (hospitalisation). En outre, la variation porte sur la question de savoir si un produit couvre des conditions préexistantes, la maternité, les soins préventifs ou chroniques, ainsi que le nombre maximum de prestations et le niveau de partage des coûts demandé aux membres.

D'autres éléments de différentiation sont les types d'organismes qui offrent l'assurance et les types de rapport que les organismes ont avec les clients. Les institutions de micro-financement (IMF) peuvent travailler avec des assureurs pour offrir une MAS, censée aider à attirer et/ou fidéliser les clients, et peuvent réduire les manquements sur des prêts. Les ONG peuvent offrir une MAS pour augmenter les services et la protection des membres d'une communauté. Les assureurs commerciaux peuvent se tourner vers l'entrée de gamme pour attirer de nouveaux clients. Les États gèrent des programmes de protection sociales au niveau national ou régional, et des modèles hybrides existent également. Le rapport entre le programme et ses clients a des implications sur l'envergure et la viabilité potentielles du programme, en ajoutant aux types de prestations et d'options de fixation des prix qui ont la priorité.

5.2.2 Défis côté demande

Au moins 93 % de la charge mondiale de morbidité touche 84 % de la population pauvre du monde (Preker et al., 2002). Cette statistique suggère une demande potentiellement très forte pour les soins de santé et pour des moyens viables de financement des services de soins de santé. Le fait que les options de gestion des risques disponibles pour les gens pauvres sont en général très coûteuses et limitées dans leur efficacité renforce l'idée d'une demande en assurance non satisfaite. Beaucoup de gens pauvres comprennent d'eux-mêmes comment les besoins en matière de soins de santé peuvent générer des catastrophes financières ; ils sont fréquemment obligés de gérer les coûts de santé, courants et catastrophiques, par des prêts à intérêts élevés, en puisant dans l'épargne et/ou par la vente non planifiée des actifs de production au rabais. Une étude effectuée par le MicroInsurance Centre révèle que les personnes interrogées en Afrique, en Asie et en Amérique latine ont prétendu que la MAS est le type de couverture la plus recherchée (Roth et al., 2007 ; Dror, 2007). En dépit de cette demande, peu des produits MAS actuellement disponibles attirent et fidélisent le nombre souhaité de clients.

On pense qu'une des raisons principales des faibles taux d'inscription et de renouvellement est un manque de valeur perçue pour les produits qui couvrent seulement l'hospitalisation, ce qui concerne typiquement moins de 5 % des clients. Les ménages ayant de faibles revenus subissent d'autres dépenses catastrophiques en dehors de l'hospitalisation, liées, par exemple, à un régime soutenu de médicaments. Les frais ambulatoires courants ont un impact plus grand sur la majorité des familles pauvres qu'une possibilité d'hospitalisation. Outre le fait d'offrir une couverture qui est souvent perçue comme insuffisante, peu de programmes MAS ont consacré les ressources nécessaires à l'éducation des populations cibles, qui manquent souvent de culture en matière d'assurance, sur la

valeur potentielle et réelle d'un MAS et sur comment cela fonctionne (*voir chapitre 14* pour plus d'information sur l'éducation des consommateurs).

Comme décrit au chapitre 7, les contraintes de revenus et le coût élevé et croissant des soins de santé sont les obstacles sérieux à la stimulation de la demande de MAS, et beaucoup de programmes existants ont un coût bien supérieur à ce que les ménages les plus pauvres peuvent payer. En fait, une étude en Ouganda a indiqué que seulement 37 % des ménages assurés peuvent payer leurs primes à partir de liquidités disponibles (Dekker et Wilms, 2009), ce qui révèle en outre que beaucoup parmi ceux qui souscrivent à une MAS sont susceptibles d'emprunter de l'argent ou de vendre des actifs pour le faire. Le caractère saisonnier des revenus rend le paiement des primes par les clients bien plus difficile, ce qui aggrave régulièrement les problèmes liés à une faible capacité de payement.

Autant de défis de la demande sont génériques et donc applicables à tous les types de produits de micro-assurance, seuls les obstacles spécifiques à la MAS ont été considérés ici et seront examinés plus loin à la section 5.3. Un meilleur marketing et une meilleure éducation des consommateurs devraient résoudre certains des problèmes liés à la demande de MAS et donc certaines des questions examinées aux chapitres 13, 14 et 15 sont également applicables aux spécialistes de la micro-assurance de santé.

5.2.3 Défis côté offre

Le passage en revue de la littérature et les entretiens avec des experts ont identifié 5 questions principales relatives à l'offre en matière de MAS : 1) Les contraintes du système des prestations de santé, 2) l'envergure insuffisante du programme, 3) des problèmes de détermination de prix et financement, 4) les insuffisances des modèles opérants et 5) l'absence d'un environnement propice.

Contraintes de système de prestations de soins de santé

La capacité du système de prestations de soins de santé affecte fondamentalement la réussite d'un programme MAS. Certaines contraintes de prestations de soins de santé concernent :

- les obstacles à l'accès, par exemple lorsque les patients ne peuvent pas accéder un équipement en raison de la distance, des coûts de transport et des pertes de salaires ;
- la qualité de service, par exemple lorsque les cliniques n'offrent pas des services compétents nécessaires (par exemple laboratoire et radiographie) ;
- les effectifs, par exemple un nombre insuffisant de médecins, une mauvaise répartition des prestataires, ou des insuffisances en matière de compétence et de formation ;

- le manque de ressources, en particulier le manque fréquent de disponibilité du matériel médical et de médicaments (Preker et al., 2002) ;
- des normes insuffisantes ou inexistantes en matière de gestion des performances, de conformité ou d'accréditation, qui rendent plus difficile de mesurer et d'assurer la qualité chez les prestataires.

Le résultat net de ces contraintes est une gamme sérieusement limitée des options où les gens peuvent recevoir des soins. Dans beaucoup de cas, lorsque les programmes MAS ne sont pas accessibles ou disponibles, les gens pauvres n'ont comme choix que de ne recevoir aucun soin ou de recevoir des soins de prestataires du secteur public. Il y a des cas où les États ont des programmes, avec un travail de proximité important, qui fonctionnent bien, mais dans bien des endroits la réputation des services du secteur public laisse supposer qu'ils sont sous-financés et en sous-effectif. Ce dilemme actuel (dans lequel les programmes MAS financés par l'État manquent de financement suffisant ou sont en tout début de développement avec de longues périodes de gestation, et les programmes de secteur privé manquent de soutien de la part de l'État) fait que les gens pauvres n'ont pas de solution à court terme pour ce problème de financement et d'accès.

Besoin d'une envergure de programme

La dimension et l'envergure d'un projet MAS peuvent également influer sur la qualité des soins, son prix, la gamme des options de produit, et de sa durabilité. Des programmes MAS que limitent l'accès à un nombre restreint d'équipements n'offrent souvent pas aux clients des options viables pour des soins de qualité (McCord, 2007b ; S. Ahmed et al., 2005). De plus larges programmes peuvent souvent offrir une évaluation plus favorable des prestataires de soins de santé (Marek et al., 2005), et recrutent plus facilement des médecins et infirmières pour participer au réseau de prestataires (Marek et al., 2003).

Une étude de 7 programmes MAS en Afrique de l'Est a révélé que chaque programme préférait rechercher l'envergure en inscrivant des groupes plutôt que des personnes, ce qui réduit ainsi la sélection défavorable (McCord et Osinde, 2005). L'inscription de groupes peut se faire par le biais d'associations avec des employeurs d'employés ayant de faibles revenus, ainsi qu'avec des IMF ou des groupes de communauté (Kiwara, 2007).

Les tentatives d'inscription de groupes de travailleurs dans le secteur informel ont été plus réussies que les tentatives d'enrôlement de personnes au même endroit (Kiwara, 2007). En 1998, les dirigeants de l'UMASIDA dans la République Unie de Tanzanie ont testé des modèles de fréquence et de renouvellement des paiements sur trois ans en se fondant sur des plans de paiement gérés par des personnes et des groupes. Ils ont constaté que les renouvellements étaient les plus

élevés lorsque les associations avaient payé la prime au nom des membres et les membres payaient des sommes tous les jours ou toutes les semaines au fond de groupe tout au long de l'année (Kiwara, 2007).

Problèmes de détermination des prix et de financement

Une détermination incorrecte des prix crée des situations où les programmes MAS ne peuvent pas atteindre leurs populations cibles en nombres prévus et/ou ne peuvent pas se poursuivre dans le temps. McCord (2007b) a indiqué que dans 4 de 7 programmes MAS analysés, le prix de la couverture étant déterminé de façon incorrecte. Dans tous les cas, les primes étaient trop basses. Seuls 2 des programmes avaient obtenu une aide actuarielle. Les programmes ont notamment des philosophies différentes sur la détermination des prix, car certains tentent de comprendre ce que le marché peut payer et d'autres déterminent les prix en vue de la rentabilité ou de la durabilité financière (Dror, 2008 ; McCord, 2007b).

Comme décrit au chapitre 21, il y a plusieurs raisons pour lesquelles les programmes MAS font des erreurs de calcul dans la détermination des prix. Une sous-évaluation provient du fait qu'ils n'utilisent pas de bonnes pratiques actuarielles pour estimer les coûts et qu'ils fixent les primes en se fondant sur ce que les clients peuvent payer au lieu de ce qui est requis pour couvrir les coûts et de générer des marges minimales en vue de l'expansion et de la durabilité. Il peut y avoir une surévaluation lorsque des suppositions sont fondées sur des données insuffisantes ou défectueuses, sur des marges excessivement prudentes, ou sur une perspective d'atteindre un seuil de rentabilité financière ou même de faire des bénéfices sur une période trop courte ou avec trop peu d'adhésions. Il faut également noter qu'une bonne prime actuarielle peut être exorbitante pour des clients – dans ce cas, soit il faut réduire les prestations du produit (ce qui permet d'abaisser la prime en conséquence), soit il faut trouver des subventions.

D'autres raisons d'erreurs de calcul dans la détermination des prix concernent un investissement insuffisant dans des systèmes de support pour les projets d'assurance. Des recherches indiquent que le secteur privé, soutenu par l'État, et les projets d'assurance soutenus par des ONG peuvent ne pas diriger des fonds suffisants vers des systèmes de gestion ou des techniques de coût appropriées, en particulier en Afrique (Sabri, 2003). En outre, la détermination des prix des programmes MAS du secteur privé est problématique lorsque les États fournissent des soins de santé gratuitement (ou presque gratuitement).

Insuffisances des modèles opérants

Les facteurs de risque critiques pour MAS sont semblables à ceux qui existent en assurance commerciale. Ainsi, le comportement des clients et les prestataires de soins de santé seront différents selon qu'il y ait une assurance ou qu'il n'y en ait pas (risque moral) ; seuls les gens les plus malades et à risques souscriront au pro-

duit (sélection défavorable) ; et il y aura des risques de fraude et de d'escalade potentielle des coûts.

Le manque de gestion de projet et les capacités des États ont été mentionnés par beaucoup d'experts comme étant des obstacles essentiels au développement des projets de MAS. Ces problèmes étant génériques, ils ne sont pas traités dans ce chapitre.

Plus particulièrement, les insuffisances dans l'utilisation de la technologie et la réassurance étaient des défis couramment identifiés.

Comme illustré au chapitre 24, la technologie peut être utilisée pour atténuer la fraude de la part des prestataires de soins de santé et des clients. Cela peut également aider à contrôler la qualité des services de soins de santé et à rendre les opérations plus efficaces. Cependant, des recherches ont révélé que peu de programmes MAS utilisaient la technologie et les systèmes informatiques de gestion pour améliorer l'efficacité, pour augmenter la qualité des soins et/ou pour supprimer la fraude. En fait, des études de cas approfondies de 7 programmes MAS en Afrique de l'Est ont révélé que 2 seulement utilisaient des systèmes informatiques pour augmenter les contrôles et fournir des données de gestion (McCord, 2007b). Derriennic et al. (2005) indique que seulement deux des 12 programmes MAS reposant sur la communauté évalués en Ouganda avaient un système informatique de gestion général qui permettait de prendre des décisions de gestion en se fondant sur des preuves. Cependant, une grande partie de la littérature est muette en ce qui concerne les éléments d'infrastructure tels que l'utilisation de la technologie.[1]

La réassurance soutient 3 domaines : le financement, la stabilisation générale et la protection contre les catastrophes (Dror, 2001). Un contrat de réassurance oblige le réassureur à payer tout ou partie des coûts au-dessus d'un seuil prédéterminé, ce qui réduit le risque d'échec et d'insolvabilité du programme MAS. Les scénarios dirigés par Bonnevay et al. (2002) indiquent qu'un programme MAS tire profit d'avantage du paiement de la prime de réassurance que s'il conservait le même argent en vue d'une marge de sécurité sur un compte de réserve. Leurs constatations sont solides indépendamment de la manière dont les programmes MAS sont configurés. Les auteurs montrent en outre que, tandis que les années rentables pour les programmes MAS sont inchangées par une réassurance, la sécurité financière inhérente qu'elle fournit permet à des programmes d'utiliser des excédents comme argents discrétionnaires plutôt que comme réserves. Le travail de simulation effectué par Dror (2001) suggère que les contrats de réassurance peuvent stabiliser les programmes à partir de la première année. Fait important, l'auteur note également que plusieurs années de fonctionnement

[1] Pour les exceptions, voir Derriennic et al., 2005 ; Leftley, 2009 ; McCord, 2007b.

peuvent être nécessaires avant que les pools de réassurance deviennent rentables. Il y a lieu de remarquer, cependant, que la réassurance peut également être problématique, par exemple lorsque elle masque des incapacités institutionnelles.

L'environnement propice et rôle de l'État

Le soutien de l'État et l'environnement réglementaire pour les MAS est un différenciateur critique entre les pays et les programmes MAS. En conséquence, Dror et Jacquier (1999) déclarent que, quelle que soit l'organisation qui soutient ou est à l'initiative d'une MAS, les programmes ont besoin d'un soutien politique, technique et financier de la part de l'État. Les États peuvent également permettre une prise de décision décentralisée afin de permettre des prises de décisions et des négociations au niveau local. Des recherches montrent que le rôle de l'État est si saillant et varié qu'il anéantit la capacité de tirer toutes les conclusions générales sur la situation du secteur des MAS (Churchill, 2007). De la même manière, une personne interviewée a souligné que l'on doit considérer chaque pays et État isolément lorsque l'on évalue des problèmes et des solutions, et que des recommandations ne doivent pas être faites en se fondant sur des généralisations (Adelhardt, 2009).

Il est certain qu'un environnement réglementaire peut stimuler ou contraindre le développement et l'envergure des programmes MAS durables. En plus d'améliorer le soutien réglementaire, les États peuvent contribuer à une MAS par l'intermédiaire de partenariats public-privé (PPP), qui sont décrits plus en détail dans la prochaine section. Rechercher ces opportunités en vue d'une collaboration est une opération importante pour surmonter les nombreux défis côté offre examinés dans cette section.

5.3 Innovations et interventions en micro-assurance Santé

Cette section va de la recherche des problèmes et des impacts à l'examen d'options pour satisfaire aux besoins des gens pauvres par le biais de modèles MAS commerciaux améliorés. Plusieurs thèmes courants ont émergé dans les domaines où l'innovation en matière de MAS est la plus nécessaire :

- Extension des prestations pour les membres
- Modèles d'organisation et PPP
- Maîtrise de la faible capacité de paiement
- Utilisation de la technologie de l'information et de communication

L'inscription, les ventes et la distribution étaient d'autres domaines ayant un besoin d'innovation, mais, comme ils ne sont pas particuliers aux MAS, ils n'ont pas été inclus dans ce chapitre.

5.3.1 Extension des prestations pour les membres

Les prestations pour les membres devraient s'étendre au delà de l'hospitalisation. Les problèmes de santé mineurs sont un souci urgent pour la plupart des ménages ayant de faibles revenus, et la satisfaction à cette demande a le pouvoir d'augmenter les souscriptions et d'améliorer la mise en commun des risques. Avec le coût des médicaments, en particulier les médicaments nécessaires aux traitements à long terme, davantage d'aide a également le pouvoir d'augmenter la demande. Le fait de s'occuper des patients en consultation externe doit également améliorer des résultats en matière de santé et le comportement en matière de demande de santé. Des bilans de santé plus réguliers, des diagnostics précoces et des soins opportuns pour des maladies mineures devraient avoir comme conséquence une réduction des coûts généraux de traitement, un meilleur contrôle des coûts et moins de demandes de produits pour patients hospitalisés. Par exemple, VimoSEWA, une filiale d'assurance d'un grand syndicat qui fournit une couverture composite Santé, Vie et Dommages à plus de 200 000 femmes indépendantes en Inde, a découvert qu'un tiers des demandes d'hospitalisation sont pour des maladies évitables telles que la malaria, la gastroentérite et d'autres maladies dues à l'eau. Laisser les maladies comme celles-ci non traitées aggrave non seulement la vulnérabilité des communautés de gens pauvres, mais ébranle également la viabilité de la micro-assurance Santé. Plusieurs organismes indiens ont abordé la composante patient en consultation externe de façon créative, comme décrit dans l'encadré 5.1.

Encadré 5.1

Extension des prestations chez les membres en Inde

Établi en 2003, depuis mai 2010 le Uplift Health Mutual Fund dessert plus de 110 000 membres dans les taudis urbains et périurbains de Pune, de Mumbai et de Marathwada rural. Soutenu par le personnel et les systèmes de Uplift, les membres eux-mêmes administrent le projet par le biais de réunions régulières et participatives de règlement des demandes. Ce système mutualiste, associé à des partenariats forts avec divers prestataires de soins de santé, permet au programme de maintenir un ensemble important de prestations qui inclut des services chirurgicaux à l'hôpital, certain services en consultation externe et toutes les principales consultations de soins de santé à un prix très compétitif (400 INR ou 9 $US par an pour une famille de 4 personnes avec des prestations couvertes jusqu'à 15 000 INR ou 333 $US). Uplift organise également des camps sanitaires chaque mois et met en œuvre une ligne directe 24 heures sur 24 avec des médecins qualifiés qui aident à se retrouver dans le système complexe des soins de santé (Dimovska et al., 2009 ; Ruchismita et Virani, 2009). Le programme n'est pas encore entièrement viable, mais le taux de croissance récent, l'envergure atteinte jusqu'ici, les processus et les systèmes établis, et le professionnalisme de

l'équipe principale distinguent le modèle Uplift des autres projets communautaires.

Swayam Shikshan Prayog (SSP), une ONG indienne qui promeut les opportunités sociales et économiques pour les femmes ayant de faibles revenus et leurs familles, pilote un modèle MAS hybride pour surmonter certaines des limitations des projets communautaires. Le risque financier pour des prestations à l'hôpital est porté par une compagnie d'assurance, intégrant un ensemble de services en consultation externe, mis en application par des travailleurs de la communauté, et fournis par un réseau de praticiens locaux, des centres de diagnostic et des unités de délivrance de médicaments. Outre la couverture d'hospitalisation, les membres peuvent bénéficier de services de santé supplémentaires et accéder à des services fondamentaux et préventifs et à des médicaments, avec une économie de 30 à 40 % sur les frais habituels.

Des recherches montrent que, à mesure que les clients sont de plus en plus informés et considèrent les produits existants, ils demanderont de plus en plus de produits personnalisés. En raison des variations extrêmes des besoins des clients, des coûts de santé, de la disponibilité des services et de la demande des clients, il n'y a pas d'ensemble de prestations unique qui peut optimiser tous les facteurs et recevoir l'approbation de tout le monde. Des solutions spécifiques au contexte sont les plus susceptibles d'aborder cette question d'hétérogénéité. Par exemple, le programme connu sous le nom de CHAT, ou « Choosing Healthcare All Together », est un outil de prise de décision conçu pour faire participer le public à la détermination des priorités de soins de santé. Il inclut des membres de la communauté dans les processus d'allocation de prestations en les faisant travailler individuellement puis en groupes pour répartir un nombre limité de fiches sur un panneau. Une des forces de l'outil est que les exercices n'exigent pas un degré important d'alphabétisation ou de capacité de calcul pour y participer. Le principe de fonctionnement est que les gens pauvres eux-mêmes sont bien placés pour déterminer ce qui devrait être inclus et exclu dans leur ensembles de prestations. De plus, la co-création peut générer la confiance, l'approbation et la volonté d'être assuré (Dror, 2007 ; Micro-Insurance Academy, 2009).

5.3.2 Modèles d'organisation et partenariats public-privé

Le modèle d'organisation utilisé pour proposer une MAS joue un rôle-clé dans la détermination de l'impact du programme, car la structure affecte la détermination des prix, les prestations et même le financement à long terme. Dror (2008), examinant le secteur des assurances en Inde, a constaté que les programmes MAS peuvent changer de modèles dans le temps. Par exemple, les communautés

peuvent commencer par souscrire à une assurance collective auprès d'assureurs commerciaux, mais passer ensuite à des modèles d'assurance maladie communautaires, qui offrent plus de flexibilité et qui sont mieux adaptés aux besoins des clients en matière de produits personnalisés. En outre, les membres peuvent accepter de rationner les prestations plus facilement lorsqu'ils ont un rôle dans le processus décisionnel plutôt que lorsqu'ils tentent de comprendre les décisions d'acceptation et de rejet d'une compagnie éloignée et impersonnelle. Cette suggestion fait seulement allusion à quelques-unes des connexions possibles entre le modèle d'organisation, le marketing et la conception de produits.

Généralement, les programmes MAS de base comprennent les communautés ayant de faibles revenus, mais ne comprennent pas l'assurance Maladie, alors que les assureurs traditionnels ne savent pas comment toucher les communautés ou gagner leur confiance. Les assureurs peuvent combler ce vide en travaillant en partenariat avec des canaux de distribution qui sont plus en contact avec des communautés de gens pauvres ; les programmes MAS de base peuvent combler leurs lacunes en matière de capacité en participant à la formation et en recevant une aide technique. Cependant, avec n'importe quelle solution potentielle, comprendre les besoins des clients et satisfaire à ceux-ci doivent rester une priorité.

Lorsque l'intervention des secteurs publics ou privés seule ne peut pas être suffisante, les intervenants publics et privés peuvent avoir besoin de s'associer dans des voies innovatrices et plus importantes. D'une manière primordiale, des recherches ont révélé que lutter contre la pauvreté et permettre l'accès aux soins de santé exigent souvent la coopération et les compétences associées des acteurs des secteurs publics et privés, avec des ressources et des rôles complémentaires (Marek et al., 2005 ; Cowley et Ehrbeck, 2007 ; Lomas, 2009).

Jusqu'ici, ce chapitre a souligné les interventions et les programmes du secteur privé que fournissent directement ou indirectement de la MAS et donnent accès aux soins de santé. Cependant, des PPP innovants ont le pouvoir de catalyser des options de soins de santé en grand nombre et avec une grande qualité pour les personnes et les groupes ayant de faibles revenus. En particulier, les PPP peuvent exploiter la créativité et l'efficacité du secteur privé de concert avec la capacité à mobiliser des fonds du secteur public. L'argent public peut être nécessaire pour payer la plupart des soins préventifs, pour promouvoir la santé ou pour subventionner les primes MAS. Le soutien par l'État des partenariats public-privé peut être fourni efficacement d'un certain nombre de manières. Au Ghana et au Rwanda, la relation de partenariat public-privé est une relation dans laquelle l'État donne des subventions importantes pour payer les primes. Dans la RDP du Laos, l'État subventionne les soins de santé directement. Au Cambodge, l'État finance les fonds de capitaux propres ; les donateurs contribuent également à ces fonds, qui sont employés pour subventionner des programmes locaux pour fournir une assurance aux gens pauvres.

Cependant, le secteur public peut apporter plus que le seul soutien financier et de contrat. Il est évident qu'une MAS doit être développée parallèlement aux stratégies de santé publique. Par exemple, le développement de programmes MAS dans les pays où les systèmes de santé sont très faibles n'a pas de sens. S'il est bien coordonné, le secteur public peut être en mesure de donner accès à des équipements de soins de santé sous-employés que le secteur privé peut utiliser pour augmenter l'accès et abaisser les coûts. Les intervenants du secteur public et privé peuvent également coopérer pour créer une mise en commun des risques plus grande et plus stable. De telles partenariats peuvent promulguer et imposer des normes de qualité et d'accréditation. Une assurance de qualité et le besoin de normes uniformes de qualité, de coût de traitement, et d'accréditation sont d'autres domaines dans lesquels l'État peut jouer un rôle important.

De l'autre côté du spectre, une expertise de gestion de secteur privé peut piloter des solutions pour réduire la fraude et gérer le risque et les coûts de programme. D'une manière générale, le secteur privé est de façon inhérente plus apte que l'État à innover et répondre aux opportunités du marché, et à « rester proche du client ». L'application des pratiques commerciales établies, y compris l'amélioration continue de la qualité, la détermination des prix sur une base actuarielle, la recherche et le développement solides de produits, la surveillance d'opérations et l'utilisation de la technologie sont tous essentiels à la réussite des programmes MAS.

5.3.3 Maîtriser la faible capacité de paiement et les contraintes de liquidité

Étant donné que l'accessibilité reste un des facteurs principaux affectant la demande de MAS, beaucoup de pays soutiennent des mécanismes de financement de la santé tels que le coût-partage, l'intervention de l'État (par exemple la fixation des contributions) et les subventions, et l'introduction de services de soins de santé privés à but lucratif (Kiwara, 2007). En dépit de cette gamme d'options, un des défis les plus importants de la MAS est d'identifier et mettre en œuvre des méthodes de détermination des prix et de paiement qui ont comme conséquence un produit accessible, tout en produisant un revenu suffisant pour maintenir les opérations. De bonnes pratiques commerciales en matière de MAS se concentrent sur l'augmentation de la flexibilité des paiements, l'identification des subventions des primes et l'accès « sans argent » aux services de soins de santé, qui sont cruciaux pour rendre la MAS accessible et abordable aux clients pauvres.

Augmentation de la flexibilité des paiements de prime

Actuellement, la pratique la plus courante en matière de collecte des primes est de collecter des primes annuelles ou à la date d'inscription. Cependant, certains

programmes MAS essayent des approches alternatives pour effectuer des paiements de prime plus flexibles, telles que des paiements de prime en espèces et de divers arrangements liés à l'épargne, comme décrit dans l'encadré 5.2.

Encadré 5.2

Paiements des primes plus faciles

VimoSEWA offre à des clients un compte de dépôt fixe spécial où l'intérêt gagné sur l'épargne paye la prime annuelle. L'innovation donne aux clients ayant de faibles revenus l'option de contribuer à un compte d'épargne spécial jusqu'à ce qu'ils aient accumulé un équilibre suffisant pour payer la prime (500 INR ou 11 $US). L'intérêt que VimoSEWA gagne sur l'épargne couvre éventuellement le coût de la prime d'assurance. SEWA offre également un prêt au consommateur conçu pour financer la prime de 500 roupies, ce qui permet au client de rembourser le prêt régulièrement sur la période programmée (Radermacher et al., 2006).

Le Bolivia Zurich Group a eu un certain succès en proposant des produits MAS par le biais de BancoSol, une banque de commerce se concentrant sur le marché des gens ayant de faibles revenus. Un facteur de contribution est que les ventes et les paiements des primes sont joints à des comptes d'épargne. Le produit, vendu aux succursales bancaires, offre une couverture de consultation médicale à 100 %, des services auxiliaires et la maternité à 80 %, et l'hospitalisation et la chirurgie à 70 % plus l'assurance Vie pour 3,99 $US par mois.

Zurich Bolivie a investi dans des systèmes informatiques de gestion personnalisés pour automatiser les collectes de primes et pour les intégrer avec des fonctions d'opérations bancaires. La collecte de primes mensuelle est flexible : si le compte d'épargne a des fonds insuffisants lorsqu'un paiement de prime programmé est traité, le système retente chaque jour de débiter le compte jusqu'à 1) ce qu'il y ait des fonds suffisants pour payer la prime, ou 2) ce que 60 jours se soient écoulés, auquel ce cas la police est annulée (Harmeling, 2010b).

Subvention des primes

Une autre manière importante de fournir un capital adéquat est de subventionner les primes MAS. Certains donateurs et États expérimentent les subventions provisoires pour l'assurance Santé. Le Health Insurance Fund, une fondation hollandaise avec financement à partir du gouvernement des Pays-Bas, fournissent des subventions sur 2 ans pour leurs projets de santé au Nigéria pour permettre aux gens pauvres de bénéficier des prestations de produits inconnus. Le raisonnement est que les clients verront la valeur de l'assurance et continueront à payer la couverture une fois les subventions supprimées. Des subventions permanentes ont également pour cible les classes les plus pauvres dans plusieurs pays comme la Géorgie et le Ghana. Étant donné l'incapacité des gens pauvres de payer les soins

de santé, il est difficile d'imaginer des programmes MAS valables pour tous sans subventions et tout autre soutien du secteur public.

Paiements sans argent ou presque
Des contraintes financières doivent également être surmontées du côté des demandes. Comme discuté au chapitre 6, une autre innovation notable pour se libérer des contraintes de liquidité est celle des produits sans argent, qui permettent aux gens pauvres d'accéder aux soins de santé sans avoir à payer d'avance et remplir alors une demande de remboursement.

5.3.4 Utilisation de la technologie de l'information et de communication

La technologie a l'énorme pouvoir de réduire des coûts et d'augmenter l'efficacité pour tous les types de produits de micro-assurance et dans toute la chaîne de valeurs, ce qui est décrit plus en détail au chapitre 24. Il y a beaucoup d'applications de technologie liées aux processus qui devraient offrir des améliorations en matière d'efficacité de fonctionnement.

Dans le contexte de la MAS, les innovations en matière de technologie de téléphone mobile peuvent permettre un accès approprié aux soins de santé qui est efficient en terme de coût. Par exemple, le projet Masiluleke en Afrique du Sud envoie environ un million de messages textes par jour, qui encouragent les destinataires en leur langue locale à entrer en contact avec une ligne directe SIDA nationale. La ligne directe les dirige ensuite vers des cliniques en dehors de leur région locale où ils peuvent éviter la honte d'être testés près de leur entourage. Les réponses ont dépassé les attentes, en particulier chez les jeunes hommes auparavant difficiles à atteindre (*Economist,* 2009). Dans d'autres régions du monde, comme la Thaïlande, le suivi d'un régime médicamenteux pour traiter la tuberculose est passé à plus de 90 % lorsque l'on a envoyé aux patients un mémo texte quotidien pour qu'ils prennent leur médicament.

Une manière plus directe d'utiliser les technologies mobiles pour améliorer l'offre est de fournir un meilleur soutien pour le personnel de santé en milieu rural au service de patients, car il y a un manque significatif de médecins qualifiés dans les zones rurales. Le Council on Foreign Relations (CFR) a développé un concept « doc in a box », dans lequel ils équipent un conteneur d'expédition pour servir de clinique rurale. Le personnel de santé qualifié de la communauté offre des services à partir des unités, et a accès à des professionnels entièrement qualifiés par téléphone mobile (*Economist*, 2009). Le Medicall Home au Mexique utilise également la technologie pour améliorer les résultats en matière de santé pour les gens qui ne peuvent pas accéder à des cliniques, en fournissant des consultations illimitées par téléphone avec des médecins pour des honoraires bas d'environ 5$US par mois (Medicall Home, 2010). Le CARE Foundation teste un pro-

jet de télé-médecine en Inde rurale *(voir encadré 5.3)*. Des innovations comme celles-là ont le pouvoir de rendre la MAS plus viable en zones rurales en améliorant dès le début l'accès aux soins, ce qui réduisant les demandes coûteuses ultérieurement dans le cycle de la maladie.

Encadré 5.3

La technologie mobile pour relier les médecins aux patients en zones rurales

Basé à Hyderabad, en Inde, le CARE Foundation pilote un projet de micro-assurance et prestations de santé en milieu rural qui se concentre sur la prestation de soins en consultation externe au village. Les membres de la communauté sont formés pour être des champions de santé au village (CSV) qui fournissent des « soins de santé à la porte du village ». Pour les diagnostics courants, les CSV utilisent un terminal portable avec un système d'aide à la décision clinique intégré pour donner des conseils médicaux appropriés et des prescriptions de commande. Dans des cas moins courants, ils communiquent avec un docteur CARE à distance qui recommande un traitement par un message texte. Le test final de la technologie, la formation du personnel de santé, et la conception de produits sont actuellement terminés.

5.4 L'avenir

Ce chapitre suggère des voies dans lesquelles les programmes MAS peuvent devenir plus utiles aux clients et plus viables dans le temps. En particulier, certaines stratégies sont mises en valeur pour répondre à la demande du marché, pour combler les lacunes de l'offre en améliorant la conception des produits, la distribution, et les opérations, et pour intégrer les efforts du secteur public et privé.

5.4.1 L'extension des prestations pour les membres afin de répondre à la demande du marché

Les prestations pour les membres devraient s'étendre au delà de l'hospitalisation. Les problèmes de santé mineurs sont un souci urgent pour la plupart des ménages ayant de faibles revenus, et la satisfaction à cette demande peut augmenter l'inscription et stabiliser la mise en commun des risques. En outre, l'amélioration des prestations en consultation externe encourage les bilans de santé réguliers, les diagnostics précoces, et les soin à temps pour des maladies mineures. Ces changements devraient réduire les coûts généraux de traitement et réduire les demandes de soins à l'hôpital, ce qui améliore la viabilité globale des programmes MAS.

Les programmes MAS doivent simultanément éduquer des clients sur les prestations des produits d'assurance maladie et répondre aux besoins des clients. Actuellement, le manque de compréhension de la MAS est une raison principale des faibles taux de renouvellement de beaucoup des programmes MAS – les clients estiment souvent que l'assurance est un achat inutile s'ils ne tombent pas malade dans l'année. Peu de programmes ont consacré des ressources adéquates à la recherche de marchés spécifiques à des segments, à l'éducation et au marketing, ce qui limite la compréhension et l'acceptation des produits MAS de la part des clients et même des praticiens.

L'aggravation de ces problèmes est due au fait que les gens pauvres, par définition, manquent de capacité de paiement. En conséquence, la stimulation de la demande de MAS exigera une conception soigneuse des ensembles de prestations optimales, idéalement par un processus participatif faisant participer les clients potentiels. En outre, les personnes ayant de faibles revenus requièrent des arranges de paiement flexibles pour les aider à financer les primes.

5.4.2 Offre améliorée : Produits et processus

Actuellement, les soins de santé universels sont hors de portée de beaucoup de pays. Les solutions reposant sur le marché manquent d'envergure et ne peuvent pas satisfaire à tous les besoins à cause des exclusions de populations, des limitations de couverture, et des contraintes sur l'infrastructure et la distribution de prestataires de soins de santé dans beaucoup de régions géographiques. Ces facteurs laissent les gens pauvres sans accès fiable aux services de santé nécessaires ou aux solutions financières fiables de gestion des risques. Comme discuté dans ce chapitre, les nombreux défis limitent la capacité des programmes MAS à fournir des produits viables, et maîtriser ces défis exigera une intervention soigneuse et multidimensionnelle.

L'activité de secteur privé, par les assureurs commerciaux en particulier, a été limitée jusqu'ici en partie en raison de la complexité perçue de concevoir et d'administrer des produits complets (par exemple à l'hôpital et en consultation externe). Des solutions spécifiques au contexte doivent être recherchées, en utilisant des ensembles de prestations soigneusement élaborés. Jusqu'à ce qu'on développe des produits qui satisfont la demande de client tandis que restants financièrement viable, une envergure adéquate pour la mise en commun de risques ne sera pas atteinte. En outre, de nombreux programmes MAS manque de soutien financier suffisant à cause de problèmes d'envergure, et paradoxalement, des efforts déployés pour atteindre une envergure à cause à ce même manque de soutien financier. Les obstacles supplémentaires pour atteindre une envergure incluent l'infrastructure de santé inappropriée et des données et une expertise technique insuf-

fisantes, ce qui mettant en lumière le besoin de plus de recherche de marché et d'une aide de renforcement de capacité.

Comme une MAS est caractérisée par des transactions fréquentes et de petites marges, les demandes et processus de gestion de polices efficaces sont essentiels pour réussir. Jusqu'ici, une expérience avec des arrangements de tiers n'a pas été satisfaisante *(voir encadré 20.5)*, et davantage d'innovation est nécessaire pour obtenir et mettre en application le soutien de tiers. Une détermination des prix, une couverture de réassurance et des contrôles de fraude appropriés requiert également de l'attention et de l'investissement significatifs, en particulier pour des programmes communautaires. Bien que les assureurs commerciaux puissent avoir une meilleure appréhension de ces concepts d'assurance, ils ont du mal à comprendre comment mieux toucher le marché des gens ayant de faibles revenus. En outre, les programmes MAS font face à ces défis dans des environnements qui manquent souvent de systèmes politiques stables et de traitement réglementaire de soutien de programmes MAS.

La meilleure solution est un effort coordonné pour aborder des défis multiples simultanément, ce qui implique des intervenants dans de nombreux aspects différents du secteur de la MAS. Cet effort devrait être combiné avec communication active entre les acteurs, partageant leurs découvertes de ce qui fonctionne – et de ce qui ne fonctionne pas.

5.4.3 Collaboration des secteurs public et privé

La présence (ou co-création) de fourniture de services de santé sous-jacents est critique pour faire avancer la MAS et améliorer les résultats en matière de santé en général. Certainement, aucun programme MAS ne peut être réussi à moins que des services de soins de santé et du personnel adéquats ne soient à proximité du patient. En outre, les programmes de santé publique peuvent produire des environnements de soutien pour renforcer l'impact de la MAS. Par exemple, les intervenants publics peuvent améliorer les conditions d'hygiène pour réduire le risque sanitaire systématique général et pour soutenir la viabilité des programmes MAS. Ils peuvent également promouvoir l'éducation en matière de santé et les soins préventifs. De telles activités encourageront le genre de changement de comportement qui permettra à la MAS d'avoir un impact plus grand et peuvent également réduire les risques des programmes.

En outre, pour créer un environnement propice, les intervenants du secteur privé doivent utiliser pleinement la présence de tous les corps organisateurs qui consolident des groupes de personnes sur des critères autres que la santé. Cette pratique est critique pour aborder la sélection défavorable et le problème de mise en commun des risques (Ito et Kono, 2010). La gestion des soins de santé par des

protocoles de traitement, la planification des renvois et d'autres formes de coordination des soins peut améliorer la cohérence et l'efficacité.

Dans le meilleur des cas, les États doivent fournir 1) des sources de financement viables, 2) un environnement réglementaire stable mais flexible, et 3) un soutien politique cohérent. Tout ou partie de ces facteurs étant en place, la probabilité de programmes MAS évaluée de façon suffisante par des clients pour stimuler l'inscription et les programmes se développant assez longtemps pour prendre de l'envergure augmente de manière significative.

5.4.4 Améliorer les évaluations

Un autre élément qui mérite d'être considéré est un système de mesure amélioré pour évaluer les programmes. Les programmes dans lesquels les dirigeants testent des innovations passeront certainement par une étape d'essai et d'erreur et évolueront dans le temps ; certains échoueront et la plupart auront besoin d'au moins plusieurs années pour atteindre le seuil de rentabilité. Ainsi, la longévité des programmes peut ne pas être le meilleur indicateur d'un programme MAS viable et durable. D'autres systèmes de mesure appropriés incluent les ratios et indicateurs financiers standards examinant à la fois les performances clinique et administrative, la solidité des systèmes informatiques de gestion, les révisions de détermination de prix crédible, et la formation et les incitations du personnel (Biswas et Devi, 2008).

Le choix du système de mesure et le suivi continu de la mesure des performances jouent un rôle dans l'avancée en matière d'accès aux soins de santé et de qualité. Dans le meilleur des cas, l'attention en matière de gestion doit se focaliser sur la mesure et le suivi des indicateurs de programme MAS ainsi que sur les résultats quant à la santé des clients.

5.4.5 Un effort coordonné pour augmenter les prestations pour les membres

De façon générale, l'examen de la preuve indique que les programmes peuvent approcher le financement de la santé soit pour réduire la vulnérabilité (en se focalisant sur un événement catastrophique ou sur l'hospitalisation) soit pour améliorer les résultats en matière de santé (en se focalisant sur les soins en consultation externe, la prévention et les soins chroniques). Ces deux perspectives sont une énigme : la première est davantage aligné sur des principes d'assurance, mais les clients préfèrent la seconde. Par le biais des modèles commerciaux efficaces, des ensembles de prestations personnalisés et des divers plans de paiement, les programmes MAS doivent rechercher un équilibre entre les deux perspectives. La solution doit également utiliser des partenariats public-privé (PPP), combinant la capacité du secteur public à trouver des financements, rassembler de grands

groupes et atténuer les problèmes de réglementation avec l'innovation du secteur privé, l'expertise en assurance, l'efficacité et la technologie.

Ainsi, l'avenir de la micro-assurance Vie est lié aux efforts combinés des décideurs, du secteur privé, des ONG, des fonctionnaires de l'État, des éducateurs en gestion et des sociétés de technologie. Enfin, aucun effort, même des efforts combinés, n'est susceptible de parvenir au succès tant que les contributions de la partie prenante la plus importante – le client potentiel – ne sont pas constamment sollicitées et utilisées.

6 Mécanismes de tiers payant en micro-assurance Santé

Pascale LeRoy et Jeanna Holtz

Ce chapitre est adapté de l'article n°13 de Microinsurance, publié par le Fonds pour l'innovation en Micro-assurance de l'OIT (2011). L'auteur souhaite remercier les personnes suivantes pour leurs commentaires et suggestions : Lisa Beichl (Milliman), Denis Garand (DGA), Ryan Lynch (MicroEnsure) et Tara Sinha (VimoSEWA).

Certains projets de micro-assurance Santé (MAS) exigent des patients de payer comptant quand ils reçoivent des services de soins de santé et de présenter les reçus pour qu'ils puissent être remboursés par l'assureur. Pour les ménages ayant de faibles revenus qui peuvent avoir à emprunter les fonds à la famille, aux amis ou aux prêteurs sur gages pour payer les soins de santé et courir le risque que l'assureur rejette la demande de remboursement, la méthode de remboursement peut causer de sérieuses difficultés financières qui diminuent de manière significative la valeur client.

Une manière d'alléger ce paiement d'avance est de créer un mécanisme de tiers-payant (TP) avec les prestataires de soins de santé choisis. Un TP peut être défini comme un modèle de paiement de demande de remboursement dans lequel on exige des patients assurés de payer le coût de services de santé couverts par le projet. Excepté le coût-partage (par exemple co-paiement, franchise), un patient assuré n'a pas besoin d'effectuer un paiement de sa poche lorsqu'il utilise des services de soins de santé, et un tiers (le projet MAS ou une autre entité au nom du projet) paye le prestataire de soins de santé pour les services couverts qu'il a fournis au patient.[1] Les mécanismes de TP englobent les conditions de paiement négociées entre les tiers et les prestataires de soins de santé privilégiés, et incluent habituellement des composants permettant de gérer le soin médical tel que des admissions à l'hôpital avec autorisation préalable.

Cette approche n'est pas nouvelle en assurance Santé, cependant la création et la gestion d'un mécanisme de TP pour MAS présentent des défis uniques. En suivant une approche pratique, ce chapitre identifie les leçons tirées des efforts en matière de mécanismes de TP pour fournir un accès « sans argent liquide » aux personnes assurés *(voir encadré 6.1)*.

Les preuves sont fournies par un examen de la documentation, une étude en ligne des projets MAS sous la direction du Fonds pour l'innovation en micro-assurance (OIT) en 2009, des entretiens avec des informateurs clés et, surtout, des études de cas approfondies. Sept projets *(voir tableau 6.1)* ont été choisis pour détailler les leçons sur la conception et la gestion d'un mécanisme de TP. Les cri-

[1] Adapté du glossaire de l'Extension Mondiale de la Sécurité Sociale de l'OIT (GESS).

tères de sélection pour l'inclusion d'un projet MAS comme étude de cas incluaient sa contribution à la diversité géographique, et sa taille (minimum 10 000 personnes assurées) et sa longévité (en opération pendant au moins 3 années).

Encadré 6.1

Comprendre le vocabulaire : « sans argent liquide » et mécanisme TP

Les synonymes ou expressions associées utilisées dans le secteur MAS pour se référer à un mécanisme TP s'étendent à des projets MAS sans argent liquide, des formules d'indemnité sans argent liquide, des systèmes et des prestations sans argent liquide.

Le terme « sans argent liquide » reflète la perspective d'un client assuré, et non celle du projet MAS ou du prestataire de soins de santé. Des formules sans argent liquide sont proposées par des projets MAS pour permettre à l'assuré d'accéder à des services de soins de santé sans coûts de sa poche (ou presque). Le terme sans argent liquide peut s'appliquer indépendamment du fait que l'accès du patient assuré soit vraiment sans argent ou qu'il soit lié à un coût-partage, par exemple co-paiement ou franchise.

Source : auteurs.

Tableau 6.1

Résumé d'information d'étude de cas

	Afrique		*Asie*				*Amérique latine*
Nom du projet[3]	*Microcare*[1]	*UMSGF*[2]	*Yeshasvini*	*CBHI*	*GRET-SKY*	*FMiA*[3]	*Sol salud (Zurich Bolivia et BancoSol)*
Pays	Ouganda	Guinée	Inde	RDP du Laos	Cambodge	Pakistan	Bolivie
Type de projet MAS	Assureur commercial	Communautaire	Communautaire	Communautaire	Communautaire	Assureur + partenaire de distribution	Assureur + partenaire de distribution
Nombre de personnes couvertes (fin 2008)	29 000	16 120	3 060 000	65 000	39 000	19 000	13 000
Méthode de paiement des prestataires[4]	Paiement à l'acte médical avec barème d'honoraires fixe	Paiement selon le cas et médicaments	Paiement selon le cas	Rémunération par tête (capitation)	Rémunération par tête et paiement selon le cas	Paiement à l'acte médical avec barème d'honoraires fixe	Paiement par tête/ paiement par acte et paiement selon le cas
Méthode de transfert de fonds	Transfert électronique ou chèques	Paiement en espèces	Chèques	Transfert électronique	Paiement en espèces	Chèques	n. a.
Santé services couverts	Hospitalisation et soins de santé primaires	Hospitalisation et soins de santé primaires	Chirurgie	Hospitalisation et soins de santé primaires	Hospitalisation et soins de santé primaires	Hospitalisation et bon pour une consultation	Hospitalisation et soins de santé primaires (médicaments exclus)

Nombre de prestataires sous contrat	150	53	295	24	63	4 hôpitaux et 25 infrastructures sanitaires principales	n. a.
Coût-partage de membres	Demandes de remboursement de prestations en excès	Petit déductible	Demandes de remboursement de prestations en excès	Aucun	Aucun	Demandes de remboursement de prestations en excès	Co-paiement et demandes de remboursement de prestations en excès
Gestion des demandes de remboursement sous-traitée?	Non	Non	Oui (Family Health Plan Limited)	Non	Non	Non	Oui (PROVID)

[1] Les acronymes représentent les organismes suivants : Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF), community-based health insurance (CBHI), Groupe d'échange et de recherche technologique (GRET), et First Microinsurance Agency (FMiA). SKY est un acronyme cambodgien de « Sokhapheap Krousar Yeung », qui signifie « Santé pour Nos Familles ».

[2] Microcare a cessé ses interventions à la fin 2009 pour des raisons à la fois politiques et réglementaires. Cependant, les leçons tirées de ce projet sont pertinentes pour ce chapitre.

[3] FMiA a cessé ses interventions en 2011, n'ayant pas réussi à atteindre une durabilité financière ou à attirer de nouveaux financements. Cela n'affecte pas la valeur des leçons qu'ils en ont tirées.

[4] Ces méthodes de paiement sont définis dans la section 6.2.2.

Ce chapitre est organisé en 2 parties. La première partie présente le mécanisme TP dans le contexte de modèles de demandes de remboursement disponibles auprès de projets MAS et évalue le pour et le contre des systèmes tiers-payant. La deuxième partie récapitule les questions clés à aborder lorsque l'on crée et gère un mécanisme TP sur 3 dimensions : 1) accès aux soins de santé ; 2) coût des soins de santé ; et 3) qualité des soins de santé.

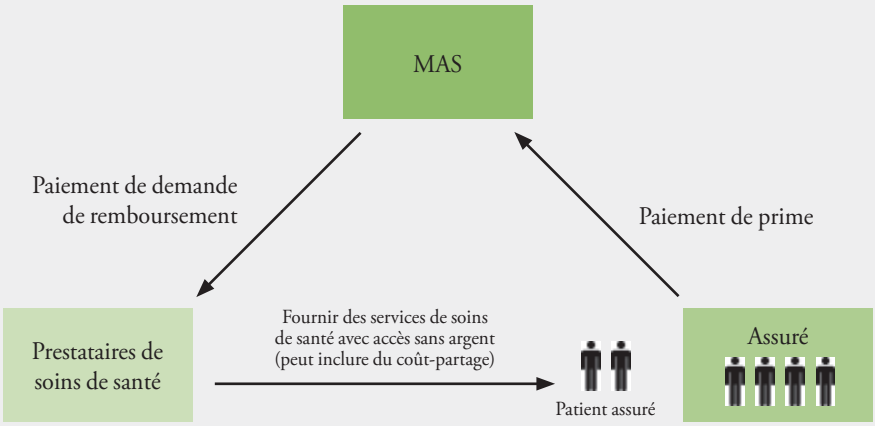
6.1 Pratiques de TP en vigueur

Lorsque l'on conçoit un projet MAS, les praticiens doivent définir les conditions d'accès aux soins de santé ainsi que le mécanisme et l'entité responsables des demandes de remboursement et du paiement. Les mécanismes TP sont l'un de 3 modèles principaux de demandes de remboursement courant dans MAS (Radermacher et al., 2006). Deux de ces modèles fournissent l'accès sans argent aux patients assurés, alors que l'autre honore les demandes de remboursement.

1) **Mécanisme TP :** Avec un mécanisme TP, le projet MAS se charge du paiement direct des services couverts au prestataire de soins de santé au nom de l'assuré *(voir figure 6.1).* Excepté le coût-partage tel qu'un co-paiement ou une franchise, les patients n'ont pas besoin d'effectuer un paiement de leur poche lorsque le service est fourni. En tant que tels, les mécanismes TP sont fréquemment cités comme constituant un outil destiné à augmenter la valeur de l'assurance chez les gens ayant de faibles revenus et qui peuvent par ailleurs se trouver face à un endettement important pour financer le coût des soins de santé, même sur une courte période.

Figure 6.1

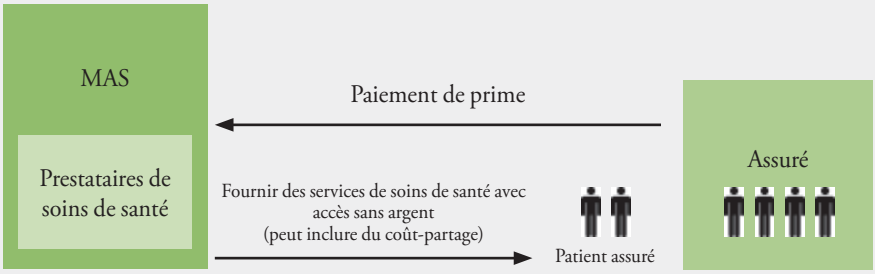
Mécanisme TP



2) **Modèle intégré de soin et de financement :** Les praticiens MAS peuvent posséder et gérer des infrastructures sanitaires (habituellement pour fournir des soins de santé primaires), ou les prestataires de soins de santé peuvent démarrer des projets MAS, intégrant ainsi l'assurance avec prestations de soins de santé. Dans un modèle intégré, les prestataires de soins de santé collectent les primes des assurés et fournissent des services de soins de santé selon les termes de la police d'assurance *(voir figure 6.2).* Les primes collectées à l'avance par les prestataires de soins de santé sont destinées à couvrir le coût des services. Dans cette situation, les patients n'ont pas à présenter de demandes de remboursement. Tout comme un mécanisme TP, dans le modèle intégré de demandes de remboursement les patients assurés ont accès aux soins sans payer de leur poche ou en payant seulement une partie modérée lorsque le coût-partage est en place.

Figure 6.2

Modèle intégré de soin et de financement

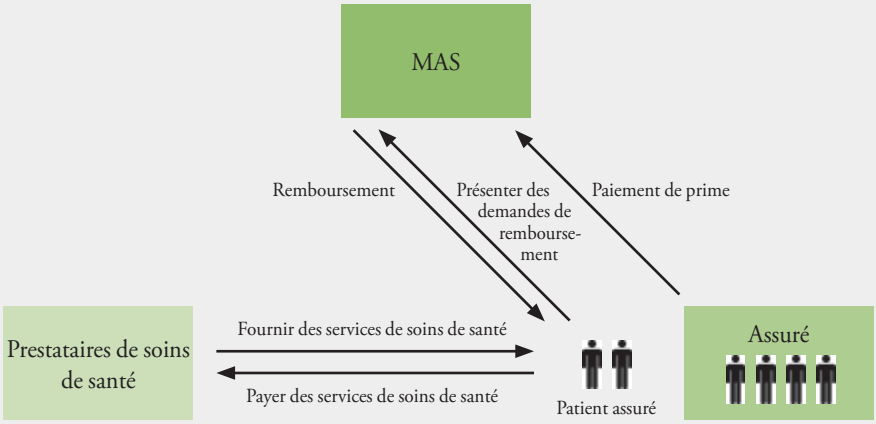


3) **Modèle de remboursement :** Avec le modèle de remboursement, le membre assuré paye des services de soins de santé au moment de l'utilisation, puis pré-

sente au projet MAS des documents de demande de remboursement et des reçus émanant des prestataires de soins de santé pour demander un remboursement *(voir figure 6.3)*.

Figure 6.3

Modèle de remboursement



Les praticiens mélangent souvent les différents modèles en fonction des contrats avec les prestataires et des services couverts *(voir encadré 6.2)*.

Encadré 6.2

Modèles de demande de remboursement dans des projets MAS

Une étude en ligne menée en 2009 par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance (OIT) a confirmé que la majorité des projets MAS utilisent des mécanismes TP. Parmi les 65 personnes interrogées :

- 52 % utilisent un mécanisme TP
- 22 % utilisent des modèles de remboursement (la plupart du temps en Asie)
- 18 % utilisent une combinaison des 2 possibilités, mécanisme TP et remboursement, en fonction des services couverts ou du type de prestataires de soins de santé
- 8 % utilisent un modèle intégré de soins et de financement des remboursements

Parmi les projets MAS avec mécanismes TP purs, un sur 4 n'avait pas mis en œuvre de coût-partage (par exemple co-paiement, franchises) ou de limites de prestations.

Quelques configurations régionales apparaissent. En Afrique centrale et de l'ouest, des mécanismes TP semblent être une caractéristique standard des mutuelles de santé, pour lesquelles l'UMSGF est un exemple représentatif.

En Inde, Devadesan et al. (2004) ont rapporté que seulement 2 projets sur 12 étudiés utilisaient des mécanismes TP, y compris Yeshasvini. Cinq autres projets étaient intégrés aux prestations de soins de santé et offraient l'accès sans argent aux services. Au Pakistan, le National Rural Support Programme a démarré par un modèle de remboursement et évolue vers un mécanisme TP fondé sur le retour client. Tous les projets développés par la First Microinsurance Agency (FMiA) utilisent des mécanismes TP.

Au Cambodge, dans la RDP du Laos et au Viêt Nam, les mécanismes TP étaient une caractéristique commune des projets MAS du fait qu'ils ont tendance à reposer moins sur le modèle intégré de soins et de financement et que des systèmes nationaux de financement de santé sont orientés vers l'assurance Santé sociale avec TP. Dans la RDP du Laos, un seul réseau d'assurance Santé à base communautaire (CBHI) s'est développé jusqu'ici, sous l'égide du ministère de la santé, avec un mécanisme TP. Au Cambodge, chacun des 5 projets CBHI existants utilisent des mécanismes TP. Le ministère de la santé a publié des directives concernant des éléments de conception clés permettant de négocier des mécanismes TP par tête avec des infrastructures de santé publiques pour des soins à la fois primaires et hospitaliers au niveau du district. Au niveau provincial, des projets MAS payent habituellement les hôpitaux sur une base de rémunération à l'acte conformément à un barème d'honoraires.

Les réponses à l'étude menée en Amérique latine étaient trop limitées pour donner une image juste des modèles de demandes de remboursement dans cette région. Cinq projets en Bolivie, en Colombie et au Mexique ont répondu à l'étude. Trois de ces projets ont adopté des mécanismes TP, y compris des services d'assurance de soins de santé Sol Salud de Zurich Bolivie et de BancoSol.

Source : auteurs.

Comparé aux modèles de remboursement ou aux modèles intégrés, un mécanisme TP a des avantages et des désavantages potentiels *(voir tableau 6.2)* qui diffèrent selon les parties concernées.

Tableau 6.2

Avantages et désavantages possibles des mécanismes TP

Partie	*Avantages possibles*	*Désavantages possibles*
Clients assurés	– Éliminer ou réduire le paiement en espèces au moment du service – Mettre en valeur l'accès aux services de soins de santé – Réduire les cas de gens retardant ou évitant l'utilisation des soins de santé – Réduire ou éliminer la charge administrative (par exemple aucune demande de remboursement à présenter)	– Limiter le choix des prestataires – Exiger une autorisation avant admission – Les prestataires de soins de santé peuvent fournir des services inutiles qui peuvent augmenter le risque sanitaire et les debours
Assureurs	– Simplifier la gestion des demandes de remboursement (par exemple règlement par lots contrairement à un règlement au cas par cas) – En fonction de la méthode de paiement de prestataire, pouvoir s'aligner sur des incitations pour que les prestataires fournissent des soins de santé efficaces et appropriés – Permettre le transfert de risque financier (tout ou partie) aux prestataires de soins de santé – Soutenir l'expansion du marché (interventions « clés en main ») – Améliorer la qualité des soin – Augmenter l'efficacité de la collecte des primes auprès des clients	– Augmenter l'aléa moral pour les prestataires de soins de santé et les membres, qui pourraient fournir/rechercher des services inutiles si le membre n'a aucune responsabilité financière lors de la recherche de soins – L'engagement sous contrat de fournisseurs de soins de santé peut être difficile et prendre du temps – Certains prestataires peuvent être peu disposés à s'engager par contrat s'ils n'ont pas un très grand rendement et s'ils ne font pas face à la concurrence – Augmenter les coûts et processus administratifs, en particulier en informatique – Augmenter les coûts des demandes de remboursement
Prestataires de soins de santé	– Augmenter l'utilisation et donc générer des revenus supplémentaires – Réduire les sommes impossibles à percevoir auprès des patients – Stimuler la qualité des soins (et donc améliorer la réputation) – En fonction de la méthode de paiement, pouvoir générer : a) un gain financier b) un flux stable de revenus	– Créer une administration supplémentaire nécessaire pour vérifier le caractère légitime et présenter des demandes de remboursement – Un volume de patients accru peut ne pas compenser les escomptes ou coûts supplémentaires – Des exigences de conformité accrues pour la qualité des soins – Pression pour supprimer les frais informels comprenant les dessous de table – En fonction de la méthode de paiement et de l'utilisation, pouvoir générer une perte financière – En fonction de la méthode de paiement, pouvoir augmenter le moment pris pour les paiements à effectuer

6.2 Établir et gérer un mécanisme TP

La manière dont un projet de micro-assurance choisit, engage sous contrat et gère des prestataires de soins de santé avec un mécanisme TP déterminera sa réussite ou son échec. Il est essentiel que des projets MAS établissent et maintiennent des normes minimales pour chaque prestataire participant et pour le réseau de prestataires en général. Ces normes devraient aborder l'adéquation de trois dimensions clés : 1) accès aux soins de santé ; 2) coût des soins de santé ; et 3) qualité des soins de santé.

6.2.1 Accès aux services de soins de santé

La première dimension concerne l'accès aux services pour les membres du projet MAS par la sélection des prestataires de soins de santé. Comme avec les projets d'assurance Santé régulière, l'environnement réglementaire et les offres géogra-

phiques et de service doivent être estimés afin d'évaluer quels prestataires de soins de santé peuvent être des partenaires appropriés pour le projet MAS. À certains endroits, les prestataires publics de soins de santé sont les seuls partenaires disponibles qui offrent des services de soins de santé abordable pour la population cible (par exemple Cambodge, RDP du Laos). Souvent, la réputation des prestataires publics est perçue comme médiocre, mais il peut être possible de former des partenariats productifs permettant d'améliorer la qualité. Dans d'autres contextes, les prestataires publics peuvent ne pas être autorisés à engager sous contrat des assureurs prestataires d'assurances Santé (par exemple au Pakistan, où les prestataires publics fournissent officiellement leurs services gratuitement), poussant les prestataires de MAS à se tourner vers des prestataires privés et négocier des coûts de services de soins de santé afin de rendre les primes abordables.

Un des défis les plus difficiles à surmonter se pose lorsqu'il n'y a simplement pas assez de prestataires de soins de santé qualifiés dans un domaine de service. Dans ce cas, les solutions à court terme peuvent être rares, et il est possible que le mécanisme TP ne soit pas approprié. Les approches à long terme prennent en compte la possibilité de travailler avec des États, des donateurs et d'autres parties prenantes pour améliorer la capacité de prestations de soins de santé. D'autres solutions, y compris les cliniques mobiles, la télémédecine et la formation du personnel sanitaire communautaire, continuent d'être trouvées pour résoudre ce problème.

L'accès aux services de soins de santé peut être défini par un nombre, un type et un emplacement de prestataires, et l'ensemble des services qu'ils offrent. L'adéquation d'un réseau de prestataires pour servir le nombre d'inscrits peut être surveillée par des indicateurs tels que le temps d'attente pour les rendez-vous et l'étendue et le type de soins fournis en dehors du réseau de prestataires. Un réseau de prestataires avec un mécanisme TP devrait inclure les prestataires nécessaires pour couvrir les services assurés. Par exemple, si la chirurgie oculaire est une prestation couverte, les prestataires en ophtalmologie devraient être inclus dans le réseau de prestataires.

L'accès géographique peut être mesuré en utilisant le temps et la distance nécessaires pour accéder aux soins. Les résultats de ces mesures peuvent être comparés à des références, telles que 85 % des membres ayant accès à 2 prestataires ou plus, à moins de 20 kilomètres ou 90 minutes de trajet. De telles normes doivent être adaptées aux milieux urbains et ruraux, et devraient refléter les normes existantes dans la communauté.

6.2.2 Coûts de gestion des soins de santé

Une fois que les prestataires de soins de santé ont été choisis, la réussite d'un mécanisme TP dépend de l'établissement d'un contrat de collaboration avec eux

en vue de gérer les coûts et proposer des mesures financières incitatives pour encourager des soins appropriés. Pour gérer les coûts, les projets MAS ont également besoin de contrôler les aléas moraux et les risques de fraude tant chez les prestataires de santé que chez les clients.

Processus d'engagement sous contrat de collaboration
L'engagement sous contrat des prestataires de soins de santé pour participer à un mécanisme TP a le plus de chances de réussir lorsque les négociations sont transparentes et collaboratives, et lorsque les objectifs sont reconnus par les 2 parties. L'appui des prestataires de soins de santé participants peut aider un projet MAS à recruter de nouveaux partenaires. Les projets MAS cherchent souvent des prestataires de soins de santé qui sont d'accord pour :

- satisfaire aux normes minimales de la qualité des soins de santé, idéalement sous la surveillance d'un conseiller médical du projet MAS ;
- effectuer un contrôle régulier de la qualité des soins, à la fois en interne et/ou par des professionnels de santé externes ;
- payer des services fournis conformément aux termes de l'accord et utiliser des listes d'honoraires raisonnables ;
- utiliser des systèmes de facturation et de comptabilité transparents ;
- établir une marche à suivre acceptable pour vérifier l'éligibilité des patients assurés ;
- partager l'information avec le projet MAS concernant l'utilisation de services de soins de santé par les membres assurés ;
- soutenir la présence d'un service d'assistance sur le site pour aider les membres assurés.

Les engagements du projet MAS vis-à-vis des prestataires de soins de santé sous contrat peuvent inclure :

- des garanties financières, telles qu'un paiement annuel minimum jusqu'à ce qu'un seuil d'inscription soit atteint, ou la mise en place d'un maximum de perte de revenu potentielle dans le cadre d'une formule de paiement par tête (GRETSKY) ;
- inscription de membres minimale ou suffisante (Microcare, FMiA) ;
- avances en espèces (UMSGF) ;
- outils ou support pour identifier des clients assurés et pour déterminer l'éligibilité des services couverts (Microcare, FMiA) ;
- accord sur un examen régulier des résultats sous l'égide du projet MAS (par exemple volume de patients, revenus et coûts) avec la possibilité de renégocier les termes.

L'engagement sous contrat de prestataires de soins de santé peut prendre du temps, car le contrat doit être complet et clair pour éviter des complications ultérieures. Par exemple, à l'UMSGF, il faut compter environ 3 mois pour un contrat avec une clinique en consultation externe et 6 mois avec un hôpital. Les 2 parties doivent comprendre ce que l'on attend d'elles et comment la relation fonctionnera dans la pratique. Des équipes administratives et cliniques chez les prestataires de soins de santé devraient être impliquées dans le processus de contrat car elles ont différentes attentes concernant le partenariat avec un projet MAS. Les projets MAS doivent avant tout veiller à prendre des engagements qui peuvent être tenus, et à être préparés pour réévaluer les engagements pour servir les intérêts à long terme de toutes les parties.

Pour des projets MAS qui concluent des contrats avec des prestataires publics de soins de santé, il est nécessaire d'impliquer assez tôt les services d'hygiène (qui supervisent les prestataires) pour soutenir le processus de contrat ainsi que pour imposer le contrat dans certains cas (GRET-SKY, CBHI).

Négociation de la méthode de paiement

Avec un mécanisme TP, les projets MAS paient habituellement les prestataires de soins de santé sous contrat selon une méthode de paiement prédéterminée. La méthode de paiement est cruciale pour la réussite du projet. Quatre méthodes courantes de paiement sont esquissées ci-après. Chaque méthode fournit différentes incitations et effets de dissuasion pour que les prestataires contrôlent le coût et la qualité des services :

- **Paiement rétrospectif sur la base d'une rémunération à l'acte médical :** les prestataires sont payés (à la carte) pour chaque service assuré qui est couvert par le projet MAS. Les paiements à l'acte peuvent se baser sur un barème d'honoraires fixe pour chaque service, groupe de services ou sur les frais facturés par le prestataire. Dans le dernier cas, les paiements peuvent se baser sur un pourcentage des frais facturés (autrement dit, quand un rabais est négocié ou quand un coût-partage est en place). C'est le modèle le plus répandu parmi les projets étudiés. Dans les pays développés, cette méthode de paiement est habituellement associée à une augmentation à la fois du volume de services fournis et des dépenses globales de soins de santé (Langenbrunner et al., 2009).
- **Paiement rétrospectif selon le cas :** les prestataires reçoivent un montant forfaitaire (parfois appelé « global »), généralement pour tous les services fournis dans le cadre d'une hospitalisation ou d'un épisode de soin qui peut inclure des soins avant et après hospitalisation. Les paiements selon le cas peuvent être constants, ou varier en fonction de facteurs tels que le diagnostic ou l'âge du patient qui peut grandement influer sur le coût du traitement.

- **Paiement rétrospectif par jour :** les prestataires reçoivent un montant forfaitaire par jour d'hospitalisation. Les montants journaliers peuvent varier en fonction du type de service ou du lit, tel que les soins intensifs, les jours de garde en chirurgie ou en médecine.
- **Paiement prospectif par tête :** les prestataires reçoivent un paiement fixe par personne inscrite pendant une période définie, qui est habituellement d'une année. Les paiements par tête ne dépendent pas de l'utilisation des services (volume et type) par les assurés ; ils sont effectués à l'avance au prestataire de soins de santé choisi par la personne inscrite. Le système de rémunération par tête peut s'appliquer à un service particulier de soins de santé ou à l'ensemble de services, tels que des soins primaires (en consultation externe) ; il peut aussi s'appliquer à un niveau « global », autrement dit pour tous soins de santé incluant les soins primaires, secondaires et tertiaires.

Il peut s'avérer difficile de fixer des paiements justes, indépendamment de la méthode employée, étant donné la grande variation des frais de base, et la tendance à ne pas faire reposer les frais sur le coût majoré d'une marge raisonnable, ou sur des données précises. Un autre défi présenté par toutes les méthodes de paiement est constitué par le fait que les prestataires de soins de santé peuvent tenter « d'équilibrer la facturation », ou percevoir des honoraires supplémentaires non remboursés par le paiement effectué par le mécanisme TP.

Comme il ressort de la perspective du projet, chaque méthode de paiement a des avantages et des inconvénients, comme cela ressort du tableau 6.3. Les mesures permettant de compenser les inconvénients varient selon la méthode de paiement choisie (ILO STEP, 2006 ; Langenbrunner et al., 2009).

Tableau 6.3

Avantages et inconvénients des différentes méthodes de paiement

Méthode de paiement	*Avantages*	*Inconvénients*
Rémunération à l'acte médical	– Facile à comprendre et à mettre en application ; méthode généralement utilisée par les prestataires de soins de santé – Encourage les prestations de services, qui peuvent aider à l'accès aux soins pour les ménages ayant de faibles revenus – Généralement bien accepté par les prestataires de soins de santé	– Alimente l'inflation médicale en fournissant une incitation financière pour : – sur-utiliser les services (augmenter le volume) ; – augmenter les charges facturées si celles-ci servent de base pour calculer les paiements (augmenter les coûts unitaires) – Le projet MAS supporte l'ensemble du risque financier et peut essayer de réduire les demandes de remboursement en limitant les services couverts ou en ayant tendance à rejeter les demandes de remboursement – Peut nécessiter des interventions impopulaires pour réduire les demandes inadéquates
Par cas	– Simplifie la gestion des demandes – Transfère le risque financier de la durée de séjour aux prestataires – Encourage la gestion efficace des soins (une durée de séjour plus courte)	– Incitation à diagnostiquer et facturer des cas plus complexes (revenus plus élevés) – Incitation à réduire la durée de séjour et les services qui peuvent être nécessaires – Incitation à rendre les admissions inutiles – Difficile d'établir un coût juste par cas pour tous les patients (données aberrantes)
Par jour	– Simplifie la gestion des demandes de remboursement – Transfère le risque financier pour le coût par jour aux prestataires – Encourage une gestion efficace des soins (moindre intensité de service par jour)	– Incitation pour augmenter la durée de séjour – Incitation pour réduire les services qui peuvent être nécessaires – Incitation pour effectuer des admissions inutiles
Rémunération par tête	– Simplifie la gestion des demandes de remboursements (aucune demande nécessaire) – Niveau régulier de revenus (prépaiement) pour des prestataires (avantage de cash-flow) – Permet le transfert du risque financier au prestataire de soins de santé – Encourage les prestataires à fournir des soins préventifs et encourage un traitement précoce et moins coûteux	– Prestataires généralement peu réceptifs en raison de l'incapacité à maîtriser le risque financier en matière de soins – Difficile de déterminer les prix avec précision sans inscriptions importantes en raison de la variation élevée du coût des soins pour un nombre restreint de patients et un manque global de données – Incitation à réduire les soins – Incitation à exclure les groupes à haut risque (personnes âgées, personnes vivant avec le VIH/SIDA, ceux ayant des maladies préexistantes et chroniques dans certains cas) – Favorise la référence inadéquate à d'autres prestataires pour des cas onéreux lorsque certains services de soins de santé, mais pas tous, sont couverts par le paiement par tête – Il peut être difficile pour l'assureur d'obtenir des données d'utilisation (séance de soins) pour concilier des paiements avec une expérience réelle

La plupart des projets étudiés avec le mécanisme TP utilisent une méthode de paiement simple, bien que 36 % utilisent une combinaison de 2 méthodes de paiement ou plus. La majorité (69 %) des projets ont négocié des conditions de paiement à l'acte médical, alors que 40 % utilisent une méthode de paiement en fonction du cas ; 17 % ont négocié un paiement prospectif par tête.

Les leçons suivantes ressortent des études de cas :

– Les méthodes de paiement qui transfèrent un certain risque financier aux prestataires de soins de santé (selon le cas, par jour ou par tête) permettent davantage

de limiter les coûts que le paiement à l'acte médical, mais exigent des mesures supplémentaires pour contrôler la qualité des soins *(voir section 6.2.3).* Il est habituellement plus difficile de négocier ces méthodes avec des prestataires de soins de santé *(voir encadré 6.3).*

– La rémunération par tête peut être une manière appropriée de dédommager les prestataires pour des événements de santé à fréquence élevée/peu coûteux (plus prévisibles), y compris les soins en consultation externe. Cela est dû au fait qu'il est plus facile d'estimer à l'avance combien de fois les gens rechercheront des soins de santé primaires dans une période donnée et coût approximatif impliqué. Ce type de prépaiement est plus difficile pour les soins compliqués et peu fréquents comme l'hospitalisation. La rémunération par tête permet également de réduire les coûts de gestion, parce qu'il n'est pas nécessaire de présenter et de traiter des demandes de remboursement pour chaque séance de soins de santé *(voir encadré 6.3).*
– La rémunération par tête est mieux adaptée à des contextes où une masse critique d'inscription peut être atteinte avec un prestataire donné. Le plus souvent, cela est possible quand le choix des prestataires de soins de santé est limité et/ou que la population inscrite est importante. Il est plus facile de mettre en place et de gérer les paiements par tête dans les cas où le prestataire peut fournir la gamme de soins complète.
– Des méthodes de paiement combinées peuvent convenir à bien des égards (c'est-à-dire capitation pour prestataires/services de soins de santé primaires et par cas pour les soins en hôpital), mais compliquent souvent la gestion et augmentent les coûts de gestion.

Limitation de l'aléa moral et de la fraude

L'aléa moral et la fraude sont des défis en assurance Santé. Comme les patients assurés dans des projets MAS assortis d'un mécanisme TP n'assument pas le coût des soins de santé au moment du service, l'incidence de l'aléa moral peut augmenter, les clients pouvant considérer les soins comme gratuits et utiliser des services dont ils n'ont pas besoin. De même, les prestataires de soins de santé considèrent souvent l'assureur comme ayant une plus grande capacité à payer qu'un patient qui doit payer directement et peut y voir ainsi une occasion accrue de fournir des services qui sont couverts mais qui peuvent ne pas être médicalement nécessaires.

Les projets MAS assortis de mécanismes TP sont confrontés à des défis similaires en ce qui concerne la fraude aux projets qui utilisent des modèles de remboursement. Le comportement frauduleux peut se produire quand les patients non-assurés se présentent comme personnes couvertes, ou que des clients assurés recherchent des services non couverts ; les prestataires peuvent se livrer à des

actes frauduleux en facturant des services non fournis ou en fournissant des services inutiles pour générer des revenus supplémentaires.

Chacun des 7 projets MAS étudiés a mis en œuvre des mesures de contrôle de l'aléa moral et de la fraude par le biais de stratégies permettant d'influer sur le comportement des prestataires et des clients.

Encadré 6.3

Expérience avec le système de rémunération par tête de GRET-SKY

GRET-SKY a voulu fournir à des clients un accès libre aux soins de santé primaires pour limiter les cas d'hospitalisation onéreux (contribuant ainsi à la durabilité du projet) et leur offrir un avantage attractif. La rémunération par tête a été ressentie comme la meilleure méthode de paiement pour les soins de santé primaires, en partie parce qu'elle pouvait réduire les coûts de gestion liés à la fréquence élevée des demandes de remboursement en matière de soins de santé primaires et du fait qu'elle limitait le risque financier pour le projet MAS.

La mise en place d'une formule de paiement par tête a exigé de longues négociations visant à répondre aux problèmes des prestataires de soins de santé publics pour générer un revenu suffisant. Plusieurs facteurs ont contribué à la réussite de cette négociation :

- Le projet a été soutenu par le Ministère de la Santé ainsi que par le service d'hygiène local.
- Les premières infrastructures sanitaires publiques sous contrat ont eu l'appui d'une ONG internationale qui était ouverte aux méthodes de paiement alternatives.
- Les infrastructures sanitaires publiques avaient un excédent de capacité et recherchaient davantage de patients.
- Tous les calculs pour déterminer le montant de la rémunération par tête étaient transparents pour toutes les parties. GRET-SKY compensait toute perte financière subie par le prestataire pendant la première année si les frais pour les services rendus excédaient le montant de la rémunération par tête.
- Lorsque le nombre de clients assurés était limité et que les prestataires étaient peu disposés à participer, le paiement par tête était « augmenté » afin de garantir un montant minimum de revenu aux prestataires participants. Cette « poussée » de la capitation par membre a progressivement diminué à mesure que le nombre d'adhérents augmentait.

Une fois par an, GRET-SKY évalue la justesse du montant de la rémunération par tête pour atteindre une viabilité financière pour les 2 parties, et effectue tous les ajustements nécessaires. Jusqu'ici, le montant de la rémunération par tête a progressivement diminué pour beaucoup de prestataires sous contrat, comme les

régimes ont été « dopés » au début pour encourager la participation. L'expérience de GRET-SKY a montré qu'environ 2 ans étaient nécessaires pour éliminer la subvention des régimes par capitation par personne (au lieu d'un an comme prévu initialement).

Source : auteurs.

Aléa moral et fraude par des prestataires de soins de santé

Il est nécessaire de surveiller l'utilisation, les coûts et la satisfaction des patients fournis sous divers systèmes de paiement, qui peuvent chacun générer des types particuliers d'aléa moral *(voir encadré 6.4)*. Par exemple, dans le cadre d'honoraires pour chaque acte médical, les prestataires ont une tendance bien connue à augmenter le nombre et le coût des services. Pour surveiller l'aléa moral, des projets peuvent adopter un certain nombre d'approches, comme décrit ci-dessous.

Conception de produits : limiter les prestations totales maximales par personne pour les soins hospitaliers (FMiA et Microcare). Cela peut être une manière efficace de limiter l'exposition à des risques, mais cela limite les prestations pour des soins nécessaires à ceux qui subissent une catastrophe. Par contre cela peut réduire la valeur réelle et la valeur perçue du projet MAS de la perspective client, ce qui permet difficilement d'atteindre le bon équilibre.

Gestion des demandes de remboursement : analyser les demandes et les données d'utilisation. Une variété d'indicateurs associé des coûts élevés ou bas ou à l'utilisation peut aider à identifier des cas d'aléa moral. Ils incluent :

- le nombre et le coût des demandes de remboursement (total, segmenté par catégorie de client, emplacement, prestataire, type de service et catégorie de maladie) ;
- la fréquence et le coût par unité (par exemple le nombre et le coût des admissions à l'hôpital pour 1 000 membres par an) ;
- durée moyenne du séjour, exprimée en jours par admission (pour les hospitalisations) ;
- ratio de demandes de remboursement encourues (demandes encourues/prime acquise) ;
- prix facturés comme pourcentage de la capitation totale (pour des projets avec rémunération par tête).

Une surveillance mensuelle des indicateurs clés est essentielle pour des taux d'incidence d'un projet et pour identifier un aléa moral. L'interprétation de ces indicateurs n'est possible qu'avec un système de gestion intégré (SGI) et sur la base d'une connaissance permettant d'analyser les données. Pour les projets qui

utilisent un paiement en fonction du cas, il faut s'assurer que la durée du séjour et la prestation de services pendant ce séjour sont appropriées et que les prestataires ne demandent pas de diagnostics plus complexes ou ne traitent pas des cas inutiles afin d'augmenter les revenus. Dans des projets comme FMiA, les demandes de remboursement ont parfois été examinées 2 fois avant d'être envoyées à l'assureur pour le paiement : un premier examen a été effectué au moment du débit par un responsable des ventes, qui pouvait alors soumettre les demandes douteuses au conseiller médical de FMiA en vue d'un deuxième examen. Les schémas utilisant une approche de paiement prospectif, comme la rémunération par tête, nécessitent une surveillance des sous-services. L'aléa moral peut se présenter par le fait que des prestataires limitent les soins, étant donné que minimiser la prestation de soins peut maximiser les bénéfices.

Gestion médicale : mettre en œuvre les contrôles d'utilisation. Les interventions telles que la pré-autorisation ou l'examen simultané peuvent permettre de gérer à la fois les coûts et la qualité de manière prospective et concomitante et de réduire l'aléa moral. Cependant, de telles activités (par exemple la mise en œuvre de directives de traitement) peuvent être complexes et coûteux à gérer, et sont souvent perçus comme un harcèlement aussi bien par les prestataires que par les clients.

Encadré 6.4

Un co-paiement destiné à limiter une sur-utilisation des services par les clients induit un aléa moral suscité par les prestataires

Dans des études de cas utilisant la rémunération par tête, les projets MAS n'exigent pas de paiements à la charge des clients, même pour des soins de santé primaires (par exemple les consultations externes). Dans GRET-SKY, un prestataire de services sous contrat a demandé la mise en application d'un co-paiement pour décourager l'utilisation abusive de services de soins de santé. Cependant, il s'est avéré que le prestataire de soins de santé encourageait en réalité des visites supplémentaires (et peut-être inutiles) pour compléter les paiements à l'acte par des co-paiements. Depuis, le co-paiement a été interrompu ; le prestataire reçoit une compensation pour les soins seulement par le mode de capitation, et le GRET-SKY contrôle l'utilisation et la satisfaction des patients pour évaluer si l'accès aux soins et leur utilisation sont appropriés.

Source : auteurs.

Aléa moral et fraude commise par des clients

Quand l'accès aux soins de santé est gratuit ou presque pour les patients, le risque de sur-utilisation, en particulier de services en consultation externe, augmente.

Une stratégie courante est d'inclure une formule coût-partage chez les patients (Microcare, UMSGF). De plus, beaucoup de projets mettent en œuvre un mécanisme de « porte d'entrée » dans le système de soins (« gatekeeping »), selon lequel c'est uniquement sur demande d'un prestataire de soins primaires que le patient a accès à des consultations chez des spécialistes ou à des services à l'hôpital. L'inscription à un projet MAS déclenche souvent une période initiale de forte utilisation due à une demande non satisfaite et à des soins différés, en particulier en chirurgie non urgente (traitement des hernies, par exemple).

Les leçons tirées des études de cas font ressortir que les praticiens MAS sont conscients du fait qu'une cible de fraude zéro n'est pas réaliste. Les stratégies de prévention contre la fraude sont les suivantes :

– **délivrance d'une carte d'assurance individuelle ou familiale** avec photo. Les résultats de l'étude en ligne montrent que 67 % des projets comportant les mécanismes TP utilisent une carte d'identification avec photo et que 14 % utilisent une carte à puce plus sophistiquée qui permet une vérification électronique de l'admissibilité. Les cartes d'identification avec photo posent cependant des problèmes et il est possible de vérifier l'identification sans ce genre de cartes *(voir encadré 6.5).* La délivrance de cartes augmentant les coûts de gestion, l'économie réalisée grâce à la réduction de la fraude doit compenser le coût supplémentaire. Il se peut que les cartes ne soient pas efficaces en termes de prévention de la fraude lorsque les prestataires de soins de santé ne les utilisent pas correctement, ou que le prestataire est complice de fraude, par exemple en recevant le paiement de l'assureur pour un client non assuré qui peut manquer de fonds pour payer les soins. L'établissement de cartes d'identification avec photo peut également soulever des problèmes du fait que, souvent, le client et les membres assurés de sa famille doivent se procurer et payer les photos et les fournir à l'assureur. Enfin, dans certaines régions, les photographies peuvent être inacceptables pour des raisons religieuses ou autres, notamment en ce qui concerne les femmes.
– **contrôle de l'identification par un responsable de liaison et la technologie.** Un responsable de liaison peut encourager une « culture client » en aidant les clients à mieux comprendre les prestations de leur projet MAS, et réduire la charge pesant sur les prestataires de vérification de l'admissibilité. Cependant, le prestataire de soins de santé a toujours un rôle important dans la gestion de la fraude, et doit être formé en conséquence. Avoir une liaison assurance dans des infrastructures sanitaires sous contrat présente un risque de fraude interne dont il faut tenir compte. Par exemple, Microcare a fait alterner les infirmières gérant la fonction de liaison chez un prestataire de soins de santé afin de limiter le risque de collusion. Microcare a également constaté une baisse des demandes de remboursement de 30 % à partir du moment où un bureau d'enregistrement informatisé a été introduit dans une clinique. Cette baisse a été attribuée à une réduction de la fraude, qui pouvait

se produire quand des personnes non assurées accédaient aux soins en utilisant le nom d'une personne assurée.

– **exiger une autorisation préalable de services à coût élevé.** Une fonction de « porte d'entrée » dans le système de soins pour limiter l'utilisation frauduleuse de soins de santé est particulièrement importante quand les prestataires reçoivent des paiements à l'acte médical (FMiA, UMSGF et Yeshasvini). Généralement, la personne assurée doit requérir l'autorisation du projet pour accéder à des services de soins de santé. Une autorisation rapide est importante pour satisfaire le client. Des autorisations pour des cas d'urgence sont habituellement données dans les 24 heures. Si possible, un processus téléphone/téléfax gratuit peut être mis en place pour accélérer le processus (FMiA et Yeshasvini). Avec l'avancée de la technologie et une disponibilité plus répandue de celle-ci, des options via Internet utilisant des téléphones mobiles, des ordinateurs ou des dispositifs au point de service sont introduits. Une autorisation préalable n'est pas applicable à des soins santé primaires en raison de la fréquence des services et de critères moins clairs d'utilisation (par exemple, quand est-il nécessaire de rechercher des soins médicaux pour un mal de tête ?).
– **fournir des listes précises de clients admissibles** aux prestataires de soins de santé, ce qui est essentiel pour des projets avec paiement par tête. Cette stratégie est plus simple pour des projets MAS qui limitent l'inscription, par exemple à une fois par an, mais plus exigeante pour des projets MAS, tels que GRET-SKY et CBHI, qui maintiennent une inscription ouverte. Les 2 projets ont des procédures et des dates limites claires pour garantir que des données d'admissibilité sont fournies aux établissements de soins à l'avance chaque mois.

Encadré 6.5

Prévenir la fraude sans identification par photo

Après avoir testé une carte à puce avec photo pouvant être utilisée dans un bureau d'admission à l'hôpital, le FMiA a commencé un processus plus simple d'identification utilisant des cartes d'identité nationales (CIN) avec photos. Le FMiA a émis une carte d'assurance sans photo, la personne assurée étant priée de montrer sa CIN au moment de l'admission. Il existait toujours un risque de fraude pour les enfants sans CIN. En cas de non disponibilité ou de non délivrance d'une CIN, les personnes concernées étaient invitées à présenter leur acte de naissance. Un système d'identification par empreinte avait été envisagé, mais n'avait finalement pas été mis en place compte tenu du temps et du coût escomptés pour obtenir des empreintes pour tous les membres au moment de l'enregistrement. Le FMiA gérait en outre la fraude en utilisant un procédé d'autorisation préalable et un système de « porte d'entrée » avec du personnel FMiA situé dans les hôpitaux sous contrat.

Source : auteurs.

6.2.3 Contrôle de la qualité des soins

En plus de l'accès et du coût, la troisième dimension des normes concernant la mise en place et le contrôle d'un mécanisme TP est la qualité des soins. La qualité peut être définie selon des critères objectifs et subjectifs, et peut être mesurée avec des indicateurs cliniques ainsi que des indicateurs non-cliniques ou de service. Les résultats cliniques, tels que les taux d'infection, sont des exemples de qualité objective d'indicateurs de soin. Comme les données de résultats cliniques et/ou les références ne sont souvent pas disponibles, d'autres critères peuvent être appliqués comme solution alternative. Par exemple, les références des prestataires de soins de santé sont souvent choisies comme indicateurs de la qualité clinique. Parfois des données de demandes de remboursement peuvent être extraites pour développer des évaluations rétrospectives de la qualité et il est fait appel à des professionnels de soins de santé pour analyser des modèles de traitement. La qualité du service, définie par des indicateurs tels que les heures d'intervention ou l'étendue des services offerts, peut également être mesurée.

La qualité subjective des soins, que l'on désigne parfois comme étant l'expérience du patient, reflète généralement le point de vue du patient sur les soins de santé qu'il a reçus. Des opinions subjectives peuvent être mesurées par des études ou des groupes de discussion sur une gamme de sujets tels que le confort des installations, les attitudes perçues des prestataires de soins de santé et le rapport qualité/prix.

Certains projets MAS exigent des membres qu'ils utilisent un réseau défini de prestataires de soins de santé quand ils mettent en œuvre un mécanisme TP. Ainsi, la mauvaise qualité du soin fourni dans les infrastructures du réseau – réelle ou perçue - peut nuire à la fidélisation de la clientèle et à la réputation du projet MAS. Comme indiqué dans le tableau 6.3 ci-dessus, les projets MAS qui utilisent le paiement par tête peuvent être bien plus vulnérables vis-à-vis des questions de qualité des soins, car les prestataires ont une motivation financière incitant à limiter les soins.

Mesure de la qualité des soins

Pour améliorer la qualité des soins, les projets MAS doivent trouver des moyens objectifs de mesure *(voir encadré 6.6)*. L'un d'eux consiste à comparer le nombre réel et le type de services (admissions par 1 000 clients, nombre de contrats avec des prestataires de soins de santé primaires par personne par an, nombre de prescriptions médicales par consultation, pourcentage d'enfants vaccinés, etc.) avec les normes de morbidité (maladie) et de mortalité (décès) attendues. Le développement de normes peut s'avérer difficile. En définitive, avec une qualité et une quantité de données suffisantes, la comparaison devrait être possible. Cependant, un soin particulier doit être apporté à l'interprétation des données, compte tenu des nombreuses variations naturelles dans les résultats cliniques chez les patients. Ces variations peuvent s'expliquer, par exemple, par l'alimentation, l'éducation, l'hygiène, et la survenance de catastrophes naturelles ou d'origine humaine.

Encadré 6.6

Surveillance de la qualité des services de santé

Zurich Bolivia et BancoSol se sont dotés d'un mécanisme TP avec un tiers opérateur de service (TPA), PROVID. PROVID reçoit un paiement par tête (et paye alors les prestataires de soins de santé sous contrat en fonction des diverses méthodes de paiement incluant les paiements à l'acte médical). PROVID surveille l'utilisation des services de santé et conserve les données sur les demandes de remboursement. Il effectue également des contrôles réguliers et ponctuels de la qualité de service dans les infrastructures sanitaires sous contrat en envoyant comme patients potentiels des membres de son personnel pour tester comment ils sont reçus et traités.

Comme BancoSol distribue le produit MAS à ses clients de Microfinance, des boîtes de commentaires ont été mises en place dans des succursales de BancoSol pour permettre à des clients assurés de faire des commentaires sur les services MAS. Il est important pour l'institution de microfinance de s'assurer que les clients sont satisfaits du projet MAS car cela peut avoir une incidence sur la réputation de BancoSol.

Source : auteurs.

Les projets MAS peuvent évaluer la fréquence et le type de services de soins de santé fournis aux différents patients, ou par des prestataires de soins de santé spécifiques. L'évaluateur (idéalement un professionnel clinique du projet MAS) peut contacter des prestataires de soins de santé pour discuter des cas et des tendances exceptionnels, et mettre au point des interventions appropriées.

Fixation des normes de qualité

Dans les 7 études de cas, les contrats destinés aux prestataires de soins de santé établissent des normes pour différents aspects de la qualité. Par exemple, les contrats stipulent souvent que les patients assurés doivent être traités de la même manière que les patients non-assurés en termes d'accès aux services et aux normes cliniques de traitement. Le comportement des prestataires de soins de santé envers les membres de projets MAS devrait être surveillé pour que tout élément de preuve puisse être apporté au cas où certains d'entre eux recevraient un service de moindre qualité. Cela peut se produire lorsque l'on considère qu'un patient ne payant pas de sa poche au moment de la prestation du service, ou bénéficiant d'une réduction ou d'un tarif spécial, est inférieur socialement et économiquement. Certains contrats avec mécanismes TP prévoient une adhésion à des protocoles de traitement ou des directives de soins, et garantissent la disponibilité des médicaments essentiels.

Dans d'autres contrats, tel que celui d'UMSGF *(voir encadré 6.7),* les prestataires de soins de santé ne sont pas autorisés à demander des honoraires supplémentaires dépassant ceux fixés dans le plan des prestations, tels que les co-paiements. De telles dispositions existent pour décourager les pratiques frauduleuses, qui peuvent être endémiques dans les infrastructures où les salaires sont bas ou bien où une culture de la corruption règne.

Pour certains projets MAS, un contrat reposant sur les performances peut être un moyen utile permettant d'améliorer la qualité des soins. GRET-SKY teste un contrat reposant sur les performances avec un paiement par tête ajusté de taux d'utilisation. Pour l'utilisation des services, des cibles sont mises en place avec chaque prestataire et un paiement par tête y est associé. Si l'utilisation réelle est au-dessous de la cible, les prestataires reçoivent un paiement par tête réduit. Quand l'utilisation dépasse la cible, les prestataires de soins de santé reçoivent également un paiement par tête réduit, mais à un degré moindre. L'objectif est d'encourager des prestataires de santé à atteindre une utilisation optimale (souhaitable), et à décourager une sur-utilisation potentielle. Le recours à l'utilisation comme indicateur indirect de qualité clinique peut être utile dans un contexte où des mesures plus spécifiques de qualité clinique ne sont éventuellement pas disponibles.

Encadré 6.7

Amélioration de la qualité des soins

En dépit des relations de collaboration avec des prestataires de soins de santé, la qualité de soin constitue un défi majeur pour l'UMSGF. Le projet MAS a pris un certain nombre de mesures pour améliorer la situation.

Les infrastructures sanitaires sous contrat sont insuffisamment financées et sont confrontées à des pénuries de médicaments. Pour améliorer la qualité des soins (et la satisfaction client), l'UMSGF a commencé par couvrir le coût des médicaments achetés dans les pharmacies privées lorsqu'ils étaient prescrits par un hôpital sous contrat. Malheureusement, cette initiative ayant entraîné une élévation rapide des coûts de demandes de remboursement, elle a dû être arrêtée. Actuellement, un fonds renouvelable pour les médicaments a été créé avec le soutien de donneurs permettant d'acheter un stock de médicaments qui peuvent être fournis aux clients lorsqu'une prescription n'est pas disponible directement auprès d'un prestataire sous contrat. De plus, des incitations financières ont été mises en œuvre pour encourager le personnel médical à fournir des soins appropriés aux patients assurés et pour limiter des paiements non autorisés par les patients (dessous de table pour médicaments, par exemple). Plus récemment, un responsable de liaison a été affecté à chaque infrastructure sous contrat pour s'assurer que les patients assurés sont convenablement accueillis et servis.

Source : auteurs.

Promouvoir la qualité clinique par le biais de conseillers médicaux
En liaison avec la qualité clinique, des études de cas montrent que les conseillers médicaux peuvent jouer un rôle clé pour la mesure de la qualité des soins selon des normes définies, en particulier quand un prestataire de soins de santé n'est pas directement impliqué dans la gestion des soins et des demandes de remboursement (FMiA, UMSGF, GRET-SKY, CBHI). Un conseiller médical surveille la qualité des soins avec des prestataires de soins de santé en se concentrant sur les tâches prioritaires suivantes :

- **Évaluer si les patients assurés reçoivent des services de soins de santé appropriés** en fonction de diagnostic et de l'état de santé. Cette évaluation peut être soit 1) prospective, en autorisant un traitement ou en évaluant un prestataire en fonction de critères de participation au réseau ; 2) simultanée, par une gestion de cas d'une hospitalisation, par exemple ; ou 3) rétrospective, par une analyse des demandes de remboursement, consultations ou enquêtes auprès des patients.
- **Contrôler et vérifier périodiquement la qualité générale des soins** dans les infrastructures sanitaires sous contrat. Les indicateurs de qualité peuvent inclure des critères simples et mesurables tels que les heures d'intervention, la disponibilité du personnel médical, la disponibilité des médicaments essentiels et du matériel diagnostique ainsi que l'hygiène.
- **Mettre en œuvre et surveiller la conformité aux protocoles de traitement normaux.** De tels protocoles peuvent être du domaine public et publiés par des organismes tels que l'Organisation Mondiale de la Santé ou un Ministère de la Santé, comme on l'a vu au Cambodge et dans la RDP du Laos, ou ils peuvent être sous marque déposée et développés par le projet MAS et/ou ses prestataires de réseau.

Introduction de la qualité du service par le biais de représentants de liaison
Les 7 études de cas confirment que les clients notent une meilleure qualité de soins lorsqu'un représentant de liaison les aide à accéder à des services de santé. Les représentants de liaison remplissent souvent les tâches suivantes :

- accueillir les patients et les orienter vers l'infrastructure ;
- vérifier les prestations et l'admissibilité ;
- enregistrer les nouveaux inscrits et collecter les primes ;
- rendre visite aux patients hospitalisés et servir d'avocat pour s'assurer que des soins et des services appropriés sont fournis, et aider à préparer le patient et la famille pour la sortie d'hôpital ; et
- collecter les retours sur la satisfaction des patients et les résultats par le biais d'études ou d'entrevues.

Les services de liaison peuvent augmenter la perception de la valeur et de la qualité et augmenter ainsi la confiance dans le projet et encourager les renouvellements, contribuant à la durabilité du projet. Cependant, comme ils ont un coût, les projets MAS doivent évaluer quand et comment fournir de tels services efficacement. Par exemple, le projet doit décider s'il faut fournir un service de liaison juste pour des hospitalisations ou être également présent en consultations externes. On peut obtenir un arrangement coûts-prestations optimal en prévoyant une liaison dans les infrastructures ayant un nombre minimum de clients ou de demandes de remboursement (Microcare). Une autre stratégie efficace en terme de coûts peut consister en ce qu'un responsable de liaison couvre plusieurs infrastructures alternativement, ou seulement pendant les heures de pointe (GRET-SKY). Des développements technologiques tels que la diffusion des téléphones mobiles ont également stimulé le développement des centres d'appel, qui peuvent fournir de nombreux services de liaison à distance et à des coûts considérablement moindres (5 études de cas, y compris FMiA).

Assurer le paiement ponctuel des prestataires de soins de santé

Dans un contexte où les prestataires de soins de santé se battent souvent pour maintenir un cash-flow suffisant pour financer les interventions, il est important pour un projet MAS assorti du mécanisme TP de payer les prestataires dans les délais prévus. Les contrats passés avec les prestataires de soins de santé stipulent généralement les conditions de paiement, y compris le temps maximum accordé pour le paiement par tête ou les demandes de remboursement. Ne pas respecter les termes du contrat peut mener au refus de traiter des patients ou à demander un prépaiement, ce qui peut nuire à la réputation du MAS chez les assurés et les prestataires, et peut même avoir comme conséquence la dénonciation du contrat. Gérer la qualité avec le mécanisme TP suppose le paiement des prestataires dans les délais prévus. Le paiement par chèque ou par transfert électronique peut minimiser le risque de fraude ou de perte, bien que certains projets (par exemple UMSGF et GRET-SKY) utilisent les espèces.

Les leçons que nous enseignent les mécanismes TP rétrospectifs qui prévoient le paiement ponctuel des prestataires de soins de santé sont les suivantes :

- L'équipe de gestion des demandes de remboursement doit avoir une structure claire et des contrôles sur place doivent être effectués pour des demandes problématiques.
- Un conseiller médical doit mener des examens cliniques se focalisant sur des cas problématiques seulement.
- Des systèmes informatisés doivent être en place pour fournir des données sur les prix et les services couverts.

– Les systèmes décentralisés sont nécessaires pour capter des données directement au niveau de l'infrastructure (admission et retour à domicile).
– Les transferts électroniques et/ou les chèques doivent être utilisés pour le paiement des prestataires et afin de réaliser une économie de coûts et de temps ainsi que pour éviter tous risques liés aux transactions en espèces.

Microcare a réduit sa période de paiement des demandes de remboursement de 30 jours à 14 jours avec une réorganisation du service des demandes de remboursement en 5 unités, chacune d'elles étant spécialisée dans une tâche du processus de demandes de remboursement *(voir encadré 6.8).* Chez Yeshasvini, les demandes de remboursement sont envoyées par les prestataires de soins de santé au TPA, qui évalue les demandes de remboursement avec l'aide d'un conseiller médical. Ces demandes de remboursement sont examinées par le Yeshasvini Trust au cours d'une réunion mensuelle et celles qui sont approuvées sont payés par chèque au TPA qui paye à son tour les prestataires de soins de santé par chèque. Les conditions de paiement pour les prestataires de soins de santé varient de 15 jours (cible) à 3 mois. Des retards de paiement sont souvent problématiques, en particulier pour les petites cliniques qui tendent à avoir des problèmes de cash-flow.

Encadré 6.8

La fonction de gestion des demandes de remboursement

En 2009, Microcare a restructuré son équipe de gestion de demandes de remboursement de 12 personnes en 5 unités. Chaque unité administrative remplissait une fonction distincte pour améliorer le rendement :

1) **Facturation :** les demandes de remboursement étaient comparées aux factures des prestataire de soins de santé (envoyées souvent par lots). Les irrégularités ont été envoyées à l'unité de recherche.
2) **Saisie des données :** les données provenant des demandes de remboursement sur papier étaient saisies dans la base de données informatisée. Le système alertait automatiquement le personnel Microcare quand les frais pour les services clés et les médicaments dépassaient les limites acceptables. Une enquête était effectuée pour valider la justesse des frais.
3) **Analyse de données :** un médecin examinait la justesse du diagnostic et du traitement correspondant, et un spécialiste des médicaments examinait les prix et les prestations autorisés pour les médicaments afin d'identifier des cas possibles de fraude ou de facturation inadéquate. Les demandes douteuses faisaient l'objet d'une enquête supplémentaire ; les demandes approuvées étaient envoyées à l'enregistrement de sorte que les demandes douteuses n'avaient pas retardé un lot entier lié à une facture.

4) **Recherche :** les administrateurs continuaient avec les prestataires de soins de santé à répondre aux questions ressortant des demandes (par exemple une information incohérente ou manquante, des frais inexpliqués).
5) **Enregistrement :** les demandes approuvées étaient envoyées à un superviseur pour examen final et approbation, puis se déclenchait une requête auprès de la comptabilité pour émettre le paiement.

Source : auteurs.

Avec le système de rémunération par tête, le projet MAS paye un montant fixe par personne assurée affectée à un prestataire de soins de santé. Une approche de paiement per capita peut être très simple quand l'information d'inscription est précise, opportune et fixe pendant une période plus longue. Les paiements par tête deviennent complexes à administrer quand un projet permet l'inscription ouverte ou lorsque des ajustements rétroactifs dus à des données d'inscription en retard ou incorrectes sont requis. Le système peut être plus difficile à administrer si les paiements per capita sont effectués plus fréquemment (par exemple mensuellement), et quand les paiements par membres varient selon divers facteurs comme l'âge, le sexe ou le lieu (GRET-SKY, CBHI – *voir encadré 6.3).* Des défis supplémentaires peuvent surgir en ce qui concerne la collecte des primes et la gestion des polices. Par exemple, une période d'attente peut être obligatoire pour réduire une sélection défavorable, exigeant du projet de reporter les paiements par tête jusqu'à ce que la période d'attente se soit écoulée ; ou un délai de grâce peut s'appliquer pour la prime impayée avant qu'une police ne soit annulée, ce qui rend difficile les paiements par le projet MAS *(voir encadré 6.9).* À mesure que ces complexités apparaissent et que les projets se développent, ils auront besoin d'un meilleur SGI.

Encadré 6.9

Équilibrage des primes et des paiements par tête

Les retards ou les lacunes en matière de collecte des primes peuvent avoir pour effet qu'un projet MAS n'ait pas de fonds insuffisants pour effectuer les futurs paiements par tête aux prestataires de soins de santé. Il existe 2 projets, CBHI et GRET-SKY, qui accordent un délai de grâce de 3 mois aux membres pour payer les primes mensuelles exigibles. En ce qui concerne CBHI, les membres peuvent éviter l'annulation s'ils payent 3 mois de prime en souffrance au moment de payer le quatrième mois de prime, mais pour beaucoup c'est une somme exorbitante, et les collecteurs de prime du projet local sont réticents à imposer des annulations. Au lieu de cela, les membres peuvent payer un mois, puis en sauter 2, et payer ensuite un autre mois pour éviter l'annulation, du moins jusqu'à ce que les services de soins prévus puissent être utilisés.

Cela génère une gestion supplémentaire et affecte la capacité des projets à effectuer des paiements par tête à temps aux prestataires de soins de santé.

Pour réduire au minimum de telles difficultés, GRET-SKY demande 3 mois de police lors de l'inscription afin d'établir des réserves en espèces pour des paiements par tête et réduire l'incidence des primes impayées. Cette approche n'a pas été mise en application au CBHI de la RDP du Laos, car les projets de district ne sont pas informatisés et manquent de capacité pour contrôler les paiements de prime anticipés.

Source : auteurs.

6.3 Conclusions

On a trouvé un mécanisme TP dans une majorité de projets MAS étudiés. Cette constatation est probablement due aux avantages potentiels d'un TP, mettant particulièrement en lumière la valeur client en éliminant tous ou presque tous les coûts de soins à la charge des clients pour les soins. Un mécanisme TP offre également les avantages potentiels suivants pour les projets MAS :

- une détermination des prix plus raisonnable et plus juste des services de soins de santé ;
- une plus grande qualité de soins, menant potentiellement à de meilleurs résultats en matière de santé ;
- une meilleure utilisation des services, menant à des soins améliorés et des coûts moindres ;
- un rendement de gestion amélioré ; et
- un meilleur service client.

En dépit de ces avantages, les mécanismes TP présentent également des inconvénients potentiels que les projets MAS doivent surveiller et contrôler, comme :

- un manque de prestataires de qualité pour construire un réseau de prestataires adéquat qui offre aux clients tous les services couverts ainsi que choix et commodité ;
- une réticence de la part des prestataires de soins de santé à faire partie sous contrat d'un mécanisme TP, en particulier pour accepter des conditions financières et administratives imposées par le projet ;
- un manque de technologie de système informatique ;
- la difficulté de contrôler et gérer des dépenses en matière de demandes de remboursement et des coûts de gestion sans créer de procédures onéreuses (et coûts) ;
- les risques de fraude et d'abus par les clients et les prestataires de soins de santé.

Les projets MAS font ressortir de nombreux enseignements tirés des mécanismes TP :

- La conclusion de contrats avec des prestataires de santé exige une approche à long terme de partenariat. Les prestataires de soins de santé peuvent être d'accord sur les mécanismes de paiement alternatifs tels que la rémunération par tête pourvu qu'ils estiment les conditions suffisantes pour que les coûts soient couverts et qu'ils fassent un bénéfice raisonnable.
- La capacité du projet MAS à gérer les coûts liés á l'aléa moral, à la fraude, aux demandes de remboursement et à la gestion, tout en fournissant un service ponctuel aux clients et aux prestataires de soins de santé, dépendra fortement de la qualité et du rendement de son SGI.
- Les approches qui encouragent des soins de santé de meilleure qualité incluent : a) l'évaluation de la mesure dans laquelle les patients assurés reçoivent des services appropriés en fonction du diagnostic et de l'état de santé ; et b) la vérification de la qualité des soins conformément aux protocoles de traitement standards.
- Les approches pour améliorer la qualité perçue des soins de santé incluent :
  - localisation d'un représentant de liaison chez les prestataires de soins de santé sous contrat pour aider à planifier les admissions et les retours à domicile ;
  - surveillance des indicateurs simples et mesurables de la qualité des soins perçue, comme les heures de service et la satisfaction des patients ;
  - création d'une ligne d'assistance 24/7 (idéalement gratuite).
- Les méthodes de paiement qui transfèrent un certain risque financier aux prestataires de soins de santé (en fonction du cas, par jour ou par tête) peuvent mieux contenir les coûts que le paiement à l'acte, mais exigent des mesures supplémentaires pour contrôler la qualité des soins. Ces méthodes sont habituellement plus difficiles à négocier avec les prestataires de soins de santé.
- La rémunération par tête peut être adéquate pour des événements de santé de haute fréquence/peu coûteux (c'est-à-dire plus prévisibles), tels que les soins en consultation externe, sans compromettre la santé financière du prestataire de soins de santé, et semble appropriée à des contextes dans lesquels une masse critique d'inscription peut être atteinte avec les prestataires.
- Les projets MAS qui prévoient le paiement des demandes de remboursement à partir d'honoraires pour service peuvent être tentés de limiter les soins couverts afin de limiter le nombre et le coût des demandes de remboursement en réponse à l'incitation financière des prestataires de soins de santé à fournir des services de façon exagérée.

De plus, les projets MAS peuvent être disposés à engager un TPA pour contrôler leur mécanisme TP et maintenir un réseau de prestataires de soins de santé adéquat, en particulier en cas de développement et d'extension géographique. Dans la plupart des pays en voie de développement, des services TPA accessibles et adaptés aux gens pauvres et qui fonctionnent bien peuvent être difficiles à trouver, bien que cela soit en train de changer avec le développement des systèmes reposant sur Internet, tels que l'utilisation de téléphones mobiles pour le transfert de données. Un examen plus détaillé du pour et du contre et de la disponibilité des TPA mérite davantage de considération.

À mesure qu'un projet mûrit et atteint un certain volume et une plus grande complexité, l'investissement en informatique ainsi qu'une collecte et une analyse améliorées des données s'imposent, non seulement pour gérer l'aléa moral mais également pour évaluer la qualité des soins et identifier des voies pour améliorer le produit. Le déploiement de l'informatique avec une plus grande analyse des performances du projet doit faire partie du plan de développement du projet pour atteindre envergure et viabilité.

7 La difficulté d'évaluer la volonté de payer pour les services de micro-assurance Santé

David Dror et Ruth Koren

Les auteurs sont reconnaissants des commentaires et des suggestions utiles émanant de 4 pairs vérificateurs : Aparna Dalal (OIT), Denis Garand (DGA), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), et Lisa Morgan (Milliman).

Se focaliser sur les populations pauvres vivant dans des pays à faible revenu (PFR) implique une contrainte de prix pour ceux qui envisagent de fournir une assurance Santé. Le défi est de fixer le prix d'une assurance Santé à un niveau garantissant un équilibre, au moins à long terme, entre les dépenses et les revenus tout en demeurant accessible et intéressant pour les populations pauvres. On peut arriver à un tel équilibre soit en limitant les dépenses aux primes disponibles, où l'adhésion est habituellement facultative (bien que l'unité d'affiliation puisse comprendre plus d'un individu, par exemple des ménages entiers ou des communautés entières, comme cela est couramment le cas pour l'assurance mutuelle Santé et Santé à base communautaire), soit en définissant d'abord l'ensemble des prestations, puis les primes requises pour couvrir les coûts, ce qui est fréquent pour les régimes obligatoires et commerciaux.

Ce chapitre est consacré à la question de l'adhésion facultative en assurance Santé. Il nous importe tout d'abord d'expliquer les raisons essentielles pour lesquelles les gens ayant de faibles revenus seraient prêts à s'assurer, car cela peut nous permettre de savoir combien les gens seraient disposés à payer. Une explication bien connue liée à la théorie de l'utilité attendue est que l'assurance est le choix d'un compromis entre une perte incertaine mais potentiellement énorme (se produisant si le non-assuré doit payer le sinistre) et une perte certaine mais faible (supportée par le paiement d'une prime qui élimine le risque exorbitant). L'hypothèse implicite est que tout le monde redoute les risques. Cependant, en situation de faible revenu, cette hypothèse ne se trouve pas toujours confirmée ; en premier lieu, la prime peut être considérée comme étant un coût à risque élevé plutôt qu'un coût réduisant les risques, en particulier lorsque les personnes ayant payé la prime ne reçoivent aucune prestation en retour (même s'ils ont engagé diverses dépenses de santé). En outre, cette théorie n'explique pas dans quelle mesure les gens seraient disposés à payer pour avoir une certitude quant à leur exposition au risque. Par exemple, est-ce intéressant de payer 100 ou 150 INR (2,25 $US ou 3,40 $US) pour couvrir une hospitalisation pouvant représenter jusqu'à 5000 INR (115 $US) ? La théorie n'aborde pas non plus la relation qu'il peut y avoir entre la volonté de payer (WTP) et les niveaux de revenus (par exemple, pour une même assurance, la part de revenus que les gens sont prêts à

payer est-elle différente suivant qu'ils sont plus riches ou plus pauvres ?), les niveaux d'exposition aux risques (par exemple une exposition connue avant que le risque soit assuré a-t-elle une incidence sur le montant que les gens sont disposés à verser comme prime ?) ou d'autres paramètres importants (par exemple l'éducation influence-t-elle la volonté de payer ?). Une meilleure compréhension des paramètres qui sont susceptibles d'affecter la WTP peut être très utile aux praticiens et aux décisionnaires pour concevoir un produit d'assurance adapté à la population cible.

Une manière d'estimer la WTP consiste à suivre la méthode des préférences révélées (PR) introduite pour la première fois par Samuelson (1938). La PR est une approche de modélisation prédictive de la WTP qui est basée sur l'étude du comportement d'achat réel, non en ce qui concerne le produit qui nous intéresse, mais d'autres produits connexes pour lesquels nous souhaitons identifier la valeur que les gens y attachent, ou seraient disposés à payer, un produit pour lequel aucune information d'achat n'existe. Les premières applications de l'approche PR ont été faites dans les années 40 afin de prévoir le montant pouvant être facturé pour l'entrée dans les Parcs nationaux des États-Unis ; à cette époque, il n'existait pas de données sur les prix en la matière, car les Parcs nationaux étaient nouveaux, ce qui est aussi le cas de la micro-assurance aujourd'hui. On s'est basé sur les frais de voyage des personnes pour déterminer la WTP. Dans le contexte de notre recherche, nous n'avons pas pu trouver d'étude publiée rendant compte de l'évaluation de la WTP pour la micro-assurance Santé (MAS) à l'aide de la méthode des préférences révélées ; ainsi, la question clé de savoir quelle serait la déduction ou la référence appropriée pour estimer la WTP en assurance Santé reste sans réponse.

L'option alternative, appelée préférences exprimées (SP), est de demander aux gens ce qu'ils seraient disposés à payer pour une couverture d'assurance qu'ils n'ont pas encore et qui n'est peut-être même pas sur le marché. Il y a plusieurs manières d'évaluer des biens qui ne sont pas sur le marché. Une des plus fréquemment utilisées, appelée évaluation contingente (CV), consiste à utiliser des méthodes d'étude pour présenter à des répondants des scénarios hypothétiques relatifs à une intervention en cours d'évaluation (ou un produit d'assurance dans ce cas précis). Il est demandé aux répondants de réfléchir à la contingence d'un marché réel pour des prestations et d'indiquer le montant maximum qu'ils seraient disposés à payer pour celles-ci.

La WTP est vraisemblablement fonction de la capacité à payer et d'aspects individuels et culturels qui déterminent la prestation perçue. Nous avons voulu examiner les éléments de preuve et avons entrepris un examen systématique de la documentation disponible. Une fois ceci terminé (en 2010), nous avons trouvé plusieurs études émanant d'un certain nombre de pays d'Asie et d'Afrique sur la WTP en assurance Santé chez les gens pauvres des PFR (population cible en

micro-assurance). Le présent chapitre fait état d'une comparaison des résultats de ces études, notamment les caractéristiques qui sont apparues comme des variables explicatives pour la WTP, dont certaines dépendent de l'époque et du contexte, alors que d'autres semblent décrire des déterminants majeurs de la WTP en assurance Santé chez les gens pauvres des PFR. La présentation se termine par une synthèse des résultats qui indiquent de quelle manière des estimations de la WTP pourraient être obtenues, tout en soulignant les limites inhérentes aux méthodes utilisées pour obtenir la WTP.

7.1 Méthodes d'obtention de la WTP

Une question méthodologique cruciale dans le cadre de la CV est de savoir comment l'information sur la WTP peut être obtenue. D'abord, les réponses ont pu être influencées par le produit en question et par certaines caractéristiques de la population cible. Cependant, le procédé d'obtention peut influencer les résultats des enquêtes CV à des niveaux concernant 1) la façon dont l'information est obtenue et présentée ; est-ce clair et complet ? Les gens peuvent-ils imaginer la situation ? 2) la façon dont les gens paieraient pour l'événement de santé (de leur poche, par imposition ou via une assurance Santé privée ?) 3) l'étendue de la période sur laquelle le produit est évalué. Cela prévoit le budget et les contraintes de cash-flow du répondant. 4) la façon dont l'étude est gérée (par exemple réactions des individus ou du groupe ?).

Un débat important est ouvert sur le modèle précis à choisir pour poser les questions, car chaque modèle envisageable semble sujet à une certaine partialité *(voir tableau 7.1).*

7.1.1 Modèle ouvert

Des applications CV ont commencé par l'utilisation de modèles ouverts, dans lesquels les répondants étaient invités à indiquer le montant qui correspondait le mieux à leur évaluation de l'ensemble hypothétique des prestations d'assurance qui leur était présenté. Les participants ont trouvé qu'il était difficile de répondre à ces questions, ce qui a conduit à des taux de réponse faibles et à un degré de variation élevé. En raison de ces résultats décevants, on a développé des modèles d'obtention fermés.

7.1.2 Modèles fermés

« Jeu d'enchères » (BG) est un exemple de modèle d'obtention fermé, dans lequel on demande au participant s'il est disposé à payer un montant particulier. Selon la réponse, l'enchère est abaissée ou augmentée et la personne est interrogée sur

cette nouvelle enchère (« bi-directional BG »). Ce processus se poursuit jusqu'à ce que le montant WTP maximum soit trouvé. En variante, un « unidirectional BG » peut être soit croissant, dans ce cas l'enchère initiale est très basse puis augmentée jusqu'à ce que les participants rejettent l'enchère ; ou décroissant, dans ce cas l'enchère initiale est très haute puis abaissée jusqu'à ce que les participants acceptent l'enchère. On suppose que le BG décroissant donne une WTP plus importante. Le BG présente l'inconvénient que le maximum dans le processus d'enchère peut être influencé par le montant de la première enchère ; on a constaté qu'une première enchère plus élevée a comme conséquence une WTP plus élevée. Cela s'appelle le « biais de position initiale ».

Une autre méthode, appelée « technique du choix dichotomique » (DC) prévoit de demander à des sujets de répondre par « oui » ou par « non » à la question de savoir s'ils paieraient un montant spécifié pour un produit donné. La courbe de la demande est estimée en faisant varier le montant de l'enchère parmi les participants et la zone sous cette courbe de la demande représente une WTP moyenne.

Une variation de la technique de DC est un « choix dichotomique avec question de relance ». Dans une première étape, les répondants disent s'ils sont disposés à payer un montant spécifié ; dans une deuxième étape, ceux qui ont répondu « oui » se voient proposer une enchère plus élevée, et ceux qui ont répondu « non », une enchère plus basse. Selon Asfaw et Braun (2005), les problèmes liés au biais de position initiale peuvent être partiellement atténués par la présence de la deuxième enchère.

Une autre variante de DC est l'approche « à prendre ou à laisser » (TIOLI), dans laquelle une question est posée à chaque répondant pendant les enquêtes sur un grand nombre de personnes. Les données sont ensuite analysées à l'aide de techniques économétriques permettant d'identifier la forme de la distribution. Cette approche présente comme difficulté l'identification de la gamme appropriée d'enchères échantillons requises pour une évaluation précise.

Une autre méthode similaire s'appelle la « carte de paiement » (CP). Chaque participant est invité à choisir sa WTP maximale dans une même liste spécifiée de valeurs possibles, ce qui permet au répondant de bénéficier d'un contexte clair pour effectuer l'évaluation. La méthode CP a atteint un taux d'exécution supérieur et a généré des évaluations plus élevées que le modèle ouvert. Elle n'est pas exposée au biais de position initiale (comme le jeu d'enchères) ou au « répondre oui » (comme dans le choix dichotomique), mais le biais potentiel susceptible de ressortir de l'utilisation de la méthode CP est « le biais de position médiane » : les répondants ont tendance à présenter leur WTP maximale au milieu de la carte. Selon Bayoumi (2004), l'utilisation de la méthode CP avec un processus d'enchères de relance peut définir la valeur avec plus de précision.

Tableau 7.1 **Avantages et inconvénients des différentes méthodes d'obtention**

Mode d'obtention	*pour*	*contre*
Modèles ouverts (OE)	méthode simple et facile	– difficile de répondre – taux de réponse faible – résultats sensibles aux valeurs aberrantes – biais de conformité
Modes fermés		
Jeu d'enchères (BG)	– facile et simple de répondre – facile pour les gens habitués aux enchères pour leurs biens de consommation quotidiens	– biais de position initiale
Choix dichotomique (DC)	– méthode simple et facile ; le répondant n'a qu'un ou 2 choix à faire	– résultats en évaluations de WTP plus élevées en comparaison avec OE et CP – biais de position initiale – biais de réponse oui
TIOLI	– méthode simple ; le répondant doit seulement faire un choix	– biais de réponse oui
Carte de paiement (CP)	– contexte compréhensible pour effectuer l'évaluation – peut être autogéré – favorable à la collecte de données (questionnaire non surveillé ou postal)	– biais de gamme – biais de position de référence – biais de position médiane – biais hypothétique – effet de satisfaction personnelle/biais d'adhésion sociale

7.2 Recherche d'expériences WTP pertinentes

Pour réaliser un lancement réussi de MAS, il est important de comprendre la WTP eu égard au contexte des parties prenantes. Les 3 questions particulièrement intéressantes sont les suivantes : 1) quelles sont les difficultés liées à la prévision de WTP lorsque la recherche doit être effectuée avant que les participants puissent réellement souscrire une MAS ? ; 2) quelles variables expliquent les différences de WTP entre les ménages d'un même lieu, et entre différents lieux et moments ? ; 3) comment des évaluations de WTP fiables et comparables peuvent-elles être obtenues avec un investissement minimum de temps et d'argent ?

Ayant pour objectif d'examiner ce qui a été fait à cet égard, nous avons réalisé plusieurs recherches dans la documentation de 2010, y compris une recherche de base de données MEDLINE ; les conditions de recherche incluaient : « WTP » ou « volonté de payer » et « assurance Santé » : 179 réponses ont été obtenues; on a effectué une recherche affinée en croisant le mot-clé « volonté de payer » avec « assurance Santé » ou « prépaiement-santé » et un des mots-clés suivants : « pays en voie de développement » ; « Asie » ; « Afrique » ; « Amérique latine » ; « faible revenu » ; « pauvres » ; « micro-assurance » ; ou « CBHI (assurance Santé à base communautaire) ». 18 articles se rapportant au sujet « WTP pour une assurance Santé dans les pays à faible revenu » ont été retenus. Nous avons également analysé les références des articles susmentionnés pour identifier des documents supplémentaires qui n'apparaissaient pas dans les recherches en ligne ; il a été possible

d'identifier 2 articles (un sur une étude menée au Pakistan et l'autre au Cameroun), ce qui a porté le total à 20 articles.

Une analyse détaillée des articles a fait ressortir que 3 expériences étaient relatées par plus d'un article ; ainsi, ce chapitre a pour base 14 études expérimentales sur le terrain obtenant une WTP pour l'assurance Santé chez les gens ayant de faibles revenus dans les pays en voie de développement, et est fondée sur 20 articles. On comptait parmi ces pays le Burkina Faso (5 articles), le Cameroun, la Chine (2 articles), l'Éthiopie (2 articles), le Ghana, l'Inde (2 articles), la République Islamique d'Iran, la Namibie, le Nigeria (2 articles), le Pakistan, la République Unie de Tanzanie et le Viêt Nam.

Le tableau 7.2 récapitule les méthodes d'obtention utilisées dans les études sur le terrain. Tous les chercheurs avaient utilisé l'approche CV, mais avec des différences notables dans la méthode d'obtention de la WTP et les définitions de divers paramètres.

Tableau 7.2 **Vue d'ensemble des données, des lieux et de la méthode d'obtention de la WTP**[1]

Auteurs	*Date*	*Échantillon*	*Pays*	*Objectif* [3]	*Unité d'enquête*	*Méthode*
Walraven	1996	821 P + 1 500 MN	République Unie de Tanzanie	WTP pour projet local d'assurance Santé	P + MN	OQ
Asenso-Okyere et al.	1997	164 urbains + 142 ruraux	Ghana	WTP pour assurance Santé	MN	BG
Mathiyazhagan	1998	1 000	Inde	WTP pour CBHI rurale	MN	OQ
Masud et al.	2003	600	Pakistan	WTP pour des soins primaires d'assurance Santé	MN	OQ
Dong et al.	2003	2 414 P + 705 MN	Burkina Faso	WTP pour CBHI	P + MN	TIOLI + BG
Binam et al.	2004	471 ruraux	Cameroun	WTP pour CBHI	MN	BG
Asgary et al.	2004	2 139	Iran	WTP pour assurance Santé rurale	MN	BG
Asfaw et Braun	2005	550	Éthiopie	Évaluer les perspectives pour CBHI rurale	MN	DC + F
Bärnighausen et al.	2007	621	Chine	WTP pour assurance Santé de base	P	CP
Ying et al.	2007	2 671	Chine	WTP pour assurance Santé privée (secteur informel urbain)	P	BG + OQ
Dror et al.	2007	3 024	Inde	WTP pour CBHI	MN	BG
Lofgren et al.	2008	2 070	Viêt Nam	WTP pour assurance Santé	MN	TIOLI + OQ
Gustafsson-Wright et al.	2009	1 700	Namibie	WTP pour assurance Santé à bas coût	MN	CD + F
Onwujekwe et al.	2010	3 070	Nigéria	WTP pour CBHI	I + MN	BG + OQ

[1] Environ 90 % de la population cible comptant 1 million de personnes ont choisi de rester non assurés pendant la première année de fonctionnement de CBHI.
P = personne ; MN = ménage ; OQ = question ouverte ; BG = jeu d'enchère; DC + F = choix dichotomique avec question de relance ; CP = carte de paiement.

Quelques chercheurs ont utilisé des questions directes ouvertes telles que *« Combien débourseriez-vous pour une assurance Santé ? »* (avec une explication détaillée du produit d'assurance Santé en question). Walraven a obtenu une WTP en demandant *« Combien êtes-vous disposé à payer par an pour chaque membre de votre foyer (pour être couvert par des services à l'hôpital) » ?* Masud et al. ont également utilisé une question directe, qui était la suivante : *« Seriez-vous disposé à payer [prépayer] des soins de santé dispensés dans des établissements de santé publics ? … Et quel montant maximum seriez-vous disposé à payer ? »* Mathiyazhagan (1998) et Lofgren et al. (2008) ont tout d'abord introduit un prix de référence en demandant aux répondants s'ils accepteraient de payer un certain montant. La quête était du type TIOLI, et indépendamment de la réponse, on avait ensuite demandé à tous les participants quelle serait leur WTP maximum ; ce dernier montant a été retenu comme WTP des participants. Onwujekwe et al. (2010) ont utilisé la méthode DC avec un suivi, en ajoutant la question directe suivante : *« Quelle est réellement le montant maximum que vous êtes disposé à payer pour une CBHI ? »*. Ce dernier a été retenu comme WTP.

Binam et al. (2004) ont suivi un jeu d'enchères bidirectionnelles pour obtenir la WTP et ont utilisé 4 enchères initiales comme références. Ying et al. (2007) ont utilisé une méthode composite consistant en un jeu d'enchères bidirectionnelles suivi d'une question ouverte, uniquement posée aux participants qui avaient refusé l'enchère la plus basse ou accepté l'enchère la plus élevée. La question ouverte était la suivante : *« Quel montant maximum seriez-vous [le répondant] disposé à payer ? »* Il est rappelé que les répondants connaissaient la dernière enchère, qui était leur référence. Ying et al. (2007) ont expliqué qu'ils utilisaient la question ouverte (en plus du jeu d'enchères bidirectionnelles) pour éviter la troncation des données. Ying et al. (2007) ont utilisé une enchère initiale uniforme pour tous les participants. D'autres chercheurs qui ont dirigé un jeu d'enchères bidirectionnelles ont choisi différentes enchères initiales pour différents groupes de répondants. Dong et al. (2003) ont utilisé 13 enchères initiales différentes, proposées aléatoirement aux répondants. Cette multiplicité d'enchères initiales pourrait introduire le biais de position initiale, car les répondants peuvent penser que l'enchère initiale représente la valeur, ou est très proche de la valeur du bien ou du service en question. Dror et al. (2007) ont utilisé un jeu d'enchères unidirectionnelles et décroissantes, dont le but était obtenir une WTP maximale plus précise, qui est la plus pertinente pour des prises de décision. Ils ont utilisé une enchère initiale qui était, selon eux, trop élevée, en vue d'examiner l'expression quantitative de la « WTP maximale pour une assurance Santé » ; en fait, 18,4 % de leurs répondants ont accepté l'enchère initiale, ce qui pourrait indiquer que si l'intention était simplement de servir de référence, il se pourrait qu'elle n'ait pas été suffisamment élevée. Asenso-Okyere et al. (1997) ont également suivi un jeu d'enchères unidirectionnelles et décroissantes. Comme 40,1 %

de leurs répondants ont accepté l'enchère initiale, on peut penser que ce n'était pas la meilleure référence pour obtenir une WTP maximale. On note que Dong et al. (2003) et Binam et al. (2004) n'ont pas pu trouver de preuve significative d'un biais de position initiale dans leurs ensembles de données. Cependant, ils ont utilisé des jeux d'enchères bidirectionnelles avec enchères initiales multiples. On suppose qu'un BG unidirectionnel avec la même référence pour tous les répondants peut neutraliser le biais de position initiale et améliorer la comparabilité des résultats entre les ménages échantillonnés.

Les articles pris en considération ont aussi fait état d'une expérience qui appliquait un jeu d'enchères unidirectionnelles croissantes. Asgary et al. (2004) l'ont appliqué en Iran en zone rurale pour l'évaluation de la demande et de la WTP en matière d'assurance Santé. Ces chercheurs ont utilisé 3 enchères initiales comme références, chacune étant présentée à un tiers de leur échantillon. Une réaction négative à l'enchère initiale a été enregistrée comme WTP nulle ; sinon, l'enchère la plus acceptée a été enregistrée. Bärnighausen et al. (2007) ont utilisé une trajectoire croissante modifiée dans leur étude réalisée chez des ouvriers de secteur informel à Wuhan, en Chine. Ils ont obtenu des réponses en utilisant une méthode d'obtention de « carte de paiement ».

Asfaw et Braun (2005) et Gustafsson-Wright et al. (2009) ont utilisé le DC avec un suivi (qu'ils appellent « évaluation contingente à double offre, DBCV ») par lequel on a donné aux répondants une première et une deuxième enchère. Aux répondants qui ont rejeté l'enchère initiale, on a proposé une deuxième enchère plus basse, et à ceux qui ont accepté l'enchère initiale on a proposé une deuxième enchère plus élevée. Après ces 2 enchères, le jeu était terminé ; les répondants ont alors été classés en 4 groupes : le groupe de ceux qui ont répondu « oui » + « oui », le groupe « oui » + « non », le groupe « non » + « oui », et le groupe « non » + « non ». Après cela, il y a lieu d'estimer des valeurs WTP moyennes en maximisant une fonction de probabilité logarithmique.[1]

Ce qui est le plus frappant dans cet examen d'études empiriques de WTP est la grande variété des méthodes utilisées. Du fait de cette diversité, il est difficile de comparer les évaluations quantitatives de WTP entre les études car elles utilisent des systèmes de mesure différents. Il est possible de présenter des explications qualitatives des variations de WTP dans chaque groupe de répondants, mais il n'y a aucune règle de « conversion » claire pour comparer des jeux d'enchères unidirectionnelles et bidirectionnelles, croissants et décroissants, utilisant une question ouverte, ou proposant une enchère simple (TIOLI) ou encore évaluant une WTP après des enchères multiples. En plus de la diversité méthodologique, il existe des différences socio-économiques (inhérentes aux différents lieux qui sont traités dans les sections à venir) et des différences liées aux choix des chercheurs de mesurer la

[1] Avec cette méthode, on n'observe pas de valeurs WTP (ou de distribution de ces valeurs) directement à partir des réponses des participants.

WTP d'un ménage plutôt que la WTP d'individus, tandis que dans d'autres études, on a choisi d'inclure les 2 unités. La diversité des méthodes d'obtention utilisées met en lumière la difficulté de comparer des résultats quantitatifs entre plusieurs études.

7.3 Résultats clés

Cette section récapitule les résultats des études mentionnées concernant la volonté de payer pour la MAS. Les résultats montrent que de nombreux facteurs peuvent influencer cette décision, y compris certaines caractéristiques socio-économiques, démographiques et géographiques, ainsi que les expériences des répondants en matière de services et de dépenses de santé.

7.3.1 Revenu/statut socio-économique /démographie et WTP

La plupart des études supposent l'attente intuitive de voir la WTP assurance Santé positivement associée au revenu, car les ménages pourraient se permettre un prépaiement plus élevé à mesure que leurs revenus augmentent. Nous cherchons à vérifier cette hypothèse importante en juxtaposant la WTP et le revenu (ou ses indicateurs) dans les études décrites ci-dessus (récapitulées dans le *tableau 7.3).*

Tableau 7.3 **Association entre revenu et WTP**

Auteurs	*Indicateur de revenus utilisé*	*WTP (% d'indicateur de revenus)*	*Tendance*[1]
Walraven	Dépense hebdomadaire par équivalent adulte	3,20	NS
Asenso-Okyere et al.	Revenu autodéclaré (enquête de MN)	1,9 ruraux et 2,5 urbains	Vers le haut
Mathiyazhagan	3 catégories : basse, moyenne et haute (critères non spécifiés)	n.a.	Vers le haut
Masud et al.	Score socio-économique et revenu	3,0 (seulement ceux où WTP>0)	Vers le haut
Dong et al.	Consommation/dépense	2,15 (calculé)	Vers le haut
Binam et al.	Revenu du répondant	2,54 (revenu moyen supposé)	Vers le haut
Asgary et al.	« Variable de richesse et de revenu » sur la base des actifs	1,4 (revenu moyen supposé)	n.s.
Asfaw et Braun	Revenu agricole et non agricole annuel	1,4 (calculé)	Vers le haut
Bärnighausen et al.	Revenu autodéclaré (enquête de MN)	4,6 ; 7,8 ; 6,8 ; 6,9 (4 ensembles de prestations)	Vers le haut
Ying et al.	Revenu autodéclaré (enquête de MN)	1,4 ; 2,0 ; 2,2 (3 ensembles de prestations)	Vers le haut
Dror et al.	Revenu autodéclaré (enquête de MN)	1,35 revenu ; 1,8 dépenses (médian)	Vers le haut

Lofgren et al.	2 catégories : ménages pauvres/riches (déterminés par les dirigeants locaux).	n.a.	Vers le haut
Gustafsson-Wright et al.	Consommation/dépense	2,25	Vers le haut
Onwujekwe et al.	Index SES, basé sur actifs	n.a.	Vers le haut

[1] Vers le haut = la WTP augmente avec le revenu, n.s. = non significatif.

Il y a lieu de souligner au départ que, dans notre contexte, l'évaluation du revenu est rendue fort complexe et incertaine par l'effet cumulatif 1) d'enregistrements seulement partiels (ou inexistants) de revenus pour des ménages travaillant dans l'économie informelle, autrement dit la majorité des gens pauvres dans les pays à faible revenu ; 2) d'une irrégularité endémique et persistante dans les flux de revenu due aux fluctuations saisonnières et aux modèles irréguliers d'emploi des journaliers et des personnes indépendantes dans l'agriculture ou dans les entreprises familiales; et 3) de l'inexactitude générale des revenus autodéclarés, suite à une grande confusion quant à la valeur monétaire du revenu non-monétaire.

Comme on pouvait s'y attendre, les différents chercheurs ont utilisé différentes méthodes pour obtenir un indicateur de revenu. Une méthode communément utilisée est le revenu autodéclaré, obtenu au moyen d'une enquête. Comme il pourrait y avoir beaucoup de sources de revenu dans les ménages, il est peu probable d'obtenir une évaluation fiable en réponse à une question directe telle que *« Quel est le revenu du ménage ? »*. Par conséquent, la plupart des enquêteurs utilisent une série de questions, mais il n'y a aucune norme uniforme pour celles-ci.

Asenso-Okyere et al. (1997), Asfaw et Braun (2005), Bärnighausen et al. (2007), Ying et al. (2007), Masud et al. (2003) et Dror et al. (2007) ont rapporté qu'ils avaient obtenu des informations sur les revenus personnels ou des ménages par le biais d'enquêtes.

L'information sur les dépenses et la consommation est souvent utilisée parce qu'elle est considérée comme plus fiable que l'information sur le revenu dans les pays en voie de développement. L'OMS utilise cette donnée, et, dans les enquêtes officielles, de nombreux États à revenu faible et moyen collectent l'information sur la consommation et les dépenses plutôt que sur le revenu (c'est le cas, par exemple, de l'Indian National Sample Survey Organization). Masud et al. (2003), ont créé, en plus des revenus, « une échelle socio-économique » basée sur les actifs. Asgary et al. (2004) et Onwujekwe et al. (2010) ont élaboré des « variables de richesses et de revenus », légèrement différentes, reposant sur les actifs. Dror et al. (2007) ont également posé des questions sur les dépenses des ménages des répondants en plus du revenu, et ont trouvé une corrélation très significative entre les 2 variables. D'autres chercheurs sur WTP/CBHI ont utilisé seulement des données de consommation/dépenses, par exemple Dong et al. (2003) (dans encore un autre article sur le même ensemble de données), Walraven (1996), et Gustafsson-Wright et al. (2009) et Mathiyazhagan (1998) et Lofgren et al. (2008) ont commencé par diviser

l'échantillon en catégories ; le premier chercheur l'a divisé en revenus bas, moyens et élevés (mais n'a pas indiqué la méthode de classification), et le deuxième chercheur l'a divisé en « gens pauvres » et en « gens riches », comme déterminé par les dirigeants locaux.

En dépit des différences énormes entre les méthodes de mesure d'un indicateur de revenu, 12 des 14 études ont fait ressortir une association significative et positive entre la WTP nominale pour la micro-assurance Santé et la situation économique des ménages *(tableau 7.3).* Les 3 études restantes n'ont rapporté aucune tendance significative, ou n'ont pas fait de recherche sur cette question. Ce résultat confirme l'hypothèse de départ selon laquelle un revenu plus élevé conduit à une WTP plus élevée.

Compte tenu de ce résultat, on peut se demander si les gens seraient disposés à payer une part relativement constante de leur revenu pour l'assurance Santé. Ces données sont également présentées dans le tableau 7.3 soit telles qu'elles ont été rapportées par les auteurs eux-mêmes, soit telles que nous les avons calculées, en utilisant les données originales publiées. Les résultats sont tout à fait similaires, non seulement lorsque l'on compare la WTP en fonction du revenu, mais également en fonction de la consommation/des dépenses. En outre, excepté une évaluation aberrante, à savoir 4,6 à 6,9 % pour 4 ensembles de prestations différentes, selon Bärnighausen et al. (2007), toutes les valeurs de WTP étaient dans la gamme de 1,35 à 3,2 %, avec une valeur moyenne de 2,2 % de l'indicateur de revenu approprié. Cette marge plutôt étroite pour les évaluations renforce la crédibilité des résultats, même si elles ont été obtenues grâce à des modes de calcul très différents et avec des populations très différentes.

Cependant, l'expression de la WTP moyenne comme part des revenus pourrait-elle masquer une réalité différente dans laquelle les divers sous-groupes de revenus diffèrent réellement dans la partie du revenu qu'ils sont disposés à payer pour l'assurance Santé ? Certains des articles examinés offrent des indices de réponse. Bärnighausen et al. ont rapporté que pour une augmentation de 1 % des revenus, la WTP augmentait d'environ 0,5 %. Dong et al. (2003) ont mesuré cet aspect en calculant la mesure d'inégalité (coefficient de Gini)[2] en matière de revenus et de WTP. Dong et al. (2003) ont montré que l'inégalité en matière de revenus est beaucoup plus élevée qu'en matière de WTP (la valeur de Gini de 0,68 dans les dépenses individuelles et de 0,63 dans les dépenses de ménage a été comparée à une valeur de Gini de 0,15 pour la WTP chez les personnes et de 0,08 pour la WTP chez les ménages). Ces résultats indiquent que la WTP augmente à un rythme plus faible que le revenu, autrement dit que les ménages plus riches seraient disposés à payer une plus petite part de leur revenu que les ménages plus pauvres.

[2] Le coefficient de Gini (développé par Corrado Gini, 1912) est une mesure de l'inégalité d'une distribution ; une valeur de 0 exprime l'égalité totale et une valeur de 1 une inégalité maximale.

Cette supposition a été testée en outre avec les données de 3 études soumises à l'analyse. Gustafson-Wright et al. (2009) ont montré que la WTP exprimée en pourcentage de consommation/dépenses était de 11,4 % dans le quintile des plus pauvres, mais seulement de 1,2 % dans le quintile des plus riches. Dror et al. (2007) ont rapporté que la valeur médiane de la WTP en pourcentage des revenus avait diminué de 1,79 % dans le quintile des plus pauvres à 0,84 % dans le quintile des plus riches, et cette corrélation négative était significative. Dong et al. (2005) ont fourni la valeur de WTP pour 5 quintiles de revenus et l'indicateur de revenu moyen (consommation) pour ces quintiles, ce qui nous permet de calculer la WTP par rapport aux revenus /dépenses ; les résultats montrent que la WTP était de 18,9 % dans le quintile des plus pauvres, et de seulement 0,9 % dans le quintile des plus riches. Nous concluons donc que, alors que les niveaux nominaux de WTP augmentent quand les revenus des ménages s'accroissent, ils diminuent de façon spectaculaire à mesure que les revenus augmentent quand la WTP est mesurée comme part des revenus.

La plupart des études ont également examiné l'association entre la WTP et d'autres variables sociodémographiques. Le tableau 7.4 présente un résumé des résultats.

Tableau 7.4 **Association de la WTP avec des paramètres socio-économiques**

Auteurs	*P/MN*	*Sexe*	*Éducation*	*Taille MN*	*Âge*	*Expérience en assurance*
Walraven	MN+P	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Asenso-Okyere et al.	MN	H>F	+	n.d.	n.s.	n.s.
Mathiyazhagan	MN	n.d.	+	+	n.s.	n.d.
Masud et al.	MN	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dong et al.	MN	n.s.	+	n.s.	n.s.	n.d.
	P	H>F	+	n.d.	–	n.d.
Binam et al.	MN	m>f	n.s.	n.d.	n.s.	n.d.
Asgary et al.	MN	n.d.	+	n.s.	+	n.s.
Asfaw et Braun	MN	n.s.	+	n.d.	n.d.	n.d.
Bärnighausen et al.	P	f>h	+	n.d.	–	n.d.
Ying et al.	P	m>f	+	n.d.	–	n.d.
Dror et al.	MN	m>f	+ (>11a)	+,– (PM)	–	+
Lofgren et al.	MN	n.s.	+	n.d.	–	n.s.
Gustafsson-Wright et al.	MN	m>f	+	n.s.	–	n.d.
Onwujekwe et al.	MN	m>f	+	– (PM)	n.s.	n.d.
	P	m>f	+	n.s.	+	+

P = personne ; MN = ménage ; n.d. = non déterminé ; n.s. = non significatif ; PM = personnes dans le ménage.

Comme on le suppose souvent, l'éducation est une variable explicative positive de la WTP dans la plupart des cas.

Les résultats (présentés dans le tableau 7.4) suggèrent également que dans la plupart des cas, les hommes étaient disposés à payer plus que les femmes. Quant à l'âge, 5 études n'ont montré aucun effet significatif de l'âge sur la WTP, et 6 ont fait état d'une corrélation négative. Il n'y a aucune explication intuitive pour la volonté des plus jeunes à payer plus, et cela ne peut pas s'expliquer par les revenus ou l'éducation, car l'effet de l'âge est indépendant de ces paramètres dans l'analyse.

7.3.2 Disponibilité des soins de santé et WTP

Il est évident que le paiement de la prime n'est pertinent que quand les assurés peuvent accéder aux soins de santé en cas de besoin. Il conviendrait, par conséquent, d'analyser la relation entre WTP et paramètres liés à l'offre (y compris disponibilité, distance, et satisfaction à l'égard des soins). Il est intéressant de constater que seule une minorité de chercheurs sur WTP/CBHI ont fait état de résultats concernant la relation entre WTP pour la micro-assurance Santé et l'offre de soins de santé. Le tableau 7.5 présente un résumé des résultats.

Tableau 7.5 **Effet de la disponibilité des soins de santé sur la WTP**

Auteurs	*Paramètre utilisé*	*Effet*
Walraven G		n.a.
Asenso-Okyere et al.	Distance parcourue pour se rendre à la clinique	n.s.
Masud et al.		n.a.
Dong et al.	Distance jusqu'à l'infrastructure sanitaire (WTP individuelle)	
	WTP individuelle	–
	WTP MN	n.s.
Binam et al.	Variable catégorique (oui/non) rapidité de réception au centre de soins de santé	n.s.
	Variable catégorique (oui/non) représentant la propreté du centre de soins de santé	n.s.
	Variable catégorique représentant la présence du médecin au centre de soins de santé	+
	Variable catégorique représentant la disponibilité des médicaments de base au centre de soins de santé	–
	Variable catégorique représentant la confiance dans les services de soins de santé	+
Asgary et al.	Médicaments disponibles au centre de service de santé	+
	Présence d'un médecin à temps plein dans le village	+
	Présence d'une pharmacie dans le village	n.s.
	Satisfaction à l'égard des infrastructures de soins de santé dans la ville la plus proche	+
Asfaw et Braun		n.a.
Bärnighausen et al.		n.a.
Ying et al.		n.a.
Dror et al.	Distance jusqu'à l'infrastructure de santé primaire privilégiée	n.s.
	Distance jusqu'à l'hôpital privilégié	–
Lofgren et al.		n.a.
Gustafsson-Wright et al.		n.a.
Onwujekwe et al.		n.a.

La distance de la maison au point de service en matière de soins de santé est un paramètre souvent pris en compte pour représenter l'accessibilité aux soins de santé. On pourrait s'attendre à ce que la WTP soit d'autant plus élevée que la distance est courte. Cette hypothèse a été confirmée dans 2 études. Dong et al. (2003) ont obtenu une association négative significative pour la WTP individuelle mais aucune association significative pour des niveaux de WTP des ménages ; Dror et al. (2007) ont fait état d'une corrélation sensiblement négative pour la distance à l'hôpital privilégié, mais non à l'infrastructure de santé primaire privilégiée. Asenso-Okyere et al. (1997) n'ont pas repéré de corrélation significative entre la distance par rapport à la clinique et la WTP pour la micro-assurance Santé. Les autres études n'ont pas examiné la relation entre la WTP et cet indicateur.

L'association entre la qualité perçue en matière de soins de santé et la WTP pour la micro-assurance Santé a été examinée par le biais de plusieurs indicateurs. La corrélation concernant la rapidité avec laquelle les clients ont été traités, examinée par Binam et al. (2004), n'était pas significative. Binam et al. (2004) et Asgary et al. (2004) ont rendu compte d'une association significative et positive entre la WTP et la présence de médecins au centre de soins de santé. La disponibilité des médicaments au centre de santé s'est également révélée être positivement corrélée avec la WTP dans un cas (Asgary et al., 2004), mais négativement corrélée dans un autre cas (Binam et al., 2004). Cette contradiction apparente pourrait refléter des différences dans les conditions de la police en ce qui concerne le remboursement des coûts médicaux, mais cette documentation ne comportait pas d'informations complètes à ce sujet. Asgary et al. (2004) ont également enquêté sur la satisfaction en matière d'infrastructure de soins de santé dans la ville la plus proche et ont trouvé, comme on s'y attendait, une association positive avec la WTP ; Binam et al. (2004) ont également démontré une association positive entre la WTP et une variable catégorique représentant la confiance dans les services de soins de santé.

En résumé, les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle une meilleure disponibilité et une meilleure qualité des services de santé encourageraient une WTP plus élevée pour l'assurance Santé. Cependant, cette hypothèse devrait être examinée à l'avenir de façon plus régulière et plus détaillée pour permettre d'avoir une indication actualisée des caractéristiques de l'offre des soins de santé influant le plus positivement sur la WTP.

7.3.3 Exposition aux problèmes de santé, conséquences financières de la maladie et WTP

Comme nous l'avons vu, la WTP pour la micro-assurance Santé témoigne de la compréhension de la valeur intrinsèque de l'assurance Santé comme étant de

protéger le ménage contre des chocs financiers par le paiement de coûts liés à la maladie et l'amélioration de l'accès à des soins de santé adéquats. Il en résulte donc que les ménages ayant une expérience récente en matière de soins de santé onéreux seraient plus disposés à dépenser de l'argent pour s'assurer contre les conséquences de tels événements. Comme le montre le tableau 7.6, un certain nombre d'études ont tenté de traiter cette question en recherchant une association entre valeurs de WTP et expérience récente de maladie onéreuse. On note une grande variabilité des indicateurs utilisés dans les différentes études pour évaluer cette association, y compris la dépense annuelle en matière de soins de santé, les périodes d'hospitalisation, la fréquence de la maladie, l' expérience en matière de maladie chronique, le paiement pour les soins de santé, l'emprunt d'argent pour payer les soins de santé et la perte de revenus due à une maladie. Parmi les études analysées, 9 ont trouvé une association positive entre la WTP et au moins un des indicateurs de l'exposition à des problèmes de santé onéreux. Il semble qu'une expérience personnelle récente des conséquences financières de problèmes de santé soit un facteur important permettant d'expliquer les variations de la WTP.

Tableau 7.6

Effet des dépenses de santé sur la WTP

Auteurs	*Ce qui a été mesuré*	*Association avec la WTP*
Walraven		n.d.
Asenso-Okyere et al.	Dépenses pour la santé le mois précédent	+
Mathiyazhagan	Maladie du répondant	+
	Nombre de séjours à l'hôpital	+
	Jours ouvrés perdus pour cause de maladie	+
	Nombre de consultations chez le médecin	n.s.
Masud et al.		n.d.
Dong et al.	Dépenses MN pour la médecine occidentale le mois précédent	+
Binam et al	Pourcentage de personnes dans le MN 6-12 mois avant l'étude	+
Asgary et al.		n.d.
Asfaw et Braun		
1ère enchère	Chef de famille MN ayant signalé la maladie	+
2e enchère		n.s.
1ère enchère	Nombre de membres MN ayant signalé la maladie	+
2e enchère		n.s.
1ère enchère	Argent emprunté pour les soins de santé	+
2e enchère		n.s.
Bärnighausen et al.	Dépense mensuelle moyenne de santé au cours de l'année précédente	+

Ying et al.	Répondant souffrant d'une maladie chronique	
	MCDI	n.s.
	IEI	n.s.
	OEI	+
Dror et al.	Hospitalisation en MN au cours des 2 dernières années	+
Lofgren et al.	Une ou plusieurs personnes en MN a une maladie chronique	+
Gustafsson-Wright et al.	Nombre des membres de MN malades	
	WTP, la première enchère	–
	WTP, la deuxième enchère	n.s.
Onwujekwe et al.	OOP payé pour soins de santé	–
	Payé avec propre argent	+
	Argent emprunté pour payer les soins	n.s.

7.3.4 Composition d'un ensemble de prestations et WTP

Dans notre contexte, le prix de différents ensembles de prestations d'assurance pourrait changer en raison des niveaux de co-paiement, des plafonds et des exclusions, mais également en raison des types de prestations inclus. Alors qu'on pourrait arguer qu'un co-paiement et des plafonds reflètent des considérations économiques, l'inclusion/exclusion de types de prestation pourrait bien refléter des choix normatifs. Par exemple, la maternité devrait-elle être incluse dans l'ensemble des prestations ou non ? Par conséquent, il est nécessaire d'examiner si la WTP en matière de micro-assurance Santé est influencée par la conception du produit d'assurance, et si oui dans quelle mesure. Malheureusement, très peu d'études seulement ont examiné ce problème en détail. Bäringhausen et al. (2007) ont interrogé des répondants sur leur WTP maximale pour une assurance Santé de base (BHI) et, séparément, pour 3 variantes : 1) sans le plafond de l'option de base (qui était 4 fois le salaire annuel moyen d'un ouvrier du secteur formel) ; 2) sans franchise déductible (qui dans la BHI représentait 9 % du salaire annuel moyen), et 3) sans coassurance (qui variait de 10 % pour les soins à l'hôpital à 20 % pour des services spéciaux et à 30 % pour les soins en consultation externe). Dans le cadre de cette expérience, les options examinées représentaient différents niveaux de protection financière dans le même ensemble de prestations couvertes. Par rapport à la BHI, les répondants étaient disposés à payer 70 % de plus pour la BHI sans plafond, 43 % de plus pour la BHI sans franchise déductible et 56 % de plus pour la BHI sans coassurance. Cette augmentation de la WTP était non seulement nominale mais également fonction des revenus des répondants (respectivement 4,6 % pour la BHI, 7,8 % pour la BHI sans plafond, 6,8 % pour la BHI sans franchise déductible et 6,9 % pour la BHI sans coassurance).

Ying et al. ont testé la WTP pour 3 programmes différents d'assurance Santé : 1) MCDI rembourserait 80 % des dépenses de santé si les assurés souffraient

d'une maladie désastreuse ; 2) IEI couvrirait 100 % des dépenses de santé des inscrits pour des services de santé à l'hôpital ; et 3) OEI couvrirait 60 % des dépenses de santé pour des services de santé en consultation externe. 43 % des répondants ont choisi MCDI (WTP : 110,1 RMB (17 $US) = 2,2 % des revenus annuels) ; 49 % ont choisi IEI (WTP : 100,2 RMB (15,50 $US) = 2,0 % des revenus annuels) ; et 25 % ont choisi OEI (WTP : 72,4 RMB (11 $US) = 1,4 % des revenus annuels). L'élasticité des prix de la demande de MCDI était de –0,27 (cela indique que la demande de MCDI diminuerait de 2,7 % si la prime augmentait de 10 %). L'élasticité de la demande d'IEI et d'OEI était respectivement de –0,34 et de –0,42. Dans le cadre de cette expérience, la demande de MCDI était la moins élastique, et la WTP la plus élevée, nominalement et relativement aux revenus. Ces résultats suggèrent que la WTP pour l'assurance Santé peut refléter non seulement la protection financière, mais également les préférences pour différents types de services.

Cependant, Lofgren et al. ont obtenu la WTP de leurs répondants en ce qui concerne différents produits d'assurance : 1) une assurance Santé qui est fondée sur une souscription obligatoire avec une prime fonction des revenus ;[3] et 2) une assurance Santé qui est fondée sur une souscription volontaire avec une prime fonction des risques.[4] Bien que, quand on a interrogé les personnes sur leur volonté de souscrire à l'un ou l'autre de ces produits d'assurance, il en est ressorti une légère préférence pour la souscription obligatoire, la WTP moyenne pour les 2 produits était pratiquement identique malgré le fait que l'on ait présenté les 2 options à chaque ménage.

Dror et al. (2007) ont également examiné la sensibilité de la WTP au fait de présenter des prestations de manière différente : on a offert à chaque tiers de

[3] Tous les ménages du district sont obligés de payer une prime annuelle à des fonds locaux de soins de santé quand les récoltes sont vendues. Les honoraires reposent sur les revenus des ménages. Plus les revenus sont élevés, plus les honoraires sont élevés. Tous les membres du ménage ont droit à des soins de santé gratuits au centre communal de santé de station ou au centre de santé du district et à des médicaments gratuits s'ils sont prescrits par un médecin. Si des soins à des niveaux plus élevés sont nécessaires, le patient assuré sera aidé financièrement par un montant basé sur le coût par lit par jour au niveau du centre de santé du district. Les fonds seront gérés par le Commune People Committee (ou une représentation élue).

[4] Chaque ménage peut choisir de payer volontairement une prime annuelle à des fonds de soins de santé locaux quand les récoltes sont vendues. Les honoraires reposent sur le nombre de gens dans le ménage et les honoraires sont plus élevés pour les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans parce que l'on s'attend à ce qu'ils utilisent davantage de soins de santé.

l'échantillon un ensemble de prestations différent.[5] Dans le cadre de cette expérience, il n'est ressorti aucune différence entre les WTP des 3 ensembles de prestations. Cela est peut-être la conséquence de la méthode d'obtention différente, dans laquelle on a offert à des répondants seulement une option sans leur donner la possibilité de comparer les options ou d'en préférer l'une plutôt que l'autre. Cela suggère que la WTP peut parfois servir d'outil pour la conception d' ensembles de prestations, et ce seulement quand le même répondant peut choisir entre plusieurs options. Cela fonctionnerait si le nombre d'options était relativement restreint, mais serait impraticable avec un grand nombre d'options, qui sont habituellement contenues dans les ensembles de prestations d'assurance Santé. D'autres méthodes ont été développées pour la conception d'ensembles de prestations qui permettent à des répondants de choisir entre 10 options ou plus, mais cela est fait dans le cadre d'un budget déterminé, autrement dit sans sollicitation de la WTP des répondants. Les méthodes qui ont été appliquées dans le contexte de CBHI dans les pays à faible revenu incluent des exercices de simulation (Dror et al., 2007), des discussions dans des groupes de discussion et des entretiens structurés (De Allegri et al., 2006). Nous en concluons que l'information disponible sur l'impact de la composition d' un ensemble de prestations sur la WTP n'est pas probante.

7.3.5 Lieux de résidence et WTP

La discussion présentée ci-dessus, reposant sur les données rapportées dans les études citées, conduit à la constatation que la WTP pour la micro-assurance Santé est fortement influencée par diverses variables, notamment le statut économique et socio-démographique des répondants, leur exposition financière aux coûts des soins de santé et la disponibilité des infrastructures de soins de santé. Toutes ces caractéristiques varient nettement en fonction du lieu, à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre. Une comparaison simple des résultats des différentes études examinées ici est impossible en raison de la différence entre les méthodes utilisées pour obtenir la WTP et pour interpréter les données. En particulier, la question se pose quant à savoir si les variables explicatives significatives identifiées au niveau des ménages simples peuvent expliquer la différence d'un lieu à un autre.

[5] La version 1 incluait des dépenses d'hospitalisation jusqu'au 5 000 INR (115 $US) par an et par personne et le remboursement des coûts des médicaments prescrits jusqu'à 1 000 INR (22,50 $US) par an et par personne ; la version 2 incluait des dépenses d'hospitalisation jusqu'à 5 000 INR (115 $US) par an et par personne et le remboursement des coûts pour les médecins généralistes jusqu'à 1 000 INR (22,50 $US) par an et par personne ; la version 3 incluait le remboursement des coûts des médicaments prescrits jusqu'à 1 000 INR (22,50 $US) par an et par personne et le remboursement des coûts pour les médecins généralistes jusqu'à 1 000 INR (22,50 $US) par an et par personne.

Nous suggérons que la manière d'aborder cette question avec confiance serait d'inclure une « variable de lieu » dans des régressions multiples effectuées pour identifier les variables explicatives au niveau des ménages simples quand l'ensemble des données inclut plus d'un lieu. Suivre cette procédure pourrait permettre que les caractéristiques d'un ménage et les niveaux de WTP soient obtenus en utilisant la même méthodologie. Seuls 2 des études examinées ont effectivement suivi cette procédure, Dror et al. (2007) (comparant 7 lieux en Inde) et Onwujekwe et al. (2010) (comparant 6 lieux au Nigéria). Les 2 études ont indiqué que le lieu demeurait toujours une variable explicative fortement significative pour la variation de la WTP, même dans un modèle multivariable comprenant toutes caractéristiques des ménages individuels (mode économique et socio-démographique et expérience récente avec des coûts de soins de santé). Ce résultat suggère que les études publiées jusqu'ici sur la WTP en micro-assurance Santé n'ont pas encore identifié toutes les raisons qui expliquent les différences de WTP pour l'assurance Santé parmi les communautés ; nous ne pouvons pas exclure que certaines caractéristiques, par exemple le fait de refléter des choix culturels ou au niveau du style de vie, pourraient expliquer certaines raisons sous-jacentes qui n'ont pas été identifiées. L'impact du lieu comme variable explicative devra être exploré plus complètement dans une prochaine recherche.

7.4 Leçons tirées et implications pour les praticiens

« Nous avons dû travailler en amont en prenant en considération ce que la communauté pourrait payer, tout en créant un projet à long terme et autonome. » Ce témoignage d'un praticien MAS en Inde présente le rôle essentiel des évaluations de la WTP, à savoir que la WTP des membres détermine ce qui est relatif au revenu, et par extension également ce que l'assureur peut offrir en guise de couverture.

Cet examen des expériences sur le terrain a illustré que tous les chercheurs conviennent que la WTP doit être explorée localement, parce qu'il n'y a aucune option « universelle » pour déterminer ce qui est relatif au revenu dans les différents projets MAS fonctionnant dans différentes situations. L'examen a également jeté la lumière sur les difficultés liées à l'obtention des évaluations de la WTP qui seraient appropriées localement. De telles évaluations exigent des données qui sont habituellement obtenues par des enquêtes sur les ménages et d'autres investigations longues et coûteuses. Ces contraintes rendent irréalisable l'obtention de données locales partout où une MAS est mise en place.

Cependant, si le revenu de la population cible est connu, il pourrait servir de référence à l'évaluation initiale de la WTP, reposant sur l'analyse des études examinées ici et présentées dans le tableau 7.2. On a montré dans le tableau 7.3 que les évaluations de la WTP (une fois exprimé en pourcentage du revenu) conver-

gent la plupart du temps vers une plage relativement étroite autour de 2 % du revenu.

On a également montré dans les tableaux 7.4, 7.5 et 7.6 que d'autres paramètres influent sur les niveaux de WTP. Par conséquent, nous pourrions extrapoler les niveaux de WTP connus en un lieu à d'autres lieux comparables en exploitant les connaissances relatives à ces paramètres. Par exemple, si, en un certain lieu, nous connaissons le niveau d'éducation des chefs de famille ainsi que les valeurs de WTP, et si, en un autre lieu, nous savons seulement que les chefs de famille ont un niveau d'éducation plus élevé, nous pourrions nous attendre à ce que les niveaux de WTP en ce deuxième lieu soient plus élevés. De même, il conviendrait de s'attendre à ce qu'une offre suffisante en soins de santé de qualité ou un coût plus élevé des soins, ou encore une morbidité plus élevée conduisent à une WTP plus élevée.

Nous avons également vu que les niveaux de WTP sont sensibles à la conception des ensembles de prestations. Par conséquent, nous pourrions nous attendre à ce que l'implication de la population cible dans la phase de conception augmente les niveaux de WTP.

Cependant, pour l'instant, il est impossible de concevoir un modèle standard simple pour prévoir la WTP partout, en raison de la grande diversité des méthodes utilisées pour obtenir et estimer la WTP dans les différentes études examinées dans ce chapitre. Il est à espérer qu'un tel modèle puisse être conçu en conformité avec les méthodes utilisées pour déterminer la WTP et être normalisé afin d'analyser des variables explicatives.

III Assurance Vie

8 L'épargne en micro-assurance : les leçons de l'Inde

Rob Rusconi

Un soutien très important a été reçu pour cette étude du Centre for insurance and Risk Management (CIRM), qui est intervenu au stade conceptuel et a apporté une aide significative dans la correspondance avec les assureurs et la collecte des données. Par ailleurs, l'étude n'aurait pas été possible sans les informations si généreusement fournies par les assureurs non seulement sur les produits mais également sur les concepts sur lesquels reposent les alternatives de distribution et les possibilités pour l'avenir. En conclusion, l'auteur souhaite remercier les réviseurs suivants pour leurs commentaires : Denis Garand (DGA), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Pranav Prashad (ILO), Rupalee Ruchismita (CIRM), Donna Swiderek (DGA), John Wipf (conseiller actuariel) et Mary Yang (OIT).

Ce chapitre examine 4 produits combinant les avantages de l'assurance et de l'épargne proposés par les assureurs indiens et s'adressant aux clients à faible revenu. Cette évaluation est opportune, car de nombreux assureurs ont lancé ou sont en train de prendre sérieusement en considération des initiatives visant à fournir sur ce segment de marché des produits associant assurance et épargne.

La première section de ce chapitre introduit les questions et présente un cadre qui est utilisé pour l'analyse de produit. Les produits sont ensuite décrits dans la section 8.2, où sont mises en lumière les caractéristiques clés qui les distinguent. La section 8.3, qui constitue le cœur de la discussion, esquisse et explique un certain nombre de leçons importantes tirées de cette analyse. Il y a peu de décisions faciles et les participants éventuels à ce marché doivent penser soigneusement aux principaux besoins et préférences de leurs clients dont ils doivent tenir compte dans la conception du produit, et peser ensuite le pour et le contre en cas de compromis difficiles.

8.1 Considérations sur l'épargne et l'assurance

Collins et al. (2009) ont mis en lumière 3 besoins qui commandent une grande partie de l'activité financière des ménages pauvres : gérer de façon basique leurs revenus, faire face aux risques et se procurer de grosses sommes. Aussi tentant que cela peut être d'assimiler ces besoins à l'emprunt, l'assurance et l'épargne, le comportement financier de ces ménages, ou plutôt la complexité et l'incertitude de leurs vies difficiles, rend une telle simplification peu réaliste. Les ménages utilisent souvent une combinaison d'outils financiers pour satisfaire leurs besoins financiers qui souligne un besoin en produits composites combinant épargne et assurance.

L'épargne aide les ménages à faible revenu à se protéger contre des chocs et à stabiliser leurs liquidités, mais elle ne permet que de façon limitée de mettre les gens à l'abri des catastrophes. L'ajout d'une composante d'assurance signifie habituellement qu'une épargne doit se faire sur une base prédéterminée régulière, sur une période prolongée. Tout comme les versements pour le remboursement d'un

prêt, cette condition peut être onéreuse, cependant elle fournit également un mécanisme permettant d'inculquer une certaine discipline et d'encourager les clients à économiser de façon constante.[1] Comme le montre le succès des engagements à épargner (voir Ashraf et al., 2003 et 2006), les ménages à faible revenu font souvent bon accueil à une structure dans leurs mécanismes d'épargne. Les assurés tirent également bénéfice des produits d'épargne à long terme proposés par les assureurs parce qu'ils offrent des alternatives permettant de satisfaire les besoins des clients et permettent à ces derniers d'accéder facilement à d'autres formes de couverture d'assurance.

Ces types de produits sont également appropriés parce qu'ils s'adressent au marché des gens à faible revenu qui font preuve de réserve à l'égard de l'assurance. En ce qui concerne les produits d'assurance qui n'élaborent pas de valeur dans le temps, tel que les couvertures d'assurance Vie temporaire ou Dommages aux biens, si un événement assuré ne se produit pas, les assurés disposant d'un revenu faible estiment souvent qu'ils ont gaspillé leur argent parce qu'ils n'ont rien de palpable en contrepartie des primes qu'ils ont payées. Par contre, les produits qui combinent épargne et assurance, comme les produits à capital différé, couvrent le risque de décès et accumulent de la valeur dans le temps.

Cependant, les produits à capital différé standard sont connus pour fournir une valeur médiocre aux clients en comparaison avec d'autres options d'épargne, en partie en raison des commissions élevées payées aux agents. En raison de leurs flux de trésorerie irréguliers, les clients à faible revenu peuvent également avoir de la difficulté à payer des primes régulières ; par conséquent la valeur de rachat du produit peut être très faible (voir Roth et al., 2006). Ainsi, l'idée maîtresse de ce chapitre est d'évaluer si la prochaine vague de produits combinant épargne et assurance a trouvé des solutions pour surmonter les limites inhérentes aux produits traditionnels, et si les nouveaux produits offrent une meilleure valeur aux clients à faible revenu que la génération précédente.

8.1.1 Un cadre pour l'assurance dotée d'une composante épargne

Pour attirer l'attention, ces produits se font concurrence en proposant une grande variété de possibilités (formelles et informelles) ; ils doivent, par ailleurs, être compétitifs, c'est-à-dire satisfaire les besoins des clients de façon claire et efficace. Pour concevoir un tel produit, l'assureur doit prendre en considération un ensemble de principes fondamentaux :

[1] Il est important d'éviter de mettre en place un échéancier de remboursement rigide, que ce soit pour l'épargne ou le remboursement de prêt, en termes résolument négatifs. Tout comme l'épargne obligatoire a des avantages, les ménages prennent fréquemment un crédit avec remboursement par versements fixes précisément parce qu'ils apprécient la discipline imposée.

- **Premier objectif :** Quel besoin essentiel le produit cherche-t-il à satisfaire ? Pour cela, les besoins doivent être identifiés et priorisés. En outre, l'importance que les clients accordent réellement à ces besoins doit être estimée ou mesurée.
- **Buts secondaires :** Quels sont les autres buts du produit et quelles sont les différentes priorités à travers ces buts ?
- **Souplesse :** Dans quelle mesure le client peut-il changer les clauses contractuelles standard pour satisfaire divers besoins, tels que les changements imprévus liés aux circonstances personnelles ?
- **Compréhension et confiance :** Quelles caractéristiques doivent être mises en place pour s'assurer que le client comprend toutes les clauses et conditions de l'arrangement ? Il est important que les clients comprennent cette promesse ; il s'agit là d'un aspect qui ne doit pas être sous-estimé. Ce sont des produits à long terme ; garder les clients est alors tout aussi important que les convaincre d'acheter en premier lieu les polices. En outre, aider les clients à comprendre pourquoi le produit est bon pour eux, en optant pour une conception simple et en pratiquant une communication fréquente, par exemple, est la première étape pour gagner leur confiance et les garder.

8.1.2 Conception du produit

Les assureurs ont besoin de considérer les 4 principes esquissés ci-dessus lors de la définition des composantes suivantes des produits d'assurance liés à l'épargne :

- **Affectation à l'épargne et à l'assurance :** Il est difficile d'évaluer équitablement les contributions respectives de l'épargne et de l'assurance, mais l'allocation des primes entre les 2 aide à montrer l'importance relative de chacune d'elles. Le prestataire devrait toujours pouvoir faire cette allocation. Quant au client, c'est moins souvent possible, de sorte que l'assureur devrait faire un effort pour expliquer cette allocation et les avantages de l'assurance et de l'épargne.
- **Caractéristiques des produits :** Les caractéristiques comme la prime ou le montant des minima et maxima assurés sont prises en considération ici, de même que les restrictions quant à l'âge et à la durée.
- **Avantage de l'assurance :** Ici sont décrites les contingences qui sont couvertes, telles que la vie, la santé ou les biens par exemple, et comment les avantages sont payés (par exemple, somme forfaitaire ou revenu, montant fixe ou indemnité).[2]
- **Avantage de l'épargne :** Cela couvre la souplesse du produit, les limitations sur l'échéancier du retrait ou l'opportunité de retrait partiel pendant la durée du contrat. D'autres caractéristiques comme le retour sur investissement potentiel

[2] Tous les produits couverts dans cette étude ne fournissent qu'une couverture d'assurance Vie, bien que d'autres types de protection soient possibles.

ou garanti peuvent également être importantes pour les clients, mais la pertinence du rendement peut dépendre de la complexité financière des produits. Les clients à faible revenu étant généralement davantage exposés à l'effort financier, il se peut qu'ils privilégient les produits flexibles, leur permettant de suspendre leurs contributions ou d'accéder à leur épargne en cas d'urgence, plutôt que la possibilité d'un potentiel retour sur investissement.

- **Frais :** Un document sur lequel sont enregistrés les frais, là où ils sont explicites, devrait faire partie d'une typologie détaillée.[3]
- **Exclusions:** Ceci inclut les conditions préexistantes ou le suicide, par exemple, pour l'assurance Vie, ou les limites sur les demandes de remboursement dans l'assurance des biens.
- **Caractéristiques particulières :** Caractéristiques supplémentaires non couvertes par d'autres rubriques.

Il y a un certain nombre de questions difficiles cachées dans le détail de ces composantes que les assureurs doivent résoudre lorsqu'ils rassemblent leurs produits. Ces compromis, dont certains sont considérés dans ce chapitre, définissent fortement l'essence du produit et la nature de la promesse faite aux clients. Par exemple, il est clair que l'on ne destine pas toute l'épargne à des périodes fixes et de futurs événements connus.[4] Les assureurs doivent penser soigneusement à l'équilibre entre la somme due à l'expiration de la police (perçue au bout de 5 ou 10 ans e souscription) et les conditions dans lesquelles les clients pourraient retirer leur épargne accumulée pendant la durée de validité de la police.

8.1.3 Focalisation sur l'Inde

Le chapitre se focalise sur des produits proposés en Inde pour 2 raisons principales :

- Il s'est avéré difficile de trouver une gamme de produits venant d'autres régions du monde qui 1) fournissent des éléments caractéristiques de couverture d'assurance et d'épargne, 2) qui ont atteint une certaine ampleur, et 3) qui sont vendus par des assureurs désireux d'apporter un éclairage sur la dynamique de leurs portefeuilles.
- Il est difficile d'effectuer une comparaison juste des produits de différentes régions du monde parce que ces produits peuvent être spécifiques à un contexte, en particulier en ce qui concerne les contraintes imposées par la réglementation.

[3] Certains produits fournissent un ensemble prédéfini d'avantages qui incluent tous les frais ; d'autres facturent des frais séparément. Comparer ces offres n'est pas simple, c'est un problème qui affecte l'analyse décrite dans ce chapitre.

[4] Dans les 3 études rapportées par Collins et al. (2009) au Bangladesh, en Inde et en Afrique du Sud, plus de la moitié de tous les épargnants ont déclaré leur utilisation principale des montants importants empruntés ou accumulés comme entrant dans la catégorie de l'opportunité plutôt que de l'urgence ou du cycle de vie.

Comme décrit au chapitre 20, l'Inde a connu un développement considérable en micro-assurance ces dernières années, y compris en assurance Vie. En conséquence, elle dispose d'une masse critique d'exemples intéressants avec une expérience suffisante pour légitimer une recherche spécifique. Néanmoins, une étude de ce type se focalisant sur un seul pays n'est pas dénuée de risques. Un certain nombre de produits inclus ont été retirés du marché en réponse à des changements de réglementation qui obligeaient à reconsidérer leur conception. En outre, il peut être difficile de transférer les expériences acquises dans un pays à d'autres juridictions.

En conclusion, l'étude dépendait des assureurs pour les informations fournies. Les données sur les choix des clients sont limitées pour des motifs relatifs à la concurrence. Le chapitre peut sembler donner la préférence au point de la vue de l'institution plutôt qu'à celle du client, mais cela n'est nullement intentionnel et un effort a été fait pour aller au-delà des limites de l'information disponible.

8.2 Produits considérés

Le marché des produits liés à l'épargne en Inde a été sujet à un certain nombre de changements de réglementation récents,[5] qui ont affecté ceux considérés dans cette section. Certains d'entre eux ont été retirés du marché pour être repensés. Les changements de directives de référence ont également affecté les options de distribution.

Les descriptions des 4 produits qui suivent, qui sont antérieurs à ces changements, sont détaillées et mettent en lumière les principales caractéristiques de chaque produit. Cela conduit à la discussion dans la section 8.3 qui tire un certain nombre de leçons de ces similitudes et différences. Le tableau 8.1 récapitule les caractéristiques clés de ces produits.

[5] Les conditions réglementaires les plus importantes pour les produits d'assurance Vie en unités de compte sont les suivantes :
– les clients doivent s'engager pendant une période d'au moins 5 ans, ce qui renforce le principe fondamental qu'il s'agit d'instruments financiers à long terme protégeant contre les risques ;
– les primes doivent être régulières et à un niveau constant ;
– les frais doivent être également répartis sur les 5 années initiales ;
– le capital décès doit répondre à des exigences minimales ; et
– un revenu sur investissement minimum garanti doit être accordé.
En ce qui concerne les produits d'assurance Vie universels, rebaptisés contrats à capital variable, la limite d'investissement et de commission combinée est prescrite, et pour les 2 types de produits, les activités de référence ont été réduites en vue de protéger le client.

Tableau 8.1

Caractéristiques clés des produits évalués

	Max New York Life Max Vijay	*Bajaj Allianz Sarve Shakti Suraksha*	*SBI Life Grameen Shakti*	*ICICI Prudential Anmol Nivesh*
Vies couvertes (approx.)	90 000	3,4 millions	1 million	2 300
Allocation à l'épargne et à l'assurance	Toutes les primes à l'épargne ; coût d'assurance déduit	Coût d'assurance déduit de la prime	Implicite ; échéance garantie et capital décès	Coût d'assurance déduit, mais garanties fournies
Options de paiement des primes	Primes entièrement sur option du client après souscription initiale	Mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel	Annuel seulement	Annuel seulement
Prime minimum	Contribution initiale de 1 000 INR (22 $US), puis minimum de 10 INR (0,22 $US)	Prime mensuelle de 45 INR (1 $US), 500 INR (11 $US) pour son équivalent annuel	Pas de minimum explicite, mais susceptible d'être basse	1 200 INR (26 $US), prime annuelle seulement
Limitations de la durée	Durée de 10 ans seulement	Pas au-delà du 70e anniversaire de l'assuré	Durée de 5 ou 10 ans seulement ; différentes prestations à l'échéance	Entre 7 et 15 ans
Garantie à l'échéance	Pas de garantie, mais les rendements annoncés ne peuvent pas être supprimés	Primes totales moins coût de couverture et frais de gestion	Explicitement et clairement garantie	Primes totales payées
Montant assuré (capital décès)	5 fois les primes payées	Garanti dès le départ selon les besoins du groupe	Garanti dès le départ	L'essentiel du montant est assuré, valeur de fonds et montant des primes
Revenus d'investissements	Garantis une fois déclaré	Fondés sur les revenus sur actifs à faible risque	Implicite dans les garanties	Fondé sur les revenus sur actifs à faible risque
Premier retrait possible	3 ans	Immédiat	3 ans	3 ans
Retrait partiel autorisé	Oui	Oui	Non autorisé	Oui
Conditions de rachat	Convenables : disponible au bout de 3 ans avec une pénalité de 15 % jusqu'à la 6e année et 7,5 % ensuite	Très bonnes : disponible dès la prise d'effet et fondé sur la valeur de compte avec pénalité, 7 % la 1ere et la 2e année, puis diminution	Convenables : disponible au bout de 3 ans de primes ; 35 % et 65 % des primes payables sur les polices sur 5 et 10 ans	Bonnes : disponible au bout de 3 ans avec 10 % de frais, non appliqué si 3 ans de primes ont été payés
Option de remise en vigueur de la police	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible

Remarque : Les évaluations qualitatives mentionnées dans ce tableau donnent une comparaison des caractéristiques de produit du point de vue du client et sont donc subjectives plutôt que techniequement précises.

8.2.1 Max Vijay de MNYL

L'entreprise dans laquelle s'est lancé Max New York Life (MNYL) en proposant Max Vijay, un produit de micro-assurance combinant épargne et assurance, et disponible pour les particuliers plutôt qu'uniquement pour les membres de groupes, a surtout montré qu'il s'agit d'un pari possible. Du seul point de vue de la vente de produit, les résultats sont bons. Depuis le lancement du produit en 2008 jusqu'à la fin du premier trimestre 2010, Max Vijay a placé 90 000 polices,

un bon résultat, mais sensiblement inférieur aux plus d'un million de polices vendues par chacun des 2 autres produits considérés ci-après. Le projet a permis à l'assureur d'acquérir une expérience directe dans la détermination des besoins des clients, la motivation du comportement, et l'identification des facteurs de succès d'une telle entreprise.

Max Vijay proposait un produit d'épargne doté d'une souplesse remarquable en ce qui concerne les contributions, avec un capital décès augmentant avec les contributions et des conditions de retrait équitables. Les principales caractéristiques du produit sont les suivantes :

- **Souplesse des contributions :** Après le paiement d'une contribution initiale unique, définie par le sous-type de produit mais au moins équivalente à 1 000 INR (22 $US),[6] l'assuré est totalement libre de contribuer au compte s'il le peut, sans aucune obligation en termes de fréquence et de montant, hormis une contribution minimale de 10 INR (0,22 $US), un seuil extraordinairement bas.
- **Montant assuré lié aux primes :** Le capital décès payable au décès est égal à la valeur du compte client accumulé plus 5 fois les contributions payées, 10 fois en cas de mort accidentelle, ce qui encourage les contributions tout en maîtrisant le coût de l'assurance, qui est déduit mensuellement pour couvrir ce coût.
- **Les retraits sont disponibles à partir du 3e anniversaire :** Les assurés peuvent racheter entièrement ou partiellement la police au bout de 3 ans, moyennant des frais raisonnables, bien que le mécanisme de retrait partiel gratuit pour un nombre limité d'occasions constitue un avantage utile en terme de souplesse vis-à-vis de l'assuré.

La caractéristique la plus ambitieuse du projet est son modèle de distribution. C'est le seul produit de cette gamme qui s'adresse aux particuliers et qui est commercialisé pour le grand public. Ceci limite les possibilités de faire des économies d'échelle car les coûts de distribution par unité sont sensiblement plus élevés que si le produit était distribué seulement par le biais de groupes, toutes choses égales par ailleurs.[7]

Les observations clés sur ce produit sont les suivantes :

- Les ventes ont été bonnes, étant donné en particulier l'ambition d'atteindre des particuliers plutôt que de limiter l'accès aux membres de groupes.

[6] Le taux de change de mi-marché à fin février 2011 est utilisé dans tout l'article, soit approximativement 45 INR pour 1,00 $US.

[7] Max New York Life a lancé ce produit particulièrement pour tirer des leçons sur son potentiel et la nature des besoins du marché. Il a investi une somme d'argent considérable, a recruté environ une douzaine de cadres supérieurs et a sous-traité les besoins en informatique à un fournisseur important.

– Sans le soutien des contributions en cours (volontaires), le produit n'est pas particulièrement valable pour le client et il est moins susceptible de générer du profit pour l'assureur. Un impératif clé, indépendamment de la nécessité de développer une gamme diversifiée de canaux de distribution efficaces, est de trouver des moyens pour motiver cet engagement continu au processus d'épargne, principalement une forme de partenariat avec l'assureur (ceci est exploré plus en détail dans l'encadré 8.1 présenté dans la prochaine section).

Par le biais de leçons sur la compréhension du comportement en matière d'épargne, les moyens pour gagner des clients, la conception et la détermination des prix des produits ainsi que la gestion d'une opération efficace, Max Vijay a fourni une expérience inestimable à MNYL.

8.2.2 Sarve Shakti Suraksha de Bajaj Allianz

Sarve Shakti Suraksha est un produit d'épargne qui offre un capital garanti à l'échéance, de faibles pénalités de rachat et une couverture d'assurance qui paye un montant fixe au décès dû à des causes naturelles ou accidentelles.

Le produit est disponible seulement pour les membres de groupes ciblés. La taille minimale du groupe est de 50 personnes et la détermination du prix de l'assurance est fonction du profil de risque du groupe. Le produit a pour cible des groupes de femmes qui sont contactés par le biais d'ONG et d'institutions de micro-finance (IMF).

Les principales caractéristiques du produit sont les suivantes :

– **Prestations d'assurance garanties :** La somme assurée est négociée avec le groupe et est inchangée pendant toute la durée de la police.
– **Retours sur investissements sur l'épargne accumulée :** Les comptes attribués aux assurés individuels sont crédités des retours sur investissements gagnés sur les actifs sous-jacents convenablement investis.[8]
– **Souplesse de retrait :** Les assurés peuvent racheter la police dès le départ moyennant des frais très raisonnables. C'est le seul produit qui offre cette caractéristique parmi ceux considérés dans cette évaluation.

Bien que le produit soit disponible seulement pour ceux qui font partie d'un groupe de demandeurs, les données enregistrées après la prise d'effet, telles que les valeurs accumulées, le sont sur une base individuelle.

[8] Aucun revenu minimum n'est indiqué, mais le capital à échéance est garanti aux primes totales moins le coût de couverture et les frais de gestion, ce qui suggère un rendement minimum non inférieur à zéro, après coûts, pour ceux qui atteignent l'échéance.

Plus de 3 millions de vies dans toute l'Inde ont été couvertes au cours des 2 années qui ont suivi le lancement et les actifs gérés approchent les 66 millions de $US. Bien que l'assureur pense pouvoir atteindre bientôt le seuil de rentabilité, il est trop tôt pour se prononcer sur ce point. Il est également trop tôt pour évaluer dans quelle mesure le produit satisfait les besoins des clients, mais d'autres variations sont déjà prises en considération et la satisfaction des clients semble être élevée, comme le montre les 82 % de clients fidèles au début de la 2e année (13 mois après la prise d'effet).

Des versions modifiées de ce produit sont maintenant adoptées par Allianz dans d'autres régions comme l'Indonésie (où le produit, lancé en octobre 2010, s'appelle Tamadera) et certaines parties de l'Amérique du Sud et de l'Afrique de l'Ouest, pour satisfaire aux diverses exigences des clients dans différentes parties du monde.

8.2.3 Grameen Shakti de SBI Life

Grameen Shakti est un produit simple fourni par SBI Life Insurance s'adressant aux clients à faible revenu qui, tout en combinant l'assurance et l'épargne, maintient des coûts bas tout en offrant un ensemble de prestations :

- un produit d'assurance Vie temporaire dont le prix a été déterminé sans conditions d'âge ou de sexe, et
- une simple prestation en espèces en cas de survie au terme de la durée de validité prédéfinie de la police.

Le produit est offert seulement à des groupes de 200 membres minimum et a touché près d'un million de clients au cours des 3 années qui ont suivi le lancement. Alors que les banques sont les principaux moyens pour contacter les clients, car cela aide à surmonter les difficultés pratiques telles que la collecte des primes, les canaux de distribution, qui sont en relation avec les clients finaux, sont les IMF et les groupes d'entraide (SHG – self-help groups). Toutes les primes sont collectées en débitant le compte bancaire du client.[9]

Les caractéristiques importantes de ce produit se résument par le principe de simplicité :

- **Choix limité de la durée :** les durées disponibles sont 5 ou 10 ans.
- **Choix limité du capital décès :** Le montant assuré doit être un multiple de 5 000 INR (110 $US), jusqu'à un maximum de 50 000 INR (1 100 $US).

[9] Bien que cela implique que tous les clients doivent avoir un compte bancaire, le produit se présente fréquemment au départ comme un service aux membres du groupe d'entraide, la banque servant de canal de distribution.

– **Garantie explicite à échéance et capital décès :** Le capital décès n'attire aucun retour sur investissement mais il est clairement déterminé, et la prestation à terme est égale à la somme de toutes les primes pour la police sur 10 ans et à la moitié de cette somme pour son équivalent sur 5 ans.

L'assuré ne reçoit aucune plus-value, mais en contrepartie il n'est soumis à aucun frais pour le coût de l'assurance Décès fournie. Les 2 sont intégrés dans la façon dont le produit est conçu et dans l'évaluation des risques des prestations garanties. Un des coûts est explicite. C'est le coût de la taxe sur les services pour les primes, à un taux de 1,03 % de la prime. Elle est ajoutée explicitement à la prime de sorte qu'il n'est pas nécessaire de la prendre en compte plus tard dans la durée de la police.

La police inclut un élément de partage de risques qui réduit les marges et dont l'assureur doit tenir compte par ailleurs lors de la détermination des prix : le capital Décès concernant tout un groupe est limité à 50 000 INR (1 100 $US). Si ce seuil est dépassé, les demandes de remboursement ultérieures sont rejetées et les primes nettes de taxe sur les services et de timbre fiscal sont retournées à ceux des membres couverts qui sont désignés.

Bien que le produit puisse être critiqué car il propose une gamme limitée d'options et rien d'autre que la valeur équitable de l'argent en cas de résiliation anticipée, sa simplicité le rend facile à comprendre et il semble satisfaire un besoin significatif de protection pure avec épargne limitée.

C'est probablement la leçon la plus importante qui peut être tirée de l'expérience de SBI Life. Le point de vue de l'assureur est que les clients apprécient le caractère simple du produit, un montant assuré défini de façon simple avec des exclusions limitées et un paiement en espèces bien défini à échéance. Le volume de ventes du produit semble confirmer ce point de vue. SBI Life a débuté un programme pour lancer le produit dans toute l'Inde.

8.2.4 Anmol Nivesh de ICICI Prudential

ICICI Pru a développé une police qui combine l'épargne et l'assurance sous une forme pas très éloignée d'un contrat mixte classique : c'est une police liée aux placements avec primes régulières qui garantit, à échéance et au décès, un avantage non inférieur à la valeur des primes payées, moins la valeur de tous les retraits partiels effectués jusqu'à ce moment. Elle a été lancée à titre d'essai pour les travailleurs des plantations de thé d'Assam, dans le nord-est de l'Inde, et n'a pas été testée ailleurs.

Les éléments basés sur l'exemple des contrats mixtes classiques incluent :

- la combinaison d'un **capital décès et d'une prestation à l'échéance,** produisant tous les 2 des revenus de placements, mais avec des garanties,
- une **approche orientée sur le capital variable** des revenus de placements, avec actifs détenus sous la forme d'instruments à faible risque,
- **différentes durées de validité du contrat** (7 à 15 ans) et des options pour les montants assurés allant de 6 000 INR à 30 000 INR (130 $US à 650 $US), et
- un **ensemble de frais classique,** des frais d'affectation des primes, des frais de gestion de la police et des frais de mortalité qui ne diminue en rien l'efficacité des garanties.

Toutefois, les concepteurs de ce produit ont été innovants sur un certain nombre de points, qui aident tous l'assuré. Ces points incluent ce qui suit :

- **Option de maintien de la couverture.** La couverture d'assurance Vie se poursuit, pour ceux qui ont choisi cette option, même si les primes sont arrêtées, à n'importe quel moment après le 3e anniversaire du produit, ce qui évite une procédure de rachat automatique.
- **Allocation d'unités comme bonus.** Les assurés sont motivés pour garder une attribution de 5 % des primes d'une année complète à chaque 5e anniversaire. Les frais de gestion cessent également au bout de 5 ans.
- **Récompense pour la constance des primes.** Le rachat peut se faire à tout moment au bout de 3 ans. Des frais se montant à 10 % des fonds peuvent être appliqués, mais ils sont supprimés si, au moment du rachat, 3 années complètes de primes ont été payées.

Ces conditions contribuent à aligner les motivations de l'assuré sur celles de l'assureur, bien que ce soit au détriment de la simplicité, ce qui augmente le risque d'une plus mauvais compréhension de la part de l'assuré.

Ce produit a été conçu spécifiquement pour les clients à faible revenu opérant dans un secteur semi-organisé. Il a été proposé en Inde du nord-est pour les travailleurs tribaux des plantations de thé, en utilisant les compagnies de thé comme intermédiaires financiers. Le partenariat avec une compagnie de thé ne garantit pas l'accès à tous ses travailleurs, car celui-ci doit être négocié au niveau de la plantation de thé placée sous la juridiction de la compagnie. Néanmoins, 2 300 clients, environ un quart de ceux visés, ont été inscrits et un autre lancement a été négocié.

Les ventes du produit ont été suspendues en juillet 2010 après l'introduction des changements dans la réglementation dont il a été question plus haut dans ce chapitre. Un certain nombre de changements doivent être apportés aux caracté-

ristiques du produit pour assurer la conformité avec les conditions de réglementation et pour tirer profit de l'opportunité de répondre aux besoins émergeants des clients. Au moment de l'élaboration de ce document, les détails n'avaient pas été finalisés.

L'initiative a survécu jusqu'ici grâce au financement par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT, mais l'assureur est optimiste car, avec les économies d'échelle pouvant être faites par une plus large distribution, cela pourrait devenir une entreprise rentable.

8.3 Principales leçons tirées

En se fondant sur l'analyse de ces 4 produits, cette section se focalise sur les leçons les plus importantes à prendre en compte lorsque l'on conçoit des produits d'assurance liés à l'épargne.

8.3.1 Les produits peuvent se présenter sous de nombreuses formes

Les 4 produits présentent des caractéristiques différentes dans un certain nombre de secteurs clés comme le montre le tableau 8.1. Certains de ces secteurs sont conçus de façons différentes et sont relativement faciles à identifier. Ceux-ci incluent :

- souplesse des primes,
- conditions en termes de prime minimum, et
- périodes de rachat.

D'autres sont plus subtiles, mais peut-être plus sophistiqués. Deux d'entre eux sont considérés plus en détail ci-après :

- l'équilibre entre l'épargne et l'assurance, et
- l'équilibre entre la souplesse et la simplicité.

Souplesse des primes

SBI Life et ICICI SBI Pru exigent des assurés le paiement des primes annuellement sans variation. Bajaj Allianz permet le paiement de primes suivant l'un des 4 programmes différents proposés, mais de façon régulière. Seul MNYL permet une approche complètement souple du paiement des primes, une souplesse de paiement des primes presque jamais vue, tout au moins dans le contexte de l'assurance à long terme.

Il n'est pas évident de savoir ce qui est mieux pour le client. Considérer la question sous différentes perspectives.

- Les primes annuelles sont plus importantes que celles payées plus fréquemment, de sorte qu'il y a un risque matériel de rachat si le client ne peut pas se permettre de les payer lorsqu'elles sont dues.
- Les primes annuelles entraînent une réduction des coûts de collecte par unité payée, ce qui permet d'avoir moins de frais d'unité et une meilleure valeur pour les clients.
- Là où les produits sont vendus par le biais de partenaires intermédiaires, les partenaires peuvent aider à agréger de petits montants en primes annuelles, approfondissant ainsi les relations entre l'assureur et le partenaire, et entre le partenaire et le client. Les SHG et les plantations de thé jouent ce rôle pour SBI Life et ICICI Pru.
- Le fait de permettre aux clients de choisir la fréquence de leur prime ou de permettre les contributions payables entièrement à la convenance de l'assuré peut attirer davantage de clients et leur permettre de contrôler davantage leur gestion financière.
- Maintenir le paiement d'une prime régulière par le client, avec des périodes de suppression appropriées pour l'aider à récupérer après des périodes difficiles, peut améliorer la détermination de l'assuré à épargner.[10] Pour Max Vijay, seuls environ 15 000 des 90 000 clients ont effectué des apports après le paiement initial, et ce malgré les montants requis extrêmement bas. Cela suggère que l'assureur a peut-être surestimé l'avantage de l'approche souple par rapport à la discipline imposée par un règlement prévoyant une prime régulière.

Ces arguments montrent combien il est difficile de déterminer la bonne approche pour un produit particulier et la nécessité de considérer la question du point de vue des clients, et non seulement du point de vue des entités intermédiaires impliquées. Ces décisions sont rarement simples. Rechercher les préférences des clients, évaluer la capacité de paiement, et effectuer des analyses coûts-avantages pour différents modèles font partie des méthodes qui aideraient les assureurs à évaluer les compromis. Les ménages à faible revenu ont une vie très subtile et complexe sur le plan financier ; les assureurs ne devraient jamais se targuer de savoir ce dont leurs clients ont besoin.

[10] Bajaj Allianz et SBI Life autorisent 30 jours d'arriérés de paiement de primes et tous les assureurs dans cette étude permettent à des clients de rétablir les arrangements dans le cadre desquels les primes ont été impayées pendant un certain temps.

Prime minimum

Plus le seuil de prime est bas, plus il est facile pour les gens ayant un revenu faible de devenir des clients, mais plus il est difficile pour l'assureur de réaliser des économies d'échelle au niveau du contrat individuel. D'autre part, un seuil de prime plus bas peut se traduire par un plus grand nombre de polices, qui, sur tout le portefeuille, pourraient être suffisantes pour générer des économies d'échelle.[11]

ICICI Pru et, à un moindre degré, Bajaj Allianz, ont choisi des primes minimums relativement élevées puisque les assurés payent, dans le cas du premier, au moins 1 200 INR (27 $US) annuellement et, dans le cas du second, s'ils choisissent l'option de prime annuelle, au moins 500 INR (11 $US). Bajaj Allianz offre de plus petites primes à ceux qui sont prêts à effectuer des versements plus fréquemment. La prime minimum suggérée chez SBI Life est sensiblement inférieure à cela, et MNYL offre une souplesse complète pour les versements à partir de 10 INR (0,22 $US), mais la prime initiale 1 000 INR (22 $US) est élevée.

Il est difficile de dire quelle approche a mieux marché, car les effets de la prime minimum sont masqués par d'autres facteurs. Bajaj Allianz a vendu un très grand nombre de polices, tandis que Max Vijay en a vendu nettement moins, ce qui n'est pas nécessairement attribuable au seuil de prime.

Conditions de rachat

L'une des questions les plus importantes en termes de conception pour les produits qui combinent l'épargne et l'assurance est la souplesse de retrait, partiel ou total, offerte par la police. Les conditions de rachat pour 3 des produits sont similaires. Bajaj Allianz se distingue par le fait qu'il propose des conditions généreuses pour le rachat du contrat, en particulier parce qu'il permet des rachats précoces. Les autres assureurs autorisent le rachat au bout de 3 ans ; Bajaj Allianz le permet immédiatement après la prose d'effet, bien que le rachat dans les premiers mois soit susceptible de ne générer qu'un faible dédommagement.[12]

Comme la constance est pour les produits d'épargne un facteur important déterminant le succès financier, il s'agit ici d'une approche risquée qui peut occasionner des pertes financières lorsqu'un nombre important d'assurés effectuent le rachat précocement. Cependant, cette caractéristique qui différencie l'assureur de ses concurrents peut être payante car elle signale aux clients qu'ils ont entre les

[11] La viabilité dépend d'un certain nombre de facteurs de coût et de revenu. Le seuil de prime inférieur permet un accès plus facile, avec pour résultat une plus grande souscription et l'étalement des coûts de portefeuille fixes sur un plus grand nombre de contrats, mais il peut se traduire par des dépenses plus élevées globalement si les coûts liés à chaque nouvelle vente sont élevés. Il n'est pas facile d'établir des règles et rien ne prouve que les 4 assureurs cités dans cette étude aient suivi une approche spécifique quelconque. Rien ne remplace une modélisation financière des alternatives, soutenue par une recherche sur la souscription probable par des clients à différents niveaux de prime minimum.

[12] Il serait utile de comprendre combien de clients tirent profit de ces conditions de rachat. Le chapitre se termine par quelques idées sur les possibilités de recherche supplémentaire.

mains un produit souple. Faciliter la sortie peut stimuler des niveaux plus élevés de fidélité, un risque pas facilement évalué avant le lancement.

Tous les aspects de la conception de produit exigent une certaine sensibilité, non seulement en ce qui concerne les effets financiers mais également l'impact des incitations sur le comportement humain. Permettre aux clients de partir plus facilement dans l'espoir que, en retour, ils ne le feront pas, est un point qui exige une compréhension particulièrement bonne de la tendance des gens à répondre aux incitations. Cela concerne également la question de la confiance, discutée ultérieurement dans cette section.

L'équilibre entre l'épargne et l'assurance

Un des principaux défis est de payer le coût de fourniture de l'assurance, le capital décès, tout en faisant preuve d'un engagement adéquat concernant la somme due à l'échéance, le résultat de l'effort d'épargne pour ceux qui survivent jusqu'à la fin de la période contractuelle. Certains pourraient suggérer qu'une indemnité d'assurance minimum est nécessaire pour satisfaire les besoins de base des clients. D'autres croient qu'épargner joue un rôle important pour remplir ces besoins et que l'assurance vient en complément. Chaque assureur doit prendre ces points en considération, tout en s'appuyant sur ses propres connaissances en ce qui concerne les préférences des clients.

Quatre approches différentes ont été adoptées pour atteindre cet équilibre. Celles-ci sont illustrées sur la base d'un produit hypothétique d'une durée de 10 ans, avec des primes annuelles de 1 000 INR (22 $US), ainsi qu'un coût annuel et des frais de couverture et de gestion se montant respectivement à 30 INR (0,66 $US) et 50 INR (1,10 $US).

– **MNYL : coût d'assurance déduit des primes ; aucune garantie.** De la prime de 1 000 INR (22 $US), sont déduits 30 INR (0,66 $US) pour couvrir le coût de l'assurance. Aucune garantie sur le capital versé à l'échéance n'est offerte. MNYL déduit le coût de couverture de la prime et ne garantit pas la prestation à terme en contrepartie. Cependant, il atténue le risque vis-à-vis du client en décrivant et en garantissant le coût d'assurance, et il limite l'érosion potentielle de l'épargne en fixant le capital décès à un multiple des primes totales payées. Le capital décès serait de 5 000 INR (110 $US) au bout d'une année, soit 5 fois la prime annuelle, et une somme supplémentaire de 5 000 INR est ajoutée à chaque prime suivante de 1 000 INR (22 $US). En outre, une fois les revenus déclarés, ils ne peuvent pas être supprimés.
– **Bajaj Allianz : coût d'assurance déduit des primes ; garantie reposant sur les primes moins le coût des frais de couverture et gestion.** La garantie repose sur la somme de toutes les primes, 1 000 INR (22 $US) tous les ans, moins le coût des frais de couverture et de gestion, un total de 80 INR (1,75 $US) tous les ans, ce qui donne un capital à l'échéance au bout de 10 ans de pas moins de 9 200 INR (201

$US). Bajaj Allianz déduit le coût de couverture des primes. Il offre à l'échéance un capital garanti, mais ne garantit pas l'impact du coût de l'assurance. C'est la garantie la plus facile à offrir car elle constitue pour l'assureur le risque le moins élevé. Bien que cela ne soit pas bon pour le client, cela permet à l'assureur d'offrir des avantages à un autre niveau, ce que Bajaj fait au travers des conditions de rachat.

– **ICICI Prudential : Coût de l'assurance déduit des primes ; garantie reposant sur les primes totales.** Bien que l'assureur couvre toujours le coût de la couverture en le déduisant de la prime, la garantie repose sur les primes totales, soit 10 000 INR (219 $US) au bout de 10 ans de contributions à raison de 1 000 INR (22 $US) par an. ICICI Pru fournit un avantage à échéance qui, nonobstant le coût de la couverture d'assurance, est garanti comme n'étant pas inférieur à la valeur des primes totales payées. Il doit remplir cette garantie à partir des revenus après dépenses sur les actifs et les risques qui ne le font pas. Il gère ce risque en imposant une prime minimum raisonnablement élevée et en s'assurant que la durée de la police n'est pas trop courte. Il convient de noter encore que, du point de vue de l'assuré, la somme versée est intéressante, mais elle implique des limitations au niveau de la conception.
– **SBI Life : explicite, garantie simple sur les prestations ; coût de fourniture de la garantie implicite.** SBI Life a adopté une approche différente, ce qui donne un résultat clairement défini, mais ne révèle pas les coûts de fourniture. Bien que le niveau des risques encourus pour satisfaire ces garanties ne soit pas connu – la combinaison est peut-être rentable –, l'avantage de ce produit est qu'il est simple et plus susceptible d'être compris par les clients. SBI Life offre, pour sa police sur 10 ans, un capital à l'échéance garanti sur la totalité des primes moins la taxe sur la valeur ajoutée de 1,03 % par an, un peu moins de 10 000 INR pour des primes de 1 000 INR par an. Le capital garanti dans le cadre de la police sur 5 ans est la moitié de toutes les primes payées, un peu moins de 2 500 INR pour la même prime.

Chacune de ces approches peut être justifiée. Chacune d'elles peut être considérée comme étant correcte vis-à vis du client, aboutissant à un équilibre raisonnable entre l'épargne et l'assurance dans un contexte dans lequel les ressources sont limitées. Chacune a des avantages et des inconvénients du point de vue de l'assureur et de l'assuré. De plus, chacune permet à l'assureur d'offrir au client d'autres avantages au niveau de la conception de la police. L'assureur doit prendre en considération les compromis et prioriser les principaux besoins de ses clients. Comme il ressort de façon évidente des différences de conception des produits et des prestations pour les clients, les 4 assureurs ont adopté différentes approches de ces priorités.

Choix : L'équilibre souplesse-simplicité

Les assureurs doivent trouver un compromis entre simplicité (moins de choix) et souplesse (plus de choix). La simplicité est utile pour gagner la confiance des clients et améliorer la compréhension des caractéristiques les plus importantes du produit, tandis que la souplesse permet aux clients de répondre à des circonstances changeant de façon inattendue.

Les assureurs doivent décider de l'étendue du choix qu'ils veulent donner à leurs clients. Il augmente le potentiel de satisfaction des besoins des clients, mais il augmente également le coût de gestion. Le choix peut également diminuer le niveau de compréhension du produit par le client, et n'est pas toujours d'une grande aide *(voir chapitre 13).* En outre, la souplesse peut conduire à un comportement qui amoindrit la protection, comme on le voit dans les faibles contributions pour le produit Max Vijay.

Chaque assureur a adopté une position quant au choix qu'il offre :

- **Bajaj Allianz** offre une gamme de durées, de montants assurés et d'options de fréquence des primes, mais la décision doit être prise au niveau du groupe et tous ses membres doivent respecter ce choix.
- **SBI Life** permet au groupe de choisir le niveau du montant assuré, puis évalue les risques afin d'offrir la garantie à échéance. Cependant, il ne permet que des primes annuelles et seulement 2 options pour la période contractuelle.
- **ICICI Pru** limite la durée de la police à une période de 7 à 15 ans. Il permet à l'assuré de choisir le niveau de la couverture requis et la durée dans cette gamme. Il accepte des primes seulement sur une base annuelle, mais met cette restriction en place en ayant à l'esprit le flux de trésorerie des clients.
- **MNYL** offre seulement des contrats sur une durée de 10 ans, mais donne à ses clients une liberté totale quant au montant et à la fréquence des primes.

Ces décisions ont des conséquences sur la viabilité financière du produit et la possibilité d'offrir des caractéristiques positives à d'autres niveaux. Le produit Max Vijay offre une souplesse remarquable, mais l'assureur a eu du mal à motiver les clients pour qu'ils apportent ces versements de façon régulière. Après le paiement de leur prime initiale, environ 5 clients sur 6 n'ont payé aucune autre prime en dépit des très faibles montants des versements échelonnés. Cela a ébranlé, en retour, la viabilité financière du portefeuille, ce qui réduit la rentabilité de l'assureur ou le retour sur investissement dont peuvent disposer les clients, ou les 2.

Besoin de stabilité

Il convient de noter une caractéristique que présentent les polices avec éléments d'épargne : le besoin de stabilité. Les taux de chute dans tous les produits d'assurance à long terme peuvent être élevés : 10, 20 ou même 30 % par an. Les niveaux

de stabilité sont un marqueur clé du succès de l'assureur. Si celui-ci ne parvient pas à conserver ses clients sur une partie importante de la durée de la police, cela a pour lui des répercussions de 3 manières :

1. Un rachat retire l'avantage marginal des sommes que la police offre à l'assureur.
2. Un rachat emporte avec lui les actifs dont se charge l'assureur, ce qui réduit les sommes et les marges que l'assureur a pu générer pour des polices inscrites en comptabilité.

Et, le plus important pour les polices d'épargne,

3. Une police qui est rachetée peut avoir pour résultat une perte financière parce que l'assureur n'a peut-être pas pu couvrir tous les coûts d'émission et de maintien de la police, ou mettre de côté les actifs pour satisfaire aux garanties.

Toutes les polices d'assurance à long terme dépendent pour leur succès financier de la stabilité de leur clientèle, mais cela est beaucoup plus important pour les polices d'épargne que pour les polices d'assurance pure, car l'incidence de la rentabilité est fortement déviée vers les dernières années de la durée de la police. De plus, ce qui est bon pour l'assureur est fréquemment également bon pour le client, car il a besoin de la gamme de produits pour être financièrement solide et pour partager ce succès avec le client.[13]

Échelle de prix

Les assureurs devraient faire un effort : 1) pour déterminer le prix aussi attentivement que possible, avec le meilleur rapport qualité-prix possible pour leurs clients, 2) tester la volonté du marché d'accepter ce prix en effectuant, si possible, au préalable une recherche sur le plan de la conception et en testant les réponses du marché à l'égard des prix actuels des produits, et 3) effectuer une comparaison avec les prix correspondants pratiqués par les concurrents, là où c'est possible. Un nombre significatif de polices vendues renseigne habituellement davantage sur la rentabilité que la marge disponible sur chaque produit.

Dans cet environnement de petites unités, les coûts ne peuvent pas être couverts sans un grand nombre de contrats. Cela ne signifie pas qu'il n'est prévu aucune marge lors de détermination des prix des produits. Tout d'abord, les clients peuvent

[13] La manière dont ce succès est partagé varie d'un produit à l'autre. Bien que la viabilité financière soit importante pour l'assuré lorsque l'assureur est plus susceptible d'honorer ses promesses, les marges bénéficiaires de l'assureur sont également intéressantes pour l'assureur et devraient être suffisamment basses pour que l'assuré puisse, lui aussi, en profiter ; mais elles ne doivent pas être trop basses quand même pour ne pas menacer la solidité du portefeuille.

ne pas être particulièrement sensibles aux prix si les besoins primaires sont satisfaits. En second lieu, le bénéfice provenant des ventes plus réussies que prévu peut être partagé avec les assurés si les mécanismes pour ce faire ont été prévus au moment de la conception des produits. Troisièmement, ce sont des arrangements à long terme et des marges sont nécessaires pour se protéger contre des résiliations inattendues.

8.3.2 La distribution joue un rôle clé

Une distribution efficace est particulièrement importante pour les produits de micro-assurance qui incluent des composantes d'épargne car il est crucial d'atteindre une certaine échelle pour le succès du produit. En outre, la participation à un arrangement à long terme dépend de la compréhension des avantages de la police de la part du client, et le canal de distribution joue un rôle significatif dans l'établissement et le maintien de cette compréhension.

Une décision importante concernant la distribution est de savoir s'il faut vendre au public de micro-assurance dans son ensemble ou s'il faut limiter l'accès aux membres de groupes organisés. Les assureurs considérés ont suivi 3 approches différentes :

1. **Adhésion de groupe seulement.** Seuls Bajaj Allianz et SBI Life offrent leurs produits à des membres de groupes, avec l'intention de vendre à tous les membres de ce groupe. Bajaj Allianz définit les clauses du contrat sur une pratique de souscription couvrant le groupe, suggérant que tous les membres du groupe ou une partie importante de ceux-ci doivent souscrire l'assurance.
2. **Ciblant les membres de groupes.** Le produit d'ICICI Pru cible les travailleurs de plantations de thé, mais la participation n'est pas obligatoire pour chaque membre du groupe. Les coordonnateurs du groupe facilitent la transaction, mais la décision d'inscription est prise par chaque membre individuellement.
3. **Disponible pour les particuliers.** Max Vijay cible le marché des personnes individuelles à travers différents canaux de distribution.

La vente aux groupes exclusivement présente un certain nombre d'avantages :

- Elle favorise un rendement d'échelle en ajoutant un plus grand nombre de polices à chaque vente réussie.
- Ces groupes contribuent à augmenter la fidélité des clients, par l'éducation, une assistance pratique, et peut-être même une pression des pairs.
- Il met en jeu un intermédiaire qui a à cœur les intérêts des assurés et fréquemment aussi une volonté d'encourager les clients à conserver leur assurance et de les aider à épargner pour des apports largement espacés.

– Il contribue à la solidarité entre les membres, en améliorant la compréhension vis-à-vis du produit, en glorifiant le paiement des prestations et en améliorant la constance.

La distribution à des membres de groupe semble être le point clé de la différenciation entre les produits et l'ampleur atteinte. Les 2 prestataires qui vendent seulement à des groupes ont atteint une échelle importante, chacun couvrant plus d'1 million de vies. Les 2 autres assureurs ont eu des débuts encourageants, mais ne peuvent pas être considérés comme ayant réussi en termes de nombre de polices vendues ou de rentabilité.

Une leçon clé tirée de l'initiative de Max Vijay est l'importance du canal de distribution *(voir encadré 8.1).* Le canal de distribution a besoin d'avoir un intérêt à encourager l'épargne active des clients, mais trouver un tel canal n'est pas toujours chose facile. Les magasins de détail, par exemple, ont intérêt à encourager les personnes à dépenser, non à épargner. Lorsque des ventes se font par le biais de magasins de détail, le produit d'épargne concurrence d'autres produits dans le magasin, à la fois pour le détaillant (en termes de commission à gagner sur d'autres produits à marge élevée) et pour le client. Les conflits d'intérêt surgissent également quand l'assurance liée à l'épargne est vendue par des banques, car les banques ont intérêt à ce que les clients prennent leurs propres produits d'épargne. Les SHG peuvent avoir des conflits similaires, mais ils sont fondamentalement intéressés par le bien-être de leurs membres et par conséquent peuvent être mieux à même d'encourager un produit d'épargne à long terme.

Encadré 8.1

Expérimentation des canaux dans Max Vijay

Max Vijay a testé une variété de canaux en utilisant des stratégies « push » et « pull ». Les canaux « push » sont ceux dans lesquels les intermédiaires persuadent activement les clients d'acheter le produit. Ceux-ci ont été utilisés principalement pour encourager le décollage initial du produit à prime relativement élevée. Les canaux « push » utilisés étaient un distributeur de produit financier, des IMF, des ONG et des centres étatiques.

Les canaux « pull » sont ceux dans lesquels sont établis des points de ventes de produits, les clients étant encouragés à acheter des produits dans ces points de vente. Ceux-ci étaient principalement des détaillants locaux, y compris les échoppes familiales que les assurés fréquentaient régulièrement, et étaient donc des endroits commodes pour que les clients versent des montants supplémentaires sur leur police Max Vijay.

Les résultats à travers les canaux de distribution étaient variés. L'intermédiaire de produit financier a généré la majorité des ventes, mais aux dépens d'autres produits MNYL ciblant les clients à hauts revenus. Ce canal a cependant donné des résultats médiocres dans le domaine des apports sur la durée.

Globalement, des apports supplémentaires n'ont été effectués que dans seulement un sixième des polices. Les taux de réussite étaient les plus élevés dans les canaux de détail, en particulier dans la ville d'Agra, où plus de la moitié des polices vendues ont été créditées d'apports complémentaires par les assurés. Il ressort clairement de l'expérience menée jusqu'ici que le produit ne fournira de la valeur aux clients, et probablement du profit à l'assureur, que si les assurés épargnent régulièrement et de façon soutenue, ce qui suggère que même des efforts marginaux pour promouvoir une culture de l'épargne continue pourraient être payants en termes de nouvelles ventes, de constance améliorée et d'augmentation de l'épargne.

Sources : Adapté de Harmeling, 2010.

8.3.3 Priorités du point de vue de la conception

Une analyse soigneuse de 4 assureurs qui ont adopté différentes approches de l'accroissement de l'épargne et des produits d'assurance pour les ménages à faible revenu fournit un certain nombre d'éléments qui peuvent être intéressants pour ceux qui envisagent de concevoir des produits similaires.

Définir l'objectif clé et tout focaliser sur celui-ci. Les clients de la microassurance ont des vies complexes sur le plan financier, mais les produits ne peuvent satisfaire tous les besoins. Les clients ont besoin de produits leur permettant d'atteindre un but spécifique. Ils doivent comprendre ce qu'ils achètent, en particulier si le produit cherche à combiner des éléments d'assurance et d'épargne. Le canal de distribution, la façon dont le produit est conçu et l'infrastructure interne de l'assureur doivent favoriser cela. Ne pas se focaliser sur un but compromet la clarté du message pour les clients, ce qui réduit le potentiel de vente et ébranle la fidélité des clients au détriment de la durabilité de l'affaire.

Donner la priorité à la distribution. L'ampleur du portefeuille est cruciale pour les produits d'assurance qui proposent de l'épargne, de sorte que donner à l'affaire la meilleure occasion de vendre un grand nombre de contrats est une priorité. Cela implique probablement la prise de décisions sérieuses dès le départ, par exemple pour exclure l'accès au grand public, mais qui peuvent être revues une fois qu'une structure durable est en place. Les assureurs qui ont réussi dans cette étude ont concentré tous leurs efforts sur leur approche de la distribution.

Stimuler la confiance et la fidélité. D'un certain nombre de points de vue différents, il semble que la confiance joue un rôle significatif dans la réussite de l'assureur, que le canal primaire de distribution du produit passe par des intermédiaires ou non. Par conséquent, les assureurs devraient surveiller la satisfaction des clients par rapport au produit et aux services fournis par l'assureur et ses intermédiaires. Cela devrait s'étendre à toute la chaîne de contact avec les clients. Le bon service client, le paiement opportun des demandes de remboursement,

les exclusions minimales et une gestion sans heurts contribuent à augmenter la réputation de l'assureur dans la communauté qu'elle sert. Des clients contents sont plus susceptibles de rester ; et garder les clients existants est meilleur marché que les remplacer par de nouveaux. Les assureurs doivent reconnaître que ce ne sont pas les ventes qui sont essentielles mais la fidélité des clients, car les clients qui se désistent rapidement sont pires que ceux qui ne sont pas acquis du tout.

Le mérite de la simplicité. Dans les produits d'épargne, comme en micro-assurance d'une façon plus générale, un certain compromis sur la souplesse en faveur de la simplicité semble avoir été utile dans au moins 2 des exemples considérés dans ce chapitre. Il s'avère que, bien que les consommateurs désirent généralement du choix, ils reconnaissent et apprécient les avantages des arrangements contractuels à plus long terme qui imposent des contraintes, dans le paiement de prime par exemple, en retour de récompenses. Cela a un impact positif considérable sur la durabilité du produit et doit être pris en considération par l'assureur dans le contexte des objectifs clés du produit. La simplicité augmente la compréhension par le client, qui est susceptible, en retour, d'améliorer la fidélité et par conséquent la durabilité financière du portefeuille. Il peut aliéner les clients ayant des besoins plus complexes, mais ceux-ci peuvent être satisfaits ultérieurement par l'amélioration des produits. L'inverse n'est pas vrai, car il est presque impossible de simplifier un produit existant.

8.4 Conclusions et perspectives

Les praticiens de la micro-assurance prêtent plus d'attention à la façon dont les clients pourraient être encouragés à combiner l'épargne et l'assurance. Un certain nombre d'assureurs en Inde ont lancé des produits qui ne font que cela (ce chapitre s'intéresse à 4 d'entre eux) ; de ces expériences ont pu être tirés certains enseignements pouvant servir à d'autres assureurs se trouvant dans une position similaire, à savoir :

- déterminer l'affaire, concevoir les priorités et s'y tenir ;
- donner la priorité à la distribution ;
- stimuler la confiance et la fidélité ; et
- opter pour une conception simple, en se focalisant sur la compréhension par le client.

Les compromis sont une partie inévitable du processus de conception de produits. Finalement, les assureurs doivent prendre leurs propres décisions, en reconnaissant l'importance de leur contexte. La satisfaction du client ne vient pas facilement.

Au cours de ces recherches sont apparues un certain nombre de questions auxquelles les informations fournies par les assureurs n'ont pas permis de

répondre. Des recherches supplémentaires sont nécessaires dans un certain nombre de secteurs, incluant :

- l'efficacité des différents canaux de distribution et modèles de commission pour les ventes, et la qualité de ces ventes, en termes de taux de constance, pour chacun de ces modèles ;
- la souscription et la constance des clients à travers les différents produits, par exemple, la durée des polices achetées et le niveau de couverture et de prime, là où il y a des options ;
- l'incidence et les causes à l'origine des résiliations de police, les caractéristiques des clients effectuant les résiliations et l'influence des spécificités des produits (telles que les conditions de rachat) sur les taux de résiliation ;
- la proportion de membres de groupes souscrivant une couverture qui leur a été proposée par le biais du groupe et les données de l'expérience concernant la constance des membres ; et
- les niveaux de satisfaction des clients et le lien avec la façon dont le produit a été conçu.

Toutes ces recherches exigent un engagement considérable de la part des assureurs qui est en partie difficilement réalisable dans le domaine public, mais les informations ainsi obtenues seraient d'une très grande utilité à ceux qui envisagent d'opérer dans ce segment.

9 Amélioration de la micro-assurance Emprunteur

John Wipf, Eamon Kelly et Michael J. McCord

Ce chapitre est adapté de l'article Microinsurance n°9, édité par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT. Les auteurs tiennent à remercier les divers réviseurs pour leurs commentaires et conseils précieux, qui ont permis de mettre en lumière des détails supplémentaires et d'améliorer la clarté générale, y compris Martin Hintz (Allianz), Mathieu Dubreuil (PlaNet Garantee), Christine Hougaard (Cenfri), Marc Nabeth (CGSI Consulting), et Mary Yang (OIT). Les auteurs expriment également leur gratitude aux directeurs du programme de micro-assurance qui ont fourni les données ayant servi à l'élaboration de ce chapitre mais qui ont souhaité garder l'anonymat.

La couverture Emprunteur, une assurance qui couvre le capital et les intérêts restant dus d'un prêt si l'emprunteur vient à décéder, est le point de départ logique pour les organismes nouveaux dans le secteur de la micro-assurance. D'une façon générale, elle est facile à introduire, simple à comprendre pour les clients, et est vue par les intermédiaires financiers comme un complément à leurs affaires principales. La couverture Emprunteur peut aider à créer une compréhension de la micro-assurance et à augmenter la demande en élaborant une culture de l'assurance. Quand les emprunteurs voient des avantages dans de tels produits, cela les rend plus réceptifs à d'autres produits d'assurance.

Malheureusement, l'assurance Emprunteur est souvent mal conçue et génère peu de valeur pour le client assuré. Quand les produits génèrent peu de valeur pour les clients, l'attitude négative commune envers l'assurance est renforcée. Ainsi, l'amélioration de la valeur des produits d'assurance Emprunteur peut aider à améliorer la demande générale de micro-assurance.

Pour comprendre le statut de la micro-assurance Solde restant dû, et pour élaborer des méthodes permettant d'améliorer la qualité générale des produits d'assurance Emprunteur, ce chapitre répond aux questions suivantes :

- Qu'est-ce que l'assurance Emprunteur et comment est-elle structurée ?
- Qui bénéficie de cette couverture : emprunteurs, prêteurs et assureurs ?
- Comment une bonne valeur pour les clients est-elle mesurée et est-elle atteinte ?
- Qu'y a-t-il comme exemples de produits d'assurance Emprunteur générant de la valeur pour les clients ?
- Comment les produits d'assurance Emprunteur pourraient-ils être augmentés ou ajustés pour offrir une plus grande valeur aux clients ?
- Quelles considérations opérationnelles sont nécessaires pour améliorer les produits d'assurance Emprunteur ?

Ce chapitre aborde ces questions en se basant principalement sur les années d'expérience des auteurs dans le domaine des assurances Emprunteur. De plus, pour construire un ensemble de données similaires, une étude des produits d'assurance Emprunteur a été menée auprès de 30 organismes, intentionnellement

choisis en raison des diverses caractéristiques de leurs produits et contextes, y compris la représentation régionale et les divers régimes institutionnels. Bien que les résultats de cet échantillon ne soient pas représentatifs des produits de micro-assurance liés à un crédit, ils sont certainement illustratifs, reflétant la gamme de bonnes et mauvaises pratiques.

9.1 Qu'est-ce que l'assurance Emprunteur ?

L'assurance Emprunteur est l'une des formes les plus communes de micro-assurance (Roth et al., 2007 ; Matul et al., 2010). Le principal but de ce produit est d'éteindre la dette en cours si un emprunteur décède. Le produit est en général obligatoire comme condition préalable pour obtenir un prêt des institutions de micro-finance (IMF).[1] Le produit peut cependant être conçu de différentes manières et est proposé par de nombreux mécanismes institutionnels.

9.1.1 Types de couverture d'assurance Emprunteur

L'assurance Emprunteur de base, qui couvre seulement le capital et les intérêts d'un prêt en cours au décès de l'emprunteur, est la forme la plus simple, bien qu'elle puisse être structurée de diverses manières. Les primes, par exemple, peuvent être payées d'avance, en étant soit déduites du prêt soit ajoutées à celui-ci, ou bien elles peuvent être prises en compte dans le taux d'intérêt du prêt et être collectées pendant toute la durée du prêt. Quand elles sont intégrées dans le taux d'intérêt, les emprunteurs ignorent souvent qu'ils ont une couverture.

L'approche des prêteurs vis-à-vis de l'assurance Emprunteur dépend de leurs objectifs. Certains organismes utilisent l'assurance Emprunteur comme un avantage pour les clients, d'autres comme une source de revenu supplémentaire, et d'autres comme un module permettant d'avoir une couverture plus complète. Les prêteurs intéressés par le dernier objectif sont susceptibles de proposer une **assurance Emprunteur améliorée** proposée sous 3 formes :

- **La couverture Vie améliorée** propose la couverture de base plus des avantages supplémentaires tels que le paiement des obsèques.
- **La couverture Risques améliorée** inclut la couverture de base plus des risques supplémentaires tels que la couverture Invalidité pour l'emprunteur, une assurance complémentaire Individuelle accidents, ou une couverture contre les risques d'incendie pour les locaux commerciaux.

1 Le terme « institution de micro-finance » (IMF) se rapporte à n'importe quelle institution proposant des services de crédit et parfois d'épargne sur les marchés des personnes à faible revenu.

– **La couverture familiale améliorée** étend la couverture de base et parfois la couverture améliorée en incluant le décès ou l'invalidité des membres de la famille.

9.1.2 Les mécanismes institutionnels pour l'assurance Emprunteur

L'assurance Emprunteur est proposée par de nombreuses configurations institutionnelles différentes. Alors que le prêteur est toujours présent en tant que distributeur, l'institution de souscription est typiquement soit un assureur commercial, une société mutualiste détenue par ses membres (MBA)[2] et affiliée au prêteur, ou bien un assureur coopératif.[3] Parfois il n'y a pas d'assureur externe du tout car le prêteur supporte le risque de défaut dû au décès du client, comme dans le cas de Banco Compartamos au Mexique pour sa couverture Emprunteur de base.

Là où la réglementation le permet, l'autoassurance par des IMF est certainement une option. Le coût de maintien d'une réserve en interne est minimal comparé aux frais de gestion que représentent les encaissements, la comptabilité et les transferts du côté de l'IMF, et la gestion des dossiers et sinistres des clients du côté de l'assureur. Beaucoup de prêteurs supportent le risque parce qu'il a comme conséquence une meilleure valeur et un service plus rapide, et qu'il leur permet d'adapter le produit pour répondre aux besoins de leurs emprunteurs. Cela est possible seulement jusqu'à un montant calculé avec prudence. Par exemple, les IMF de la Confédération des Institutions Financières (CIF) en Afrique de l'Ouest auto-assurent le risque de décès jusqu'à un maximum de 10 millions de francs CFA (20 792 $US). La CIF projette de créer une compagnie d'assurance Vie en Afrique de l'Ouest pour couvrir les excédents d'assurances Emprunteur de plusieurs institutions financières importantes.

Certaines IMF prennent des honoraires aux clients quand le risque est conservé en interne et certaines créent même une réserve dans ce but spécifique telle qu'une « réserve pour pertes éventuelles de prêts dues au décès du client ». Ces IMF peuvent facturer ces frais aux clients, mais les honoraires sont souvent affectés directement au revenu dans leur comptabilité. Cela est à la fois une pratique malsaine et montre le peu d'intérêt que certaines IMF accordent à leurs pertes dues au décès d'un client.

[2] Il s'agit généralement d'une organisation à risque, formelle ou informelle, qui est séparée du prêteur et qui appartient aux emprunteurs eux-mêmes.

[3] Dans certains pays, les institutions coopératives possèdent une compagnie d'assurance qui se focalise sur la proposition de produits pour leurs membres principaux, les ménages. Pour ceux-ci, il y a parfois des concessions spéciales faites par le régulateur telles que des exigences de capitaux réduites.

À partir du moment où l'institution veut offrir davantage de couverture aux clients, il devient nécessaire de céder le risque. Comme les répondants à une étude l'ont noté, outre la question légale du support du risque, ils étaient préoccupés par le fait d'exposer leur propre capital au risque sans avoir la capacité technique de gérer la couverture d'assurance.

Si un assureur est le souscripteur, un intermédiaire peut également être impliqué. Certains intermédiaires remplissent seulement les fonctions de ventes et de facilitation d'un agent, alors que d'autres conçoivent des produits, prétraitent et prépayent les demandes de remboursement, et codent ou reformatent les données de fonctionnement selon les spécifications de l'assureur. PlaNet Guarantee joue un tel rôle, fonctionnant comme un courtier pour les IMF, et faisant le lien entre l'assureur et un réassureur. Les raisons de l'existence d'intermédiaires est d'ajouter de la valeur pour le prêteur, les clients assurés et le souscripteur. Cependant, les intermédiaires peuvent se trouver évincés de ces affaires lorsque les marges diminuent, et les prêteurs et assureurs décident qu'ils peuvent gérer de tels produits simples par eux-mêmes. Pour les intermédiaires il devient difficile de soutenir qu'ils ajoutent vraiment de la valeur quand les assureurs et/ou les canaux de distribution sont disposés à gérer eux-mêmes *(voir chapitre 23).*

9.2 Qui bénéficie de l'assurance Emprunteur ?

L'assurance Emprunteur est souvent critiquée parce qu'elle est perçue comme davantage valable pour les assureurs et les prêteurs que pour les emprunteurs assurés. Au début du XIXe siècle, l'assurance Emprunteur a été encouragée aux États-Unis par le slogan « The debt shall die with the debtor (la dette s'éteindra avec le débiteur) ». On considérait honteux de laisser une charge de dette aux personnes à charge ou aux parents survivants. D'ailleurs, les banques étaient plus susceptibles d'approuver un prêt si une partie de leur risque était couverte par l'emprunteur à assurer. L'assurance Emprunteur a ainsi évolué dans le but clair de protéger le prêteur et l'emprunteur. Dans le contexte de la micro-assurance, il est utile d'évaluer la valeur de l'assurance Emprunteur du point de vue des diverses parties prenantes que sont les emprunteurs, les prêteurs et les assureurs.

9.2.1 Les emprunteurs

Pour le ménage assuré, l'assurance Emprunteur doit s'acquitter de la dette de l'emprunteur à son décès sans causer de contrainte financière à la famille du défunt. Quand un micro-entrepreneur décède, les membres survivants du ménage sont financièrement affectés de plusieurs manières. D'abord, il y a les coûts d'hôpital, de funérailles et d'enterrement à régler. Indépendamment du fait d'être un, sinon le principal, soutien de famille, le défunt est souvent le gestionnaire compé-

tent de l'affaire familiale. Ainsi outre la perte de sa productivité, le ménage souffre de la perte de ses connaissances, de son expérience et de son savoir-faire sur le plan des affaires.[4] Alors qu'il se bat pour survivre, le ménage peut recourir à la vente du stock et à la liquidation des actifs de production à prix réduits afin de servir les intérêts de l'emprunt impayé. Pour un ménage dans cette situation, le règlement par l'assurance du prêt impayé est utile tant que le prêteur cesse de faire pression pour le paiement du prêt et que l'assureur paye tous les avantages supplémentaires rapidement.

La protection d'assurance est également valable pour les emprunteurs d'une IMF utilisant la méthodologie du prêt collectif. Lorsqu'un emprunteur décède, l'IMF peut réclamer aux membres restant du groupe de payer les dettes de la personne décédée sur leurs économies. Cela a des implications négatives pour le moral du groupe et le risque de perdre son épargne décourage le développement de l'épargne. Dans de telles circonstances, les emprunteurs apprécient souvent l'assurance comme protection importante contre le décès d'autres membres du groupe.

En dépit de ces avantages potentiels, les emprunteurs expriment souvent peu ou pas de satisfaction avec les produits d'assurance Emprunteur de base. Une raison, comme le fait remarquer un répondant de l'étude, est que « l'assurance Emprunteur n'est que modérément valable parce que la majorité des emprunteurs couverts ne se rendent même pas compte qu'ils ont une couverture ». Comme il n'y a souvent pas de frais directs appliqués aux clients dans une assurance Emprunteur de base, ou en raison du fait que la prime est perçue comme des frais pour obtenir le prêt, les clients peuvent ignorer le fait qu'il sont couverts. Dans une étude de satisfaction client en Zambie, les clients d'une IMF ont indiqué qu'ils n'avaient appris qu'ils avaient une assurance que par l'équipe de recherche (Manje, 2007).

Les emprunteurs perçoivent souvent l'assurance Emprunteur comme un produit qui profite au prêteur, et pas à eux. Pour comprendre pourquoi, il est important de voir comment les IMF traitent le risque de crédit pour cause de décès sans assurance Emprunteur. En raison du discrédit et des relations publiques extrêmement mauvaises qui résultent de la collecte de dettes dans la succession d'un défunt, beaucoup d'IMF considèrent simplement le prêt comme perdu quand un emprunteur décède. Dans ce cas-ci, une transition à une assurance ne donnerait pas de valeur supplémentaire si elle couvrait seulement le prêt.

Une proposition de valeur améliorée inclurait une couverture au delà de l'assurance Emprunteur de base de sorte que les familles survivantes reçoivent un avantage financier au décès du client, ou le client reçoit un certain avantage au décès d'un membre de la famille et/ou une couverture pour un autre risque.

[4] Dans le présent chapitre, il est fait référence aux micro-entrepreneurs et emprunteurs avec le pronom féminin, car c'est principalement à celles-ci que les IMF offrent leurs services.

Dans les IMF s'adressant principalement aux femmes, par exemple, les emprunteurs tendent à se préoccuper davantage d'une couverture d'assurance Vie pour leur épouse que pour eux-mêmes *(voir chapitre 16)*. De tels produits familiaux améliorés sont plus chers, mais même avec le coût supplémentaire, ils apportent une plus grande valeur aux clients si les produits répondent à leurs besoins et sont fournis efficacement.

La valeur est finalement spécifique au contexte, comme dans le cas d'Allianz Indonesia *(encadré 9.1)*.

Encadré 9.1

Impact sur les clients

Dans une des quelques évaluations des produits d'assurance Emprunteur, une recherche a évalué l'impact d'un produit d'assurance Emprunteur offert par Allianz Indonesia. L'étude a permis de constater qu'un tel produit n'était pas nécessaire parce que la supposée crise financière post-mortem n'existait pas. Le soutien de la communauté et de la famille chez les Indonésiens musulmans peu fortunés était assez fort pour couvrir en grande partie les dépenses nécessaires aux funérailles et pour subvenir aux besoins de la famille démunie. Ce soutien était commandé par la perception de la mort comme un risque collectif vu sous l'angle de l'économie morale et s'articulait autour de principes de réciprocité équilibrée. Ainsi dans ce cas-ci, les produits d'assurance Emprunteur n'ont pas répondu à une demande de la part des clients. L'étude a conclu qu'il est important de comprendre la demande avant d'offrir l'assurance Emprunteur ou n'importe quel autre produit de micro-assurance.

Source : adapté de Hintz, 2010b.

Même avec une couverture améliorée du risque et/ou de la famille, le niveau de conscience et l'expérience des emprunteurs assurés affectent directement la perception de la valeur du produit. Pour les emprunteurs survivant à un cycle de prêt précédent, ou pour ceux qui font une demande pour la première fois, l'assurance Emprunteur peut ne pas sembler valable même si le but de la couverture est clair pour eux. Le paiement d'une prime pour une prestation intangible peut être vu comme un gaspillage d'argent difficilement gagné parce que les emprunteurs « savent » à l'avance qu'ils arriveront au bout de la durée du prêt. En effet, les taux de mortalité des clients des IMF tendent à être sensiblement inférieurs à ceux de la population moyenne parce que les IMF prêtent principalement aux clients productifs et en bonne santé. En général, l'assurance Emprunteur est davantage appréciée par les personnes plus âgés, lorsque celles-ci ont été témoin du paiement d'indemnités, lorsqu'elles ont des personnes à charge ou ont été instruites en tant que consommateur.

9.2.2 Prêteurs

Pour un prêteur, il est beaucoup plus facile d'avoir un regard positif sur l'assurance Emprunteur. À la différence de l'emprunteur qui est limité à son expérience individuelle, le prêteur peut évaluer l'impact financier de l'assurance Emprunteur sur tout son portefeuille de prêts. L'élimination du risque de mortalité de l'emprunteur avec transfert du coût à l'emprunteur est une gestion prudente des risques et une pratique commerciale établie. Les institutions de prêt dans cette étude ont considéré l'assurance Emprunteur comme valable pour leur organisation, parce que :

- elle protège la société, les actionnaires ou les membres-propriétaires, et leur portefeuille de prêts ;
- elle augmente le revenu provenant des honoraires ;
- il n'est nullement nécessaire de rechercher le remboursement à partir du patrimoine d'un emprunteur décédé ;
- l'offre d'une assurance de qualité améliore la réputation de la société, augmente la réputation sur leurs marchés, attire de nouveaux clients et améliore la fidélité de la clientèle ;
- elle les aide à remplir leur mission sociale qui consiste à aider les clients et leurs familles à gérer les risques ;
- elle permet de fournir une plus large gamme de services financiers.

Pour les prêteurs, l'assurance Emprunteur, et en particulier l'assurance Emprunteur améliorée, peut être un avantage concurrentiel, comme c'était le cas pour VisionFund *(encadré 9.2)*.

Encadré 9.2 **L'assurance Emprunteur comme avantage concurrentiel au Cambodge**

La pénétration de la micro-finance est relativement élevée au Cambodge et la concurrence entre les IMF y est importante. Une IMF, VisionFund, utilise son produit assurance Emprunteur comme avantage comparatif. Elle vante la qualité supérieure de ses produits de prêt par rapport à ceux des concurrents parce que la dette en cours est levée si l'emprunteur décède. En outre, des indemnités sont accordées pour les funérailles de l'emprunteur, de son conjoint et de ses enfants. Le terme d'« assurance » n'est jamais mentionné dans ses documents promotionnels ou dans le cadre de ses relations avec les emprunteurs. La prime est « invisible » puisqu'elle est incluse dans le taux d'intérêt. L'assurance Emprunteur est considérée comme très valable par cette IMF prospère parce qu'elle lui a donné un avantage concurrentiel important.

Source : auteurs.

Au niveau de la société, les prêteurs peuvent promouvoir l'assurance Emprunteur comme un avantage concurrentiel. Cependant, le personnel sur le terrain en contact avec les clients ne l'utilise généralement pas comme un atout marketing, et il a plutôt tendance à ne pas informer la clientèle sur cette couverture. Parfois, même le personnel est mal renseigné. La nature obligatoire de l'assurance Emprunteur de base accentue la passivité quant à l'instruction des clients sur ce qu'ils achètent. De plus, comme l'assurance Emprunteur a proliféré dans toute la micro-finance, son statut d'atout commercial est discutable. En Ouganda, après que quelques grandes IMF ont commencé à offrir des produits d'assurance Emprunteur améliorés pour les familles, les clients se sont mis à réclamer ce niveau de couverture, passant des IMF sans cette couverture à celles proposant ledit produit.

Dans de nombreux cas les IMF se focalisent sur la création de valeur pour elles-mêmes et non pour leurs clients *(voir encadré 9.3)*. Quand les IMF supportent le risque de perte de portefeuille à la suite du décès de l'emprunteur, elles facturent souvent des frais importants pour le service (jusqu'à 3 % du prêt initial), tout en faisant face à un taux de sinistres bien inférieur. La présence de l'assurance devrait signifier que les prêteurs pourraient théoriquement abaisser les taux d'intérêt. Cependant, les auteurs n'ont trouvé aucun exemple de produits d'assurance Emprunteurs menant à une réduction manifeste des taux d'intérêt sur les prêts.

Encadré 9.3

Flux de prestations dans l'assurance Emprunteur

Richard Leftley, président-directeur général de la société multinationale de courtage en micro-assurance MicroEnsure, relate son expérience avec l'assurance Emprunteur et les IMF. « En 2002, la plupart des IMF avec qui nous avons travaillé facturaient aux emprunteurs 1 % forfaitaire de la valeur du prêt et utilisaient les fonds résultant pour payer les prêts en cours quand les emprunteurs décédaient ; aucun assureur n'était impliqué. Au moment où nous avons commencé à mettre en œuvre l'assurance Emprunteur chez ces IMF, nous avons noté qu'elles continuaient à facturer aux emprunteurs 1 % même si la compagnie d'assurance facturait entre 0,3 et 0,5 % de la valeur du prêt. En substance, l'IMF externalisait le risque à un prix inférieur, mais ne transmettait pas l'épargne à ses emprunteurs, au contraire le facteur delta était comptabilisé comme revenu. Cette pratique est aujourd'hui répandue, ce qui est absolument honteux, car nous devrions tous nous focaliser sur la bonne valeur à donner à nos clients. »

Source : adapté de Leftley, 2010.

9.2.3 Les assureurs et les intermédiaires

Les assureurs et les intermédiaires qui ont fait l'objet de l'étude ont généralement déclaré être intéressés par les produits d'assurance Emprunteur parce qu'ils :

- sont simples et ainsi faciles à vendre et gérer ;
- tendent à être très rentables, et peuvent permettre à un assureur d'expérimenter des produits supplémentaires qui pourraient ne pas être rentables à court terme ;
- représentent un bon niveau d'entrée sur les marchés de la microfinance avec une chance d'établir la confiance avec les institutions et les ménages ;
- sont une bonne manière de créer de la demande et d'éveiller les consciences en matière d'assurance ;
- donnent un accès relativement facile à une grande base de clients avec une demande croissante potentielle pour d'autres services d'assurance à l'avenir.

Les assureurs et les intermédiaires voient habituellement l'assurance Emprunteur comme une sorte d'ancre pour leurs affaires de micro-assurance puisqu'elle leur permet d'accéder à ce marché avec un produit relativement facile. Sans beaucoup de risque, ils peuvent tirer des enseignements sur le marché, comprendre les taux de mortalité et effectuer des tests de contrôle, tout en générant d'importants bénéfices. Cependant, trop souvent, l'assurance Emprunteur est à la mesure des risques pris par les assureurs en micro-assurance. Dans ces cas les motivations de l'assureur et du prêteur sont satisfaites, bénéfices et couverture de portefeuille, et ni l'un ni l'autre n'est particulièrement préoccupé par le reste des besoins du marché des personnes à faibles revenus en matière de protection contre les risques.

9.3 Quantifier la valeur de l'assurance Emprunteur

Un aspect important de la valeur est le montant et le type de couverture d'assurance Emprunteur que l'on peut acheter pour un prix donné. Un actuaire détermine cela en calculant le sinistre moyen attendu pour chaque emprunteur, qui est ensuite majoré pour obtenir le taux de prime. Un élément similaire, le ratio de sinistres survenus, peut être calculé rétrospectivement sur la base de l'expérience en matière de sinistres. Intuitivement, cet indicateur, appelé parfois rapport des sinistres aux primes, est la proportion de la prime reversée à un collectif d'emprunteurs assurés sous forme d'indemnités d'assurance. En l'absence d'anti-sélection et de fraude, un ratio « élevé » est synonyme de bon rendement. Les mesures connexes sont le ratio des dépenses engagées, qui indique la part de la prime qui est utilisée pour gérer le produit, et le ratio de revenu net, qui indique la profitabilité du produit pour l'assureur. Ces ratios permettent de commencer à quantifier la valeur pour les clients, comme le montre le tableau 9.1 (Wipf et Garand, 2010).

Tableau 9.1 **Les principaux indicateurs de performance de l'assurance Emprunteur**

Indicateur	*Calcul*	*Étendue d'une bonne valeur financière*[1]	*Interprétation du point de vue des consommateurs*
Ratio des dépenses engagées	Dépenses engagées/ primes acquises[2]	Inférieur à 25 %	Ce ratio mesure l'efficacité du produit d'assurance Emprunteur. Plus il est efficace, plus il peut être valable si les économies réalisées sur les dépenses sont utilisées pour réduire le taux de prime plutôt que pour augmenter le profit.
Ratio des sinistres survenus	Sinistres survenus/ primes acquises	Supérieur à 60 %	Montre combien le produit d'assurance Emprunteur est valable. Un ratio « élevé », en l'absence de fraude et d'antisélection, signifie que le prix de la couverture est relativement « bas » (la valeur est « élevée »).
Ratio de revenu net	Revenu net/ primes acquises	Pas plus de 10 %	Montre combien le produit est rentable. Le profit peut être réduit en abaissant le taux de prime et en augmentant ainsi le rendement.

[1] Ces limites proposées sur les ratios sont l'opinion collective des auteurs. Noter que le montant des ratios peut excéder 100 % parce que l'intérêt sur les provisions augmente le ratio de revenu net.
[2] En comptabilité d'exercice, la prime est acquise pendant toute la durée d'un prêt dans un modèle qui reflète le risque de la couverture d'assurance et son coût de gestion. Le modèle d'acquisition de prime est donc indépendant de la manière dont la prime a été payée.

Ce chapitre considère comme indispensables les 5 caractéristiques suivantes pour qu'un produit de micro-assurance Emprunteur soit « valable » :

a) **Pertinent :** Le produit protège le ménage d'un emprunteur contre des risques pertinents incluant le fait d'avoir à traiter un prêt en cours après le décès de l'emprunteur.
b) **Opportun :** L'assureur règle le sinistre de façon opportune avant que le prêt en cours n'ait un effet nuisible sur les finances du ménage.
c) **Compréhensible :** La majorité des emprunteurs comprennent le produit même lorsqu'il est obligatoire.
d) **Accès facilité :** Le portefeuille du prêteur est protégé, ce qui permet aux ménages pauvres d'accéder plus facilement au crédit.
e) **Rendement :** Existence d'un bon rendement tel que défini par les 3 indicateurs de valeur dans le tableau 9.1.

Pour évaluer la valeur financière, les auteurs ont analysé l'information financière fournie par 17 institutions participant à l'étude. Ces institutions ont été choisies sur la base de l'identification par les auteurs de programmes d'assurance Emprunteur offrant dans l'ensemble une variété de couvertures, avec un éventail de modèles différents, et pour lesquels la direction était disposée à fournir des données (un défi important). Le tableau 9.2 fournit des données financières clés pour les opérations d'assurance Emprunteur de ces institutions et des informations sur ces dernières, mais leur identité spécifique est masquée, les données étant fournies à cette condition. Malgré cela, les données demandées n'étaient pas toutes disponibles ; pour beaucoup de ces institutions, il était difficile de fournir les informations en raison des méthodes comptables utilisées pour ces produits.

Les résultats sont particulièrement remarquables en raison de l'étendue énorme des résultats. Alors que l'on suppose que l'assurance Emprunteur est communément rentable pour les assureurs et les prêteurs, ces résultats illustrent que ce n'est pas universellement vrai. Sur les 12 institutions qui ont indiqué leur rentabilité dans le tableau 9.2, 8 étaient en effet de manière significative au-dessus de l'objectif des 10 %, mais 2 étaient déficitaires et avaient donc des problèmes importants.

Tableau 9.2

Le rapport qualité-prix des programmes d'assurance Emprunteur (classés par taux de sinistres)

Type d'organisation	*Nom*	*Modèle*[1]	*Couverture*	*Commission* %	*Frais d'admin.* %	*Ratio de sinistres* %	*Profit* %[2]	*Éventualités* %[3]	*Commentaire*
Impraticable									
IMF	Alpha	AP	Famille	n.d.	n.d.	119	n.d.	n.d.	Non praticable
IMF	Beta	AP	Élémentaire	n.d.	n.d.	95	<0	n.d.	Taux de VIH+ élevé
Valeur pour les clients									
Courtier/ Intermédiaire	Gamma	AIP	Assurance Vie et Invalidité pour emprunteur	15	12,5	70	2,5	n.d.	Tarifé pour profit faible
IMF	Epsilon	AP	Famille	n.d.	n.d.	65	n.d.	n.d.	
IMF	Zeta	AP	Famille	n.d.	n.d.	64	n.d.	n.d.	
Intermédiaire Takaful	Theta	AIP	Élémentaire	25	10	60	5	n.d.	Tarification, non actuelle
Assureur commercial (incluant Takaful)	Iota	AP, AIP	Portefeuille mixte	5–16 varie par compte	22	60	approx. 16 en moyenne	n.d.	Le profit revient aux IMF (80 % pour classique et 70 % pour Takaful)
IMF auto-assurée	Kappa	IMF-AA	Famille	0	21	57	8	14	Constitution de réserves
Valeur médiocre pour les clients									
Assureur coopératif	Lambda	AP, AIP	Portefeuille mixte	0–40 (varie)	15	30	25 en moyenne	n.d.	
Assureur commercial	Nu	AP, AIP	Portefeuille mixte	10	20	28	42	n.d.	
SM	Omicron	SM	Élémentaire	25	20	25	20	10	
IMF auto-assurée	Pi	IMF-AA	Élémentaire	12	10	24	54	n.d.	
Réseau d'union de crédit auto-assuré	Rho	RUC-AA	Élémentaire	10	10	22	58	n.d.	
SM	Sigma	SM	Élémentaire	n.d.	n.d.	18,5	n.d.	n.d.	
SM	Tau	SM	Élémentaire	0	19	13	68	n.d.	
IMF auto-assurée	Upsilon	IMF-AA	Assurance Vie étendue pour emprunteur et conjoint	18	89	12	<0	n.d.	Participation volontaire
Coopérative d'assurance	Psi	AP	Portefeuille mixte	8	8	11	63	n.d.	Très peu compétitif

[1] AP = agent partenaire ; AIP = agent intermédiaire partenaire ; IMF-AA = IMF auto-assurée ; SM = société mutualiste ; RUC-AA = réseau d'union de crédit auto-assuré.
[2] Pour certains, le profit exclut des revenus d'intérêt sur les provisions.
[3] Réserves de prévoyance n'incluent pas les prov. pour risques en cours ou les prov. pour sinistres.

Du point de vue du client, si un bon rendement inclut un ratio de sinistres d'au moins 60 %, seulement 6 des 17 programmes dans cet échantillon satisfont à ce critère. Il est particulièrement frappant que les modèles de prestation reposant sur les membres (MBA, coopératives, associations coopératives d'épargne et de crédit) sont classés parmi les moins valables dans l'échantillon. Les résultats suggèrent que ces coopératives et MBA ne font pas face à la concurrence, et le prix des produits est fixé de manière à générer un excédent supplémentaire pour constituer des capitaux propres et des provisions. Un certain nombre d'organismes ont limité la capacité technique et préfèrent déterminer le prix de façon classique, tandis que certains imitent d'autres produits sur le marché puisqu'ils n'ont pas la capacité de déterminer correctement le prix. Néanmoins, comme ces organismes appartiennent directement ou indirectement aux ménages assurés, un excédent « excessif » devrait idéalement revenir aux membres de manière indirecte sous la forme de services étendus et d'autres prestations. Par exemple, le CIC au Kenya utilise son excédent d'assurance Emprunteur pour financer d'autres services pour ses membres et clients *(voir chapitre 18)*.

Il est typiquement demandé aux membres des MBA d'acheter un produit d'assurance Vie et Accidents de base comme condition d'adhésion, en plus de l'assurance de base requise pour les emprunteurs. Cependant, pour beaucoup, cette couverture d'assurance est la seule chose qu'ils peuvent se permettre d'acheter. Cette réduction du pouvoir d'achat illustre un point crucial sur les MBA dans l'échantillon proposant des produits à très faibles ratios de sinistres. Les excédents que les membres-clients donnent aux MBA sont un frein à la capacité du client d'acquérir une autre couverture potentiellement plus valable.

Un examen des produits reposant sur le type de couverture montre que la couverture de base, dans 5 des cas, fait partie du groupe « des valeurs médiocres ». Bien qu'il y ait des produits améliorés dans chaque groupe de valeur, 5 (50 %) des produits améliorés font partie du groupe ayant de la « valeur pour les clients », par rapport à seulement 1 (17 %) des produits de base. En clair, dans cet échantillon, ceux qui offrent des produits améliorés se focalisent plus fortement sur le fait d'accorder de la valeur à leurs clients.

En proposant des avantages financiers équilibrés aux clients, les prêteurs et les assureurs aident à promouvoir la valeur dans l'assurance Emprunteur. Les projets qui présentent soigneusement leurs résultats financiers et se rendent compte de l'importance d'accorder une bonne valeur au marché obtiendront des effets à long terme positifs sur leur marque. Les moyens clés pour accorder une meilleure valeur aux clients est d'inclure des avantages qui ont un plus grand impact sur eux.

9.4 Produits étendus existants

La stratégie consistant à utiliser l'assurance Emprunteur comme moteur de rentabilité a été historiquement une réussite, mais récemment, dans plusieurs pays, le marché de l'assurance Emprunteur est devenu plus concurrentiel, entraînant une réduction des taux de prime et obligeant les assureurs et les prêteurs à repenser leur stratégie de micro-assurance. Cette évolution est bonne pour les emprunteurs, qui voient une plus grande variété d'avantages et de couvertures offerts en réponse au désir des prestataires de maintenir les affaires. En raison d'un désir d'accorder une meilleure valeur aux clients ou d'améliorer le positionnement concurrentiel, beaucoup d'organismes sont allés au delà de l'assurance Emprunteur en termes d'amélioration de la couverture liée au client, de couverture de risques supplémentaires, et/ou de couverture d'autres membres de la famille dans le ménage de l'emprunteur.

9.4.1 Couverture d'assurance Vie améliorée

Une autre manière courante d'améliorer la valeur de l'assurance Emprunteur consiste à faire du montant assuré le montant du prêt d'origine au lieu du montant dû au moment du décès. Cela est fait pour 2 raisons : a) pour s'assurer que les prêts en souffrance avec intérêts courus et les pénalités sont mieux couvertes, puisque le décès est souvent précédé par une période de maladie ; et b) pour accorder un certain nombre d'avantages financiers aux personnes à charge. Cette couverture double presque le coût de la prime, puisque le montant fixe assuré représente environ 2 fois le montant dégressif assuré. Le problème est que, bien qu'il y ait presque toujours une certaine indemnité payable aux bénéficiaires, le montant est incertain, et donc la préférence de l'emprunteur pour une certaine prestation fixe pour les bénéficiaires n'est pas satisfaite. Certaines institutions ont abordé ce problème en combinant un montant dégressif assuré avec une police d'assurance Vie temporaire à montant fixe. Ceci allie l'avantage d'une couverture d'assurance Emprunteur avec la certitude d'une indemnité fixe versée à la famille au moment du décès.

9.4.2 Couverture de risques améliorée

Une autre amélioration courante est l'ajout d'une invalidité permanente totale (IPT) de l'emprunteur résultant d'un accident comme condition pour le remboursement du prêt. Cette couverture tend à être très peu coûteuse puisqu'elle se rencontre rarement, et par conséquent elle ajoute peu de valeur dans l'ensemble, si ce n'est donner éventuellement la perception d'une plus grande valeur. Les accidents sont relativement rares, et il est encore plus rare pour quelqu'un de réchapper d'un accident et de rester de manière permanente incapable de gagner

sa vie, ce qui correspond à la définition souvent donnée pour l'IPT accidentelle. Habituellement, l'invalidité est évaluée par un professionnel de la santé 90 à 180 jours après l'accident. Si la couverture est pour une IPT résultant d'une cause quelconque y compris la maladie, la valeur et le coût de la couverture supplémentaire augmente considérablement.

Bien que cela existe dans certains produits commerciaux d'assurance Emprunteur, la couverture d'invalidité temporaire ou partielle qui déclenche des remboursements de prêt provisoires par l'assureur au nom de l'emprunteur n'est pas une caractéristique courante de la micro-assurance. Alors que ce type de couverture peut aider les gens à surmonter une difficulté financière à court terme, les contrôles pour combattre le risque moral et la fraude sont trop difficiles et trop onéreux en raison des faibles montants des paiements de prêt.

La seule variante de cette approche vient d'un micro-assureur d'Asie du sud, dont le produit couvre seulement l'emprunteur, mais présente les caractéristiques supplémentaire suivantes :

- Le montant assuré est le montant du prêt déboursé, qui est payé en cas de mort naturelle, de mort accidentelle, ou d'invalidité permanente et totale due à un accident.
- Un avantage supplémentaire égal au montant assuré est payé en cas de mort accidentelle.
- En cas d'invalidité partielle permanente due à un accident, l'indemnité est de 50 % du montant assuré.
- Une subvention immédiate d'éducation s'élevant au maximum à 10 % du montant assuré est payée en cas de décès causé pour tout événement couvert.
- En cas d'hospitalisation pendant au moins 3 jours, les indemnités journalières s'élèvent à 0,5 % du montant assuré par jour (avec un plafonnement) jusqu'au maximum 10 jours pendant la durée de validité (les 3 premiers jours de l'hospitalisation ne sont pas couverts).

Pour la partie médicale, les conditions préexistantes, la maternité et la circoncision sont exclues, les exclusions standard les plus importantes sont la tentative de suicide et la participation à une activité criminelle. En cas de décès ou d'invalidité permanente totale, le montant du prêt en cours est déduit par l'IMF des indemnités dues.

Un autre exemple est fourni par Opportunity Ouganda Ltd. Opportunity propose des prêts à court terme à un grand nombre de fournisseurs du marché pour acheter des stocks. Les petits magasins sont situés dans les secteurs humides et secs du marché qui sont exposés à de nombreux risques, en particulier le feu. L'assurance Emprunteur d'Opportunity protège non seulement contre le décès de l'emprunteur mais également contre le feu, si un incendie

détruit le magasin d'un fournisseur l'assureur payera le prêt en cours. Ayant l'expérience de l'impact économique dévastateur d'un feu de marché sur un certain nombre de ses clients, Opportunity explore la possibilité d'étendre la couverture Incendie pour protéger tout le stock de l'emprunteur, pas seulement le prêt en cours. Une telle couverture pourrait être facilement ajoutée au produit d'assurance Emprunteur existant en vue de protéger les fonds propres du fournisseur reposant sur le stock qui ont été constitués pendant des mois ou des années.

D'autres exemples d'améliorations de couverture incluent Microfund for Women en Jordanie, qui fournit une assistance quotidienne en espèces en cas d'hospitalisation ; Allianz Indonésia, qui permet à des emprunteurs d'assurer jusqu'à 3 fois la valeur du prêt ; et PlaNet Guarantee, qui accorde une indemnité en cas de décès dû à un accident de la route au Cambodge.

9.4.3 Couverture de famille améliorée

Étant donné que la crise financière pour un emprunteur survient quand des membres de sa famille subissent des événements assurables, certains prêteurs vont, pour l'assurance Emprunteur, jusqu'à couvrir d'autres personnes que l'emprunteur. Le plus souvent le conjoint est couvert, et éventuellement les enfants et les parents. Parfois, comme avec la police d'accident individuel du groupe AIG Uganda, des indemnités fractionnées sont accordées au conjoint et aux enfants couverts à un niveau réduit, soit 50 et 25 % respectivement, du montant assuré de l'emprunteur en plus du remboursement du prêt.

Une amélioration de la couverture de famille comporte habituellement le remboursement total ou partiel du prêt si le conjoint de l'assuré principal décède. C'est une couverture valable puisque le conjoint est souvent un soutien de famille important. Parfois le conjoint est l'utilisateur réel des indemnités du prêt, comme dans le cas d'un fermier qui envoie son épouse assister à des réunions de groupe car il doit travailler aux champs. De plus, beaucoup de ménages on besoin de 2 revenus et quand un des soutiens de famille décède cela a un impact dramatique sur le bien-être du ménage. Couvrir l'autre soutien de famille peut aider à stabiliser les finances du ménage, ou à atténuer au moins les dommages économiques. D'autres avantages offerts incluent la couverture des funérailles pour le conjoint et les enfants (VisionFund au Cambodge), et l'invalidité pour le conjoint (MicroEnsure aux Philippines).

Cependant, une fois que la couverture de famille est ajoutée, un changement spectaculaire dans l'asymétrie d'information se produit dans la mesure où, bien que le client soit connu du prêteur, le risque que comporte la couverture d'assurance pour la famille et en particulier pour le conjoint est moins clair. Les clients de la microfinance sont souvent des femmes. Les maris de femmes à faible revenu tendent à avoir un travail ainsi qu'un mode de vie plus risqués. Ainsi, le coût de

couverture des conjoints peut être sensiblement plus élevé que celui de la couverture du client. Dans 2 cas, on a relevé pour le produit d'AIG en Ouganda un taux de mortalité qui s'élevait à un décès de femme cliente pour 4 décès de conjoints (McCord et al., 2005a), et CARTE MBA a enregistré 1 décès de client pour 3,2 décès de conjoints (McCord et Buczkowski, 2004). Souvent, pour gérer le risque supplémentaire, l'assureur commence par une couverture modérée pour le conjoint et l'augmente au fil de l'expérience et au fur et à mesure que le véritable risque est mieux compris dans le temps. Une telle couverture, bien que potentiellement complexe, présente un grand avantage pour le client.

Il faudrait comprendre que toute innovation de produit n'est pas couronnée de succès. Une IMF du Sud-Est asiatique avait conçu initialement son produit d'assurance Emprunteur sur la base d'une étude de marché qui lui a permis de conclure qu'une composante d'épargne était importante. Le produit a été offert sur la base du volontariat et était composé d'une couverture Décès et Invalidité totale permanente pour l'emprunteur, s'élevant au montant du prêt d'origine. On en a déduit le prêt en cours au moment du décès et le solde a été payé aux personnes à charge. Le conjoint et les enfants ont également été couverts, respectivement à hauteur de 50 % et 25 % de la couverture de l'emprunteur. La composante d'épargne était de 50 % de la prime, qui a été récupérée avec intérêt quand le client a quitté l'IMF. Le principal problème de conception était que la prime entière avait été déduite à l'avance du prêt, ce qui la rendait inintéressante sur le marché. Par conséquent il y a eu peu de souscriptions. Finalement, pour réduire le montant de la prime déduite, la composante d'épargne et la couverture des enfants ont été abandonnées. Les ventes de produit restent trop faibles pour qu'il puisse y avoir un certaine constance, principalement parce que la sensibilisation sur le marché est insuffisante, parce que la participation est volontaire et que la prime reste payable d'avance.

9.4.4 Considérations du point de vue des prestataires

Les assureurs et les intermédiaires offrent souvent plusieurs formules de couverture d'assurance Emprunteur et certains ont la capacité de développer une combinaison spécifique de caractéristiques que leurs partenaires de distribution demandent. Les prêteurs devraient être conscients de cette opportunité en termes de souplesse et d'innovation, et l'utiliser pour assurer l'évolution des produits en vue d'une amélioration de la valeur pour leurs clients. Pour offrir une telle variété de produits, il faut avoir des systèmes de gestion souples et une certaine capacité actuarielle. D'autres assureurs, tels que « Iota » dans le tableau 9.2, proposent à leurs partenaires un panier de composantes dont le prix est prédéterminé et leur permettent de choisir une combinaison appropriée.

L'assurance Emprunteur Takaful peut être considérée comme un avantage supplémentaire puisqu'elle permet la couverture dans le cadre de la croyance religieuse et qu'elle peut donner lieu à des services secondaires supplémentaires. Les principes du Takaful exigent qu'une grande partie de l'excédent provenant de la mise en commun des risques revienne aux assurés et, alors que les partenaires ont la capacité de le faire directement, ils peuvent opter pour des méthodes indirectes telles qu'ajouter un service supplémentaire ou réduire le coût des services existants. Un assureur, Allianz Indonesia, offre, en ce quiconcerne l'assurance Emprunteur, à la foi la formule conventionnelle et la formule Takaful (c'est-à-dire une assurance en conformité avec la charia). Conformément aux principes de la charia, celui-ci rend à ses partenaires de distribution pas moins de 70 % des bénéfices enregistrés sur les affaires réalisées.

Certaines IMF préfèrent ne pas étendre l'assurance Emprunteur au delà de sa forme de base pour un certain nombre de raisons ; certaines, comme « Lambda », ont très bien développé des systèmes de distribution de bancassurance. Par le biais d'un grand nombre d'IMF, de coopératives et de filiales bancaires, celle-ci distribue une gamme de produits d'assurance Vie et non-Vie aux clients de ces institutions. Dans ces cas-là, les clients auraient toujours l'opportunité d'acheter les produits supplémentaires, mais bénéficieraient d'une plus grande souplesse (au moins en tant que groupe) pour choisir la combinaison la plus appropriée de produits. La préférence de ces prestataires va à la simple assurance Emprunteur couvrant seulement les prêts, et les clients sont censés acheter de leur propre chef des produits d'assurance supplémentaires pour couvrir leurs divers besoins.

L'Equity Insurance Agency au Kenya utilise une telle stratégie consistant à offrir une variété de produits à ses clients et à limiter sa couverture obligatoire à l'assurance Emprunteur de base. Cet assureur doit donc dépenser beaucoup de ses ressources pour éduquer son marché cible afin d'améliorer la compréhension et de stimuler la demande de micro-assurance.

9.5 Aspects opérationnels

La couverture d'assurance Emprunteur de base peut être simple à gérer, en particulier une fois que les détails opérationnels sont clairement structurés. Cependant à mesure que l'on introduit des innovations pour offrir de la valeur aux clients, le degré de complexité augmente et il faudrait prendre en considération des problèmes opérationnels supplémentaires. Cette section vise un certain nombre de problèmes opérationnels qui devraient être abordés avant l'introduction d'un produit.

9.5.1 Période de couverture

Les micro-assureurs doivent faire attention à l'échéance des produits d'assurance Emprunteur de base. La police se termine-t-elle à l'échéance prévue du prêt ? Les clients ne sont pas tous ponctuels lorsqu'il s'agit d'effectuer le paiement intégral. Certains établissements offrent un délai de grâce de 2 semaines ou plus pour maintenir la couverture quand le client est en retard pour le paiement final. Certaines institutions facturent une prime périodique (hebdomadaire ou mensuelle), plutôt qu'une seule prime d'avance, qui autorise la couverture indépendamment de la période de remboursement réelle. D'autres requièrent automatiquement jusqu'à 2 mois supplémentaires de couverture au delà de la date d'échéance du prêt, pour éventuellement combler les périodes entre les prêts.

Rattacher les prestations élargies à l'assurance Emprunteur peut aggraver ce problème de calendrier en raison du manque de parité entre les durées de risque. Le risque de défaillance en cas de décès a une durée déterminée, car le prêt a une date d'échéance à laquelle il doit être entièrement remboursé. Pourtant le risque de crises financières dues au décès d'un soutien de famille ou à la perte des affaires est permanent. Ainsi, lier la période de couverture au prêt peut être un problème, en particulier si les gens n'empruntent pas continuellement.

Qu'est-ce qui se produit si un prêt est remboursé précocement et si l'assurance couvre davantage que le prêt en cours ? Pour certains produits, la couverture cesse automatiquement. Pour d'autres dans le cadre desquels sont prévues des prestations améliorées, la couverture continue jusqu'à la fin de la durée programmée du prêt. Certains organismes proposent un remboursement partiel de la prime. Étant donné le bas niveau de primes de l'assurance Emprunteur même lorsque les prestations sont élargies, le coût de gestion du remboursement d'une petite partie d'une prime minuscule pourrait être excessif. Aux Philippines, CLIMBS laisse son partenaire de distribution décider si la prime doit être remboursée en partie ; si aucun remboursement n'est dû, la couverture se poursuit alors jusqu'à la date d'échéance d'origine. Comme CLIMB dispose d'un bon logiciel de gestion, il est relativement simple pour cet assureur de proposer des remboursements, mais il doit dans ce cas récupérer aussi une prime et des commissions de réassurance, ce qui requiert un certain travail de gestion.

9.5.2 Collecte des primes et financement

La collecte des primes peut être gérée efficacement en utilisant plusieurs méthodes. Pour la majorité des programmes, la prime est payée **explicitement** par le client, généralement par le biais d'une prime simple au début du prêt. La collecte de la prime auprès du client se fait habituellement sous la forme d'une déduction sur le prêt, ou bien elle est ajoutée au montant du prêt et amortie. Ces

méthodes ajoutent, pour le client, des dépenses sous forme d'intérêt au coût de la couverture d'assurance Emprunteur. D'autres méthodes incluent :

- des retraits périodiques d'un compte d'épargne (pratiqués par certaines coopératives de crédit)
- une prime payable à chaque paiement de prêt
- une prime comprise dans le taux d'intérêt du prêt
- une prime mensuelle payable sur la base de la valeur totale du portefeuille de prêt (l'assurance Emprunteur de masse où l'institution est le bénéficiaire et l'assuré)
- une assurance temporaire achetée pour des clients par une IMF
- les auto-assurés par le biais d'un fond interne provenant de bénéfices des IMF

Différentes méthodes ont un impact sur l'efficacité opérationnelle. Selon le niveau d'automatisation, les paiements de primes multiples peuvent causer des frais de fonctionnement supplémentaires. Les méthodes de paiement ont également un impact sur le marketing. Quand le client demande un prêt d'un certain montant et reçoit moins en raison de la déduction de prime, une confusion peut s'ensuivre. En outre, si le coût d'assurance est entièrement facturé à l'avance, il peut conduire des clients vers des IMF concurrentes, en particulier si la couverture d'assurance n'est pas fortement évaluée.

La majorité des programmes basent leurs taux de prime sur le montant du prêt ou le montant assuré (avec des produits améliorés et destinés à la famille). Cela lie efficacement la prime au risque financier et à la capacité de payer. Un petit nombre de projets ont une prime fixe unique pour tous les clients indépendamment du montant ou de la durée du prêt. Cette formule est plus facile à mettre en place et à expliquer, mais elle soulève des problèmes de fonds propres. S'il y a une gamme de montants de prêts, les clients qui ont de petits prêts avec des durées courtes subventionnent les prêts plus importants et plus longs. Dans un exemple particulier, une IMF auto-assurée a initialement commencé par une prime fixe unique, mais au bout de quelques années ses membres se sont rendus compte de l'injustice et beaucoup se sont plaints. Aujourd'hui, celle-ci calcule les primes en se fondant sur le montant initial du prêt.

Un cas intéressant d'un point de vue actuariel se présente quand la prime est incluse dans le taux d'intérêt. Par exemple, VisionFund (Cambodge) offre pour les funérailles des prestations fixes pour la famille, mais une prime mensuelle est facturée sur le solde non encore payé du prêt (les remboursements du prêt sont versés chaque mois). Avec l'inflation et l'amélioration de la situation économique des emprunteurs, les montants moyens des prêts augmentent dans le temps, et par conséquent la base sur laquelle la prime est calculée continue à se développer tandis que les prestations de funérailles demeurent fixes. Il est donc nécessaire de

redéterminer fréquemment le prix et un ajustement du taux (au moins tous les 12 à 24 mois). L'organisme collecte de très bonnes données permettant une analyse actuarielle précise.

9.5.3 Éducation et promotion

Une des fonctions de distribution les plus importantes est l'instruction des clients au sujet du produit d'assurance Emprunteur dont ils bénéficient pour s'assurer que les emprunteurs et les bénéficiaires comprennent la couverture, sa durée et comment ils doivent procéder en cas de sinistre. La plupart des informations sont fournies verbalement pendant le processus de demande de prêt et beaucoup d'institutions, en particulier celles proposant une couverture améliorée et pour la famille, fournissent des documents explicatifs tels que des brochures. Certaines, comme MicroEnsure aux Philippines, utilisent un outil d'information financière explicite ainsi que des bandes dessinées didactiques.

Les managers interviewés pour ce chapitre semble se focaliser sur la promotion de leurs produits auprès de leurs partenaires de distribution. Mis à part MicroEnsure, il ne ressort pas clairement dans quelle mesure ils aident leurs partenaires à développer des méthodes didactiques. Un intermédiaire se plaint d'avoir à se débrouiller tout seul avec une petite commission, sans aucune aide des assureurs.

Un assureur au Ghana raconte qu'il n'a « pas voulu dire à ses clients qu'ils étaient couverts parce qu'ils auraient formulé des réclamations ». Si l'assurance Emprunteur est censée être avantageuse pour les clients et servir de base à une culture de l'assurance, les institutions doivent s'assurer que les clients comprennent l'avantage qu'ils ont à travailler avec une institution qui offre une couverture d'assurance Emprunteur de qualité. Il ne peut y avoir de demande de micro-assurance que si le marché comprend ce qu'il achète et voit que les engagements dans le cadre du contrat d'assurance sont remplis.

9.5.4 Capacité d'organisation

De nombreux organismes connaissent les innovations dont leurs emprunteurs aimeraient bénéficier, mais les IMF n'ont souvent pas la capacité de changer les processus ou systèmes pour adapter les versions étendues de l'assurance Emprunteur. L'auto-évaluation de la capacité est en soi délicate, car les institutions pensent souvent qu'elles ont plus de capacité qu'elles n'ont effectivement.

Les IMF ont en général limité la capacité technique en micro-assurance et ont peu d'intérêt à développer une telle capacité étant donné que leur compétence principale est le crédit et l'épargne. Certaines ont accès à l'expertise par le biais de leurs partenaires (assureurs ou intermédiaires), alors que d'autres recherchent une

expertise auprès de centres de ressources techniques en micro-assurance et de conseillers actuariels.

La capacité peut être considérablement améliorée par des systèmes et logiciels de suivi d'activité. Celles qui sont dépourvues de capacité devraient développer ces systèmes parce que même l'assurance Emprunteur devient compliquée lorsqu'elle est améliorée par des couvertures supplémentaires.

Les institutions qui ont une capacité suffisante se trouvent parfois confrontées à d'autres défis qui les empêchent d'apporter des changements. Un assureur ayant un produit Takaful qui marche bien se rend compte qu'il a une capacité suffisante, mais trouve difficile de persuader les actionnaires et la direction de donner la priorité au développement de nouveaux produits de micro-assurance. D'autres raisons expliquant une expansion limitée sont les suivantes :

- Le désir de réaliser un plus grand volume avant d'ajouter des produits supplémentaires.
- SICL au Sri Lanka reste conservateur parce qu'il dispose seulement de 2 actuaires dans le pays et qu'aucun des 2 n'a l'expérience de la micro-assurance. L'extension de produit comporte un risque supplémentaire important qu'il n'est pas prêt à prendre.
- Certaines mutuelles sont encore focalisées sur la constitution d'un excédent et de provisions avant de s'aventurer dans de nouveaux produits.
- Certaines institutions prétendent que leurs clients sont satisfaits des offres de base et ne sont pas conscients du fait qu'il existe une demande pour autre chose.

9.6 Conclusions et recommandations

Les emprunteurs inscrits dans des modèles de responsabilité de groupe, ceux ayant des prêts relativement élevés (que les prêteurs ne sont pas disposés à abandonner), et ceux issus d'une culture considérant comme tabou le fait de laisser des dettes après la mort, peuvent tirer bénéfice de l'assurance Emprunteur. Cependant, dans la plupart des cas, l'assurance Emprunteur demeure un produit considéré comme avantageux pour les sociétés de prêt. La valeur financière pour les clients est souvent médiocre avec l'assurance Emprunteur, en particulier en ce qui concerne les programmes fondés sur des coopératives. Du point de vue des coopératives, les raisons à cette valeur médiocre sont entre autres la concurrence limitée, une politique d'accumulation d'excédent et de réserves de sécurité sans injection de fonds externes, le manque de focalisation sur la fourniture de valeur financière par complaisance, et une surtarification prudente en raison d'un manque d'expertise actuarielle.

L'implication de nombreuses parties – prêteur, courtier, assureur et réassureur – peut ajouter des défauts aux produits d'assurance Emprunteur. Les cas où les prêteurs gèrent l'assurance Emprunteur eux-mêmes ont davantage de potentiel pour maintenir les coûts beaucoup plus bas, mais ils sont souvent concentrés sur la génération d'honoraires plutôt que sur la création de valeur.

Il y a de la part des clients une demande d'innovation allant au delà de l'assurance Emprunteur. La valeur de l'assurance Emprunteur est sensiblement améliorée lorsqu'une couverture améliorée est disponible et que la perte de membres de la famille est ajoutée. L'essor du produit a lieu en général lorsque l'on ajoute une couverture des risques supplémentaires (comme pour l'invalidité permanente totale), un montant de couverture majoré (comme une couverture égale à 3 fois le montant du prêt), d'autres personnes assurées (de préférence le conjoint), ou une assurance pour d'autres actifs (la maison par exemple). Une assurance Emprunteur volontaire peut également conduire à des produits améliorés, car ils exigent une décision d'achat positive de la part des clients, mais de tels produits se vendent difficilement.

L'essor des produits d'assurance Emprunteur est souvent lié à des contraintes telles que la capacité technique, la capacité financière, les exigences de gestion, un argument commercial peu clair et une sensibilité aux prix sur le marché. Des organismes de premier plan peuvent céder ou conserver le risque d'assurance selon leur situation et leurs intentions concernant l'évolution du produit de micro-assurance. Certains s'efforcent de réduire les coûts et d'améliorer la valeur, certains ne proposent pas d'options alternatives, et d'autres cherchent à optimiser leurs bénéfices.

La structure du produit – l'assurance Emprunteur comme produit indépendant contrairement à un produit amélioré avec couverture pour la famille et/ou couverture d'autres risques – a un impact considérable sur les questions opérationnelles. Ces questions incluent la poursuite de la couverture, les méthodes de calcul et de collecte des primes. Elles doivent être prises en considération avant l'introduction du produit pour s'assurer de la clarté et pour réduire au minimum les conflits. Les ajustements de produit pour inclure les familles, ou au moins les conjoints, nécessitent d'être effectués soigneusement et doivent prendre en compte les problèmes de contrôle des demandes d'indemnisation et les questions de tarification.

Les assureurs et les prêteurs peuvent tout d'abord tirer bénéfice des primes de l'assurance Emprunteur, mais les avantages devraient être utilisés pour créer une gamme de produits qui pourraient être subventionnés par les fonds générés par le produit d'assurance Emprunteur. Cependant, l'évolution s'arrête généralement à l'assurance Emprunteur de base et ne continue pas à inclure les produits que les clients pourraient apprécier. Lorsque cette évolution va plus loin, les assureurs,

les prêteurs et les emprunteurs en tirent souvent des bénéfices qui ne sont pas d'emblée évidents.

En conclusion, ce chapitre fait plusieurs recommandations sur le développement et la mise en application des produits d'assurance Emprunteur :

- L'assurance Emprunteur devrait être considérée comme un début et non comme une fin. Elle peut être avantageuse pour les clients à travers le monde si les assureurs et les prêteurs tirent des leçons des produits d'assurance Emprunteur de base et utilisent cet enseignement pour étendre les options disponibles.
- L'assurance Emprunteur de base (y compris avec conjoints) devrait être traitée comme un produit à part entière et avoir un prix qui soit fonction du montant du prêt. D'autres produits devraient avoir un prix correspondant à leur risque spécifique. Leurs prix sont souvent déterminés conjointement et en raison des différentes caractéristiques de risque cela semble peu raisonnable.
- La gestion des produits d'assurance Emprunteur devrait être simple, avec un effort actif pour réduire les coûts. L'épargne devrait être transmise aux clients soit par le biais de primes moindres, soit par le biais d'une évolution des produits de micro-assurance pour obtenir de plus grandes prestations.
- Dans la plupart des cas, l'assurance Emprunteur de base peut être fournie efficacement par des prêteurs comme accessoire à leur « réserve pour des pertes de prêt possibles ». Il ne devrait pas y avoir de problème légal interdisant à des prêteurs de fournir celle-ci, car l'assurance Emprunteur couvre simplement une carence en cas de décès. Là où sont effectués de gros prêts, où l'on observe un potentiel significatif de perte catastrophique ou une réelle attente et un projet actif visant à améliorer l'assurance Emprunteur afin de mieux répondre aux clients, il est intéressant de faire passer le produit d'assurance Emprunteur à un assureur. Sinon, il est plus efficace de faire supporter le risque de mortalité du portefeuille au prêteur.
- Les exemples évoqués dans ce chapitre démontrent que les produits d'assurance Emprunteur peuvent être souples et sensibles aux besoins des assureurs, des prêteurs et des clients. Le prêteur a besoin d'évaluer son rôle concernant la fourniture de produits valables aux clients et devrait assumer la responsabilité de représenter les besoins de ses clients. L'assurance Emprunteur de base n'est pas suffisante pour les besoins des clients à faible revenu. L'assurance Emprunteur offre aux assureurs et aux prêteurs un point d'entrée pour aider les clients à gérer leurs risques de manière effective et efficace. Cette opportunité ne devrait pas être négligée.

10 Assurance Obsèques

Christine Hougaard et Doubell Chamberlain

Les auteurs souhaitent remercier les personnes suivantes pour leurs commentaires et suggestions : Jeremy Leach (Hollard Insurance), Richard Leftley (MicroEnsure), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Marc Nabeth (CGSI Consulting), Rob Rusconi (Tres Consulting) et John Wipf (conseiller actuariel).

Ce chapitre se penche sur le rôle actuel et potentiel, ainsi que sur la valeur de l'assurance Obsèques pour les consommateurs à faible revenu, à partir des éléments mis en évidence dans des pays donnés. En dépit des différentes expériences entre les pays, on constate une émergence des thèmes importants suivants :

1. **Les obsèques et les dépenses inhérentes sont souvent importantes** dans les esprits des ménages à faible revenu et, par conséquent, de nombreux ménages cherchent en premier lieu à trouver un moyen de faire face aux dépenses liées aux obsèques et sont disposés à consacrer une partie du revenu du ménage pour couvrir les obsèques.
2. **Il existe un lien puissant entre l'assurance Obsèques et le service sous-jacent, à savoir les obsèques.** Ce lien avec un service réel est un important moteur de demande ainsi que, dans certains cas, du choix du réseau de distribution utilisé.
3. **L'assurance Obsèques est proposée sur les marchés formels et informels.** Les salons funéraires s'auto-assurent parfois, c'est-à-dire qu'ils agissent de façon informelle en tant qu'assureurs. L'assurance Obsèques informelle intervient également lorsque des groupes de personnes collectent des fonds pour aider à faire face aux dépenses funéraires. L'assurance Obsèques représente un produit important sur certains marchés formels et est au premier plan des préoccupations de nombreux assureurs commerciaux pour couvrir toute la gamme des revenus. En tant que tel, c'est l'un des points centraux de l'innovation en matière de distribution alternative.
4. **Les professionnels de l'assurance Obsèques ont pour défi d'offrir une meilleure valeur aux clients.** Comme indiqué à la section 10.3.1, la combinaison entre forte demande de couverture Obsèques et association étroite avec des services funéraires peut conduire à une vulnérabilité des consommateurs. Un certain nombre de tendances commencent cependant à émerger pour parer les abus et offrir une valeur améliorée.

Les sections suivantes étudient plus en détail ces thèmes.

10.1 Questions en matière de couverture Obsèques

L'assurance Obsèques est une police d'assurance Vie temporaire où la prestation est utilisée pour couvrir les dépenses funéraires. La prestation peut être sous forme de service funéraire, d'une somme en espèces pouvant servir à payer les funérailles, ou d'une combinaison des deux. Outre l'assurance Emprunteur *(voir chapitre 9)*, l'assurance Obsèques est la forme la plus répandue de micro-assurance dans un certain nombre de pays *(voir encadré 10.1)*.

Encadré 10.1

Cartographie de l'assurance Obsèques

Une étude menée auprès des acteurs de terrain de la micro-assurance en **Afrique** a constaté que 14,7 millions de personnes dans 32 pays africains étaient couvertes par des produits de micro-assurance. L'Afrique du Sud, où l'assurance Obsèques est de loin le produit de micro-assurance le plus important, représente plus de la moitié de ce chiffre (8,2 millions). Les personnes interrogées proposaient une couverture d'assurance Vie à 9,1 millions de personnes à faible revenu, dont 6,2 millions avaient une couverture Obsèques (Matul et al., 2010).

Dercon et al. (2004, 2006) ont mis en évidence l'histoire, la prédominance et le rôle social de l'assurance Obsèques collective informelle en **Éthiopie** et en **République Unie de Tanzanie.** Dercon et al. (2008) constatent que près de 90 % des ménages ruraux dans un échantillon relativement représentatif de la population rurale éthiopienne appartiennent au moins à un *iddir.*

Au **Kenya**, les données de l'étude montrent que près de 4 millions d'adultes kenyans font partie d'une société ou d'un groupe qui remplit une fonction d'aide sociale telle que le paiement des obsèques lors d'un décès dans la famille ou le paiement des frais d'hospitalisation (FSD Kenya, 2009).

Les dernières données de l'étude pour l'**Afrique du Sud** (FinMark Trust, 2009) montrent que 43,5 % de tous les adultes ont une forme d'assurance Vie. Parmi eux,

- 45 % ont indiqué avoir une couverture Obsèques par le biais d'une société d'inhumation ; et
- 27 % ont indiqué avoir une couverture Obsèques souscrite auprès d'un détaillant.

80 % de l'échantillon des South African Financial Diaries (Collins et al., 2009) avaient au moins une couverture Obsèques et la plupart des personnes en avaient plusieurs :

- 26 % des ménages bénéficiaient d'un programme Obsèques formel ;
- 57 % des ménages adhéraient à un fonds funéraire ; et
- 24 % avaient une sorte de couverture auprès d'un salon funéraire.

Une étude sur la micro-assurance en **Colombie** (Cáceres et Zuluaga, 2008) citait des données de 2006 de l'association colombienne du secteur qui estime que 24 % des 2,7 millions de polices de micro-assurance concernent l'assurance Obsèques. De plus, les sources du secteur estiment que le marché informel de la couverture Obsèques fournie par les prestataires de services funéraires pourrait servir jusqu'à 3 millions de clients.

Bien qu'aucune donnée objective ne soit disponible sur l'étendue de la couverture Obsèques informelle fournie en dehors du secteur de l'assurance par les pompes funèbres au **Brésil**, les acteurs du secteur estiment que pas moins de 20 à 25 millions de personnes ont une couverture Obsèques, dont la majorité couvre les personnes à faible revenu (Bester et al., 2010).

Une étude similaire menée aux Philippines (Llanto et al., 2008) estimait que près de la moitié des membres des 22 000 coopératives financières actives (ou environ 1,2 million d'adultes) était couverte par une assurance Obsèques interne informelle, ce qui représentait approximativement 41 % de tout le marché de la micro-assurance. En outre, les groupes funéraires informels connus sous le nom de fonds *damayan* sont répandus.[1]

Pourquoi l'assurance Obsèques est-elle si populaire dans les pays étudiés ? Un certain nombre de facteurs sociaux, culturels et économiques contribuent à la demande d'une telle assurance.

Rendre un dernier hommage. Certaines cultures attachent une grande importance à des obsèques dignes. Les gens ont constamment en tête le risque de décès et la nécessité de trouver des moyens de prévoir les dépenses qui y sont liées Dans certaines cultures, les obsèques sont vues comme essentielles pour honorer le défunt. En Afrique du Sud, par exemple, la priorité financière est largement accordée à des obsèques dignes, dans le cadre de la croyance culturelle dans l'importance d'honorer les ancêtres. Des obsèques onéreuses qui comprennent la nourriture et le transport des personnes qui assistent aux obsèques sont la norme. Une étude de marché menée par Alternative Insurance Company (AIC) en Haïti (Nabeth et Barrau, 2010) a montré de la même manière que les Haïtiens sont convaincus que des obsèques dignes sont essentielles pour s'assurer que l'âme du défunt s'occupera d'eux. Comme l'une des personnes interrogées dans le groupe

1 « Damayan » est un terme philippin qui signifie « consoler », « avoir de l'empathie pour autrui » ou « faire partie » d'un événement malheureux ou imprévu donné. Il est tiré de la pratique locale consistant à aider un voisin qui pourrait être dans le besoin. En pratique, chaque individu dans un fonds damayan s'engage volontairement et contribue selon un certain montant à un fonds qui sera versé à la victime, qui contribue elle-même au fonds. L'adhésion au fonds est volontaire et les avantages ne sont pas prédéterminés mais subordonnés aux fonds collectés.

de discussion l'a fait remarquer, « Je veux aussi une fanfare à mes funérailles. Je ne peux pas imager ne pas avoir de fanfare ; quand je serai dans mon cercueil, je partirai au rythme d'une fanfare ! ».

Les obsèques sont également l'occasion pour les proches de rester en contact et de maintenir des liens sociaux. Il peut exister une pression sociale pour avoir une cérémonie funéraire élaborée, tout comme dans d'autres cultures, une cérémonie de mariage onéreuse, en rapport avec les revenus de la famille, peut être importante. Même dans les cas où les municipalités offrent des obsèques gratuites aux personnes qui ne peuvent se permettre une inhumation privée, certaines personnes interrogées dans le groupe de discussion ont indiqué que la fierté de la famille n'autoriserait pas des « obsèques d'indigent ». La signification culturelle des obsèques est un moteur important de la demande d'assurance mais, comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre, c'est également un facteur de vulnérabilité.

Vivre dans l'ombre de la mort. Les obsèques sont non seulement importantes au niveau culturel, mais elles sont également une réalité pratique. Les groupes de discussion au Brésil, en Colombie, en Haïti, au Kenya et aux Philippines ont indiqué que le risque de décès est une question essentielle pour les ménages à faible revenu, en raison des sérieuses implications financières. Les Éthiopiens considèrent souvent la sécheresse comme le principal risque auxquels les individus sont confrontés. Les participants des groupes de discussion, cependant, considéraient la sécheresse comme étant « dans les mains de Dieu » et se sont focalisés à la place sur les risques financiers liés à la mort et à la maladie en réfléchissant à des stratégies de gestion des risques. Dans l'*agenda financier* de l'Afrique du Sud, la mort a touché plus de 80 % des ménages au cours de l'année d'étude et les obsèques étaient de loin l'urgence financière la plus courante (Collins et al., 2009). En Zambie, interrogé sur la raison pour laquelle il s'inquiétait le plus des risques de décès, un participant au sein d'un groupe de discussion a fait la remarque suivante : « Ça arrive brutalement. Même aujourd'hui, il peut y avoir des funérailles. »

Ce caractère prioritaire n'est cependant pas universel. En Inde, le risque de décès n'a pas été mis en avant dans les groupes de discussion. Les risques liés à la santé étaient plutôt la première priorité. En Ouganda, de même, le risque de décès n'a pas été placé en tête du classement. Dans certains pays tels que la Côte d'Ivoire, il existe une différence en fonction de la tribu et de la religion, et dans la majorité des pays musulmans tels que le Sénégal, les obsèques ne sont pas du tout considérées comme importantes.[2] Dans de tels environnements, où des obsèques somptueuses ne sont pas la norme, d'autres coûts liés au décès d'un membre d'une famille impliquent néanmoins qu'une couverture de risque similaire (même si elle n'est pas appelée assurance Obsèques) puisse quand même avoir de la valeur.

[2] Source : discussion avec CGSI Consulting.

La domination de la matière sur l'esprit. Dans certains pays, les gens sont peu disposés à parler de la mort. Souscrire à une assurance Obsèques peut même être considéré comme portant malheur. Comme l'un des participants d'un groupe de discussion au Brésil l'a remarqué, « Je n'aime pas parler de la mort. C'est comme si quelqu'un me jetait un sort. Je change immédiatement de sujet. L'assurance ? N'y pensez même pas ! ».

Curieusement, l'assurance Obsèques est parfois même populaire dans les pays où les gens sont peu disposés à parler de la mort. On peut considérer qu'il s'agit d'une victoire du pragmatisme sur les tabous culturels. La recherche menée dans des groupes de discussion au Brésil a révélé que les gens tendent à souscrire à une couverture Obsèques pour leurs proches afin d'éviter l'impact financier des obsèques. Ils disposent donc d'un intérêt assurable sur la vie des proches aux obsèques desquels ils devraient contribuer. La couverture Obsèques devient alors une stratégie d'équilibre des revenus. Cela reste vrai même pour les individus plus riches. En Indonésie, McCord et al. (2005b) ont noté que les personnes riches adhéraient à des *arisans,* des groupes d'assistance sociale locaux polyvalents, de sorte que les fonds de l'*arisan* puissent équilibrer les demandes des autres et créer un mécanisme selon lequel proches et autres ne sont pas démoralisés par le besoin fréquent de demander de l'aide aux gens riches.

Un impact financier important. Bien que cela varie d'un pays à l'autre, on accepte généralement que les obsèques représentent une dépense importante :

- En Éthiopie, les obsèques peuvent coûter jusqu'à un quart du revenu annuel (Dercon et al., 2008).
- Au Brésil, l'assureur en matière d'obsèques SINAF estime qu'un ménage moyen dépense environ un mois de ses revenus rien que pour des obsèques ordinaires, un chiffre pouvant atteindre plus d'un mois de salaire pour des options plus onéreuses.
- En Haïti, une étude de marché[3] a constaté que des obsèques de milieu de gamme coûtent entre 1 000 $US et 1 300 $US, ce qui correspond à peu près au PIB par habitant (FMI, 2010).
- Roth (1999) a constaté que les obsèques dans une commune d'Afrique du Sud coûtent approximativement 15 fois le revenu mensuel moyen d'un ménage. Les *Financial Diaries* en Afrique du Sud suggèrent que les ménages dépensent près de 7 mois de revenu pour de simples obsèques (Collins et al., 2009).
- En Zambie et au Kenya, les groupes de discussion ont confirmé que les obsèques représentaient de très grosses dépenses. Le coût du repas et du transport pour les invités lors d'obsèques dépasse souvent celui du service funéraire lui-même, un phénomène qui est également confirmé par les *Financial diaries* d'Afrique du Sud.

[3] Réalisée par CGSI consulting pour Alternative Insurance Company Haïti.

Plus que les dépenses liées aux obsèques. Bien que l'importance et le coût des obsèques soient mis en avant ci-dessus, il ne s'agit pas du seul coût généré par un décès dans la famille. Les dettes doivent être réglées, les dépenses quotidiennes payées et les proches venus pour l'occasion doivent être nourris, ce qui a souvent pour résultat une approche à plusieurs étages de la gestion des coûts *(voir encadré 10.2)*. Lorsque le décès a été précédé d'une maladie, les factures médicales peuvent avoir déjà puisé dans les économies de la famille ou obliger à recourir à un prêt. Lorsque le défunt était soutien de famille, la perte de revenus présentera en outre une difficulté importante. Même si le défunt n'était pas soutien de famille, il peut y avoir une perte importante de revenus pendant la période de deuil, car l'organisation d'obsèques et l'accueil des proches peuvent conduire à l'impossibilité de travailler pendant plusieurs semaines.

Encadré 10.2

Pourquoi avoir de multiples polices d'assurance Obsèques ?

« En tant que personne, vous avez des besoins qui sont hiérarchisés. Socialement, vous devez avoir de l'argent en cas d'imprévu ; vous avez donc besoin de la société d'inhumation, puis des entrepreneurs de pompes funèbres qui s'occuperont des funérailles. L'argent de la compagnie d'assurance prend un certain temps avant d'être versé et dès que cet argent arrive, vous pouvez régler toutes vos factures en souffrance, et cela en vaut la peine. Cela vous assure une certaine tranquillité d'esprit. »

Source : Participant d'un groupe de discussion sud-africain.

Faire face au coût. Le choc financier des obsèques doit être géré, d'une façon ou d'une autre. L'étude de marché indique que les gens utilisent de nombreux mécanismes de protection (notamment piocher dans les économies, recourir à des prêts, inviter la famille et les amis à contribuer ou vendre des actifs ou du stock) souvent, en raison du temps qui pressent, à une valeur inférieure à celle des actifs ou du stock. Un mécanisme de protection extrême, mentionné dans les groupes de discussion en Zambie, consistait à déscolariser les enfants pour aider au travail ou collecter de l'argent.

Un exemple de l'étude des *Financial Diaries* menée en Afrique du Sud illustre la variété des stratégies de protection utilisées *(voir tableau 10.1)*. Quand le frère de l'une des personnes interrogées est décédé, celle-ci a usé de nombreux moyens pour couvrir les dépenses liées aux funérailles. Tandis que les contributions de la famille et de la communauté représentent un mécanisme de protection fiable maintes fois mentionné dans l'étude de marché, il existe également un consensus selon lequel cela ne suffit pas. En règle générale, l'étude de marché confirme que bon nombre des stratégies de protection ne sont pas fiables ou ne suffiront pas seules, et peuvent endetter (davantage) les personnes. En outre, une contribution

des familles et de la communauté peut engendrer une réduction des revenus de toute la communauté au fil du temps. Une certaine forme de couverture Obsèques est donc souvent considérée comme non négociable pour les personnes interrogées lors de l'étude de marché.

Tableau 10.1 **Les stratégies de protection de Thembi**

Sources de fonds	*$US*	*Utilisation des fonds*	*$US*
Versement par une société d'inhumation	154	Entrepreneur de pompes funèbres	538
Contribution des proches	231	Tente	91
Contribution des proches	154	Casseroles	35
Contribution des proches	154	Nourriture	649
Location de casseroles par les proches	35	Mouton	100
Achat de mouton par les proches	100		
Emprunt auprès de la confrérie de société d'inhumation de la tante (sans intérêt)	154		
Emprunt auprès du club d'épargne du cousin (30 % par mois)	92		
Emprunt auprès du cousin (sans intérêt)	108		
Utilisation des revenus (subvention sociale)	92		
Utilisation de l'argent reçu du frère décédé	49		
Total	1 414		1 413

Source : Collins et al., 2009.

10.2 Caractéristiques principales de la couverture Obsèques

Après avoir établi pourquoi les gens veulent une assurance Obsèques, cette section étudie la nature de l'assurance Obsèques plus en détail. Qu'est-ce qui rend l'assurance Obsèques différente des autres types de micro-assurance ? Quelles sont les caractéristiques importantes du marché ?

10.2.1 Un seul produit, de nombreux prestataires

Comme l'illustre le tableau 10.2, l'assurance Obsèques est proposée par de nombreux assureurs, à la fois coopératifs et collectifs, informels et formels.

Tableau 10.2 **Types de prestataires d'assurance Obsèques**

	Formel	*Informel*
Mutuelle	**Assureurs coopératifs** Exemples : Solidaria et La Equidad en Colombie	**Groupes de mise en commun des risques d'une communauté** Exemples : *Iddir,* fonds *damayan*, sociétés d'inhumation, associations funéraires
Collectif	**Assureurs commerciaux** Exemples : SINAF (Brésil), Sanlam Sky, Hollard (Afrique du Sud), AIC (Haïti)	**Entrepreneurs de pompes funèbres** Exemples : funérariums au Brésil ou en Colombie, entrepreneurs de pompes funèbres en Afrique du Sud, certaines compagnies d'anticipation des besoins aux Philippines

Sur le marché **formel** de l'assurance, l'assurance Obsèques est proposée par les assureurs commerciaux et les assureurs mutualistes ou coopératifs. Les entités mutualistes ou collectives peuvent également proposer des polices d'assurance Obsèques **informelles** :

– L'assurance informelle proposée par les entités **mutualistes** inclut la couverture Obsèques interne proposée par des coopératives aux Philippines, qui ne sont pas des assureurs agréés, ou par des groupes informels de mise en commun des risques existant sous diverses formes dans les différents pays : *iddir* en Éthiopie, associations ou fonds funéraires en Zambie, fonds *damayan* aux Philippines, sociétés d'assistance sociale au Kenya ou sociétés d'inhumation en Afrique du Sud.
– L'assurance Obsèques informelle est **collective** lorsque les prestataires de services funéraires, qui sont des entités commerciales plutôt que des organismes basés sur l'adhésion, supportent le risque en interne. Même si de tels entrepreneurs de pompes funèbres sont agréés en tant que société ou association (c'est-à-dire, sont des entités formelles), la couverture Obsèques fournie sera informelle, et probablement illégale, si elle n'est pas garantie par un assureur agréé.

10.2.2 Est-ce une assurance ou non ?

Lorsque l'assurance Obsèques offre des avantages en nature, à savoir un service funéraire, de tels avantages sortent parfois de la définition réglementaire de l'assurance. Par exemple, au Brésil, en Colombie et au Kenya, l'assistance funéraire fournie en nature est explicitement exclue de la définition réglementaire de l'as-

surance.[4] Le marché n'est donc pas soumis à la réglementation ou à la supervision en matière d'assurance. Dans d'autres cas, la mise en commun informelle des risques lorsqu'il n'existe aucune garantie contractuelle pour les avantages fournis, ou lorsque les groupes ont une taille inférieure à un certain seuil, n'est pas implicitement considérée comme une assurance. C'est par exemple le cas des sociétés d'inhumation en Afrique du Sud ou, récemment encore, des fonds *damayan* aux Philippines.[5] Il est donc légal pour ces derniers de continuer à fonctionner de manière informelle.

Une telle exclusion intentionnelle de certaines activités du marché formel de l'assurance est une tolérance réglementaire. La tolérance réglementaire peut être en reconnaissance du faible risque d'assurance posé par certaines pratiques, ou se produire en raison de problèmes pragmatiques, par exemple un manque de capacité de supervision afin d'assurer l'application de la réglementation en matière d'assurances sur des milliers de groupes. Elle peut même résulter du lobbying de puissants groupes industriels. Au Brésil, par exemple, de récentes tentatives afin d'intégrer l'assistance funéraire à une facture de micro-assurance ont été contrecarrées par des pressions des maisons funéraires sur le congrès.

10.2.3 Caractéristiques de souscription importantes

L'assurance Obsèques est essentiellement un produit d'assurance Vie d'entrée de gamme, simple et accessible. Les produits sont conçus selon un certain nombre d'éléments communs :

– **Tarification de groupe.** Le prix de l'assurance Obsèques est le plus souvent déterminé et ajusté en fonction de l'expérience des groupes, même si elle est vendue individuellement. Cela signifie que la souscription individuelle y est limitée ou interdite, ce qui aide à rendre les primes accessibles.

– **Caractère renouvelable.** Comme avec d'autres produits de micro-assurance, le manque d'expérience des assureurs avec le marché cible signifie qu'ils peuvent disposer de données actuarielles limitées sur le sujet, ce qui implique qu'il peut

[4] En Colombie,un avis émis en 2006 par la superintendance financière (s'appuyant sur un jugement de la cour constitutionnelle de 2003) soutenait que les polices fournies par les prestataires de pompes funèbres sortaient de la définition de l'assurance de la loi fondamentale du système financier. Ces prestataires exercent donc sur une base non réglementée et non supervisée. Au Brésil, la résolution CNSP 102/2004 établit une distinction entre « couverture d'assurance » et « services d'assistance » et permet aux services d'assistance funéraires d'œuvrer en dehors de la définition de l'assurance car elle suppose des avantages en nature (services d'assistance) plutôt qu'un remboursement monétaire en cas de demande d'indemnisation. Au Kenya, la définition de l'assurance exclut tout avantage en nature. Les avantages funéraires sont explicitement mentionnés dans cette exemption.

[5] Remarque : la législation passée en 2010 exige que les fonds *damayan* soient enregistrés. Ils ne peuvent donc plus fonctionner de manière informelle sans être sanctionnés par l'organisme de régulation.

être difficile de déterminer exactement la bonne tarification. En raison de cette incertitude, les assureurs sont généralement (mais pas toujours) peu disposés à s'engager dans une garantie de prix ou un contrat à long terme ou pour la vie, préférant opter pour une couverture à durée renouvelable. Cela permet à l'assureur de ne pas renouveler le contrat lorsqu'il expire ou d'ajuster le prix à chaque renouvellement conformément à l'expérience du groupe en matière de risque. Beaucoup de polices d'assurance Obsèques sont donc renouvelables mensuellement ou annuellement.

– **Délais d'attente pour contrer la sélection adverse.** En l'absence de souscription individuelle, la sélection adverse peut représenter un défi. Les gens peuvent être enclins à souscrire à une assurance Obsèques sur la vie d'un proche malade ou mourant. Une telle sélection adverse est généralement contrecarrée par des délais d'attente. Des délais d'attente allant jusqu'à six mois sont monnaie courante dans le secteur des assurances Obsèques. Une police peut, par exemple, être structurée pour couvrir uniquement un décès accidentel pendant les six premiers mois, sans demande d'indemnisation en cas de décès naturel autorisé. À compter du septième mois, la police couvrira tous les risques de la vie. Une autre méthode pour parer la sélection adverse peut consister à augmenter le montant des prestations, disons sur une période de trois à cinq ans, en payant par exemple seulement 10 % de la prestation la première année, 25 % la deuxième année et ainsi de suite.
– **Exclusions limitées.** Bien que certaines exclusions puissent s'appliquer, les professionnels de l'assurance Obsèques tendent à limiter les exclusions, par exemple pour des conditions préexistantes, car elles sont complexes à communiquer aux clients éventuels et onéreuses à mettre en application. Au lieu de cela, pour que la police reste le plus simple possible, les assureurs tendent à déterminer le prix du risque de sélection adverse associé sans exclusion, ou à le gérer par l'imposition d'un délai d'attente.

10.2.4 Coup dur

L'élément par excellence de l'assurance Obsèques est peut-être son étroite association avec le service funéraire sous-jacent. Dans certains cas, la prestation fournie sera un service funéraire plutôt qu'un versement en espèces. Même en cas de prestation en espèces, c'est la nécessité de payer le service funéraire sous-jacent qui motive la demande d'assurance Obsèques. Le lien avec les obsèques s'appuie sur trois fronts : tangibilité, distribution et auto-assurance.

Tangibilité. Le fait que les prestations soient souvent décrites en termes de service funéraire d'un certain niveau rend l'assurance Obsèques très tangible aux yeux des consommateurs. Les consommateurs à faible revenu accordent une grande importance aux avantages tangibles. Pour les individus ayant un budget limité, le coût d'opportunité du paiement des primes d'assurance est élevé. En

conséquence, la promesse d'une somme d'argent qui peut ou non être suffisante pour couvrir les dépenses peut s'avérer moins séduisante que la certitude que leurs dépenses seront couvertes ou que le nécessaire leur sera fourni dans le cas d'un risque donné. La tangibilité devient également populaire pour communiquer la valeur d'autres types de micro-assurances. Outre les obsèques, les avantages tangibles incluent des paniers repas ou des bons, des remises dans certains magasins, le remplacement d'un article assuré, ou le paiement des frais de scolarité ou d'autres factures pendant une durée prédéterminée. De plus en plus, les professionnels de l'assurance Obsèques ajoutent ces autres avantages tangibles à l'offre d'assurance Obsèques afin d'améliorer la perception de la valeur par le client. Par exemple :

- Hollard (Afrique du Sud) propose maintenant un produit d'assurance Obsèques qui fournit une voiture de location pour les préparatifs des obsèques, une certaine durée de communications téléphoniques (là encore pour préparer les obsèques) et le paiement des courses pendant 6 ou 12 mois après les funérailles, le tout en plus du versement en espèces d'une somme forfaitaire pour les funérailles.
- Au Vietnam, où parler de la mort reste un tabou culturel, un produit composite qui combine couverture Obsèques et couverture en cas d'hospitalisation, la mise à disposition d'une ambulance pour les urgences et le paiement des frais de scolarité ou des frais d'école maternelle pourrait connaître un certain succès, selon les groupes de discussion dirigés par Groupama Vietnam.

Distribution. Étant donné le lien avec le service funéraire, une assurance Obsèques indépendante est souvent distribuée par le prestataire de services funéraires sur les marchés examinés.[6] La distribution par l'entrepreneur des pompes funèbres réduit des coûts de distribution et peut faciliter la souscription : les personnes sont clientes de la maison funéraire et considèrent l'assurance comme une manière de financer à l'avance les obsèques. Cependant, le revers de la médaille est qu'un marché sous-développé de services funéraires peut miner la demande d'assurance Obsèques. De même, les clients peuvent ne pas être satisfaits du niveau de service reçu en nature.

Auto-assurance. Comme mentionné ci-dessus, dans certains cas les entrepreneurs de pompes funèbres agissent comme assureurs pour leur propre compte

[6] Remarque : on rencontre ce phénomène dans certains pays, notamment le Brésil, la Colombie et l'Afrique du Sud, mais il ne s'agit pas de la majorité du marché de l'assurance Obsèques au niveau mondial. Dans la plupart des pays, l'assurance Obsèques est simplement vendue par des assureurs par le biais de réseaux de distribution traditionnels ou alternatifs et les prestations sont proposées en espèces plutôt qu'en nature. Dans de tels cas, l'assurance Obsèques peut également être une clause ou une composante d'une police d'assurance plus large.

sans être agréés. On peut citer comme exemple certaines compagnies d'anticipation des besoins aux Philippines qui ont leurs propres chapelles et crématoriums et proposent des assurances Vie, des assurances Obsèques ou des assurances Crémation sans souscrire une garantie pour le risque auprès d'un assureur. Autre exemple, les maisons funéraires ou les cimetières au Brésil qui vendent des assurances Obsèques. Lorsque c'est le cas, les consommateurs peuvent se retrouver en situation de vulnérabilité *(voir section 10.3.2)*.

10.2.5 Distribution alternative

Le destin d'une assurance Obsèques n'est pas seulement lié aux prestataires de services funéraires. L'assurance Obsèques est source de beaucoup d'activité et d'innovation dans le cadre des efforts du secteur de l'assurance commerciale pour développer des produits viables ciblés sur le marché des personnes à faible revenu. Spécifiquement, le marché de l'assurance Obsèques connaît d'importants développements en matière de réseaux de distribution alternatifs.

Réseau de la téléphonie mobile. Les polices d'assurances Vie ou d'assurances Obsèques temporaires, accessibles et simples, sont l'un des premiers produits d'assurance présentés par les opérateurs de réseaux de téléphonie mobile. L'opérateur de téléphonie mobile Tigo au Ghana propose, par exemple, une couverture Obsèques gratuite pour inciter à acheter une durée de communication téléphonique (plus la durée de communication achetée est importante, plus la couverture est étendue). Non seulement cela étend instantanément l'assurance Obsèques à des millions de clients, mais on espère que cela constituera une introduction au concept d'assurance, qui permettra à la société de vendre des produits d'assurance volontaires plus complexes à ses clients à l'avenir. Le modèle utilise SMS et campagnes médiatiques pour informer les clients du montant payé en indemnisation et le fait que les versements ont été effectués dans un délai de 48 heures après réception des documents nécessaires. Ces campagnes visent à surmonter les perceptions négatives de l'assurance.

Un autre modèle implique d'offrir aux clients du réseau de téléphonie mobile la possibilité de souscrire volontairement à une assurance en utilisant leurs téléphones comme plateforme de paiement des primes. Outre le fait d'utiliser les téléphones mobiles pour payer les primes, un certain nombre d'assureurs exploitent également les téléphones mobiles pour communiquer avec les clients, par exemple pour les informer que les primes sont dues *(voir chapitre 24)*.

Des obsèques « clés en main ». Les polices d'assurance Obsèques « clés en main » sont un autre exemple de distribution alternative. En Afrique du Sud, par exemple, l'assurance Obsèques est le seul produit que le marché connaît assez bien pour l'avoir commercialisé. Cela signifie que l'assurance Obsèques peut être vendue dans le commerce par des techniques de vente passives *(voir chapitre 22)*,

en comptant sur les consommateurs pour l'acheter sans vente active face-à-face avec un agent *(voir encadré 10.3)*.

Encadré 10.3 **Distribution alternative : Pep-Hollard, Afrique du Sud**

Pep est le plus grand détaillant de vêtements pour personnes à faible revenu d'Afrique du Sud. Il s'est associé à l'assureur novateur Hollard pour proposer une assurance Obsèques clés en main moyennant des primes à partir de 5 $US environ par mois pour une police d'assurance Obsèques couvrant toute la famille, avec des prestations de 1 000 $US par personne. Ce « kit d'assurance de base » contient une carte d'assuré, la police d'assurance et d'autres informations. Le caissier enregistre les renseignements de base de l'acheteur et un centre d'appel téléphone ensuite au client pour activer la police.

Le client peut choisir parmi un certain nombre d'options concernant le niveau des prestations et le nombre de personnes à inclure en tant qu'assurés. Il est également possible de couvrir uniquement des parents âgés. Pour chaque option de la police est versé en espèces un montant qui peut être utilisé pour des obsèques ou dans n'importe quel autre but à la discrétion du bénéficiaire.

Source : d'après Smith et Smit, 2010b.

« Vendu, pas acheté ». Zuluaga (2010) met en avant l'utilisation et le potentiel des réseaux de distribution alternatifs tels que les entreprises de services publics ou les détaillants pour l'assurance Obsèques en Colombie. Contrairement à l'expérience sud-africaine, l'une des principales leçons tirées de la Colombie est le besoin de ventes actives. Même si les clients trouvent pratique de payer les primes par le biais d'un réseau qu'ils utilisent déjà (par exemple, le caissier d'un magasin, ou via un produit complémentaire sur le compte d'un service public), ils devront d'abord être convaincus de l'acheter par des techniques de vente actives et souvent en face-à-face *(voir encadré 10.4)*.

Encadré 10.4 **Distribution alternative : CODENSA Mapfre, Colombie**

Le service public d'électricité de Bogotá, CODENSA, et l'assureur Mapfre se sont associés pour offrir aux 2 millions de clients de CODENSA un certain nombre d'options d'assurance, parmi lesquelles 3 programmes Obsèques famille qui fournissent des versements de services funéraires en nature contre une prime mensuelle à partir de 2 $US. CODENSA considère les produits d'assurance comme un moyen de proposer des services supplémentaires à ses clients consommateur d'électricité, afin d'augmenter leur fidélité. Il joue un rôle actif dans les ventes et le marketing, ainsi que dans la gestion des produits.

Différentes techniques marketing sont utilisées. Au début, une brochure d'information sur le produit d'assurance était incluse dans les factures d'électricité envoyées aux clients, mais cette forme passive de marketing n'était pas efficace. Actuellement, le marketing est réalisé via une combinaison entre centre d'appel et ventes en face-à-face. La base de données des clients est utilisée pour identifier les clients éventuels en fonction de leurs strates de revenus et afin de les localiser géographiquement. Les clients éventuels sont alors contactés par téléphone. Si le centre d'appel ne conclut pas la vente mais suscite un intérêt, un commercial sera envoyé au domicile de la personne. La force de vente de CODENSA opère également en porte-à-porte (en ciblant en même temps des voisins spécifiques) parallèlement au marketing réalisé par le centre d'appel.

Source : Zuluaga, 2010.

10.3 Donner de la valeur

Cette section s'intéresse à la proposition de valeur de l'assurance Obsèques pour ses clients et étudie comment les assureurs commencent à améliorer la valeur.

10.3.1 Vulnérabilités des consommateurs

L'importance culturelle d'obsèques dignes dans un certain nombre de pays peut générer de la vulnérabilité et des abus sur le marché de l'assurance Obsèques. Une telle vulnérabilité est aggravée par le lien puissant entre l'assurance Obsèques et le prestataire de service sous-jacent. Lorsque les prestations sont fournies par un funérarium particulier, cela créera un marché captif pour ce prestataire de service. Cette disposition peut engendrer un certain nombre de problèmes de protection des consommateurs :

- **Limitations géographiques.** En l'absence d'option de paiement en espèces, les clients ne peuvent recevoir la prestation de service funéraire que dans le secteur géographique desservi par le funérarium en question. Cela pose problème si le client se rend dans une ville différente. Parfois, les clients peuvent payer des primes pendant longtemps, pour constater finalement qu'ils ne peuvent pas faire de demande d'indemnisation car ils sont allés hors du secteur de service du funérarium.
- **Couverture multiple.** Une personne ne peut avoir qu'une fois des obsèques. Ainsi, si différents membres d'une famille assurent une même vie sous différentes polices, ils ne bénéficieront des prestations que d'une seule police si la prestation de cette dernière est un service funéraire sans option de versement en espèces. La surassurance peut être un problème même lorsque la prestation n'est pas liée au

service sous-jacent. Pour réduire au minimum les coûts de vente, les assureurs ne vérifient souvent les numéros d'identité des vies assurées et des bénéficiaires qu'au moment de la demande d'indemnisation. Il peut donc arriver que plusieurs membres d'une famille aient assuré la même vie sous différentes polices. Lorsque cela n'est pas autorisé par les conditions de la police, seule une police est payée.

– **Coûts gonflés.** Le fait que l'entrepreneur des pompes funèbres sache que l'assurance garantira l'utilisation d'un service funéraire, rendant ainsi la clientèle captive, peut conduire à une augmentation du coût des obsèques fournies.[7] Il n'y aura aucune concurrence efficace sur le marché, car le client ne peut comparer les services et les prix de différents prestataires de service au moment des obsèques.
– **Disparité coûts-prestations.** Lorsque les consommateurs se sont vu promettre un service funéraire plutôt qu'une prestation en espèces, ils n'ont aucune garantie que le coût du service aura réellement la valeur monétaire indiquée. La « valeur » des obsèques proposées peut donc être gonflée par rapport au coût réel du service rendu. Les consommateurs peuvent être trompés en payant des primes gonflées leur faisant croire que cela leur garantira des obsèques supérieures,[8] avec pour résultat une situation dans laquelle les clients ne sont pas satisfaits du niveau du service (par exemple lorsqu'ils constatent que le cercueil est de qualité inférieure à celui promis auparavant). Ainsi, le comportement sans scrupules des prestataires de services funèbres pourrait miner la confiance dans le secteur de l'assurance Obsèques.

Bien que les funérariums puissent, ainsi, s'avérer être un précieux associé pour les assureurs dans la distribution d'assurance, il convient de prendre garde à éviter des pratiques anti-concurrentielles et abusives et de s'assurer que l'assurance fournit de la valeur au client et non seulement à l'industrie funéraire. Dans certains cas, cela exigera une réglementation spécifique.

Juste un cercueil plus luxueux ? Étendre la couverture d'assurance dans de telles conditions peut simplement favoriser d'autres augmentations des coûts et servir à remplir les poches de l'industrie funéraire. La demande en assurance Obsèques étant fonction de la demande de service sous-jacent, le danger est que la pression culturelle ou sociale pour des obsèques dignes puisse être exploitée (intentionnellement ou non) afin d'augmenter le prix des obsèques à des niveaux inutilement élevés. Même quand le prestataire de service funéraire n'est pas l'assureur ou n'est pas

[7] Voir, par exemple, les résultats concernant l'Indonésie notés par Hintz (2010a).

[8] C'était un résultat frappant de la recherche menée auprès de groupes de discussion sud-africains. L'une des personnes interrogées a mentionné qu'elle payait 350 R (49 $US) par mois, ou environ 10 % de son revenu mensuel total, pour une police de funérarium. Elle a justifié un tel montant de prime mensuelle par le fait qu'on lui avait assuré qu'elle aurait un cercueil très luxueux et le meilleur service dans le cadre des prestations. Les personnes ont également été interrogées sur les détails de leurs polices actuelles. Dans la plupart des cas, les primes des polices utilisées par les diverses personnes interrogées différeraient sensiblement, mais ces informations n'ont jamais posé problème et ne les ont pas conduit à remettre en cause la valeur de leurs propres polices.

directement lié à l'assureur, le fait qu'une prestation de dépenses funéraires d'un certain montant soit versée dessert implicitement des obsèques d'un coût égal ou supérieur. Selon certains, si la prestation d'assurance venait à augmenter, cela pourrait entraîner des obsèques plus chères. Ainsi, l'assurance pourrait favoriser des coûts d'obsèques plus élevés.

Cependant, il n'est pas toujours avéré que l'assurance Obsèques conduit à des obsèques plus luxueuses. Comme indiqué à la section 10.1, la dépense pour les obsèques tend à être élevée indépendamment du fait que la personne ait ou non une assurance Obsèques. Comme la recherche menée sur les groupes de discussion l'a indiqué, les gens « mendieront, voleront ou emprunteront » pour payer les obsèques. Ils souscrivent une assurance Obsèques pour répondre au fait que les obsèques représentent une dépense inévitable. Surtout, il a également été établi que, lorsque les familles ont le choix et reçoivent un versement en espèces, les prestations de l'assurance sont non seulement utilisées pour payer le coût des funérailles, mais également pour supporter les effets financiers d'un décès dans la famille (par exemple, le paiement des dettes, la prise en charge d'une perte de revenu ou le paiement de services importants et de la nourriture).

Les risques de la gestion des risques informels. Bien que les pratiques des assureurs génèrent des plaintes, les consommateurs sont particulièrement vulnérables lorsque l'assurance Obsèques est fournie en dehors du marché réglementé de l'assurance. Les prestataires de services funéraires qui proposent une couverture en interne sans licence d'assurance ne se conforment à aucune réglementation en matière d'assurance. Ils ne déterminent pas le prix des produits de façon actuarielle et généralement ne séparent pas leur activité d'assurance de leurs activités de services funéraires. Les cotisations collectées ne sont, bien souvent, pas mises de côté afin de constituer des réserves en vue des futures demandes d'indemnisation ; au lieu de cela, les services funéraires sont payés sur une base de trésorerie. Quand des problèmes de trésorerie surviennent ou que la mortalité est supérieure aux prévisions, les prestataires qui opèrent une base de trésorerie ne pourront plus honorer leurs engagements. Bien que l'absence de coûts de conformité et de pratiques actuarielles réduisent les dépenses d'exploitation à court terme, le fait que les risques ne soient pas gérés de façon adéquate se fait au détriment final des consommateurs.

Cela dit, il est important de noter que le marché informel offre un certain nombre d'avantages vis-à-vis du marché formel. Il tend, par exemple, à verser les prestations plus rapidement et avec moins d'exigences en termes de documents. Il peut également être moins strict en ce qui concerne des aspects tels que l'intérêt

assurable.[9] Plus important encore, le marché informel s'adresse souvent aux communautés dans lesquelles aucun produit formel n'est disponible, étendant ainsi l'accès à l'assurance. Ce sont certaines des questions que les assureurs doivent prendre en considération quand ils conçoivent des produits et des modèles commerciaux.

10.3.2 Améliorer l'assurance Obsèques

Comment l'assurance Obsèques peut-elle fournir une meilleure valeur aux consommateurs et éviter les soucis liés à la protection des consommateurs ? Pour répondre à cette question, il est important de connaitre les préférences et les comportements du marché cible, et de concevoir des produits et des services adaptés aux besoins des clients. Un certain nombre d'assureurs s'attaquent déjà à ces questions, comme le montrent les exemples suivants.

Portabilité. Dans certains pays, les assureurs déménagent pour découpler la prestation d'assurance d'un prestataire de service particulier ou l'assureur cherche à exercer un contrôle croissant sur les services fournis par son réseau de funérariums. Pour finir, c'est l'assureur qui supportera le risque de réputation si le funérarium ne fournit pas de valeur. Un tel découplage augmente la capacité des assureurs à limiter les abus possibles de clients dans le secteur des services funéraires car les clients ne seront liés à aucun prestataire de service funéraire. Par exemple :

- AIC a recours à un réseau de prestataires de services funéraires accrédités et les clients peuvent faire appel à n'importe lequel d'entre eux. Une autre option, proposée par exemple par certains assureurs en Afrique du Sud, consisterait à proposer des bons de réduction encaissables auprès d'un certain nombre de funérariums accrédités ou de réseaux de funérariums particuliers.
- Un certain nombre d'assureurs sud-africains proposant des assurances Obsèques versent des prestations en espèces, que les bénéficiaires peuvent utiliser à leur discrétion pour acheter un service funéraire auprès de n'importe quel prestataire de service ou aider à couvrir toute autre dépense.

[9] Les produits formels tendent à avoir des règles strictes sur l'intérêt assurable pour parer aux abus. Cependant, le concept « traditionnel » d'intérêt assurable n'est pas nécessairement en conformité avec les responsabilités auxquelles les gens pauvres sont confrontés. Par exemple, des clauses en petits caractères d'une police peuvent stipuler que seuls les membres de la famille liés par une relation légale, établie par des documents, peuvent être couverts par une police. Un titulaire de contrat, confronté au besoin de payer les dépenses des funérailles pour un certain nombre de proches, peut cependant décider d'inclure une belle-mère, un enfant adopté non officiellement ou un proche éloigné sur la police. Au moment de la demande d'indemnisation, il peut apparaître que ces personnes ne satisfaisaient pas les critères de l'intérêt assurable. Cela constitue alors la base du rejet de la demande d'indemnisation, même si la personne avait en fait un intérêt assurable réel compte-tenu de l'allocation de responsabilités financières au sein de la communauté. L'intérêt assurable est une préoccupation légitime et il peut s'avérer difficile pour le marché formel d'être plus conciliant à cet égard. En revanche, les conditions de l'intérêt assurable sont souvent moins strictes sur le marché informel.

Payer au moment opportun. Le paiement des demandes d'indemnisation est effectué quand l'assurance intangible devient finalement réelle, et, en termes de marketing, c'est une forte opportunité pour les assureurs *(voir encadré 10.5)*. Cependant les demandes d'indemnisation rejetées et retardées font l'objet de plaintes récurrentes à l'encontre du secteur de l'assurance. Un traitement rapide des demandes d'indemnisation est très important dans le cas de l'assurance Obsèques, car les frais d'obsèques ne peuvent pas être repoussés jusqu'à ce que la demande d'indemnisation soit payée. Les assureurs commencent à se concentrer sur un meilleur service en matière de demandes d'indemnisation comme un moyen d'améliorer la valeur de l'assurance Obsèques. De plus en plus, des promesses sont faites pour un nombre de jours maximum pour le règlement des demandes d'indemnisation et dans certains cas, comme aux Philippines, c'est même bien établi dans la réglementation. MicroEnsure Philippines a lancé une caractéristique de produit selon laquelle les premiers 10 % de la prestation sont payés dans un délai de 24 heures sans avoir à apporter la preuve du décès. Les 90 % restants sont ensuite payés plus tard, lorsque tous les documents ont été fournis. En Afrique du Sud, les assureurs promettent en règle générale de payer les demandes d'indemnisation dans un délai de 48 heures après réception de tous les documents nécessaires. Dans d'autres pays la promesse est de 5 ou 10 jours. C'est un domaine dans lequel une amélioration continue sera nécessaire.

Encadré 10.5

L'importance des demandes d'indemnisation : Alternative Insurance Company (AIC), Haïti

Pendant le tremblement de terre dévastateur qui a frappé Haïti en janvier 2010, coûtant la vie à plus de 220 000 personnes, l'approche d'AIC a consisté à encourager les demandes d'indemnisation, au point qu'il a été explicitement décidé de payer les demandes d'indemnisation même quand des raisons contractuelles valables pouvaient les rejeter. La société s'est lancée dans une campagne de publicité afin d'informer les demandeurs potentiels qu'ils devaient faire des demandes d'indemnisation et quand ils le pouvaient, elle a envoyé des messages textes à tous les titulaires de contrats dans le même but, a approuvé les demandes même quand les titulaires de contrats utilisaient des entrepreneurs de pompes funèbres non-accrédités, et a fourni des prestations de service complètes aux clients ayant une faible couverture en reconnaissance de l'effet de bouche à oreille important dans la communauté d'une expérience réussie de demandes d'indemnisation. AIC considère donc les demandes d'indemnisation honorées non comme une perte, mais comme une composante essentielle de son modèle d'activité.

Source : Nabeth et Barrau, 2010 ; entretien avec O. Barrau, président d'AIC, 2010.

Il existe d'autres façons, pour les assureurs formels, d'améliorer le produit d'assurance Obsèques et d'aborder certains des enjeux notés ci-dessus : certains trouvent des moyens novateurs de réduire la charge administrative, en utilisant par exemple un centre d'appel afin de collecter les informations sur la police auprès du client ; d'autres utilisent des périodes de grâce et d'autres éléments de conception de produit pour proposer plus de flexibilité aux clients qui peuvent ne pas avoir de revenu régulier.[10]

Les raisons commerciales d'une meilleure valeur. Les mesures ci-dessus ne sont pas mises en application pour des raisons altruistes ; elles ont du sens commercialement et permettent aux assureurs d'améliorer la valeur et de surmonter les perceptions négatives du marché de l'assurance Obsèques. Grâce au pouvoir du marketing par le bouche à oreille, une meilleure valeur conduira à davantage de volumes, ou inversement une valeur médiocre les réduira rapidement. En outre, contrecarrer l'abus et se concentrer sur un paiement rapide des demandes d'indemnisation peuvent aboutir à des taux de déchéance plus bas. Une persistance plus élevée est attractive car l'acquisition par le client représente un coût significatif qui peut conduire à plusieurs mois d'attente dans la récupération des cotisations de prime.[11]

L'argument commercial d'une meilleure valeur peut également résider dans le partenariat de distribution. Le partenaire de distribution, qu'il s'agisse d'un détaillant, d'un opérateur de réseau de téléphonie mobile ou d'une entreprise de service public, peut supporter un risque de réputation si le produit d'assurance vendu sous sa marque a une valeur médiocre. Il est donc dans l'intérêt des assureurs d'améliorer en permanence la valeur pour le client, car cela renforcera le partenariat de distribution.

Au delà des obsèques. Comme le coût des obsèques n'est pas le seul besoin financier lors du décès d'un membre d'une famille, les assureurs commencent à aller au delà de l'assurance Obsèques pure pour concevoir des polices qui proposent un versement en espèces, dont une partie peut être utilisée pour couvrir le coût des funérailles. Comme abordé à la section 10.2.4, ils commencent également à inclure des prestations tangibles novatrices dans le cadre de la gamme de produits. De cette façon, comme l'illustre l'encadré 10.6, l'assurance Obsèques commence à se transformer en assurance Vie, qui peut à son tour former la base d'une offre combinée d'assurance Vie et d'autres types de couverture.

[10] En Afrique du Sud, ces facteurs ont contribué à l'augmentation drastique de la part du secteur formel sur le marché de l'assurance Obsèques : les données de l'étude démontrent qu'entre 2003 et 2007, le nombre de personnes ayant une couverture d'assurance Obsèques en Afrique du Sud a augmenté de près de 10 % par an ; la croissance de la couverture formelle a dépassé 20 % par an. Cela signifie que la part du marché formel a augmenté sensiblement par rapport au marché informel.

[11] Dans une première étude sur la portée de la micro-assurance en Afrique du Sud (Bester et al., 2003), des calculs actuariels révélaient qu'une diminution de 25 % des déchéances de police sur le marché de l'assurance Vie des personnes à faible revenu réduirait le prix des polices de 18 %.

Encadré 10.6 **Le rôle de l'étude de marché dans la conception de produits « Obsèques-plus »**

– **Pep-Hollard, Afrique du Sud.** L'une des options du programme Obsèques famille de Pep-Hollard *(voir encadré 10.3)* propose un versement mensuel pendant un nombre fixe de mois plutôt que la prestation d'une somme forfaitaire (Smit et Smith, 2010b). Même si le produit est toujours proposé en tant qu'assurance Obsèques, car le marché est familiarisé avec cette catégorie de produit, cette façon de structurer les prestations reconnaît explicitement le besoin des clients d'une source de revenu plutôt que d'une simple couverture des dépenses funéraires. Il répond également au phénomène découvert dans les groupes de discussion sud-africains selon lequel les participants tendaient à avoir plusieurs polices d'assurance Obsèques, chacune dans un but différent. Cette police concernerait les besoins de trésorerie permanents de la famille.
– **AIC, Haïti**. Comme son nom l'indique, AIC adopte une toute nouvelle approche de l'assurance Obsèques. Avant de lancer son produit d'assurance Obsèques, Protecta, la société a lancé une étude de marché de grande envergure. À partir des perspectives de résultats glanées sur le marché cible, AIC a conçu Protecta pour offrir 4 niveaux de prestations (allant de 1 125 $USà 2 500 $US) et 4 options d'assurance pour chaque niveau de prestation (entretien avec O. Barrau, président d'AIC, 2010) :
  1. **Protecta Classic :** le montant total de la prestation est versé sous forme de service funéraire par un funérarium accrédité.
  2. **Protecta Plus :** un service funéraire plus une composante fixe en espèces que le bénéficiaire peut utiliser pour des dépenses supplémentaires. Cette prestation était incluse pour couvrir les charges auxiliaires liées aux funérailles, telles que la nourriture et le transport, mais également pour permettre une petite prestation en espèces pour soutenir la famille après le décès d'un de ses membres.
  3. **Protecta Cash-back :** une part de la prime est remboursée tous les 3 ans, sous réserve que tous les paiements de prime soient à jour. Cette option était incluse pour augmenter la proposition de valeur faite aux clients de sorte qu'ils n'aient pas l'impression de payer des primes sans rien récupérer en l'absence de demande d'indemnisation. C'est également un moyen pour AIC de conserver le taux de renouvellement au plus haut.
  4. **Protecta Five Star :** inclut toutes les prestations susmentionnées. L'expérience a montré que cette assurance est la plus populaire. Cette popularité a beaucoup à voir avec le nom de l'assurance, qui reconnaît la signification culturelle d'obsèques dignes en Haïti.

- **UNACOOPEC, Côte d'Ivoire**. L'UNACOOPEC, une institution de micro-finance comptant plus de 800 000 clients, croit fermement au rôle des études de marché. En partenariat avec Allianz, le FMI a développé un produit d'assurance reposant sur une étude de marché selon laquelle les gens souscrivent souvent à des prêts pour couvrir les dépenses funéraires d'un membre de la famille. Ce résultat indiquait un besoin défini d'assurance Obsèques, confirmé par la souscription rapide au produit pendant la phase pilote. On a donné aux assurés le choix de dépenser toute la prestation pour les obsèques, de recevoir un versement en espèces, ou d'avoir une combinaison des deux. Dans le cas de la dernière option, le bénéficiaire reçoit un bon pour acheter le service dans un funérarium. Si le service coûte moins que le montant du bon, le reste est versé en espèces.
- **SINAF Brésil.** SINAF est un prestataire d'assurance Obsèques formel au Brésil, un pays où l'assistance funéraire est en grande partie fournie en dehors de la définition de l'assurance par des prestataires de service funéraire non réglementés. Sur la base de son étude de marché, il propose aux clients un certain nombre d'options pour la couverture Obsèques et Obsèques-plus. Les clients peuvent choisir le niveau de prime et de prestation pour l'assurance qui correspond le mieux à leurs besoins. L'assurance la plus simple couvre uniquement les dépenses funéraires. On propose ensuite aux clients d'inclure également la couverture Individuelle accidents, c'est-à-dire d'ajouter une prestation en espèces en cas de décès accidentel. La troisième option consiste à ajouter une composante de protection des revenus qui propose un versement mensuel en espèces équivalant à une part du revenu mensuel du défunt pendant un nombre de mois donné. Par conséquent, la police offre une protection contre la perte de revenu due au décès d'un soutien de famille au-delà de la couverture d'assurance Obsèques.

L'assurance Obsèques pure représente déjà un transfert intergénérationnel en évitant les dépenses pouvant retarder le processus d'accumulation d'actifs de la nouvelle génération. L'assurance « Obsèques-plus » et l'extension des prestations au-delà des coûts funéraires jouera un rôle encore plus important en tant que forme d'épargne à long terme pour la nouvelle génération. De cette façon, l'assurance Obsèques peut former une base pour le développement d'un marché d'assurance Vie plus vaste.

10.4 Conclusion

Ce chapitre a démontré que l'assurance Obsèques est l'un des produits de micro-assurance les plus populaires dans un certain nombre de pays. Bien qu'elle fasse partie du marché plus large de la micro-assurance, elle présente également un certain nombre de caractéristiques particulières. L'assurance Obsèques n'est pas qu'une

activité d'assurance habituelle ; elle requiert une sérieuse compréhension des dynamiques dirigeant les marchés de l'assurance Obsèques. Cela s'applique à la fois aux assureurs cherchant à la cibler et la distribuer efficacement et aux autorités de réglementation cherchant à lui trouver la bonne approche réglementaire. Souvent, ces dynamiques sont liées au service funéraire sous-jacent. Le réseau de services funéraires peut être à l'origine de la demande, de la distribution et de la souscription de l'assurance Obsèques. Le lien avec le service funéraire crée un avantage réel pour l'assurance Obsèques qui engendre de la confiance et fournit une valeur réelle, mais qui peut également causer une vulnérabilité relative à l'abus des consommateurs. Les assureurs s'intéressent de plus en plus étroitement aux moyens d'offrir une meilleure valeur, en ajoutant des éléments allant au-delà de l'assurance Obsèques pure. De cette façon, l'assurance Obsèques se transforme en assurance Vie et forme la base d'une accumulation d'actifs et de transferts intergénérationnels.

En conclusion, les expériences exposées dans ce chapitre mettent en évidence 6 principes clés pour donner de la valeur au marché de l'assurance Obsèques :

1. Ne pas oublier l'importance de la tangibilité et répondre aux besoins immédiats du client après le décès d'un être cher. L'assurance Obsèques n'a pas besoin d'accorder une prestation en nature (service funéraire) pour être tangible. Des idées novatrices reposant sur la consultation du marché peuvent mener à une souscription et une rétention améliorées, ainsi qu'à une meilleure valeur pour le client.
2. Continuer à viser la simplicité, même en ajoutant des composantes supplémentaires pour augmenter la valeur *(voir chapitre 15)*.
3. Les obsèques ne peuvent pas attendre le versement ; un traitement rapide des demandes d'indemnisation est essentiel. Un paiement tardif des demandes d'indemnisation minera la confiance du consommateur. La simplification du produit et la minimisation des exclusions qui doivent être évaluées au moment du sinistre peuvent améliorer l'efficacité du traitement de la demande d'indemnisation.
4. Bien que l'assurance informelle puisse présenter de nombreux risques, les assureurs commerciaux ont beaucoup à apprendre du niveau de service fourni par les intervenants informels.
5. Assurer une bonne valeur a un sens du point de vue commercial. Pour créer un marché de l'assurance dynamique et extrêmement constant, les assureurs doivent tout faire pour que leurs clients aient de la valeur. Outre le fait qu'ils ont à tenir compte de leur propres produits et performances, les assureurs peuvent avoir à séparer les prestations d'assurance des fournisseurs de services funéraires spécifiques ou à exercer un contrôle sur les réseaux de fournisseurs de ce type de services pour garantir de la valeur au client.
6. Penser au delà des obsèques. L'assurance Obsèques peut être le point de départ pour construire un marché de l'assurance Vie chez les ménages à faible revenu.

IV Assurance générale

11 Conçue pour l'impact sur le développement : l'assurance indexée de deuxième génération pour les petits exploitants agricoles

Michael R. Carter

Cet article se base sur le travail de collaboration avec Rachid Laajaj, LAN Cheng, Elizabeth Long et Alexandre Sarris. L'auteur est également reconnaissant de l'examen critique des ébauches précédentes de ce chapitre effectué par Joachim Herbold (Munich Re), Ulrich Hess (World Bank), Anuj Khumbhat (Weather Risk), Florian Mayr (Munich Re), Pranav Prashad (ILO), et Rupalee Ruchismita (CIRM).

Le risque est économiquement coûteux dans les économies agricoles à faible revenu, suscitant des stratégies d'auto-assurance de protection qui maintiennent les petits fermiers dans la pauvreté car ils passent à côté d'opportunités rémunératrices mais risquées. Phénomène aggravant, l'auto-assurance protège seulement partiellement les petits ménages agricoles contre les baisses de consommation qui peuvent irréversiblement nuire au développement physique et cognitif à long terme des jeunes enfants. Ces problèmes sont encore aggravés par le fait que le risque retarde le développement des marchés financiers ruraux, rendant plus difficile pour les petits fermiers de capitaliser et progresser avec les nouvelles technologies et les opportunités du marché.

Les progrès technologiques récents dans la télédétection et la mesure automatisée du temps favorisent le développement de contrats d'assurance indexée innovateurs permettant le transfert du risque corrélé ou covariant hors des systèmes économiques de petites exploitations agricoles. Cependant, la réalisation du potentiel de transfert de risque de ces derniers avance et celle des idées plus anciennes comme l'assurance de rendement de surfaces[1] est sujette à des contraintes du côté de l'offre et de la demande. Un certain nombre de projets récents ont montré que les problèmes liés à l'offre peuvent être surmontés. Les contrats indexés reposant sur les rendements de surfaces, les intempéries et les données de croissance de la végétation mesurée à distance ont tous été conçus et approuvés par les organismes de réglementation, proposés à la vente par les prestataires commerciaux et réassurés par les compagnies de réassurance internationales.

En dépit de ce progrès du point de vue de l'offre, la demande et la souscription de contrats ont été modérées, et il y a peu de preuve jusqu'ici permettant de démontrer que les contrats indexés ont aidé les petits fermiers à mieux gérer le risque, en atteignant des revenus plus élevés pour eux-mêmes et en assurant un meilleur développement humain pour leurs enfants. Dans un examen des expériences faites en matière d'assurance indexée contre les intempéries, Hazell et al. (2010) observent que pour être durables les contrats d'assurance doivent résoudre

[1] L'assurance de rendement de surfaces mesure les rendements moyens dans une zone géographique définie (par exemple une vallée ou un district administratif) et effectue des paiements quand ces rendements moyens tombent au-dessous d'un niveau indiqué « point de strike ».

ces contraintes du côté de la demande. Le présent chapitre développe ce sujet et propose que la deuxième génération de contrats d'assurance indexée soit conçue pour l'impact sur la demande et le développement par les moyens suivants :

1. **Une conception intelligente des contrats afin de réduire le risque de base :** Pour réussir dans ce secteur il faudra aller au-delà des contrats liés aux intempéries et utiliser soit des indices de rendement de surfaces, des indices de végétation reposant sur des images satellites ou des combinaisons de ces sources d'informations. Le choix entre ces sources d'informations et la conception de contrats optimaux qui réduisent le risque de base exigera également une approche fondée sur la demande, à partir de données sur les résultats agricoles réels et les stratégies pour subsister.
2. **Un lien systématique entre l'assurance et le crédit :** Le risque est un problème de développement précisément parce qu'il oblige les petits exploitants agricoles à adopter des stratégies d'auto-assurance qui laissent inexploitées les opportunités économiques rémunératrices mais risquées. En liant explicitement l'assurance indexée à la finances requise pour souscrire à ces nouvelles opportunités, les contrats indexés peuvent surmonter les contraintes à la souscription d'assurance générées par les charges de contrats et les risque de base qui rendent l'assurance onéreuse. La façon exacte dont ce lien peut être établi dépend de la nature du régime des droits de propriété existant et de l'environnement du marché financier.

La section 11.1 présente des concepts de base de risque agricole et d'assurance indexée, illustrant à la fois les forces et les faiblesses de l'assurance indexée du point de vue du petit ménage agricole. La section 11.2 montre comment des micro-données sur les ménages peuvent être utilisées pour concevoir intelligemment des contrats par le choix du signal et des fonctions de perte et d'indemnité statistiquement optimales. La section 11.3 montre ensuite comment le lien entre le crédit et l'assurance peut être utilisé pour surmonter des problèmes de chargement de contrat et les risques de base non assurés afin de créer un contrat d'assurance indexée adaptée à la demande et conçu pour l'impact sur développement. La section 11.4 conclut le chapitre.

11.1 Bases de l'assurance indexée agricole

Cette section présente le problème de l'assurance indexée du point de vue du petit ménage agricole, en prenant en considération l'efficacité et les coûts potentiels de l'assurance indexée par rapport à des mécanismes traditionnels d'auto-assurance. Ces observations conduisent à la prise en considération des possibilités d'améliorer l'attrait relatif de l'assurance indexée et de ses impacts sur le développement.

11.1.1 L'assurance indexée et les risques auxquels sont confrontés les ménages agricoles

Les problèmes de la conception de l'assurance indexée sont plus clairs si l'on ancre la discussion dans les résultats au niveau des ménages. Les forces aléatoires ou incontrôlables qui font plonger le revenu de consommation réel des ménages au-dessous de sa valeur type ou moyenne constituent un problème particulier pour les ménages. Le but de l'assurance est de protéger les ménages contre de tels écarts.

Pour des raisons qui sont bien décrites dans la littérature spécialisée, l'assurance indexée agricole ne consiste pas à assurer le ménage directement contre les baisses de son revenu propre ou de ses rendements propres,[2] mais à assurer une mesure directe ou prévue des pertes de rendement moyennes ou types subies par des ménages voisins dans une région. Un contrat d'assurance indexée peut être représenté comme un projet d'indemnité qui lie des paiements à un indice prévoyant des pertes typiques dans la zone couverte par l'indice. Pour éviter les problèmes d'aléa moral et d'anti-sélection, il ne devrait pas être possible que l'indice soit influencé par les assurés, les avantages ne devraient pas non plus dépendre de particuliers qui choisissent d'acheter l'assurance.

La figure 11.1 représente le projet d'indemnité qui pourrait accompagner une fonction d'indicateur de perte de rendement au niveau d'une zone établie autour d'un signal de précipitations. L'axe horizontal montre un indice de précipitations (peut-être des précipitations cumulatives mesurées en millimètres) et l'axe vertical montre les paiements d'indemnité. Le contrat est défini par un niveau de strike inférieur et un niveau de strike supérieur. Quand l'indice de précipitations descend au-dessous (signalant une sécheresse), les paiements d'indemnité commencent, comme le montre le trait indiqué sur la figure. De même, quand les précipitations dépassent le point de strike supérieur (signalant des conditions d'inondation), cela déclenche, là encore, des paiements aux fermiers assurés.

Une question clé débattue dans l'assurance indexée est de savoir dans quelle mesure les baisses de rendement des ménages suivent l'indice des baisses prévues. Si l'indice signalait exactement une perte de 100 kilos chaque fois que les rendements étaient de 100 kilos au-dessous de la moyenne à long terme du ménage, l'assurance indexée couvrirait parfaitement tous les risques auxquels est confronté le ménage. Le problème est, bien sûr, qu'aucun indice ne sera parfaitement corrélé de cette manière avec n'importe quelles pertes individuelles.

L'indice qui prévoit les pertes moyennes ne suivra pas parfaitement les baisses de rendement de ménages individuels pour 3 raisons :

[2] Une série d'expériences a montré qu'essayer d'assurer toutes les sources de variation des impacts agricoles pour les petits fermiers comporte un grand nombre de problèmes impliqués dans les coûts d'obtention d'informations sur les résultats de petites fermes qui rendent une telle assurance irréalisable (voir Hazell, 1992).

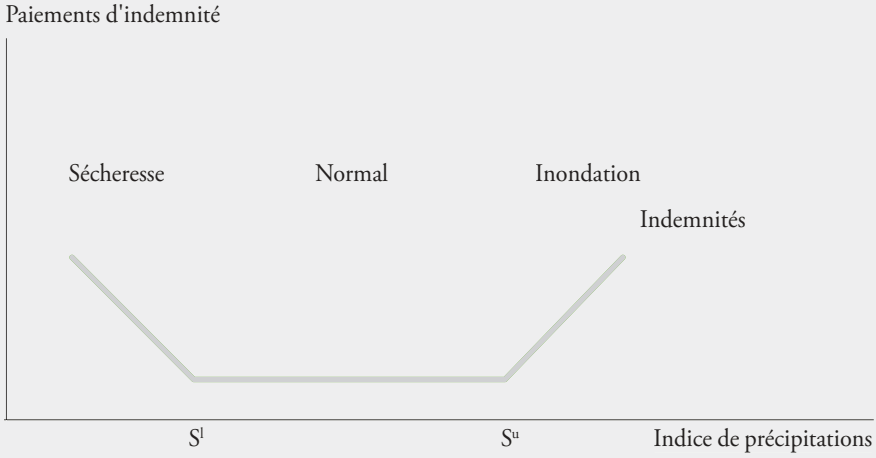
1. **Risque idiosyncratique pur :** La récolte d'une seule ferme peut subir des dommages dus à un facteur idiosyncratique tel que des dommages causés par des animaux ou des oiseaux, ou des événements météorologiques très localisés. Les différents niveaux de risque idiosyncratique pur caractérisent différentes zones agro-écologiques. Dans le Sahel, par exemple, les précipitations sont très localisées, générant une variation significative des pertes de rendement entre des villages voisins, ou même entre des ménages du même village.
2. **Bruit créé par l'échelle géographique de l'indice :** Lorsque la zone géographique couverte par un indice simple augmente de taille, les pertes des ménage seront moins bien corrélées avec l'indice d'assurance. Par exemple, un indice météorologique qui doit couvrir seulement des ménages à moins de 1 kilomètre de la station météorologique suivra mieux les impacts sur les ménages qu'un indice qui doit couvrir tous les ménages à moins de 30 kilomètres de la station météorologique.
3. **Bruit créé par des erreurs de prévision d'indice :** La perte moyenne dans une zone géographique définie peut être mesurée directement avec une précision élevée (comme avec les contrats de rendement de surfaces aux États-Unis où les rendements sont mesurés avec une tolérance de +/– 2 %), ou elle peut être prévue en utilisant l'information météorologique ou satellite qui est susceptible d'être la moins chère à mettre en application, mais également susceptible d'avoir une plus grande marge d'erreur lorsqu'elle est utilisée pour prévoir même la perte moyenne.

Ensemble, ces 3 éléments créent ce qui s'appelle le risque de base, des pertes de rendement subies par le ménage qui ne sont pas corrélées avec l'assurance indexée et qui ne sont donc pas assurées par le contrat d'assurance indexée. Comme les 2 deuxièmes sources de risque de base sont influencées par la conception du contrat (portée géographique et indice exact utilisé), nous nous référons à elles comme « effets de conception » sur le risque de base.

La structure de contrat linéaire ressortant de la figure 11.1 est simple, et des variantes proches de celle ont été utilisées dans plusieurs projets pilotes d'assurance indexée, y compris ceux en Éthiopie, en Inde, au Kenya et au Malawi. Cependant, ce qui est implicite dans cette structure c'est la supposition que les pertes sont linéaires dans l'indice de précipitations. Une analyse empirique de la sensibilité des rendements aux précipitations comme le travail Carter (1997) en Afrique occidental suggère que les pertes de rendement répondent d'une manière non linéaire aux manques ou aux excès de précipitations. Si cela est correct, ces contrats de perte linéaire courants auront de grands effets de conception qui aggravent inutilement le risque de base.

La section 11.2 s'intéresse aux moyens permettant d'estimer les fonctions d'indicateur statistiquement optimales qui peuvent être utilisées pour la conception d'indices et de contrats plus effectifs. Le projet d'indemnité linéaire stylisé ressortant de la figure 11.1 est peu susceptible d'être la structure de contrat qui réduit au minimum les effets de conception.

Figure 11.1 **Un contrat stylisé d'assurance indexée contre les précipitations**



Une fois qu'un projet d'indemnité est conçu, des informations historiques sur l'indice, telle que des données de précipitations, peuvent être utilisées pour calculer la distribution de probabilité de l'indice et de la prime actuariellement juste, qui est simplement le paiement moyen attendu ou à long terme dans le projet d'indemnité. La prime du marché est ensuite définie comme une prime actuariellement juste plus des majorations ou des charges associées aux coûts d'offre de contrat (par exemple les coûts de ventes, les frais financiers et les coûts de réassurance). La charge de prime peut varier en fonction de la qualité et de la quantité des données utilisées pour élaborer la distribution de probabilité du signal. Pour les contrats d'assurance indexée agricole proposés par le ministère américain de l'agriculture, le niveau de charge typique est de 20 % (Smith et Watts, 2009).

Un certain nombre de projets pilotes ont montré que des contrats d'assurance indexée sous cette forme peuvent être définis et fournis par le marché (voir Hazell, 2010). En outre, des produits introduits récemment qui ont également satisfait les normes internationales et nationales en matière d'offre d'assurances incluent un contrat d'assurance Mortalité du bétail par satellite au Kenya *(voir chapitre 12),* et des contrats de rendement de surfaces au Mali et au Pérou.[3] Alors que, du côté offre, ces réalisations sont absolument importantes, l'assurance indexée aura seulement son impact souhaité sur le développement si les assurés comprennent comment cela fonctionne et choisissent de modifier leur comportement, générant ainsi une demande et une souscription informées.

[3] Les détails sur ce sujet et sur d'autres projets sont disponibles sur http://i4.ucdavis.edu.

11.1.2 L'auto-assurance comparée aux contrats d'assurance indexée sans lien

En introduction, avant d'envisager comment créer des contrats indexés à la hauteur de la demande, la présente section considère la demande en assurance indexée du point de vue d'une petite famille d'exploitants agricoles typique, qui a une stratégie diversifiée pour subsister et qui a des possibilités de s'auto-assurer contre le risque agricole. Contrairement à l'analyse faite dans la section 11.3 ci-dessous, il est supposé, dans la présente section, que l'assurance n'est pas liée au crédit ou à d'autres opportunités pour améliorer le revenu moyen de famille. Il est supposé en particulier que le ménage cultive les mêmes plantes, avec la même technologie, avec ou sans assurance indexée. La section 11.2 démontre que la demande d'assurance est susceptible d'être faible, à moins que l'assurance indexée ne soit en fait liée à des opportunités économiques accrues. En conséquence, la demande ou acquisition de crédit et de nouvelles technologies agricoles est susceptible d'être également faible pour les secteurs de petites exploitations agricoles à moins qu'elle ne soit liée à des outils de gestion des risques peu coûteux, tels que l'assurance indexée.

Comme détaillé dans l'annexe de ce chapitre, nous analysons la demande de l'assurance indexée du point de vue d'un petit ménage de fermiers qui obtient 50 % de son revenu des sources non-agricoles, et 50 % de son revenu en moyenne de production de la ferme en utilisant une technologie à faible niveau d'intrants risquée, mais relativement sûre. Pour cette analyse, nous supposons des niveaux stylisés de risque global et d'une division raisonnable de ce risque entre les risques corrélés (tels que le temps et les invasions d'insectes) et les risques idiosyncratiques.

Selon nos hypothèses, la moitié du temps cette famille aurait un revenu agricole inférieur à la moyenne et donc une consommation du ménage inférieure à la moyenne. L'autre moitié du temps, la famille aurait une consommation supérieure à la moyenne. En dépit de sa stratégie d'auto-assurance, 10 % du temps la famille serait confrontée à une consommation sensiblement réduite (moins de 75 % de son niveau de consommation moyen) due à une récolte agricole médiocre *(voir annexe figure 11.4).* En d'autres termes, la famille est confrontée au risque de « base » qui n'est pas assuré dans sa stratégie d'auto-assurance. En outre, si la famille évite des stratégies plus productives (telles que de plus grands niveaux de fertilisation de sa récolte) afin de réduire le risque, elle paye alors également une charge implicite, ce qui signifie que l'auto-assurance réduit son revenu moyen. Le problème est de savoir si l'assurance indexée, avec son niveau de risque de base et sa charge, peut faire mieux que la stratégie stylisée d'auto-assurance de la famille.

L'assurance indexée donne à la famille l'option d'ajouter un nouvel outil de gestion des risques à ses stratégies traditionnelles de gestion des risques. L'analyse détaillée dans l'annexe suppose que la moitié de tout le risque agricole auquel est confronté le ménage est un risque corrélé qui peut être couvert par le contrat

d'assurance indexée. L'autre moitié est le risque de base, résultant du risque idiosyncratique réel ou des effets de conception, qui n'est pas assuré par le contrat d'assurance indexée. L'analyse par simulation suppose que la famille est confrontée à des coûts de charge de 20 %, ce qui signifie que après l'achat de l'assurance la consommation moyenne de la famille chutera légèrement au-dessous de sa moyenne de pré-assurance indexée.

Comme représenté dans l'annexe, avec ces suppositions quelque peu conservatrices, l'assurance indexée abaisse la probabilité de consommation extrêmement basse d'environ 10 % à 3 %. Bien qu'inférieure, cette probabilité n'est pas nulle, reflétant la réalité du risque de base et de la possibilité que la famille puisse subir un impact faible et ne pas recevoir de paiement d'assurance compensateur dans le cadre du contrat indexé. En outre, en raison de la charge de coûts, le contrat présente le ménage avec une situation de gagnant-perdant : la réduction (imparfaite) de la probabilité de la faible consommation est achetée au coût de revenu moyen réduit. Comme cela a été analysé plus en détail par Carter et al. (2010), seule la fraction sans risque de la population (ceux qui sont le plus profondément inquiets des résultats de la faible consommation) trouverait ce genre d'assurance indexée attrayant. Une fois combinée avec d'autres facteurs qui pourraient empêcher l'adoption d'un nouveau contrat relativement complexe (tels que l'incapacité de le comprendre ou le manque de confiance sur le fait que l'assurance payera vraiment comme annoncé), cette différence peut expliquer la demande parfois faible de l'assurance indexée quand elle n'est pas combinée à des mesures pour améliorer simultanément l'accès au crédit, aux technologies améliorées et aux marchés.

11.1.3 Options pour améliorer la valeur de la demande d'assurance indexée

Comme résumé par Hazell et al. (2010), de nombreux projets-pilotes ont rencontré une demande faible. Bien qu'il y ait une quantité de raisons qui pourrait expliquer la souscription stagnante de nouveaux contrats indexés roman (incluant l'incapacité de comprendre le contrat et manque de confiance en celui-ci), le fait que l'auto-assurance, le risque de base et les charges compromettent l'attrait du contrat est sûrement également une partie de l'explication, comme l'a démontré la discussion ci-dessus. Reconnaissance de ce problème, Hazell et al. (2010) suggèrent 2 choses. Tout d'abord, il préconise des contrats mieux conçus qui ont un risque de base plus faible. En second lieu, il préconise de combiner l'assurance indexée avec d'autres services agricoles, créant ce qu'il appelle une proposition à valeur ajoutée. Les 2 autres sections de ce chapitre se construisent sur ces suggestions, en les étendant et les combinant dans une approche de deuxième génération de l'assurance indexée pour petits exploitants agricoles.

11.2 Concevoir des contrats afin de réduire au minimum le risque de base

La figure 11.1 utilise un contrat standard contre les précipitations pour illustrer le fonctionnement plus général de l'assurance indexée. Bien que l'assurance indexée soit parfois appelée de façon générale assurance Intempéries ou Précipitations, la gravité du problème du risque de base exige que des contrats bien conçus prennent en compte des options au-delà des indices météorologiques et choisissent une conception de contrat optimale permettant de minimiser le risque de base.

Bien que les contrats Précipitations s'appuient généralement sur des conseils d'expert concernant les niveaux de précipitations à partir desquels surviennent les dommages causés aux récoltes, les fonctions de perte linéaire ad hoc et les fonctions d'indemnités appliquées dans certains contrats risquent peu d'être statistiquement optimales et de réduire au minimum l'erreur de prévision, autrement dit, il se peut que les effets de conception sur le risque de base soient importants. Heureusement, des micro-données largement disponibles sur les ménages agricoles permettent l'évaluation d'une fonction de perte statistiquement optimale pour les précipitations ou n'importe quel autre signal de risque. Les contrats résultants, ou des combinaisons hybrides de ceux-ci, peuvent alors être comparés pour voir quel est celui qui offre la meilleure valeur à la population bénéficiaire, en tenant compte de la puissance prédictive du signal[4] ainsi que du coût d'obtention.

Pour illustrer ces idées et leur mise en application, cette section résume une analyse des cultures céréalières en Afrique de l'ouest qui utilisaient des micro-données pour comparer le souhait de précipitations, le rendement des surfaces et les contrats d'assurance indexée par satellite.

11.2.1 Minimisation du risque de base liés à la conception pour les céréaliers de l'Afrique de l'ouest

Cette section considère des rendements de céréales dans 6 villages du Burkina Faso où le International Crop Research Institue for the Semi-Arid Tropics (ICRISAT) a interviewé de façon intensive des ménages agricoles au cours de la période 1980 à 1985. Des données de production détaillées ont été obtenues auprès de 25 ménages dans chaque village pendant les 3 campagnes de production 1980/81 à 1982/83 (voir Carter (1997) pour les détails sur les données). Pour l'analyse ici, la production de chaque ménage est agrégée sur tous ses champs de sorgho et de millet pour créer un chiffre annuel de rendement de grain pour chaque ménage. Le but d'un contrat minimisant le risque de base est ainsi de

[4] La littérature en matière de télédétection a déjà accompli un progrès important dans l'identification des transformations de signaux satellites de la couverture de végétation qui prévoient mieux les résultats de rendement agricoles sur terre. La même méthodologie peut également être appliquée à d'autres indices d'assurance potentiels.

créer un indice qui peut expliquer statistiquement autant que possible la fluctuation du rendement à laquelle les ménages sont confrontés.

Les rendements moyens du village pourraient constituer un indice possible. Un contrat reposant sur cet indice de rendement de village offrirait un paiement aux fermiers basé sur la mesure dans laquelle les rendements de village s'écartent de la moyenne à long terme. En utilisant les données de l'ICRISAT, nous pouvons reproduire un indice de rendement de surfaces en prenant simplement le rendement moyen pour tous les ménages dans chaque village à chaque campagne de production. Dans un village, tous les champs des agriculteurs sont au maximum à quelques kilomètres de distance. Bien que la région du Sahel d'où viennent ces données soit connue pour le grand risque idiosyncratique généré par des modèles météorologiques locaux très variables, nous nous attendrions toujours à ce que les rendements de chaque ménage suivent de près ses rendements de village moyens. Dans ce cas-ci, un contrat établi sur des rendements de village moyens serait relativement efficace, car les paiements d'indemnité tendraient à dédommager correctement les ménages pour les pertes subies.

L'analyse détaillée par Laajaj et Carter (2009) montre qu'environ la moitié des fluctuations de rendement subies par les ménages peut être expliquée par les rendements moyens céréaliers du village. L'autre moitié représente le risque de base qui serait non assuré même dans le cadre d'un contrat de rendement de surfaces au niveau du village. Bien qu'il soit surprenant que pas plus de la moitié du risque peut être commune aux villageois, il est à noter que c'est précisément ce risque corrélé que les ménages auraient du mal à gérer au moyen de mécanismes traditionnels en matière de partage social et de réciprocité sociale.

Bien que cet indice de rendement de surfaces au niveau du village représente le contrat d'assurance indexée minimisant le risque de base pour cet environnement semi-aride de l'Afrique de l'ouest, il serait selon toute probabilité extrêmement onéreux à mettre en application car cela exigerait une étude annuelle du rendement dans chaque village où les ménages ont été couverts.[5] Nous devons donc voir s'il y a d'autres mécanismes moins coûteux qui permettent un pouvoir prédictif similaire à l'indice de rendement de surfaces.

Les données de ICRISAT incluent des information de précipitations collectées dans chaque village. Il est à noter que ces informations de précipitations sont extrêmement denses car cela équivaut à avoir une station météorologique tous les quelques kilomètres. Dans la pratique, une telle densité de stations météorologiques n'est pas économiquement réalisable. Néanmoins, elle fournit un autre

[5] Cela pourrait également soulever des problèmes d'aléa moral, car les villageois pourraient peut-être convenir collectivement de sous-produire pour que les rendements du village chutent et que chacun reçoive un paiement d'assurance.

repère utile pour comparer les performances d'un troisième indice possible, fondé sur des données satellites relatives à la couverture végétale (NDVI). Ce dernier type de données étant moins courant, nous en présentons une brève vue d'ensemble avant de comparer les performances de contrats reposant sur le NDVI avec celles d'autres contrats se basant sur des mesures plus familières.

11.2.2 L'indice de végétation de la différence normalisée

L'indice de végétation de la différence normalisée (NDVI) est une mesure par satellite de la densité de végétation. Le NDVI est cadré pour se situer entre 0 et 1, avec des valeurs basses indiquant une très faible croissance de végétation et des valeurs élevées indiquant une végétation dense. Tous les 10 jours le NDVI est mesuré avec une résolution de 8 kilomètres sur 8 (autrement dit,une mesure de NDVI unique est donnée pour chaque pixel de 8 kilomètres sur 8). Les mesures de NDVI avec cette résolution sont librement accessibles sur le site internet FEWS NET (Famine Early Warning System Network).[6] La disponibilité du NDVI avec cette résolution équivaut à avoir une station météorologique séparée (ou une étude de rendement de surfaces) tous les 8 kilomètres carrés. Si l'on peut démontrer que le NDVI a une capacité similaire de prévoir les rendements d'un agriculteur individuel sous la forme d'une donnée météorologique ou d'un rendement de surfaces, cet indice apparaîtra alors comme étant la base à privilégier en matière d'indice d'assurance pour des raisons de coût et de simplification. En outre, le NDVI est disponible avec des données remontant à 1981, ce qui signifie que les données à long terme requises pour évaluer exactement un indice d'assurance sont disponibles.

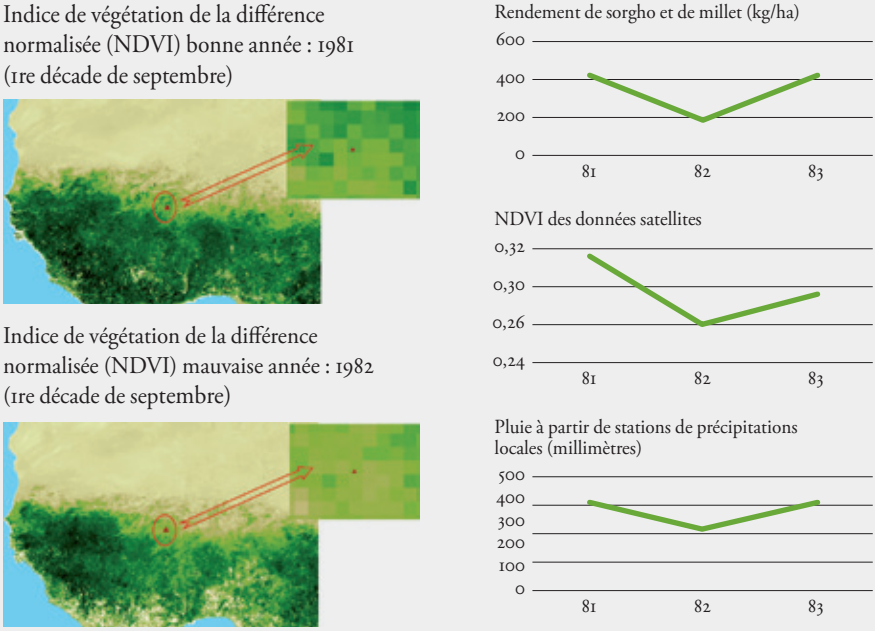
La figure 11.2 illustre comment le NDVI fonctionne. Les diagrammes à gauche sur la figure présentent des données réelles de NDVI pour Afrique de l'ouest. Un spectre de couleurs marron à vert a été utilisé pour présenter graphiquement l'échelle de NDVI de 0 à 1, avec des couleurs marron plus foncées qui indiquent des valeurs de NDVI basses et des couleurs plus vertes qui indiquent des valeurs de NDVI plus élevées. L'encart dans chaque diagramme montre les pixels individuels de 8 kilomètres carrés pour la région entourant le village de Silgey, un des 6 villages inclus dans l'étude d'ICRISAT au Burkina Faso. Le point de l'encart est le pixel où est localisé le centre du village.

Le premier des 3 diagrammes à droite sur la figure 11.2 montre des rendements céréaliers de Silgey en 1981–1983 mesurés par les Village Level Studies de l'ICRISAT cités plus bas. Le diagramme du milieu montre un NDVI moyen pour cette période, alors que le diagramme du bas montre des précipitations mesurées par une mesure

[6] On peut acheter des données de résolution plus élevées qui mesurent le NDVI pour chaque carré de 30 sur 30 mètres.

de précipitations de village conservée par l'étude de l'ICRISAT. Ces figures montrent de façon impressionnante que le NDVI mesure des rendements au niveau d'un village. Bien que cela soit encourageant, nous devons évaluer plus soigneusement la précision avec laquelle le NDVI peut prévoir les rendements de village et constituer la base d'un contrat d'assurance indexée valable.

Figure 11.2 **Prévision des rendements à l'aide de données satellites**



11.2.3 Comparaison des contrats par rendement de surfaces, contrats Risques climatiques et NDVI

Bien que l'on puisse utiliser le signal NDVI brut comme base pour un contrat d'assurance indexée, on dispose d'une littérature bien fournie sur la télédétection qui a exploré les transformations du NDVI prévoyant mieux les rendements de récolte. Pour l'analyse présente, nous utilisons la transformation d'information

NDVI appelée indice de condition de végétation (VCI). VCI est défini comme suit :

$$VCI = 100 * (NDVI - NDVI_{min})/(NDVI_{max} - NDVI_{min})$$

Pour un village donné, le VCI utilise des séries de NDVI à long terme pour établir un rapport entre le NDVI actuel et les valeurs extrêmes observées depuis 1982 à la même époque de l'année.

La figure 11.3 représente la mesure de VCI pour l'année 1983 dans le village de Kolbila, un autre des sites d'étude de l'ICRISAT. Le graphique fait également ressortir les valeurs minimales et maximales historiques du NDVI pour Kolbila. Comme on peut le voir sur la figure 11.3, le VCI pour Kolibila était proche de zéro en avril 1983, mais autour de la moitié en septembre 1983. Un avantage que présente la transformation VCI est qu'elle établit un rapport entre des valeurs absolues de NDVI et un contexte local et facilite donc l'utilisation des données de NDVI provenant d'endroits hétérogènes.

Ainsi combien il y aurait de risques de base dans le cadre d'un contrat d'assurance indexée émis sur la base du VCI spécifique au village ? Laajaj et Carter (2009) estiment la fonction de facteur prédictif (minimisant le risque de base) statistiquement optimale qui peut être obtenue pour le VCI.

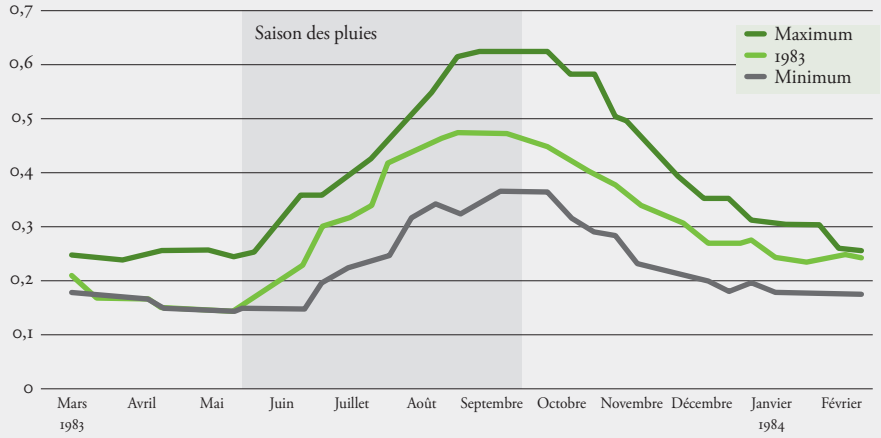
En effectuant un exercice similaire utilisant des données de précipitations au niveau du village, ils constatent que l'indice VCI atteint 89 % de la réduction de variance de l'indice de rendement du village. La mesure de précipitations atteint 75 % de la réduction de risque du contrat de rendement de surfaces au niveau du village. Il est intéressant de constater que, quand le VCI et les mesures de précipitations sont combinés dans un indice hybride, aucune réduction de variance supplémentaire n'est atteinte au-delà de celle qui peut être obtenue avec l'indice fondé sur le VCI seulement.

Bien qu'il puisse être possible d'améliorer le pouvoir prédictif des données de précipitations par le biais d'autres analyses, il est important de noter qu'un projet d'assurance est peu susceptible de pouvoir se procurer des mesures météorologiques au niveau du village qui sont disponibles dans les données de l'ICRISAT. Même les propositions les plus ambitieuses pour la construction de stations météorologiques indiquent que chaque station devrait couvrir un cercle d'un rayon de 25 kilomètres. À titre de comparaison, environ 30 mesures de NDVI distinctes seraient disponibles dans un cercle de ce rayon, ce qui signifie qu'un contrat fondé sur un NDVI de haute densité devrait avoir un autre avantage de conception sur les contrats intempéries.

Figure 11.3

Calcul du VCI utilisant le NDVI maximum et minimum

NDVI à Kolbila BFA lié à son cycle annuel



Bien qu'une analyse des données de l'ICRISAT pour l'Afrique de l'ouest indique que le NDVI peut non seulement offrir le risque de base inférieur, à un coût moindre que celui des indices reposant sur les précipitations, ce résultat ne devrait pas être généralisé à d'autres environnements agro-écologiques. Dans certaines situations, la télédétection peut fournir un indice rentable, comme c'est le cas pour les prévisions de mortalité du bétail au Kenya *(voir chapitre 12),* alors que dans d'autres situations, il peut s'avérer être un facteur prédictif peu fiable des rendements agricoles (comme cela a été constaté lorsque l'information satellite s'est révélée être un facteur prédictif médiocre pour les rendements du coton au Mali). Ces résultats montrent que la conception d'un contrat d'assurance indexée rentable qui minimise le risque de base devrait prendre en considération une variété d'options d'indice en utilisant des micro-données pour effectuer une vérification au sol et choisir l'indice optimal. En même temps, l'analyse montre également qu'il y a des limites à l'élimination du risque de base, même par le biais d'une conception de contrat optimale. Dans le cas extrême du Sahel, il semblerait difficile d'utiliser l'assurance indexée pour éliminer plus de la moitié du risque agricole auquel sont confrontés les fermiers. Étant donné ces limites techniques de la qualité de l'assurance indexée, la prochaine section explore les possibilités d'améliorer encore la valeur d'impact sur développement et la durabilité de l'assurance en la liant au crédit.

11.3 Lien entre assurance et crédit

L'analyse à la section 11.1 a supposé que le ménage de petits exploitants agricoles a eu accès à seulement une activité agricole traditionnelle. Bien que les risques liés à de telles activités soient importants, l'économie du développement s'est longtemps préoccupée de la notion selon laquelle le risque qui présente le plus grand coût est celui qui incite les ménages agricoles à fuir les nouvelles technologies et opportunités économiques plus risquées qui offrent des revenus moyens améliorés sur une période. En outre, le risque retarde le développement des marchés financiers ruraux, ce qui aggrave les problèmes d'adoption pour les ménages de fermiers ayant des liquidités limitées. Cette section montre que le fait de lier explicitement l'assurance indexée à ces types d'activité résoudra non seulement le problème de développement qui rend le risque si coûteux, mais résoudra également le problème de la faible demande en matière d'assurance.

11.3.1 Activités économiques à haut rendement et ménages de petits exploitants agricoles

Les activités économiques à haut rendement exigent généralement un investissement important réglé d'avance pour l'achat des intrants de semences et d'engrais améliorés. Ce seul facteur aggrave l'exposition aux risques de la famille car une année de sécheresse signifie un revenu net négatif et pas simplement nul. En outre, la variance de rendement d'activités à haut rendement tend également à être plus élevée, en partie parce que ces activités sont moins bien adaptées à la contrainte climatique que ne le sont les activités traditionnelles qui ont évolué dans le système agro-écologique spécifique de l'exploitation agricole. En conclusion, des coûts de production au comptant accrus peuvent simplement excéder les liquidités disponibles pour le ménage, ce qui rend indispensable l'accès au capital par le biais d'intermédiaires financiers ou d'opérateurs le long de la chaîne de valeur.

Pour explorer les performances de l'assurance indexée en combinaison avec de nouvelles technologies à plus haut rendement, nous revenons au modèle de ménage stylisé décrit dans l'annexe. Nous supposons maintenant qu'avec un investissement significatif en semences et engrais égal aux revenus non agricoles du ménage, le ménage peut utiliser une technologie améliorée qui augmente le revenu agricole net moyen de 25 % par rapport à l'activité de récolte traditionnelle.

Cette technologie de rendement élevé offre au ménage la perspective d'avoir un meilleur revenu et donc une consommation plus élevée. Cependant, vu les coûts d'intrant et le niveau de risque de la nouvelle technologie, cette consommation moyenne plus élevée est au prix d'un risque accru.

Avec ces suppositions supplémentaires, notre analyse par simulation montre que la probabilité d'une chute de la consommation des ménages au-dessous de 75 % de sa moyenne à long terme suivant la technologie traditionnelle passe de 10 % à presque 20 % si la nouvelle technologie est adoptée sans assurance *(voir figure 11.5 de l'annexe).* En outre, elle soulève une probabilité non négligeable selon laquelle la consommation pourrait chuter à seulement 50 % de son ancienne moyenne à long terme. En supposant même que le ménage ait eu de l'épargne pour financer l'activité à haut rendement, ce difficile compromis entre le risque et le rendement découragerait beaucoup d'agriculteurs à adopter la nouvelle technologie,[7] gardant leur épargne en sécurité, tout en continuant avec un niveau de vie bas.

La décision d'utiliser la technologie traditionnelle quand l'activité à haut rendement est disponible et financièrement réalisable peut être considérée comme une décision semblable à une assurance. De ce point de vue, la pratique de l'auto-assurance en continuant à utiliser la technologie traditionnelle porte une charge très élevée car elle réduit le revenu du ménage attendu de l'agriculture de 25 %, tout en réduisant la consommation moyenne générale du ménage. Comme commenté ci-dessus, cette stratégie de l'auto-assurance comporte également un risque de base ou un risque non assuré, car le ménage auto-assuré est toujours confronté à des probabilités positives de résultats de consommation faible. Du point de vue du développement, pour améliorer le bien-être économique du ménage, le défi de l'assurance indexée n'est pas d'éliminer tout le risque de base et toutes les charges, mais simplement de faire mieux que l'auto-assurance coûteuse dont on dispose en s'appuyant sur les technologies traditionnelles. Comme cela est décrit dans les prochaines sections, les mécanismes dépendent ici largement de la nature du marché financier.

11.3.2 Assurance indexée et adoption de l'activité à haut rendement quand les prêts sont pleinement garantis

Dans la présente analyse ainsi que dans la section suivante, il est supposé que les ménages de petits exploitants agricoles ne disposent pas des épargnes nécessaires pour acheter la nouvelle technologie. Pour analyser comment l'assurance et le crédit pourraient interagir dans cet environnement, nous supposons que des prêts agricoles sont offerts par un secteur de prêt concurrentiel à des conditions qui rapportent aux prêteurs des bénéfices attendus exactement équivalents au coût d'opportunité du capital pour l'ensemble de l'économie. Nous supposons également que les emprunteurs remboursent les prêts dans la mesure du possible

[7] Lorsque l'on effectue une analyse d'un point de vue économique classique de la théorie de l'utilité prévue, seuls les ménages ayant très peu d'aversion vis-à-vis des risques ou des richesses supérieures à la moyenne adopteraient la technologie (voir Carter et al., 2010).

en utilisant tout le revenu agricole réalisé et n'importe quelle garantie exigée pour le prêt. Quand les prêts sont pleinement garantis, ce qui signifie que la garantie est suffisante pour rembourser le prêt entièrement même s'il y a de mauvaises récoltes, le prêteur ne supporte aucun risque. En vertu de ces conditions, un prêt fonctionne tout comme l'autofinancement, car le ménage agricole est entièrement fiable et supporte tout le risque lié à l'adoption de l'activité à haut rendement. Il est possible que des prêts soient pleinement garantis dans des économies où il y a des titres de propriété individuels.

Car des prêts pleinement garantis fonctionnent comme l'autofinancement, seuls les ménages qui sont les moins réfractaires aux risques seraient disposés à accepter la probabilité de résultats très bas en échange de la perspective de revenus plus élevés. Ce cas, dans lequel les ménages de petits exploitants agricoles ont accès à un prêt pour financer l'activité à rapport élevé, mais le rejette et refusent d'adopter l'activité, correspond à ce que Boucher et al. (2008) décrivent comme le rationnement du risque. Ces auteurs montrent théoriquement que le rationnement du risque est le plus susceptible d'affecter les ménages les moins riches et, empiriquement, peut contraindre les choix et le revenu jusqu'à 20 % des petits exploitants agricoles en Amérique Centrale et du Sud.

Avec un prêt entièrement garanti, les avantages de l'assurance indexée reviendront directement au ménage qui supporte tous les risque. Les résultats de la simulation représentés dans l'annexe indiquent que, lorsqu'on la combine à un prêt et un contrat d'assurance indexée, la nouvelle technologie peut être entreprise avec pratiquement aucun risque que la consommation chute au-dessous de 50 % de sa moyenne à long terme. Cependant, même avec un crédit et une assurance liés, le ménage serait encore confronté à une certaine augmentation du risque que la consommation chute au-dessous de 75 % de sa moyenne à long terme relativement à la stratégie d'auto-assurance. Au-delà de ce niveau, le contrat lié domine fortement la stratégie d'auto-assurance car la majeure partie du temps il offre une consommation du ménage plus élevée que la stratégie d'auto-assurance. Bien que ce contrat lié présente toujours le ménage avec un compromis (des rapports plus élevés avec un plus grand risque de résultats médiocres), le compromis est beaucoup moins sérieux que ce qui est offert par la technologie de pointe sans assurance. L'analyse par Carter et al. (2010) montre que, bien que ce contrat lié soit encore caractérisé par un compromis, tous les agents exceptés ceux les plus réfractaires aux risques préféreraient le contrat lié à la stratégie d'auto-assurance à faible technologie.

Le compromis qui reste même avec le contrat lié peut être réduit ou même éliminé complètement si le risque de base peut être réduit dans le cadre du contrat d'assurance indexée. La discussion a supposé jusqu'ici que l'assurance indexée pouvait couvrir la moitié du risque auquel est confronté le ménage agricole et que l'autre moitié restait comme risque de base. C'est en gros la qualité de

l'assurance qui peut être obtenue en utilisant les signaux satellites pour les producteurs de céréales du Sahel ou d'autres contrats qui ont minimisé les effets de conception. Cependant, dans les environnements où le risque est plus assurable (disons deux tiers plutôt que la moitié) ou où une conception intelligente des contrats peut réduire davantage les effets de conception sur le risque de base, il est possible que les contrats liés dominent complètement les stratégies d'auto-assurance *(voir figure 11.5 de l'annexe).* C'est-à-dire que, comparé à la stratégie d'auto-assurance, une fois adoptée avec un contrat lié de crédit et d'assurance, la technologie à haut rendement offre moins un moindre risque de résultats avec faible consommation et une chance beaucoup plus grande de résultats avec consommation élevée. On s'attendrait même à ce que l'agent le plus réticent à prendre des risques préfère l'arrangement lié à l'auto-assurance de faible technologie (fonction de la compréhension du contrat et de la confiance en celui-ci).

Il est important de noter qu'il y a toujours un risque de base et des charges dans le cadre de ce contrat lié. Bien que ce soit inférieur à un contrat d'assurance parfait offrant une couverture complète, une telle option irréalisable n'est pas un point de comparaison particulièrement intéressant. La comparaison plus intéressante est celle avec la stratégie d'auto-assurance existante avec son degré élevé de risque de base et de charges. Lier le crédit et l'assurance est important précisément parce que cela ouvre la porte à la domination de l'auto-assurance et à un afflux de changement technologique.

11.3.3 L'offre d'assurance indexée et de crédit dans des environnements comportant des niveaux élevés de garantie (« environnements à sûreté élevée »)

La discussion menée jusqu'ici sur l'établissement d'un lien a supposé que les prêts sont entièrement garantis, de sorte que le ménage supporte tout le risque direct d'une baisse de la production qui mène à des défaillances. Bien que les prêteurs ne supportent directement aucun risque immédiat si leur prêt est entièrement garanti, ils sont potentiellement confrontés à ce qui pourrait s'appeler un risque d'économie politique. Comme décrit par Tarazona et Trivelli (2005), ce scénario a eu lieu après l'événement d'El Niño en 1998 au Pérou. Il est à noter que ce risque d'économie politique est directement lié à des chocs covariants, car la possibilité politique pour ce type de remise de la dette existe là où un grand nombre d'agriculteurs peuvent signaler un événement facilement observable.

L'importance de ce risque d'économie politique dépend du portefeuille de prêts du prêteur. Comme cela a été modélisé par Carter et al. (2010), les prêteurs réagiront au niveau du marché en augmentant le taux de rendement requis sur des prêts agricoles non assurés à mesure que la part du portefeuille de prêts dans l'agriculture augmente. On s'attendrait à ce qu'une augmentation du nombre de petites exploitations souscrivant des emprunts (induits par la disponibilité des

contrats d'assurance indexée) provoque ainsi une augmentation du coût du capital dans le secteur agricole, une force qui tendrait à entraver la souscription accrue.

On s'attendrait à ce que lier explicitement les prêts et les contrats d'assurance indexée résolve ce problème. Bien que les contrats d'assurance indexée ne couvrent pas tous les risques, ils couvrent les risques covariants qui alimentent le problème d'économie politique auquel sont confrontés les prêteurs. La prochaine section traite plus complètement du lien dans des environnements dans lesquels il existe peu de garantie, où il est potentiellement encore plus important.

11.3.4 L'assurance indexée et l'adoption de l'activité à haut rendement dans des environnements où peu de garantie est disponible (« environnements à sûreté faible »)

Il est peu probable que les prêts soient entièrement garantis, notamment en ce qui concerne de nombreuses surfaces cultivées par de petits exploitants en Afrique subsaharienne. Si un prêt n'est pas entièrement garanti, le prêteur supporte une partie du risque de faible rendement. Même si les prêteurs sont disposés à accorder des prêts avec un faible niveau de garantie, il leur faudra exiger des taux d'intérêt plus élevés afin d'atteindre un certain taux de rendement attendu. En plus, du fait que les défaillances sur des prêts agricoles sont susceptibles d'être corrélées, les prêteurs sont susceptibles de limiter sérieusement le montant des prêts agricoles dans leur portefeuille (Tarazano et Trivelli, 2005) ou, s'ils les augmentent, d'exiger un taux de rendement toujours plus élevé afin de compenser le risque supplémentaire sur leurs bilans (Carter et al. 2010).

Dans ce contexte, l'offre de crédit pour financer de nouvelles technologies risque d'être limitée et onéreuse. D'ailleurs, il est peu probable que le fait d'offrir simplement une assurance indexée aux agriculteurs ait beaucoup d'impact, car l'avantage de l'assurance bénéficiera principalement au prêteur, qui supporte une partie substantielle du risque où peu de garantie est disponible. Ni le marché du crédit, ni le marché de l'assurance sont susceptibles d'émerger indépendamment dans des environnements à faible sûreté, et les technologies agricoles et le revenu risquent de stagner.

Les contrats avec assurance-crédit liés constituent un moyen de résoudre le problème. Un contrat d'assurance indexée qui couvre le risque de covariance auquel sont confrontés les prêteurs devrait être suffisant pour détendre les contraintes qui limitent l'offre de crédit au secteur des petits exploitants agricoles. En même temps, si les prêteurs sont confrontés à la pression de la concurrence, les taux de prêt chuteront et réduiront le coût du crédit pour le petit ménage agricole, ce qui crée pourtant plus de demande de capital et une plus grande adhésion à la haute technologie.

Bien que ces mécanismes soient quelque peu différents de ceux considérés ci-dessus, où un niveau élevé de garanti est disponible, selon l'analyse de Carter et al. (2010), le résultat net est presque identique en termes d'impact global sur les revenus agricoles et les niveaux de bien-être. Les contrats d'assurance indexée liée au crédit et l'adoption d'une technologie améliorée peuvent dominer le risque de base élevé et les charges implicites que les ménages de petits exploitants agricoles payent quand ils s'auto-assurent en adoptant des technologies traditionnelles.

11.3.5 Marketing de l'assurance indexée liée

Tout en étant convaincant quant aux propres modalités, le fait de corréler des contrats d'assurance indexée intelligemment conçus avec le crédit offre aussi potentiellement des avantages de marketing importants. Dans des environnements à faible sûreté, dans lesquels la plupart des avantages directs de l'assurance indexée bénéficieront aux prêteurs, il peut être indiqué de l'offrir directement aux prêteurs comme assurance intermédiaire ou de portefeuille *(voir chapitre 4)*. Tandis que, sur un marché des prêts parfaitement concurrentiel, les avantages de cette assurance de portefeuille disparaîtraient peu à peu au profit des emprunteurs, dans le monde réel où les marchés des prêts ruraux sont loin d'être concurrentiels, une approche de l'assurance orientée vers l'impact sur le développement devra prendre en considération un mécanisme contractuel qui assure que les avantages de l'assurance sont en effet transmis aux emprunteurs. Dans des environnements à sûreté élevée, le lien peut encore offrir des avantages de marketing, car un contrat simple peut offrir à la fois du crédit et de l'assurance.

11.4 Conclusion : conçue pour l'impact sur le développement

L'assurance pour les petits exploitants agricoles n'est pas une fin en soi. Son importance vient de sa capacité à résoudre un problème fondamental du développement économique, à savoir l'auto-assurance économiquement onéreuse et les stratégies d'adaptation qui peuvent appauvrir les petits exploitants et les maintenir dans la pauvreté. L'approche du problème de l'assurance dans cette perspective d'impact sur le développement suggère une approche, centrée sur la demande, de la conception de contrat, ancrée sur des données sur les ménages de petits exploitants et leurs technologies et contraintes de production.

Comme cela est examiné dans le présent chapitre, cette approche permet l'évaluation d'autres indices d'assurance (de rendement des surfaces, reposant sur des images satellites, climatiques et combinaisons hybrides) et la sélection d'une conception de contrat statistiquement optimale qui réduit le risque de base non assuré de façon rentable. En outre, cette approche ouvre la porte aux contrats crédit-assurance liés, sensibles au contexte et conçus pour approfondir simultané-

ment les marchés financiers et faciliter l'adhésion à la technologie de petites exploitations agricoles en opérant à la fois du côté de la demande et du côté de l'offre du marché du crédit agricole. Comme cela est exposé ici, c'est la combinaison de contrats intelligemment conçus et du lien qui permettra à l'assurance indexée de dominer les stratégies d'auto-assurance des petites exploitations agricoles, de soutenir la demande et, finalement, d'atteindre l'impact souhaité sur le développement, pour les revenus des de petites exploitations agricoles et pour les résultats sur le développement humain.

Annexe – Analyse par simulation de l'assurance indexée par rapport à l'auto-assurance

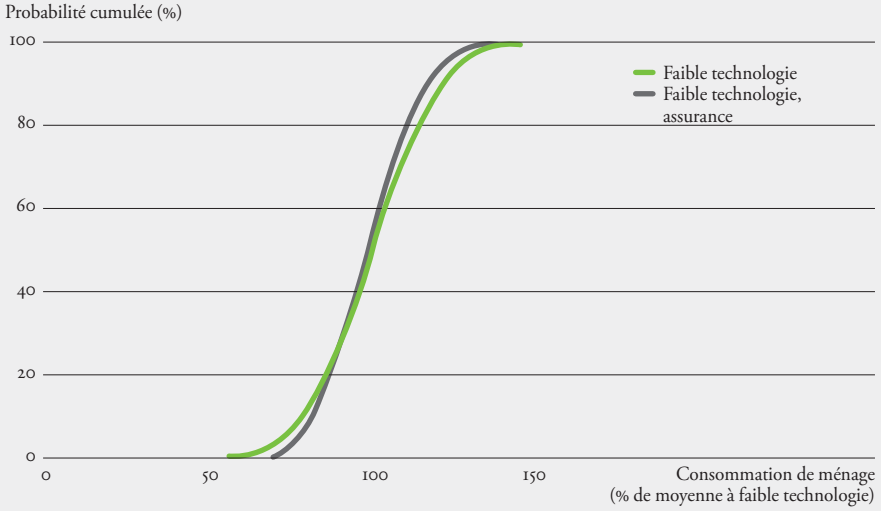
Cette annexe donne des détails supplémentaires sur les simulations présentées dans les sections 11.1 et 11.3. Dans Carter et al (2010), il est fait état d'un examen complet de ces simulations ainsi que d'une analyse supplémentaire de la mesure dans laquelle il y aurait une demande de contrats indexés.

Assurance indexée avec technologie traditionnelle seulement

La figure 11.4 illustre le risque auquel est confronté un ménage agricole stylisé avec et sans assurance indexée, en supposant que l'ensemble des opportunités soit inchangé. L'axe horizontal montre le revenu disponible pour la consommation de la famille comme pourcentage de la consommation moyenne de la famille sans assurance (100 % serait ainsi le niveau de la consommation moyenne de la famille). L'axe vertical montre la probabilité cumulée de différents résultats de consommation pour la famille. La ligne en vert représente ces probabilités quand la famille n'a pas de contrat d'assurance indexée. 50 % du temps la famille aura une consommation au niveau ou au-dessous de sa moyenne, et dans les suppositions faites pour la simulation, dans 10 % du temps, la famille devra se contenter de la consommation au niveau ou au-dessous de 75 % de son niveau normal.

Figure 11.4

Assurer la technologie traditionnelle



La ligne grise représente les probabilités de consommation si la production agricole de la famille est assurée par un contrat indexé. À des fins d'illustration, nous avons supposé que la moitié de la variation de rendement à laquelle est confrontée la famille est couverte par le contrat indexé et que l'autre moitié est le risque de base non couvert. Nous supposons également que la prime facturée pour le contrat a une charge de 20 %, ce qui signifie que le ménage paye 20 % de plus en primes qu'il compte récupérer avec les paiements d'indemnité. En conclusion, nous supposons que les points de strike sont placés de telle manière que les paiements sont déclenchés chaque fois que les rendements de surface mesurés ou prévus chutent au-dessous de leur niveau moyen.

Un examen soigneux de la figure 11.4 montre les forces et les faiblesses de l'assurance indexée. Tout d'abord, les probabilités de résultats extrêmement bas chute sensiblement. Avec l'assurance, il y a seulement 2 % de chance que la consommation du ménage chute au-dessous de 75 % de son niveau normal, une baisse par rapport aux 10 % de chance sans assurance. Bien qu'inférieure, cette probabilité n'est pas nulle, ce qui reflète le fait que le contrat ne couvre pas tous les risques. La couverture d'assurance complète sans risque de base stabiliserait la consommation du ménage à son niveau moyen (moins les majorations ou les coût de charge). Comme on peut le voir sur la figure 11.4, le risque de base important reste par rapport à l'assurance complète idéalisée (mais irréalisable).

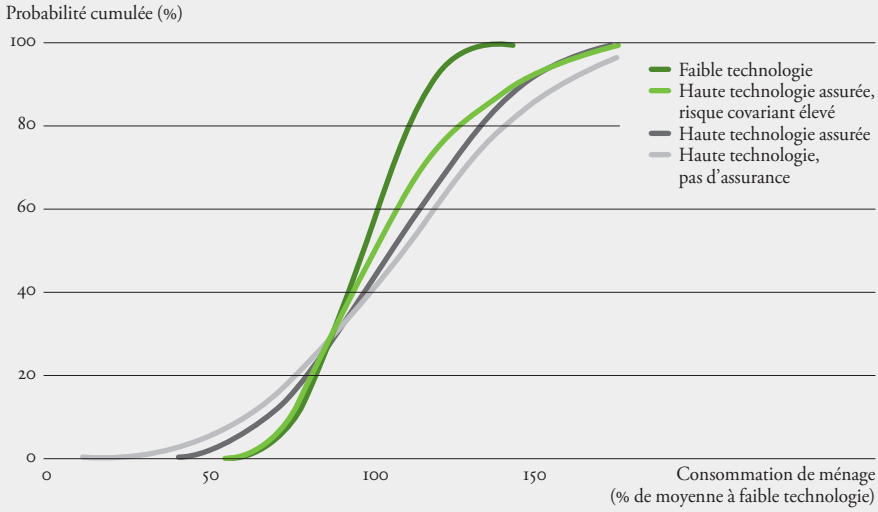
Ce facteur, avec le fait que les primes sont majorées de 20 % signifie que même avec l'assurance, la consommation de la famille peut encore chuter au-dessous de sa moyenne de pré-assurance de 100 %. Le revenu moyen du ménage est également réduit de 1 ou 2 % en raison des charges facturées à l'assurance. La réduction partielle de la probabilité de résultats faibles est achetée au coût de revenu moyen réduit.

Assurance indexée et activités économiques à haut rendement

La figure 11.5 montre la fonction de distribution cumulative pour l'activité à haut rendement stylisée, décrite dans la section 11.3 ci-dessus. Comparée à l'activité traditionnelle (représentée ici par une ligne en vert foncé), l'activité à haut rendement a des rendements moyens qui sont 25 % supérieurs à ceux de l'activité agricole traditionnelle et exige un important achat d'intrants en espèces. La ligne en gris clair sur la figure 11.5 représente la probabilité de différents résultats de consommation du ménage pour l'activité à rapport élevé quand les coûts au comptant sont soit complètement autofinancés par le ménage soit, de manière équivalente, financés par un prêt entièrement garanti.

Comme on peut le voir, avec la haute technologie le ménage est confronté à presque 10 % de chance que sa consommation totale soit inférieure à 50 % du revenu moyen qu'il peut obtenir avec la faible technologie. Cependant, environ 40 % de la consommation du ménage dans le temps seront au moins 25 % supérieur au revenu moyen avec la faible technologie.

Figure 11.5 **Lien entre assurance et crédit pour l'adoption de technologie**



La ligne en gris foncé sur la figure 11.5 représente l'impact de l'assurance indexée une fois liée au crédit et à l'adoption de technologie dans un environnement agro-écologique relativement défavorable dans lequel seulement 50 % du risque auquel sont confrontés les ménages peuvent être couverts par un contrat d'assurance indexée bien conçu. En dépit de cet inconvénient, cet arrangement d'assurance liée a pour effet de ramener le risque de résultats de faible consommation aux niveaux observés dans le cadre de la technologie traditionnelle à faible rendement. En même temps, l'adhésion liée de la nouvelle technologie est plus performante que la stratégie d'auto-assurance 70 % du temps. Bien que ce contrat lié présente toujours le ménage avec un compromis (des rapports plus élevés avec un plus grand risque de résultats médiocres), le compromis est moins sérieux que ce qui est offert par la technologie de pointe sans assurance.

En conclusion, comme représenté par la ligne en vert clair sur la figure 11.5, l'adoption liée de la nouvelle technologie peut dominer complètement l'auto-assurance lorsqu'une part plus importante (deux tiers) du risque global auquel sont confrontés les ménages consitue un risque covariant assurable.

12 Assurance Bétail : aider les éleveurs vulnérables à gérer leur risque

Anupama Sharma et Andrew Mude

Les auteurs souhaitent remercier les différents relecteurs pour leurs commentaires et conseils, y compris Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Brian Foster (consultant), K. Gopinath (IFFCO Tokio), Joachim Herbold (Munich Re), Florian Mayr (Munich Re), Pranav Prashad (OIT), Dirk Reinhard (Munich Re Foundation), Rupalee Ruchismita (CIRM) et un relecteur anonyme.

L'élevage représente 40 % du chiffre d'affaires agricole mondial et assure les moyens de subsistance et la sécurité alimentaire de plus d'un milliard de personnes (FAO, 2009). Les moyens de subsistance liés à l'élevage représentent un moyen de sortir de la pauvreté pour de nombreuses personnes dans le monde. Cependant, les populations pauvres restent confrontées à un certain nombre de risques quand elles essaient d'accéder aux avantages d'un secteur de l'élevage croissant et dynamique.

La réduction de la vulnérabilité inhérente des personnes dépendant de l'élevage dans des systèmes de production de petits exploitants a été la motivation centrale de l'assurance Bétail ciblant les populations pauvres ou vulnérables. Bien que certains pays, tels que l'Inde, aient une expérience significative en matière d'assurance Bétail pour les populations pauvres, des améliorations de l'offre de produits d'assurance ainsi que des innovations dans leur conception, alimentent l'intérêt pour le potentiel de l'assurance à réduire la vulnérabilité des populations pauvres vis-à-vis des risques liés à des moyens de subsistance liés à l'élevage. Une reconnaissance croissante de l'importance de la gestion des risques comme pilier essentiel de toute stratégie de réduction de la pauvreté (Pica et al., 2008), associée à une économie de l'élevage complexe et évolutive offrant des opportunités aux populations pauvres, fournit une base sur laquelle l'assurance Bétail peut s'épanouir.

Ce chapitre met en lumière les expériences ayant apporté de précieux enseignements sur les avantages potentiels de l'assurance Bétail, analyse les raisons de l'échec de certains produits d'assurance et examine les conditions requises pour une mise en œuvre réussie d'un produit d'assurance Bétail. La section 12.1 illustre la signification de l'économie de l'élevage à l'échelle mondiale et traite de l'importance de gérer les risques de l'élevage afin d'améliorer le bien-être dans les environnements ruraux. La section 12.2 attire l'attention sur un échantillon d'expériences dans le domaine de l'assurance Bétail à travers le monde et récapitule l'expérience ainsi acquise. La section 12.3 souligne les défis communs auxquels sont confrontés de nombreux essais en matière d'assurance Bétail. En mettant l'accent sur de nouvelles innovations dans la conception et l'offre en matière d'assurance, la section 12.4 aborde les diverses opportunités pouvant aider à pallier les obstacles à l'assurance Bétail.

12.1 Pourquoi une assurance Bétail ?

L'élevage joue un rôle important dans les moyens de subsistance des populations pauvres. Il sert à la fois de source de revenu et de source de richesse productive sur lesquelles les populations pauvres peuvent espérer compter pour de futurs flux de revenus. C'est également l'un des rares actifs facilement disponibles pour les populations pauvres, et en particulier les femmes, qui ont plus de difficulté à accéder à d'autres sources de subsistance productives (FAO, 2009). On estime que près d'un milliard de personnes, ou près de 70 % des 1,4 milliard de personnes dans le monde vivant dans une extrême pauvreté, dépendent de l'élevage pour leur subsistance (Delgado et al., 1999).

Bien que la révolution de l'élevage représente un moteur puissant pour canaliser la croissance en faveur des populations pauvres (FIDA, 2004 ; Thornton et al., 2008 ; FAO, 2009), un obstacle majeur à l'engagement des populations pauvres dans la production de bétail est leur degré élevé de vulnérabilité vis-à-vis des nombreuses sources de mortalité, de morbidité et d'autres risques qui sévissent dans la chaîne de production et de vente du bétail. Toute maladie, tout accident ou tout vol de bétail génère une perte substantielle pour le ménage. En outre, les risques de production énormes liés aux activités laitières font de la production animale une proposition risquée pour les ménages à faible revenu. Les risques liés à la production peuvent concerner une pénurie d'intrant tel que le fourrage ou l'eau pour les animaux, la morbidité élevée d'animaux déterminés ou une épidémie *(voir tableau 12.1).* Le climat tropical et les conditions d'hygiène médiocres concernant beaucoup de pays en voie de développement sont certains des facteurs qui déclenchent ou aggravent des maladies telles que la mastite, la fièvre aphteuse (FMD) et la septicémie hémorragique.

Tableau 12.1 **Types de risque en matière de moyens de subsistance liés à l'élevage**

Risque de production	*Risque lié aux prix*
Mort, accidentelle et naturelle	Infrastructure rurale faible, par exemple routes, chaîne d'approvisionnement à température contrôlée
Maladie : – Morbidité élevée due aux épidémies et à des risques variables – Interruption de la production de lait due à des maladies telles que la mastite et la fièvre aphteuse	Fluctuations des coûts du bétail et des produits
Problèmes d'approvisionnement en intrants : – Manque de fourrage sec et vert pour les animaux – Manque d'eau pendant les sécheresses générant du stress	

La mort d'animaux est le plus grand risque pour les propriétaires de bétail pauvres. Comme les animaux représentent souvent un actif important pour un ménage à faible revenu, voire son actif le plus précieux, leur mort peut générer une chute significative de la valeur nette du ménage, sans parler d'une baisse de revenu et de rendement productif. Si l'animal a été acheté à crédit, le ménage peut avoir une dette sur un actif qu'il ne possède plus.

Selon le contexte, d'autres risques sont également importants. Heffernan et al. (2003) ont mené une étude sur 3 000 ménages en Bolivie, en Inde et au Kenya et ont constaté que les maladies du bétail sont le problème le plus important pour environ 20 % de tous les producteurs. D'autres (Perry et al., 2003 ; Pica-Ciamarra, 2005) ont soutenu que dans les pays à faible revenu d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, les maladies d'animaux sont un facteur important de limitation de la production de viande et de lait et de la diminution des revenus liés à l'élevage. D'ailleurs, pour une majorité des moyens de subsistance liés à l'élevage, en particulier dans les zones semi-arides, les bouleversements liés au climat ayant comme conséquence une pénurie d'eau et de fourrage constituent le risque le plus important. La plupart des systèmes de production dans lesquels les populations pauvres s'engagent (systèmes de récolte-élevage agro-pastoraux, pastoraux et de petits exploitants) sont le manque de pluies, avec des déficits graves ayant souvent pour résultat une morbidité réduisant la productivité et, dans beaucoup de cas, une mortalité très fréquente.

La première conséquence de la pénurie croissante d'eau et de fourrage est une réduction des taux de lactation, qui abaisse le revenu quotidien. La fréquence de vêlage des animaux affaiblis est également susceptible d'être affectée, avec des conséquences pour le flux de revenu prévu d'un futur troupeau. En outre, le bétail décharné a un système immunitaire altéré et est plus susceptible de succomber aux maladies, ce qui perpétue le cycle de morbidité. Dans des cas extrêmes, de graves pénuries d'eau et de fourrage aboutissent à une mortalité.

Les risques non assurés, en particulier pour les actifs de production précieux, laissent les ménages pauvres exposés à de sérieuses pertes dues à des chocs négatifs. Les coûts d'aide sociale dus aux opportunités d'investissements délaissées et aux méthodes d'ajustement inefficaces sont considérables (Dercon, 2005 ; Dercon et al., 2005 ; Barrett et al., 2006 ; Carter et Barrett, 2006).

La mortalité due aux principales sources de vulnérabilité, famine et maladie, a généralement été la plus favorable à l'assurance, et comporte l'ensemble des risques couverts par une majorité de programmes d'assurance Bétail. Cependant, les risques ne sont pas tous assurables, et il est donc important d'établir une stratégie globale de gestion des risques qui inclut également une réduction du risque par des mesures préventives telles qu'une meilleure alimentation, la vaccination, l'élevage et le déparasitage.

12.2 Offre d'assurance Bétail pour les populations pauvres

Dans les quelques exemples de projets d'assurance Bétail de pays en voie de développement, les gouvernements et le secteur public ont souvent été les pionniers. Dans le prolongement du soutien de l'agriculture que les gouvernements peuvent fournir, y compris la garantie de prix minimum des produits agricoles, le refinancement, les services d'extension et les subventions des intrants, l'assurance couvrant les risques inhérents de la production agricole est une méthode complémentaire permettant de stimuler la production agricole et le bien-être économique des ménages ruraux.

L'Inde, qui possède le plus grand cheptel du monde et revendique l'un des plus grands programmes d'assurance soutenus par le gouvernement pour l'agriculture dans le monde en voie de développement, a proposé divers projets d'assurance Bétail depuis 1971, quand les banques nationalisées, par le biais du Small Farmer's Development Agency, ont commencé à financer l'achat de bétail et proposé une assurance obligatoire pour protéger leurs prêts (Sharma, 2010). Le tableau 12.2 décrit les divers programmes lancés depuis par le gouvernement indien.

Tableau 12.2 **Événements chronologiques dans l'histoire de l'assurance en Inde**

Année	*Programme/organisme d'exécution*	*Remarque*
1971	« Projet d'assurance Bétail » du Small Farmer's Development Agency	Les banques nationalisées ont commencé à financer l'achat de bétail et accepté de collecter les primes auprès des bénéficiaires. La couverture était d'une année et la prime collectée annuellement.
1983	« Police d'assurance Bétail » dans le cadre du Programme de développement rural intégré (IRDP)	L'assurance Bétail et actif a été étendue aux populations pauvres avec les prêts subventionnés par l'IRDP (subvention à 50 %). Produit avec prêt obligatoire. Le montant des primes était de 2,25 % (décès) + 0,85 % en cas d'incapacité totale permanente et le produit n'avait aucune limite d'âge pour le bétail.
1983	Assurance Bétail aux termes des accords du marché	Produit volontaire et aucune subvention. Pour les animaux non couverts par l'IRDP. Prime : 2,85 à 4,00 %. Âge spécifié : 2 à 8 ans pour une vache laitière, 3 à 8 ans pour un buffle.
2006	« Projet d'assurance Bétail » mis en application par les agences nationales pour le développement de l'élevage et les services gouvernementaux de production animale	La prime d'assurance est subventionnée à 50 %. La concurrence a augmenté entre les intervenants publics et privés ; la prime ne devait pas dépasser 4,5 % pour les polices annuelles et 12 % pour les polices de 3 ans.

Une similitude importante entre ces programmes est que même lorsque des intervenants privés ont garanti le risque et fourni les services d'intermédiaire et de distribution, le gouvernement indien a subventionné ces efforts, la plupart du temps en payant 50 % ou plus de la prime du marché. Malgré cela, la souscription au produit a été relativement faible, moins de 8 % de tout le bétail assurable étant couverts (indiastat.com, 2010). Parmi les raisons citées de tels résultats, on compte une mise en œuvre médiocre et une distribution limitée, l'incapacité ou la réticence à payer, et une sensibilisation limitée au produit.

Ce modèle de soutien gouvernemental se reflète dans d'autres pays en voie de développement dans des programmes d'assurance Bétail. En Érythrée, le National Insurance Corporation of Eritrea (NICE), créé en 1993, a proposé une gamme de produits d'assurance subventionnés allant de l'assurance contre la maladie et les accidents vis-à-vis des actifs à diverses polices agricoles, y compris les pertes de bétail (Mohamed et Ortmann, 2005). La police d'assurance Bétail de NICE, limitée aux cheptels laitiers, indemnise les assurés contre les décès accidentels, la maladie, les affections et les épidémies. Avec une prime subventionnée de 4 % de la valeur d'une vache, l'indemnisation est limitée à 75 % de la somme assurée.

En dépit de la valeur d'actif élevée du bétail en Érythrée et des risques potentiels considérables en termes de mortalité, près de 10 ans après que le produit a été proposé, seuls 4,4 % des fermiers laitiers ont utilisé ses services (Mobae, 2002). Des études indiquent qu'une telle faiblesse de la demande s'explique par une couverture NICE médiocre, un manque de compréhension du produit par les fermiers, et un produit mal élaboré (Mohamed et Ortmann, 2005).

Dans la République islamique d'Iran, où l'agriculture représente un quart du PNB de la nation et où 85 % de la main d'œuvre agricole est employée dans la production animale (Naeemi Nezam Abadi, 1999), l'assurance Bétail est proposée par l'Agriculture Bank détenue par l'état. Bien que le produit soit subventionné et qu'il y ait chez les clients ciblés une forte demande pour l'assurance Bétail, la souscription a été assez faible (Chizari et al., 2003). Le coût et les termes défavorables de la police, ainsi que des paiements lents et incertains des demandes d'indemnisation, ont été soulignés comme étant la cause du faible niveau d'acceptation (Chizari et al., 2003).

Le Vietnam a connu une expérience plus diverse et plus complète de l'assurance Bétail qu'en Érythrée et en Iran car le rôle de l'état a été plus marqué et l'assurance Bétail proposée comme produit autonome. Au Vietnam, tout comme en Inde, la logique derrière l'assurance Bétail était pilotée par la demande de crédit pour des achats de bétail. 60 % des ménages souscrivent actuellement à des prêts pour la production animale et 54 % de tous les prêts formels dans les zones rurales du Vietnam du nord, du centre et du sud sont destinés à l'élevage (Dufhues et al., 2004 ; Duong et Izumida, 2002). En tant que tel, il existe un besoin manifeste

pour une assurance Bétail afin de protéger les prêteurs contre le risque de défaillance.

Dufhues et al. (2004) ont étudié les contraintes et le potentiel des projets d'assurance Bétail au Vietnam en s'intéressant à 4 types de prestataires d'assurance : un produit d'assurance lié au crédit au sein d'une société d'état, un produit d'assurance lié au crédit proposé par un projet de développement, un contrat d'assurance Bétail pur proposé par une société d'état et enfin, une compagnie d'assurance privée. Ces efforts ont relevé plusieurs défis, y compris la faillite de la société d'état proposant des contrats de mortalité de bétail purs, et de grandes pertes rencontrées par la société d'état et le projet de développement proposant des produits liés au crédit. Dufhues et al. (2004) concluent que le manque de données disponibles sur la mortalité pour déterminer les primes avec précision, ainsi que la pression politique pour placer les primes de bas niveau, ont été les plus grands problèmes auxquels a été confronté le développement d'un marché d'assurance Bétail durable pour de petits exploitants au Vietnam.

Les progrès réalisés au Vietnam sont cependant prometteurs. L'initiative privée, strictement commerciale, a été menée par Groupama, l'une des principales compagnies d'assurance multi-branche en Europe avec une forte implication dans l'assurance agricole dans le monde. En septembre 2002, Groupama a commencé à proposer une assurance Bétail au Vietnam. Les premières années, Groupama a subi des pertes sur ce produit, puis la compagnie a développé son infrastructure d'extension, ouvert des magasins vétérinaires complémentaires pour apporter une assistance en matière de surveillance et de vérification, réalisé des opérations de collecte de données pour améliorer sa compréhension des risques, et révisé les termes de ses produits.

Des expériences similaires ont été menées par BASIX et IFFCO-Tokio en Inde. La mise en place réussie du produit par BASIX a constamment mené à une baisse de la mortalité et de la morbidité dans le secteur et à une assurance Bétail plus diffuse *(encadré 12.1).* Les premiers résultats émanant du produit axé sur la technologie de l'assureur indien IFFCO-Tokio donne l'espoir que l'assurance Bétail puisse être commercialement viable *(voir encadré 12.2).*

Encadré 12.1 **Stratégie de gestion des risques de l'élevage par BASIX, Inde**

BASIX, une institution de promotion des moyens de subsistance, propose une gamme complète de services financiers et non financiers pour aider les ménages pauvres. Intégré à des soins vétérinaires préventifs, son produit d'assurance Bétail garanti par Royal Sundaram couvrait 26 129 têtes de bétail au 31 mars 2008. L'une des principales innovations de processus était que la certification de la valeur et de la santé des animaux étaient déléguée au personnel de terrain de BASIX. Cela a réduit les coûts de transaction car aucun vétérinaire n'était impliqué, de sorte que le produit pouvait être proposé à un prix moindre. Le manque de connaissances techniques a été surmonté par la formation du personnel. On est également parti du principe que même si le personnel de BASIX faisait quelques erreurs, les avantages de cette solution seraient supérieurs aux coûts, qui étaient précédemment générés par des services vétérinaires de mauvaise qualité et susceptibles de générer des fraudes.

Pour réduire le risque de mortalité, le personnel de terrain fournit des services vétérinaires préventifs aux titulaires de contrat. D'autres caractéristiques du produit incluaient une période d'attente de 10 jours à partir de la date d'étiquetage, 100 % de la somme assurée, une souscription par la compagnie d'assurance reposant sur la transmission de données électroniques par BASIX, et une remise sur les primes pour plusieurs animaux (5 % pour 2 animaux, 10 % pour 3 ou plus). Ces dispositifs ont amélioré la proposition de valeur faite aux fermiers, et réduit le risque moral et de fraude.

Source : d'après BASIX, 2011.

Avant de présenter certaines des innovations en matières de processus et polices permettant de tirer parti d'une assurance Bétail, la section suivante décrit plus en détail certaines des difficultés qui doivent être surmontées.

12.3 Difficultés dans l'offre d'une assurance Bétail

L'assurance Bétail est un segment relativement petit du marché, représentant 4 % de toutes les primes d'assurance agricole émises dans le monde entier (Iturrioz, 2009). Les observations indiquent un potentiel énorme mais une pénétration très faible de ce marché, ce qui implique que l'assurance Bétail est trop coûteuse ou n'est pas conçue pour satisfaire les besoins spécifiques de la clientèle cible. Ces problèmes, coût élevé des primes ou produits mal conçu, sont le résultat d'une série d'obstacles dans toute la chaîne logistique.

Comme beaucoup d'autres produits d'assurance, l'assurance Bétail est touchée par le double problème du risque moral et de la sélection adverse, qui repose

sur des informations asymétriques entre assureur et assuré. Des techniques d'identification inefficaces, des méthodes coûteuses de vérification des demandes d'indemnisation, et un manque d'évaluation standard facilitent considérablement la fraude endémique dans le secteur. Dans certaines parties de l'Inde, les assureurs craignent qu'une partie substantielle des demandes d'indemnisation en assurance Bétail ne soit frauduleuse, comme l'indique le taux de mortalité élevé dans les zones assurées (Sharma, 2010). Pour réduire les pertes dues au risque moral et à la sélection adverse, les assureurs recourent à des contrôles plus sévères qui augmentent non seulement les coûts des primes mais rendent également difficile leur acquittement, ce qui décourage les souscriptions. Il existe un sérieux besoin d'améliorer les processus de vérification et de surveillance pour briser la spirale de fraude et de faible souscription.

L'assurance Bétail, en particulier les produits ciblant les populations de petits exploitants en zones rurales, est considérée comme un produit difficile du point de vue de la transaction pour les raisons suivantes :

- **Surveillance et vérification :** Pour lutter contre les demandes d'indemnisation frauduleuses, les assureurs doivent nommer leur propre vétérinaire, ou tout autre agent compétent, pour l'étiquetage, l'évaluation et le calcul des risques. La vérification d'une perte dans des zones rurales éloignées pour 1 à 2 animaux assurés représente un coût de transaction considérable comparé au flux de revenu provenant du client particulier.
- **Évaluation des animaux :** La valeur du bétail est étroitement liée à son âge, sa santé et sa capacité de production. En raison de la diversité des races dans différentes zones géographiques avec différents modèles d'alimentation, les assureurs trouvent difficile d'évaluer la valeur correcte et hésitent donc à pénétrer ce marché.
- **Identification des animaux :** Les assureurs doivent évidemment savoir quels animaux ils assurent ; cependant, les techniques d'identification médiocres augmentent sensiblement le problème de risque moral et affectent par conséquent la détermination du prix du produit.
- **Coût d'exploitation élevé :** Les processus d'exploitation liés à l'émission de polices et au règlement des demandes d'indemnisation peuvent exiger beaucoup de main-d'œuvre, et être par conséquent onéreux.
- **Incidence élevée des demandes d'indemnisation frauduleuses :** Les pratiques frauduleuses sont endémiques en assurance Bétail en raison des méthodes d'identification fragiles.
- **Absence de détermination actuarielle des prix :** Il est difficile de réaliser une conception efficace dans un environnement manquant de données pour faire des conjectures probabilistes crédibles et déterminer convenablement le prix des produits d'assurance. Par conséquent, la souscription devient difficile quand le titu-

laire de contrat ne peut ou ne dévoile pas l'état de santé et l'historique corrects des animaux.

– **Systèmes complémentaires pour la réduction des risques :** La plupart des services d'aide à l'élevage tels que la saillie naturelle ou l'insémination artificielle, la vaccination et le déparasitage sont sensibles au facteur temps. Les institutions gouvernementales ne peuvent pas toujours les fournir à temps en raison de contraintes financières et bureaucratiques. Bien que le gouvernement comprenne qu'il existe un besoin impérieux d'améliorer les secteurs de production animale et laitière, les efforts peuvent se disperser au point que l'on n'obtient pas les effets positifs souhaités. Ainsi, de nombreux obstacles restent non surmontés, probablement en raison de la nature publique des interventions sanitaires auprès des animaux.

Bien que les obstacles du côté de l'offre présentent les plus grands freins à un marché durable pour l'assurance Bétail, les considérations relatives à la demande doivent également être prises en compte. Les défis liés à la demande en matière d'assurance Bétail ne sont pas très différents de ceux d'autres produits d'assurance. L'incapacité ou la réticence à payer, couplée à une connaissance limitée du produit, empêche le développement de l'assurance Bétail.

12.4 Catalyser le marché : innovations pour rendre l'assurance Bétail viable

En dépit de ces défis importants pour atteindre viabilité et facteur d'échelle, certaines innovations émergent, permettant de contourner les obstacles identifiés. Comme expliqué ci-après, certains développements récents dans la conception des produits, les méthodes d'identification, les processus d'exploitation, les modèles institutionnels, la technologie et les subventions peuvent préparer le terrain pour l'expansion d'une assurance Bétail viable.

Expansion de la couverture des risques du produit

Les couvertures doivent être plus complètes pour les soins du bétail. La plupart des produits pour bétail couvrent la mortalité et ses diverses causes, mais l'assurance peut être plus attractive si elle couvre plus que le risque de mortalité et essaie de se transformer progressivement en une « couverture de productivité ». La productivité (par exemple les taux de lactation ou la fréquence de vêlage) peut être affectée par la maladie, des extrêmes climatiques et d'autres facteurs qui entraînent des bouleversements considérables des revenus pour les populations pauvres. Bien qu'une plus grande couverture des risques signifie des primes plus élevées et abaisse ainsi la demande des ménages ayant des liquidités limitées, les primes pour de tels produits pourraient être rendues plus attractives si on les intégrait dans des stratégies de réduction des risques afin de maîtriser le risque global et d'aider les ménages à tirer profit de l'arrangement.

Méthodes d'identification améliorées

Diverses méthodes d'identification ont été testées sur le marché avec des compromis intéressants entre les coûts et l'efficacité *(voir tableau 12.3).* Comme illustré dans l'exemple d'IFFCO-Tokio *(voir encadré 12.2),* l'amélioration rapide de la technologie en matière d'identification et de suivi du bétail peut aider à surmonter l'une des plus grandes difficultés pour l'assurance Bétail. L'identification par radiofréquence (IDRF) facilite non seulement l'identification, mais a également d'autres applications importantes, telles que la capacité à collecter et à stocker facilement des données appropriées. Dès que la technologie IDRF aura permis de générer et d'enregistrer des données suffisantes, il deviendra plus facile de mettre en application des mesures de réduction des risques et de suivre les maladies que dans le passé. Les technologies permettant d'aider à identifier et suivre les caractéristiques physiologiques des animaux nécessitent d'être davantage analysées de sorte que leurs coûts et avantages puissent être évalués. En temps voulu, la réduction des coûts, un plus grand rendement et la capacité à fournir des informations des systèmes d'identification et de suivi du bétail reposant sur la technologie réduiront les dépenses de surveillance et abaisseront l'incidence de la fraude. Cela devrait permettre une réduction considérable des primes.

Tableau 12.3 **Comparaison des différentes techniques d'identification du bétail**

Problème/-stratégie	*Distance de lecture*	*Facilité de la lecture*	*Conservation*	*Facilité d'application*	*Coût*
Étiquette en métal	Pouces	Variable	Faible	Facile	< 0,01 $US
Marquage	Pieds	Bonne (si touj. visible)	S'efface avec le temps	Difficile	Bon marché
Tatouage	Quelques mètres	Faible	S'efface avec le temps	Difficile	Bon marché
Entaille à l'oreille	Pieds	Difficile	Longue	Difficile	Bon marché
Motif en couleur	Mètres	Difficile	Longue	n. disp.	Bon marché
Code à barres	Pouces	Variable	Bonne à moyenne	Facile	Bon marché
IDRF (implant)	Pouces à pieds	Facile	Bonne à moyenne	Légèrement difficile	1 $US à 4 $US (selon le volume)
IDRF (extérieur)	Pouces à pieds	Facile	Bonne à moyenne	Facile	1 $US à 4 $US (selon le volume)
Test d'ADN	n.a.	Test en laboratoire	À vie	Un test prend du temps	Très cher
Formation d'image rétinienne	Pouces à pieds	Facile	À vie	Installation d'équipement	Pas beaucoup utilisé
Identification du museau	Pouces	Exige de l'expertise	Bonne	Précautions pour prendre l'empreinte du museau	Encore à l'étape expérimentale

Source : d'après la comparaison des dispositifs d'identification et systèmes de numération des animaux, 2010.

Processus améliorés

Les exemples d'IFFCO-Tokio et de BASIX décrits dans ce chapitre soulignent tous deux l'importance de redéfinir la participation des vétérinaires dans les processus d'assurance Bétail. Il existe un risque important de complicité entre les vétérinaires et les fermiers et même d'autres intermédiaires impliqués dans la chaîne de valeurs, tels que les prêteurs. Par conséquent, les 2 projets utilisent leurs propres vétérinaires et personnel de première ligne pour assurer certaines des tâches vétérinaires.

Encadré 12.2 **Amélioration de la viabilité de l'assurance Bétail chez IFFCO-Tokio**

IFFCO-Tokio est train de tester un modèle d'assurance Bétail pour réduire la fraude en utilisant un dispositif d'identification basé sur la technologie IDRF. Entre août 2008 et mars 2010, près de 15 000 têtes de bétail étaient assurées. Bien que le projet en soit toujours à l'étape pilote, le taux de demandes d'indemnisation plus faible (42 %), ce qui représente moins d'un cinquième du taux de demande d'indemnisation avec les étiquettes traditionnelles à l'oreille, suggère que la nouvelle technologie fonctionne.

Le changement de processus lancé par IFFCO-Tokio en raison de la technologie est peut-être plus important encore que cette dernière. IFFCO-Tokio surveille maintenant l'étiquetage de chaque nouvel animal, réduisant la possibilité de demandes d'indemnisation déposées pour des animaux non assurés. Il reste encore une résistance visible à la nouvelle technologie de la part du personnel des banques et des vétérinaires, qui n'ont maintenant plus la possibilité de faire des demandes d'indemnisation frauduleuses. Contrairement aux problèmes précédents, le produit concernant le bétail piloté par IDRF est bien accepté par les clients. D'une façon générale, les propriétaires de bétail acceptent la nouvelle technologie car l'inscription et les processus de demandes d'indemnisation sont clairs, et la technologie n'augmente pas le stress du bétail. Certains ont même indiqué qu'ils préféraient l'IDRF à l'étiquette extérieure parce qu'elle protégeait leur vie privée, les voisins ne sachant pas qu'ils ont eu recours à un prêt pour acheter l'animal.

Source : d'après le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT, 2011a.

Assurance indicielle

L'assurance indicielle est une innovation prometteuse qui a gagné de l'importance au cours des 10 dernières année et donné naissance à de nombreux produits pilotes à travers le monde *(voir chapitre 11).* Les produits d'assurance indicielle pourraient être particulièrement appropriés étant donné l'exposition croissante

des ménages à faible revenu à des risques liés au climat *(voir chapitre 4).* La création de marchés d'assurance pour des événements qui peuvent être calculés avec précision et liés à un indice bien défini a de plus en plus le vent en poupe afin de mettre les avantages de l'assurance à la portée des populations pauvres (Banque mondiale, 2005 ; Skees, 2008 ; Hazell et al., 2010).

Bien que généralement liée à l'assurance Récoltes, l'assurance indicielle peut également être adaptée pour la couverture du bétail *(voir tableau 12.4).* Cette technologie réduit nettement les coûts de transaction et par conséquent peut aider à rendre un produit rentable. L'assurance indicielle aide également à réduire le risque moral et le problème de sélection adverse. Cependant, tout cela se fait aux dépens du risque de base ; il peut donc y avoir un écart entre le paiement de l'assurance et les pertes réelles du fermier.

Tableau 12.4 **Expériences en matière d'assurance Bétail indicielle**

Pays	*Projet ou type d'assurance*	*Caractéristiques importantes*	*Prestataire de service*
Mongolie	Couverture en cas de décès	Produit indiciel pour les populations migrantes pendant les hivers rigoureux, basé sur les taux de mortalité historique	Détermination des niveaux de risque par les éleveurs, les assureurs et le gouvernement
Kenya	Couverture des événements catastrophiques comme la sécheresse, qui ont un impact sur le fourrage	Produit indiciel contre la sécheresse et d'autres phénomènes météorologiques en utilisant le NDVI	Piloté par des assureurs privés avec le soutien de l'Institut international de recherche sur l'élevage

La Mongolie a été le premier pays à piloter un produit d'assurance Bétail indiciel, qui couvrait les pertes substantielles dues aux hivers extrêmes *(voir encadré 12.3).* En janvier 2010, le second produit d'assurance Bétail indicielle a été lancé dans le district de Marsabit, dans le nord du Kenya, et visait à fournir une couverture d'assurance pour la mortalité du bétail due à un manque prolongé de fourrage (Mude et al., 2010). L'indice de Marsabit découle d'un indice de végétation par différence normalisé (NDVI) obtenu par satellite qui récapitule l'état de disponibilité du fourrage sur le parcours. Plus de 1 000 têtes de bétail ont été assurées pendant la période allant jusqu'à mai 2011.

Les 2 projets sont toujours en phase expérimentale et ont besoin d'ensembles de données pour prouver leurs succès. De plus, l'assurance Bétail indicielle pourrait être efficace dans les zones semi-arides mais son application à des zones de production agricole multi-activités plus complexe ne pourrait pas être possible. L'étude n'a toujours pas attesté l'efficacité de cette solution si aucune subvention n'est reçue du gouvernement.

Modèle basé sur la communauté

Bien qu'il y ait peu d'expériences dans le monde pour tester et vérifier les modèles basés sur la communauté pour le bétail, leurs avantages potentiels ne peuvent pas être négligés. Le projet de protection du bétail (Livestock Protection Scheme, LPS) fonctionnant dans l'Andhra Pradesh, en Inde, en est un exemple. Le programme a réussi à réduire la fraude grâce à la surveillance et la vigilance de la communauté (Sharma et Shukla, 2010). Le programme est parvenu à garder les coûts totaux de livraison au plus bas et à atteindre une portée significative *(voir tableau 12.5).* Une étroite surveillance avec une forte propriété de la communauté a généré une baisse de la fraude, contribué à instaurer une certaine confiance entre les membre de la communauté et joué un rôle-clé dans l'augmentation de l'inscription. Cependant, le projet est auto-assuré, ce qui pourrait devenir un problème en cas d'augmentation de la mortalité et, comme avec beaucoup de projets basés sur la communauté, il pourrait se heurter à des problèmes de gouvernance à plus grande échelle.

Encadré 12.3

Couverture Bétail indicielle en Mongolie

En 2005, la Banque mondiale a été invitée à aider le gouvernement de Mongolie avec un programme d'assurance Bétail. Puisqu'il était clair qu'il serait impossible de mettre en application un projet traditionnel effectuant une évaluation de la perte d'animaux dans le vaste espace de la Mongolie dans les conditions hivernales rigoureuses, des méthodes alternatives pour mesurer les pertes de bétail ont été recherchées. La Mongolie effectuait un recensement des animaux chaque année en décembre depuis le début des années 1920, ce qui a fourni des évaluations des taux de mortalité des animaux par espèce et par *soum* (zone rurale). Il a été proposé d'utiliser ces données comme base pour calculer les primes d'un nouveau programme d'assurance. Les assureurs et autres intervenants ont compris que des primes basées sur les taux de mortalité au niveau des *soum* encourageraient les éleveurs à travailler dur afin de protéger leurs animaux dans des conditions hivernales sévères.

Le but de l'assurance Bétail indicielle (IBLI) est de fournir une couverture pour les événements catastrophiques de mortalité de bétail dans une région, en reconnaissant que des risques de mortalité de bétail individuels plus faibles sont mieux traités par des stratégies appropriées de gestion des risques au niveau du ménage. L'IBLI pilote implique un partenariat public-privé avec un produit d'assurance commercial, le produit d'assurance de base (BIP), et un produit de réponse aux sinistres (DRP) pour dédommager les éleveurs en cas de pertes majeures de bétail. Le BIP paie quand les taux de mortalité de bétail des *soum* dépasse 6 %. Les pertes supérieures à 30 % sont gérées par le DRP et payées actuellement à l'aide d'un prêt d'urgence de la Banque mondiale, dans le but de

transférer le financement au gouvernement de Mongolie une fois la phase pilote terminée. Ainsi, l'exposition commerciale (BIP) est réservée à la couche comprise entre 6 et 30 % de mortalité et la composante sociale (DRP) aux pertes dépassant 30 % de mortalité. Les éleveurs peuvent choisir le montant assuré sur la base d'une valeur cumulée de tous leurs animaux pour l'espèce donnée. Le plus souvent, les éleveurs assurent environ 30 % de la valeur estimée de leurs animaux.

De manière générale, l'IBLI a dépassé les objectifs de performance qui avaient été développés au début du projet. Quatre compagnies d'assurance y participent actuellement. En 2006, 2 400 polices ont été vendues, plus de 3 700 polices ont été vendues en 2007 et 4 100 polices ont été vendues en 2008, ce qui représente 14 % des éleveurs dans les provinces pilotes. En 2008, après des pertes de bétail élevées, 340 000 $US ont été versés à 1 783 éleveurs. Tous les systèmes de financement ont fonctionné comme prévu ; un petit montant a été prélevé sur la facilité d'emprunt d'urgence. Les prêteurs ont offert des taux d'intérêt plus bas et de meilleurs termes de prêt aux éleveurs assurés, et l'institut statistique national a réussi à mettre en œuvre un recensement en milieu d'année pour faciliter des versements opportuns, la plupart des pertes se produisant au cours des 5 premiers mois de l'année.

Source : d'après GlobalAgRisk, 2009.

Tableau 12.5 **Paramètres des performances du LPS, Andhra Pradesh, Inde**

	2006 à 2007	*2007 à 2008*	*2008 à 2009*	*2009 à 2010*
Inscription	3 519	4 756	48 675	90 035
Demandes d'indemnisation reçues	96	120	327	–
Pourcentage de demandes d'indemnisation	2,73	2,52	0,67	–

Source : LPS, DRDA, Gouvernement de l'état d'Andhra Pradesh, Inde, 2011.

Subventions intelligentes

Comme les coûts de transaction sont élevés et que la capacité à payer est faible, les gouvernements peuvent avoir besoin d'intervenir pour catalyser l'assurance Bétail. Ils le font souvent en allouant des subventions générales aux assureurs publics ou sous la forme de primes réduites payées aux assureurs privés. Bien que le besoin de subventions pour soutenir les idées naissantes pouvant apporter des avantages en matière d'aide sociale soit évident, leur application a souvent consisté en des incitations ad hoc modératrices pour l'innovation, et été considé-

rée comme la source des nombreuses tentatives manquées pour offrir une assurance Bétail. En outre, comme mentionné ci-dessus, les divers programmes gouvernementaux ont démontré que les subventions directes n'avaient pas aidé à augmenter la couverture, conduisant en revanche à une stagnation du développement des produits.

Il y aurait lieu d'utiliser des subventions « intelligentes » bien ciblées qui pourraient aider à accélérer le développement de l'assurance Bétail, basées sur les principes d'un marché concurrentiel :

- **Au niveau producteur/fermier :** Les subventions peuvent être employées comme des réductions de prime pour les éleveurs qui pratiquent une production avec réduction des risques. Cela aidera à atteindre les objectifs d'enseignement des pratiques de réduction des risques en récompensant ceux qui s'engagent dans ces pratiques par des réductions, et en abaissant les primes générales par le biais d'une réduction de l'exposition réelle au risque.
- **Au niveau intermédiaire :** Lorsque les instances fédératrices aident à mettre en commun les risques et à réduire les coûts de transaction, les subventions pourraient se présenter sous forme de coûts fixes pour créer les processus commerciaux nécessaires. Les intermédiaires peuvent également être encouragés à fournir des données ou d'autres services pouvant aider les assureurs à travailler plus efficacement à moindre coût.
- **Au niveau des assureurs :** Des subventions de prime pourraient être données aux compagnies d'assurance, mais elles devraient régulièrement faire des offres pour ces subventions dans un système ouvert et transparent permettant l'entrée de nouveaux concurrents. L'allocation de subventions de prime pourrait également être accompagnée de conditions auxquelles les compagnies d'assurance devraient adhérer, comme des contrats de performances, pour conserver l'activité.

L'allocation de subventions peut réduire les primes, stimuler la demande et améliorer l'innovation dans la conception de contrat en augmentant l'information, ce qui réduit la fuite due à la fraude et permet d'offrir des réductions de primes aux clients qui prennent d'autres mesures de réduction des risques. Cependant, comme le montre l'étude de cas de PICC *(Encadré 12.4),* même si les subventions peuvent rendre le produit plus accessible, cela pourrait ne pas suffire à stimuler la demande.

Encadré 12.4 **Un paiement de la prime après l'échéance ?**

PICC, un assureur public en Chine, en collaboration avec les services gouvernementaux d'extension de l'agriculture, pilote depuis 2005, dans la province du Sichuan, un produit d'assurance volontaire pour les porcs. Le gouvernement local verse une subvention de 40 % pour la prime, qui est fixée à un taux accessible de 10 RMB (1,50 $US) par animal. La demande d'assurance demeure faible même lorsque les primes sont fortement subventionnées. Les ventes ont stagné à un niveau de 200 000 porcs couverts chaque année, ou 20 à 25 % de tout le marché.

Les contraintes en termes de liquidité et un manque de confiance envers les assureurs jouent un rôle important dans la faible souscription de micro-assurance. Pour surmonter ces problèmes, des chercheurs de l'International Center for Agricultural and Rural Development Institute (ICARD) de Pékin et de l'International Food Policy Research Institute basé aux États-Unis sont en train de tester un autre dispositif de collecte de primes selon lequel les fermiers pourront reporter le paiement jusqu'à la fin de leur période assurée. Les fermiers qui se sont inscrits au programme pilote en 2011 ont reçu un bon d'assurance attestant qu'ils avaient une assurance couvrant les porcs. Ce contrat permet aux fermiers de bénéficier de l'assurance en dépit du problème de confiance et des contraintes en termes de liquidité auxquels ils sont confrontés. Les non-paiements de primes devraient être limités par l'agrément à l'assurance pour la période suivante, ainsi que par la participation des services d'extension gouvernementaux dans le projet.

Source : d'après le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT, 2011c.

12.5 Conclusion

Pour de nombreux petits éleveurs, la production animale offre une voie crédible pour sortir de la pauvreté. Cependant, pour pouvoir participer efficacement à la révolution de l'élevage et profiter de ses avantages attendus, ils doivent avoir accès aux méthodes de gestion des divers risques liés à l'élevage et à au marketing.

L'assurance Bétail a le potentiel d'aider de nombreux éleveurs à gérer les risques de production auxquels ils sont confrontés. Cependant, malgré sa promesse, la mise en place de l'assurance Bétail pose de nombreux problèmes. L'offre d'assurance Bétail est entravée par les difficultés d'identification et de suivi du bétail assuré et le coût substantiel, pour les petits exploitants, de la vente dans des régions reculées. Cela entrave naturellement la conception de polices intelligentes. Catalyser l'offre exigerait d'utiliser des innovations en nouvelles technologies de l'information réduisant la fraude et les coûts de livraison. Il est important de préciser que,

dans le marché distordu actuel, la demande reste également un gros problème en raison du manque de sensibilisation et de la réticence à payer la prime.

Des solutions peuvent être développées pour améliorer les marchés de l'assurance Bétail dans le monde entier. L'application de modèles indiciels et basés sur la communauté pour l'assurance Bétail vaut certainement la peine d'être davantage explorée. De meilleures stratégies marketing et une motivation des agents d'assurance pour vendre les produits d'assurance Bétail aideront certainement à stimuler la demande. De nouvelles technologies telles que l'IDRF et le NDVI sont en cours de test. Enfin, le secteur de l'assurance Bétail peut avoir pour objectif d'élaborer des systèmes de gestion du bétail solides. La réduction des risques et les systèmes de transfert des risques devraient être intégrés de sorte que les performances générales du secteur de l'élevage puissent être améliorées.

En dépit des premiers échecs dans l'offre d'assurance Bétail, un environnement institutionnel et infrastructurel plus favorable, des améliorations technologiques dans la conception et la livraison, ainsi qu'une demande croissante, sans parler des perspectives tirées des expériences précédentes, laissent espérer une assurance Bétail commercialement viable et augmentant le bien-être. Même si des subventions peuvent être nécessaires, les arguments en faveur d'une assurance Bétail subventionnée comme filet de sûreté pour la production afin de faciliter la participation des populations pauvres dans la production animale et le marketing pourraient être convaincants.

V L'assurance et le marché des personnes à faible revenu

13 La psychologie de la micro-assurance : de petits changements peuvent faire une différence étonnante

Aparna Dalal et Jonathan Morduch

Les auteurs ont bénéficié de la collaboration de Catherine Burns et Jonathan Bauchet ; leurs travaux de recherche et leurs écrits ont contribué à l'élaboration de ce chapitre. Ils ont reçu des commentaires utiles de : Jeremy Leach (Hollard), Denis Garand (DGA), Job Harms (Université Libre d'Amsterdam), Karlijn Morsink (Université de Twente) et un réviseur anonyme. Par ailleurs, ils sont reconnaissants à l'AIG et à la Bill & Melinda Gates Foundation, via la Financial Access Initiative, du soutien financier qu'elles leur ont apporté.

Quiconque s'est battu pour respecter une échéance, pour aller jusqu'au bout d'un régime alimentaire ou pour économiser en vue d'un achat important sait combien il peut être difficile de transformer une intention en action. Bon nombre d'entre nous se battent lorsque la tentation est proche, les problèmes de demain semblent loin et les choix sont complexes. Ces réalités commandent le domaine de l'économie comportementale, la branche de la recherche qui intègre les leçons de la psychologie et des sciences économiques pour comprendre davantage la manière dont les gens prennent des décisions.[1]

Les idées de l'économie comportementale transforment la compréhension de la prise de décisions financières. Une leçon importante est que de petits changements dans la conception des produits et dans le marketing peuvent parfois faire une différence étonnante quant à l'utilisation des produits financiers.

Ce chapitre intègre les idées de l'économie comportementale et les résultats de la recherche en laboratoire et sur le terrain pour décrire de nouvelles perspectives sur la façon dont les ménages pensent en matière de pertes et de gains, jaugent les compromis présents et futurs, se battent pour rester maîtres d'eux-mêmes et sont influencés par la manière dont les choix sont formulés. Ces perspectives peuvent aider les assureurs à améliorer la conception des produits, le marketing, l'éducation, la tarification et la souscription en matière d'assurance. Ce chapitre énonce des possibilités et décrit des exemples, à partir de la micro-assurance et de contextes plus larges, pour montrer les façons pratiques dont les idées comportementales pourraient être utilisées pour élargir l'accès à l'assurance.

13.1 De petits changements peuvent faire une différence étonnante

Le secteur de la micro-assurance s'est développé ces dernières années, mais les défis quant à l'offre et la demande restent importants. Les prestataires cherchent

[1] Pour une large introduction à l'économie comportementale, voir Thaler et Sunstein (2008) ; pour des perspectives critiques, voir Rubinstein (2006) et Güth (2007).

des moyens pour abaisser les coûts de transaction, développer les canaux de distribution appropriés, adopter de nouvelles technologies et améliorer les structures organisationnelles. Ces prestataires se rendent également compte qu'augmenter la demande et créer une culture de l'assurance dans les communautés vulnérables exigera des changements d'attitudes et d'opinions qui peuvent prendre du temps *(voir le chapitre 14).*

Le présent chapitre présente les changements simples, les petits ajustements que les assureurs et les canaux de distribution ont la possibilité d'opérer et qui peuvent avoir un impact significatif sur la façon dont les gens comprennent l'assurance, sur le fait qu'ils y souscrivent ou non, et sur la manière dont ils utilisent les produits d'assurance.

Pour influer sur les décisions, les organismes doivent : 1) comprendre comment les décisions sont prises ; 2) comprendre le contexte et les « construits » avec lesquels les ménages pauvres fonctionnent ; et 3) évaluer les facteurs qui empêchent de passer à l'action (Mullainathan et Shafir, 2009).

Les choix que nous faisons sont fonction à la fois de nos caractéristiques personnelles et des contextes dans lesquels nous opérons. Traditionnellement, les économistes n'ont pas prêté beaucoup d'attention au pouvoir du contexte, se concentrant plutôt sur les caractéristiques inhérentes et personnelles des décideurs. Cependant, la recherche expérimentale prouve que les facteurs situationnels peuvent influer sur l'action d'une personne de manière importante, les gens se comportant parfois très différemment quand les circonstances externes sont modifiées.

Une autre leçon primordiale de l'économie comportementale est le rôle du « construit ». Les gens ne traitent pas toujours l'information et les choix d'une manière « objective ». L'information est plutôt perçue, interprétée et traitée, à partir non pas de l'état réel du monde mais de notre représentation mentale des options (Mullainathan et Shafir, 2009). Par conséquent, la manière dont les choix sont formulés peut avoir une importance considérable. Le simple fait de fournir une information n'est pas suffisant – il est important de comprendre comment cette information sera traitée.

13.2 Stratégies

Cette section passe en revue 8 ajustements situationnels qui peuvent influer sur le comportement et explore comment la formulation peut influer sur les décisions des gens pour souscrire à une assurance et l'utiliser.

13.2.1 Faire simple

Quand les gens prennent des décisions, ils évaluent les options disponibles et choisissent celle qu'ils aiment le mieux. Les économistes ont longtemps cru que les gens « rationnels » apprécient d'avoir des options ; plus ils ont de possibilités différentes pour faire leur choix, plus cela leur convient. Si la théorie économique traditionnelle s'appuie sur cette vision des choses, l'économie comportementale, elle, offre une vue différente.

Tout d'abord, la recherche en économie comportementale a montré qu'ajouter des choix peut apporter beaucoup plus que de proposer davantage d'options ; la nature même des choix à faire peut s'en trouver changée. Cela fait porter l'attention sur « l'architecture des choix ». L'architecture des choix est le contexte dans lequel une décision est prise et, en particulier, comment les options sont présentées ou formulées. L'attention est portée sur les options disponibles et, de façon critique, sur la manière dont les options disponibles sont perçues.

Les différences de formulation peuvent être subtiles, mais elles sont importantes. Les options peuvent être présentées seules ou en comparaison avec autre chose, et la nature et le nombre des alternatives disponibles pour faire la comparaison.

Prenons un exemple tiré des ventes de magazines, qui présente certaines analogies avec les assureurs vendant une gamme de produits combinés. Ariely (2009) relate une expérience dans laquelle on a proposé des abonnements de magazines à des gens. Deux listes d'options d'abonnement ont été présentées à ces gens. La première liste incluait 3 articles : en ligne seulement pour 59 $US, imprimés seulement pour 125 $US, et la combinaison « imprimés + en ligne » pour 125 $US. La deuxième liste incluait 2 articles : en ligne seulement pour 59 $US, et « imprimés + en ligne » pour 125 $US. Dans la première liste, le choix « imprimés seulement » est non pertinent du point de vue de la théorie économique tradition-nelle : cela coûte autant que « imprimés + en ligne » mais ce dernier choix produit plus de valeur. Cependant, il arrive que le fait d'inclure l'option « non pertinente » influe fortement sur le choix fait par les gens : 84 % des gens auxquels on a demandé de choisir une option d'abonnement dans la première liste ont choisi l'option « imprimés + en ligne », alors que seulement 32 % ont fait ce choix dans la deuxième liste. En d'autres termes, le fait d'inclure un article non pertinent dans la liste des options d'abonnement a augmenté de plus de 160 % l'adoption du produit cher.

L'exemple n'a pas pour but de montrer comment manipuler les clients pour les amener à acheter des produits chers. Mais il s'agit de montrer comment les différentes combinaisons des options peuvent déplacer l'attention des clients, souvent par inadvertance. Les assureurs peuvent tester des combinaisons d'options afin que l'attention des clients reste portée sur les options les plus significatives.

Ensuite, la preuve est donnée que, lorsque les gens sont confrontés à un excès d'options, ils peuvent éprouver des sentiments de conflit et d'indécision susceptibles de mener à la procrastination ou à l'inaction. Ce phénomène, appelé

« surabondance des choix », peut être un réel problème quand il se présente entre les gens et les décisions importantes qu'elles veulent ou doivent prendre. La solution n'est pas d'éliminer tous les choix, mais de reconnaître que trop de choix peut mener à l'inaction, à l'opposé des résultats désirés. En micro-assurance, il faut avoir à l'esprit que les choix typiques ne sont pas simplement le fait de choisir entre aucune couverture d'assurance et des produits de micro-assurance formels, mais qu'ils peuvent également inclure une gamme de mécanismes informels que les ménages pauvres utilisent pour se protéger contre le risque (Collins et autres., 2009).

L'existence d'un effet de surabondance de choix est soutenue par la preuve expérimentale. L'exemple le plus connu est une expérience menée dans une épicerie de Californie. Des commerçants ont proposé à des clients de goûter un choix de confitures. Parmi ceux qui se sont arrêtés pour goûter la confiture, les clients étaient davantage enclins à acheter un pot quand on leur a présenté 6 choix que quand on leur a demandé de choisir entre 24 confitures (Iyengar et Lepper, 2000). L'idée de la surabondance des choix a été contestée (par exemple Scheibehenne, 2008 ; Greifeneder, 2008), mais sa pertinence eu égard aux choix financiers mérite que l'on s'y intéresse. L'idée de la surabondance des choix intervient par exemple dans les décisions en matière d'épargne. Aux États-Unis, beaucoup de gens peuvent épargner pour la retraite au moyen de comptes d'épargne partiellement défiscalisés auxquels ils ont accès par le biais de leur employeur. La souscription à de tels comptes peut cependant être complexe : elle implique de choisir la part du salaire à épargner et la manière d'investir l'argent épargné parmi de nombreux produits financiers ayant différents profils de risque et rendements. Des chercheurs ont mis en application un mécanisme de Quick Enrolment™ qui permet à des employés de souscrire à un compte d'épargne à des taux de cotisation et des allocations d'actifs prédéfinis. Le choix est considérablement simplifié : il ne s'agit plus que de savoir si l'on veut épargner ou pas, le choix sur la somme à épargner et la manière de le faire étant occulté. En raison du mécanisme simplifié de Quick Enrolment™, les taux de participation chez les nouveaux employés d'une société réelle ont triplé (Choi et al., 2009).

Un autre exemple vient d'une expérience de terrain randomisée en Afrique du Sud. Bertrand et al. (2010) ont envoyé à d'anciens clients d'un organisme de prêt à la consommation des lettres de marketing direct pour un prêt. Ces lettres présentaient des variations aléatoires au niveau du contenu, y compris le taux d'intérêt annoncé, une référence au taux d'intérêt qualifié de spécial ou bas, des suggestions sur la manière d'utiliser le montant du prêt, une grande ou petite table d'exemples de prêts, et une comparaison avec le taux d'intérêt d'un concurrent. De façon générale, les auteurs ont constaté que le contenu de la publicité avait un effet significatif sur la souscription à un prêt. C'est notamment le nombre d'exemples présentés dans la lettre qui a influencé la décision des personnes de

souscrire à un prêt. Les emprunteurs potentiels qui ont reçu une lettre de marketing contenant un seul exemple de taux d'intérêt principal et d'échéance étaient davantage enclins à souscrire à des prêts, pas nécessairement avec les montants et les taux annoncés, que ceux qui ont reçu des lettres contenant plusieurs exemples. Pour l'organisme de prêt, c'est ce petit détail gratuit dans sa publicité qui a fait une vraie différence : l'effet estimé sur la souscription a été identique à celui d'une réduction de 25 % du taux d'intérêt.

Pour la micro-assurance, la simplicité est également importante au niveau du marketing. Les produits qui proposent diverses options de couverture ou des caractéristiques qu'il est possible d'ajouter ou de supprimer peuvent être si compliqués que les clients potentiels s'en détournent, même s'ils sont convaincants sur le papier.

13.2.2 Formuler l'idée de pertes

Un autre aspect de la formulation est le genre de message attaché à une décision. Des options peuvent être présentées avec un message positif : « Profitez de cette opportunité unique dans votre vie » ; ou un message négatif : « Ne manquez pas cette opportunité unique dans votre vie ».

La formulation concernant l'idée de gains et de pertes fournit un exemple de messages positifs et négatifs. Le marketing d'assurance peut véhiculer la même information de base en attirant l'attention sur l'avantage positif de la couverture face à un événement défavorable ou bien en accentuant la perte encourue par une personne non assurée confrontée au même événement. La théorie suggère qu'une formulation négative a plus d'impact qu'une formulation positive, et un certain nombre de signes montrent que les messages formulés à partir de l'idée de pertes induisent une plus forte demande que les messages formulés sur la base de l'idée de gains (voir Ganzach et Karsahi, 1995). Par exemple, des messages comme « Ne perdez pas vos biens ou l'argent que vous mettez de côté, souscrivez à une assurance pour être couvert en cas d'imprévus » pourraient conduire davantage de gens à souscrire une assurance qu'un message formulé positivement, tel que « Pour une plus grande tranquillité d'esprit, souscrivez à une assurance couvrant les imprévus ».

Le pouvoir des formulations reposant sur l'idée de pertes s'explique par le fait que l'invocation de pertes potentielles déclenche une « aversion vis-à-vis des pertes ». L'aversion vis-à-vis des pertes est bien documentée dans la littérature sur l'économie comportementale. Un ensemble de preuves expérimentales a montré que la perte associée à l'abandon de quelque chose est perçue comme étant plus grande que le gain associé à l'obtention de cette même chose (Kahneman et Tversky, 1979 ; Tversky et Kahneman, 1991). Le déséquilibre conduit à un « effet de dotation », ou à une préférence pour ce que l'on a déjà. En d'autres termes, quand nous possédons quelque chose nous pensons qu'elle a plus de valeur que d'autres ne le pensent.

List (2003) a recherché des preuves de l'effet de dotation. Il a sélectionné aléatoirement pour une étude des participants se voyant remettre une tasse, une confiserie en barre, les 2 ou ni l'un ni l'autre, et a ensuite étudié leurs préférences pour l'un ou l'autre des 2 articles. Les participants qui n'ont rien reçu ont été interrogés pour savoir laquelle de la tasse ou de la confiserie en barre ils aimeraient recevoir. De façon générale, ils n'avaient pas une forte préférence pour l'un ou l'autre de ces 2 articles courants de faible valeur, ils étaient attirés aussi bien par la tasse que par la confiserie en barre. Les participants qui ont reçu soit la tasse soit la confiserie en barre étaient cependant beaucoup moins enclins à échanger par la suite ce qu'ils avaient reçu contre l'autre article, ils étaient à peu près 4 fois plus enclins à quitter l'expérience avec l'article qu'ils avaient initialement reçu. C'est la « dotation » qui importait. En conséquence, dans le cas de l'assurance, les prestataires réussissent souvent en mettant l'accent sur la perte potentielle d'actifs existants.

13.2.3 Faciliter la maîtrise de soi

L'assurance, comme l'épargne, peut être vue comme un investissement produisant des flux futurs de trésorerie. Dans un monde parfaitement rationnel, les ménages considéreraient leurs besoins présents et futurs et mettraient en balance de façon optimale d'une part la consommation courante et d'autre part l'épargne et l'investissement pour l'avenir. Cependant, ce n'est pas le cas. La tentation de dépenser notre argent nous empêche aujourd'hui souvent d'atteindre nos objectifs d'investissement les plus stratégiques.

L'économie comportementale offre une explication aux problèmes de maîtrise de soi et de tentation. La notion « d'incohérence temporelle » est une des perspectives les plus importantes du domaine de la prise de décision financière. L'incohérence temporelle capture les situations dans lesquelles les gens ont des préférences à des moments différents qui sont en conflit l'une avec l'autre. Par exemple, les données expérimentales montrent que certaines personnes sont particulièrement impatientes en ce qui concerne la satisfaction de leurs besoins. Ainsi, même si ces personnes tiennent véritablement à épargner régulièrement pour l'avenir, ce projet sera difficile à maintenir car, à mesure que le temps passe, l'avenir devient le présent et la préférence à consommer prévaudra. Si on leur en donne l'occasion, certains changeront d'avis sur l'épargne. Cette tension est parfois appelée « préférence pour le présent » et elle peut réduire de la même façon la demande en matière d'assurance.

Les problèmes de maîtrise de soi, par exemple, rendent difficile le rassemblement des capitaux requis pour effectuer de gros paiements de primes à l'avance. En fait, le montant des primes est fréquemment mentionné comme un obstacle à la souscription d'une assurance. Une manière de faire face aux problèmes de maî-

trise de soi est donc de faciliter le paiement des primes d'assurance en permettant à des clients d'effectuer de petits versements plutôt que d'insister sur un gros paiement. Cette approche s'inspire d'autres outils financiers déjà utilisés par les pauvres. Les contrats de microcrédit et les projets d'épargne informels utilisent tous les 2 de petits paiements fréquents pour aider les pauvres à générer des sommes plus importantes. Il y a, naturellement, parfois des raisons économiques justifiant le paiement des primes à l'avance dans le contexte de la micro-assurance, mais il n'est pas surprenant que les praticiens demandent de plus en plus de petits paiements fréquents.

Une autre manière d'aborder les problèmes de maîtrise de soi est d'utiliser des procédés d'engagement. La théorie économique traditionnelle affirme que les gens préfèrent toujours la liquidité, ou l'option consistant à dépenser de l'argent à tout moment, dans le présent ou le futur. La recherche en économie comportementale montre cependant que les gens qui ont une préférence pour le présent peuvent aimer davantage les produits qui offrent une structure et imposent une discipline tels que les contrats d'épargne ou les polices d'assurance Vie mixtes *(voir chapitre 8),* qui limitent l'accès aux fonds jusqu'à une certaine date ou bien jusqu'à ce qu'un objectif d'épargne soit atteint.

La preuve expérimentale sur des contrats d'épargne montre qu'ils peuvent être puissants. Ashraf, Karlan et Yin (2006) ont mené une expérience sur le terrain pour tester l'efficacité d'un produit d'épargne contractuel proposé par la Green Bank de Caraga aux Philippines. Ils ont réparti aléatoirement les clients en 3 groupes et ont proposé les contrats d'épargne, appelés SEED, à l'un des groupes. Le deuxième groupe ne s'est rien vu proposer d'autre. Le troisième groupe a reçu de la publicité sur la valeur de l'épargne (mais aucun contrat d'épargne). Tous les groupes avaient également accès à un produit d'épargne standard sans aucune caractéristique d'engagement, et le compte SEED proposait le même taux d'intérêt que les comptes d'épargne standard de la Green Bank ; la seule différence était l'impossibilité pour ses détenteurs de retirer les fonds tant que leur objectif n'était pas atteint. Ce qui est apparu à beaucoup de gens comme une limitation du compte était considéré par d'autres comme un atout : certaines femmes identifiées comme ayant des problèmes d'autodiscipline potentiels étaient à hauteur de 15 points de pourcentage plus enclines à souscrire au compte SEED que d'autres femmes. Il n'y avait aucune différence pour les hommes. En outre, l'engagement a eu un net impact sur les soldes d'épargne. Au bout d'un an, l'épargne moyenne sur les comptes bancaires avait augmenté de 81 % pour les clients auxquels on a proposé un compte SEED, ce qui était sensiblement plus élevé que l'épargne dans l'autre groupe.

Ce type de mécanisme d'engagement peut aider les gens ayant des problèmes de maîtrise de soi à souscrire à une assurance. Par exemple, les prestataires d'assurance pouvaient proposer une option de pré-engagement pendant une saison

maigre pour la souscription à une assurance pendant la saison des récoltes suivante. La saison maigre est le moment où le besoin en assurance est ressenti comme très fort parce que les fermiers ne peuvent pas se permettre des imprévus onéreux, mais c'est également le moment où les fermiers n'ont peut-être pas les fonds pour prendre une assurance. Le pré-engagement à la souscription d'une assurance, comme l'exemple étudié par ICARD en Chine *(voir encadré 12.4)*, pourrait aider certains ménages qui veulent souscrire à une assurance mais ne peuvent pas éviter de dépenser l'argent qu'ils aimeraient réserver au paiement des primes.

À bien des égards, l'assurance elle-même est un dispositif d'engagement qui exige des gens qu'ils fassent des sacrifices d'une façon structurée dans le présent pour obtenir un avantage dans le futur. Les assureurs peuvent tirer profit de cette caractéristique lors de la commercialisation en mettant l'accent sur la notion d'engagement qui caractérisent les produits d'assurance.

13.2.4 Rendre « saillants » les besoins futurs

Les ménages pauvres sont confrontés à des flux de revenus bas et irréguliers qu'ils utilisent pour satisfaire des besoins actuels. Une des principales raisons pour lesquelles les ménages pauvres se battent pour investir dans l'avenir, par le biais de l'épargne ou de l'assurance, est que les besoins futurs ne sont pas « saillants », c'est-à-dire primordiaux. Les idées saillantes sont celles qui sont les plus importantes parmi les nombreuses pensées qui se disputent notre attention. En d'autres termes, la « saillance » caractérise ce qui est présent au premier rang de notre esprit.

Pour que les futurs besoins soient « saillants », ils doivent être identifiés et vus comme des priorités par rapport aux besoins actuels (Armendáriz et Morduch, 2010). Les gens ne font peut-être pas totalement attention aux besoins futurs parce qu'ils leur portent une attention limitée (Karlan et al., 2010). En conséquence, certains besoins futurs finissent peut-être par être totalement ignorés et non pris en compte dans des décisions. Le fait de rendre des besoins futurs primordiaux au moment où les gens prennent des décisions d'investissement peut les aider à planifier l'avenir.

Tout comme les comparaisons et les formulations, la fixation d'un calendrier est un élément d'architecture des choix qui peut influer sur les décisions. Cela peut être particulièrement pertinent pour des personnes qui ont des revenus irréguliers ou saisonniers. Duflo et al. (2009) illustrent ce point. Les chercheurs ont constaté qu'en Afrique de l'Ouest les fermiers étaient plus enclins à acheter de l'engrais au moment de la récolte. Cela s'explique, d'une part, par le fait que les fermiers ont des fonds disponibles au moment de la récolte et choisissent d'investir l'argent pour parer aux problèmes de maîtrise de soi, comme cela a été examiné ci-dessus. Vendre de l'assurance à des gens lorsqu'ils ont de l'argent à

dépenser, par exemple pendant la saison des récoltes, semble intuitif. Une autre explication est que les fermiers sont plus enclins à voir les avantages de l'engrais au moment des récoltes, ce qui rend l'engrais primordial.

Le problème de la « saillance » est particulièrement important en matière d'assurance. L'assurance est souvent achetée en vue d'événements inattendus et désagréables auxquels les gens préfèrent ne pas penser. Si les gens consacrent leurs dépenses aux besoins les plus « saillants », ces événements inattendus sont, eux, situés tout en bas de leur liste de priorités, même s'ils peuvent avoir l'impact le plus grand sur leur bien-être.

Les organismes qui encouragent l'épargne se heurtent à des défis similaires. Heureusement, la nouvelle évidence émanant de la recherche expérimentale est encourageante. Elle montre que les pauvres peuvent épargner et le font, et les résultats indiquent des stratégies que les assureurs pourraient employer pour rendre leurs produits plus « saillants ».

Par une série d'expériences randomisées sur le terrain en Bolivie, au Pérou et aux Philippines, Karlan et autres (2010) ont étudié si les rappels de messages textes (transmis par téléphone mobile) aidaient les gens à épargner en leur permettant de surmonter le problème de l'attention limitée. Dans chacune des expériences menées, une banque a proposé un produit d'épargne et a envoyé aux clients des messages textes leur rappelant la nécessité d'épargner. Les chercheurs ont constaté que les rappels faisaient augmenter l'épargne : ils ont entraîné une augmentation de 6 % du montant total de l'argent épargné, et une augmentation de 3 % de la proportion des gens qui ont atteint leurs objectifs d'épargne.

De la même manière que les messages textes encouragent l'épargne régulière, les assureurs qui collectent les paiements de primes dans le temps pourraient encourager les paiements au moyen de rappels rendant les actes de gestion des risques plus « saillants ». En demandant aux gens de payer leurs primes, les messages pourraient rappeler aux gens les avantages de l'assurance pendant les événements difficiles qui peuvent affecter leur ménage.

En rendant les effets négatifs plus « saillants », les rappels peuvent aider à résoudre le problème d'attention limitée que les gens portent typiquement aux événements futurs désagréables. Par exemple, le programme de micro-assurance de CARE en Inde organise des festivités à l'échelle de la communauté quand ils remboursent des sinistres. Ces manifestations publiques organisées lors du règlement de sinistres sont l'occasion de rendre plus « saillants » des événements négatifs, et rappellent aux gens, assurés et non assurés, que l'assurance est utile lorsque ces événements se produisent.

Les gens présentent également un « biais de disponibilité » : le fait qu'il soit facile ou non de se remémorer un événement ou non affecte la manière dont les gens le planifie. La facilité d'évocation d'un événement influe sur sa « probabilité subjective », ou sur la manière dont son occurrence est perçue comme probable.

Les événements récents sont plus facilement disponibles, ainsi les gens tendent à surestimer la probabilité avec laquelle ils se produiront à nouveau. De même, le fait d'être témoin d'un événement rend ce dernier plus « saillant » que si l'on en entend simplement parler. Le biais de disponibilité peut expliquer le pic de ventes d'assurance Dommages après une catastrophe naturelle, tel que l'augmentation de la demande en assurance contre les tremblements de terre en Californie après le séisme de Loma Prieta en 1989 (Palm, 1995). Il faudrait que les régulateurs et les assureurs soient conscients de cet aspect lorsqu'ils éduquent les gens dans les zones propices aux catastrophes.

13.2.5 Combattre l'excès de confiance

Un autre travers qui influe sur les probabilités subjectives est l'excès de confiance. Les gens tendent à évaluer de façon excessivement optimiste la probabilité de rencontrer des événements positifs et négatifs (Weinstein, 1980). Mais il ne s'agit pas là que d'une question de perception erronée. L'excès de confiance persiste même lorsque les gens ont connaissance des statistiques probabilistes pour la population dans son ensemble. Ce travers se manifeste par une tendance répandue à se considérer au-dessus de la moyenne, par exemple 90 % des conducteurs en Nouvelle Zélande se considèrent comme « plus en sécurité que la moyenne » au volant (Walton et Bathurst, 1998). En conséquence, les gens peuvent systématiquement sous-estimer les risques auxquels ils sont confrontés.

Ce genre d'erreur de calcul pourrait avoir pour conséquence que les gens sous-investissent dans la gestion proactive des risques par rapport à ce qu'ils investiraient s'ils tenaient compte des probabilités réelles des risques. Les gens peuvent surestimer par exemple leur bonne santé et sous-estimer les risques réels auxquels ils sont confrontés. En d'autres termes, lorsque les personnes n'ont pas une bonne compréhension de la probabilité qu'ils soient confrontés à des difficultés, ils peuvent sous-évaluer les mesures de protection telles que l'assurance.

13.2.6 Accéder aux comptes mentaux

La théorie économique traditionnelle suppose que l'argent est fongible, il n'a aucune étiquette et la richesse des ménages peut être réduite à une unique somme globale (Mullainathan et Shafir, 2009). Cependant, les perspectives émanant de l'économie comportementale ont montré que les gens ne pensent pas toujours à leur argent de cette manière. Au contraire, ils compartimentent leur richesse en « comptes mentaux » séparés, rattachés à des objectifs de dépenses spécifiques (Thaler, 1990). Les individus peuvent avoir différents comptes mentaux pour des dépenses liées au loyer, à l'éducation, à la nourriture et aux imprévus. La comptabilité mentale peut également être littéralement imposée en épargnant par le biais

de différents mécanismes et véhicules : une ROSCA (association d'épargne et de crédit différés), demander à un ami de garder de l'argent, ou un compte d'épargne dans un établissement de microfinancement. Les individus gardent ces comptes séparément, s'en tiennent aux objectifs de dépenses de chaque compte, et sont peu disposés à puiser dans ces comptes pour des dépenses extérieures. Cette pratique explique en partie la difficulté à « désépargner », les ménages étant prêts à emprunter de l'argent même s'ils ont des économies.

Cependant, la comptabilité mentale peut également être utilisée pour créer une association entre l'étiquette et un futur besoin. Si les gens peuvent créer une association mentale entre un flot de revenu et le futur besoin, alors cette association peut rendre ce besoin « saillant » (Karlan et al., 2010), et parce que les comptes mentaux ne sont pas fongibles, créer cette association peut empêcher les besoins actuels de remplacer le besoin futur.

Dans les expériences de messages de rappel mentionnées ci-dessus, Karlan et al. (2010) ont testé l'effet des comptes mentaux en associant des rappels à des objectifs d'épargne personnels fixés par les clients. Certains clients ont reçu aléatoirement des messages mettant l'accent sur leurs différents objectifs d'épargne. Alors que les associations ayant l'épargne comme unique objectif n'avaient pas d'impact significatif sur celle-ci, les rappels qui mentionnaient à la fois les besoins d'épargne particuliers et une incitation à épargner, par exemple un taux d'intérêt plus élevé comme récompense pour chaque dépôt programmé, avaient fait augmenter l'épargne de près de 16 %.

La plupart des gens tendent à avoir un compte mental pour les imprévus tels qu'un bas de laine pour les mauvais jours. Les assureurs pourraient lier leur produit à ce compte mental afin d'encourager les gens à considérer la police d'assurance comme une caisse de secours. Le fait de se référer à ce compte mental préexistant pourrait avoir un puissant effet sur la manière dont les gens considèrent le produit d'assurance.

13.2.7 Réaliser la valeur du nombre zéro

Il y a quelque chose qui fait que les gens trouvent un prix nul fascinant. Des expériences montrent que des articles cédés gratuitement sont fortement (et peut-être de façon irrationnelle) préférés aux alternatives ayant un coût positif et un avantage net plus élevé, et que les préférences des gens changent soudainement lorsque le chiffre zéro entre dans l'équation. Shampanier et al. (2007) ont, par exemple, donné à des participants à l'étude le choix d'acheter au rabais un coupon cadeau d'un montant de 10 $US ou de 20 $US sur Amazon.com. Dans la première expérience, les chercheurs ont proposé le coupon cadeau de 10 $US pour un prix au rabais de 5 $US, et le coupon cadeau de 20 $US pour 12 $US seulement. La plupart des gens ont choisi d'acheter le coupon cadeau de 20 $US

pour 12 $US. Dans la deuxième expérience, les coupons coûtaient 1 $US et 8 $US, respectivement. Là encore, la plupart des gens ont choisi le coupon de 20 $US. Mais le choix a changé brusquement dans une troisième expérience. Cette fois-ci, le coupon cadeau de 20 $US coûtait 7 $US et le coupon de 10 $US coûtait 0 $US. Dans ce contexte, 100 % des participants ont choisi le coupon de 10 $US. La valeur relative des coupons cadeau n'avait pas changé, le coupon cadeau de 20 $US coûtait toujours 7 $US de plus que le coupon cadeau de 10 $US. La seule chose qui avait changé était l'introduction du nombre zéro, et l'effet parle de lui-même.

En ce qui concerne l'assurance, les gens préfèrent généralement des polices à co-paiement et franchise zéro aux polices avec mécanismes de partage des coûts. Cependant, l'astuce est de tirer profit de cette préférence sans réduire le rôle du partage des coûts en atténuant le risque moral et l'antisélection. Une option peut être de proposer une police d'assurance Santé avec un nombre limité de visites libres en consultations externes par an, une franchise ou un co-paiement normaux pour toute dépense couverte au-delà.

13.2.8 Supprimer les obstacles à l'action

Alors que l'accent a été mis sur la commercialisation de l'assurance, l'économie comportementale peut également identifier des étapes pour améliorer l'utilisation de la micro-assurance. Lorsqu'ils analysent la prise de décision, les économistes soulignent souvent l'influence des caractéristiques internes personnelles de l'individu et mettent moins l'accent sur le pouvoir des facteurs externes et contextuels. Dans la pratique, les actions des personnes sont influencées, parfois d'une façon disproportionnée, par des « facteurs de canalisation » apparemment sans importance (Mullainathan et Shafir, 2009). L'idée est que certains comportements peuvent être stimulés par de petits coups de pouce. S'ils sont correctement conçus, les facteurs de canalisation peuvent transformer efficacement les intentions en actes, mais s'ils ne sont pas pris en compte, ils peuvent mener à l'inaction.

Une expérience menée par Leventhal et al. (1965) illustre le rôle des facteurs de canalisation. Des participants ont été éduqués sur les risques du tétanos et l'intérêt de la vaccination, et informés des lieux de vaccination. Les enquêtes de suivi ont montré que l'éducation a changé l'opinion et les attitudes des participants concernant le tétanos. Cependant, elle n'est pas parvenue à changer leur comportement : seulement 3 % des participants se sont fait vacciner. La situation a changé lorsque des facteurs de canalisation ont été ajoutés à l'éducation. Le taux de vaccination a atteint 28 % lorsque les participants ont été également équipés d'une carte indiquant l'infirmerie la plus proche et ont été encouragés à penser à

un réel rendez-vous. Ces facteurs de canalisation additionnels étaient nécessaires pour transformer les intentions en actes.

Ils peuvent avoir un effet sur la décision des gens de souscrire ou non à une assurance. L'éducation en matière d'assurance qui inclut des thèmes tels que la gestion des risques et les contrats d'assurance pourrait être utile pour changer la perception de la valeur de l'assurance par les ménages, mais la connaissance ne peut pas se traduire par un changement de comportement si les obstacles à l'action ne sont pas supprimés. La souscription à une assurance via des représentants de compagnies d'assurance basés sur place après des sessions de formation est un exemple de facteur de canalisation.

Les facteurs de canalisation peuvent également affecter la manière dont les gens utilisent l'assurance. Prenons le cas d'un système d'assurance Santé doté d'un réseau établi d'hôpitaux. L'assureur a examiné chaque hôpital du réseau en se fondant sur la qualité, et a établi un barème de prix prédéterminé. Maintenant tout ce que l'assureur doit faire est de s'assurer que les gens aillent dans ces hôpitaux. La première condition est que les gens connaissent les hôpitaux figurant sur la liste, ce qui peut être fait en leur fournissant une carte des hôpitaux. Cependant, souvent, dans des situations d'urgence, les gens ne trouvent pas cette carte ou n'ont pas la présence d'esprit de la chercher. Certains assureurs, comme Uplift en Inde, ont mis en place une ligne directe que les gens peuvent appeler en cas d'urgence et qui peut diriger les patients vers des hôpitaux du réseau. Les coûts et les efforts engagés pour établir un réseau de prestataires peuvent être gâchés si les patients ne sont pas guidés correctement, et par conséquent une intervention mineure peut avoir un impact énorme sur la manière dont les polices sont utilisées.

13.3 Conclusion

Les nouveaux résultats émanant de la recherche située au croisement de la psychologie et des sciences économiques mettent en lumière à quel point de petits détails peuvent avoir de grands effets. Une conclusion importante est que le contexte dans lequel les gens font des choix, y compris la souscription éventuelle d'une assurance, influe fortement sur leurs décisions. Le tableau 13.1 récapitule plusieurs stratégies à petite échelle que les micro-assureurs peuvent utiliser lorsqu'ils visent à augmenter la souscription et l'utilisation d'une micro-assurance.

Tableau 13.1

Recommandations sommaires

Question/stratégie	*Brève description*	*Implications pour la micro-assurance*
Faire simple	Proposer plus de choix aux consommateurs n'est pas toujours ce qu'il y a de mieux. La « surabondance de choix » peut conduire à l'inaction.	La micro-assurance peut être difficile à comprendre pour ses clients cibles. On peut augmenter les souscriptions en réduisant le nombre d'options disponibles dans les polices de micro-assurance ou en simplifiant les choix des clients cibles d'autres manières, par exemple en proposant des produits d'assurance polyvalents.
Formuler l'idée de perte	Les gens réagissent différemment vis-à-vis des idées de gain et de perte. Le risque de perdre quelque chose qu'on a déjà est une motivation plus forte pour l'action que la possibilité de gagner quelque chose.	On peut augmenter les souscriptions à des produits de micro-assurance en faisant appel à la crainte des gens de perdre quelque chose (par exemple leur bien, leur santé) plutôt qu'en faisant la publicité des avantages de l'assurance.
Faciliter la maîtrise de soi	Beaucoup de gens sont impatients, pourtant ils évaluent également l'avenir et s'inquiètent des pertes. Certains identifient leur incohérence et cherchent des produits et services qui imposent une discipline et une maîtrise de soi.	Souscrire à une police d'assurance signifie dépenser un peu d'argent dans le présent pour obtenir de plus grands avantages dans le futur. Une assurance peut imposer une discipline et aider les gens ayant des problèmes de maîtrise de soi à accumuler un capital. Faire la publicité de cet aspect à des clients potentiels impatients peut donc aider à augmenter les souscriptions.
Rendre « saillants » les besoins futurs	Les besoins futurs, ainsi que les événements rares et incertains, ne constituent généralement pas des préoccupations de premier plan dans l'esprit des gens. Les désirs et besoins présents sont habituellement beaucoup plus « saillants », et beaucoup plus susceptibles d'influer sur le comportement.	Rendre plus « saillants » des événements futurs et exceptionnels qui sont pénibles peut inciter les gens à être davantage actifs dans le présent pour se protéger contre ces événements, notamment en souscrivant à une assurance. Payer des déclarations de sinistre publiquement, par exemple, est une bonne manière de rendre les événements défavorables plus « saillants ».
Combattre l'excès de confiance	L'assurance offre une protection contre les événements incertains. La preuve comportementale montre que les gens sont en général trop confiants et pensent que ces événements sont moins susceptibles de leur arriver à eux qu'au reste de la population.	Les micro-assureurs peuvent augmenter les souscriptions à des polices en s'attaquant à l'excès de confiance des clients potentiels, par exemple en fournissant des données sur la fréquence réelle de la survenance de risques assurés.
Accéder aux comptes mentaux	Même si l'argent est fongible, les gens réservent souvent certaines sommes à des usages spécifiques. Ils pourraient se permettre de souscrire à une police de micro-assurance mais ne le font pas car, dans leur esprit, l'argent nécessaire a déjà été affecté à autre chose.	La micro-assurance peut tirer profit des comptes mentaux : l'association de la micro-assurance à un revenu spécifique peut augmenter la probabilité que les gens souscrivent réellement à une police.
Réaliser la valeur du nombre zéro	Un prix équivalent à zéro a la capacité unique de susciter l'intérêt des gens, même si un prix positif a plus de valeur nette.	En assurance, les polices à co-paiement et franchise zéro sont généralement préférées par les consommateurs à faible revenu, mais le partage des coûts est très utile pour compenser le risque moral et l'antisélection. Trouver des moyens pour exploiter la tendance des gens à aimer ce qui ne coûte rien pourrait favoriser l'augmentation des souscriptions à une micro-assurance.
Supprimer les obstacles à l'action	Transformer les intentions en actes n'est pas facile. La preuve comportementale suggère que les « facteurs de canalisation », ou les petits coups de pouce, ont l'étonnant pouvoir de générer l'action.	Les facteurs de canalisation peuvent avoir un effet sur la décision des gens de souscrire ou non à une assurance et sur la manière dont ils se servent de celle-ci. Ils peuvent être utilisés pour établir le lien entre l'identification du besoin d'assurance et la souscription réelle à une police, ou pour diriger les patients assurés vers des hôpitaux de réseau où les coûts sont moindres.

14 Pratiques émergentes en matière d'éducation des consommateurs à la gestion des risques et à l'assurance

Iddo Dror, Aparna Dalal et Michal Matul

Ce chapitre est une adaptation de la note n° 3, publiée par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance/ OIT (2010). Les auteurs remercient les nombreux relecteurs de leurs précieux commentaires sur cette note : Helen Barnes (CARE International UK), Hennie Bester (Cenfri), Virginia Bethe (OIT), Monique Cohen (Microfinance Opportunities), Alejandra Diaz (Fundaseg), Jeanna Holtz (OIT), Thabo Gumbi (Hollard Insurance), Jeremy Leach (Hollard Insurance), Marcia Metcalfe (Freedom from Hunger), Viviene Pearson (South African Insurance Association), Caroline Phily (OIT), Anja Smith (Cenfri), Evelyn Stark (Bill & Melinda Gates Foundation), Jasmin Suministrado (OIT), Peter Wrede (AKAM) et Mary Yang (OIT). Ils remercient en particulier Sarah Bel (OIT) de ses commentaires et de sa collaboration durant toute l'étude.

L'éducation des consommateurs en matière de micro-assurance implique un effort systématique pour enseigner des stratégies de gestion des risques et montrer l'importance de l'assurance pour la promotion de meilleures pratiques en matière de gestion des risques auprès des ménages à faible revenu. Le but de l'éducation des consommateurs est de transmettre aux ménages les connaissances et les compétences leur permettant de prendre des décisions financières en connaissance de cause. L'éducation des consommateurs peut être dispensée par les micro-assureurs ou sous-traitée à des organismes partenaires, tels que les canaux de distribution ou les institutions de formation spécialisées, ou bien s'inscrire dans le cadre d'un travail de collaboration au niveau national de la part des organismes gouvernementaux ou industriels.

L'éducation des consommateurs est souvent considérée comme faisant partie intégrante de projets de micro-assurance ; elle a pour but d'être utile à la fois aux praticiens de la micro-assurance et à leurs clients. Elle est censée aider les ménages à faible revenu à faire des choix judicieux et les praticiens à stimuler la demande. Toutefois, faute de données de recherche actuellement au niveau universitaire et commercial, il n'est pas facile de démontrer que l'éducation des consommateurs peut tenir ses promesses. On disposera ces prochaines années de nouveaux résultats issus d'un grand nombre d'évaluations en cours au Brésil, en Colombie, au Ghana, en Inde, au Kenya et en Afrique du Sud, ce qui permettra de faire la lumière sur cette question. Jusque-là, les leçons tirées de l'expérience des praticiens constituent le meilleur guide pour ceux qui conçoivent de nouveaux programmes d'éducation des consommateurs.

Étant donné le nombre de plus en plus important de programmes d'éducation des consommateurs et la demande énorme en renforcement des capacités, le Insurance Education Working Group du Microinsurance Network a décidé de dresser une liste de nouvelles pratiques que les professionnels de la micro-assurance devraient prendre en compte lorsqu'ils conçoivent des programmes d'édu-

cation. Cette note récapitule le retour d'information de plus de 50 praticiens qui étaient les premiers à mettre en place des projets d'éducation des consommateurs. Leur retour d'information est documenté dans 3 études (Dror et al., 2010 ; Burns et Dalal, 2010 ; Smith et al., 2010b) financées par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance /OIT et le Microinsurance Network.

L'expérience des praticiens examinée dans ces études démontre qu'une approche intégrée à long terme est nécessaire pour améliorer la capacité de gestion des risques et augmenter l'utilisation d'outils financiers appropriés. Un programme qui propose une éducation autonome ad hoc, qui n'est pas liée à l'accès à des produits de micro-assurance appropriés, n'est souvent pas suffisant pour atteindre ces objectifs.

Ce chapitre met en lumière les principales caractéristiques de conception du contenu et de la mise en place de l'éducation et donne, dans les 2 prochaines sections, des exemples d'organismes qui ont mis en application ces caractéristiques. Dans la section finale, le chapitre examine les défis de la durabilité et du contrôle et de l'évaluation qui sont particulièrement importants pour les praticiens qui veulent intégrer l'éducation dans leurs modèles commerciaux.

14.1 Contenu de l'éducation des consommateurs

14.1.1 Focalisation sur la gestion des risques et l'assurance ; inclusion d'autres concepts financiers là où c'est possible

La première des questions pour les praticiens désireux de concevoir un programme d'éducation porte sur l'étendue du contenu. Le programme doit-il couvrir des concepts génériques d'éducation financière tels que la gestion de l'argent et l'épargne ? Doit-il couvrir de larges thèmes de la gestion des risques, tels que la nature des risques et les différences entre l'assurance et l'épargne ? Doit-il se concentrer principalement sur des détails spécifiques au produit, tels que le paiement des primes, les avantages, les exclusions et les procédures de demande d'indemnisation ? L'étendue du contenu dépend d'un certain nombre de facteurs, incluant les ressources disponibles, la disponibilité de l'éducateur pour la communauté, les connaissances préalables et l'expérience de la communauté, ainsi que la mission du praticien. Certains praticiens interrogés disent qu'il est utile de commencer par l'éducation financière de base avant de passer à la gestion des risques et au contenu de l'assurance. Il est important de commencer par des concepts comme la budgétisation parce qu'ils permettent à des ménages de comprendre comment les ressources actuelles sont utilisées et d'apprécier l'impact des pertes.

Si les ressources sont limitées, il se peut que les praticiens de la micro-assurance ne soient pas en mesure de proposer un programme complet d'éducation

financière. Dans de tels cas, il y a lieu de se concentrer sur la gestion des risques et l'assurance. Le contenu pourrait être conçu de manière à donner aux ménages à faible revenu la capacité d'identifier les risques du ménage, de faire disparaître les réserves formulées vis-à-vis du concept d'assurance, de comparer les différentes stratégies en matière de gestion des risques, y compris l'assurance, et de déterminer une stratégie pour établir les priorités et gérer de façon optimale leurs risques. Si l'on ne se concentre que sur les avantages du produit, le programme concernera davantage la commercialisation du produit spécifique et ne pourra guère être considéré comme une éducation des consommateurs.

Ci-dessous sont donnés 2 exemples de programmes qui intègrent judicieusement l'éducation dans la gestion des risques et l'assurance.

CARE India, en partenariat avec l'assureur Bajaj Allianz, a conçu un programme complet d'éducation *(voir tableau 14.1)* qui incluait 4 composantes: 1) Éducation sur les risques ; 2) Éducation sur l'assurance ; 3) Éducation sur le produit ; et 4) logistique du produit. CARE India a considéré tous ces thèmes indispensables pour créer une culture de l'assurance et était plus prudent quant à leur inclusion dans le modèle de son Insure Lives and Livelihood (ILAL) visant les communautés rurales pauvres et vulnérables dans le Tamil Nadu, Inde.

Tableau 14.1 **Domaines de contenu pour CARE India**

Éducation sur le risque	*Éducation sur l'assurance*	*Éducation sur le produit*	*Logistique du produit*
– Qu'est-ce qu'un risque ? – Mécanismes de gestion des risques – Mécanismes des risques en pratique – Différence entre l'épargne et l'assurance	– Qu'est-ce que la micro-assurance ? – Principes de l'assurance – Pourquoi la micro-assurance ? – Qu'est-ce que l'assurance Vie et l'assurance non-Vie ? – Qu'est-ce que les primes, les demandes d'indemnisation ?	– Présenter CARE, Bajaj Allianz – Qu'est-ce que l'ILAL ? – Expliquer les produits d'assurance Vie et non-Vie – Qu'est-ce que la prime, la demande d'indemnisation, l'exclusion, l'inclusion ?	– Comment payer les primes – Quand faut-il collecter les primes ? – Comment faire une déclaration de sinistre ? – Documentation requise

Au Kenya, le Centre coopératif suédois et Microfinance Opportunities ont développé un module d'éducation financière en 10 sessions, présenté dans l'encadré 14.1, qui se concentre sur la gestion des risques et l'assurance et inclut également des concepts appropriés d'éducation financière. Le contenu est proposé avec la méthode du cercle d'étude par lequel un membre du groupe sert de facilitateur, menant une discussion sur le sujet clé du jour.

Encadré 14.1

Domaines de contenu pour le Centre coopératif suédois et Microfinance Opportunities

1. Introduction pour étudier la méthodologie des cercles : Comment apprennent les adultes, choix d'un leader, rôle des participants, planification des sessions d'apprentissage.
2. Risques : Qu'est-ce qu'un risque ? Comment le risque peut-il vous affecter ? Quels risques posent les plus grands défis ?
3. Outils de gestion des risques : Qu'est-ce que la protection ? Identifier les mesures de protection (avant) et de réaction (après).
4. L'épargne : Comment épargner davantage d'argent. Où pouvez-vous épargner ? Utiliser l'épargne ou le crédit ?
5. Introduction à l'assurance : Mythes sur l'assurance, les associations d'aide sociale et les risques mis en commun ; comparer une association d'aide sociale et une assurance.
6. Comment l'assurance fonctionne : Conditions d'une assurance, analyse coûts-avantages, questions fréquemment posées (FAQ).
7. Différents types de produits d'assurance : L'essentiel de l'assurance Santé, Vie et Dommages.
8. Comment faire une déclaration de sinistre : Conditions pour déclarer un sinistre ; pratique et conseil pour remplir un formulaire de déclaration de sinistre.
9. Comment trouver les meilleurs produits d'assurance pour vous et votre famille : Choisir le meilleur produit, questions à poser au fournisseur d'assurance, bonnes et mauvaises techniques pour communiquer avec des membres de la famille et prendre des décisions ensemble, développer un plan d'action pour souscrire à une assurance
10. Comment, quand et pourquoi renouveler : Qu'est-ce qu'un renouvellement ? Conséquences du non-renouvellement de votre police d'assurance, éléments à prendre en compte avant un renouvellement, renouveler ou ne pas renouveler votre police.

Source : Smith et al., 2010b.

14.1.2 Fonder l'éducation sur ce que les gens savent et établir un rapport avec leur exposition aux risques précédente

Le contenu d'un programme doit toujours être présenté dans le contexte de ce que les ménages connaissent déjà en assurance et de la manière dont ils perçoivent leurs risques. Quand l'information est totalement nouvelle, comme c'est souvent le cas en assurance, les ménages n'ont pas de cadre de référence existant. Ainsi, le programme doit établir des rapports explicites entre l'assurance et les

stratégies de gestion des risques comme l'épargne et le crédit qui sont déjà utilisés par les ménages.

Le contenu doit être saillant pour attirer l'attention des ménages et favoriser la souvenance. Un moyen simple pour rendre le contenu saillant est de parler des risques. Parler des risques peut sembler trop évident et élémentaire, mais cela peut être crucial pour la réussite. Les leçons tirées du domaine de l'économie comportementale montrent que les gens sous-estiment souvent la probabilité de l'occurrence d'événements défavorables *(voir chapitre 13)*. Par conséquent, pour les intéresser à l'éducation, il est utile de leur rappeler quels sont les risques les plus répandus dans leur communauté et leur vie.

La documentation éducative sur les risques peut être suivie immédiatement d'une discussion sur la manière dont les ménages gèrent couramment ces risques, sur la manière dont les stratégies informelles de réduction des risques peuvent être améliorées, et dont les stratégies informelles peuvent être complétées par une assurance formelle. Le but est de mettre la valeur d'une assurance en rapport avec d'autres dispositifs formels et informels pour traiter le risque.

Par exemple, le Weather Risk Management Services (WRMS), qui propose une assurance contre les conditions atmosphériques défavorables en Inde, remémore auprès des agriculteurs les mauvaises récoltes passées, et explique à ces derniers les conditions atmosphériques liées à ce genre de mauvaises récoltes, leur rappelant concrètement quels sont les risques potentiels. À partir des données existantes sur les pertes de récolte passées, le WRMS peut démontrer quelles quantités un agriculteur avait perdues lors des mauvaises récoltes et combien une police lui aurait permis de sauver.

Un autre exemple d'éducation pertinente sur les risques vient du Hollard Insurance Group en Afrique du Sud, qui organise des ateliers de 3 heures dans lesquels les participants sont mis en contact avec une « carte conversationnelle » qui représente une communauté possédant maisons, magasins, usines et hôpitaux. La carte ressortant de la figure 14.1, présente un certain nombre d'événements assurables. Le formateur explique les avantages d'une police d'assurance pour chaque événement, ainsi que les droits et responsabilités de l'assureur et de l'assuré.

Figure 14.1 **Carte conversationnelle de Hollard**

14.2 Mise en place d'une éducation des consommateurs

Lorsqu'ils ont l'intention de distribuer leurs programmes d'éducation, les praticiens doivent choisir les outils qu'ils veulent utiliser, et le canal et la fréquence de la distribution. Les praticiens doivent rappeler que l'éducation doit être davantage qu'un simple transfert d'information. Les bons programmes d'éducation visent à promouvoir la réduction proactive des risques. À cet effet, l'éducation doit être centrée sur l'apprenant, plus celui-ci s'engage et participe, mieux c'est. Les praticiens doivent considérer l'éducation du consommateur comme un processus à long terme. L'éducation peut être plus efficace lorsqu'elle est faite via une variété de canaux et lorsqu'elle est suivie et liée à l'accès à des produits de micro-assurance très utiles. Une formation autonome et unique n'est pas suffisante.

14.2.1 Combinaison canaux et outils

Les praticiens devraient envisager l'utilisation d'une combinaison de canaux (par exemple ateliers, radio et TV) et d'outils (par exemple brochures, tableaux de conférence et jeux) dans leur distribution de programme, chaque canal et outil pouvant atteindre un objectif particulier. Les médias et les canaux des arts du spectacle sont utiles pour sensibiliser un large public, alors que des canaux ciblées comme les ateliers et la formation en salle de classe permettent une plus grande

participation et interaction, et une compréhension potentiellement accrue. La diversification des outils aide à répondre aux différents styles d'apprentissage et à rendre l'éducation intéressante pour différents segments cibles. L'utilisation de différents canaux permet aussi le renforcement les messages.

CARE India et ses partenaires locaux utilisent des programmes culturels tels que chansons, pièces de théâtre ou spectacles de marionnettes pour susciter l'intérêt des ménages. Les agents locaux composent des chansons ayant pour thèmes l'assurance et les mettent en musique sur des airs reconnaissables empruntés à des films. Des pièces de théâtre sont jouées devant de plus larges publics par de petites équipes de membres de groupes d'entraide locaux. Des agents locaux ont raconté que ces programmes culturels étaient plus efficaces pour éveiller l'intérêt que le simple dialogue avec la clientèle. Ils avaient cependant l'impression que, alors que les programmes culturels engendraient une importante sensibilisation, le public ne retenait généralement pas les détails de la présentation et qu'il lui fallait plus d'occasions de discuter des principes de l'assurance et des caractéristiques du produit en petits groupes.

CNSeg, la fédération brésilienne d'assurance, a activement engagé les membre de la communauté dans son programme d'éducation en utilisant les médias (vidéos et feuilletons radiophoniques) pour diffuser le matériel éducatif. Les vidéos et les feuilletons radiophoniques reposent sur un script simple qui met en valeur les messages importants concernant la valeur de l'assurance pour les ménages à faible revenu. Ils sont produits dans la communauté et font apparaître les vendeurs locaux et des membres de la Communauté comme acteurs. En sollicitant la communauté pour un retour d'information afin de développer de nouveaux scripts, CNSeg utilise une approche participative destinée à développer la confiance au sein de la communauté et à encourager les membres à noter et à conserver des messages.

L'Académie de micro-assurance (MIA) utilise des jeux interactifs pour aider les communautés à identifier leurs risques, à se renseigner sur la gestion proactive des risques, et à comprendre la proposition de valeur de l'assurance Santé. Un jeu, CHAT (Choosing HealthplansAll Together) est conçu pour aider les communautés pauvres à gérer les compromis lorsque l'on considère les avantages liés aux soins de santé. Le jeu montré sur la figure 14.2, permet à des membres de définir en commun le paquet de prestations qui couvre leurs besoins les plus importants.

Figure 14.2 **Le jeu CHAT**

Différents participants sont dotés d'un tableau CHAT, qui présente différentes formes de risques assurables, avec un certain nombre d'autocollants représentant les fonds disponibles. Les participants mettent alors les autocollants sur le tableau en fonction des risques contre lesquels ils veulent être assurés. Puis, les participants tirent des cartes événements qui simulent des risques réels, et discutent du caractère judicieux de leurs choix. Au deuxième tour, l'exercice est mené dans un groupe d'environ 15 participants. Par des discussions, les participants aboutissent à un consensus sur les risques particuliers contre lesquels la communauté veut être assurée. Un autre jeu, appelé la Marmite aux trésors, aide des membres de la Communauté à comprendre la notion d'assurance et de mise en commun des risques. Le jeu comporte une simulation des risques réels en utilisant des cartes qui représentent des événements de santé, et des bonbons qui symbolisent l'argent. Le jeu démontre les inconvénients à utiliser le crédit ou l'épargne comme outils de gestion des risques et comment la mise en commun des risques peut bénéficier à une communauté. Le MIA utilise de tels outils dans le cadre d'un programme d'éducation en assurance multirisque qui inclut également des ateliers, des brochures, des médias (radio et films) et des jeux de rue.

14.2.2 Mise en place d'une éducation suivie

L'éducation du consommateur ne doit pas être une activité ponctuelle mais un effort de facilitation suivi qui utilise des messages cohérents délivrés par de multiples canaux d'une manière intégrée. Les efforts ad hoc sont rarement efficaces.

L'expérience de la South African Insurance Association (SAIA) rappelle utilement pourquoi les activités ponctuelles ne permettent pas de donner efficacement une éducation en matière d'assurance. Dans son rôle d'initiateur en matière d'éducation financière, SAIA a soutenu un projet qui organisait des ateliers de formation financière en zones rurales et communautaires par le biais de la communauté et d'organisations de travailleurs. Son objectif était de permettre aux communautés rurales à faible revenu de dispenser une formation financière de base. Lors d'une évaluation de programme, SAIA a constaté que 57 % seulement des participant interviewés se souvenaient avoir participé à l'atelier. Le médiocre taux de souvenance peut être dû au fait que l'éducation a été prodiguée dans un atelier autonome, plutôt que dans un processus d'apprentissage continue appuyé par des messages de rafraîchissement sous diverses formes.

Cependant, les ateliers peuvent constituer un canal efficace si des sessions plus courtes sont réparties sur une période et que des messages sont renforcés par d'autres canaux. Freedom from Hunger, en coopération avec Sinapi Aba Trust du Ghana, organise une série d'ateliers avec des « conversations d'apprentissage » pour aider les familles à comprendre comment obtenir et utiliser la micro-assurance Santé. Les ateliers sont constitués de courtes conversations d'apprentissage technique qui utilisent des histoires, des jeux de rôle et des supports visuels pour explorer comment l'assurance fonctionne, comment épargner pour payer les primes, ce que l'assurance couvre et comment utiliser des options de soins de santé payées par l'assurance. Pour renforcer les messages principaux, Freedom from Hunger projette de proposer de plus courtes sessions de « rafraîchissement » des connaissances avant des campagnes de souscription à des produits.

CARE India et ses partenaires de distribution dans les communautés ont constaté que certains thèmes, tels que la mise en commun des risques et les conditions de demandes d'indemnisation, nécessitaient d'être soulignés et répétés régulièrement. Les agents sur le terrain ont également rapporté qu'il était plus difficile d'expliquer la valeur de l'assurance Vie en Inde que de parler d'autres types d'assurance, parce que les clients ne voyaient pas les avantages réels de l'assurance Vie. Les agents locaux ont dû se focaliser davantage qu'ils ne l'imaginaient sur la façon dont l'assurance Vie aidait les bénéficiaires.

14.2.3 Lier éducation et produits

Améliorer la réduction des risques et augmenter l'accès à l'assurance sont des activités complémentaires. D'une part, tout le potentiel d'un programme d'édu-

cation ne peut porter ses fruits que lorsque les ménages ont la possibilité d'appliquer leurs nouvelles connaissances et capacités pour choisir les outils appropriés de gestion des risques. En même temps, l'éducation en matière d'assurance peut aboutir à une plus large souscription de produits, ce qui réduit les coûts nécessaires pour atteindre les ménages dans le secteur informel et augmente la dimension de la mise en commun globale des risques.

Lorsque cela est possible, l'éducation du consommateur doit être liée aux produits d'assurance. Sinon, les gens ont peu l'occasion de changer leur comportement. Quand l'éducation est liée aux produits, elle doit aussi inclure une discussion sur les détails spécifiques aux produits. La question n'est pas de savoir si les messages de vente peuvent ou doivent faire partie d'initiatives plus larges d'éducation, mais comment ils sont intégrés et si l'éducation aide les gens à faire plus choix en toute connaissance de cause.

ICICI Prudential propose une assurance Vie dotée d'un produit d'épargne à long terme aux travailleurs des plantations de thé du nord-est de l'Inde. Comme la majeure partie du groupe cible n'avait jamais entendu parler de l'assurance, l'assureur a organisé une campagne d'éducation et de sensibilisation. Des sessions autonomes en soirée, dirigées par des formateurs recrutés dans une communauté, étaient accompagnées d'une initiative cinématographique organisée par une ONG communautaire. Video Volunteers a appris aux jeunes sélectionnés dans les communautés défavorisées à produire des courts métrages sur des questions urgentes telles que la santé, l'hygiène, l'éducation et l'importance de l'épargne. Pendant la projection du film, les caractéristiques et avantages principaux du produit de micro-assurance de ICICI Prudential ont été expliqués plus en détail. Les formateurs ont constaté qu'il leur fallait aborder les problèmes sociaux (tels que l'alcoolisme) qui affectaient intimement la vie de beaucoup de gens de la communauté afin de toucher le cœur des clients, puis introduire des thèmes de sécurité tels que la gestion financière, l'épargne et l'assurance. La mise en place de sessions du soir, la projection de films, et le travail de fond du personnel de ventes ont fait l'objet d'une intégration dans un processus cohérent pour établir la confiance et permettre aux communautés de prendre des décisions financières en toute connaissance de cause.

14.3 Durabilité et modèle commercial pour l'éducation des consommateurs

L'éducation des consommateurs peut être faite par le biais de différents modèles commerciaux avec diverses dispositions de financement qui ont des répercussions sur la durabilité et la sensibilisation. Dans le modèle le plus courant, le praticien de la micro-assurance (preneur de risque ou canal de distribution) assure l'éducation en tant qu'élément de sa stratégie de promotion. Ces programmes ont généralement une orientation à court terme avec pour but la sensibilisation à l'assu-

rance et à des produits spécifiques, ainsi les activités d'éducation sont intégrées au marketing. Ces activités sont habituellement programmées de manière à coïncider avec la période d'engagement et, bien que le programme soit lié à des produits spécifiques, le contenu peut s'étendre aux thèmes généraux de gestion des risques. Le programme d'éducation est généralement autofinancé (par le biais de l'encaissement de primes, par exemple), et il est donc important que l'organisation ait une stratégie claire pour un modèle commercial durable dès le départ.

Le partenariat de CARE India avec Bajaj Allianz est l'exemple d'un modèle commercial légèrement différent où un bailleur de fonds externe (Allianz SE) fournit le financement initial exigé pour développer l'infrastructure du programme, y compris les matériels d'éducation et la capacité de formation. Dans de tels programmes, il s'avère important que les praticiens produisent une stratégie commerciale pour rendre le projet durable de sorte que le contenu puisse continuer à être fourni lorsque le financement initial s'épuise.

« On the Money » de Old Mutual en Afrique du Sud fournit l'exemple différent d'un assureur proposant une éducation financière générale qui est financée par sa branche de responsabilité sociale. Ce programme a un objectif à plus long terme et un mandat plus large que les exemples précédents, car son objectif est d'améliorer les pratiques financières des ménages sud-africains à faible revenu ; il ne se focalise pas sur l'assurance seulement. L'initiative a fournit une éducation financière générale à plus de 50 000 Sud-Africains depuis le début par le bais de séminaires portant sur la façon de gérer les finances.

14.3.1 Utiliser les institutions et les ressources communes existantes

Une amélioration de la compréhension de l'assurance par une communauté est une bien public, ce qui signifie que beaucoup d'institutions peuvent en bénéficier. Il peut être difficile pour un assureur de justifier un investissement dans un large programme lorsque les concurrents peuvent également bénéficier des dépenses. Si c'est le cas, les associations d'assurance, les gouvernements, les donateurs, ou les organisations à but non lucratif peuvent être mieux placés pour fournir de larges programmes.

Une approche consiste à mettre des ressources industrielles en commun au niveau national et à faire gérer le programme d'éducation par une agence indépendante telle qu'une association d'assurance. L'Afrique du Sud a adopté cette approche. Le South-African Financial Services Charter exige de toutes les compagnies d'assurance de consacrer 0,2 % des bénéfices après impôts à l'éducation financière. SAIA a saisi cette opportunité pour promouvoir un effort de collaboration. Elle a mis les ressources de diverses compagnies d'assurance en commun et a surveillé les efforts d'éducation du consommateur pour l'industrie. Le programme a atteint une dimension impressionnante. Cependant, le Charter a

imposé des limitations aux assureurs puisqu'il a favorisé l'éducation générique dans les segments à faible revenu et n'a pas permis aux assureurs d'ajouter leurs produits au programme. Ces contraintes ont empêché les assureurs de considérer l'éducation comme une opportunité commerciale et ont menacé l'efficacité du projet.

Quand un programme est proposé par une agence ou une association d'assurance indépendante, il est important de définir son objectif pour s'assurer que toutes les parties sont d'accord et assurent un soutien continu. Après 4 ans de fonctionnement, SAIA a changé sa direction stratégique pour encourager ses membres à continuer d'apporter leur contribution aux ressources tout en poursuivant toujours une plus grande mission d'éducation des consommateurs. SAIA a réévalué son approche surtout parce que certains assureurs étaient inquiets du fait que la conception du programme ne répondait pas à leur objectif commercial, c'est-à-dire éduquer les clients potentiels en matière d'assurance afin qu'ils puissent prendre des décisions d'assurance en toute connaissance de cause et promouvoir ainsi la souscription d'assurance. Une évaluation du programme de SAIA a également soulevé la question de savoir s'il était logique que SAIA se focalise sur le contenu générique, d'autres institutions étant mieux placées pour s'adresser à cette catégorie d'éducation financière, par exemple le Ministère de l'Éducation ou l'organisme de contrôle du secteur financier (Smith et al., 2010).

SAIA cherche des moyens de lier l'éducation aux efforts de marketing de différents assureurs. Ce n'est pas facile, car une association d'assurance ne peut pas promouvoir les produits d'une seule compagnie. Des approches qui ont été testées par d'autres associations prévoient d'introduire un panier de produits provenant de différents assureurs, de fournir aux assureurs des détails sur diverses activités et de leur donner l'occasion d'être créatifs en s'appuyant sur celles-ci, et d'instaurer des bons avec remises et promotions proposées par différents assureurs (et de les distribuer au hasard) (Smith et al., 2010). La plupart des membres de SAIA pensent maintenant qu'il est logique de mettre des ressources en commun pour l'éducation financière car ils peuvent créer ensemble une culture de l'assurance de façon plus efficace que par des actions individuelles non coordonnées.

FUNDASEG, la fondation de l'Association colombienne des assureurs (Fasecolda), constitue un autre exemple de campagne sur l'éducation en matière d'assurance avec une focalisation à long terme. Les programmes d'éducation de FUNDASEG visent à améliorer les connaissances financières chez les ménages à faible revenu. Le contenu comporte une forte composante de gestion de risques et d'assurance qui vise à améliorer la sensibilisation de la population à faible revenu en matière d'assurance. Le programme n'est cependant pas lié à des produits spécifiques.

Chaque cadre fournit un environnement différent en matière de partenariats et d'options potentiels pour assurer l'éducation du consommateur. Les liens avec des programmes sociaux, des initiatives gouvernementales en matière d'éducation financière, l'éducation à l'école et des initiatives en matière de protection des consommateurs méritent d'être explorés. L'éducation du consommateur doit être assurée par de multiples parties prenantes, qui doivent se focaliser sur leurs responsabilités vis-à-vis de la société et exploiter leurs atouts pour améliorer l'aide sociale. Lorsqu'une initiative industrielle ou gouvernementale importante existe, les praticiens doivent sonder la possibilité de nouer des partenariats avec ces initiatives. En l'absence de grandes initiatives, les praticiens de la micro-assurance peuvent démarrer différents programmes qui s'avèrent à même d'encourager de plus grandes initiatives en matière d'éducation du consommateur. Le secteur privé est bien placé pour promouvoir l'éducation du consommateur, comme le montrent les exemples de SAIA et de FUNDASEG ci-dessus. Cependant, la collaboration privée n'est pas une pratique courante sur la plupart des marchés de la micro-assurance, ce qui conduit à la question de savoir si et comment les gouvernements et les donateurs peuvent jouer un rôle plus actif en facilitant la création de tels biens publics.

Chacun des modèles commerciaux présentent des atouts et des défis spécifiques, comme l'illustre le tableau 14.2.

Tableau 14.2 **Modèles commerciaux – atouts et défis**

Prestataire	*Financement*	*Exemples*	*Atouts*	*Défis*
Preneur de risque, canal de distribution	Autofinancement (par exemple revenue des primes)	ICICI Prudential (Inde)	– Intégré avec accès à des produits – Potentiel pour la durabilité du coût-avantage clairement établi	– Contenu généralement limité conduisant à un impact limité
Preneur de risque, canal de distribution	Financement par donateurs, financement public - parfois limité à ce qui a été mis en place initialement	CARE-Bajaj, SCC (Kenya)	– Intégré avec accès à des produits – Peut servir de cas de démonstration – un moyen d'évaluer les coûts et avantages – Large contenu, capacité de tester les canaux	– Difficile de pérenniser un programme une fois le financement initiale terminé
Preneur de risque	Financement CSR	Old Mutual (Afrique du Sud)	– Large contenu, capacité de tester les canaux – Peut servir de cas de démonstration – un moyen d'évaluer les coûts et avantages	– Capacité et intérêt limités chez les assureurs à mettre en œuvre de tels programmes – Non intégré avec des produits
Association d'assurance	Financement par frais d'adhésion des membres, financement public, contributions obligatoires	SAIA, FUNDASEG (Colombie)	– Large contenu, capacité de tester les canaux – Possibilité relative d'intégrer avec accès à des produits – Possibilité de durabilité et de gestion professionnelle quand les membres continuent à voir des avantages	– Difficile à lier à des produits pour des raisons de neutralité – Difficile de mettre en commun des ressources de compagnies en concurrence entre elles
Agence gouvernementale (par exemple Ministère de l'éducation, régulateur de secteur financier)	Financement public	Programme du Financial Services Authority (Royaume-Uni)	– Large contenu, capacité de tester les canaux – Capacité d'atteindre les jeunes par le biais de programmes scolaires – Possibilité de satisfaire aux besoins de différents segments	– Défi à la surveillance de l'impact sur le comportement en matière de gestion des risques – Soumis au changement politique – les faible incitations nécessitent d'être bien contrôlées

14.3.2 Intégrer les activités de surveillance et d'évaluation

Une surveillance et une évaluation soigneuses sont nécessaires pour le suivi des coûts et des avantages de l'éducation par rapport aux objectifs du programme d'éducation afin de comprendre quelle est la combinaison contenu-stratégies de distribution la plus rentable. Les activités de surveillance et d'évaluation peuvent être conçues pour mesurer comment le programme influe sur les connaissances, les compétences, les attitudes et les comportements des ménages, et quel est l'impact éventuel sur le ménage et le praticien. Le tableau 14.3 donne certains exemples d'indicateurs pouvant être mesurés.

Tableau 14.3 **Exemples d'indicateurs de surveillance et d'évaluation**

Connaissances

– Connaissance de l'objectif de l'assurance
– Connaissance des risques typiques couverts par l'assurance et l'impact de ces événements sur les familles
– Compréhension de la façon dont l'assurance fonctionne d'une façon générale
– Connaissance des conditions d'assurance telles que la prime, les demandes d'indemnisation et les avantages
– Connaissance des détails d'un produit tels que le prix, les demandes d'indemnisation, demande de procédure et exclusions de police

Compétences

– Capacité de prévoir le coût d'événements à risque
– Capacité de comparer des polices d'assurance et de choisir la police appropriée
– Capacité de calculer les coûts d'une prime et de bénéficier de dédommagements
– Capacité d'esquisser un cycle de collection de prime
– Capacité d'exécuter un processus d'application
– Capacité de déposer une demande d'indemnisation

Attitudes

– Conviction que l'assurance convient aux gens à faible revenu
– Confiance des prestataires d'assurance
– Conviction que planifier un risque augmente l'éventualité du risque
– Probabilité de souscrire à une police d'assurance dans les 12 prochains mois

Comportements

– Création et adoption d'un plan de gestion des risques
– Utilisation d'une créance, d'une épargne ou d'une assurance en cas d'imprévus
– Fait de payer les primes en temps voulu
– Acquisition d'une police d'assurance dans les 12 derniers mois
– Renouvellement de la police d'assurance dans les 12 derniers mois

La plupart des activités de surveillance et d'évaluation actuelles sont ponctuelles et limitées à des enquêtes de satisfaction client ou à des analyses en matière de souscription des produits. Ces activités permettent de recueillir des informations importantes, mais ne sont souvent pas suffisantes pour comprendre l'effet de l'éducation sur les attitudes ou le comportement, ou l'impact social et économique sur les clients et les praticiens. Pour mesurer l'effet de l'éducation sur le comportement d'un client, l'évaluateur doit dissocier l'effet du programme d'éducation du produit et d'autres facteurs externes.

L'information importante sur l'utilisation et l'efficacité peut être extraite par la recherche qualitative fondée sur des interviews de client, des discussions avec des groupes de consultation et des analyses d'agendas financiers. Cependant, l'évaluation de l'impact sur les comportements et le bien-être exige des praticiens d'appliquer des méthodologies de recherche expérimentale telles que les essais contrôlés randomisés qui mesurent l'impact du programme en utilisant des groupes de traitement et de contrôle. Ce type de recherche peut sembler problématique (notamment en raison de l'implication financière pour effectuer ce genre de recherche rigoureuse), mais cela est possible, et souvent nécessaire, pour comprendre l'efficacité de différentes approches d'éducation et pour convaincre les parties prenantes de la sagesse de l'investissement dans l'éducation du consommateur.

14.4 Conclusion

Pour créer un programme efficace d'éducation du consommateur, il est indispensable de soigner le contenu et le mode de distribution et de nouer des partenariats stratégiques entre les diverses parties prenantes. La surveillance et l'évaluation des activités, tout étant un défi, sont essentielles pour le développement d'un programme d'éducation efficace. Ce chapitre présente les enseignements préliminaires émanant de praticiens qui peuvent être reproduits et testés dans de nouveaux contextes. Il faut davantage d'innovation et de recherche dans l'éducation du consommateur pour comprendre ce qu'elle peut et ne peut pas faire en vue d'améliorer la valeur et la portée des produits de micro-assurance. Les principaux enseignements tirés jusqu'ici sont les suivants :

- **Focalisation sur la gestion des risques et l'assurance, inclusion d'autres concepts financiers là où c'est possible :** Lorsque les ressources sont limitées, une approche qui aborde toutes les questions financières peut ne pas être réalisable. Dans de tels cas, il y a lieu de se concentrer sur la gestion des risques et l'assurance.
- **Éducation de base sur ce que savent les gens, et en relation avec les risques auxquels ils sont exposés :** Le contenu du programme doit toujours être formulé dans le contexte de ce que la communauté sait déjà sur l'assurance et de la façon dont elle gère actuellement le risque. Un moyen facile pour rendre le contenu efficace est de commencer la conversation en discutant des risques actuels auxquels la communauté fait face.
- **Utilisation d'une combinaison de canaux et d'outils :** Il est utile d'utiliser une combinaison de canaux de distribution, tels que la formation en groupe ou la communication de masse, parce que chaque canal atteint un objectif différent, est adapté aux divers types d'apprentissage et aide à renforcer les messages clés.
- **Offre d'une éducation suivie :** L'éducation financière n'est pas une activité ponctuelle mais un effort suivi qui doit fournir des messages cohérents par le biais de multiples canaux de façon intégrée.
- **Lien éducation et produits :** Lier éducation et produits d'assurance est une incitation pour que les ménages agissent et change leurs comportements en matière de la gestion des risques. Cela offre également aux praticiens le moyen de renforcer leurs interventions de marketing.
- **Utilisation des institutions et ressources mises en commun là où c'est possible :** Les liens avec des programmes sociaux, des initiatives gouvernementales en matière d'éducation financière, l'éducation à l'école et des initiatives de protection des consommateurs *(voir chapitre 26)* méritent d'être explorés. Lorsqu'il existe d'importantes initiatives industrielles ou gouvernementales, telles que programmes sociaux, éducation financière par le gouvernement ou des initiatives de protection des consommateurs, il convient que les organismes cherchent à nouer

des partenariats avec ces initiatives. En l'absence d'initiatives plus larges, le secteur privé semble être bien placé pour préparer le terrain pour l'éducation du consommateur.

– **Intégration de la surveillance et de l'évaluation des activités dès le départ :** Une surveillance et une évaluation soignées sont nécessaires pour comprendre quelle est la stratégie de distribution la plus efficace, créer un modèle commercial derrière l'éducation du consommateur et mesurer l'impact de l'éducation sur le bien-être des ménages.

15 Amélioration de la valeur pour les clients : perspectives de l'Inde, du Kenya et des Philippines

Michal Matul, Clémence Tatin-Jaleran et Eamon Kelly

Ce chapitre est une adaptation du document sur la micro-assurance n° 12, publié par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT (2011). Les auteurs remercient le personnel des organismes qui ont participé au test de l'outil PACE d'avoir donné de leur temps, partagé des données et fournit des commentaires utiles sur l'analyse finale. Les auteurs sont également reconnaissants pour les commentaires apportés sur ce chapitre par Elizabeth McGuiness (Microfinance Opportunities), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Barbara Magnoni (EA Consultants), Richard Koven (Consultant), Pranav Prashad (OIT), Peter Wrede (OIT), Jeremy Leach (Hollard Insurance), Bert Opdebeeck (BRS) et Denis Garand (DGA).

En micro-assurance, il est très important de s'assurer que le marché cible reçoit une bonne valeur pour ses primes. Les prestataires de micro-assurance visent à améliorer leurs produits afin d'attirer et de conserver leurs clients. Les gouvernements et les donateurs recherchent des manières efficaces d'intégrer la la micro-assurance dans leurs stratégies de développement. Ils posent tous les mêmes questions : les clients tirent-ils vraiment profit de la micro-assurance ? Comment mesure-t-on ces avantages ? Et comment améliorer la proposition de valeur pour les populations pauvres ?

Ce chapitre contribue à cette discussion en ciblant l'amélioration de la valeur pour les clients plutôt que la preuve de son existence.[1] Il présente les résultats du PACE (produit, accès, coût et expérience), l'outil d'évaluation de la valeur pour les clients de l'OIT, qui observe la valeur ajoutée pour les clients fournie par les produits d'assurance en les comparant à des moyens alternatifs d'obtenir une protection contre des risques similaires.

La section 15.1 décrit brièvement l'outil PACE et ses composants. À partir d'une analyse de 15 micro-assureurs en Inde, au Kenya et aux Philippines, la section 15.2 donne un aperçu pratique des opportunités permettant de créer de la valeur en étendant les prestations pour les membres, en facilitant l'accès, en abaissant des coûts et en améliorant l'expérience des clients. Souvent, ces petites améliorations peuvent faire de grandes différences dans la manière dont les clients perçoivent les produits de micro-assurance et y répondent. La section 15.3 illustre la valeur de la micro-assurance par rapport aux mécanismes informels et aux initiatives d'aide sociale. La dernière section propose une analyse au niveau du pays, comparant la valeur relative des produits sur le même marché, afin d'illustrer l'importance de la maturité du produit et du marché.

[1] Voir le chapitre 3 de cet ouvrage ainsi que Dercon et Kirchberger (2008), et Magnoni et Zimmerman (2011) pour leurs analyses relatives à l'impact de la micro-assurance.

15.1 Cadre et outil d'évaluation de la valeur pour les clients

Comme le résume l'encadré 15.1, la création de valeur est un processus complexe qui peut être analysé à différentes étapes et selon différents points de vue. L'outil d'évaluation de la valeur pour les clients PACE traite principalement de la première étape de la création de valeur, quand les produits sont développés ou affinés (zone 1 sur la figure *15.1*). Il satisfait aux besoins des acteurs de terrain afin de développer une meilleure proposition de valeur pour protéger les clients contre des risques spécifiques. L'outil PACE ne mesure pas l'impact de la micro-assurance, et ne tente pas d'évaluer la satisfaction du client ou les décisions de souscription. Il ne remplace pas des études d'impact rigoureuses, qui sont nécessaires pour mesurer l'effet de la micro-assurance sur le bien-être des clients.

L'outil PACE fournit une première analyse du produit et des processus, qui peut être complétée par des études de marché ou d'impact. Il fournit des perspectives pour les acteurs de terrain qui peuvent soutenir les prises de décision et aider à insuffler une approche de la micro-assurance centrée sur le client, tout en donnant des informations utiles à la conception d'études ou de discussions sur les polices plus rigoureuses.

Encadré 15.1

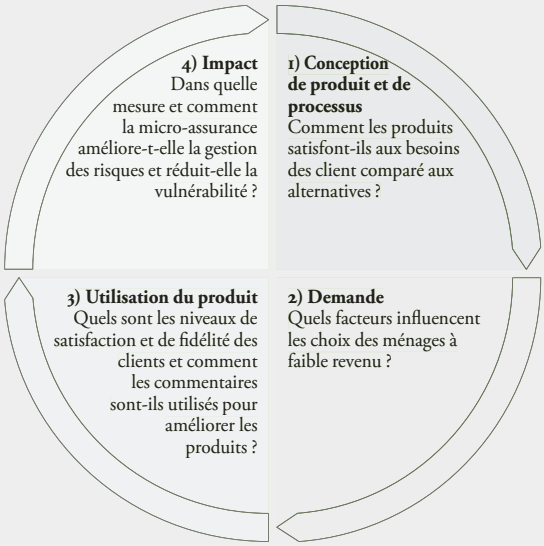
Définition de la valeur pour les clients et processus de création de valeur

La valeur pour les clients est définie du point de vue du client plutôt que du point de vue du vendeur. La définition de la valeur pour les clients utilisée dans ce chapitre associe les points de vue de la documentation en matière de développement et de marketing (Sebstad et Cohen, 2000 ; Dercon, 2005 ; Woodruff, 1997 ; Kotler, 1994 ; Plaster et Alderman, 2006). Du point de vue du développement, la question finale est de savoir si et dans quelle mesure le produit augmente le bien-être des titulaires de contrats, de leurs familles et de leurs communautés. Dans le contexte de l'assurance, la valeur pour les clients concerne une réduction de la vulnérabilité due à de meilleures pratiques de gestion des risques qui contribuent alors à un bien-être amélioré. Cette approche axée sur le client est en conformité avec un principe premier du marketing : les produits qui ont de la valeur sont un moyen d'atteindre les objectifs des clients et de satisfaire leurs besoins essentiels. Le point de vue du marketing apporte à l'ensemble l'analyse des comportements en matière de souscription, d'utilisation du produit et de satisfaction du client. En l'absence de demande, le produit peut être médiocre, mais cela peut également signifier que les souscripteurs ne perçoivent pas la valeur offerte.

La création de valeur en micro-assurance est un processus qui commence par le développement d'un produit et la mise en place de sa distribution. De la valeur est créée lorsque les clients utilisent le produit et sont suffisamment satisfaits pour renouveler leurs polices. Avoir recours à l'assurance ne signifie pas que les clients doivent faire des demandes d'indemnisation, car ils peuvent également

obtenir des avantages indirects ou de non-assurance tels que l'accès à des intrants de production. Ce procédé de création de valeur pour les clients est décrit à la figure 15.1. Les étapes créent des modules et en analysant séparément chaque étape de la chaîne de valeurs, il est plus facile de mettre en lumière les opportunités de création de valeur.

Figure 15.1 **Modèle de création de valeur pour les clients**



L'outil d'évaluation de la valeur pour les clients PACE est enraciné dans les connaissances actuelles disponibles sur les préférences des ménages à faible revenu en matière de produits d'assurance. Cohen et Sebstad (2005) énumèrent quelques questions clés qui doivent être prises en considération dans le développement de solutions de gestion des risques pour les populations pauvres. La supposition sous-jacente derrière l'analyse PACE est que les produits de micro-assurance ne peuvent donner de la valeur que s'ils sont :

- **appropriés :** ils correspondent aux besoins les plus importants de la population cible en matière de gestion des risques.
- **accessibles :** ils permettent un accès facile, et les produits sont expliqués simplement et fournis à proximité des groupes cibles.
- **abordables :** ils ont un bon rapport qualité/prix pour la clientèle cible.
- **sensibles :** ils répondent de manière opportune aux bouleversements par le biais de règlement rapide des demandes d'indemnisation et de réponses précises aux questions des clients de sorte que les populations pauvres n'ont pas besoin de

recourir à des mécanismes d'adaptation coûteux tels qu'un emprunt à un prêteur sur gages.

– **simples :** ils sont simples à comprendre et à utiliser ; c'est un principe fondamental étant donné les faibles niveaux d'instruction de la population cible.

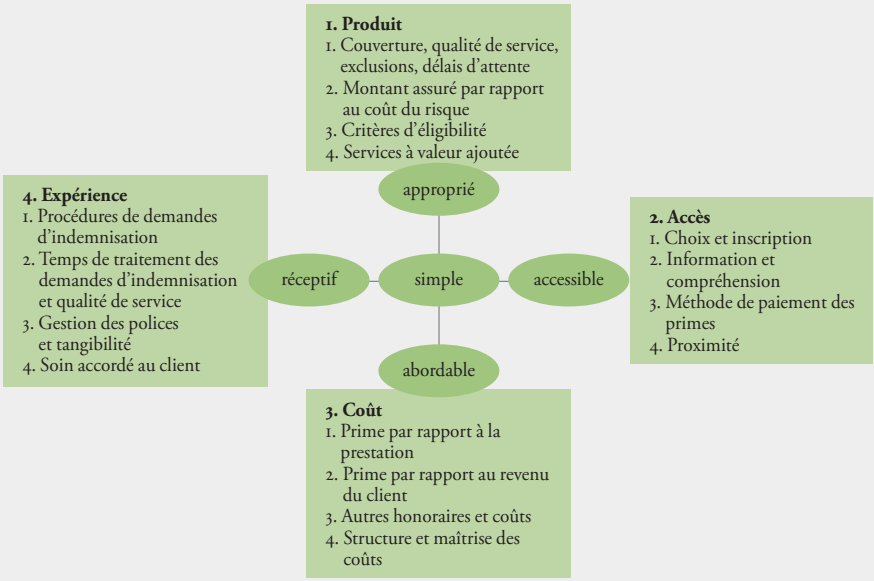
Le cadre de PACE est conçu autour des 5 principes susmentionnés et structuré selon 4 dimensions principales. Comme le montre la figure 15.2, la simplicité est une caractéristique transversale qui s'applique à 4 aspects :

– **Produit :** décrit la pertinence en tenant compte de la couverture, du niveau de prestation, des critères d'éligibilité et de la disponibilité de services à valeur ajoutée.
– **Accès :** cible l'accessibilité et la simplicité en examinant le choix, l'inscription, l'information, l'éducation, la méthode de paiement des primes et la proximité.
– **Coût :** mesure l'accessibilité et le rapport qualité/prix, tout en étudiant les coûts supplémentaires pour réduire les coûts généraux de livraison.
– **Expérience :** évalue la réactivité et la simplicité en étudiant les procédures de demandes d'indemnisation et la durée de traitement, la gestion des polices, la tangibilité du produit et le soin accordé au client.

Bien que chacune de ces 4 dimensions soit importante pour les clients, on peut supposer que, dans certaines circonstances, certaines dimensions sont plus importantes que d'autres pour un segment spécifique du marché. Cependant, du point de vue du client, la solution idéale est une proposition de valeur équilibrée, un produit obtenant de bons résultats dans chacune des 4 dimensions. Ceci étant, et pour des raisons de simplicité, les dimensions sont traitées de façon égale. De plus, bien que PACE soit évalué du point de vue des clients, il suppose que les produits examinés soient financièrement viables ou qu'il existe une stratégie claire pour atteindre la viabilité. Les produits non viables donnent une valeur médiocre aux clients sur le long terme.[2]

2 Le système de notation utilise une échelle sur 5 points et des critères pour chacune des 16 sous-dimensions. Bien que l'on puisse supposer que les 4 principales dimensions aient des importances presque égales, les 16 sous-dimensions n'ont pas toutes la même importance. Par exemple, on ne peut pas comparer l'importance du traitement des demandes d'indemnisation avec celle de la gestion des polices. Par conséquent, pour chaque dimension principale, 2 sous-dimensions ont une importance plus élevée et représentent 70 % du résultat total pour la dimension, tandis que les 2 autres sous-dimensions comptent pour les 30 % restants. Pour plus d'information sur les critères de notation PACE, voir Matul et al. (2011).

Figure 15.2 **Cadre de l'analyse de la valeur ajoutée de PACE**



L'analyse de PACE présentée dans ce chapitre repose en grande partie sur des données secondaires disponibles et un nombre limité d'entretiens avec le personnel. Les principales sources de données sont les spécifications produit, les données de performances, les manuels et les organigrammes de processus, les rapports et les commentaires du personnel. L'approche de la collecte de données est similaire à un audit, pour lequel des réponses à des questions données sont validées sur la base des données provenant de différentes sources. Cette analyse offre un meilleur aperçu si elle est comparée à des produits similaires *(voir section 15.4)*. La valeur pour les clients ne peut pas être analysée seule car la micro-assurance complète souvent des mécanismes existants de gestion des risques tels que des groupes d'épargne et de crédit informels ou des réseaux de sécurité gouvernementaux financés par les impôts *(voir section 15.3)*.

Un aspect important de cet outil est qu'il considère à la fois les spécifications produit et les processus associés. En évaluant les processus actuels du point de vue des clients, PACE peut identifier les opportunités d'amélioration. Une partie du problème posé par certains produits de micro-assurance est que les processus mis en place pour faciliter l'accès ou traiter les demandes d'indemnisation souvent sont mal conçus et affaiblissent la valeur des produits.

15.2 Opportunités de création de valeur

À partir de l'utilisation de cet outil en Inde, au Kenya et aux Philippines, et de l'analyse de 15 prestataires de micro-assurance, cette section donne quelques idées préliminaires sur les efforts accomplis pour améliorer la valeur dans chacune des quatre dimensions de PACE. Dans chaque pays, les analystes ont considéré des branches d'activité similaires, les produits d'assurance Vie aux Philippines, les produits d'assurance Santé en Inde, et les produits d'assurance Santé et multirisque au Kenya *(voir tableau 15.1).* En conséquence, la liste des opportunités de création de valeur présentée ci-dessous repose sur l'expérience de ces assureurs et ne couvre pas les innovations dans d'autres gammes de produits de micro-assurance.

15.2.1 Amélioration des caractéristiques des produits pour étendre les prestations pour les membres

L'assurance Vie est le produit de micro-assurance le plus développé, et les voies empruntées pour lui conférer plus de valeur sont bien documentées. Churchill et al. (2003) et Wipf et al. (c*hapitre 9* de cet ouvrage) soutiennent que pour rendre les produits plus attractifs pour les clients potentiels, il est important d'étendre les prestations au delà de l'assurance Vie de crédit de base et d'inclure la couverture d'assurance Obsèques pour des membres supplémentaires de la famille et/ou d'autres prestations. Comme présenté dans la section 15.4, les produits d'assurance Vie aux Philippines donnent un exemple de la façon dont, sur un marché à maturité, les prestataires ont intégré de meilleures pratiques pour donner de la valeur à leurs clients.

Tableau 15.1

Produits inclus dans le test de l'outil d'évaluation de la valeur pour les clients[1]

Pays	*Assureur, nom de produit*	*Type de produit*	*Modèle de distribution*	*Date de début*	*Portée (assurances Vie)*
Kenya	National Hospital Insurance Funds (NHIF), couverture du secteur informel	Assurance Santé MH	Gouvernement	2007	n.a.
	Cooperative Insurance Company (CIC), Bima ya Jamii	Assurance Santé MH, GDIA, assurance Obsèques	PPP, agent-partenaire	2007	8 300 (juin 2010)
	Pioneer Assurance, Faulu Afya	Assurance Santé MH&ME, Assurance Vie temporaire, GDIA, assurance Obsèques	Agent-partenaire	2010	11 000 (sept. 2010)
	Britak, Kinga ya Mkulima	Assurance Vie complète, assurance Santé MH	Agent-partenaire, intermédiaire	2007	78 000 (oct. 2010)
	Jamii Bora Trust (JBT), assurance Santé Jamii Bora	Assurance Santé MH	Basée sur la communauté	2001	600 000 (oct. 2010)
Inde	Gouvernement de l'Inde, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)	Assurance Santé MH	PPP, gouvernement	2009	45 millions (déc. 2010)
	ICICI Lombard, Health Insurance Scheme (HIS) pour tisserands	Assurance Santé MH&ME	PPP	2005	5,5 millions (déc. 2010)
	Yeshasvini Trust, Yeshasvini Scheme	Assurance Santé MH	PPP	2007	2,7 millions (nov. 2010)
	Bharti Axa, Palmyrah Workers Development Society (PWDS)	Assurance Santé MH	Agent-partenaire	2010	16 000 (déc. 2010)
	VimoSEWA, Sukhi Parivar et Swastha Parivar	Assurance Santé MH, assurance Vie et assurance Capital ; assurance Santé EH	Agent-partenaire	1992	100 000 (déc. 2010)
	Uplift Mutuals, Uplift Health	Assurance Santé MH	Basée sur la communauté	2003	100 000 (fév. 2010)
Philippines	First Community Cooperative (FICCO), association mutualiste (MBA)	Assurance Vie temporaire, GDIA	MBA réglementée	2007	330 000 (nov. 2010)
	Centre for Agriculture and Rural Development (CARD), association mutualiste (MBA)	Assurance Vie temporaire, GDIA	MBA réglementée	1994	4 millions (nov. 2010)
	Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services (CLIMBS), Microbiz Family Protector	Assurance Vie temporaire, GDIA, assurance Obsèques et assurance Incendie	Agent-partenaire	2004	135 000 (nov. 2010)
	MicroEnsure, Family Life avec Taytay Sa Kauswagen (TSKI)	Assurance Vie temporaire, GDIA, assurance Obsèques	Agent-partenaire, intermédiaire	2007	1 million (nov. 2010)

[1] La section 15.4 fournit plus de détails sur les produits et leur performance.
MH = Malade Hospitalisé ; ME = Malade en consultation Externe ;
GDIA = Garantie Décès et Invalidité Accidentels.
MBA = Société mutualiste, PPP = Partenariat Public-Privé

L'un des rares problèmes qui subsistent avec la valeur de la micro-assurance Vie, est celui des couvertures d'assurance Décès et Invalidité (DIA). Souvent la valeur pour les clients de ces couvertures est incertaine en raison d'une détermination inadéquate des prix (primes élevées pour un risque de fréquence très faible), des exclusions et des délais d'attente qui, en principe, ne sont pas nécessaires pour maîtriser la sélection adverse pour les couvertures d'assurance Accidents.

Étant donnée l'exposition élevée des ménages à faible revenu aux accidents et la difficulté qu'ils ont à faire face aux dépenses inattendues, il est important de continuer à améliorer la valeur des produits GDIA. Certains prestataires aux Philippines, comme CLIMBS, ont simplifié la liste des exclusions et n'ont pas introduit de délais d'attente pour les couvertures d'assurance Accidents. De même, CARD et MicroEnsure fournissent une couverture d'assurance Accidents peu après l'inscription, bien que les prestations en cas de décès naturel augmentent progressivement dans le temps. Une autre bonne caractéristique du produit CARD est que les prestations en cas d'invalidité sont versées en acomptes mensuels plutôt qu'avec une somme forfaitaire, de sorte que pour les assurés, cela équivaut à recevoir un salaire mensuel.

Comme discuté au chapitre 5, la conception de produits d'assurance Santé durable et ayant de la valeur est en soi plus complexe que pour d'autres types de micro-assurance. De nombreux prestataires tels que Self-Employed Women's Association (SEWA) et Uplift en Inde intègrent des services de soins de santé préventifs dans leurs produits d'hospitalisation, ce qui est une bonne manière d'augmenter la valeur (également pour les non-prestataires) tout en réduisant les coûts de demandes d'indemnisation en cas d'hospitalisation.

Une autre façon relativement facile d'améliorer les prestations est une option de paiement de l'hôpital au comptant ou une couverture pour perte de revenu due à l'hospitalisation. Cela peut être utile quand les clients doivent payer (de façon informelle) des médicaments ou des services dus à des systèmes de santé publique insuffisamment financés. En outre, on peut également assurer la protection des travailleurs non déclarés qui ne sont pas protégés de la perte de revenu par les systèmes de sécurité sociale. Par exemple, le CIC au Kenya verse 2 000 KES (22 $US) par semaine jusqu'à 25 semaines pendant la période d'hospitalisation. Les professionnels de santé de SEWA viennent à l'hôpital le premier ou deuxième jour d'hospitalisation pour fournir une avance sur une demande d'indemnisation, qui sera remboursée entièrement plus tard.

Enfin, les critères d'éligibilité et les mécanismes pour choisir les membres supplémentaires ou nommer les bénéficiaires des produits d'assurance Santé et d'assurance Vie exigent une étroite surveillance. Comme l'indique le chapitre 16, et comme on peut l'observer pour certains produits en Inde et aux Philippines, le fait de laisser le membre principal choisir d'autres membres pour les polices d'as-

surance Santé peuvent conduire à une discrimination sexuelle, car cela peut avoir comme conséquence une inscription bien moindre de membres de la famille de sexe féminin. Par conséquent, les produits qui couvrent toute la famille tendent à être préférés, car ils présentent l'avantage de réduire la sélection adverse.

15.2.2 Faciliter l'accès

Choix et inscription

Intuitivement, l'offre d'un choix entre des produits ou des caractéristiques spécifiques devrait être bénéfique. Cependant, trop de choix peuvent compliquer les décisions et décourager les clients de souscrire à un produit ayant par ailleurs de la valeur *(voir chapitre 13).* En outre, les produits obligatoires qui n'offrent aucun choix sont habituellement moins chers, car ils permettent aux assureurs d'atteindre un facteur d'échelle plus rapidement et d'éviter la sélection adverse. Les avantages et les inconvénients des produits obligatoires par rapport aux produits volontaires peuvent être discutés plus utilement si l'on prend en considération toutes les dimensions de valeur pour les clients (voir les exemples kenyans dans la section 15.4).

Certains prestataires expérimentent des approches hybrides. Aux Philippines, MicroEnsure propose un produit obligatoire aux emprunteurs de l'institution de micro-finance (IMF) Taykay Sa Kauswagan, Inc. (TSKI), avec une caractéristique de participation pour les clients qui veulent que la couverture continue après le remboursement de leurs prêts, car de nombreux clients font également de l'épargne avec TSKI. L'idée fondamentale est de maîtrise la sélection adverse par le biais d'un produit obligatoire fourni avec un service supérieur qui permet à des clients d'apprécier le produit et d'y souscrire volontairement, ou de passer à une option supérieure à l'avenir.

Les besoins des clients sont variables, pourtant de nombreux produits ont été normalisés pour réduire les coûts de transaction. Bien que trop de personnalisation puisse être onéreuse à gérer, donner aux clients un certain choix semble être une solution valable. Parmi les assureurs examinés, seuls Pioneer Insurance et VimoSEWA offrent un tel choix. Comme les niveaux d'éducation en matière d'assurance augmentent, il devrait être possible de laisser les clients choisir parmi un ensemble limité d'avenants ou même décider d'une combinaison de produits multirisque offrant une protection contre les risques Santé, Vie et/ou Dommages en un seul produit. Pour le moment, les produits multirisque disponibles pour les clients à faible revenu ne sont pas souples et sont chers à fournir (voir l'expérience du Kenya à la section 15.4).

Le processus d'inscription est important, en particulier le calendrier et la durée de la période d'inscription. VimoSEWA effectue des inscriptions après les récoltes en zones rurales afin de surmonter les contraintes de liquidité et toucher

les fermiers quand ils disposent des fonds provenant des récoltes. Certains projets indiens en matière d'assurance Santé incluent une plage d'inscription simple et courte pendant l'année. Bien qu'une période d'inscription d'une semaine puisse atténuer la sélection adverse et réduire les coûts de marketing, ce n'est pas suffisant pour capter tous les ménages intéressés et cela peut créer des défis opérationnels majeurs.

Information et compréhension

Les faibles niveaux d'éducation en matière d'assurance rendent difficile la compréhension des polices pour les clients et leur bonne utilisation. Ils doivent pouvoir accéder facilement à l'information sur le produit et être éduqués sur son utilisation tout en tenant compte d'autres solutions disponibles de gestion des risques. Cela implique habituellement une importante éducation financière et divers réseaux doivent être utilisés pour relayer les messages éducatifs et changer le comportement des consommateurs.

Le chapitre 14 souligne diverses stratégies et outils utilisés par les acteurs de terrain. L'analyse de la valeur pour les clients a révélé certaines idées supplémentaires émanant des prestataires, tels que MicroEnsure, VimoSewa et Uplift, qui dirigent des programmes éducatifs systématiques sur les concepts de gestion des risques qui vont au-delà de la transmission d'informations de base. Le programme d'éducation de MicroEnsure, par exemple, repose sur 3 piliers : 1) l'utilisation de bandes dessinées, de chansons et de CD pour améliorer l'éducation financière des clients et leur permettre de comparer les produits d'épargne et d'assurance ; 2) l'explication des prestations et des logistiques de produit ; et 3) l'éducation du personnel des IMF sur les mêmes questions en mettant l'accent sur la gestion des demandes d'indemnisation.

Ces efforts complets valent la peine d'être davantage évalués, mais étant donnés les coûts il est peu probable que les prestataires pourront organiser de tels programmes importants sans le soutien de donateurs, du gouvernement ou d'organes industriels. Par conséquent, fournir des informations claires sur le produit est un bon début pour les micro-assureurs. FICCO aux Philippines et ICICI Lombard en Inde proposent des exemples utiles, le premier fournissant un document très simple sur la police qui présente les prestations et la logistique clé de la police, et le second incluant une liste d'exclusions au dos de la carte d'assurance. En général, les prestataires étudiés aux Philippines surpassent leurs homologues en Inde et au Kenya par la simplicité des formulaires et la clarté du langage utilisé pendant le processus d'inscription.

L'éducation semble plus importante lorsque les clients ne décident pas de souscrire au produit eux-mêmes (produits obligatoires) ou paient peu cher les produits subventionnés. Dans ces circonstances, l'utilisation par les clients est souvent inférieure à ce qui est prévu (ou le taux de rejet des demandes d'indem-

nisation est plus élevé), parce que les clients ne comprennent pas complètement les prestations et les processus de demandes d'indemnisation. Davantage d'éducation est nécessaire pour les produits complexes, ce qui explique probablement pourquoi MicroEnsure mène un grand programme éducatif et Britak au Kenya se limite à la transmission d'informations.

Paiement des primes :
Collins et al. (2009) dessinent un portrait détaillé de la façon dont les populations pauvres partout dans le monde vivent de revenus faibles et irréguliers. Le paiement de l'assurance est difficile pour les ménages à faible revenu luttant pour répondre à une multitude de besoins avec peu de ressources. Les micro-assureurs reconnaissent que ce problème est une entrave à l'accès et tentent de la surmonter de différentes manières.

Une plus grande souplesse dans le paiement des primes est exigée. Les ménages à faible revenu apprécient un paiement en petits versements partiels (irréguliers, si possible) par démarchage et de pouvoir répartir leurs paiements dans le temps. Les paiements mobiles, quoique non pratiqués dans les projets étudiés, peuvent percer, pourvu que les coûts de transaction soient accessibles *(voir chapitre 24).* Des délais de grâce raisonnables pour éviter des déchéances de police sont également souhaitables. Cependant, il n'est pas toujours possible d'ajouter de la souplesse, car les réglementations en matière d'assurances peuvent limiter la possibilité d'introduire davantage de souplesse pour ajuster certaines caractéristiques du produit. Pour des polices d'assurance Santé, par exemple, des primes annuelles payées sous forme de somme forfaitaire sont souvent exigées.

Dans les pays développés, les déductions automatiques du salaire fournissent une option facile et bien perçue par les clients. Cette option est rare dans le contexte de la micro-assurance car les ménages à faible revenu travaillent souvent dans l'économie informelle. Parmi les produits étudiés, seul Britak au Kenya, qui travaille avec l'autorité kenyane chargée du développement du secteur du thé, a offert des déductions automatiques aux petits cultivateurs de thé, qui recevaient un salaire mensuel régulier et une prime annuelle.

Une autre solution plus pratique pour procéder aux paiements implique de lier la micro-assurance à d'autres services financiers. Par exemple, parmi les polices Bima ya Jamii du CIC, près de 90 % sont souscrites avec un prêt auprès d'organismes coopératifs d'épargne et de crédit (SACCO). C'est également pratiqué par d'autres prestataires au Kenya. Le problème est délicat car la frontière est très mince entre l'augmentation de la valeur pour les clients et la vente croisée de services de crédit, ce qui pourrait conduire à une dette excessive ou à une augmentation des primes.

Pour cette raison, l'utilisation de l'épargne et les envois de fonds pour financer les primes devraient conférer aux clients une meilleure valeur, mais de telles solu-

tions restent encore à développer *(voir chapitre 17).* VimoSEWA avait des résultats mixtes avec 2 mécanismes de paiement de primes liés à l'épargne. La déduction automatique des comptes d'épargne ne fonctionnait pas quand le solde du compte était insuffisant, et il était difficile d'éduquer les clients correctement en raison de la nature obligatoire du produit. Les clients de VimoSEWA ont également la possibilité d'effectuer un dépôt sur un compte bancaire SEWA spécial, pour lequel ils reçoivent une couverture d'assurance plutôt qu'un intérêt. Bien que ce mécanisme réduise les coûts de transaction, il ne surmonte pas les contraintes de liquidité, car les clients doivent faire un dépôt de 20 fois la prime annuelle. Auparavant, un quart des membres SEWA utilisait la méthode de paiement par dépôt fixe mais cette proportion a fortement baissé (McCord et al., 2006).

Proximité

Étant donné que les options de transport sont limitées et souvent onéreuses, les ménages à faible revenu ont besoin d'un réseau de points de vente accessible pour souscrire à des projets d'assurance et profiter de leurs prestations. Cette exigence est proposée par la majeure partie des assureurs étudiés, en particulier VimoSEWA, Uplift et PWDS, dont le personnel est présent dans la communauté pour le processus d'inscription. C'est également le cas pour les prestataires d'assurance Vie aux Philippines qui investissent souvent des ressources importantes dans la formation du personnel de première ligne des réseaux de distribution, qui sont situés près des clients, ainsi que dans le développement d'un réseau de leurs propres agents pour soutenir les partenaires de distribution.

15.2.3 Abaissement des coûts

Rapport qualité/prix

Le rapport qualité/prix peut être mesuré par le rapport de toutes les prestations d'assurance et de non-assurance sur le montant total de la prime payé. Parmi les projets étudiés, il n'est pas surprenant que les produits subventionnés offrent le meilleur rapport qualité/prix. Les produits ayant de nombreuses prestations à valeur ajoutée, tels qu'Uplift ou VimoSEWA, obtiennent également de bons résultats à cet égard. Il est intéressant de constater qu'aux Philippines, où le marché des produits d'assurance Vie est arrivé à maturité, tous les produits ont un rapport qualité/prix équivalent.

L'analyse du rapport qualité/prix aide à identifier les produits dont le prix est surestimé pour compenser des processus inefficaces. Au Kenya, par exemple, ni un produit relativement bon marché de Britak ni le projet le plus complet de Pioneer Assurance ne semblent être rentables. Les 2 produits ont des taux de demande d'indemnisation entre 80 et 120 %, ce qui signifie que les membres obtiennent davantage pour leurs primes. Cependant, un tel taux indique égale-

ment un problème avec le programme, qui peut finalement être défavorable pour le prestataire et pour le client. Il semble que d'autres prestataires kenyans aient des processus plus efficaces ou une meilleure maîtrise des coûts, car même avec des taux de demande d'indemnisation moindres, ils offrent aux clients une meilleure valeur.

Accessibilité

Bon nombre des produits étudiés semblent être accessibles, en particulier aux Philippines, où tous les produits se trouvent dans une gamme de 20 PHP à 30 PHP (0,44 $US à 0,66 $US) par an. Comme décrit à la section 15.4, les seuls produits non conformes au concept d'accessibilité sont les produits multirisque au Kenya du CIC et de Pioneer, ce qui pourrait expliquer leur croissance lente.

Une fois encore, une subvention peut être utilisée pour rendre les produits accessibles tant qu'elle est permanente ou conçue de telle sorte qu'elle ne sape pas la viabilité à long terme d'un produit spécifique. C'est de plus en plus courant dans les pays ayant des politiques gouvernementales sûres, en particulier pour les produits d'assurance Santé et agricole. Trois des projets d'assurance Santé étudiés en Inde sont subventionnés par des gouvernements centraux ou d'État.

Autres coûts

Dans la plupart des cas étudiés, les produits ne requièrent aucun coût supplémentaire pour le client. Cependant, recevoir des prestations en matière de soins de santé, et les visites de membres de la famille à une personne malade, peuvent engendrer des frais de déplacement, en particulier en zones rurales. Des projets tels que RSBY fournissent une allocation de voyage, qui supprime les barrières à l'accès et devrait améliorer significativement la valeur de la micro-assurance dans les zones rurales.

De nombreux projets d'assurance Santé bénéficient de tickets modérateurs 10 à 20 %. Comme l'illustre l'exemple de PWDS *(voir encadré 15.2),* si les membres ont le choix, ils choisissent intuitivement une option avec ticket modérateur et donc des primes plus faibles. C'est en conformité avec le taux de remise élevé, souvent rapporté pour les ménages à faible revenu, donnant lieu à la notion selon laquelle les ménages accordent plus de valeur à l'argent qu'ils ont immédiatement qu'à l'argent à venir *(chapitre 13).* Certains des projets indiens offrent des tickets modérateurs pour une chirurgie ou une hospitalisation onéreuse après un accident. Ce genre de tickets modérateurs devrait avoir un impact limité sur la maîtrise du risque moral mais peut augmenter de manière significative la vulnérabilité des personnes exposées à des risques de catastrophes. Il semble que la valeur pour les clients puisse être sensiblement augmentée si les tickets modérateurs sont supprimés pour des événements rares mais onéreux, tout restant utilisés pour des incidents à faible coût plus fréquents.

Encadré 15.2

Préférences pour des tickets modérateurs plus élevés (et des primes moindres) chez PWDS en Inde

Palmyrah Workers Development Society (PWDS), une ONG du Tamil Nadu, propose une assurance Santé pour hospitalisation à ses groupes d'entraide en collaboration avec 2 assureurs. PWDS a voulu impliquer des groupes communautaires dans le développement du produit pour comprendre leurs exigences et gagner rapidement leur adhésion. Deux options de produit ont été discutées avec la communauté : un avec versement intégral de l'indemnisation et une prime plus élevée, et l'autre avec un ticket modérateur de 20 % et une prime moins importante. Quand le produit a été introduit, 4 des 5 fédérations communautaires ont opté pour l'option de ticket modérateur. Les membres ont estimé qu'un ticket modérateur réduirait les demandes d'indemnisation fausses et excessives car une partie du coût restait à la charge du demandeur. Leur décision d'opter pour l'option de ticket modérateur a probablement été guidée par le prix moins élevé, mais cela illustre également le fait qu'ils ont compris l'exigence d'autorégulation et étaient disposés à l'essayer.

Structure et maîtrise des coûts

Comme l'explique l'analyse du « rapport qualité/prix » ci-dessus, une maîtrise efficace des coûts devrait avoir comme conséquence des produits de meilleur valeur qui permettront d'accéder aux services à long terme. C'est également le cas pour l'efficacité et la structure des coûts, car les consommateurs ne veulent pas payer l'inefficacité des prestataires. Une analyse détaillée de la structure et de la maîtrise des coûts dépasse la portée de ce chapitre, mais il est intéressant de voir les diverses stratégies de réduction des coûts parmi les organismes participants : suppression des intermédiaires (MBA aux Philippines), utilisation du personnel des réseaux de distribution (CLIMBS, Pioneer Assurance), participation de courtiers spécialisés (MicroEnsure) ou d'administrateurs tiers (TPA), conservation de la maîtrise de la sélection adverse et de la fraude et surveillance des coûts au niveau des prestataires de soins de santé (Jamii Bora Trust, Uplift, RSBY). Enfin, les avancées technologiques devraient avoir comme conséquence une meilleure efficacité, bien qu'il soit encore trop tôt pour en avoir des preuves.

15.2.4 Améliorer l'expérience

Processus de demandes d'indemnisation et respect des délais

La micro-assurance devient tangible pour les clients quand une demande d'indemnisation est réglée et cela représente une opportunité pour les assureurs de renforcer la confiance et accroître la fidélité. Les procédures de demandes d'indemnisation doivent être pratiques et les demandes d'indemnisation payées de

façon opportune pour fournir un meilleur service que les voies informelles dans lesquelles les ménages à faible revenu gèrent les risques.

Des paiements rapides sur les avenants d'assurance Obsèques de polices d'assurance Vie aux Philippines sont de bons exemples d'amélioration de la valeur pour les clients. CLIMBS, CARD *(voir encadré 15.9),* et MicroEnsure versent la composante Obsèques de l'assurance Vie dans un délai de 24 heures, tandis que le reste de l'assurance Vie est versé un peu plus tard et dépend de la remise de plus de documents.

Encadré 15.3

Modèle de règlement des demandes d'indemnisation 1-3-5 de CARD

Au Centre for Agriculture and Rural Development (CARD) des Philippines, la procédure 1-3-5-jours pour le règlement des demandes indemnisation garantit aux membres une expérience positive avec l'assureur. Vérifiées par le responsable de la succursale CARD ou le personnel de CARD MBA, les demandes d'indemnisation sont réglées en :

- 24 heures, après notification : une demande d'indemnisation doit être réglée si la dépouille n'est pas encore enterrée au moment de la validation.
- trois jours, après notification et avec tous documents : une demande d'indemnisation doit être réglée si la dépouille est déjà enterrée au moment de la validation.
- cinq jours, après notification : une mesure définitive sera prise en ce qui concerne les demandes d'indemnisation difficiles.

Source : site Web de CARD MBA, 2011.

Comme abordé au chapitre 6, les prestataires de micro-assurance Santé offrent de plus en plus une solution permettant d'accéder à des prestations via des demandes d'indemnisation « non numéraires ». Au lieu d'avancer leur propre argent et d'être remboursé plus tard par un assureur, un membre peut accéder à des services de soins de santé gratuitement. La plupart des acteurs de la micro-assurance Santé, y compris ICICI Lombard, RSBY, PWDS, CIC, NHIF, Pioneer Assurance, Jamii Bora Trust et Britak, sont passés à des solutions « non numéraires », bien que l'approche ait ses détracteurs. Uplift croit fermement qu'une base de remboursement crée un sens plus fort de la propriété chez les clients et évite des coûts gonflés (en raison d'un traitement inutile, par exemple) des prestataires de soins de santé. Uplift pense qu'un système de remboursement est plus efficace pour réduire les coûts généraux des demandes d'indemnisation.[3] VimoSEWA pratique

3 Uplift a testé les solutions non numéraires et prétend que les taux appliquées par les prestataires de soins de santé étaient presque 2 fois supérieurs à ceux appliqués aux clients payant comptant.

quelque chose d'intermédiaire, en avançant une partie du versement quand le client est à l'hôpital et en payant le solde après fourniture des documents.

En dépit de ces exemples positifs, de nombreux micro-assureurs peuvent améliorer leur traitement des demandes d'indemnisation. Le processus peut être fastidieux, en particulier pour les couvertures GDIA et certaines couvertures d'assurance Santé non numéraires. Des délais de plus qu'un mois sapent la valeur, car les bénéficiaires peuvent recourir à des alternatives coûteuses pour générer la somme forfaitaire requise. Les taux élevés de rejet pour certains projets suggèrent que les procédures de demandes d'indemnisation ne sont pas claires ou n'ont pas fait l'objet d'une bonne communication. La liste des documents exigés pour certains produits, en particulier au Kenya, est trop longue. On ne sait pas vraiment si la paperasse supplémentaire apporte quelque chose à la maîtrise de l'assureur, mais elle détériore certainement l'expérience des clients. L'approche de bon sens de MicroEnsure concernant les certificats d'accident et de décès est un exemple de petit changement qui améliore l'expérience des clients *(voir encadré 15.4).*

Encadré 15.4

Processus pour améliorer la valeur pour les clients chez MicroEnsure

MicroEnsure a débuté son partenariat avec Taytay Sa Kauswagen, Inc. (TSKI) en 2007, dans la région de Visayas aux Philippines, où l'IMF auto-gérait déjà un produit d'assurance Vie pour couvrir ses membres. La couverture existante était utilisée comme point de départ pour concevoir un produit à valeur ajoutée utilisant le modèle agent-partenaire avec le soutien de MicroEnsure, un intermédiaire de micro-assurance *(voir chapitre 23),* pour le développement de produit, le marketing et la gestion des demandes d'indemnisation. Différentes caractéristiques ont été modifiées au fil du temps.

Dans un premier temps, le montant assuré est passé de 100 000 PHP à 120 000 PHP (2 222 $US à 2 666 $US) de sorte que le montant du prêt (en moyenne 30 000 PHP, 666 $US) et les coûts des obsèques soient entièrement couverts et qu'un montant supplémentaire demeure au profit des bénéficiaires. Les prestations de l'assurance Vie et de l'assurance Obsèques étaient séparées et les maladies préexistantes étaient incluses dans les prestations de l'assurance Obsèques, avec pour résultat un versement plus rapide des prestations. Pour simplifier la structure des coûts et permettre aux clients de mieux comprendre le produit, un taux communautaire a été introduit, afin de supprimer toute différenciation dans la prime par groupe d'âge. L'inscription des membres de la famille est alors devenue obligatoire et un taux familial a été introduit, garantissant la protection des membres, bien qu'à différents niveaux de prestations. La définition des personnes à charge a été également revue plusieurs fois pour adapter la police aux situations des familles aux Philippines.

Pour simplifier le traitement des demandes d'indemnisation, MicroEnsure a désigné l'IMF comme administrateur de la police. Les documents requis pour le processus de demande d'indemnisation ont été réduits, y compris l'utilisation possible d'un certificat du chef de village et de déclarations sous serment. En outre, un tableau des prestations croissant dans le temps a été introduit pour limiter les vérifications liées aux exclusions et aux conditions préexistantes. Grâce à ces adaptations, le délai des demandes d'indemnisation avait diminué de 3 mois à 44 jours en novembre 2010, ce qui représente un progrès significatif, mais peut encore être amélioré.

Sources : données collectées auprès de MicroEnsure ; Fonds pour l'innovation en micro-assurance, 2011.

Gestion des polices et tangibilité

La gestion des polices est moins problématique que le traitement des demandes d'indemnisation car la plupart des assureurs étudiés, en particulier FICCO, CARD et CLIMBS, excellent à remettre rapidement les certificats de police ou les cartes d'assurance à leurs membres. RSBY utilise la technologie pour délivrer les cartes de membre sur place pendant ses campagnes d'inscription. Cependant, dans d'autres cas les clients attendent les cartes pendant 3 à 4 semaines. De nombreux prestataires ne fournissent aucun document de police ni preuve d'assurance tangible. Il est difficile de défendre les arguments de réduction des coûts, car la preuve de l'assurance peut être aussi simple que la carte utilisée par ICICI Lombard avec certaines informations clés sur la police au dos.

Pour que les clients aient une expérience positive, il est également important de rendre l'assurance tangible pour la grande majorité ayant eu la chance pour ne pas faire de demande d'indemnisation. Les efforts d'Uplift et VimoSEWA décrits au chapitre 5 sont de bons exemples de la fourniture de valeur aux clients qui ne font pas de demandes d'indemnisation, mais proposer des services supplémentaires pourrait s'avérer coûteux et, pour des gammes de produits autres que l'assurance Santé, avoir moins d'avantage direct pour les assureurs. Offrir de la tangibilité peut être aussi simple que de proposer une carte de membre et d'envoyer des messages textes de suivi avec des informations sur la police d'assurance.

Soin accordé au client

À mesure que les produits et les modèles de distribution deviennent complexes, le rôle du soin accordé au client en micro-assurance est devenu plus important. Dans le passé, cette considération était en grande partie négligée et beaucoup de micro-assureurs ne fournissaient pas aux clients de moyen de les contacter en cas de problème ou s'ils avaient besoin d'informations. Récemment, cependant, les assureurs ont fait un gros effort pour apporter un soutien aux clients avant, pendant et après une souscription.

Avec les progrès des télécommunications, la micro-assurance teste les centres d'appel et les clients de certains projets (CIC, Pioneer, ICICI, RSBY, Uplift) ont accès à un numéro d'appel gratuit. Cela permet aux clients de comprendre les caractéristiques de base du produit au moment de la souscription, établit un mécanisme de réclamations et de retour, et leur permet de vérifier le statut de leur police.

Le soin accordé au client ne se limite pas à des centres d'appel et à la proximité avec le client. Il s'agit d'avoir un processus institutionnalisé pour fournir des réponses satisfaisantes aux questions des clients, des mécanismes pour répondre aux réclamations, et un système de surveillance et d'action concernant les demandes et les plaintes individuelles. Par exemple, CLIMBS, CIC, Uplift et VimoSEWA, entre d'autres, ont fait un effort pour mettre en place des structures en matière de soin accordé du client. Ce n'est souvent pas le cas avec de nombreux projets basés sur la communauté ou des agent-partenaires, qui pensent qu'être proche du client est suffisant.

15.2.5 Équilibrer les compromis dans un processus d'amélioration continue

La plupart des produits incluent des éléments d'augmentation de la valeur, bien qu'il soit rare pour un produit d'obtenir de bons résultats dans toutes les dimensions de valeur pour les clients, en raison du compromis existant souvent entre l'accessibilité et les améliorations en matière de prestations, d'accès et d'expérience. Les améliorations de valeur pour les clients n'exigent cependant pas toujours une augmentation de la prime. Elles peuvent également être réalisées par des gains d'efficacité, de nombreux processus pouvant être rationalisés. En fait, on a observé une amélioration continue de la valeur pour les clients dans plusieurs projets, y compris MicroEnsure et Uplift *(voir encadrés 15.4 et 15.5).*

Les améliorations de la valeur pour les clients devraient être stratégiques. Il existe des compromis intrinsèques entre la valeur pour les clients et les considérations commerciales. Une approche « équilibrée » de la valeur dans les 4 dimensions de PACE est tout à fait logique pour un client, mais cela pourrait ne pas être le meilleur choix pour un micro-assureur dans un environnement concurrentiel qui veut différencier son offre.

Encadré 15.5

Processus pour améliorer la valeur pour les clients chez Uplift

Uplift Mutuals a lancé son projet d'assurance Santé en 2003 avec une couverture maximale de 5 000 INR (111 $US) pour une prime annuelle de 50 INR (1,1 $US) par personne. La couverture comprenait le remboursement complet d'un traitement à l'hôpital dans des hôpitaux publics et à 80 % chez des prestataires privés. En 2007, des réductions sur les consultations externes et les médicaments ont été ajoutées et les procédures de soins de jour ainsi qu'une assurance Accident ont été inclues dans la couverture, tandis que les conditions préexistantes étaient exclues pendant 2 ans (contre un an auparavant), et la prime augmentée à 60 INR (1,33 $US) par personne. Dans le même temps, Uplift recrutait du personnel de terrain spécialement dédié afin d'améliorer le soin accordé au client. En 2009, Uplift a augmenté le montant assuré à 15 000 INR (333 $US) pour une prime de 100 INR (2,22 $US) par personne.

Upflift a dû aborder 3 problèmes au cours des premières années : 1) un taux élevé de rejet des demandes d'indemnisation ; 2) une augmentation du coût des demandes d'indemnisation ; et 3) une augmentation des dépenses non remboursées. En raison du manque de sensibilisation, de nombreuses demandes d'indemnisation ont été soumises pour des cas exclus. Le projet était incapable de maîtriser les coûts de soins de santé car il reposait sur un petit réseau de prestataires constitués, de sorte qu'il ne pouvait pas surveiller (comparer) les coûts. Uplift s'est rendu compte que ses membres appréciait l'accès aux informations sur les services de santé autant que la prestation financière de l'assurance. Pour améliorer l'accès, Uplift a développé un réseau de plus de 300 prestataires de santé de qualité proposant des réductions de 10 à 50 %, et institué un service d'assistance 24/7 pour diriger les membres vers un prestataire de santé approprié. Pour augmenter la valeur pour tous les membres, même ceux sans demandes d'indemnisation d'hospitalisation, Uplift a également étendu ses initiatives de soins de santé pour inclure des réductions sur les médicaments, des campagnes de santé mensuelles, des bilans de santé gratuits et une éducation sanitaire pour prévenir les maladies saisonnières.

Les efforts d'Uplift pour améliorer la valeur pour les clients semblent porter ses fruits. Début 2011, le projet couvrait plus de 100 000 personnes, le taux de rejet de demandes d'indemnisation était de 2 %, le taux de sinistres avait augmenté à 47 %, le taux de services (proportion de membres ayant accès à des services de santé d'hospitalisation ou de consultations externes) était de 56 %, les dépenses non remboursées avaient diminué de 22 %, et le taux de renouvellement était passé de 48 % en 2008 à plus de 60 % en 2010. Actuellement, Uplift n'est pas entièrement viable. Les primes sont suffisantes pour couvrir les opérations d'assurances, mais pas encore pour soutenir les prestations à valeur ajoutée, qui sont subventionnées par un donateur. La direction d'Uplift estime que tripler la portée actuelle devrait permettre de faire des économies d'échelle pour rendre tout le programme viable.

Sources : données collectées auprès d'Uplift ; Fonds pour l'innovation en micro-assurance, 2011.

Enfin, la valeur pour les clients est contextuelle. Les améliorations qui fonctionnent dans un pays ne peuvent pas toutes être reproduites ou ne sont pas toutes nécessaires dans d'autres pays. Les préférences des clients peuvent être différentes, la disponibilité de la technologie ou des partenaires de distribution varier, et le paysage des mécanismes informels, les projets de sécurité nationale et les prestataires de micro-assurance peuvent exiger de trouver une niche pour un produit spécifique. La section suivante de ce chapitre compare divers produits au niveau national et illustre l'importance d'étudier un produit par rapport à ses alternatives.

15.3 Définition des points de référence : mécanismes informels et projets de sécurité sociale

Les mécanismes informels et les projets de sécurité sociale fournissent des points de repère pour évaluer la valeur de la micro-assurance dans le contexte d'autres options de gestion des risques.

Les ménages à faible revenu utilisent une multitude de mécanismes informels tels que les sociétés d'inhumation, l'épargne ou les groupes d'entraide pour gérer les risques Vie, Santé et Dommages. Grâce aux mécanismes de partage des risques de groupe, les ménages participent à une fonction sociale importante nichée au sein de communautés bien définies qui permettent une mise en commun des risques sans fraude, risque moral ni sélection adverse. Cependant, comme le décrivent Dercon (2005) et Morduch (1999), ils présentent de nombreux points faibles. Ils peuvent uniquement gérer les risques idiosyncratiques, et non les risques covariants qui affectent les communautés entières (par exemple, les inondations). Ils sont plus adaptés à de petits déboursements pour des événements fréquents. Seuls les groupes bien structurés, souvent gérés par un comité rémunéré, peuvent répondre à des pertes plus importantes, mais ils sont rares et se trouvent la plupart du temps dans des zones urbaines.

Les ménages à faible revenu tendent à mettre sur pied diverses stratégies car aucune ne peut fournir suffisamment de fonds pour couvrir les pertes importantes. Les ménages compensent en participant à de multiples projets de groupe ou, en cas d'urgence, ils épuisent leur économies, vendent leurs actifs à bas prix, ou prennent un ou plusieurs prêts à court terme auprès de prêteur sur gages ou d'IMF. Ces activités impliquent souvent des coûts élevés (Cohen et Sebstad, 2005 ; Collins et al., 2009).

L'évaluation de valeur pour les clients de PACE au Kenya relative à l'utilisation d'arrangements informels de gestion des risques *(voir l'encadré 15.6)* confirme qu'ils offrent une couverture partielle à un prix élevé. Les mécanismes informels de partage des risques au Kenya obtiennent des résultats mauvais en matière de coût et de prestations de produit, bons en matière d'accès, et moyens en matière d'expérience.

Encadré 15.6

Valeur pour les clients tirée des mécanismes informels de partage des risques au Kenya

Au Kenya, les « groupes d'aide sociale » de 20 à 60 membres sont une manière populaire et autogérée de répondre à l'assurance Vie, et dans une certaine mesure, aux risques pour la santé. Ils sont mieux organisés dans les zones urbaines, où les membres contribuent régulièrement à hauteur de 200 KES à 400 KES (2,20 $US à 4,40 $US) par mois pour recevoir un versement de 20 000 KES à 50 000 KES (222 $US à 555 $US) en cas de décès du membre ou d'un membre de sa famille. En cas de maladie grave, les membres sont invités à contribuer de manière rétroactive à hauteur de 100 KES à 500 KES (1,10 $US à 5,50 $US), ce qui permet de fournir des sommes forfaitaires de 5 000 KES à 30 000 KES (55 $US à 333 $US) pour couvrir les factures de soins de santé. Dans les zones rurales, les collectes ex ante sont rares, les membres sont donc invités à contribuer pendant les obsèques et les groupes organisent parfois des événements spéciaux pour colleter des fonds afin d'aider les membres à répondre à des bouleversements de santé importants (Cohen et al., 2003 ; Smith et al., 2010 ; Simba, 2002).

Le coût des obsèques pouvant varier de 150 000 KES à 200 000 KES (1 666 $US à 2 222 $US), la couverture des risques d'un groupe est insuffisante. Beaucoup de gens appartiennent à la fois à plusieurs groupes d'aide sociale, entre 2 et 5, ou combinent l'adhésion à d'autres stratégies telles que l'emprunt ou la vente d'actifs pour générer la somme requise. Ainsi même si les contributions régulières à un groupe peuvent sembler abordables (et sont proches des primes collectées pour les produits de micro-assurance similaires), le rapport qualité/prix est faible. De plus, chaque adhésion engendre des coûts de transaction sous forme de contributions en temps, en honoraires et en nature, de sorte que compter sur plusieurs mécanismes basés sur des groupes informels peut s'avérer une stratégie coûteuse pour faire face aux bouleversements. Enfin, ces groupes n'ont aucun arrangement de réassurance qui pourrait fournir une couverture en cas de demandes d'indemnisation excessives, ils sont donc aussi vulnérables financièrement.

Les groupes d'aide sociale au Kenya sont accessibles, mais semblent fournir un service médiocre à leurs membres. Johnson (2004) relate que 40 % des ménages en zone rurale appartenaient à au moins un groupe. Dans la plupart des cas, les règles sont simples, et les groupes sont au sein de la communauté proche et ont des moyens pratiques de collecter les contributions par de petits versements partiels fréquents. Les procédures de règlement des demandes d'indemnisation sont également faciles et assez souples, mais ne semblent fonctionner que pour des projets ex ante qui fournissent un bon service dans les zones urbaines pour des risques de la vie. En cas d'obsèques, les groupes urbains versent habi-

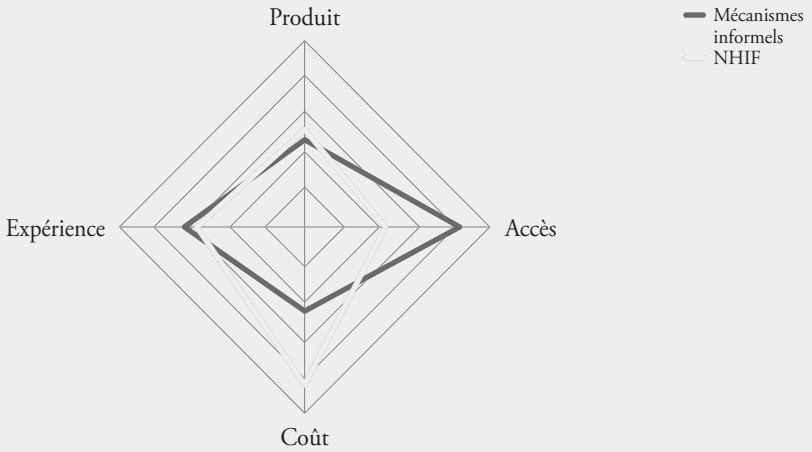
tuellement la prestation à la famille immédiatement, mais le paiement survient rarement rapidement en zones rurales et en général pour les risques liés à la santé. Certaines preuves suggèrent que les contributions rétroactives présentent de longs retards, le cas échéant. Simba (2002) indique que la collecte de contributions des membres peut prendre de nombreuses semaines après des obsèques.

L'autre point de référence utile pour analyser la valeur pour les clients de la micro-assurance concerne les projets de sécurité sociale. En dépit de l'émergence, dans de nombreux pays, de projets de sécurité sociale qui vont au-delà du secteur formel, leur portée est faible et ils offrent rarement une protection complète, couvrant le plus souvent des bouleversements en matière de santé ou des événements catastrophiques, ou visant à réduire la vulnérabilité des enfants et des personnes âgées (OIT, 2008).

Le National Hospital Insurance Fund (NHIF) au Kenya est un bon exemple de l'effort du gouvernement pour protéger la strate la plus pauvre de la population. À l'origine disponible pour les employés du secteur formel et financé par leurs contributions, le NHIF a été ouvert en 2007 pour inclure les travailleurs du secteur informel pour une prime annuelle de 1 920 KES (21 $US) pour toute la famille, ce qui représente environ 0,8 à 1,2 % du revenu d'un ménage à faible revenu, tout à fait conforme à la gamme « volonté de payer » identifiée au chapitre 7. La couverture peut être souscrite par tout le monde dans les bureaux du NHIF, mais étant donné la sensibilité limitée du public, peu de gens se sont inscrits. Elle offre une couverture d'hospitalisation presque totale dans les hôpitaux publics et des remboursements limités pour les services émanant de prestataires de santé privés. Comme la couverture a un prix raisonnable, le NHIF obtient de bons résultats en termes de coûts, plus modérés en termes de produit et d'expérience, en grande partie à cause de la faible qualité de service dans les hôpitaux publics, et mauvais en termes d'accès. Les projets gouvernementaux en Inde ont obtenu des résultats similaires, ce qui suggère que bien que les projets de sécurité sociale puissent résoudre le problème de coût (la plupart du temps par le biais de subventions), de meilleures solutions sont nécessaires pour améliorer l'accès, créer des processus efficaces et maîtriser la qualité des soins.

Comme le représente la figure 15.3, au Kenya, dans une vision plus large de la gestion des risques, il semble que les produits de micro-assurance puissent ajouter de la valeur. Pour ce faire, la micro-assurance devrait imiter les moyens informels de proposer un accès et compléter les prestations des projets de sécurité sociale, tout en offrant un service supérieur.

Figure 15.3 **Évaluation PACE de la gestion informelle des risques et NHIF au Kenya**



15.4 Valeur relative des produits par pays

Cette section présente une analyse nationale des 3 marchés : la micro-assurance Vie aux Philippines, la micro-assurance Santé en Inde et les produits multirisque au Kenya. Cela montre l'importance d'une évaluation de la valeur pour les clients d'un produit par rapport aux alternatives sur le même marché, afin d'identifier les avantages, les inconvénients et les opportunités pour l'amélioration du produit.

15.4.1 Dévoiler les faiblesses des produits multirisque au Kenya

Les ménages à faible revenu au Kenya considèrent les risques Santé et Vie comme leurs plus grands soucis (Cohen et al., 2003), et cette perspective de demande est conforme à l'offre d'arrangements informels de gestion des risques et de projets de micro-assurance qui couvrent souvent des risques de santé et de la vie. L'analyse PACE du Kenya compare 3 produits multirisque proposés par CIC, Pioneer Assurance et Britak, et 2 produits d'assurance Santé pour hospitalisation de Jamii Bora Trust et NHIF *(voir tableau 15.2)*.[4] On pourrait dire que cela revient à comparer des pommes et des oranges. Cependant, comme les risques pour la santé sont un plus grand souci pour les ménages à faible revenu, une comparaison d'un produit d'assurance Santé et d'assurance Vie avec un produit d'assurance Santé seul est un exercice valable du point de vue des clients, car tous les 2 abordent leur priorité la plus élevée. De plus, les produits sont comparables car ils visent largement des segments similaires du marché : CIC et Britak s'adressent aux mêmes populations

4 Le produit CIC vend une couverture d'hospitalisation NHIF, intégrée dans des prestations d'assurance Vie garanties par CIC.

en zones rurales et CIC et Pioneer en zones urbaines, tandis que Jamii Bora Trust vise le marché des revenus légèrement plus bas des habitants des taudis en zones urbaines. Aucun des projets kenyans ne propose cependant d'étude de cas pour le moment *(voir le chapitre 18 pour les résultats de CIC).*

Tableau 15.2

Produits inclus dans l'analyse PACE pour le Kenya

	CIC, Bima ya Jamii	*Pioneer Assurance, Faulu Afya*	*Britak, Kinga ya Mkulima*	*Jamii Bora Trust (JBT)*
Date de début	2007	2010	2007	2001
Type de produit	Assurance Santé MH, GDIA, assurance Obsèques, volontaire, autonome	Assurance Santé MH&ME, assurance Vie temporaire, GDIA, volontaire, autonome	Assurance Vie complète, assurance Santé MH, volontaire, autonome	Assurance Santé MH, assurance Vie de crédit, obligatoire, liée au crédit
Couverture	340 000 KES (MH), 50 000 KES (hôpital, comptant), 100 000 KES (DIA), 30 000 (obsèques)	200 000 KES (EH), CE illimités, 100 000 KES (assurance Vie), invalidité sur tableaux	100 000 KES (assurance Vie), y compris 20 % pour l'assurance Santé MH	MH illimité, couverture de prêt exceptionnelle
Prime annuelle[1]	3 650 KES, famille	6 995 KES, famille	1 860 KES, membre et conjoint	2 400 KES, famille
Distribution	SACCO et IMF	IMF	Employeur (KTDA)	IMF
Segment ciblé[2]	Membres de SACCO et clients d'IMF 10 à 15 000 KES (zones rurales) 15 à 30 000 KES (zones urbaines)	Micro-entrepreneurs urbains 15 à 30 000 KES	Cultivateurs de thé à petite échelle 10 à 15 000 KES	Habitants de taudis urbains 10 à 20 000 KES
Performances	8 300 assurances Vie (06/2010) Taux de demandes d'indemnisation de 40 % pour l'assurance Vie, 120 % pour l'assurance Santé Taux de renouvellement de 25 %	11 000 assurances Vie (06/2010) Taux de demandes d'indemnisation > 100 %	78 000 assurances Vie (10/2010) Taux de demandes d'indemnisation de 80 à 100 % Taux de déchéance de 1 %	600 000 assurances Vie (10/2010) Taux de demandes d'indemnisation de 80 à 120 %

[1] Les primes n'incluent pas le coût d'un prêt pour souscrire à l'assurance, ce qui est très courant pour tous les produits étudiés excepté Britak.

[2] Revenu mensuel moyen des ménages reposant sur des estimations faites à partir des prestataires, de l'étude en cours de l'impact du produit CIC menée par l'EUDN et l'université d'Oxford, et l'étude d'Ana Klincic sur des clients de Jamii Bora Trust (non publiée).

Remarque : 1 $US = 91 KES.

Selon l'analyse PACE, le produit de micro-assurance de Jamii Bora Trust est le seul qui ajoute une valeur significative *(figure 15.4).* Ce produit imite les mécanismes informels en termes d'accès, remplit des fonctions sociales et offre un service supérieur, tout en offrant une couverture plus complète que NHIF à un prix similaire. Le rapport qualité/prix relativement bon provient du fait que la sélec-

tion adverse est limité en raison de la nature obligatoire du produit, ainsi que des contrôles adéquats qui sont en place pour réduire la fraude et le risque moral par les prestataires de soins de santé. La caractéristique obligatoire liée au crédit abaisse le classement de l'accès car les clients n'ont le choix et dans la plupart des cas ils utilisent des prêts pour financer les primes. Cependant, ce point est contrebalancé par la simplicité du produit et la proximité des succursales de Jamii Bora. La possibilité de donner aux membres plus de choix est maintenant discutée, mais il semble que rendre le produit volontaire pour tous les membres du Jamii Bora Trust pourrait réduire le rapport qualité/prix, car sélection adverse et coûts de gestion augmenteront sensiblement.

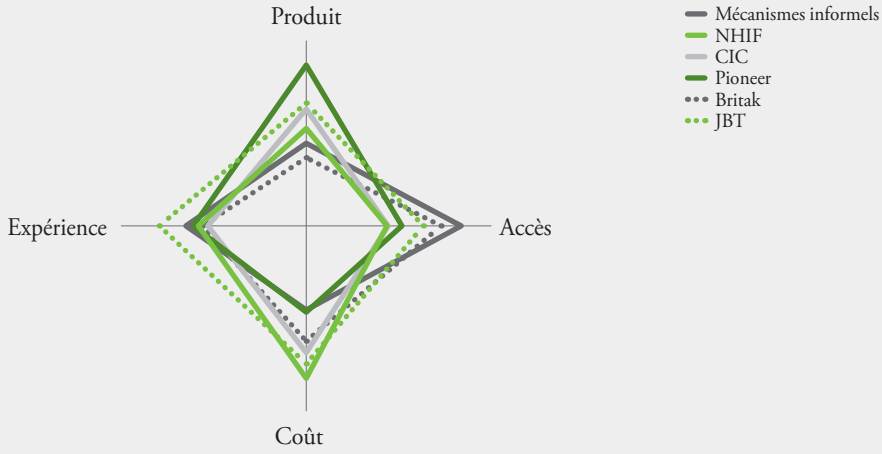
Le produit de Britak est le plus accessible en raison de sa simplicité et de son réseau de distribution très pratique qui permet une déduction de prime automatique des salaires mensuels. Cependant, les prestations relativement faibles sapent son potentiel de développement. De plus, le rapport qualité/prix légèrement moins bon met ce produit en danger sur des marchés plus éduqués et moins fragmentés.

Bima ya Jamii a été une tentative sûre de CIC pour permettre aux gens d'accéder à la couverture NHIF, tout en améliorant la couverture et le service à un prix raisonnable. Cependant, cela n'a pas correctement fonctionné dans la pratique et requiert un réajustement, car NHIF a annoncé en 2010 son intention d'inclure des services de consultations externes dans sa couverture, ce qui aura comme conséquence une augmentation substantielle des primes. Par conséquent, CIC et NHIF envisagent de cesser d'offrir le produit sous sa forme actuelle. En dépit des améliorations en matière de proximité et de sensibilisation du client, CIC et NHIF ont rencontré des difficultés dans l'amélioration du processus d'inscription, les exigences en matière de documents et la synchronisation de leurs systèmes d'information. CIC a également été contraint par la réglementation de collecter une prime annuelle en amont, ce qui a rendu plus difficile pour les gens d'acquérir ou d'accéder au produit.

Le produit multirisque de Pioneer a été mal classé pour différentes raisons. D'une part, c'est le produit le plus complet sur le marché, qui mérite, en tant que tel, de l'attention, mais il est difficile à expliquer aux clients et il n'est pas facile de maintenir les niveaux élevés de service pour une couverture multiple, ce qui donne un mauvais résultat en terme d'accès et d'expérience. De plus, le produit doit faire face à la sélection adverse et il est nécessaire d'améliorer les processus administratifs pour mieux gérer le réseau de prestataires. Enfin, les marchés des populations à faible revenu sont sensibles au prix ; une prime équivalente à 2,9 % du revenu mensuel met le produit Pioneer au-dessus de la limite d'accessibilité. Néanmoins, c'est le produit le moins mature et sa proposition en terme de valeur est susceptible de s'améliorer dans le temps.

Figure 15.4

Analyse PACE de la valeur pour les clients, Kenya



	Mécanismes informels	*NHIF*	*CIC*	*Pioneer*	*Britak*	*JBT*
Produit	2,3	2,6	3,3	4,4	1,9	3,3
Accès	4,3	2,2	2,3	2,7	3,7	3,3
Coût	2,2	4,2	3,4	2,4	3,2	3,8
Expérience	3,3	3,0	2,7	3,1	2,9	4,0

La valeur pour les clients est toujours d'actualité dans les produits kenyans de micro-assurance car beaucoup d'entre eux sont nouveaux ; avec leur maturité limitée, une amélioration reste possible. Cependant, l'analyse PACE soulève une question concernant la valeur pour les clients offerte par les produits multirisque, au moins sous la forme rigide utilisée au Kenya. En théorie, il existe des arguments forts en faveur des produits multirisque étant donné les frais d'acquisition élevés en micro-assurance. Cependant, il faut tenir compte de leurs inconvénients. La complexité inhérente rend difficile l'explication des prestations aux clients et le maintien d'un service de qualité et de polices onéreuses en matière de gestion, ce qui a pour résultat des produits à peine accessibles. Du point de vue de la valeur pour les clients, le manque de choix est un problème car on ne peut adopter de solutions universelles. Tous ces facteurs ont eu comme conséquence un faible nombre de souscriptions.

15.4.2 Comparer divers modèles pour l'assurance Santé en Inde

Au cours des 10 dernières années, un certain nombre de produits de micro-assurance Santé ont été développés en Inde, ce qui fait de ce marché le plus mature pour l'offre de couvertures d'assurance Santé aux ménages à faible revenu. Comme le présente le tableau 15.3, l'analyse PACE enregistre cette diversité en étudiant 6 produits d'hospi-

talisation auxquels sont intégrés des avantages supplémentaires. **Ces produits sont fournis par un projet basé sur la communauté (Uplift), par des ONG en partenariat avec des assureurs (PWDS, VimoSEWA), par une compagnie d'assurance en collaboration avec le ministère des textiles (ICICI Lombard), par un gouvernement d'État en collaboration avec des coopératives (Yeshasvini), et par le gouvernement avec divers assureurs privés (RSBY)**.[5] Les projets de RSBY et de tisserands sont subventionnés et le dernier projet est le seul à offrir une couverture complète des consultations externes. Il peut sembler injuste de comparer des projets subventionnés avec des projets dont le prix est déterminé par le marché, mais ces comparaisons ont du sens du point de vue des clients, ce qui est l'essence de l'évaluation PACE. Les produits s'adressent à des groupes cibles similaires, mais sont vendus à des endroits différents (excepté RSBY, qui a été introduit dans toute l'Inde).

Les projets financés par le gouvernement ont des résultats similaires à leur homologue kenyans, NHIF *(voir figure 15.5).* Bien qu'ils puissent offrir de meilleurs produits à moindre coût en raison des subventions, en tant que projets à grande échelle, ils sont moins performants en termes d'accès et d'expérience. Pour RSBY, l'accès est limité à la population en-dessous du seuil de pauvreté identifiée par la carte d'alimentation. Plus important encore, un très grand nombre d'inscription est supprimé par le fait que l'inscription est souvent faite pendant une plage de temps donnée et que tous les membres d'une famille doivent être présents. L'information limitée fournie au public et l'effort limité pour éduquer les membres sont des explications probables des faibles taux d'utilisation. Dans le cas d'ICICI Lombard, l'accès à son projet est entravé par une éducation limitée des membres sur un produit relativement complexe. Les faibles taux d'utilisation peuvent suggérer des procédures de demandes d'indemnisation inadéquates, mais un système « non numéraire » émergent devrait améliorer la qualité de service dans un avenir proche. Le gouvernement de l'Inde et les assureurs impliqués étudient des ressources pour que RSBY et des autres projets financés par le gouvernement fonctionnent avec les populations à faible revenu.

Les améliorations apportées en matière d'accès et d'expérience pourraient empêcher les projets à prix déterminés par le marché de concurrencer RSBY et les autres projets gouvernementaux, au moins pour les clients les plus pauvres. Certains ménages sont actuellement toujours inscrits à RSBY et à d'autres plans de micro-assurance Santé, mais il semble que les projets s'aligneront à l'avenir sur RSBY et repositionneront leurs produits. Des organismes comme Uplift, VimoSEWA et PWDS peuvent améliorer l'accès à RSBY et s'assurer que leurs membres tirent profit du système gouvernemental.

[5] Les divers assureurs publics et privés offrent RSBY ; les primes varient légèrement, mais les processus centraux et la conception des produits restent les mêmes. Pour l'analyse PACE, le RSBY fourni en collaboration avec ICICI Lombard est pris comme référence. Pour plus d'information sur le RSBY et la micro-assurance Santé en Inde, voir le chapitre 20, section 20.2.4.

Tableau 15.3

Produits inclus dans l'analyse PACE, Inde

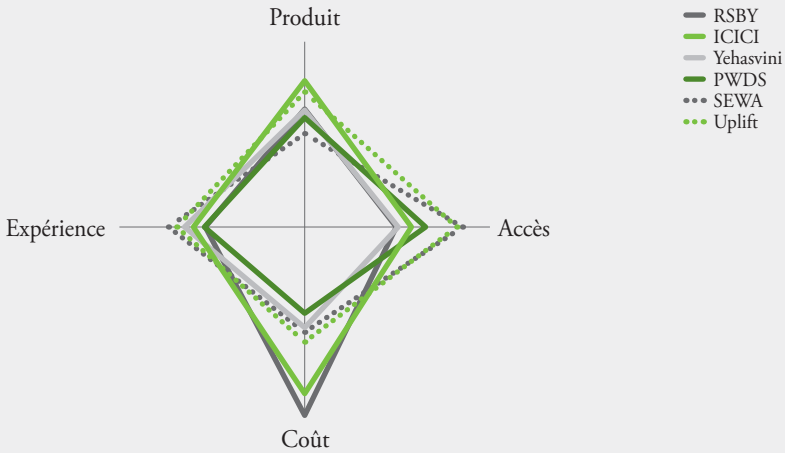
	RSBY	*ICICI Lombard, Projet HIS pour les tisserands*	*Yeshasvini*	*Bharti-Axa/PWDS*	*VimoSEWA, Sukhi Parivar et Swastha Parivar*	*Uplift*
Date de début	2009	2005	2007	2010	1992	2003
Type de produit	Assurance Santé MH, volontaire, individuelle, autonome	Assurance Santé MH et ME, volontaire, groupe, autonome	Assurance Santé MH, volontaire, groupe, autonome	Assurance Santé MH, volontaire, groupe, autonome	Assurance Santé MH, volontaire, groupe, souvent liée	Assurance Santé MH, obligatoire, groupe, liée au crédit
Distribution	Divers	Coopératives	Coopératives	Groupe d'entraide SHG	SHG	IMF
Couverture	30 000 INR sans sous-limite pré et post MH, maternité complète, allocation de transport, remises sur ME	15 000 INR sans sous-limite, couverture complète	200 000 INR EH mais limité à la fréquence d'une personne par an ; la plupart du temps en chirurgie	30 000 INR sans sous-limite, maternité complète	2 000 à 6 000 INR pour des produits multirisque ; 10 000 INR pour le produit autonome	15 000 INR pour MH, sous-limites pré et post MH, réductions sur ME, services de santé préventifs
Segment ciblé[1]	– Population en-dessous du seuil de pauvreté dans des contextes urbains et ruraux – Revenu mensuel des ménages : 1 500 INR (rural) et 2 000 INR (urbain)	– Tisserands et autres ouvriers du secteur textile – Semi-urbain et la plupart du temps rural (dans 29 États indiens) – Pour la plupart des membres vivant en-dessous du seuil de pauvreté – Revenu mensuel des ménages : 2 000 INR (rural) et 2 500 INR (urbain)	– Membres des sociétés coopératives agréées dans le Karnataka rural – Populations pauvres de la tranche supérieure, certains membres vivant en-dessous du seuil de pauvreté – 3 000 INR (rural) et 3 500 INR (urbain)	– Membres de SHG dans 7 fédérations de 3 districts du sud du Tamil Nadu – Rural seulement – Populations pauvres de la tranche supérieure – 3 500 INR (rural)	– Membres de SEWA et autres bénéficiaires d'ONG, pour la plupart au Gujarat – Secteur informel, rural (60 %) et urbain (40 %) – Populations pauvres, certains membres vivant en-dessous du seuil de pauvreté – 2 500 INR (rural) et 3 000 INR (urbain)	– Pour la plupart une population urbaine, Pune et Mumbai, habitants de taudis, clients de micro-crédit – Populations pauvres, certains membres vivant en-dessous du seuil de pauvreté – 2 500 INR (rural) et 3 000 INR (urbain)
Performances	22,5 millions de cartes délivrées (fév. 2010) En moyenne 2,5 assurances Vie par carte d'inscrit	1,7 à 1,8 million de polices, 5 à 6 millions d'assurances Vie (déc. 2010) ; taux de couverture d'assurance 90 % Taux de demandes d'indemnisation de 50 à 90 % ; faible taux de rejet des demandes d'indemnisation Taux de renouvellement de 95 à 100 %	2,7 millions d'assurance Vie (nov. 2010) Taux de demandes d'indemnisation de 70 à 100 % Taux de renouvellements de 70 %	6 500 polices, 16 000 assurances Vie (déc. 2010) Taux de demandes d'indemnisation de 140 à 160 %	60 000 polices, 100 à 125 000 assurances Vie (déc. 2010) ; 8 % de membres de SEWA Taux de demandes d'indemnisation de 60 à 90 %, taux de rejet des demandes d'indemnisation de 15 % Taux de renouvellements de 60 %	100 000 assurances Vie Taux de demandes d'indemnisation de 47 %, taux de rejet de 2 % Taux de renouvellements de 70 % (fév. 2011)

[1] Les estimations des revenus des clients devraient être traitées avec prudence car on dispose de données limitées. Les montants indiqués ci-dessus sont basés sur les estimations des prestataires par rapport au niveau de population vivant en-dessous du seuil de pauvreté en Inde, pour lequel le seuil est placé approximativement à un revenu mensuel de 1 800 INR (rural) et 2 300 INR (urbain) pour une famille de quatre personnes.

Remarques : [1] $US = 44 INR.

Figure 15.5

Analyse PACE de la valeur pour les clients, Inde



	RSBY	*ICICI*	*Yeshasvini*	*PWDS*	*SEWA*	*Uplift*
Produit	3,2	3,8	3,0	2,9	2,4	3,6
Accès	2,6	3,0	2,7	3,4	4,4	4,3
Coût	4,9	4,3	2,6	2,3	2,7	2,9
Expérience	2,7	3,1	3,3	2,7	3,7	3,6

Il est intéressant de constater que, comme au Kenya, la valeur la plus « équilibrée » pour les clients est offerte par un projet basé sur la communauté. Comme le décrit l'encadré 15.5, Uplift obtient de bons résultats dans le cadre de PACE principalement en raison des services à valeur ajoutée, de la gestion des soins de qualité, des efforts systématiques en matière d'éducation des clients et d'une assistance clientèle exceptionnelle. VimoSEWA est très près d'Uplift à de nombreux égards excepté pour le produit, car les prestations sont les plus faibles des projets indiens. Dans le même temps, VimoSEWA est viable financièrement depuis plusieurs années maintenant,[6] tandis qu'Uplift dépend toujours de donateurs, ce qui suggère que les prestations à valeur ajoutée proposées par Uplift ne pourraient pas être réalistes pour un projet reposant sur le marché. Les augmentations de primes pourraient être une option pour améliorer la viabilité car la plupart des projets étudiés en Inde sont au-dessous du seuil de volonté de payer de l'assurance Santé.

[6] Mais les performances n'ont pas été validées avec des assureurs supportant les risques pour le projet.

Les produits Yeshasvini et PWDS ajoutent une valeur un peu moindre, mais ils servent leurs marchés captifs et offrent une couverture décente à un prix raisonnable. L'accès semble être un problème pour Yeshasvini, tandis que PWDS, le moins mature des projets indiens, a besoin d'améliorer la gestion des demandes d'indemnisation et la qualité du service. Si les problèmes de sélection adverse et de risque moral sont résolus, davantage d'amélioration pourrait être possible, ce qui aurait pour résultat une valeur plus élevée pour les clients.

En résumé, l'analyse PACE pour l'Inde dresse un portrait intéressant de la valeur fournie par différents modèles. Chaque modèle a des forces différentes qui peuvent être exploitées pour créer de meilleurs produits d'assurance Santé pour les ménages à faible revenu. Les acteurs du secteur privé et les ONG devraient aligner leurs produits sur les grands projets publics (à condition que la qualité de service s'améliore) par l'intégration ou un ciblage de différents segments de marché.

15.4.3 Augmenter la valeur de l'assurance Vie aux Philippines

Tout comme l'Inde est l'un des marchés les plus matures en matière de micro-assurance Santé, les Philippines le sont pour la micro-assurance Vie. Les couvertures d'assurance Vie obligatoires avec prestations d'invalidité et Obsèques ont été choisies pour l'analyse PACE. Les différents modèles représentés incluent CARD et FICCO, qui sont de grandes associations mutualistes (MBA), CLIMBS, un assureur coopératif assujetti à la réglementation travaillant selon un modèle agent-partenaire avec des IMF et des coopératives, et MicroEnsure, un courtier spécialisé qui développe et gère des produits proposés selon un modèle agent-partenaire.[7] Les 4 produits sont similaires et les micro-assureurs ciblent dans une large mesure les mêmes segments de marché *(tableau 15.4),* ce qui rend l'analyse PACE plus facile que dans les autres pays où la présence de projets de sécurité sociale et la complexité de l'assurance Santé rendaient toute comparaison plus difficile.

[7] Le produit de MicroEnsure avec TSKI est pris comme référence pour l'évaluation PACE aux Philippines.

Tableau 15.4 **Produits inclus dans l'analyse PACE, Philippines**

	FICCO, MBA	*CARD, MBA*	*CLIMBS, Microbiz Family Protector*	*MicroEnsure, Family Life avec TSKI*
Date de début	2007	1994	2004	2007
Produit	Assurance Vie temporaire, GDIA	Assurance Vie temporaire, GDIA	Assurance Vie temporaire, GDIA, assurance Obsèques, assurance Incendie	Assurance Vie temporaire, GDIA, assurance Obsèques
Couverture	40 000 PHP (mort naturelle, principal), 10 000 PHP pour les autres, même GDIA	50 000 PHP (mort naturelle, principal), 10 000 PHP pour les autres, même DI, invalidité jusqu'à 100 000 PHP, 10 000 PHP pour hospitalisation, comptant en cas d'accident avec véhicule à moteur	30 000 PHP (mort naturelle, principal), 10 à 15 000 PHP pour les autres, même GDIA, avantage Obsèques 2 500 PHP à 10 000 PHP, 40 000 PHP pour Incendie	90 000 PHP (mort naturelle, principal), 15 à 30 000 PHP pour les autres, 70 000 PHP (GDIA, principal), 10 à 20 000 PHP pour les autres, prestation de 5 000 à 20 000 PHP
Prime mensuelle par famille[1]	90 PHP	60 PHP	87 PHP	78 PHP
Distribution	FICCO IMF	CARD IMF	IMF et coopératives	TSKI IMF
Segment ciblé[2]	Micro-entrepreneurs, pêcheurs, fermiers et travailleurs du secteur formel, prêts de 13 000 PHP à 2 millions de PHP 5 à 20 000 PHP, revenu mensuel moyen de la famille	Femmes micro-entrepreneurs, travaillant dans le commerce, les services et l'agriculture 5 à 20 000 PHP	Membres de coopératives de crédit et d'épargne 5 à 20 000 PHP	Femmes micro-entrepreneurs, travailleurs à faible revenu, la plupart du temps en zones rurales 5 à 20 000 PHP
Performance[3]	85 000 membres (330 000 assurances Vie) Taux de demande d'indemnisation 30 % Taux de rétention > 80 %	1 million de membres (4 millions d'assurances Vie) Taux de demandes d'indemnisation de 15 à 25 % Taux de rétention > 80 %	135 000 assurances Vie	1 million d'assurances Vie Taux de demande d'indemnisation de 45 %

[1] La moitié de la prime des MBA va à des fonds de garantie et est remboursée aux membres quand ils décident de quitter le projet.

[2] Comme tous les projets ciblent une population qui est juste en-dessous ou juste au-dessus du seuil de pauvreté, la plage de revenu estimée pour tous les projets est de 5 000 PHP à 20 000 PHP, avec un revenu mensuel moyen des ménages de 11 000 PHP. Ces calculs sont basés sur les sources suivantes : 1) PhilHealth (2010) : seuil de faibles revenus à 246 109 PHP annuellement, approximativement 20 000 PHP par mois ; revenu moyen du groupe à faible revenu 7 500 PHP ; 2) Statistiques officielle sur la pauvreté du National Statistical Coordinaton Board (2011) : seuil mensuel de pauvreté pour une famille de 5 personnes 7 017 PHP.

[3] Le taux de demandes d'indemnisation des MBA est calculé sur les primes collectées. En réalité, le taux double car il devrait être basé sur la partie non-remboursable seulement.

Remarque : 1 $US= 45 PHP.

Tous les projets aux Philippines confèrent une meilleure valeur aux ménages à faible revenu que les mécanismes de risque informels similaires *(figure 15.6),* en dépit du fait que dans la culture philippine le soutien de la communauté pour aider les familles endeuillée est bien établi. La principale limitation des mécanismes informels est qu'ils couvrent uniquement le coût des obsèques, ce qui laisse toujours des familles vulnérables quand un soutien de famille décède. Sinon, les mécanismes informels pour traiter les risques Vie sont accessibles, peu onéreux et relativement réceptifs, en particulier par rapport aux mêmes arrangements au Kenya.

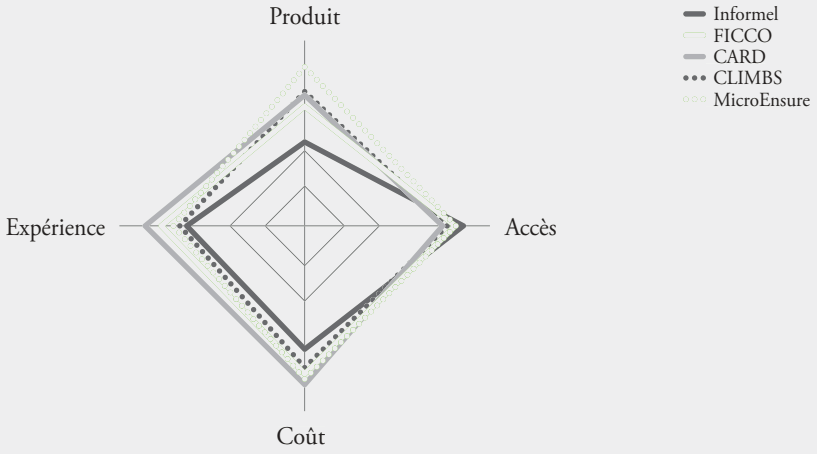
Le fait que les produits de micro-assurance Vie étudiés ajoutent de la valeur aux Philippines mérite donc de l'attention, car il est difficile de fournir une meilleure valeur que la pratique informelle de l'*abuloy.*[8] En fait, les origines de la micro-assurance aux Philippines viennent de la formalisation de l'*abuloy* par certaines coopératives qui exigeaient des membres qu'ils contribuent ex ante à hauteur de 2 PHP à 5 PHP (0,04 $US à 0,11 $US) par mois pour une prestation Obsèques de 20 à 35 000 PHP (444 $US à 777 $US), ce qui se rapproche du prix que les gens payaient pour faire partie de l'*abuloy.* Lorsque les MBA réglementées telles que CARD et FICCO ont émergé, elles se sont appuyées sur les projets semi-formels des coopératives et les ont entièrement formalisés.

Les 4 produits étudiés obtiennent des résultats presque identiques sur les 4 dimensions principales du cadre PACE. Comme décrit à la section 15.2, les produits présentent diverses forces et faiblesses, mais offrent une couverture et un service satisfaisants à un prix raisonnable. Selon Rimansi (2002), le prix se situe dans la gamme « volonté de payer » déclarée par les ménages à faible revenu. Il reste un problème quant au rapport qualité/prix car tous les produits sont très rentables, ce qui suggère qu'il est possible d'augmenter les prestations ou de réduire les primes.

Il est intéressant de voir une telle convergence dans un environnement où la concurrence est limitée, puisque la plupart des assureurs (en particulier ceux qui sont des associations de membres) s'adressent à des marchés captifs. Cependant, avec l'activité accrue de CLIMBS et l'entrée récente de MicroEnsure, la concurrence a commencé et les clients semblent en avoir bénéficié. Les produits d'assurance Vie aux Philippines se sont construits sur des mécanismes informels et ont continué d'améliorer leurs caractéristiques pour fournir une meilleure valeur, ce qui est la preuve que la maturité importe et que la valeur pour les clients s'améliore dans le temps. Il reste encore des améliorations à apporter et une concurrence accrue devrait profiter davantage au client.

[8] Dans un *damayan*, terme plus vaste pour le soutien communautaire, parents et amis contribuent à l'*abuloy* (soutien informel pour les obsèques) pour une famille qui a perdu l'un de ses membres.

Figure 15.6 **Analyse PACE de la valeur pour les clients, Philippines**



	Informel	*FICCO*	*CARD*	*CLIMBS*	*MicroEnsure*
Produit	2,3	3,3	3,6	3,7	4,3
Accès	4,3	4,0	3,6	3,8	4,0
Coût	3,4	4,0	4,4	3,9	4,3
Expérience	3,2	3,8	4,3	3,3	3,5

15.5 Conclusions

La valeur pour les clients est une question complexe, qui doit néanmoins être comprise par les acteurs de terrain pour réussir dans leur activité et pour que les autres parties prenantes soutiennent efficacement le développement des marchés de la micro-assurance. L'outil PACE peut être utilisé pour comparer la micro-assurance aux produits alternatifs par le biais d'un système d'audit soutenu par des sources d'informations secondaires. Il remplit l'espace laissé entre les principaux indicateurs de performance, qui peuvent seulement indiquer les succès ou les problèmes, et les études de client à part entière, qui sont onéreuses et longitudinales par nature. Le cadre de PACE étudie les produits selon le point de vue des clients de manière holistique, en prenant en compte les dimensions qui sont importantes pour les consommateurs. Par conséquent, il peut être employé par les acteurs de terrain pour améliorer la valeur de leurs produits et contribuer aux processus stratégiques de gestion. Les résultats de PACE semblent même assez solides pour engager les gouvernements, les donateurs et les autorités de réglementation dans des discussions au niveau de la police.

L'analyse initiale en Inde, au Kenya et aux Philippines prouve que la micro-assurance peut encore ajouter de la valeur aux pratiques informelles de partage

des risques et aux projets existants de sécurité sociale afin de protéger les populations à faible revenu contre les risques de la vie et de santé. Les résultats présentés dans ce chapitre confirment les limites des arrangements informels de gestion des risques et explorent davantage la façon dont la micro-assurance devrait compléter les systèmes de sécurité sociale.

L'analyse des 3 pays met l'accent sur la corrélation entre la valeur pour les clients et la maturité des marchés. Aux Philippines, où depuis plus de 10 ans, les micro-assureurs améliorent constamment les produits d'assurance Vie, la valeur de tous les produits étudiés semble incontestable. Au Kenya, où l'innovation dans les produits multirisque tels que l'assurance Santé et l'assurance Vie, vient juste de commencer, la valeur pour les clients de la plupart des produits reste discutable car ils ne sont pas beaucoup mieux que les mécanismes informels et ne complètent pas non plus le projet de sécurité sociale. Les produits indiens de micro-assurance Santé semblent être à mi-chemin d'offrir de la valeur pour les clients, avec une interaction intéressante entre les produits de grande valeur délivrés par des projets basés sur la communauté ou les projets d'ONG et les initiatives financées par le gouvernement, dont l'importance est croissante.

Dans le processus de création de valeur continu, l'environnement concurrentiel, l'orientation du marché et/ou l'engagement social peuvent conduire à des améliorations significatives. Les améliorations ont souvent été de petits ajustements qui ont fait une différence significative pour les consommateurs à faible revenu. Cependant, il est rare qu'une offre excelle en termes de produit, d'accès, de coût et d'expérience. Par conséquent, des améliorations ressentent possibles car les clients recherchent de la valeur dans les 4 dimensions. Il existe beaucoup de compromis dans ce processus, mais si les améliorations mènent à une plus grande efficacité, une proposition équilibrée peut être possible.

Les exemples décrits dans ce chapitre sont stimulants, mais la valeur pour les clients est contextuelle et les idées ne peuvent pas toutes traverser les frontières en direction de marchés présentant des préférences de client, configurations de sécurité sociale, paysages concurrentiels et disponibilités technologiques ou de réseaux de distribution différents. Mais, bien que le contexte importe, certains moteurs de valeur pour les clients semblent suffisamment universels pour être mis à l'ordre du jour de la micro-assurance mondiale afin d'améliorer davantage la valeur pour les clients. Cela inclut d'explorer :

- les améliorations dans le traitement des demandes d'indemnisation, le soin accordé au client, l'éducation du consommateur et les processus d'inscription ;
- la traduction des gains d'efficacité (par le biais d'améliorations des processus et l'utilisation de la technologie) en une meilleure valeur pour les clients ;
- la valeur des conceptions de produit obligatoires par rapport à des conceptions de produit volontaires ;

– l'équilibre entre la simplicité et la couverture (couvertures simples comparées à des couvertures plus complètes et plus appropriées) dans le contexte des frais de marketing, de demande et d'acquisition ;
– les façons de structurer des partenariats public-privé pour la micro-assurance Santé et Risques agricoles ;
– les opportunités de s'appuyer sur des mécanismes informels et d'assurer une meilleure coexistence avec la micro-assurance.

Enfin, en micro-assurance, comme dans n'importe quelle autre activité de détail, la valeur pour les clients doit prendre le pas sur la viabilité commerciale. De meilleurs produits signifient des économies d'échelle, essentielles en micro-assurance, plus rapidement atteintes. Certains produits d'assurance Vie étudiés dans ce chapitre montrent qu'il est possible de trouver le bon équilibre entre la valeur pour les clients et la viabilité commerciale. Il n'existe pas de réponse simple concernant la stratégie commerciale la plus efficace, mais il est difficile de proposer une bonne stratégie sans comprendre les besoins des clients et sans un outil qui intégrera l'information de marché dans le processus de planification stratégique. Pour comprendre les besoins des clients, les micro-assureurs ont besoin de davantage de données client.

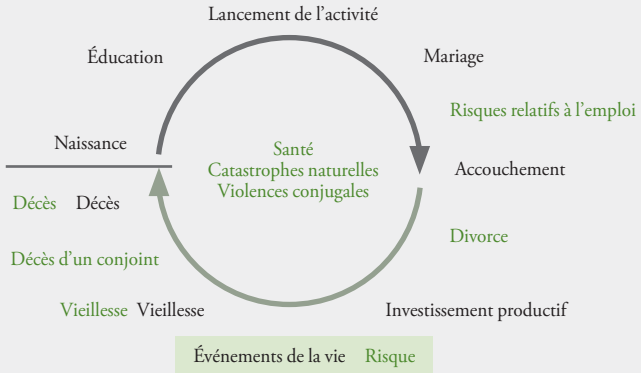
16 La micro-assurance qui marche auprès des femmes

Anjali Banthia, Susan Johnson, Michael J. McCord et Brandon Mathews

Ce chapitre est une adaptation du document sur la micro-assurance n° 3, publié par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT (2009), qui a été cofinancé par le Swiss Development Cooperation. Les auteurs remercient Inez Murray (Women's World Banking), Anna Gincherman (Women's World Banking), Raven Smith (Zurich) et Jonathan Tin (Zurich) de leur précieux soutien pour ce document. Ils remercient également Naila Kabeer (Institute of Development Study, Université de Sussex), Gabriele Ramm (consultant) et Patricia Richter (OIT) d'avoir relu ce document.

Pour des millions de femmes dans le monde, la couverture de micro-assurance peut faire la différence entre la vie et la mort. Avoir des mécanismes de protection est crucial pour les femmes pauvres, qui sont non seulement confrontées à une vulnérabilité accrue vis-à-vis des risques pour elles-mêmes, mais qui doivent également supporter les risques de leurs familles. Au cours de la vie d'une femme, ces risques peuvent inclure des problèmes de santé pour elle-même et pour les membres de sa famille, la perte du revenu d'un soutien de famille due à un décès ou un divorce, la vulnérabilité liée au vieillissement, les soucis causés par la responsabilité des enfants en cas de décès, les violences conjugales, les risques relatifs à l'emploi et les catastrophes naturelles, comme le montre la figure 16.1. De tels risques peuvent générer des bouleversements financiers importants et souvent dévastateurs pour les femmes pauvres et leurs ménages, intensifiant potentiellement la pauvreté, l'instabilité et la vulnérabilité.

Figure 16.1 **Événements du cycle de la vie et risques pour les femmes pauvres**



Les hommes pauvres sont confrontés à la plupart de ces mêmes risques. Cependant, l'impact sur les femmes pauvres est bien plus grand. À l'échelle internationale, les femmes représentent 70 % des populations pauvres du monde (UNIFEM, 2010). Elles sont confrontées à des niveaux disproportionnés de vulnérabilité et de violences physiques. Elles ont des revenus plus faibles, souvent

dans le secteur de l'emploi informel, avec moins de possession de biens et de contrôle des biens (Mayoux, 2002). Quand ces vulnérabilités sont combinées avec la responsabilité d'assurer le bien-être et la sécurité de leurs familles, il est clair que les femmes ont non seulement un besoin unique et pressant de moyens appropriés pour gérer les risques, mais servent également d'agents pour la gestion des risques de toute leur famille.

Les femmes pauvres font traditionnellement face au risque en utilisant des approches qui offrent une protection modérée, mais qui sont fréquemment limitées, inefficaces, incertaines, voire préjudiciables. La micro-assurance offre une solution prometteuse pour les femmes pauvres si elle est conçue et distribuée efficacement. Les femmes forment un segment significatif du marché émergeant de la micro-assurance car elles cherchent une couverture pour elles-mêmes et pour leur famille, servant de gestionnaires des risques pour les ménages entiers. Néanmoins, des millions de femmes pauvres ne sont pas assurées.

Ce chapitre met en lumière l'importance de comprendre les risques spécifiques auxquels les femmes pauvres sont confrontées et l'influence de la dynamique du ménage sur la manière dont ces risques sont gérés. Avec ces perspectives, le chapitre explore comment la micro-assurance peut mieux être conçue et distribuée aux femmes. Il interpelle également les IMF[1] et d'autres réseaux de distribution, ainsi que les donateurs, les assureurs et la communauté des chercheurs, afin de développer des projets de micro-assurance propres au sexe.

Les résultats de ce document sont principalement tirés d'études de marché qualitatives menées par le Women's World Banking (WWB) de 2003 à 2008 dans huit pays couvrant l'Afrique, l'Europe de l'Est, l'Amérique latine, le Moyen-Orient et l'Asie du Sud, ainsi que de la littérature existante sur l'épargne et la micro-assurance.

16.1 Sexe et risques dans les ménages pauvres

Comment les décisions et les stratégies de gestion des risques diffèrent-elles entre les femmes et les hommes ? Bien qu'il y ait des différences d'une culture à l'autre, les hommes subviennent en général souvent aux besoins de la famille, font figure d'autorité et de chef de famille, et sont habituellement responsables des principales décisions financières. Les femmes jouent souvent le rôle d'intendante, de ménagère, et de plus en plus, de soutien économique et de gestionnaire financier du ménage. Ce qui est inhérent à l'intendance, c'est la responsabilité de faire face aux risques, tels que les problèmes de santé, les décès dans la famille et les urgences, afin de maintenir la sécurité, la santé et la stabilité de la maison.

[1] Ce chapitre cible principalement les institutions de micro-finance comme réseaux de distribution.

Ces rôles donnent lieu à des stratégies de gestion des risques différentes pour les femmes et pour les hommes, qui peuvent être explorées selon 3 points de vue, décrits ci-dessous. Tout d'abord, les attitudes des femmes vis-à-vis de l'épargne, de l'aversion aux risques et de la gestion financière diffèrent souvent de celles des hommes. En second lieu, il existe certains risques auxquels les femmes sont confrontées en raison des relations internes au ménage. Enfin, les femmes ont une vulnérabilité accrue vis-à-vis des risques due à leur physiologie et à leur place dans le ménage et dans la société.

16.1.1 Les attitudes des femmes vis-à-vis de la gestion des risques

Les femmes sont des épargnantes et des gestionnaires de risques avisées. Les femmes utilisent généralement leurs revenus pour améliorer le cadre et le niveau de vie de leur ménage, en consacrant ce qu'elles ont gagné aux dépenses du ménage ou en épargnant en vue de besoins futurs. Ce comportement est lié au rôle des femmes comme intendantes et suggère que, si les femmes pourvoient aux besoins quotidiens de la famille, cela libère les ressources des hommes qui seront investies dans leurs activités afin de les développer. Dans ce sens leurs rôles sont interdépendants. Un homme pakistanais explique : « Les femmes utilisent [leur revenu] dans la maison, elles s'occupent des enfants. Elles économisent l'argent pour la dot ou l'éducation des enfants. C'est ce que font les femmes. Les hommes veulent développer leur activité. » (WWB, 2008c).

Une preuve émanant des pays développés suggère que les femmes sont plus réticentes vis-à-vis des risques que les hommes en matière d'investissement (Jianakoplos et Bernasek, 1998). Cependant, les différences en matière d'aversion des risques ne peuvent pas être biologiques ou innées mais plutôt résulter des rôles traditionnels au sein du ménage et des différents degrés de risques auxquels les femmes et les hommes sont confrontés. Que ces différences résultent de préférences innées ou de contextes propres au sexe, hommes et femmes gèrent cependant des risques différemment, ce qui a des implications sur la conception des produits de micro-assurance.

16.1.2 Relations internes au ménage et gestion des risques

Certains ménages fonctionnent avec des prises de décision et des négociations conjointes significatives. Dans d'autres, il peut y avoir une forte séparation des rôles, avec peu de discussion ou de collaboration, ou il peut exister un conflit latent ou manifeste dans lequel certains membres, habituellement les femmes, cherchent à s'acquitter de leurs responsabilités en dépit de leur conjoint. Dans ces derniers cas, les hommes peuvent proposer une aide limitée, retirer leurs contributions quand les femmes ont leur propre revenu ou faire appel à l'épargne

et aux revenus des femmes pour leur propre compte. Dans les pires cas, le conflit peut engendrer des violences conjugales et un divorce.

La façon dont un ménage fonctionne a un impact significatif sur l'allocation des ressources en matière d'épargne et d'assurance. Lorsque la coopération est forte, les décisions conjointes pour mobiliser les fonds pour l'assurance peuvent être prises plus facilement. Dans les ménages où les rôles sont clairement séparés ou en cas de conflit, ces décisions sont plus susceptibles d'être problématiques. Dans ces cas-là, les femmes qui désirent souscrire à des polices répondant aux besoins imputés à leur rôle, par exemple les soins de santé des enfants, peuvent avoir à faire appel à leur propre épargne et à leurs revenus, habituellement plus faibles. L'existence même de conflits dans le ménage peut également augmenter le désir d'une femme de s'assurer et affecter les caractéristiques choisies. La prise de conscience d'une telle dynamique propre au sexe interne au ménage permettra d'améliorer la conception et la distribution des produits de micro-assurance.

16.1.3 Vulnérabilité accrue des femmes pauvres vis-à-vis des risques

Les besoins de gestion des risques chez les femmes sont façonnés par les risques spécifiques et uniques auxquels elles sont confrontées en raison de leur physiologie et de leur place dans le ménage et la société. Les femmes pauvres sont confrontées aux risques clés suivants :

– **Santé :** Les bouleversements liés à la santé comptent parmi les risques les plus grands et les moins prévisibles auxquels les ménages pauvres sont confrontés. Accumulation de coûts médicaux et pertes de salaire peuvent pousser des ménages, autrement stables, dans la pauvreté (Chen et al., 2008). Les femmes sont confrontées à un double défi en matière de risques liés à la santé : elles sont plus sensibles aux problèmes de santé et plus susceptibles de s'occuper des problèmes de santé des autres. Les exemples d'une plus grande sensibilité des femmes à la maladie incluent les problèmes liés à la santé reproductive, comme on peut l'observer chez les quelques 300 millions de femmes souffrant de problèmes de santé permanents résultant de la grossesse et de l'accouchement (Ahmed et Ramm, 2006). Les femmes sont également plus sensibles aux maladies sexuellement transmissibles comme le VIH/SIDA, car elles sont souvent en position de faiblesse pour exiger des rapports sexuels sûrs (ONUSIDA, 2008). La santé des femmes peut également être menacée par une exposition accrue à de l'eau insalubre quand elles nettoient leur maison et aux vapeurs nocives du bois de chauffage ou du charbon de bois quand elles font la cuisine (Ahmed et Ramm, 2006). Les femmes pauvres peuvent être moins enclines à utiliser leurs ressources limitées pour se soigner quand elles sont malades, préférant à la place utiliser les ressources pour traiter les autres membres de la famille malades, en particulier les enfants (Kern et Ritzen, 2002).

- **Décès du mari :** Dans la plupart des pays, les femmes tendent à survivre à leur mari. Cette probabilité augmente dans les communautés où les femmes sont susceptibles d'épouser des hommes plus âgés, et où l'espérance de vie masculine est réduite par la violence, des conditions de travail peu sûres ou un engagement militaire. Pour les femmes pauvres, le décès d'un mari peut être dévastateur, pas simplement émotionnellement, mais également financièrement et juridiquement. Les veuves qui ont pu dépendre de l'aide financière de leur conjoint doivent apprendre à survivre indépendamment, avec peu d'opportunités de se remarier. Le risque est amplifié pour les femmes ayant des enfants en bas âge à élever et éduquer. Les veuves peuvent également être confrontées à des batailles juridiques et culturelles significatives pour conserver les biens au décès de leur mari. La perte de biens peut les laisser sans toit pour vivre et menacer le revenu et la sécurité alimentaire. Les assureurs pourraient jouer un rôle positif dans de telles situations en exigeant que les actifs assurés le soient au nom de la femme (Ahmed et Ramm, 2006).
- **Vieillesse :** La vieillesse exerce une pression importante sur les ménages pauvres en raison du besoin d'aide financière et d'assistance dans la vie quotidienne, et des coûts accrus des soins de santé. Traditionnellement, les femmes font principalement face à ce risque en comptant sur leurs enfants adultes pour les aider. Cependant, les femmes s'inquiètent de plus en plus du fait que leurs enfants soient incapables ou peu disposés à leur apporter cette aide. Cette rupture avec les rôles traditionnels laisse de nombreuses femmes vulnérables, en particulier les veuves.
- **Divorce :** Une étude menée par le WWB révèle que de nombreuses femmes divorcées subissent une pression financière importante, intensifiée si elles ont des enfants dont elles doivent s'occuper. Comme avec le décès d'un conjoint, les femmes divorcées sont confrontées à la perte de l'aide financière de leur mari, un coût qui est accentué dans les pays où la pension alimentaire n'est pas exigée ou n'est pas imposée, et elles sont souvent confrontées à des batailles juridiques importantes pour conserver les biens après le divorce. Ces risques financiers deviennent encore plus difficiles associés aux barrières culturelles et à l'ostracisme social auxquels les femmes divorcées peuvent être confrontées. Bien qu'une « l'assurance divorce » ne puisse pas être réalisable, les assureurs et les réseaux de distribution peuvent encourager les femmes à avoir leur nom sur les titres de propriétés des actifs assurés, pour être protégées en cas de divorce ou de décès du mari. Les IMF et autres réseaux de distribution pourraient également aider les femmes divorcées en proposant des relations avec des services juridiques accessibles destinés aux femmes, qui peuvent les aider à conserver leurs biens après le divorce.
- **Propre décès :** De nombreuses femmes ont peur qu'on ne s'occupe pas correctement de leurs enfants, en particulier de leurs filles, après leur décès. Les femmes s'inquiètent également de la charge des coûts d'obsèques et de la dette en cours pour leur famille, et celles qui gagnent leur vie craignent que leur famille ne puisse pas avoir les ressources nécessaires pour survivre sans leur contribution. La

micro-assurance est un outil évident pour apporter une aide financière, y compris le remboursement des dettes en cours et la fourniture de prestations financières aux enfants ; pourtant certaines femmes craignent que leur conjoint, s'ils sont déclarés bénéficiaires de la police d'assurance Vie, puissent dépenser tout ou partie d'un versement d'assurance à d'autres fins. Pour contourner ce problème, les réseaux de distribution pourraient offrir des conseils culturellement sensibles pour aider les femmes à examiner en détail leurs options concernant la nomination d'un bénéficiaire. La micro-assurance peut également être conçue pour offrir des prestations pratiques directement, comme des courses ou des bons pour les frais de scolarité, afin de mieux s'assurer que les besoins des femmes sont satisfaits même après leur décès.

– **Violences conjugales :** Les violences conjugales affectent non seulement la santé physique et mentale des femmes, mais elle peut également menacer leur sécurité financière. Les femmes qui souffrent de violences conjugales peuvent encourir des coûts financiers importants en matière de soins et de réinsertion, ce qui a des implications sur l'assurance Santé (Ahmed et Ramm, 2006). Elles peuvent également trouver que leur capacité à gagner un revenu est limitée si leur travail les soumet à des abus ou si les abus les ont rendues incapables de travailler. Pour les femmes pauvres qui ne possèdent pas de biens, ce risque est aggravé. Une étude menée dans le sud de l'Inde a révélé que 49 % des femmes mariées qui ne possédaient ni terre ni maison subissaient des violences conjugales, tandis que ce chiffre tombait entre 10 et 18 % pour les femmes qui possédaient une terre ou une maison (Murray, 2008). Ainsi, les efforts des IMF pour encourager la possession d'actifs par l'épargne et le crédit peuvent également être un outil important de gestion des risques pour les femmes.
– **Risques relatifs au travail :** Les femmes pauvres sont confrontées à toutes sortes de risques relatifs au travail qui ne sont pas souvent couverts par les produits d'assurance disponibles. Les commerçantes qui travaillent dans la rue ou sur les marchés peuvent être vulnérables aux vols et à la violence physique. Les travailleuses sexuelles sont très sensibles aux maladies sexuellement transmissibles, au viol et aux maltraitances. Les femmes travaillant à domicile sont vulnérables parce qu'elles ne disposent pas des mesures de sécurité qui peuvent être en place dans les usines et parce qu'elles sont physiquement isolées des autres, ce qui réduit les opportunités pour elles de rejoindre des syndicats et de rechercher un salaire égal pour leur travail. Les femmes étant généralement moins bien payées pour leur travail que les hommes et plus susceptibles de travailler dans le secteur informel où elles reçoivent moins de protection juridique contre des risques relatifs à l'emploi, leur capacité à empêcher ces risques, ou à y faire face, est plus limitée.
– **Les catastrophes naturelles :** Les effets des catastrophes naturelles sur les populations pauvres peuvent être particulièrement sévères, pourtant ils sont rarement couverts par l'assurance *(voir chapitre 4).* Les femmes ont représenté une part sen-

siblement plus importante des victimes de beaucoup de catastrophes naturelles récentes. Cette disparité liée au sexe est due à diverses différences entre les sexes : en tant que personnes chargées des enfants, les femmes peuvent être physiquement plus proches des personnes dépendantes dans une situation de catastrophe et peuvent donc avoir besoin d'essayer de les sauver, ce qui réduit leur capacité à être évacuée rapidement. Les restrictions culturelles sur la capacité des femmes à quitter leur maison sans la permission des hommes peuvent également empêcher une évacuation opportune. Même si les femmes survivent à la catastrophe elle-même, elles subissent une deuxième vague de risques car il est prouvé que la menace de violence physique et sexuelle contre les femmes est plus importante, en particulier dans les abris et les camps de réfugiés, pendant la phase de récupération (Dimitríjevics, 2007).

16.2 Gestion des risques traditionnelle et stratégies de prise en charge

Les mécanismes utilisés traditionnellement par les femmes pauvres pour faire face aux risques se résument en deux catégories : 1) gestion des risques ou stratégies ex ante, mesures prises pour limiter les risques ou se préparer à la survenue d'un événement à risque ; et 2) stratégies pour faire face au risque ou stratégies rétroactives, mesures prises pour faire face aux conséquences des bouleversements après leur arrivée. Cette section traite de la gestion des risques de non-micro-assurance et des stratégies de prise en charge. La micro-assurance comme stratégie de gestion des risques est abordée à la section 16.3.

16.2.1 Ex ante : stratégies de gestion des risques pour les femmes pauvres

- **Épargne :** Comme abordé précédemment, les femmes utilisent l'épargne pour payer les bouleversements financiers liés à leur rôle d'intendante, y compris pour la santé, l'éducation et les urgences. Les femmes pauvres utilisent diverses stratégies d'épargne, y compris l'épargne à la maison, en actifs, dans des associations d'épargne et de crédit différé et sur des comptes d'épargne détenus dans des banques, des IMF ou des coopératives.
- **Prise de décisions commerciales réfractaires aux risques :** Avec un accès limité au capital et à l'éducation et des contraintes importantes en matière de temps en raison des responsabilités d'intendance dans le ménage, les femmes pauvres ont souvent peu de choix mais s'affairent à des activités économiques indifférenciées, à faible valeur ajoutée, faible risque et faible profit, telles que la confection de vêtements ou la cuisine qui sont des prolongements de leurs activités ménagères. Quand elles font des bénéfices, les femmes évitent souvent de réinvestir ces derniers dans leur principale activité et optent à la place pour des choix moins risqués. Ce comportement évite les pertes importantes mais limite également les

gains importants, et reflète une préférence pour la sécurité et la gestion des risques par rapport à des décisions commerciales risquées mais potentiellement plus rentables.

– **Investissement dans des biens :** Beaucoup de femmes pauvres considèrent que posséder des biens est une stratégie importante pour gérer les risques liés au divorce, au veuvage ou à la vieillesse. Avec leur nom sur des titres de propriété, elles peuvent éviter des batailles juridiques compliquées et coûteuses pour des biens une fois divorcées ou veuves, ce qui leur assure un endroit où vivre. La possession d'une maison permet aux femmes de la transmettre à leurs enfants, crée un endroit où vivre pendant leurs vieux jours et leur donne une option pour louer tout ou partie de la maison comme source de revenu, ce qui est particulièrement vital pour les femmes âgées.
– « **Investissement » dans les enfants :** Les femmes considèrent souvent les investissements dans les activités et l'éducation de leurs enfants comme des investissements pour assurer leurs vieux jours. « Le plus grand investissement que vous puissiez faire est de donner une éducation à vos enfants, leur donner de l'argent pour qu'ils aillent à l'université », explique une femme dominicaine (WWB, 2008b). L'espoir est que des enfants ayant reçu une bonne éducation auront des emplois bien payés qui leur donneront des ressources suffisantes pour s'occuper de leurs parents âgés et un sens des responsabilités pour « leur payer en retour » ce qu'ils leur ont apportés quand ils étaient jeunes.
– **Participation à des relations sociales réciproques informelles :** Dans de nombreuses cultures, les femmes investissent dans des relations sociales réciproques informelles pour se préparer aux divers événements de la vie, tels que la naissance d'un enfant ou le décès d'un conjoint. Les relations de gestion des risques, comme les *munno mukabis* (qui pourrait se traduire par « associations d'amis dans le besoin ») en Ouganda, offrent une opportunité pour les membres de collecter des fonds dans le temps pour amasser des ressources suffisantes afin d'aider leurs membres en cas de besoin financier spécifique, tel qu'un décès ou un mariage (CGAP, 2000).

16.2.2 Rétroactives : stratégies de prise en charge des risques pour les femmes pauvres

– **Réduction drastique des dépenses du ménage :** Après un bouleversement financier, les femmes pauvres répondent souvent par une réduction des dépenses du ménage. Selon le besoin financier, ces réductions peuvent inclure une réduction des dépenses quotidienne telles que la nourriture et les dépenses médicales, et/ou des réductions des coûts à plus long terme telles que déménager dans un logement moins cher ou retirer les enfants, en particulier les filles, de l'école (Banque mondiale, 2009).

- **Emprunt d'argent :** De nombreuses femmes pauvres recourent à des prêts pour faire face aux bouleversements financiers, soit auprès de leur famille, d'amis, d'IMF, ou de prêteurs sur gages à coût élevé. Les femmes peuvent également utiliser des fonds précédemment empruntés dans un autre but (c.-à-d. un investissement productif) pour gérer les risques immédiats. Quand les prêts ont été déjà utilisés, une stratégie de dernier recours pour faire face au risque peut consister à cesser les remboursements du prêt si l'argent est nécessaire ailleurs.
- **Vente d'actifs :** Une autre stratégie pour faire face au risque implique de vendre des actifs, tels que l'or, la terre et le logement, ou des actifs générant du revenu, tels qu'un équipement commercial ou du bétail.
- **Commencer ou développer des activités générant du revenu :** Les membres de ménages pauvres peuvent également créer ou développer des activités générant du revenu afin de gagner plus d'argent pour faire face aux bouleversements financiers (Ezemenari et al., 2002). C'est souvent un bouleversement financier grave qui pousse les femmes, et dans certains cas, leurs enfants, à travailler. Une étude récente sur les travailleuses sexuelles dans l'ouest du Kenya révèle de façon inquiétante qu'elles sont presque 20 % plus enclines à se lancer dans la prostitution plus risquée et mieux payée quand un membre de la famille, en particulier un enfant, tombe malade, afin de faire face aux dépenses de santé (Robinson et Yeh, 2009).
- **Participation à des relations sociales réciproques informelles :** Les relations sociales informelles peuvent également aider les familles pauvres à faire face aux bouleversements financiers. Au Kenya, les femmes utilisent des *harambees* (qui signifie « mettre en commun »), où les femmes se mettent ensemble pour couvrir le coût de bouleversements financiers, tels qu'un décès dans la famille. De même, une étude au Népal a constaté que, quand quelqu'un décède, les membres de la communauté donnent en général un peu d'argent et de nourriture que les familles utilisent pendant la période de deuil de 13 jours (Simkhada et al., 2000).

16.2.3 Conséquences des stratégies de risque

Bien que de nombreuses stratégies de risque utilisées par les ménages pauvres assurent une certaine protection, même prises conjointement elles sont souvent inadaptées pour couvrir entièrement les coûts liés aux bouleversements financiers (Dercon et Kirchberger, 2008 ; Cohen et Sebstad, 2009). De plus, ces stratégies ont souvent des implications secondaires néfastes pour les femmes et leurs familles.

Insuffisances

Bien qu'une étude menée par WWB suggère que les femmes pauvres aient tendance à épargner autour de 10 à 15 % de leur revenu mensuel net, le montant est

rarement suffisant pour couvrir plus que les urgences élémentaires et certains coûts liés à la santé. L'épargne peut également être inefficace quand sa sécurité est en jeu, comme c'est souvent le cas avec l'épargne informelle où la menace de vol, la fraude ou la pression des autres membres de famille pour la dépenser contrecarre sa capacité à servir de mécanisme de prise en charge efficace. Une étude menée en Ouganda a révélé que 22 % de l'épargne était perdue dans des projets d'épargne informels contre un taux de perte de seulement 3,5 % dans le secteur formel (Wright et Mutesasira, 2001). Puisque les femmes sont plus susceptibles d'utiliser des mécanismes d'épargne informels, ce risque les affecte de façon disproportionnée (WWB, 2003).

En outre, épargner par le biais d'associations d'épargne et de crédit différé peut être inutile quand un certain nombre de membres a besoin d'argent en même temps ou quand un membre faisant face à un bouleversement financier ne peut pas recevoir son paiement (WWB, 2006d). Les autres relations sociales réciproques informelles sont également incapables de fournir une couverture totale sur de nombreux risques. Dans l'exemple précédent du Népal, des contributions émanant de membres de la communauté se sont révélées couvrir seulement 25 % des coûts liés au décès d'un membre de la famille (Simkhada et al., 2000). Les relations sociales peuvent également assurer une faible protection contre des risques covariants, tels que les catastrophes naturelles ou les maladies épidémiques, parce que d'autres peuvent faire face à des problèmes similaires, ce qui limite leur capacité d'aide.

Implications secondaires néfastes

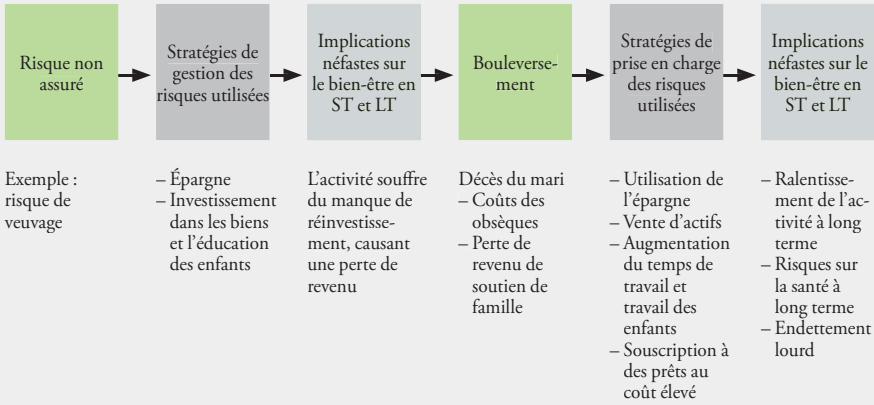
Plusieurs stratégies de risques, bien que parfois efficaces à court terme, peuvent conduire à supporter des implications secondaires néfastes, perpétuant un cycle de pauvreté pour les femmes pauvres et leurs ménages. Allouer des bénéfices commerciaux à l'épargne plutôt qu'à l'investissement, par exemple, est l'une des raisons principales expliquant pourquoi les activités des femmes ne parviennent à atteindre la même ampleur que celles des hommes (Murray, 2008). L'accumulation de l'épargne préventive peut également limiter la dépense pour d'autres besoins essentiels tels que le logement ou l'éducation. D'autres pratiques commerciales réfractaires aux risques, telles que la diversification dans un certain nombre d'activités plus petites, peuvent réduire l'impact de l'échec d'une activité, mais limitent les chances de réussite de chaque activité. Ces choix réfractaires aux risques font que les femmes pauvres renoncent à certaines opportunités rentables qui auraient pu les aider à briser le cycle de la pauvreté (Dercon et Kirchberger, 2008).

Quand une femme fait face aux bouleversements en vendant des actifs servant à la production tels que du bétail ou un équipement, elle peut être obligée à accepter un prix inférieur à celui du marché par désespoir. Elle supprime ainsi sa

capacité à gagner sa vie grâce aux actifs à l'avenir. De même, retirer les enfants de l'école peut réduire les coûts immédiats du ménage et libérer du temps pour que les enfants travaillent, mais cela cause une perte sérieuse pour le développement des enfants et réduit sévèrement leur potentiel à gagner leur vie à long terme. La réduction de la nourriture et des dépenses médicales peut également avoir un impact sérieux sur la santé du ménage. Une étude menée sur la crise économique récente indique que les femmes et les filles souffrent de façon disproportionnée de ces réductions (Institute of Development Studies, 2009).

L'emprunt peut aider à lisser les besoins financiers à court terme, mais mener à un endettement à long terme (Simkhada et al., 2000). Le défaut de paiement des prêts existants peut dégager des liquidités à court terme, mais avoir comme conséquence une perte d'accès future aux financements. La figure 16.2 illustre combien des stratégies de risque susmentionnées peuvent conduire à l'échec les femmes qui y ont recours (Dercon et Kirchberger, 2008).

Figure 16.2 **Exemples de stratégies de risques et implications**



D'après Dercon et Kirchberger, 2008.

L'insuffisance et la nuisance liées à de nombreuses stratégies de risques couramment utilisées suggèrent un fort besoin d'options plus solides pouvant offrir une couverture plus adéquate et plus durable sans effets secondaires négatifs.

16.3 Micro-assurance adaptée aux femmes

La micro-assurance peut offrir une couverture adéquate et durable contre les bouleversements aux femmes pauvres si elle est correctement conçue et commercialisée afin de satisfaire leurs besoins. Bien qu'une gamme diversifiée de produits de micro-assurance soit à présent disponible, y compris des projets pour se protéger contre les mauvaises récoltes, les dégâts matériels, les catastrophes naturelles, le chômage, les invalidités et les coûts liés aux rôles des femmes comme intendantes,

cette discussion se concentrera principalement sur la micro-assurance Santé et la micro-assurance Vie parce que ces risques sont généralement reconnus comme exerçant le plus de pression financière sur les femmes pauvres (Roth et al., 2007).

Les programmes de micro-assurance qui ont réussi doivent atteindre un équilibre entre une couverture satisfaisant aux besoins des femmes pauvres, une réduction des frais d'exploitation du réseau de distribution et des assureurs et le maintien des primes à un niveau faible pour qu'elle soient abordables et accessibles (Churchill, 2006). Plusieurs exemples utiles existent sur le marché. La Micro Insurance Academy présente aux clients un « menu » des prestations, leur permettant de choisir des attributs selon leurs besoins et leur capacité de paiement. D'autres ont proposé aux clients d'autres produits financiers tels que des comptes d'épargne ou des prêts d'urgence pour combler les lacunes dans leurs programmes de micro-assurance. Les encadrés présentés dans cette section donnent quelques exemples de micro-assurance sensible aux besoins des femmes.

16.3.1 Attributs de conception

Prestations abordables en matière de santé et de maternité pour les femmes

La micro-assurance Santé pour les femmes doit aller au-delà de la couverture des besoins de santé de base pour couvrir les risques de santé de la vie chez les femmes, y compris les problèmes de santé reproductive, telles que la grossesse, les soins prénataux et de bien-être du bébé, la contraception et la ménopause, ainsi que les soins préventifs tels que dépistages réguliers, vitamines, éducation sur la prévention des maladies, et les immunisations et les vaccinations pour elles-mêmes et pour leurs enfants. Une micro-assurance Santé complète devrait également couvrir divers types de soins, tels que les soins primaires, les soins spécialisés, les soins de santé mentale, le traitement en consultation externe, l'hospitalisation, la chirurgie et les médicaments prescrits, ainsi que l'accès à des gynécologues.

De nombreux produits de micro-assurance Santé n'ont pas une couverture complète ou l'offrent à un coût qui est exorbitant pour la plupart des femmes. Plusieurs projets excluent la grossesse, en raison des coûts élevés pour les assureurs et les clients. Quand l'ONG indienne Shepherd a tenté de négocier le prix d'un programme de micro-assurance Santé qui incluait des prestations de maternité avec la United India Insurance Company détenue par l'État, les primes représentaient à peu près le double du montant sans maternité, ce qui est trop cher pour les clientes à faible revenu de Shepherd (Ahmed et Ramm, 2006). D'autres offrent une couverture Grossesse limitée. La Delta Life au Bangladesh, par exemple, exclut la couverture des femmes lors de leur première grossesse en raison du risque plus important de complications (Ahmed et Ramm, 2006). D'autres programmes ont un délai d'attente de neuf mois pour la couverture Santé afin d'empêcher les femmes de souscrire à l'assurance

lorsqu'elles découvrent qu'elles sont enceintes, ou pour limiter les prestations à une ou deux naissances par cliente (Herbas, 2009). Ainsi, le défi est de trouver un moyen de proposer une couverture complète à un prix abordable. L'encadré 16.1 donne un exemple de la façon dont l'IMF bolivienne BancoSol a traité ce problème.

Encadré 16.1 **BancoSol en Bolivie négocie pour offrir de meilleures prestations aux femmes**

Bien que de nombreux programmes de micro-assurance excluent les prestations de maternité ou imposent des délais d'attente de 9 mois ou plus pour empêcher les femmes enceintes de souscrire, BancoSol offre un produit particulièrement complet de micro-assurance Santé aux femmes conjointement avec Zurich. Le programme offre une couverture Maternité complète avec un délai d'attente de 7 mois, ce qui laisse aux femmes enceintes 2 mois pour souscrire à l'assurance afin de couvrir la naissance de l'enfant. En tant qu'IFM la plus performante de Bolivie avec presque 200 000 clients en 2009, BancoSol a été capable de négocier avec Zurich ces conditions avantageuses pour les femmes, et a rapidement démontré la viabilité d'un tel programme au cours d'une expérience-pilote. Au cours des 2 années qui ont suivi cette expérience, le programme de micro-assurance Santé de BancoSol a touché plus de 14 000 clients. 62 % de ces clients sont des femmes, contre seulement 45 % d'emprunteurs, ce qui souligne la haute valeur des programmes de micro-assurance ciblant les femmes.

Source : auteurs.

Couverture de micro-assurance Santé pour toute la famille

En tant qu'intendantes, les femmes confèrent une forte valeur à la micro-assurance Santé qui leur permet de couvrir toute leur famille. Cependant, les coûts supplémentaires élevés pour ajouter des membres de la famille rendent souvent la couverture familiale inabordable, ou obligent les femmes à sélectionner et choisir qui sera assuré. La dernière réponse pose de sérieuses problèmes pour les femmes et les filles parce que ce sont souvent elles qui sont délaissées (Ahmed et Ramm, 2006).

Dans d'autres cas, on ne peut pas choisir d'assurer plusieurs membres de la famille, comme dans le cas des projets d'employeurs, qui couvrent parfois seulement les employés. Une femme en Jordanie qui fait face à cette situation explique, « Mon mari n'est assuré que dans le cadre de la société où il travaille. On lui prend 7 dinars (10 $US) par mois sur son salaire. Il peut aller dans des hôpitaux privés, mais nous ne sommes pas couverts. Il faudrait qu'il paie davantage pour nous inclure [et nous n'en avons pas les moyens] » (WWB, 2006c). La

Self-Employed Women's Association (SEWA) en Inde a atténué ce problème en offrant aux clients des programmes de micro-assurance Santé clés en main, qui incluent automatiquement tous les membres de la famille. Bien que les programmes soient plus chers que l'assurance d'un seul individu, SEWA a constaté qu'il était possible de maintenir les coûts supplémentaires à un niveau bas en assurant une plus grande population. Le produit s'est révélé populaire : le programme a triplé de volume en 2005 (Chatterjee, 2005). Cet exemple suggère qu'il peut être possible d'offrir des programmes familiaux peu coûteux et met en lumière l'effet multiplicateur pour les assureurs quand le marché des femmes est ciblé pour la couverture familiale d'assurance Santé.

Couverture de micro-assurance Santé pour les maris

Un aspect essentiel de l'assurance Vie pour les femmes est de rendre la couverture disponible pour elles-mêmes et leurs maris, mais dans de nombreux projets seules les femmes sont couvertes. C'est souvent le cas avec une couverture liée à un prêt, l'une des formes les plus courantes de micro-assurance Vie, qui protège seulement la vie d'un emprunteur auprès de l'IMF *(voir chapitre 9).* Comme les emprunteurs auprès de l'IMF sont habituellement des femmes, l'assurance Vie de crédit de base les laisse sans protection si leur mari décède. Cette situation est appelée « l'une des grandes ironies [de la micro-assurance] », ce qui suggère qu'offrir une couverture seulement sur la vie d'une femme signifie dans la réalité que « pour qu'une femme « bénéficie » de l'assurance, elle doit mourir la première » (Ahmed et Ramm, 2006). CARD aux Philippines a identifié ce besoin et modifié son produit pour couvrir les conjoints. Cela a créé une prestation supplémentaire pour le portefeuille de prêt de CARD car le décès d'un conjoint peut avoir un impact sur la capacité d'une femme à rembourser un prêt (Ahmed et Ramm, 2006).

Protection pour les enfants des femmes : Option pour désigner les bénéficiaires et demandes d'indemnisation pratiques avantageuses pour les enfants

Bien que de nombreux projets de micro-assurance supposent que les maris sont les bénéficiaires des demandes d'indemnisation de l'assurance Vie de leurs épouses, beaucoup de femmes veulent pouvoir choisir un autre bénéficiaire si elles estiment que leurs maris n'assureraient pas une protection appropriée à leurs enfants si elles décédaient, ou si elles craignent que leurs maris puissent utiliser le versement de l'assurance dans un autre but, pour une deuxième épouse ou à titre personnel (Ahmed et Ramm, 2006). Si elles pouvaient désigner un bénéficiaire, beaucoup de femmes choisiraient des amis, des proches ou des enfants adultes plutôt que leur mari, mais beaucoup de produits n'offrent pas cette souplesse (Cohen et Sebstad, 2006).

Un autre moyen de protéger les enfants consiste à structurer les demandes d'indemnisation afin d'offrir une protection maximale à long terme et des incita-

tions permettant d'éviter des stratégies nuisibles pour faire face aux risques, tel que retirer les enfants de l'école. L'All Lanka Mutual Assurance Organization (ALMAO) au Sri Lanka a présenté un plan de micro-assurance Vie qui paie des prestations échelonnées aux enfants pendant 4 ans (20 % au décès d'un parent et 20 % tous les ans pendant les 4 années suivantes). Voir l'encadré 16.2 pour une description de l'approche novatrice que La Equidad en Colombie utilise pour encourager les enfants d'un parent décédé à rester à l'école.

Encadré 16.2

La Equidad en Colombie structure les prestations d'assurance Vie pour protéger les enfants

En Colombie, une réponse malheureuse mais courante au bouleversement financier lié à la perte d'un parent est de retirer les enfants de l'école. Cette décision réduit les coûts liés à l'éducation et permet de libérer du temps à l'enfant pour effectuer un travail rémunéré, mais met profondément en danger l'éducation d'un enfant, son développement, et son potentiel à gagner sa vie à long terme. Pour empêcher cela, La Equidad, assureur traditionnel de plus de 3 millions de personnes, a structuré les prestations de son produit de micro-assurance Vie Amparar pour protéger les enfants. Outre le paiement d'une somme forfaitaire au décès et pour les obsèques, la police verse mensuellement des prestations qui peuvent seulement être utilisées pour l'éducation pendant les deux années suivant le décès d'un parent et offre également aux familles un versement mensuel pour la nourriture pendant une année. Ce programme est explicitement conçu pour empêcher les familles d'avoir à réduire l'éducation ou l'alimentation des enfants pour faire face au bouleversement financier lié au décès d'un parent.

Source : d'après Almeyda et de Paula Jaramill, 2005.

16.3.2 Attributs de distribution

Disponibilité pour des emprunteurs et les non-emprunteurs

De nombreux IMF n'offrent pas d'assurance aux femmes qui ne sont pas les emprunteurs actuels. Une femme jordanienne exprime ses inquiétudes sur cette police : « Elle ne devrait pas être pour [les emprunteurs seulement]. Maintenant je suis [emprunteuse], mais si ma situation s'améliore, je ne renouvellerai peut-être pas mon prêt. Ainsi l'assurance devrait être un produit différent du prêt. Si je veux un prêt, je peux en souscrire un. Si je veux une assurance, je peux en souscrire une. » (WWB, 2006c). La séparation de la micro-assurance Vie et des prêts pourrait être une manière efficace d'assurer une couverture plus complète pour les clients et d'accroître le nombre de polices vendues par les IMF aux membres non-emprunteurs, bien que cela entraîne des risques de sélection adverse.

Inscription volontaire

Les femmes pauvres expriment souvent une aversion pour les programmes obligatoires de micro-assurance Vie, en particulier quand la couverture ne satisfait pas à leurs besoins et quand elles ne connaissent pas entièrement les prestations. On a observé le dernier problème en Ouganda où les femmes payaient des primes obligatoires sans connaître la couverture, avec pour résultat une idée fausse selon laquelle les primes étaient en fait des honoraires de traitement de prêt (Young et al., 2006). Avec des informations limitées sur l'utilisation de la police, les femmes n'en tiraient aucun avantage.

Néanmoins, les programmes obligatoires de micro-assurance Vie sont courants. Les IMF donne de la valeur à la protection qu'elles offrent sur leurs portefeuilles de prêt et/ou sont motivées par le revenu potentiel émanant des commissions. Elles peuvent également ne pas vouloir investir des ressources pour convaincre les clients de la sagesse de souscrire volontairement aux produits. Ces produits, cependant, représentent un avantage important pour les clients : avec les coûts d'administration bas, les primes tendent à être largement moins élevées que pour les projets volontaires. Il est donc essentiel pour les IMF et autres réseaux de distribution d'examiner de manière approfondie la volonté de leurs clients à payer, afin d'évaluer si les produits volontaires sont appropriés dans le contexte local. SEWA en Inde et BancoSol en Bolivie ont tous deux constaté que leurs clients étaient disposés à payer une micro-assurance volontaire s'ils trouvaient les prestations intéressantes et considéraient que les primes avaient une bonne valeur (Chatterjee, 2005).

Communication prenant en compte le genre

Les programmes de micro-assurance efficaces ciblant les femmes doivent contenir un élément éducatif pour expliquer comment la micro-assurance fonctionne et comment elle peut proposer des prestations précieuses aux femmes et à leurs ménages. La micro-assurance sera un nouveau concept pour la plupart des gens et nombreux sont ceux qui peuvent être peu disposés ou soupçonneux à son égard. Il faut leur donner une information facile à comprendre en termes de coûts, d'éligibilité, de traitement des demandes d'indemnisation, de couverture, et de prestations à long terme et à court terme *(voir chapitre 14).*

Les communications doivent aborder le malentendu le plus courant sur la micro-assurance, exprimé par une femme jordanienne quand elle dit : « J'ai souscrit à un programme d'assurance. Nous avons payé un montant pour 3 enfants et mon mari. L'année est terminée [et] nous n'en avons pas profité. Ainsi nous avons vu que nous n'en avons pas tiré avantage et nous avons quitté le programme. Nous avons payé 50 JD (70 $US) par an pour chacun d'entre nous » (WWB, 2006c). Les messages éducatifs peuvent aider à convaincre les femmes que la micro-assurance est intéressante même si elles ne font pas de demandes d'indemnisation.

Les messages devraient également prendre en considération que, dans de nombreux contextes culturels, les femmes ont tendance à exiger plus d'informations que les hommes avant de prendre la décision de souscrire à une assurance, et que, dans beaucoup de pays, les taux d'analphabétisme chez les femmes (McCord, 2007a) sont élevés. Comme les femmes doivent être entièrement convaincues de la fonction et des avantages du produit si elles souscrivent volontairement, les meilleures stratégies de communication adaptées aux femmes assurent un contact fréquent avec les clientes par du personnel serviable (Chatterjee, 2005). Tata-AIG a trouvé utile d'engager et former des agents de ventes femmes dans les communautés locales afin de s'assurer que les agents étaient d'un abord facile pour les femmes locales. Ces agents ont été encouragés à vendre d'abord aux gens qu'ils connaissaient dans leur communauté, puis à étendre leur activité (Churchill et Leftly, 2006). Ces interactions doivent également se faire avec délicatesse vis-à-vis des femmes subissant des relations difficiles ou abusives qui rendent nécessaire un soutien supplémentaire pour que celles-ci puissent négocier avec leurs maris la souscription d'une micro-assurance. L'encadré 16.3 donne une description de l'approche de SEWA par rapport à la micro-assurance pour les femmes et traite des stratégies utilisées par SEWA pour maintenir une communication fréquente et accessible avec ses clients.

Encadré 16.3

Banque SEWA en Inde : un pionnier en matière de micro-assurance ciblant les femmes

Avec pour slogan « Nos vies sont pleines de risques, VimoSEWA protège notre vie ! », la banque indienne SEWA offre à ses clients, toutes des travailleuses indépendantes et pauvres, le choix parmi 3 programmes de micro-assurance clés en main, conçus pour fournir une couverture unique « du berceau au tombeau » sur un grand nombre de pressions financières importantes auxquelles les femmes pauvres sont confrontées au cours de leur vie. Disponibles à différents prix afin d'assurer l'accessibilité, les projets couvrent le décès, la santé et les actifs des femmes, avec des options permettant de couvrir également le mari et les enfants pour des honoraires supplémentaires plus faibles. La couverture des enfants assure la protection de tous les enfants de la famille, afin d'éviter aux parents d'avoir à choisir lesquels de leurs enfants doivent être assurés. Avec 7 000 clients en 1992, VimoSEWA couvrait en 2009 presque 200 000 femmes, hommes et enfants. Les produits sont uniquement intégrés aux comptes d'épargne à dépôt fixe de SEWA, permettant aux clients de payer les primes d'assurance avec les intérêts courus de leur compte d'épargne.

SEWA utilise une variété de stratégies de communication pour favoriser les produits et éduquer les clients sur la micro-assurance. Elle a constaté que des interactions face à face régulières sont très appréciées des clientes, qui aiment le

sentiment d'implication et l'opportunité de poser des questions sur leurs polices et de discuter de problèmes familiaux plus larges concernant le risque. Vimo-SEWA utilise de petites et grandes réunions de clients pour réaliser des forums confortables réservés aux femmes afin de discuter de problèmes tels que ceux pouvant se produire quand une femme ou une famille pauvre est confrontée à un risque important, et comment elles peuvent protéger leurs familles contre ces risques en utilisant la micro-assurance.

Source : auteurs.

Polices d'assurance simples et traitement de demandes d'indemnisation : processus appropriés pour les femmes moins éduquées

Les polices d'assurance devraient être simples et faciles à comprendre. Les exclusions et les dispositions complexes devraient être maintenues au minimum et les paiements être directs et clairs, ce qui permet aux souscriptrices potentielles de comprendre plus facilement comment la micro-assurance fonctionne et quelles sont les prestations pour elles. Les polices d'assurance doivent décrire clairement et simplement la procédure à suivre pour les demandes d'indemnisation si l'on veut que les programmes réussissent. Ceci signifie que le réseau de distribution (c'est-à-dire une IMF) doit fournir une information suffisante et facile à comprendre sur la façon de traiter la demande d'indemnisation et offrir un soutien aux clients qui ont besoin d'aide. Une information claire et un soutien approprié sont particulièrement essentiels pour les nouveaux clients qui peuvent ne pas être au courant du processus. Sans un processus de demandes d'indemnisation facile à utiliser et accessible même aux clients illettrés, les femmes peuvent non seulement ne pas recevoir toutes les prestations de la micro-assurance, mais elles peuvent également avoir dépensé en pure perte sous forme de primes un argent qui aurait pu être utilisé pour d'autres stratégies de risque (Mayoux, 2002).

16.4 Conclusion : un appel à l'action

Les femmes pauvres font face à toute une série de risques potentiellement catastrophiques. Les stratégies de risques traditionnelles à leur disposition sont diverses, mais souvent inadéquates. La micro-assurance, lorsqu'elle est conçue efficacement pour satisfaire aux besoins propres aux femmes pauvres, peut offrir des prestations incontestables à cette cible. Cependant, avec des demandes considérables de couverture complète et une pression pour maintenir les coûts à niveau faible, la réalisation de bons produits de micro-assurance prenant en compte le genre représente un défi sérieux. Ce chapitre a tenté de soulever un grand nombre des problèmes liés à la fourniture de micro-assurance pour les femmes, et lance un appel urgent aux donateurs, aux assureurs, à la communauté de chercheurs, aux IMF et à d'autres réseaux de distribution.

16.4.1 IMF et réseaux de distribution

De nombreuses IMF connaissent les besoins financiers des femmes pauvres, et ont donc l'opportunité d'aller au delà de l'octroi de prêts afin d'offrir une micro-assurance adaptée aux femmes. D'autres réseaux de distribution peuvent avoir moins accès au marché des femmes, mais offrent toujours de grandes opportunités.

Nous encourageons tous les réseaux de distribution, y compris les IMF qui touchent déjà beaucoup de femmes ayant des prêts, à se renseigner sur la gestion des risques des femmes et sur les besoins de prise en charge via une étude de marché localisée. Nous encourageons ces organismes à utiliser des perspectives de clientèle axées sur la recherche pour développer de nouveaux produits de micro-assurance adaptés aux femmes ou pour améliorer ceux qui existent. Après le lancement d'un produit, les études d'évaluation d'impact sont essentielles pour s'assurer que le projet répond aux besoins des femmes dans le contexte local. Développer une micro-assurance sensible aux besoins des femmes offre aux réseaux de distribution toute une série d'avantages directs et indirects allant des commissions sur les polices vendues jusqu'aux effets découlant du fait que les clients sont des ménages en meilleure santé et financièrement plus sûrs.

16.4.2 Assureurs

Nous encourageons les compagnies d'assurance à saisir cette opportunité de travailler avec des IMF et d'autres réseaux de distribution pour offrir de la micro-assurance ciblant les femmes. Pour les compagnies d'assurance qui servent principalement des populations à revenu élevé dans le monde en voie de développement, s'adresser aux femmes pauvres ouvre un marché représentant des millions de nouveaux clients. En 2010, Swiss Re a estimé que le marché potentiel de la micro-assurance était de 4 milliards de personnes (Swiss Re, 2010b) ; cependant Roth et al. (2007) ont constaté que seulement 78 millions de personnes à faible revenu dans les 100 pays les plus pauvres du monde avaient une couverture d'assurance. Cela laisse une opportunité significative pour les assureurs de tirer parti d'un fort volume de ventes, estimé à 40 milliards de $US, (Swiss Re, 2010b). En outre, en ayant recours au marketing auprès des femmes, les assureurs peuvent bénéficier d'un effet multiplicateur dû au fait que de nombreuses femmes préfèrent souscrire également pour leur mari et leurs enfants.

16.4.3 La communauté de chercheurs

Il existe un besoin essentiel de mieux comprendre les risques pour y apporter des réponses adaptées aux femmes, et comment les stratégies telles que la micro-assurance peuvent aider à alléger le fardeau financier des risques pour les femmes pauvres. *Nous encourageons la communauté de chercheurs à étudier les questions suivantes :*

- Où est-ce que se situent la couverture et les prestations de micro-assurance par rapport à celles des stratégies de risque traditionnelles utilisées par les femmes ? Comment les femmes pauvres combinent-elles la micro-assurance avec d'autres stratégies de gestion des risques ?
- La micro-assurance offre-t-elle des ressources pour les femmes pauvres ? Comment ces ressources sont-elles utilisées ? La micro-assurance affecte-t-elle les taux d'investissement productif chez les femmes, leur comportement en matière d'épargne et/ou le niveaux de consommation des ménages ? Quel est l'impact sur la sécurité économique des ménages ?
- Comment les comptes d'épargne et les programmes de micro-assurance peuvent-ils se compléter pour pallier la faible capacité des femmes à gérer les risques et y faire face ?
- Quelles sont les meilleures pratiques dans le marketing, la distribution et la conception de produits de micro-assurance ciblant les femmes, y compris l'éducation du marché, la détermination des prix et les services de demandes d'indemnisation ?

16.4.4 Donateurs

Nous encourageons les donateurs à utiliser leurs ressources pour investir dans le développement de la micro-assurance pour les femmes. Avec de vastes ressources et des missions pour soutenir la réduction de la pauvreté, la communauté des donneurs est dans une position exceptionnelle pour soutenir le développement de la micro-assurance pour les femmes d'une manière critique. Les donateurs peuvent financer la recherche et l'éducation du consommateur, et également fournir une assistance technique et un soutien au renforcement des capacités aux IMF et aux autres réseaux de distribution cherchant à développer des programmes de micro-assurance (Latortue, 2008). Les coûts liés à la recherche initiale et au développement de programmes de micro-assurance pouvant être très élevés, et lorsque les assureurs commerciaux sont peu disposés à s'impliquer au début, le soutien précoce de donateurs peut être crucial pour amorcer des efforts prenant en compte les besoins des femmes. À un niveau plus élevé, les donateurs peuvent favoriser un environnement politique et réglementaire propice à la micro-assurance, qui considère les caractéristiques spécifiques des femmes.

16.4.5 L'avenir de la micro-assurance pour les femmes

La micro-assurance est une nouvelle frontière de développement, et il reste beaucoup de travail à accomplir pour créer un secteur de la micro-assurance prenant en compte le genre. Ceci est essentiel pour mieux comprendre comment les femmes combinent la micro-assurance avec des stratégies de gestion des risques existantes, comment leurs attitudes envers le risque diffèrent de celles des hommes, et comment la micro-assurance affecte leurs taux d'investissement dans des activités, leur comportement en matière d'épargne et la consommation au niveau du ménage. Les donateurs, les chercheurs et les acteurs de terrain ont chacun un rôle important à jouer dans la participation au développement coordonné de la micro-assurance ciblant les femmes.

17 Formaliser l'assurance informelle inhérente à la migration : explorer les liens potentiels entre migration, envois de fonds et micro-assurance

Jennifer Power, Barbara Magnoni et Emily Zimmerman

Ce chapitre est adapté de l'exposé n° 7 Micro-assurance, publié par le Micro-assurance Innovation Facility de l'OIT (2011). Les auteurs souhaitent remercier l'aide apportée par Sara Duquette (HEC Montréal), ainsi que les idées et suggestions de Ricardo Cordero (IOM), Yoko Doi (World Bank), Imke Gilmer (GTZ), Sonia Pellecer (IOM), Sonia PLaza (World Bank), Andrea Riester (GTZ), Maria Victoria Saenz (IDB) et Betty Wilkinson (ADB). Les auteurs remercient les nombreux assureurs, praticiens et agents des transferts de fonds qui ont partagé leurs expériences et leur temps pendant les entretiens.

Dans notre économie de plus en plus mondialisée, l'impact financier de la migration joue un rôle croissant dans le contribution aux flux financiers au-delà des frontières, en particulier vers les pays en voie de développement. Cette migration est le plus généralement motivée par un désir d'augmenter le revenu et d'offrir une meilleure vie pour la famille de quelqu'un. Au cours des 20 dernières années, le nombre de personnes vivant en dehors de leur pays d'origine a augmenté de presque 40 %, de 155 millions en 1990 à 214 millions en 2010 (UNDESA, 2009).

La diversification des revenus et la géographie aident les migrants et leurs familles à atténuer certains risques, en particulier ceux liés à de grands chocs financiers dans leur pays d'origine ou leur pays d'accueil. Pour les familles restées à la maison, les migrants servent souvent d'assurance informelle quand un événement défavorable se produit. Quand il y a une urgence qui exige des dépenses en espèces significatives, le migrant est souvent invité à envoyer des fonds pour couvrir les dépenses. Beaucoup de migrants se trouvent également dans des positions de vulnérabilité extrême dans leur pays d'accueil, travaillant souvent dans une économie informelle et incapable d'accéder aux réseaux sociaux de sécurité fondamentaux, ou dans des travaux dangereux qui augmentent le risque d'accidents.

L'assurance pourrait être un outil utile pour les ménages transnationaux pour gérer certains de ces risques. Cependant, l'assurance traditionnelle est souvent trop coûteuse, complexe ou difficile d'accès pour les ménages à faible revenu de nombreuses familles de migrants. Ces ménages requièrent des produits simples qui peuvent être délivrés à peu de frais et de façon commode, caractéristiques courantes à la micro-assurance. Bien qu'il y ait des obstacles importants à l'offre d'assurance liée à la migration aux migrants et à leurs familles, l'opportunité de tirer parti du capital social créé par la migration et les canaux de transfert fonds qui travaillent déjà avec cette population peuvent aider les assureurs à surmonter les problèmes de distribution et de coût. En 2010, le flux des envois de fonds internationaux a été estimé à 437 milliards de $US, 3 fois plus que le montant de l'aide circulant vers les pays en voie de développement (Ratha, 2010). La majorité de cet argent va directement aux familles de migrants pour soutenir les besoins de

base des ménages tels que les loyers, la nourriture et les frais scolaires. Les mécanismes qui permettent aux familles transnationales d'utiliser une partie de ces fonds pour souscrire à une assurance pourraient faire beaucoup pour réduire leur vulnérabilité et leurs risques.

Dans beaucoup de pays d'accueil, les migrants constituent une grande partie de la population qui n'est généralement pas bien desservie par le secteur financier et en particulier par les assureurs, ce qui présente une opportunité pour les assureurs de prospecter un marché relativement inexploité. Dans les pays d'origine, lier la micro-assurance à la migration peut aider à surmonter certains des défis des ventes de micro-assurance régulières parce que les migrants tendent à avoir une plus grande capacité à payer que ceux restés dans le pays d'origine et de multiples motivations de vouloir protéger leurs familles restés à la maison (GTZ, 2009).

Une série de projets d'assurance a pu être liée à la migration, incluant : 1) les produits visant à atténuer les risques exceptionnels auxquels sont confrontés les migrants dans leurs pays d'accueil, tels que l'assurance Accidents ou Rapatriement ; 2) produits pour couvrir les risques uniques des familles des migrants dans leurs pays d'origine, tels que protéger le flux des envois de fonds ; 3) les produits qui tirent profit des flux d'envois de fonds ou des canaux et réseaux de distribution créés par la migration ; et 4) les produits qui tirent profit du désir des migrants de protéger leurs familles en leur absence en formalisant l'assurance informelle fournie par les migrants.

Ce chapitre utilise la recherche documentaire et une série d'entretien avec des principaux experts en matière de migration et d'envois de fonds, des praticiens de la micro-assurance et des agents de transfert d'argent pour explorer les liens potentiels et existants entre la migration, les envois de fonds et l'assurance.[1] La section 17.1 illustre comment la migration peut affecter les préférences et la demande en matière d'assurance des migrants et de leurs familles. La section 17.2 fournit un cadre pour les produits de micro-assurance liée à la migration et une vue d'ensemble des produits existants. Les sections 17.3 et 17.4 considèrent les opportunités et les défis pour développer la micro-assurance liée à la migration, y compris les défis juridiques et réglementaires, et ceux liés au marketing, aux ventes, aux paiements et aux processus opérationnels. En conclusion, la section 17.5 fournit des recommandations préliminaires pour les intervenants, en particulier les micro-assureurs, car ils cherchent à satisfaire les besoins de gestion des risques des migrants et de leurs familles.

[1] Une limitation de cette recherche est que beaucoup de projets sont au début du développement, il est donc difficile de tirer des conclusions définitives. Une autre limitation est que la plupart des programmes identifiés cherchent à tirer profit des flux de migration internationaux, et non de flux de migration intérieurs. Les défis de la demande pour développer des programmes intérieurs sont susceptibles d'être similaires, bien que les défis opérationnels soient susceptibles d'être tout à fait différents.

17.1 Considérations de la demande en matière d'assurance liée à la migration

Les initiatives en matière de micro-assurance ont pu fournir des outils rentables pour déplacer une partie du fardeau d'atténuation des risques du migrant à un tiers. La capacité accrue à payer ainsi que les risques exceptionnels auxquels sont confrontées les familles transnationales peuvent contribuer à une demande accrue en matière d'assurance. En outre, les désirs du migrant, à la fois de contrôler la façon dont les fonds envoyés sont dépensés et de transférer les risques à un tiers, peuvent influer sur la demande.

La plupart des études ont constaté que la plus grande partie des envois de fonds est utilisée pour la consommation, les besoins de base des ménages (Orozco, 2003 ; Alvarez Tinajero, 2009 ; Asfar, 2003 ; de Bruyn et Wets, 2006) et les soins de santé (Amuedo-Dorantes et al., 2007). Les familles des migrants prennent en général les décisions en matière de dépenses.[2] Cependant, quand les préférences des migrants et de leurs familles sur la façon de dépenser les fonds envoyés divergent, le migrant peut souhaiter avoir un plus grand contrôle de la façon dont les fonds sont dépensés. Des études ont également constaté que, avec un contrôle total de la façon dont les fonds sont dépensés, les migrants dépenseraient l'argent différemment, en affectant moins à la consommation quotidienne et davantage à l'épargne (Ashraf et al., 2010).

Une étude sur l'assurance Obsèques formelle en Afrique du Sud indique que convaincre les familles de migrants qu'il est sage de dépenser les paiements sur une assurance peut être difficile, même lorsque leurs niveaux de revenu sont suffisants (Crayen et al., 2010). Les migrants, d'autre part, peuvent avoir un intérêt à souscrire à une assurance pour leurs familles afin de protéger ceux qu'ils aiment car les migrants sont ceux qui payent souvent les factures en cas de crise. Une étude menée par SegurCaixa, une compagnie d'assurance offrant une assurance aux migrants en Espagne, a constaté que les migrants aimeraient une couverture pour eux-mêmes lorsqu'ils visitent leur pays d'origine ainsi qu'une couverture pour les membres de leur famille. Une enquête sur les migrants haïtiens de Turks & Caicos, menée par AIC, une compagnie d'assurance haïtienne, a également constaté que les migrants étaient intéressés par le transfert de certains risques et de responsabilité pour leurs familles, restées au pays d'origine, à des canaux plus formels.[3] De même, dans des groupes de discussion avec des migrants guatémaltèques et salvadoriens, la Microfinance International Corporation (MFIC) a constaté qu'ils étaient intéressés par une couverture pour leurs familles, bien que moins intéressés à se protéger eux-mêmes, à l'exception du rapatriement et de l'assurance Accidents.

[2] Alvarez Tinajero (2009) a trouvé que dans seulement 5% des cas, le migrant décidait de la manière dont les fonds virés seraient dépensés et seulement dans 12% des cas, il y avait une décision commune par le migrant et le chef de famille recevant les fonds.

[3] Entretien avec Isabelle Depeche, Directrice de Micro-assurance, AIC.

La demande de micro-assurance chez les migrants ou leurs familles est susceptible de varier en fonction du niveau de leurs revenus, du degré d'assimilation, des documents et d'autres facteurs. L'étude de SegurCaixa trouve une forte corrélation entre le revenu, l'assimilation et la demande d'assurance. La souscription chez les immigrés était concentrée sur ceux qui avaient des revenus plus élevés et ceux qui étaient dans le pays d'accueil depuis longtemps. Magnoni et al. (2010) ont également montré que la souscription d'assurance était plus probable chez les immigrés mexicains à New York, établis aux États-Unis depuis longtemps, ainsi que chez ceux qui avaient des revenus plus élevés, ceux qui étaient mariés et ceux qui avaient un compte bancaire.

Les familles transnationales sont confrontées à de nombreux risques exceptionnels. Par conséquent, en plus de la gamme de produits standard qui pourraient être attractifs pour la famille du migrant dans le pays d'origine, il y a un besoin de développer une assurance spécifiquement adaptée aux risques auxquels ces familles sont confrontées, tels que le rapatriement, la protection des envois de fonds,[4] les accidents du travail et le chômage.

17.2 Cadre : les 3 H de l'assurance liée à la migration

Trois types de modèles ont été mis au point pour répondre aux besoins des migrants et de leurs familles en matière de micro-assurance. Appelés les « **3 H** » par Magnoni et al. (2010), ces modèles sont consitués par le modèle fondé sur le pays d'accueil (**H**ost country model), le modèle fondé sur le pays d'origine (**H**ome country model) et le modèle hybride (**H**ybrid model) *(voir tableau 17.1).* La caractéristique qui définit chacun de ces modèles est l'endroit où se trouve l'entité ou l'assureur qui prend les risques.

Dans le modèle fondé sur le pays d'accueil (**Host** country model), l'assureur est situé dans le pays dans lequel le migrant a immigré. Les programmes de ce type sont mieux placés pour assurer les migrants eux-mêmes et peuvent également avoir le potentiel d'atteindre une plus grande échelle car ils peuvent facilement être utiles aux migrants de multiples pays d'origine. Le modèle fondé sur le pays d'accueil n'assure pas en général la famille du migrant restée au pays d'origine, mais peut offrir indirectement la sécurité aux familles des migrants. Par exemple, l'assurance Rapatriement et Décès accidentel de SegurCaixa offre aux familles un avantage en espèces qui peut soulager le choc de la perte de revenu par virement en cas de décès ou d'accident *(voir encadré 17.1).*

[4] De tels produits devraient considérer les besoins exceptionnels de ceux qui sont le plus susceptibles d'être laissés pour compte. Par exemple, Magnoni et al. (2010) ont constaté que la plupart des membres de la famille restés au pays d'origine sont des parents et des beaux-parents, ce qui suggère que l'assurance Maladie liée aux problèmes des populations vieillissantes pourrait être plus appropriée pour cette communauté.

Encadré 17.1

Assurance Rapatriement et Décès accidentel de SegurCaixa

SeguraCaixa, filiale de La Caixa, une des plus grandes coopératives en Espagne, offre certains des quelques produits d'assurance liée à la migration pour atteindre un facteur d'échelle raisonnable. En 2008, 66 000 migrants légaux, la plupart du temps venant d'Afrique et d'Amérique latine, ont été assurés par SegurCaixa Repatriación, qui paye une somme forfaitaire au décès du migrant et le rapatriement du corps du migrant, et 14 000 d'entre eux étaient couverts par Segur-Ingreso, qui paye une somme forfaitaire au décès du migrateur et un revenu mensuel régulier à la famille pendant 5 années suivant le décès. Les primes mensuelles commencent à 7 € (10 $US).

Sources : www.laCaixa.es et SegurCaixa Holding Annual Report, 2008.

Dans le modèle fondé sur le pays d'origine (**Home** country model), l'entité prenant les risques est située dans le pays d'origine du migrant. Les assurés peuvent être le migrant et/ou la famille du migrant en fonction du produit et du canal de distribution.

Dans le modèle hybride (**Hybrid** model), les entités prenant les risques sont présentes à la fois dans le pays d'origine et le pays d'accueil. Ce modèle peut assurer le migrant dans le pays d'accueil et la famille du migrant dans le pays d'origine plus facilement que le modèle du pays hôte ou du pays d'origine. Bien que le modèle hybride ait beaucoup d'avantages, jusqu'ici peu d'assureurs ont essayé de servir le marché des gens à faibles revenus en utilisant une telle approche.

Tableau 17.1

Les caractéristiques générales des modèles 3 H

Modèle	*Assuré*	*Atténue le risque pour :*	*Le besoin d'un intermédiaire*	*Accroît les virements*
L'assureur est dans le pays d'accueil du migrant **(Host country)**	Migrant	Migrant et famille du migrant (selon le produit)	Éventuellement dans des buts de marketing	Peu probable
L'assureur est dans le pays d'origine du migrant **(Home country)**	La famille du migrant (très probablement) ou le migrant (avant le départ)	Migrant (indirectement) et Famille du migrant (directement)	Certainement si on cible les migrants ; probablement si on cible la famille du migrant	Très possible
Hybride : l'assureur est dans le pays d'accueil et le pays d'origine	Migrant et/ou famille du migrant	Migrant et/ou famille du migrant	Probablement pour marketing ou transferts d'argent	Possible

17.3 Défis juridiques et réglementaires

Les restrictions juridiques et réglementaires constituent une des contraintes les plus significatives à la vente d'assurance aux migrants et à leurs familles au-delà des frontières car les assureurs ne sont généralement pas agréés dans le pays d'origine et le pays d'accueil. Les contraintes varient selon le pays d'accueil et le pays d'origine, si le migrant et/ou les membres de la famille dans le pays d'origine sont des bénéficiaires des polices, et de l'emplacement de la compagnie d'assurance. Ces contraintes sont souvent sous-documentées ou sous-estimées, pourtant elles sont l'un des facteurs principaux empêchant le lancement de programmes. Cette section fournit une vue d'ensemble des types de réglementations affectant les produits de micro-assurance liée à la migration.

Choix de la loi. Le premier défi dans n'importe quelle transaction transfrontalière est de déterminer dans quelle juridiction la loi s'applique. Pour les produits liés à la migration, dans le cas où l'assurance est vendue par une compagnie étrangère et/ou certains ou tous les bénéficiaires sont localisés à l'étranger, il peut arriver qu'il ne ressorte pas clairement quel droit des assurances est applicable. En général, les parties peuvent choisir la loi qui régit un contrat entre elles, mais le problème reste en grande partie en suspens en ce qui concerne les ventes d'assurance transfrontalières.

Portée de la réglementation. Indépendamment de savoir de quel pays la loi s'applique au contrat d'assurance lui-même, les parties doivent se plier aux lois d'assurance de tous les pays dans lesquels elles mènent leurs activités. L'assurance est en général régie à un niveau national par une autorité ministérielle séparée (Vollbrecht, 2000).[5] L'Union européenne utilise un régime « de passeport », permettant aux assureurs autorisés par le régulateur de leur pays de domiciliation à continuer à faire des affaires et à assurer les risques dans tous les pays de l'Union européenne (Krishnan, 2010), ce qui peut faciliter l'assurance liée à la migration entre les pays européens.

Les produits liés à la migration doivent également faire face à différentes définitions de l'assurance et différentes activités liées à l'assurance, qui sont souvent définies de façon assez large, dans le pays d'origine et le pays d'accueil. D'ailleurs, les conditions concernant le type de couverture et d'exclusions exigées ou per-

[5] Aux États-Unis, l'assurance et les activités associées sont régies par différentes lois d'état, ce qui rend les choses plus compliquées.

mises peuvent différer d'un pays à l'autre, ce qui pose des défis à l'uniformité de la couverture au-delà des frontières.[6]

Agrément des assureurs. Presque tous les pays exigent des compagnies d'assurance qu'elles obtiennent un agrément pour assurer les risques situés dans leurs frontières (Krishnan, 2010). L'agrément peut être un obstacle important aux modèles fondés sur le pays d'origine, où 1) il est peu susceptible de concurrencer les assureurs du pays d'accueil ; et 2) la population de migrants est souvent faible, ce qui rend difficile les économies d'échelle requises pour compenser les coûts financiers et administratifs d'acquisition et de conservation d'un agrément. Les modèles fondés sur le pays d'accueil peuvent chercher des partenariats dans le pays d'accueil pour tenter de surmonter ces défis, bien que selon le pays, même cela peuvent être impossible. Deux programmes de ce genre entre l'Amérique latine et les États-Unis ont été interrompus en raison de ces problèmes juridiques.[7]

Le modèle fondé sur le pays d'accueil évite plusieurs des obstacles liés à l'agrément de l'assureur, car les assureurs locaux qui sont déjà agréés dans le pays d'accueil peuvent établir des contrats d'assurance avec des migrants situés dans ces pays. Cependant, les modèles fondés sur le pays d'accueil risquent d'être limités à l'assurance du migrant et ne pas pouvoir assurer la famille du migrant à l'étranger s'ils n'ont pas une succursale ou une filiale dans le pays d'origine.

Réglementation des intermédiaires. La plupart des pays exigent des intermédiaires impliqués dans des contrats d'assurance qu'ils aient une autorisation (Sterling, 2000). Dans chacun des 3 modèles, les intermédiaires peuvent être soumis à la réglementation dans le pays d'origine et/ou le pays d'accueil, selon l'endroit où a lieu la publicité, l'établissement du contrat, le paiement de primes et autres activités. Les canaux alternatifs décrits ci-dessous peuvent ne pas avoir la capacité d'obtenir un agrément d'intermédiaire ou d'agent.[8] Souvent même les

[6] Selon Warner (2004), ces différentes lois, même si elles ne sont pas en conflit direct entre elles, pourraient créer des difficultés administratives importantes, et peuvent mener à l'incertitude dans le cas où il ne ressort pas clairement quelle loi est applicable. Par exemple, aux Philippines, les assureurs sont responsables au titre de polices d'assurance Vie, dans le cas de suicides, uniquement s'ils ont été commis 2 années après l'entrée en vigueur de la police, à moins que la police prévoie une période plus courte, tandis que beaucoup de polices d'assurance Vie basées aux États-Unis excluent la couverture en cas de suicide indépendamment du moment où il est commis.

[7] MFIC a cessé de proposer des programmes d'assurance Santé d'EPSS aux migrants guatémaltèques aux États-Unis par crainte qu'ils soient considérés comme illégaux par les régulateurs *(voir encadré 17.3).* BancoSol a également cessé d'offrir une assurance Rapatriement aux migrants boliviens aux États-Unis après s'être rendu compte qu'il avait été mal informé par son partenaire des restrictions légales sur les assureurs étrangers commercialisant et vendant des polices aux États-Unis.

[8] Il est presque toujours demandé aux intermédiaires (qui représentent les assurés) d'avoir un agrément, alors que ce n'est souvent pas le cas pour les agents (qui représentent les assureurs). La raison de cette distinction est que les agents font l'objet d'une surveillance indirecte en vertu du fait qu'ils agissent au nom des assureurs, qui eux font l'objet d'un surveillance directe. Cependant, il est souvent demandé aux agents de s'enregistrer auprès de l'autorité de réglementation ou d'une association professionnelle (Vollbrecht, 2000).

agents et les intermédiaires agréés ont un pouvoir limité pour lancer sur le marché ou sinon aider à la vente de produits par des assureurs non agréés.[9] Il y a une certaine marge pour les intermédiaires non-agréés de promouvoir des projets d'assurance liée à la migration, bien que la portée des activités dans lesquelles un intermédiaire peut s'engager sans agrément varie considérablement d'un pays à l'autre.

Statut des documents. Le statut sans papiers de beaucoup d'immigrés peut poser des défis sérieux dans la souscription de produits d'assurance dans leur pays d'accueil. Les compagnies d'assurance demandent souvent des documents d'identification que les migrants peuvent ne pas avoir ou ont du mal à communiquer. Dans la plupart des pays développés, les immigrés sans papier ont de larges droits leur permettant d'accéder aux tribunaux et de faire valoir leurs droits dans le cadre de contrats, mais ces droits sont souvent limités dans la pratique, ce qui peut pénaliser les immigrés en cas de conflit avec la compagnie d'assurance.[10]

17.4 Opportunités opérationnelles et défis en matière d'assurance liée à la migration et aux envois de fonds

En dépit des opportunités potentielles du marché des produits liés à la migration, développer les produits, les canaux de distribution et les fonctions administratives et opérationnelles pour servir les familles transnationales peut être complexe. Cette section décrit les opportunités et les défis auxquels l'assurance liée à la migration est confrontée dans les secteurs suivants : 1) marketing et ventes ; 2) émission de polices ; 3) paiements des primes ; et 4) gestion des demandes d'indemnités. Le service clientèle est particulièrement important, mais également particulièrement complexe en raison de la nature transnationale des familles couvertes *(voir encadré 17.2).* Le tableau 17.3 à la fin de la section récapitule les opportunités et défis principaux par modèle.

[9] En outre, les assureurs et les intermédiaires doivent tous deux se conformer également aux lois de publicité applicables dans n'importe quel pays dans lequel les produits sont mis sur le marché.

[10] Aux États-Unis, les migrants sans papiers ont un droit légal d'engager des poursuites devant un tribunal (Hagl v. Jacob Stern & Sons, d'Inc. et de Montoya v. Gateway Co.) et dans l'Union européenne, beaucoup de droits fondamentaux s'appliquent à tout un chacun indépendamment du statut administratif, mais dans la pratique les migrants sans papiers sont privés de toute une série de protections sociales (Carrera et Merlino, 2009).

Encadré 17.2 **Un examen de l'assurance obligatoire pour travailleurs expatriés d'Indonésie**

En Indonésie, approximativement 90 à 95% des migrants utilisent une agence de placement pour s'occuper de leurs visas, voyage et emploi à l'étranger. En 2006, le gouvernement a introduit une réglementation exigeant de toutes les agences de placement pour migrants de fournir aux migrants une couverture d'assurance avant leur départ, pendant leur séjour dans le pays d'accueil et à leur retour (TKI Insurance). Ce contrat global inclut une couverture pour décès accidentel, décès par maladie, coûts des obsèques, invalidité accidentelle, dépenses médicales, annulation de voyage, abus physique, échec au placement de travail, fin de contrat prématuré, salaires impayés, expulsion, maladie mentale, transfert de travail non autorisé, et honoraires légaux et juridiques. L'assurance est distribuée par les agences de placement de migrants, des assureurs privés émettant les polices. Un problème pour toutes les parties concernées est l'absence d'une base de données de migrants ou d'une information complète sur les chiffres de demandes d'indemnités, ce qui affecte négativement la transparence, la détermination des prix et un bon traitement des demandes d'indemnités.

Quelques autres problèmes essentiels du migrant incluent : 1) une médiocre communication de couverture avec le migrant et la famille ; 2) une complexité des polices et des procédures de demandes d'indemnités ; et 3) une représentation minimale des assureurs dans le pays d'accueil, où la majorité des incidents sont susceptibles de se produire.

Certains des problèmes essentiels pour les compagnies d'assurance incluent :
1) des honoraires d'intermédiaires élevés demandés par les agences de placement ;
2) des prix bas fixés par la réglementation ;
3) la complexité du produit ; et 4) la condition d'assurer des objets « non-assurables ».

Source : Entretien avec Yoko Doi, spécialiste financier, World Bank Office Jakarta, 2009.

17.4.1 Marketing, ventes et distribution

Les défis de la distribution d'assurance aux familles transnationales sont importants en raison des 2 emplacements du marché cible ainsi que de la nature transfrontalière de beaucoup de programmes. Ainsi, pour que les modèles de microassurance liée à la migration soient un succès, ils doivent soit trouver un moyen de mise sur le marché de part et d'autre de la famille transnationale, soit structurer leur programme de telle manière qu'une partie ait les pleins pouvoirs de décision.

Modèles fondés sur le pays d'origine

Pour les modèles fondés sur le pays d'origine, le plus grand défi lorsque l'on cible le marché des migrants est de trouver un canal de distribution approprié. Quand la migration est légale et organisée à l'avance, il est plus facile d'aborder le marché des migrants avant leur départ, car les conditions de leur migration sont susceptibles d'être prédéfinies par des arrangements définis par un canal formel, ce qui minimise les contraintes légales en évitant la vente transfrontalière de l'assurance. Par exemple, la majorité des migrants légaux d'Indonésie et des Philippines utilisent des agences de placement pour obtenir l'emploi, les visas, et d'autres documents ; ces agences peuvent être un excellent canal de distribution pour la micro-assurance *(voir encadré 17.2).* Il est important de noter, cependant, que la migration légale se fait dans l'ensemble à court terme, elle est habituellement saisonnière ou d'une à trois années, ce que facilite la conception des produits et la collecte des primes, mais limite le potentiel de conservation de la clientèle.

Le marketing et les ventes par des modèles fondés sur le pays d'origine quand le migrant est déjà dans le pays d'accueil sont plus difficiles en raison des restrictions de réglementation du marketing et de la distance physique par rapport au migrant. Beaucoup de modèles fondés sur le pays d'origine ont cherché des partenaires dans le pays d'accueil pour mettre leurs produits sur le marché; cependant, ces partenaires peuvent être confrontés à leurs propres contraintes juridiques, réglementaires ou liées à la capacité pour mettre une assurance sur le marché *(voir encadré 17.3).* Les solutions reposant sur l'Internet peuvent aider à surmonter certaines restrictions, mais sont peu susceptibles d'être efficaces sans une promotion de le terrain dans le pays d'accueil.

Encadré 17.3

La bonne manière d'effectuer une mise sur le marché ? Les programmes médicaux pour les familles de migrants guatémaltèques en Amérique du Nord

En 2007, l'IOM Guatemala a rapproché l'Empresa Promotora de Servicios De Salud (EPSS), une société de services de soins de santé au Guatemala, et le Microfinance International Corporation (MFIC), une société de micro-finance et de traitement de virement basée aux États-Unis, pour donner aux migrants guatémaltèques aux États-Unis l'opportunité d'acheter des projets de service médical prépayé pour leur famille restée dans le pays d'origine. L'EPSS a l'un des plus grands réseaux de cliniques et d'hôpitaux du Guatemala et la filiale du MFIC, Alante Financial, fonctionnait déjà avec des communautés de migrants latino-américains non bancarisés aux États-Unis pour offrir d'autres services financiers.

En théorie, le rapprochement semblait idéal, mais le programme n'a jamais décollé, vendant seulement 15 à 20 projets aux États-Unis. Selon le personnel interrogé, les résultats lamentables du programme ne peuvent pas être attribués à la conception du produit car les projets d'EPSS ont un prix bien étudié et sont

bien considérés au Guatemala, mais aux défis légaux et de distribution qui ont limité les ventes.

En même temps, EPSS travaillait avec le Guatemala Canada Labour Migration Programme pour aborder le marché des migrants allant au Canada pour le travail saisonnier. Après un pilote en 2007, les 2 500 travailleurs et leurs familles en 2008, et les 3 900 travailleurs en 2009, étaient tous inscrits dans le programme. On s'attend à ce qu'en 2010 les chiffres atteignent les 4 000. Cette disparité dans le travail de proximité entre les USA et les programmes canadiens met en lumière à quel point le canal de distribution est important pour le succès de l'assurance liée à la migration et les difficultés supplémentaires rencontrées quand on essaie de travailler avec les migrants illégaux ou sans papiers.

Sources: Entretien avec Sonia Pellecer, IOM Guatemala et Kai Schmitz, MFIC ; www.saludosualcance.net, www.mfi-corp.com, www.munichre-foundation.org.

Pour éviter plusieurs des problèmes rencontrés quand on essaie d'aborder le marché des migrants dans le pays d'accueil, les assureurs du pays d'origine peuvent choisir d'aborder directement le marché de la famille du migrant de sorte qu'elle souscrive à l'assurance ou relaie l'information vers le migrant. Cependant, ces canaux de transmission peuvent être lents et peu fiables, et les familles peuvent être peu disposées à partager l'information avec le migrant dans le cas où leur demande en matière d'assurance est différente. Seguros Futuro au Salvador est l'exemple d'un modèle fondé sur le pays d'origine abordant directement le marché des familles de migrant, et il essaye de surmonter certains de ces problèmes par une composante d'éducation financière *(voir encadré 17.4).*

Encadré 17.4

Seguros Futuro : identification du besoin d'éducation du consommateur

Seguros Futuro a récemment lancé un produit d'assurance de virement et de rapatriement conçu pour protéger les migrants salvadoriens et leurs familles. L'assureur met sur le marché ses produits par le biais d'un réseau de coopératives d'épargnes et de prêts destiné à être au service de 100 000 personnes ayant des membres de la famille à l'étranger. L'assurance couvre le coût du rapatriement du corps du migrant depuis l'Amérique du Nord et offre à la famille un virement mensuel en cours pendant un an. Les primes commencent à 35 $US par an en fonction du niveau de couverture choisi.

Seguros Futuro croit qu'il y a un besoin pour un tel produit parmi sa clientèle car approximativement 20 % de ses affiliés ont un membre de la famille à l'étranger. Cependant, la demande pour le produit est incertaine, car la majeure partie du marché cible ne reconnaît pas le besoin pour une telle assurance. Ainsi, Seguros Futuro fournit activement toute une littérature financière sur les

avantages de l'assurance à son marché cible. La souscription a été d'environ 25 à 30 % les 6 premiers mois pour ceux qui ont assisté à la formation, avec 222 polices vendues.

Sources : Entretien avec Daysi Rosales, directeur exécutif de Seguros Futuro ; et www.segurosfuturo.com.

Modèles fondés sur le pays d'accueil

Les modèles fondés sur le pays d'accueil sont confrontés à beaucoup moins de défis quand on aborde le marche des migrants, car les assureurs sont déjà agréés dans le pays d'accueil. Ils peuvent également avoir des réseaux existants dans le pays d'accueil qui peut appuyer la distribution. Néanmoins, les marchés de l'assurance dans beaucoup de pays d'accueil, en particulier dans les pays développés, ont très peu évolué en termes de distribution peu coûteuse et reposent toujours fortement sur des modèles relativement onéreux d'intermédiaires et d'agents.

Les modèles fondés sur le pays d'accueil peuvent nécessiter de fonctionner en partenariat avec des organismes travaillant déjà avec la communauté cible, ce qui peut aider à localiser les migrants, aider les assureurs à gagner la confiance des migrants et favoriser également potentiellement l'éducation des consommateurs. De tels partenariats sont bien plus importants pour les migrants sans papiers qui sont plus difficiles à toucher et qui peuvent nécessiter davantage d'éducation du consommateur.

Modèles hybrides

Les modèles hybrides devraient être capables de surmonter plusieurs des défis en matière de marketing et de ventes auxquels sont confrontés les modèles fondés sur le pays d'origine et le pays d'accueil. Un assureur dans le pays d'origine en partenariat avec un assureur dans le pays d'accueil n'est pas confronté aux mêmes contraintes juridiques et réglementaires du modèle fondé sur le pays d'origine ; il a une proximité avec le migrant et la famille du migrant et a la capacité de développer des produits pour les deux. Choisir le canal de distribution approprié est encore important.

Encadré 17.5

SparxX de Pioneer Life

SparxX de Pioneer est un mini-projet d'épargne et d'assurance conçu pour être accessible aux segments des bas-revenus de la population philippine. Il se fait en petites unités de l'ordre de 300 pesos (approximativement 6 $US) et offre un retour garanti au bout d'un certain nombre d'années, en fonction de l'âge de l'individu. En même temps, il offre aux souscripteurs une assurance Vie égale à la valeur future garantie. Des cartes multiples peuvent être accumulées dans le temps afin d'augmenter la protection de l'épargne et de l'assurance.

Pioneer teste actuellement divers projets de distribution pour SparxX, incluant deux migrants cibles et leur famille. SparxX est promu par une entité de marketing de Hong Kong auprès des migrants philippins, utilisant un projet à points et de marketing en réseau. SparxX est également associé à d'autres produits d'assurance pour les familles de migrants aux Philippines par le biais de ses Savings and Wellness Clubs *(voir encadré 17.6 pour plus de détails).*

Sources: Entretien avec Noel Deguzman et Geric Laude de Pioneer Life Inc. et Pioneer Group ; et www.pioneer.com.ph.

Partenariats de marketing et de distribution

Le tableau 17.2 donne une vue d'ensemble de partenariats qui peuvent être utilisés dans des programmes d'assurance liée à la migration. Ces partenariats peuvent influer sur les coûts pour l'utilisateur final, et choisir les partenaires qui ont déjà la confiance de la communauté, et recourir aux relations transactionnelles avec la communauté, ou les deux, peuvent ajouter plus de valeur.

Tableau 17.2 **Partenaires pour le marketing et la distribution de micro-assurance liée à la migration**

Pays d'accueil	*Pays d'origine*
– Agences d'envoi des fonds (banques, ATA, IMF limited)	– Agences de réception des fonds (banques, IMF, ATA, monts de piété, bureaux de poste)
– Organismes pur le diaspora	– Agences de placement de migrant/travail
– Prestataires de service (c.-à-d. société de rapatriement)	– Prestataires de service (c.-à-d. réseaux de soins de santé)
– Organismes confessionnels	– Organismes confessionnels
– Groupes sportifs	– Autres organismes communautaires ou ONG
– Employeurs	
– Autres organismes communautaires ou ONG	

Exploiter le capital social de la migration

Des organismes tels que les groupes confessionnels, les associations de la ville natale et les centres sociaux pour immigrés qui ont déjà gagné la confiance des migrants, soit en raison d'une relation de longue date avec la communauté soit par la prestation d'autres services, peuvent aider les assureurs à gagner la confiance des migrants, comme Pioneer l'a fait avec l'Église catholique aux Philippines *(voir encadré 17.6).* Une autre manière pour les assureurs de pouvoir faire un usage informel du capital social créé par les communautés de migrants est de passer par des projets de référant, par lesquels les assureurs récompensent les migrants pour avoir servi de référant de la compagnie vis-à-vis de leurs amis en relation. À Hong Kong, par exemple, les migrants peuvent se voir attribuer des points pour avoir souscrit des cartes SparxX et servi de référant les autres.

Encadré 17.6 **Savings and Wellness Clubs de Pioneer**

Le Pioneer Group a conclu un partenariat avec l'Église catholique aux Philippines pour toucher les familles de migrants. Par ses paroisses, l'Église organise des Savings and Wellness Clubs qui cherchent à aider les familles à mieux gérer leurs finances et à faire une meilleure utilisation de leurs envois de fonds. Les Savings and Wellness Clubs associent le produit d'assurance Vie et d'épargne SparxX de Pioneer à la couverture de remboursement médical accident et individuelle accident. En outre, une formation à la finance est fournie périodiquement dans un cadre de groupe. Le coût annuel pour rejoindre les clubs est de 10 $US pour les adultes et de 8 $US pour les moins de 16 ans.

En juin 2010, Pioneer a obtenu la signature d'environ 1 000 membres de club dans les 6 premiers mois. Environ 20 % de ceux qui ont assisté au lancement en coopération avec l'Église se sont inscrits, ce que l'assureur considère comme raisonnable. Un plus grand défi est la capacité de l'église à organiser des campagnes promotionnelles car il y a seulement un employé à temps plein de l'Église qui travaille sur le projet. En outre, peu de membres mettaient régulièrement de l'argent de côté ou rechargeaient leurs cartes SparxX après paiement des frais initiaux.

Sources: Entretien avec Noel Deguzman et Geric Laude de Pioneer Life et Pioneer Group ; et www.pioneer.com.ph.

17.4.2 Délivrance de polices

Dans les projets où les migrants payent une assurance pour les membres de leur famille, ce peut être un défi logistique pour les assureurs d'obtenir l'information nécessaire et délivrer une police à la famille, en partie en raison des restrictions sur l'assurance de tiers. Certains assureurs ont structuré leurs projets de sorte que le migrant effectue le paiement dans le pays d'accueil et transmet les coordonnées du membre de la famille à l'assureur. Le membre de la famille est alors chargé de compléter la demande. Par exemple, un assureur basé dans le pays d'origine pourrait assurer les membres de la famille des migrants par un partenariat avec un agent de transferts d'argent (ATA)[11] dans le pays d'accueil ; l'ATA pourrait collecter les informations personnelles nécessaires à la demande, transférer ces informations à l'assureur et effectuer le paiement de prime une fois que la demande a été effectuée

[11] L'ATA est défini dans une large mesure et pourrait inclure une agence spécialisée dans le transfert d'argent telle que Western Union, une banque, une IMF ou une institution financière, ou tout autre type d'établissement autorisé à envoyer ou recevoir des virements (tels que les monts de piété aux Philippines).

par le membre de la famille. Dans certains pays, cependant, il peut y avoir des restrictions légales à la capacité d'un ATA à jouer ce rôle sans détenir un agrément d'intermédiaire ou d'agent.

17.4.3 Paiements des primes

Une des opportunités potentielles pour la micro-assurance liée à la migration est la capacité de tirer profits des flux de virements pour assurer des paiements de primes à temps. Les assureurs peuvent le faire en travaillant en partenariat avec un ATA dans le pays d'origine ou le pays d'accueil, intervenant soit au point d'émission, soit au point de réception du flux de virements. Finalement, ils peuvent également être aptes à utiliser des innovations technologiques qui facilitent les paiements de primes transfrontaliers.

Partenariats avec des agents de transferts d'argent

Les modèles fondés sur le pays d'origine peuvent utiliser des ATA locaux comme associés pour mettre le marché leurs produits et encourager les paiements de prime quand les migrants envoient des virements directement à leurs familles, comme dans le cas de Seguros Futuro au Salvador *(voir encadré 17.4)*. Les modèles fondés sur le pays d'origine fonctionnant avec des migrants dans leur pays d'accueil dépendent en général d'un partenariat avec un ATA s'ils reçoivent un paiement directement du migrant. Dans BancoSol en Bolivie, les paiements de virements sont effectués à partir d'ATA sur les comptes d'épargne des migrants en Bolivie sur lesquels les primes d'assurance sont débitées directement. Les modèles fondés sur le pays d'accueil et hybrides peuvent également tirer profit d'accords avec les ATA pour servir de centres de paiement ou de canaux pour les migrants non bancarisés dans les pays d'accueil.

Les partenariats avec des ATA sont les canaux les plus efficaces quand les virements sont envoyés par les canaux formels tels que les banques et les IMF ou autres ATA, plutôt que par les canaux informels. Les ATA ont également plus de chances de devenir un canal régulier de paiement pour les assureurs quand les virements se font « en douceur » (ceux envoyés fréquemment, habituellement par petits montants et par les canaux formels) plutôt que « en gros » (ceux envoyés par gros montants mais avec moins de fréquence et de régularité et souvent par les canaux informels).

D'autres contraintes sur l'utilisation d'ATA comme canaux de paiement dans certains pays incluent la concentration des ATA en zones urbaines, le coût élevé des services et un manque de concurrence, ce qui peut augmenter le coût de l'assurance et/ou décourager les ATA d'étendre leurs services. Les réglementations imposent souvent des seuils élevés à l'avoir net des ATA et/ou exigent d'eux de fournir des cautionnement importants avec pour résultat une concurrence limi-

tée et des coûts élevés. Les assureurs peuvent trouver certaines institutions financières réticentes à un tel partenariat si elles considèrent l'assureur comme un concurrent. Aux Philippines, par exemple, Pioneer Life Inc. a envisagé un partenariat avec un ATA pour promouvoir ses Savings and Wellness Clubs et le « produit d'épargne » SparxX. Cette alliance n'a cependant pas été possible, car, la plupart des virements passant par des banques aux Philippines, ces banques considéraient SparxX comme une concurrence directe.

En ce qui concerne les partenariats entre assureurs et ATA, pour qu'un produit lié à la migration soit un succès, il est essentiel que les parties soit entièrement engagées dans le projet et la relation. Il faut souvent du temps et des ressources importantes pour fixer les directives et systèmes afin de permettre le paiement direct des primes, et expliquer au personnel et aux clients comment les paiements peuvent être effectués. Il est nécessaire de convaincre les ATA du potentiel du marché du produit, qui a besoin d'être en conformité avec leurs autres buts stratégiques.

Exploiter la technologie pour faciliter les paiements de primes

Des plateformes en ligne et toute autre innovation technologique promettent de réduire le coût global de transferts d'argent et d'augmenter la commodité. Certains ATA, y compris Western Unions, ont déjà commencé à introduire des plateformes en ligne dans le monde entier, ajoutant des paiements pour services, cartes de crédit, et services financiers à leurs menus. Safaricom, un prestataire de service de téléphonie mobile au Kenya, a introduit des services de transfert d'argent (M-Pesa) par l'intermédiaire de son réseau de téléphonie mobile. En partenariat avec Vodafone, les Kenyans ont la possibilité d'envoyer de l'argent chez eux depuis le Royaume-Uni par l'intermédiaire de leurs téléphones mobiles.

Aucun des programmes identifiés dans cette étude n'a développé de plateforme pour le paiement direct des primes d'assurance, il est donc difficile de savoir combien il y aura de migrants réceptifs par ces canaux de paiement. Cela dépend certainement aussi du niveau de connaissance en matière d'ordinateur et de technologie du groupe cible, du niveau de confort et de la confiance dans de tels systèmes de paiement. Cela peut également dépendre de la présence d'une organisation de soutien dans le pays d'accueil permettant de diriger les migrants vers le site et répondre à leurs questions.

17.4.4 Vérification et gestion des demandes d'indemnités

Un autre défi des programmes d'assurance transfrontaliers est de traiter les demandes d'indemnités, en particulier quand l'assuré et le bénéficiaire sont dans des pays différents. L'obtention des papiers pour répondre aux exigences de demandes d'indemnités depuis l'étranger peut être complexe et prendre du temps, et n'est pas facilement accessible à la famille du migrant dans le pays d'ori-

gine. Pour aborder cette question, certains modèles fondés sur le pays d'origine qui offrent une assurance de rapatriement gèrent les demandes d'indemnités par des alliances avec des compagnies basées dans le pays d'accueil qui appuient le processus de demandes d'indemnités. Par exemple, l'assurance Vie et l'assurance de rapatriement de Banorte pour les Mexicains en Amérique du Nord fonctionne en partenariat avec une compagnie de rapatriement basée aux États-Unis. Segur-Caixa a conclu un partenariat avec une compagnie de rapatriement en Espagne pour aider à collecter et traiter les documents, et fonctionne également avec les consulats s'il n'y a aucun membre vivant de la famille en Espagne pour déposer une demande d'indemnités.

Certains assureurs ont également travaillé en partenariat avec des intermédiaires qui représentent les bénéficiaires s'ils sont hors du pays. Par exemple, BancoSol en Bolivie a un représentant en Espagne qui aide les migrants à remplir les demandes d'indemnités puis les expédie en Bolivie en vue d'être traités. Cet appui est possible parce que l'Espagne permet à des intermédiaires de mener des activités limitées au nom des assureurs étrangers non agréés en Espagne.

Tableau 17.3 **Résumé des opportunités et des défis des modèles 3 H**

	Opportunités	*Défis*
Modèles fondés sur le pays d'origine	– Plus susceptibles de comprendre les besoins du groupe de clients cible – Plus enclins à investir la micro-assurance étant donné que c'est un grand marché dans beaucoup de pays « exportateurs de migrants » – Peuvent plus facilement mettre sur le marché, vendre et gérer des polices pour les familles de migrants, ce qui est en particulièrement utile pour une assurance exigeant des prestataires de service, tels que les soins de santé. – Peuvent tirer profit de canaux de distribution locaux travaillant déjà avec la clientèle cible incluant les auteurs de virements et les IMF pour toucher les familles de migrants ou les agences de placement de migrants pour toucher les migrants	– Barrières légales à la mise sur le marché et la vente d'assurance dans le pays d'accueil – Le manque de proximité vis-à-vis du migrant rend plus difficile le marketing vers eux – Nécessitent un canal de distribution dans le pays d'accueil pour travailler avec des migrants ou pour faciliter le paiement direct des primes – Exigent des contraintes pour des produits dans le pays d'origine tels que le manque d'éducation du consommateur requis et la confiance
Modèles fondés sur le pays d'accueil	– Barrières légales et réglementaires susceptibles d'être moins significatives car les assureurs sont déjà agréés – Peuvent être un grand marché inexploité, car les migrants ne sont généralement pas bien servis par le secteur financier et il y a peu de concurrence d'autres assureurs – Peuvent avoir des modèles existants qui peuvent soutenir la distribution bien que cela ne soit pas toujours conçu en fonction la population cible – Les migrants sont plus susceptibles de demander une assurance et être apte à payer pour elle que les membres de la famille – Les migrants sont souvent organisés en associations/réseaux qui facilite le marketing	– Moins susceptibles de comprendre les besoins du groupe cible – Moins susceptibles d'avoir accès aux canaux de distribution fonctionnant avec la cible – Le soutien de la clientèle et la gestion des demandes d'indemnités sont compliqués dans le cas où les bénéficiaires sont des membres de la famille dans le pays d'origine

Modèles hybrides	– Évitent plusieurs défis sur le plan légal et réglementaire car il y a des assureurs agréés dans les 2 pays – Peuvent vendre plus efficacement au migrant et à la famille, c'est important dans le cas où les familles prennent des décisions communes – Les canaux de distribution existants dans les 2 pays (bien qu'ils ne puissent pas être conçus en fonction du marché cible) – Peuvent fournir un service continu aux migrants qui retournent dans leur pays d'origine	– Les primes peuvent être plus élevées car le partenariat crée une couche supplémentaire – La gestion des demandes d'indemnités est plus compliquée dans le cas où les bénéficiaires et les services sont dans les 2 pays, et où 2 assureurs sont impliqués – Les questions de choix de la loi applicable sont plus compliquées

17.5 Conclusion

Ce chapitre examine comment les assureurs peuvent aborder les risques spécifiques auxquels est confrontée la famille transnationale et comment les réseaux et les connexions issus de la migration peuvent être utilisés pour toucher ce marché. Bien que la micro-assurance liée à la migration n'en soit qu'à son tout début, les expériences mises en lumière ci-dessus illustrent les premiers enseignements pour développer et promouvoir des projets permettant de protéger les travailleurs migrants et leurs familles, à savoir notamment ce qui suit :

- Les contraintes légales et réglementaires posent un des défis les plus importants à l'assurance liée à la migration car les assureurs ne sont généralement pas agréés dans le pays d'origine et le pays d'accueil. Il est essentiel d'analyser à fond les questions légales et réglementaires avant de lancer un projet, car les activités autorisées dans une juridiction peuvent être illégales dans une autre.
- Il peut être plus efficace de mettre sur le marché des produits d'assurance liée à la migration directement à destination du migrant, étant donné les préférences de dépenses souvent divergentes des migrants et de leurs familles, et la responsabilité informelle du migrant en matière d'assurance.
- Trouver un canal de distribution approprié, qui dépend du modèle, des caractéristiques de la population de migrants et de l'environnement réglementaire entre autres, est essentiel pour atteindre un facteur d'échelle.
- Le choix des partenaires qui ont déjà la confiance de la communauté, et les transactions financières périodiques avec eux, peuvent ajouter de la valeur aux assureurs.
- Le statut sans papiers de beaucoup de migrants peut poser de sérieux problèmes pour la mise sur le marché de produits d'assurance à destination de ces migrants dans leurs pays d'accueil, mais le besoin de cette population en matière d'assurance du point de vue de la gestion des risques est souvent important, ce qui est le signe d'un rôle éventuel à jouer pour les donateurs et les organismes gouvernementaux.

- Il y a un besoin important en matière d'éducation du consommateur et de formation financière afin de promouvoir l'assurance liée à la migration. Ces programmes sont coûteux et pourraient tirer bénéfice de nouveaux efforts impliquant medias, téléphone mobile et plateformes d'Internet.
- Pour faciliter les paiements, les produits d'assurance liée à la migration peuvent tirer profit des flux d'envois de fonds par le biais de partenariats avec des ATA, qui sont plus efficaces quand les transferts sont peu coûteux, se font « en douceur » et sont expédiés par des canaux formels. Les innovations technologiques peuvent fournir des canaux de paiement alternatifs, bien qu'il soit difficile de savoir si les migrants seront réceptifs.
- Les programmes doivent prendre un soin particulier à développer des procédures de demandes d'indemnités et de services d'assistance à la clientèle qui sont accessibles aux migrants et à leurs familles depuis l'étranger.

Les migrants et leurs familles représentent un marché de l'assurance relativement inexploité, une un marché avec certains risques exceptionnels et assurables. Bien que les défis soient importants, les récompenses potentiel, pour les assureurs et pour les familles transnationales, la formalisation de la gestion des risques informels créée par la migration peut également être importante. Cependant, réaliser un projet réussi d'assurance liée à la migration exige une compréhension claire du segment de marché et de ses besoins spécifiques. Le succès est subordonné à un engagement ferme au projet par toutes les parties concernées, le micro-assureur, les intermédiaires et toutes les organismes de soutien pour résoudre les défis légaux de marketing, de distribution et de paiement. Continuer à étendre les projets de micro-assurance liée à la migration, en particulier aux communautés où le potentiel de développement est le plus élevé, des efforts supplémentaires pour surmonter les nombreux défis sont nécessaires.

VI Assureurs et micro-assurance

18 La micro-assurance est-elle rentable pour les assureurs ?

Janice Angove et Nashelo Tande

Ce chapitre est une adaptation du document sur la micro-assurance n° 11, publié par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT. Les auteurs expriment leur gratitude aux assureurs pour leur participation aux études de cas. Ils tiennent à remercier sincèrement Guillermo López d'Aseguradora Rural (Guatemala), Anne Wambui de CIC (Kenya), Rakesh Jain d'ICICI Lombard (Inde), Gema O Cheng de Malayan Insurance (Philippines) et Colette Patience d'Old Mutual (Afrique du Sud). Ils souhaiteraient aussi remercier Yogesh Gupta d'Allianz (Inde) pour son importante contribution et ses points de vue généraux sur la rentabilité de micro-assurance. Ils remercient également Arman Oza et Maud Monget qui ont mené les recherches pour les études de cas respectivement d'ICICI de Lombard et d'Aseguradora Rural. Ils remercient également Alexandre Thomson de Quindiem Consulting pour sa contribution dans le cadre analytique et Doug Lacey pour ses précieux conseils et points de vue tout au long du projet. Les auteurs souhaitent remercier tout particulièrement Richard Leftley (MicroEnsure), Brandon Mathews (Zurich), Michael McCord (MicroInsurance Centre) et Kelly Rendek (consultant actuariel) pour leurs précieux points de vue et leurs commentaires utiles. Nous voudrions remercier Aparna Dalal pour son travail lors de l'édition de ce chapitre.

La question « Dans quelles circonstances les compagnies d'assurance peuvent-elles générer des profits à partir de la micro-assurance ? » est importante car, dans de nombreux secteurs, les assureurs montrent un intérêt grandissant pour le développement du marché des personnes à faibles revenus. Pour que les intervenants commerciaux continuent à s'engager sur ce marché, la micro-assurance doit contribuer à la rentabilité globale de l'assureur et générer de la valeur pour ses actionnaires. Les bénéfices dans le temps doivent être suffisants afin de justifier l'investissement requis pour soutenir le développement de l'activité.

Cet article présente une analyse d'études de cas sur la rentabilité de la micro-assurance fournie par cinq assureurs opérant dans différentes régions du monde.

- La Cooperative Insurance Company (CIC) au Kenya propose un produit d'assurance Emprunteur obligatoire et Bima Ya Jamii, une couverture d'assurance Vie et Santé facultative combinée.
- Old Mutual en Afrique du Sud propose une couverture d'assurance Obsèques de groupe.
- ICICI Lombard en Inde propose le « Manipal Arogya Suraksha Yojana (MAS) », un produit d'assurance Santé fondé sur le groupe, ainsi qu'une couverture d'assurance Récoltes indexée sur les précipitations.
- Aseguradora Rural (ASR) au Guatemala propose une couverture d'assurance Décès et Invalidité ainsi qu'une couverture d'assurance Étudiant qui fournit une police d'assurance Vie avec une couverture d'assurance Santé complémentaire.
- Malayan Insurance aux Philippines propose une couverture d'assurance Vie avec des prestations supplémentaires tels qu'une assistance en cas d'incendie.

Bien que les expériences de ces études de cas soient uniques, les défis et les succès de ces initiatives de micro-assurance fournissent des points de vue sur des approches possibles en vue d'améliorer la viabilité pour d'autres acteurs du marché.

Ce chapitre considère exclusivement la viabilité commerciale de la micro-assurance, mais il existe d'autres raisons pour que les assureurs ciblent le marché des personnes à faible revenu *(voir chapitre 19).* Ce qui ressort le plus des études de cas, ce sont les objectifs sociaux visant à améliorer la qualité de l'assurance Vie pour les gens pauvres. Étant donné l'importance et la prédominance des objectifs sociaux, un examen complet devrait prendre en compte la proposition de valeur client d'une initiative *(voir chapitre 15).* La question de la rentabilité nécessite d'être contrebalancée par l'ampleur avec laquelle les produits génèrent de la valeur pour le client, dans la mesure où la durabilité à long terme dépend de la proposition de valeur.

En dépit de la motivation sociale, il est important que la micro-assurance soit viable pour que les assureurs continuent de prendre part aux projets. Les études de cas indiquent que la micro-assurance peut être rentable. Cependant, il y a des exemples pour lesquels les assureurs ont trouvé qu'il était difficile d'établir une initiative rentable et se sont engagés dans un processus itératif de restructuration pour atteindre la rentabilité.

Pour la plupart, les assureurs n'ont pas géré de façon formelle les coûts liés à la micro-assurance. En conséquence, les dépenses ont été affectées en utilisant une méthode proportionnelle, avec laquelle les coûts de gestion du segment d'activité approprié ou de toute la compagnie ont été affectés à l'activité de micro-assurance sur la base des volumes de primes. Il est possible que si les coûts avaient été affectés plus précisément à la micro-assurance, les ratios de dépenses auraient été plus élevés. À mesure que l'activité se développe, il deviendra plus important pour les assureurs de gérer les dépenses avec précision pour mieux comprendre la viabilité commerciale de la micro-assurance.

Le chapitre est organisé comme suit. La section 18.1 donne une vue d'ensemble du cadre et des facteurs de rentabilité. La section 18.2 définit le contexte pour les assureurs, le secteur dans lequel ils opèrent et leurs initiatives en termes de micro-assurance. L'analyse financière et un examen des facteurs de rentabilité pour chacune des initiatives sont décrits à la section 18.3. La section 18.4 termine par les principaux résultats des études de cas et recommande des champs de recherche future.

18.1 Cadre pour l'évaluation de la rentabilité

Le tableau 18.1 donne une vue d'ensemble du cadre développé pour évaluer la rentabilité de la micro-assurance, qui inclut 3 facteurs principaux : l'atteinte d'un facteur d'échelle, la gestion des coûts des demandes d'indemnisation et la

gestion des coûts d'acquisition et d'administration. Les deux aspects à la base du diagramme touchent les facteurs de rentabilité et forment les fondations requises pour des initiatives réussies.

Tableau 18.1

Cadre pour évaluer la rentabilité des initiatives dans le secteur de la micro-assurance

Facteur d'échelle : vendre et maintenir de grands volumes d'activité	*Coûts des demandes d'indemnisation*	*Coûts d'acquisition et d'administration*
– Définir le marché et y accéder – Offrir des avantages de grande valeur et satisfaire aux besoins du marché tout en maintenant les primes à un niveau raisonnable – Stimuler les canaux de distribution en charge des ventes et renouveler les produits facultatifs – Construire des relations avec le marché et proposer des polices avec efficacité	– Déterminer le prix du risque – Gérer la sélection adverse, le risque moral et la fraude en matière de demandes d'indemnisation – Utiliser la réassurance et gérer la volatilité des demandes d'indemnisation et le risque covariant	– Travailler avec des partenaires et des groupes – Utiliser l'infrastructure existante – Simplicité et efficacité des systèmes de distribution et d'administration

Structure organisationnelle et contexte de marché
Surveiller l'expérience

Le cadre représenté dans le tableau 18.1 utilise l'excès de revenu par rapport aux dépenses en suivant les indications du compte de recettes comme mesure du profit dans la période. Le profit sur une période donnée est une mesure absolue et est donc difficile à comparer avec les profits d'autres initiatives dans le secteur de la micro-assurance ou branches d'activité de façon isolée. Le cadre évalue donc la rentabilité globale de l'initiative en termes de micro-assurance par rapport au revenu des primes, comme représenté dans l'encadré 18.1.

Encadré 18.1

Mesure de la rentabilité

$$\text{Ratio de marge brute en assurance} = \frac{\text{Profit brut de l'assurance}}{\text{Primes acquises brutes}}$$

Le profit est également mesuré en termes de profit d'assurance net par rapport aux primes acquises nettes (après avoir tenu compte de la réassurance).

Le rendement demandé par les investisseurs est habituellement lié au capital exigé ainsi qu'au risque de l'initiative. Si les assureurs veulent avoir une meilleure compréhension de la valeur générée par la micro-assurance pour les actionnaires, il est important d'exercer un suivi du capital et d'autres ressources consacrées à cette activité, et de surveiller les profits sur les investissements. Il n'était pas possible de donner des points de vue sur le retour sur investissement pour les études de cas en raison d'un manque de données émanant des assureurs sur les montants investis

dans le développement de l'activité. Certains points de vue qualitatifs sur les ressources consacrées à l'activité sont donnés dans la section d'analyse.

18.2 Contexte et préparation du terrain

Cette section donne une vue d'ensemble des cinq initiatives en matière de micro-assurance étudiées et des environnements dans lesquels elles fonctionnent *(voir le tableau 18.2 pour un résumé).*

18.2.1 Cooperative Insurance Company (CIC), Kenya

Le secteur des assurances au Kenya est sous-développé par rapport à d'autres secteurs de l'économie, la pénétration de l'assurance restant à environ 2,6 % ces dernières années. La majorité de cette pénétration est attribuable à l'assurance Responsabilité civile obligatoire pour les véhicules automobiles ainsi qu'à l'assurance et aux pensions gouvernementales obligatoires du National Hospital Insurance Fund (NHIF) et du National Social Security Fund (NSSF). L'activité d'assurance sur le marché des personnes à faible revenu a augmenté ces dernières années, beaucoup d'assureurs traditionnels montrant de l'intérêt pour ce marché. Une gamme de produits a été récemment présentée : elle inclut l'assurance Santé, l'assurance Emprunteur, l'assurance Individuelle accidents et l'assurance Récoltes.

La Cooperative Insurance Company (CIC) est un assureur établi qui est détenu par plus de mille coopératives. C'est le seul assureur coopératif en Afrique et c'est le huitième plus grand assureur au Kenya. Le CIC est présent sur le marché des personnes à faibles revenus depuis de nombreuses années, gérant quelques produits par le biais de ses services existants d'assurance traditionnelle. Étant donné son expérience sur le marché et son attachement à développer son activité de micro-assurance, le CIC a créé un département de micro-assurance en 2010. Le CIC a tiré profit de ses liens avec le mouvement coopératif au Kenya, qui lui ont permis d'établir des partenariats avec beaucoup de coopératives de crédit.

Parmi les produits de micro-assurance proposés par le CIC, on trouve un produit d'assurance Emprunteur de groupe et un produit intégré connu sous le nom de « Bima ya Jamii » (assurance pour la communauté). L'assurance Emprunteur est le plus ancien des produits de micro-assurance du CIC, proposé aux institutions de micro-finance (IMF) et aux coopératives d'épargne et de crédit (SACCO) depuis 2002. Le produit est obligatoire pour tous les emprunteurs. Il couvre l'emprunteur pour la période du prêt et verse la valeur du prêt en cours plus intérêts au prêteur en cas de décès ou d'invalidité d'un emprunteur. Un paiement complémentaire de 130 $US à l'emprunteur handicapé ou aux personnes à charge survivantes a été introduit en 2010 sans coût supplémentaire.

Le produit d'assurance Emprunteur est un moyen pour le CIC de générer des bénéfices afin de soutenir le développement de produits de micro-assurance plus risqués, tels que le Bima ya Jamii, qui fournit une hospitalisation, des dépenses d'obsèques, une perte de revenu et un dommage d'accident personnel au membre principal et aux personnes à charge désignées. Le Bima ya Jamii a été revu dans le temps, principalement en raison des difficultés rencontrées avec la composante d'hospitalisation du produit. Dans la version la plus récente (et la plus réussie) du produit, le CIC a sous-traité la prestation d'hospitalisation au NHIF, qui a plus d'expérience en matière de gestion des risques liés à l'assurance Santé.

Le Bima ya Jamii, comme le produit d'assurance Vie, est vendu par les SACCO et les IMF. Cependant, ce n'est pas obligatoire pour tous les membres des IMF ou des SACCO. Le CIC s'appuie sur ces canaux pour vendre le produit à leurs clients. Cette structure a posé des défis pour le CIC, la rémunération du partenaire nécessitant d'être améliorée pour motiver les ventes. Le CIC a récemment engagé une agence pour aider à la gestion des ventes dans les filiales des IMF et des SACCO. L'agence est responsable de la formation des vendeurs aux rouages de Bima ya Jamii, de l'éducation du consommateur sur le point de vente, et de l'aide apportée à la clientèle au nom du CIC (pour le partenaire et pour les assurés).

Tableau 18.2

Vue d'ensemble des initiatives de micro-assurance

	Produits	*Marché cible*	*Distribution et administration*	*Structure*
Cooperative Insurance Company (CIC), Kenya	– Assurance Emprunteur : obligatoire – Bima ya Jamii : couverture d'assurance Hospitalisation et Vie facultative combinée **L'assurance Emprunteur génère de gros profits dès le début** **Croissance difficile à atteindre pour le produit facultatif**	Membres d'institutions de micro-finance (IMF), coopératives d'épargne et de crédit (SACCO) et autres groupes d'entraide **Large adhésion à l'IMF et à la SACCO au Kenya**	IMF, SACCO et autres groupes **Exploitation de la relation existante avec ces groupes**	Planification pour créer une unité indépendante d'activité de micro-assurance
Old Mutual, Afrique du Sud	Burial Society Support Plan : couverture Obsèques de groupe **La couverture Obsèques est populaire en Afrique du Sud, mais c'est un marché fortement concurrentiel**	Membres de fonds funéraires, de funérariums et de clubs d'épargne **Difficulté à la petite taille des groupes**	Les agents salariés qui travaillent avec des groupes sont responsables de la vente et de la gestion des polices **Modèle de distribution coûteux**	Créer l'unité commerciale Foundation Market pour se focaliser sur le marché des personnes à faible revenu
ICICI Lombard, Inde	– Manipal Arogya Suraksha : assurance Santé fondée sur des groupes – Assurance Intempéries indexée : couverture d'assurance Récoltes indexée sur les précipitations (intégrée au crédit) **Le gouvernement a provoqué la prise de conscience concernant l'assurance indexée** **Difficulté à rendre le produit d'assurance Santé rentable**	– Groupes communautaires le long du littoral occidental de l'Inde – Clients des IMF, des banques rurales et d'autres prestataires de crédit	– Réseau de prestataires de soins de santé – IMF et autres prestataires de crédit **L'avantage d'être le premier est important pour l'établissement de relations avec ces groupes**	Les produits de micro-assurance sont gérés par des unités commerciales organisées par ligne de produit. Il n'y a aucune unité commerciale de micro-assurance indépendante.
Aseguradora Rural (ASR), Guatemala	– Couverture d'assurance Vie : couverture Décès et Invalidité – Couverture d'assurance Étudiant : police d'assurance Vie avec couverture Santé complémentaire **Les deux produits ont été rentables dès leur lancement**	Clients de BANRURAL (banque rurale)	Réseau de filiales de banque BANRURAL **Sur le modèle de l'infrastructure de la compagnie mère**	Les produits de micro-assurance sont gérés par le département d'activité d'assurance Vie
Malayan Insurance, Philippines	Couverture d'assurance Vie avec avantages supplémentaires (par exemple assistance incendie)	Clients des prêteurs sur gage, des banques rurales et des intuitions, coopératives et ONG de crédit	Prêteur sur gage, banques rurales et autres prestataires de crédit **Exploitation de l'implantation solide des partenaires sur le marché des personnes à faibles revenus**	– Géré par le Retail Underwriting Group – Plan de transfert de la micro-assurance vers une filiale en 2011

18.2.2 Old Mutual, Afrique du Sud

La prestation d'assurance traditionnelle en Afrique du Sud est fortement développée et est comparable à celle des nations développées en termes de taille et de niveau de sophistication. Cependant, le marché des personnes à faible revenu est mal desservi. En conséquence, il a fallu des efforts accrus ces dernières années, dans les secteurs public et privé, pour améliorer la prestation d'assurance sur ce marché. Une variété de produits d'assurance est maintenant à la disposition des Sud-Africains à faible revenu, dont les plus dominants sont les produits d'assurance Obsèques volontaires fournis par les prestataires formels (par exemple les assureurs) et informels (par exemple les fonds funéraires et les funérariums). Le marché de l'assurance Obsèques est fortement concurrentiel. Les assureurs utilisent une gamme de canaux de distribution pour toucher le marché allant du modèle d'agents traditionnel aux partenariats avec des groupes confessionnels, des détaillants, des fonds funéraires et des funérariums. Les produits sont également vendus par les banques.

Old Mutual est le plus grand et le plus ancien assureur d'assurance Vie du pays, offrant un large éventail de produits dans tous les segments de revenus en Afrique du Sud. Le Retail Mass Market, qui cible les clients parmi les groupes de gens ayant des revenus moyens à faibles, est une unité commerciale importante pour Old Mutual, apportant une contribution significative à sa croissance et sa rentabilité. Le succès de l'unité Retail Mass Market a conduit à la création de l'unité commerciale Foundation Market en 2008, dans le but de développer des produits exclusivement destinés au marché des personnes à faible revenu. Le Foundation Market a été créé en tant qu'unité commerciale indépendante pour fournir des produits de micro-assurance avec une attention suffisante pour lui permettre de se développer et de contribuer par la suite à la rentabilité d'Old Mutual.

Le plan de soutien des fonds funéraires d'Old Mutual fournit un paiement comptant au décès d'une personne couverte par une assurance. Il couvre le membre principal, avec une option d'ajout de membres proches de la famille, et est distribué par le biais des fonds funéraires et des funérariums en utilisant des agents salariés. Une fois qu'un fonds funéraire ou un funérarium choisit de prendre une couverture, la couverture devient obligatoire pour tous les membres, qui paient chacun une prime mensuelle. Les fonds funéraires ou les funérariums peuvent choisir parmi une gamme de montants assurés, avec le niveau de couverture choisi applicable à tous les membres, qui paient donc tous la même prime mensuelle. La conception de produit et le modèle de distribution sont courants sur le marché sud-africain.

En raison des normes culturelles existantes, le produit est populaire et donc relativement facile à vendre. Cependant, le recours à des agents salariés pour distribuer le produit coûte cher. En outre, les fonds funéraires tendent à être petits, de sorte que le facteur d'échelle est difficile à atteindre. Le grand nombre de

concurrents sur le marché, synonyme de coûts de distribution élevés du produit ne pouvant pas être entièrement répercutés sur les primes des produits, constitue un autre défi. L'unité Foundation Market bénéficie cependant de l'accès au savoir-faire et à l'infrastructure techniques d'autres unités commerciales, ce qui l'aide à maintenir les frais généraux à un niveau bas. Old Mutual est préparé pour fournir cet appui jusqu'à ce que l'unité commerciale devienne rentable et puisse faire face à ses propres frais.

18.2.3 ICICI Lombard, Inde

ICICI Lombard a été créé en 2001 lorsque le marché indien de l'assurance a été ouvert aux agents privés *(voir chapitre 20 pour plus de détails).* Aujourd'hui, c'est le plus grand assureur du secteur privé en Inde dans le domaine de l'assurance autre que l'assurance Vie, offrant une gamme complète de produits commerciaux et de détail. L'activité de micro-assurance ICICI Lombard est principalement issue des régimes de groupe vendus par le biais de partenariats avec des ONG et des IMF importantes et réputées, aussi bien que des régimes financés par le gouvernement. En 2008, le gouvernement indien a introduit un fond d'assurance Santé national connu sous le nom de Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY). ICICI Lombard s'est focalisé sur l'obtention avec succès d'offres RSBY de divers districts, et c'est une partie importante de sa stratégie permanente de micro-assurance.

Parmi les nombreux produits de micro-assurance garantis par ICICI Lombard, il existe un produit d'assurance Intempéries indexée, dont l'assureur a été lé précurseur en 2003 avec une IMF de premier plan, BASIX. Le produit est vendu aux fermiers dans toute l'Inde par le biais de prestataires de crédit. Le gouvernement joue également un rôle significatif dans la promotion des ventes en subventionnant les primes de produit jusqu'à 80 % pour les fermiers demandant un crédit agricole. Le produit assure un paiement en cas de faibles précipitations ou de précipitations excessives, selon l'option choisie par les assurés. Les paiements s'échelonnent une fois que les précipitations dans une zone font défaut ou sont au-dessus d'une limite prédéterminée. Le produit Intempéries a bénéficié des campagnes gouvernementales pour augmenter la sensibilisation en matière d'assurance indexée *(pour plus de détails voir chapitres 4, 11 et 20).*

ICICI Lombard garantit également plusieurs produits d'assurance Santé incluant un produit connu sous le nom de Manipal Arogya Suraksha Yojana, (MAS) qui est proposé aux familles à faible revenu dans les districts côtiers des états du Kerala, du Karnataka et du Goa. Ce produit fournit un avantage d'hospitalisation et une couverture supplémentaire de 30 jours avant et 15 jours après l'hospitalisation pour le membre principal et sa famille proche. Il est vendu sur une base de groupe à des groupes communautaires (ou regroupements) tels les églises, les temples et les groupes d'entraide. Ce produit a été développé conjointement avec le groupe Manipal, une entreprise diversifiée engagée dans les secteurs de la santé et

de l'éducation. Manipal possède 11 hôpitaux, où l'on peut bénéficier des avantages fournis par le produit d'assurance Santé. La gestion du produit est partagée entre ICICI Lombard et le groupe Manipal.

Manipal Foundation, une équipe de responsabilité sociétale d'entreprise du groupe Manipal, subventionne des primes dans des proportions variables aux familles qui n'ont pas les moyens de payer ces primes.

18.2.4 Aseguradora Rural (ASR), Guatemala

Une grande proportion de la population guatémaltèque, qu'il s'agisse des groupes à revenu moyen ou faible, est exclue des services financiers formels. Le marché de l'assurance au Guatemala est relativement petit, avec 17 assureurs au total couvrant les marchés de l'assurance Vie et d'autres assurances. La pénétration de l'assurance dans le pays est faible (1,2 %), et est restée relativement stable au cours de ces dernières années. Peu de compagnies d'assurance au Guatemala se sont aventurées sur le secteur de la micro-assurance, trois seulement ont montré une activité significative. La concurrence est donc limitée.

Aseguradora Rural (ASR) est un petit assureur, établi en 1999 pour fonctionner sur les marchés de l'assurance Vie et d'autres assurances. Il est détenu à 100 % par BANRURAL, une grande banque locale spécialisée dans le développement de services financiers en faveur de la population rurale. La stratégie d'ASR est alignée sur celle de BANRURAL, se focalisant sur la prestation d'assurance à destination du marché rural. L'assureur a lancé quatre produits de micro-assurance jusqu'ici et cette activité a connu une croissance significative depuis son début représentant 28 % des primes brutes totales d'ASR en 2009. L'activité de micro-assurance est gérée par les structures opérationnelles d'assurance traditionnelles au sein d'ASR. Cependant, il y a une équipe affectée à la gestion des relations entre ASR et le réseau d'agences de BANRURAL, qui distribue actuellement tous les produits de micro-assurance d'ASR.

Cette étude concerne un produit d'assurance Vie et une police d'assurance Santé pour étudiants. Le produit d'assurance Vie a constitué environ 90 % de toutes les primes brutes de micro-assurance d'ASR en 2009. C'était le premier produit de micro-assurance d'ASR, fournissant une couverture d'assurance Vie, d'assurance Obsèques et d'assurance Invalidité. Il est possible de choisir dans une gamme de niveaux de primes et d'avantages annuels, avec différents programmes disponibles pour le groupe d'âge 15 à 50 et le groupe d'âge 51 à 64. Pour acheter une police, le client doit être détenteur d'un compte à BANRURAL, bien qu'il ne soit pas obligatoire que les clients de BANRURAL achètent le produit.

La police pour étudiant d'ASR propose une assurance Décès et Invalidité pour les principaux membres et une assurance Santé pour les mineurs financièrement dépendants. Les prestations du produit incluent :

– pour les mineurs, des services de soins de santé fournis par le réseau de soins de santé partenaire d'ASR Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPSS) ou le remboursement des dépenses de santé dans un autre centre de soins de santé en cas d'accident, un service d'ambulance en cas d'accident, un paiement quotidien pour l'hospitalisation en cas d'accident ou de maladie, et une assistance médicale 24 heures sur 24.
– pour le parent, une couverture en cas de décès dû à une cause naturelle ou accidentelle et une couverture en cas d'invalidité permanente et totale.

Une gamme de niveaux de primes et d'avantages pour les deux composantes est disponible. Comme avec le produit d'assurance Vie, les assurés doivent avoir un compte à BANRURAL, bien que le produit ne soit pas obligatoire pour tous les détenteurs de compte. ASR consacre beaucoup de temps pour gérer le rôle de BANRURAL dans la distribution du produit, et la motivation des agents de la banque pour vendre le produit constitue un défi.

18.2.5 Malayan Insurance, Philippines

Le secteur des assurances aux Philippines est petit mais en croissance, représentant 1,2 % du PIB en 2006. Les assureurs commencent à cibler le marché des personnes à faible revenu et offrent une gamme de produits : assurance Vie complète, assurance Accidents, assurance Obsèques et programmes d'avantages médicaux et funéraires, protection des actifs pour les micro-entrepreneurs touchés par un incendie, la foudre, une inondation, un ouragan ou des tremblements de terre, et une assurance Récoltes indexées sur les intempéries. En outre, le gouvernement a développé le « National Strategy and Regulatory Framework for Microinsurance » pour promouvoir la croissance dans le secteur de la micro-assurance, tout en protégeant les consommateurs en exigeant des détaillants de polices d'assurance soit d'enregistrer une association mutualiste (AM) soit d'établir un partenariat avec un assureur agréé *(voir chapitre 25).*

Malayan Insurance, le plus grand assureur général aux Philippines, est actif sur le marché des personnes à faible revenu en tant qu'élément d'une stratégie d'expansion sur de nouveaux marchés. Il repose sur trois canaux de distribution pour aborder le marché des personnes à faible revenu :

– **Un réseau national de prêteurs sur gage,** avec plus de 1 200 succursales, offre une assurance Individuelle accidents avec assistance en cas d'incendie
– **Les banques rurales et les institutions de prêt** proposent des prêts à la consommation et de détail à des projets de subsistance et aux micro-entreprises par le biais de 78 succursales dans tout le pays

– **Les coopératives et les ONG** proposent une assurance Incendie et vie indexée sur les intempéries

18.3 Analyse financière et facteurs de rentabilité

Cette section étudie la rentabilité globale de ces initiatives de micro-assurance et explore les facteurs qui sous-tendent leur viabilité financière. L'analyse emploie une combinaison d'indicateurs de performances dérivés d'informations financières et de perspectives découlant d'entretiens avec des directeurs chez les assureurs. Ces perspectives sont particulièrement utiles dans la compréhension des finances et l'identification des éléments de l'initiative qui peuvent contribuer au bénéfice ou engendrer des pertes pour l'activité.

18.3.1 Évaluation globale de la rentabilité

Pour que les initiatives de micro-assurance soient des propositions d'activité viables, elles doivent apporter une contribution à la rentabilité globale de l'entreprise en tenant compte de leur risque et de l'investissement du capital et d'autres ressources requises. Le tableau 18.3 montre les ratios de profit d'assurance bruts (c'est-à-dire avant les coûts de réassurance) pour les produits examinés dans cette étude.

Tableau 18.3 **Ratios de profit d'assurance bruts**[1]

Assureur	*Produit*	*2009 (%)*	*2008 (%)*	*2007 (%)*
CIC, Kenya	Bima Ya Jamii (décès accidentel et invalidité intégrés au National Hospital Insurance Fund)	27	51	60
	Assurance Emprunteur	66	66	69
ICICI Lombard, Inde[2]	Manipal Arogya Suraksha (MAS) (assurance Santé)	(32)	(30)	(30)
	Assurance Intempéries (assurance Intempéries indexée)	1	5	(35)
Old Mutual Afrique du Sud	Burial Society Support Plan (assurance Obsèques)	0 à 5	(25 à 35)	(20 à 25)
ASR, Guatemala	Couverture d'assurance Vie (Décès accidentel et Invalidité)	67	46	85
	Couverture d'assurance Étudiant (Décès accidentel et Invalidité)	56	67	
Malayan, Philippines	Activité de micro-assurance (principalement Décès accidentel et Invalidité)	47	35	47

[1] Le ratio de profit d'assurance brut = (Primes brutes – demandes d'indemnisation brutes – dépenses)/primes brutes.

CIC

Les dépenses affectées pour Bima ya Jamii reposaient sur les dépenses directes déterminées par le CIC avec l'ajout d'une proportion de dépenses d'assurance Vie de groupe affectées à ce produit, fondée sur des hypothèses faites par les chercheurs. Aucune dépense n'a été affectée individuellement au produit d'assurance Emprunteur.

Les deux produits de micro-assurance du CIC examinés dans cette étude sont rentables. Le produit d'assurance Emprunteur est plus rentable que le produit intégré d'assurance Santé et est le plus rentable de tous les produits des études de cas. Le CIC a utilisé son expérience avec l'assurance Emprunteur pour tirer des enseignements sur le marché. La rentabilité de l'assurance Emprunteur a soutenu l'expansion d'autres produits de micro-assurance tels que le produit d'assurance Santé intégré.

Le produit d'assurance Santé intégré était déficitaire jusqu'à ce qu'il soit relancé sous le nom de Bima ya Jamii avec la composante d'assurance Santé garantie par le NHIF. Les points clés suivants pour asseoir la rentabilité des produits de micro-assurance de CIC ont été identifiés :

- partenariats avec un grand nombre d'IMF et de SACCO
- exploitation de l'infrastructure existante du canal de distribution et paiement d'honoraires faibles pour la vente et le fonctionnement de l'activité
- nature obligatoire et marges élevées du produit d'assurance Emprunteur
- intégration des avantages de l'assurance Vie avec des prestations d'assurance Santé plus populaires
- externalisation du risque de la couverture d'assurance Santé au NHIF
- difficulté à atteindre des volumes d'activité proportionnés pour le Bima ya Jamii en raison d'un manque d'incitations pour le personnel de ventes individuel
- une surveillance plus précise des dépenses qui ont conduit Bima ya Jamii à un déclin des niveaux de rentabilité

ICICI Lombard

ICICI Lombard a restructuré ses opérations en 2008. Depuis, il n'y a aucune unité commerciale indépendante pour la micro-assurance ou entreprise des secteurs rural et social. Les deux unités commerciales où se trouvent les deux produits de micro-assurance sont également responsables des produits vendus à d'autres segments de marché.

Les coûts de gestion réels et les frais d'acquisition sans commission concernant la micro-assurance n'ont pas été fournis par ICICI Lombard. En outre, il a été fourni aux chercheurs les dépenses réelles plutôt que celles budgétisées. Cependant, étant donné que la police d'ICICI Lombard adhère strictement aux budgets de dépenses, il y a peu de place pour une différence entre coûts budgéti-

sés et coûts réels. La méthode d'affectation des dépenses suppose que le coût de souscription est proportionnel au revenu des primes.

Il n'y a aucune réserve pour le produit d'assurance Intempéries indexée en raison de la structure du produit. Les primes obtenues et les indemnisations potentielles sont équivalentes aux primes émises et aux indemnisation payées et déclarées. L'analyse financière pour l'assurance Intempéries indexée repose sur les résultats bruts de la prime de réassurance. ICICI Lombard n'a pas révélé les chiffres nets des informations sur les primes de réassurance et les demandes d'indemnisation pour le produit d'assurance Intempéries, car cela constituerait une information commercialement sensible. Pour des raisons de cohérence, les figures montrent les résultats bruts de réassurance pour les deux produits.

Il s'est avéré difficile d'atteindre la rentabilité dans l'une ou l'autre de ces initiatives de micro-assurance. Le produit d'assurance Intempéries semble être juste en équilibre avant que la réassurance ne soit prise en compte. Le produit d'assurance Santé de MAS a invariablement généré des retours négatifs en raison de taux de demande d'indemnisation élevés. ICICI Lombard a introduit des mesures pour améliorer l'expérience des demandes d'indemnisation de l'activité d'assurance Santé, mais l'effet de cette action doit encore être observé dans les ratios de profit. Les points clés suivants pour asseoir la rentabilité des produits de micro-assurance d'ICICI Lombard ont été identifiés :

- partenariats avec un grand nombre d'institutions de crédit pour le produit d'assurance Intempéries et le réseau de prestataires de soins de santé pour le produit de MAS
- nature obligatoire de l'assurance Intempéries pour tous les membres du groupe
- utilisation de la relation de longue date du prestataire de soins de santé avec la communauté, ainsi qu'avec le personnel de l'assureur, pour encourager l'inscription
- le risque en matière de sinistres pose un défi pour les deux produits, protégés par la réassurance pour l'assurance Intempéries, ce qui est une raison principale pour laquelle ICICI Lombard peut fournir cette couverture
- la relation d'intérêt mutuel avec le canal de distribution facilite un taux d'honoraires bas pour les services et l'accès à l'infrastructure
- gérer la micro-assurance ainsi que l'activité d'assurance traditionnelle sur une gamme de produits facilite l'accès aux ressources de l'unité d'entreprise et permet de faire subventionner les dépenses par l'unité d'entreprise dans l'ensemble
- le soutien du gouvernement et du réseau de soins de santé crée une sensibilisation aux produits
- combiner les objectifs sociaux avec l'assurance permet de faire subventionner des primes par le gouvernement (indexation sur les intempéries) et par le Manipal Foundation (santé).

Old Mutual

La pratique d'Old Mutual sur le marché traditionnel de l'assurance est de conserver suffisamment d'informations sur chaque client pour surveiller l'expérience avec le porte-feuille client. De telles pratiques commerciales se poursuivent jusque dans l'entreprise Foundation Market. Les dépenses sont surveillées et affectées à chaque produit au sein du portefeuille de Foundation Market, ce qui permet une détermination précise des tarifs.

Les données reçues d'Old Mutual étaient assez complètes, avec des détails des réserves pour le produit ainsi que les dépenses de gestion qui lui sont affectées. Comme la constitution de réserves est pertinente pour le produit des fonds funéraires, les ratios financiers reposent sur les primes acquises et les pertes encourues. Les dépenses de gestion allouées ont été utilisées en évaluant la rentabilité de l'initiative.

Le produit assurance Obsèques de groupe d'Old Mutual était déficitaire depuis son lancement en 2003 et est parvenu au seuil de rentabilité seulement au cours de la dernière année en raison de l'action menée pour gérer les ratios de perte. Les points clés suivants pour asseoir la rentabilité des produits d'assurance Obsèques de groupe ont été identifiés dans l'étude de cas :

- les actions menées pour réduire le nombre de groupes déficitaires en comptabilité commencent à améliorer la médiocre expérience en matière de demandes d'indemnisation
- le modèle de distribution avec agents salariés est onéreux par rapport aux volumes des primes générés, un problème aggravé par la petite taille des groupes
- créer une unité commerciale à part pour que le Foundation Market se focalise sur le développement de l'assurance sur le marché des personnes à faible revenu, mais toujours avec un accès aux ressources provenant d'autres unités commerciales de l'assureur

ASR

ASR n'analyse pas les demandes d'indemnisation et les dépenses spécifiquement pour la micro-assurance au sein de son système de surveillance et de gestion des performances. Les dépenses sont gérées au niveau de la compagnie et tout écart par rapport aux objectifs de budget est analysé.

L'analyse de la rentabilité illustrée sur le tableau 18.3 repose sur les primes reçues et les demandes d'indemnisation rejetées dans l'année, et sur un montant affecté de dépenses, de réserves et de revenus d'investissement. Les dépenses en matière de demandes d'indemnisation ont été identifiées pour chaque produit et pour l'activité de micro-assurance consolidée.

Les dépenses relatives au marketing et à la formation sont gérées au niveau de la compagnie et ont été réparties sur la base de prime brute. Les dépenses concernant les activités de promotion qui ont été directement identifiées pour les produits de micro-assurance ont été affectées en conséquence. Le montant affecté pour les incitations aux ventes repose sur le nombre de polices vendues. Les récompenses, bonus et frais de gestion ont été affectés sur la base de la prime brute.

Des réserves appropriées ont été prises en compte et les relevés financiers reposent sur les primes acquises et les demandes d'indemnisation encourues.

Les initiatives de micro-assurance d'ASR ont montré de bons profits annuels depuis le commencement de l'activité en 2007. Les deux produits ont atteint des niveaux de rentabilité comparables. Le produit d'assurance Vie est un contributeur important à la rentabilité globale en raison du volume de ventes qu'il génère. Les facteurs de rentabilité suivants ont été identifiés dans l'étude de cas :

- fournir des produits simples qui n'ont pas encore été distribués à large échelle sur le marché
- utiliser la garantie et les exclusions limitées afin de gérer les risques de sinistres
- s'appuyer sur un partenariat avec la banque mère avec un positionnement fort sur le marché des personnes à faibles revenus
- ne payer aucun honoraire pour l'accès à l'infrastructure et aux services fournis par BANRURAL

Malayan

Les initiatives de micro-assurance de Malayan sont rentables depuis l'investissement initial en 2004. Les points clés suivants pour asseoir la rentabilité ont été identifiés :

- offrir des produits d'assurance Décès accidentel et Invalidité simples avec une couverture supplémentaire (par exemple Incendie) qui est appréciée par le marché cible
- établir un partenariat avec les prêteurs sur gage, les banques rurales et les prestataires de crédit bénéficiant d'un positionnement fort sur le marché des personnes à faible revenu
- apporter des modifications à la couverture au fur et à mesure en se fondant sur l'expérience (par exemple supprimer l'exclusion « agression et meurtre non provoqués » des produits vendus par les prêteurs sur gage).

18.3.2 Atteindre un facteur d'échelle

La micro-assurance a besoin d'atteindre des volumes élevés pour générer du profit et pour justifier les ressources exigées afin de renforcer l'activité. Cela peut constituer un défi sur le marché des personnes à faible revenu et les assureurs utilisent des stratégies pour atteindre un facteur d'échelle, telles que travailler avec des agrégateurs, tirer profits de la demande existante et proposer des produits obligatoires. Le facteur d'échelle atteint par une initiative de micro-assurance est souvent mesuré en termes de vies couvertes et de volumes de primes *(voir tableau 18.4).*

Tableau 18.4 **Volumes des primes et vies couvertes**

Assureur	*Produit*	*Primes émises brutes (en milliers de $US)*			*Vies couvertes*		
		2009	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*
CIC, Kenya	Bima ya Jamii[1]	142	137	27	18 872	17 461	3 625
	Assurance Emprunteur[2]	3 919	2 356	2 196	256 762	170 725	159 047
ICICI Lombard, Inde	Assurance Santé MAS	1 323	1 008	539	550 194	511 456	318 334
	Assurance Intempéries	20 490	4 637	1 383	259 958	108 819	43 278
Old Mutual, Afrique du Sud	Assurance Obsèques de groupe	s/o[3]			400 000 à 450 000	400 000 à 450 000	500 000 à 600 000
ASR, Guatemala	Couverture d'assurance Vie	4 789	2 603	2 143	123 429	75 004	42 184
	Couverture étudiant	175	36		20 554	3 984	
Malayan, Philippines	Activité de micro-assurance	1 913	1 246	815	5 009 089	4 334 887	4 113 975

[1] Les faibles volumes de polices pour Bima ya Jamii et la couverture Étudiant de ASR sont en partie expliqués par le fait que ces produits sont relativement nouveaux, ayant été lancés respectivement en 2008 et 2007.
[2] Produits obligatoires avec crédit intégré.
[3] Old Mutual a été incapable de divulguer des volumes de primes car cela aurait amené l'assureur à dévoiler des informations sensibles du point de vue de la concurrence.

Bien que les études de cas montrent un nombre important de vies couvertes, les primes de micro-assurance sont relativement faibles en comparaison avec les volumes de prime pour une activité traditionnelle (3 % ou moins pour toutes les initiatives sauf la couverture d'assurance Emprunteur du CIC et la couverture d'assurance Vie d'ASR).[1] Les gammes de produits de micro-assurance devront augmenter de manière significative avant qu'elles n'aient un impact tangible sur l'activité de l'assureur dans l'ensemble.

[1] Cette information n'est pas disponible pour Malayan.

La croissance de l'assurance Emprunteur pour le CIC et du produit d'assurance Vie pour ASR a permis à ces produits de représenter une proportion significative des volumes de prime bruts de l'activité d'assurance Vie de ces assureurs (25 % et 37 % respectivement en 2009). À ASR, la croissance de l'activité micro-assurance est allée au-delà des attentes de l'assureur. ASR a attribué la poussée des ventes à une nouvelle stratégie de direction commerciale et à la création d'un département en charge de la relation avec le canal de distribution. ASR a développé et mis en application une nouvelle méthodologie de vente et de promotion et un système d'incitation pour se focaliser sur les initiatives en matière de micro-assurance.

Pour plusieurs projets, la viabilité dépend de la croissance continue. Les volumes de police d'Old Mutual ne sont pas assez élevés pour couvrir les coûts de distribution. Le produit d'assurance Santé ICICI Lombard n'a pas eu une pénétration suffisante des groupes pour contrer la sélection adverse. Le produit d'assurance Intempéries d'ICICI n'a pas atteint la diffusion géographique requise pour permettre à l'assureur de conserver plus de primes et de moins compter sur la réassurance.

Croissance des primes

Un certain nombre de produits étudiés présentent des tendances de croissance importantes. Ces tendances, couplées à la taille importante du marché inexploité, indiquent qu'il existe des opportunités de croissance sur ces marchés. Le tableau 18.5 montre la croissance des volumes de prime au cours des deux dernières années.

Tableau 18.5 **Croissance des primes et taux de renouvellement**

Assureur	*Produit*	*Croissance en primes émises brutes (%)*		*Taux de renouvellement (%)*	
		2008–2009	*2007–2008*	*2008–2009*	*2007–2008*
CIC, Kenya	Bima Ya Jamii	3,7	412,4	30	6
	Assurance Emprunteur[1]	66,3	7,3	81	78
ICICI Lombard, Inde	Assurance Santé MAS	31,3	87,2	s/o	
	Assurance Intempéries	341,9	235,2	s/o	
Old Mutual, Afrique du Sud	Assurance Obsèques de groupe	18,0	2,0	60	50
ASR, Guatemala	Couverture d'assurance Vie[2]	84,0	21,5	87	64
	Couverture Étudiant	389		68	
Malayan, Philippines	Activité de micro-assurance	54	53	s/o	

[1] Le taux de renouvellement pour le produit d'assurance Emprunteur repose sur le nombre de partenaires.
[2] Prime moyenne.

La croissance des volumes de primes pour le produit d'assurance Emprunteur du CIC et le produit d'assurance Intempéries d'ICICI Lombard est supportée par l'augmentation du nombre de groupes d'épargne et de prestataires de crédit partenaires ainsi que les taux élevés de fidélisation des partenaires existants.

Les principaux défis de la croissance ont été rencontrés par le CIC avec Bima ya Jamii et Old Mutual avec le produit d'assurance Obsèques de groupe. Les volumes de polices et les niveaux de fidélisation pour Bima ya Jamii sont au-dessous du niveau ciblé par l'assureur, en partie en raison du manque d'actions de vente actives à des membres de groupe individuels. Pour les produits d'assurance Obsèques de groupe, Old Mutual a déclenché une opération pour réduire le nombre de fonds funéraires déficitaires dans les registres de comptabilité ces trois dernières années. En tant que partie prenante de cette opération, Old Mutual a augmenté les primes pour les fonds funéraires pour lesquels l'activité était déficitaire. Cela a eu pour conséquence que beaucoup de ces projets n'ont pas pu renouveler la couverture générant un recul des volumes d'activité.

Les expériences des divers assureurs fournissent des perspectives sur les facteurs qui permettent d'augmenter les volumes d'activité et d'atteindre le seuil de rentabilité.

Travailler avec des partenaires et des groupes existants pour accéder au marché

Tous ces assureurs travaillent avec des agrégateurs tels que des IMF, des SACCO, des ONG, des prestataires de service de santé et des fonds funéraires pour accéder au marché. Leurs expériences illustrent les avantages suivants offerts par la collaboration avec des partenaires pour atteindre un facteur d'échelle sur le marché des personnes à faible revenu :

- Travailler avec un partenaire avec un grand nombre de succursales ou de points d'accès permet à l'assureur de développer une base clients large et diversifiée. ASR tire profit de l'accès à quatre millions de clients de BANRURAL et le partenariat de Malayan avec des prêteurs sur gage permet d'accéder à un vaste segment du marché des personnes à faible revenu.
- L'assureur peut utiliser l'infrastructure du partenaire pour accéder au marché en tant que partie prenante des activités existantes des assurés (par exemple faire des remboursements sur le prêt à l'IMF). Cela réduit les coûts pour l'assureur et le client. ASR peut exploiter la présence importante de BANRURAL dans le pays (environ 750 points de ventes couvrant 80 % du pays).
- Il est plus facile d'atteindre un facteur d'échelle quand les produits sont obligatoires et intégrés à d'autres produits financiers proposés par le partenaire (par exemple le crédit de la part des IMF). La couverture obligatoire pour tous les membres d'un groupe ou la vente de polices en masse est utilisée pour le produit

d'assurance Emprunteur du CIC, le produit d'assurance Intempéries d'ICICI Lombard et le produit d'assurance Obsèques de groupe d'Old Mutual.

– Les liens existants entre les partenaires et le marché et la relation de confiance peuvent faciliter l'expansion sur le marché. ASR utilise la bonne image de la banque pour promouvoir sa micro-assurance. ICICI Lombard travaille avec le groupe de confiance Manipal Group, qui est engagé avec les communautés depuis longtemps.

Les assureurs ont pu établir des partenariats réussis en utilisant les stratégies suivantes :

– des relations existantes avec des partenaires du même groupe de services financiers ont créé un avantage concurrentiel pour le CIC, ICICI Lombard et ASR.
– L'avantage d'être le premier à s'engager dans la relation avec les partenaires et maintenir ces relations en fournissant un service efficace s'est avéré important dans les initiatives à plus long termes du CIC et d'ICICI Lombard.
– Établir des relations d'intérêt mutuel avec des partenaires, où l'assureur peut négocier des honoraires plus faibles avec le partenaire. L'assurance Emprunteur et les produits d'assurance indexée bénéficient directement au partenaire pour protéger le prêt contre tout défaut de paiement en cas de décès ou de mauvaises récoltes. Le produit d'assurance Santé d'ICICI Lombard offre au prestataire de soins de santé une base de clients liée.
– Construire et maintenir des relations avec des partenaires par le biais de bons niveaux de service et de la satisfaction des clients individuels. Les taux de fidélisation élevés des partenaires (entre 80 % et 100 %) laissent à penser que la majeure partie des assureurs de cette étude de cas semble l'avoir atteint (comme l'illustre le *tableau 18.5*).
– Le modèle de distribution d'Old Mutual exige des agents de vendre les produits dans la communauté et les alentours de leur lieu de vie. Cela favorise une relation de confiance entre les agents et les assurés. C'était un facteur important pour sa croissance, en particulier dans le cas des fonds funéraires, qui sont centrées sur la communauté. Bien que Old Mutual ait pu toucher un grand nombre de vies en utilisant ce modèle, les volumes de police ne permettent pas de faire face aux coûts des agents salariés et il y a d'autres intervenants sur le marché sud-africain qui ont atteint des volumes de police plus élevés en utilisant des modèles de distribution par partenariat, par exemple par le biais de groupes confessionnels et de détaillants.
– Tous les assureurs ont été impliqués dans le renforcement de la capacité des partenaires. Les assureurs ont aidé les partenaires à créer une infrastructure et des systèmes pour atteindre une efficience dans les processus et une facilité de flux d'informations entre l'assureur et le partenaire.

Accessibilité et compétitivité des primes

Fixer les primes à un certain niveau semble approprié pour ce marché critique. Il est souvent difficile d'équilibrer l'apport d'avantages exigés par le marché avec l'accessibilité des primes et la viabilité financière. Les assureurs des études de cas ont traité la question de l'accessibilité des primes de la manière suivante :

- pour les produits de couverture d'assurance Vie et d'assurance Intempéries, les assureurs traitent la question de l'accessibilité des primes en proposant des produits avec des avantages limités.
- Old Mutual et ASR ont introduit une gamme d'options avec niveaux d'avantages pour permettre aux clients de choisir un prix accessible, alors que la valeur du niveau de couverture est maintenue. Pour Old Mutual c'était en réponse à un constat indiquant qu'un certain nombre de fonds funéraires disparaissaient du marché car elles étaient obligées de sélectionner des options qui étaient trop onéreuses.
- La souplesse dans les options de paiement des primes est importante. ASR autorise un paiement mensuel, trimestriel ou annuel des primes. En revanche, le CIC a indiqué que le paiement annuel de sa prime pour le produit Bima ya Jamii était trop cher pour beaucoup de clients éventuels.
- La concurrence en matière de primes est une question importante sur le marché de l'assurance Obsèques de groupe en Afrique du Sud. Le montant des primes est souvent une considération clé dans le choix d'un assureur pour les plus grands funérariums et les plus grands fonds funéraires. Pour rester concurrentiel, Old Mutual a dû maintenir des primes à un niveau inférieur à celui nécessaire pour faire face au coût de distribution élevé de l'initiative jusqu'à ce que les volumes d'activité atteignent un niveau commercialement viable. Cet environnement fortement concurrentiel n'a pas été trouvé dans les autres études de cas, mais peut devenir un problème dans la mesure où davantage d'intervenants accèdent aux divers marchés.
- La difficulté à concilier l'apport des avantages exigés par le marché avec l'accessibilité des primes et la viabilité financière est illustrée par l'expérience du CIC avec le produit intégré d'assurance Santé. CIC a développé des avantages sur le produit intégré d'assurance Santé en se fondant sur des suggestions faites par les partenaires, qui ont entraîné l'activité dans des pertes importantes. Cela a incité le CIC à entrer dans une relation de partenariat avec le NHIF. En outre, le NHIF a proposé une augmentation des primes de 50 % en 2010, ce qui affectera l'accessibilité du Bima ya Jamii.
- La réglementation peut affecter la manière de fixer les primes, comme on l'a vu dans les expériences vécues par Malayan et ICICI Lombard *(voir encadré 18.2).*

Encadré 18.2 **Implications en termes de réglementation pour les primes**

Pour Malayan et ICICI Lombard, des facteurs externes tels que les primes maximales réglementées pour la micro-assurance et les subventions de primes ont joué un rôle important. Les produits de micro-assurance de Malayan doivent répondre aux exigences réglementaires aux Philippines, où les niveaux de prime maximum sont fixés en proportion du revenu net de divers segments du marché des personnes à faible revenu *(voir chapitre 25).*

En Inde, le besoin d'accessibilité des primes est satisfait par des subventions de prime plutôt que par une intervention au niveau de la tarification. Ces subventions de primes permettent aux produits d'atteindre des segments du marché qui seraient sinon exclus en raison de problèmes d'accessibilité. L'avantage pour ICICI Lombard d'augmenter le marché cible potentiel pour les produits a démontré les bienfaits d'un alignement des produits sur des objectifs sociaux ; les avantages pour la communauté allant au-delà de la couverture d'assurance (par exemple une santé améliorée pour la communauté).

Produits et conception d'avantage

Les assureurs dans les études de cas ont développé des produits avec des avantages génériques qui font appel à une large base de clients. Les avantages se reflètent dans le facteur d'échelle atteint par le produit d'assurance Emprunteur du CIC, l'assurance indexée d'ICICI Lombard, l'activité de micro-assurance de Malayan et la couverture d'assurance Vie d'ASR. En revanche, le produit d'assurance Santé MAS d'ICICI Lombard est conçu pour un segment spécifique du marché, le marché cible étant limité aux zones géographiques dans lesquelles le prestataire de soins de santé intervient. Cette contrainte limite le marché global, mais permet à l'assureur de développer une couverture qui est mieux adaptée aux besoins de la communauté.

La demande de services de soins de santé sur le marché des personnes à faible revenu est élevée. Le CIC et ICICI Lombard en ont tiré profit en liant l'assurance à un fournisseur de soins de santé qui a la réputation de fournir des services de qualité. Le CIC a travaillé en partenariat avec le NHIF public pour fournir la composante d'hospitalisation du produit intégré Bima ya Jamii. Ce partenariat offre des avantages exceptionnels au CIC parce que l'assureur peut augmenter l'attrait du produit en incluant la prestation d'assurance Santé, mais le risque est porté par le NHIF. ICICI Lombard a travaillé avec le groupe Manipal pour fournir la couverture par le biais de son réseau d'hôpitaux. Les défis posés pour atteindre un facteur d'échelle suffisant pour les produits volontaires s'observent dans les faibles volumes de polices de ces deux produits. Pour le CIC, les volumes de polices représentent seulement 63 % des volumes de police ciblés fixés par l'assureur au bout de trois ans et pour ICICI Lombard, les taux

de souscription sont au-dessous de l'objectif de 60 % pour la majorité des regroupements.

Ces assureurs reçoivent tous des informations émanant des partenaires et des groupes communautaires au début et tout au long de l'activité concernant les améliorations possibles à apporter à la conception des avantages :

- Le CIC approche le partenaire potentiel (IMF ou SACCO) avec une idée de produit, de sorte que le partenaire puisse fournir des informations sur l'existence ou non d'une demande suffisante envers le produit. Le produit est alors piloté avec le partenaire et, si c'est un succès, appliqué à d'autres partenaires.
- ASR tire profit de la connaissance de clients par les agents de BANRURAL. ASR reçoit des informations de BANRURAL lorsqu'il développe un nouveau produit afin d'évaluer si le produit satisfait aux besoins de clients.
- Le groupe Manipal a une relation de longue date avec la communauté qui a aidé ICICI Lombard à développer l'assurance Santé qui satisfait aux besoins du marché.
- Old Mutual s'est fondé sur des aperçus des besoins du marché émanant de ses initiatives de responsabilité sociales.[2]
- Les informations sur la clientèle sont une composante importante du processus de développement d'un produit de Malayan.

Bien que l'analyse des facteurs sous-jacents au maintien de l'activité ait indiqué qu'il était important de proposer des avantages qui ont été perçus par le client comme offrant de la valeur, la valeur des produits pour les clients n'a pas été explicitement évaluée comme mesure du succès de l'initiative.

Incitations pour vendre et maintenir l'activité

ASR et Malayan ont mis en œuvre des programmes d'encouragement pour les agents de leurs partenaires. ASR a vu une augmentation des volumes des primes après la mise en application d'un programme qui a offert des incitations au personnel commercial au niveau individuel ainsi qu'au niveau des équipes.

Old Mutual a structuré ses packs incitatifs pour que les agents salariés se focalisent aussi bien sur l'offre de projets existants ainsi que sur la vente d'une nouvelle activité. Les agents d'Old Mutual reçoivent des récompenses fondées sur le volume de l'activité et sur les taux de demandes d'indemnité des groupes qu'ils enrôlent.

[2] Le Foundation Market a des liens forts avec les initiatives de responsabilité sociale d'entreprise, y compris un programme d'éducation des consommateurs et des fonds Masisizane qui proposent des prêts à de petites et moyennes entreprises. Old Mutual a utilisé son expérience avec ces initiatives pour avoir une meilleure compréhension du marché et avoir une longueur d'avance en matière de marketing.

L'importance de motiver les ventes de produits individuels se reflète dans les défis posés au CIC pour l'atteinte des volumes de polices ciblés et en maintenant l'activité avec le produit Bima ya Jamii *(voir encadré 18.3).*

Encadré 18.3

Créer une force de vente dédiée

Le produit Bima ya Jamii du CIC était initialement vendu par le personnel des IMF ou des SACCO. Il n'y avait aucune incitation pour le personnel de ventes individuel et la vente des produits d'assurance ne relevait pas de la responsabilité principale du personnel. Les ventes des produits d'assurance n'étaient donc pas la priorité, avec pour résultat des volumes de primes faibles. Le CIC aborde cette question en créant une équipe d'agents responsable de la vente de produits individuels et en introduisant une commission pour les agents. Les incitations individuelles augmentent le coût de distribution des produits, mais semblent être nécessaires pour atteindre les volumes de polices exigés.

Satisfaction des clients et établissement de relations avec la communauté
La satisfaction des clients et le maintien de niveaux de service élevés sont importants pour maintenir les volumes d'activité :

- Old Mutual s'engage à payer une demande d'indemnité dans un délai de 48 heures après la réception de tous les documents. L'agent aide le bénéficiaire à collecter et soumettre les documents nécessaires. Maintenir la satisfaction des clients par le biais des services supplémentaires fournis par les agents est essentiel dans l'environnement concurrentiel de l'assurance Obsèques en Afrique du Sud.
- La qualité du traitement fourni par le réseau d'hôpitaux est importante pour le produit d'assurance Santé d'ICICI Lombard et l'avantage sans numéraire permet un processus plus efficace de demandes d'indemnisation *(voir chapitre 6).*
- Old Mutual et ASR prévoient une formation initiale et continue des agents sur les produits pour maintenir un niveau élevé de service à la clientèle. Cette formation engendre des implications en matière de coût pour l'assureur et est l'une des raisons pour laquelle le modèle de l'agent salarié s'est révélé une stratégie onéreuse pour Old Mutual.
- ICICI Lombard étudie les raisons des résiliations du produit d'assurance Santé. ASR mène des études pour évaluer la satisfaction des clients après la vente de la police et surveille la satisfaction des clients en continu et les raisons de la résiliation des polices.
- Des programmes d'éducation et de sensibilisation des consommateurs peuvent être utilisés pour établir la relation avec la communauté. Les campagnes de sensibilisation en matière de santé par le groupe Manipal aident à maintenir une relation de confiance avec la communauté.

18.3.3 Gérer les coûts des demandes d'indemnisation

Le risque de voir une demande d'indemnisation supérieure au montant attendu peut être important en micro-assurance, en particulier si les compagnies s'étendent sur des marchés où l'on a peu d'expérience préalable sur laquelle fonder des suppositions en matière de demandes d'indemnisation attendues *(voir chapitre 21).* Le rapport des demandes d'indemnisation sur les primes peut donner une indication pour savoir si les demandes d'indemnisation sont plus élevées que ce que supposait l'assureur au moment de la tarification.

Tableau 18.6 **Taux de demandes d'indemnisation brut**

Assureur	*Produit*	*2009 (%)*	*2008 (%)*	*2007 (%)*
CIC, Kenya	Bima ya Jamii	15	7	4[1]
	Assurance Emprunteur	5	8	5
ICICI Lombard, Inde	Manipal Arogya Suraksha	110	109	110
	Assurance Intempéries	77	75	115
Old Mutual, Afrique du Sud	Assurance Obsèques de groupe	65 à 75	80 à 90	90 à 100
ASR, Guatemala	Couverture d'assurance Vie	32	38	2
	Couverture étudiant	31	11	
Malayan, Philippines	Activité de micro-assurance	18	27	13

[1] Le produit Bima ya Jamii et les produits de micro-assurance ASR sont des initiatives relativement nouvelles lancées en 2006 et 2007. Les petits taux de demandes d'indemnisation de la première année sont très probablement dus au manque de familiarisation vis-à-vis de l'assurance et aux retards dans le traitement des demandes d'indemnisation. Comme les volumes d'activité augmentent dans le temps, on s'attend à ce que le taux de demandes d'indemnisation se stabilise pour refléter le profil de risque des vies couvertes.

L'analyse du tableau 18.6 prouve que l'expérience en matière de demandes d'indemnisation est étroitement liée au type de produit et au profil du marché cible :

- Les faibles taux de demandes d'indemnisation pour le produit obligatoire d'assurance Emprunteur au Kenya sont cohérents avec l'activité d'assurance Emprunteur obligatoire.
- Les taux de demandes d'indemnisation sont également relativement faibles pour les produits d'assurance Vie avec des avantages limités présents dans le produit Bima ya Jamii, la couverture d'assurance Vie et la couverture Étudiant du Guatemala, et les initiatives de micro-assurance de Malayan.
- Gérer les taux de demandes d'indemnisation pour des produits d'assurance Santé est un défi courant en micro-assurance. Les coûts élevés des demandes d'indem-

nisation ne semblent pas être liés à une région, à un assureur ou à une initiative en particulier. Les difficultés à gérer le coût des demandes d'indemnisation sont démontrées par l'expérience déficitaire avec le produit d'assurance Santé en Inde. ICICI Lombard a pris des mesures pour améliorer les taux de demandes d'indemnisation en augmentant les primes, en négociant des honoraires de traitement moindres avec les prestataires de soins de santé, en encourageant la souscription et en gérant la sélection adverse. Cependant, jusqu'ici ces efforts n'ont eu qu'un petit effet perceptible. Une expérience similaire a été observée avec le produit intégré d'assurance Vie et d'assurance Santé proposé par le CIC, qui a relancé ultérieurement ce produit sous la forme du Bima ya Jamii avec un risque de santé externalisé à NHIF.

Les assureurs ont utilisé les mesures suivantes pour gérer les coûts des demandes d'indemnisation, y compris la détermination du prix du risque et la mise en œuvre de mesures et de contrôles pour gérer les risques relatifs aux demandes d'indemnisation :

Tarification du risque

Il est plus facile de déterminer le prix des produits d'assurance Emprunteur et d'assurance Décès accidentel et Invalidité de base que celui des produits d'assurance Santé. C'est l'avantage pour le CIC, ASR et Malayan. Le CIC et ICICI Lombard ont tous les deux une expérience négative en matière de demandes d'indemnisation avec les produits d'assurance Santé, situation aggravée par la difficulté à équilibrer la demande pour les niveaux plus élevés de couverture d'une part et l'accessibilité des primes d'autre part.

Pour déterminer le prix des produits, les assureurs utilisaient généralement une expérience existante sur des produits similaires du marché traditionnel de l'assurance et ont fait des ajustements pour le secteurs des personnes à faible revenu. Old Mutual et ICICI Lombard ont rencontré des difficultés avec cette approche *(voir encadré 18.4).* L'expérience en matière de demandes d'indemnisation avec l'assurance Obsèques de groupe et le produit d'assurance Santé MAS n'a pas reflété les évaluations initiales. Les normes internationales de détermination des prix en matière d'assurance indexée ont été utilisées pour déterminer le prix du produit d'assurance Intempéries, pour lequel ICICI Lombard a reçu le soutien du réassureur.

Encadré 18.4 **Nouvelle tarification du risque**

Le taux de demandes d'indemnisation d'Old Mutual a été plus élevé que l'objectif fixé à 60 % dès le début, et même à près de 100 % ou plus en 2006 et 2007. Cela est en partie dû au profil du marché, où l'expérience de mortalité était plus élevée que prévue dans la tarification initiale fondée sur d'autres segments de marché.

Old Mutual a ajusté la tarification des prix pour la couverture d'assurance Obsèques de groupe et a introduit une tarification différentielle des prix au sein des groupes. Il a activement surveillé les demandes d'indemnisation et a ajusté les primes sur une base en cours, offrant des remises pour une bonne expérience en matière de demandes d'indemnisation et augmentant les primes dans le cas d'une expérience médiocre en matière de demandes d'indemnisation. Ces efforts ont eu comme conséquence une diminution des taux de demandes d'indemnisation jusqu'à 65 % et 75 %. Bien que ces efforts aient eu comme conséquence un déclin en volumes de primes, ils ont eu pour effet le maintien d'une activité de meilleure qualité.

Mise en application de mesures et de contrôles pour gérer les risques liés aux demandes d'indemnisation

Les assureurs ont besoin de trouver un équilibre entre contrôles suffisants pour gérer les risques et maintien d'une efficacité et de coûts d'acquisition bas. Les assureurs utilisent des techniques de gestion des risques liés aux demandes d'indemnisation similaires à celles utilisées pour l'activité d'assurance traditionnelle, incluant ce qui suit :

– **La sélection adverse,** également connue sous le nom de choix défavorable, peut être un risque significatif pour l'assureur et devrait être gérée au moment de la conception du produit. C'est particulièrement important car les produits de micro-assurance ne sont généralement pas garantis et le rejet des demandes d'indemnisation devrait être réduit au minimum pour conserver la confiance du marché des personnes à faible revenu. Le risque de sélection adverse sur une base individuelle n'est pas un problème pour l'assurance Emprunteur, qui est obligatoire, et le bénéfice est utilisé pour payer le prêt non remboursé. Il n'y a pas non plus beaucoup de place pour la sélection adverse en assurance Intempéries car les demandes d'indemnisation sont déclenchées par les mesures de précipitations qui sont hors du contrôle de l'assuré. En ce qui concerne la couverture d'assurance Vie d'ASR, le risque de sélection adverse est géré par des critères de sélection limités. Des exclusions au stade des demandes d'indemnisation sont utilisées dans le cas du produit de couverture d'assurance Étudiant. Old Mutual utilise des caractéristiques de produit telles qu'une période d'attente de six mois et le

caractère obligatoire du produit pour tous les membres d'un groupe afin de gérer la sélection adverse. L'expérience en matière de demandes d'indemnisation du produit d'assurance Obsèques de groupe semble avoir été affectée par la sélection adverse faite par des groupes ayant une expérience plus médiocre en matière de demandes d'indemnisation. Old Mutual a introduit une détermination différentielle des prix fondée sur l'expérience en matière de demandes d'indemnisation de groupe afin de limiter le problème. La sélection adverse est un risque significatif en matière d'assurance Santé et constitue un sérieux défi pour le produit d'assurance Santé MAS. ICICI Lombard a tenté de contrôler le risque de sélection adverse en ciblant un taux minimum de souscription de 60 % pour chaque groupe, mais peu de groupes ont atteint cet objectif. En outre, la distribution du produit par le prestataire de soins de santé peut aggraver les effets de la sélection adverse car les prestataires de soins de santé sont susceptibles d'avoir plus de contact avec les familles qui utilisent des services de soins de santé plus fréquemment. Les efforts faits par ICICI Lombard pour améliorer les taux d'inscription n'ont pas encore montré de signes de réduction des taux de demandes d'indemnisation.

– **La fraude en matière de demandes d'indemnisation** est gérée par un travail conjoint avec des partenaires et des agents de distribution. Old Mutual et le CIC comptent sur des chefs de groupe et de communauté ainsi que sur des partenaires pour valider les demandes d'indemnisation pour la plupart des produits. Il y a, cependant, des risques si le partenaire ne valide pas correctement les demandes d'indemnisation. En ce qui concerne le produit d'assurance Santé Old Mutual, ASR et ICICI Lombard ont mis en application des systèmes chez l'assureur pour vérifier la validité des demandes d'indemnisation. Le risque de fraude en matière de demandes d'indemnisation est élevé dans le cadre de l'assurance Santé. Pour gérer le risque concernant ses produits, ICICI Lombard ne travaille qu'avec le réseau Manipal de prestataires de soins de santé pour traiter les assurés. L'équipe chargée des demandes d'indemnisation chez ICICI Lombard surveille étroitement les protocoles de traitement.
– **Risques covariants et réassurance :** Les niveaux d'avantages pour les produits de micro-assurance sont faibles, de sorte que le risque d'importantes demandes d'indemnisation individuelles n'est pas un problème. D'ailleurs, les volumes d'activité pour les initiatives de micro-assurance représentent une faible proportion des volumes d'activité globaux de l'assureur pour l'ensemble des produits étudiés. Les assureurs n'ont donc pas souscrit de réassurance pour atténuer le risque en matière de demandes d'indemnisation au-dessus des montants minimum requis par la réglementation, à l'exception de ASR et ICICI Lombard pour le produit d'assurance Intempéries *(voir encadré 18.5).* En dépit des faibles niveaux d'avantages, les niveaux élevés de demandes d'indemnisation dus à l'accumulation de petits montants de demandes d'indemnisation demeurent un risque en micro-

assurance. L'expérience de Malayan, où le taux de demandes d'indemnisation plus élevé en 2008 est en partie attribuable aux pertes dues à l'ouragan Frank, l'a démontré.

Encadré 18.5

Réassurer le risque Intempéries

Le risque d'une accumulation des demandes d'indemnisation dû aux conditions de précipitations défavorables est significatif pour le produit d'assurance Intempéries indexé. ICICI Lombard se sert d'un programme de réassurance multicouche pour protéger la compagnie contre de grandes pertes sur le portefeuille Intempéries. La protection offerte par ce programme de réassurance est la raison principale pour laquelle ICICI Lombard peut offrir le produit d'assurance Intempéries et est la clé du succès de la branche d'activité. Cependant, cette protection se fait au prix d'un transfert de profits vers le réassureur. Comme le volume d'assurance Intempéries est en augmentation, ICICI Lombard sera en mesure de garder une plus grande partie du risque de cette activité.

18.3.4 Gérer les coûts d'acquisition et d'administration

La gestion des coûts de la micro-assurance est une question clé quand on crée une activité viable tout en maintenant des primes accessibles pour le marché des personnes à faible revenu.

Tableau 18.7

Taux de dépenses

Assureur	*Produit*	*Ratio de dépenses*			*Ratio des coûts d'acquisition*			*Ratio des coûts d'administration en cours*		
		2009	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*
CIC, Kenya	Bima ya Jamii	58	41	35	19	15	16	38	27	20
	Assurance Emprunteur	29	26	27	15	5	12	14	21	15
ICICI Lombard, Inde	Assurance Santé MAS	16	20	20	9	15	15	7	6	5
	Assurance Intempéries	20	20	20	15	15	15	5	5	5
Old Mutual, Afrique du Sud	Assurance Obsèques de groupe	>40	>40	30–40	30–40	30–40	s/o	10–20	10–20	s/o
ASR, Guatemala	Couverture d'assurance Vie	10	14	7	6	5	1	5	9	6
	Couverture Étudiant	9	13		6	5		5	9	
Malayan, Philippines	Activité de micro-assurance	35	38	40	32	33	36	3	5	4

Les taux de dépenses pour les gammes de produits sont récapitulés dans le tableau 18.7 et des observations clés incluent les points suivants :

- Les taux de dépenses sont les plus élevés pour le CIC, Malayan et Old Mutual.
- Les taux de dépenses pour le CIC reflètent une allocation pour la contribution aux dépenses de la société qui ne sont pas directement affectées à une unité commerciale unique. On comprend que l'activité d'assurance Emprunteur apporte une contribution aux coûts généraux de fonctionnement de l'assureur, car le revenu des primes émanant de ce produit devient une partie importante de son activité d'assurance Vie. Pour le Bima ya Jamii, les dépenses élevées reflètent le montant important des ressources consacrées au développement de la nouvelle gamme de produits et au renforcement de la capacité des partenaires autour de la nouvelle initiative.
- Le produit d'assurance Obsèques de groupe d'Old Mutual utilise un modèle de distribution relativement onéreux d'agents salariés, conduisant à des taux de dépenses plus élevés, ce qui constitue une barrière importante à la rentabilité. L'augmentation du taux des dépenses en 2008 découlait du coût plus important lié au fonctionnement du Foundation Market comme une unité commerciale à part entière ainsi que de la plus grande précision de l'identification des coûts de souscription de l'activité.
- Pour Malayan, les taux de dépenses élevés sont dus aux commissions élevées payées, qui ont contribué à atteindre un facteur d'échelle significatif.
- Les taux de dépenses moindres pour les produits de micro-assurance ICICI Lombard et ASR reflètent en partie les honoraires plus faibles payés aux partenaires de la répartition de l'activité et des coûts de gestion plus faibles attribués à cette activité.
- Le produit d'assurance Santé MAS et le produit d'assurance Obsèques de groupe sont déficitaires avant de tenir compte des coûts de gestion et des dépenses générales de la compagnie actuellement en cours. Les taux de demandes d'indemnisation pour le produit d'assurance Santé MAS sont supérieurs à 100 %, ce qui implique que ce produit ne contribue pas à soutenir les dépenses de souscription pour cette activité. Les taux combinés pour le produit d'assurance Obsèques de groupe et le produit d'assurance Intempéries sont supérieurs à 100 %, ce qui indique que ces produits ne contribuent pas aux dépenses de gestion de la compagnie ou à l'utilisation de ressources pour la rédaction relative à cette activité qui sont reflétées par l'affectation des dépenses. Le CIC a reçu une subvention de donateur pour développer le produit Bima ya Jamii. Si la compagnie avait financé ces coûts elle-même, ce produit aurait également été déficitaire au cours de la période étudiée.

Il convient de noter que les dépenses pour Bima ya Jamii et les produits d'assurance Obsèques de groupe ont été analysées avec plus de précision que les autres initiatives étudiées. ASR et ICICI Lombard ne surveillent pas les coûts de gestion

de l'activité au niveau du produit, mais tiennent compte des coûts de gestion de la micro-assurance en affectant les coûts de gestion du segment d'activité approprié (ICICI Lombard) ou de la compagnie en générale (ASR) sur la base des volumes de primes. Si les coûts étaient plus précisément affectés aux autres produits de micro-assurance, les taux de dépenses pourraient être plus élevés.

Faibles coûts d'acquisition

Pour gérer leurs coûts d'acquisition et d'administration, les assureurs ont entrepris diverses stratégies. Par exemple, le CIC, ICICI Lombard, ASR et Malayan utilise des partenariats pour abaisser les coûts de répartition de leur activité de micro-assurance :

- CIC et ASR fonctionnent avec des partenaires qui sont effectivement les propriétaires de la compagnie d'assurance. Cela leur confère des privilèges particuliers en termes d'accès à l'infrastructure des partenaires sans avoir à payer d'honoraires pour ces ressources, ce qui représente un avantage considérable dans le maintien des frais d'acquisition à un niveau bas.
- Les partenaires du CIC et d'ICICI Lombard étaient également disposés à abandonner ou réduire leurs honoraires parce qu'il y a d'autres avantages à offrir une assurance à la clientèle du partenaire. Dans le cas de l'assurance Emprunteur, les IMF et SACCO bénéficient de la protection de leur portefeuille de prêt contre toute cessation de paiement due au décès de l'emprunteur. De même, l'assurance Intempéries protège le prêteur contre toute cessation de paiement du prêt si la récolte est mauvaise en raison de modèles de précipitations extrêmes. Le produit d'assurance Santé offre au prestataire de soins de santé une clientèle liée par contrat pour laquelle le coût de traitement est couvert par l'assureur.
- Le paiement des honoraires au partenaire pour la distribution de produits et le service après-vente est courant en micro-assurance. Même dans le cas où l'on paie aux partenaires des honoraires pour la distribution du produit, comme c'est le cas pour le produit Bima ya Jamii du CIC et les produits d'ICICI Lombard, recourir à des partenaires pour la distribution est toujours moins onéreux qu'utiliser des agents chargés uniquement de la vente de polices de micro-assurance et du service après-vente, comme le démontrent les taux plus élevés des coûts d'acquisition pour Old Mutual.
- La plupart des assureurs offrent des incitations individuelles au personnel du partenaire ou aux agents pour la vente et le maintien de l'activité. Le CIC a récemment engagé des agents pour distribuer le produit Bima ya Jamii. Ces incitations augmentent les coûts d'acquisition de l'activité de micro-assurance, mais sont nécessaires pour encourager le personnel à vendre des produits facultatifs.

Les coûts d'acquisition pour les micro-assureurs dans les études de cas reflètent également les activités de marketing et de promotion :

- Le marketing et la promotion représentent 25 % des coûts d'acquisition pour ASR en 2009. ASR et le CIC projettent d'augmenter leurs dépenses relatives aux activités de promotion de leurs produits de micro-assurance.
- ICICI Lombard a accru l'implication de son personnel au marketing du produit de santé et à la souscription des assurés, mais comme les coûts ne sont pas surveillés sur une base de produit individuel, ce coût n'apparaît pas de façon évidente dans les informations financières disponibles. ICICI Lombard a tiré profit de la promotion faite par le gouvernement de l'assurance indexée et de la promotion faite par le prestataire de soins de santé du produit d'assurance Santé MAS.
- Les agents salariés utilisés par Old Mutual représentent un modèle de distribution onéreux. Actuellement, les volumes d'activité ne permettent pas de faire face aux coûts des agents, mais le but est que le produit d'assurance Obsèques de groupe permette de faire face aux coûts relatifs à ce produit grâce à la croissance projetée sur les deux ou trois prochaines années. Le modèle des agents salariés a été choisi parce que les agents doivent être rémunérés pour être à l'écoute des besoins des membres de groupe, en plus que d'assurer les ventes. L'expérience d'Old Mutual illustre la différence entre gérer les coûts de la force de distribution, et compter sur les agents pour renforcer une relation avec les clients et pour prendre en charge certaines des tâches relatives au services après-vente des polices.

Procédures de gestion efficaces

Le CIC, ICICI Lombard et ASR se servent de l'infrastructure du partenaire pour collecter les primes, payer les demandes d'indemnisation, effectuer des avenants aux polices et communiquer avec les assurés. Cela présente l'avantage de réduire le coût de l'initiative pour l'assureur, mais il faut compter sur la capacité du partenaire à apporter un service de qualité et à vendre ou renouveler les polices.

Travailler avec des groupes plutôt qu'avec des individus facilite la réduction des coûts et permet à Old Mutual de se servir de structures de système pour gérer certaines tâches administratives des polices. Cependant, la taille moyenne des groupes est relativement petite (55 en 2009, 65 en 2008) et les groupes les plus grands organisés par les funérariums sont nécessaires pour répartir les coûts de cette activité.

La simplicité des produits, les niveaux limités en matière de gestion des polices en cours, la garantie limitée ou non garantie dès le début des polices et les processus efficaces de paiement des demandes d'indemnisation contribuent à une gestion des coûts d'administration de l'activité de micro-assurance. En revanche, Old Mutual permet d'apporter des changements aux assurances Vie couvertes par des polices d'assurance sur une base mensuelle. La flexibilité du produit augmente le fardeau administratif pour le régime, l'agent et Old Mutual, et s'ajoute aux coûts

de souscription pour cette activité. Cela illustre la difficulté à offrir la souplesse qui est demandée par les assurés tout en maintenant toujours les coûts de gestion à un niveau bas.

18.3.5 Facteurs transversaux

Deux aspects des initiatives touchent les facteurs de rentabilité : surveiller l'expérience et la structure organisationnelle.

Surveiller l'expérience

Les cinq assureurs ont tous consacré des ressources à cette activité et ont été confrontés à des coûts de marketing, de développement, de formation et de systèmes relatifs à la micro-assurance. Cependant, pour la plupart, ils n'ont pas surveillé ces coûts de façon formelle. En conséquence, il est difficile d'évaluer le coût de souscription de l'activité de micro-assurance et l'impact financier des mesures évoquées ci-dessus. La gestion des dépenses au niveau d'une unité commerciale ou de la compagnie rend possible l'interfinancement des dépenses, ce qui permet aux initiatives en matière de micro-assurance d'accéder aux ressources plus larges de la compagnie, mais ne permet pas à l'assureur d'évaluer avec précision la rentabilité de l'activité de micro-assurance.

Un certain nombre de compagnies évaluent la rentabilité des produits et des unités commerciales en affectant des dépenses sur la base des volumes des primes. Lorsque l'information réelle sur les dépenses n'était pas disponible, c'est l'approche qui a été adoptée dans cette recherche (c'est-à-dire pour tous les produits sauf Bima ya Jamii et le produit d'assurance Obsèques de groupe). Cela donne une indication de la façon dont les assureurs eux-mêmes évaluent la rentabilité des branches d'activité de la micro-assurance. Cependant, ce n'est pas idéal car les assureurs ont engagé des ressources importantes dans le développement de la micro-assurance et ces coûts ne peuvent pas être reflétés dans des affections de dépenses proportionnelles.

La micro-assurance peut être confrontée à des coûts parfois absents de l'assurance traditionnelle, en termes de développement de relations avec des partenaires et de renforcement de la capacité des partenaires pour les questions liées à l'assurance. Il est donc important de surveiller les dépenses avec plus de précision pour comprendre les coûts totaux de la souscription de cette activité et identifier les dégradations en matière d'expérience afin de prendre des mesures correctives dès le début.

Tous les assureurs ont des projets ambitieux pour développer la micro-assurance et pour consacrer de futures ressources à cette activité. Le CIC projette de créer une unité commerciale séparée, mettant en place des agents et développant un marketing important pour Bima ya Jamii, ce qui prendra un certain nombre d'années pour dégager des bénéfices commerciaux. ICICI Lombard consacre plus

de ressources provenant de l'assureur pour travailler avec des groupes communautaires afin de favoriser des taux de souscription plus élevés pour le produit d'assurance Santé MAS. ASR projette de commencer à mettre sur le marché des produits d'assurance individuels. On s'attend à ce que toutes ces mesures augmentent la base de dépenses des initiatives en matière de micro-assurance. À mesure que l'activité se développe et que les assureurs passent du temps à renforcer et maintenir l'activité, il deviendra de plus en plus important de surveiller les dépenses relatives à la micro-assurance avec plus de précision.

Structure organisationnelle

La structure organisationnelle de l'assureur et la position de l'activité de micro-assurance dans cette structure affectent les coûts de gestion de l'activité et le soutien de cette activité par des interfinancements émanant de produits d'assurance traditionnels.

- La micro-assurance n'est pas gérée séparément de l'assurance traditionnelle pour ICICI Lombard et ASR. ICICI Lombard affecte des ressources dans l'activité à un niveau vertical d'unité commerciale (par exemple activité d'assurance Santé). Les coûts de la micro-assurance sont supportés par les revenus des primes provenant du même type d'activité si nécessaire. La situation est similaire chez ASR, sauf que la micro-assurance est gérée par le département d'assurance Vie au niveau de la compagnie. Cela génère un chevauchement des compétences et des ressources provenant des unités commerciales générales et permet aux dépenses de l'activité d'être supportées par le revenu des primes provenant d'autres branches d'activité.
- Le Old Mutual Foundation Market a été créé en tant qu'unité commerciale séparée pour conférer le degré nécessaire de concentration sur le marché aux stades de développement. Cela nécessite donc des volumes de primes suffisants provenant d'une variété de produits pour que cela soit viable. Jusqu'ici, le produit d'assurance Obsèques de groupe a généré des volumes de primes à un niveau qui pourrait apporter une certaine contribution à l'infrastructure et aux coûts de gestion internes de l'unité commerciale, mais les coûts correspondants de distribution du produit ont limité le champ de cette contribution. En conséquence, le Foundation Market se sert toujours de l'infrastructure générale, des ressources et de l'expertise provenant d'autres unités commerciales, ce qui peut être important dans les premiers stades de développement d'une initiative de micro-assurance.
- Les activités relatives à la micro-assurance ont été précédemment entreprises par divers départements au sein du CIC. L'assureur a maintenant créé un département de micro-assurance séparé, et devenir une unité autonome constituera un défi car, actuellement, la micro-activité repose fortement sur l'appui des activités traditionnelles. Il est probable que le département de micro-assurance s'appuie sur des ressources provenant d'autres départements si nécessaire.

18.4 Conclusions et recommandations

L'expérience en matière de rentabilité était inégale pour les cinq assureurs différents :

- Les produits d'assurance Emprunteur obligatoires et les produits d'assurance Décès accidentel et Invalidité du CIC, de ASR et de Malayan sont les plus rentables.
- Old Mutual et ICICI Lombard trouvent que l'atteinte de la rentabilité avec les produits d'assurance Obsèques de groupe et d'assurance Santé MAS est un vrai défi. Bien que ces assureurs aient vu les pertes baisser dans cette activité après des mesures correctives, les initiatives ne montrent pas encore de profits, tels qu'ils sont mesurés dans cette étude.
- En outre, le produit d'assurance Santé MAS est déficitaire du point de vue des demandes d'indemnisation avant que les dépenses concernant cette activité ne soient prises en compte. Cela signifie qu'il ne contribue pas aux dépenses de développement et de gestion de l'activité ou aux dépenses de société générales.

L'analyse des facteurs pilotant la rentabilité a indiqué que :

- Les produits obligatoires et les produits avec les avantages d'assurance Vie simples dont le tarif est plus facile à déterminer ont montré de la rentabilité.
- Ne pas parvenir à atteindre le facteur d'échelle et le contrôle de la sélection adverse conduit à des taux élevés de demandes d'indemnisation.
- La réassurance est importante pour l'assurance Intempéries indexée.
- Travailler avec des partenaires peut aider les assureurs à gérer les coûts de distribution et d'administration de l'activité. Le modèle avec agents salariés d'Old Mutual présentait les taux de dépenses les plus élevés.
- Travailler avec des partenaires faisant preuve de motivation sociale peut conduire pour les membres à des avantages dépassant la couverture offerte par les polices d'assurance. Le Manipal Group effectue des campagnes de sensibilisation aux soins de santé à destination de la communauté.
- ICICI Lombard a tiré profit de subventions de primes pour le produit d'assurance Intempéries indexée. Les subventions rendent le produit accessible à une proportion plus élevée du marché et contribuent à l'atteinte du facteur d'échelle pour ces initiatives.

L'obtention d'un retour de la part des partenaires et du marché ainsi que la surveillance des performances financières sont essentielles pour renforcer une initiative de micro-assurance commercialement viable. Tous les assureurs de ces études de cas surveillent activement l'expérience de leurs portefeuilles de micro-assurance en matière de demandes d'indemnisation. Cependant, la plupart ne surveillent pas les dépenses de lancement et en cours de fonctionnement relatives à la micro-assurance séparément des dépenses d'une autre activité d'assurance. Les assureurs ont

besoin de surveiller tous les coûts pour avoir une compréhension plus complète des performances de leur activité de micro-assurance.

Les expériences du CIC, d'ICICI Lombard et d'Old Mutual montrent que l'expansion en direction du secteur de la micro-assurance peut être un processus d'apprentissage itératif dans lequel des leçons coûteuses sont tirées de l'expérimentation. Cette observation illustre l'importance de surveiller l'expérience, en tirant en permanence des leçons du marché et en ajustant le produit et la tarification afin d'améliorer la viabilité des produits.

Dans le cadre de cette recherche, tous les assureurs considèrent que le vaste marché des personnes à faible revenu est inexploité et offre une opportunité commerciale potentiellement viable. Les assureurs mettent de plus en plus l'accent sur le marché des personnes à faible revenu dans leurs projets d'expansion. Ils consacrent des ressources au renforcement des capacités sur le marché et créent une base solide pour l'activité de micro-assurance. Les marchés deviennent plus concurrentiels et établir des relations avec des partenaires tels que les IMF et les banques rurales devient crucial. En dépit de ces efforts, certaines initiatives n'ont pas encore montré de profits et ne couvrent encore qu'une petite partie du marché potentiel.

Bien que ces cinq études de cas donnent des perspectives précieuse sur la rentabilité des initiatives des assureurs en matière de micro-assurance, il serait prématuré de tirer des conclusions générales sur la rentabilité de ces initiatives et il faudrait être prudent en appliquant les résultats de ces études de cas à d'autres contextes et produits. De plus amples recherches sur les performances d'autres micro-assurances seront utiles à cet égard.

Bien que ce chapitre considère seulement la viabilité de la micro-assurance, un examen complet devrait incorporer la proposition de valeur pour le client proposée par l'initiative afin de fournir une perspective holistique. Il est nécessaire de mettre la question de la rentabilité en balance avec le fait de savoir si les produits fournissent la valeur au client *(voir chapitre 15),* parce que la durabilité à long terme dépend de la proposition des produits en matière de valeur. Un futur protocole de recherche devra considérer cette question importante.

19 Apprendre aux éléphants à danser : l'expérience des assureurs commerciaux dans les marchés à faible revenu

Janice Angove, Martin Herrndorf et Brandon Mathews

Les auteurs souhaiteraient remercier Felipe Botero (MetLife), Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), K Gopinath (IFFCO-Tokio), Thomas Mahl (Munich Re), Marc Nabeth (CGSI) et Dirk Reinhard (Munich Re Foundation) pour leurs idées et suggestions. Les auteurs sont redevables vis-à-vis des nombreux dirigeants d'assurances commerciales qui ont parlé lors d'un entretien de leurs expériences qui ont servi de contexte recherche pour cet article.

Dans la seconde moitié du XXe siècle, de nombreux assureurs commerciaux des marchés développés ont changé leur fusil d'épaule en passant de la classe moyenne à des clients plus fortunés.[1] Cependant, plus récemment, dans les marchés émergents, la démarche semble s'inverser car certains assureurs deviennent optimistes quant au service apporté aux marchés des personnes à faible revenu avec ce que l'on appelle d'une façon générale la « micro-assurance » et s'engagent dans ce sens. Cependant, ces compagnies, les éléphants dans le titre de ce chapitre, doivent dans l'ensemble travailler en vue de développer les produits, les processus et le sens des affaires afin de desservir les petits agriculteurs, travailleurs nationaux, les artisans, les vendeurs de marché et analogues, car peu d'assureurs sont familiarisés avec les besoins et caractéristiques de ce marché. En se fondant sur les expériences pionnières des nouveaux venus, ce chapitre donne quelques idées pour démarrer.

Le secteur de l'assurance formelle a de vastes ressources en capital, argent, population, accès et expérience. Le déploiement de ses ressources dans l'intérêt des ménages des personnes à faible revenu promet d'apporter une grande contribution à la réduction de la pauvreté. Dercon et al. (2008) a indiqué que le risque non-assuré est une cause de pauvreté. Il est difficile d'imaginer une opportunité plus appropriée pour les assureurs pour contribuer à l'amélioration de la société. Appliquant les compétences essentielles et motivés par une croissance rentable sur le moyen et long terme, les assureurs peuvent aborder certaines vulnérabilités qui perpétuent la pauvreté et inhibent le développement économique. Pour cela, les assureurs ont cependant besoin d'un certain degré de changement et d'innovation.

Savoir si les « personnes à faible revenu » désignent les personnes pauvres, les personnes pauvres qui travaillent ou les classes moyennes émergentes peut être débattu. Le défi pratique primordial pour un assureur commercial sur ce marché non familier est d'obtenir le bon équilibre coût-avantage. Les coûts incluent tout

[1] *Wall Street Journal,* 3 octobre 2010 : « Passer à une clientèle plus fortunée est un piège pour les assureurs d'assurance Vie ».

ce qui est requis pour apporter les changements, depuis les investissements et le temps consacré à la gestion jusqu'à la gestion de projet et le risque en matière de réputation. Les avantages sont résumés plus facilement sous le terme de profit, mais incluent également une valeur supplémentaire provenant de la compétitivité accrue par le biais d'innovations utiles et de réputation améliorée.

Ce chapitre résume l'expérience des assureurs commerciaux travaillant en vue d'étendre leur activité vers le segment des personnes à faible revenu et les recommandations pour eux. Organisé en 3 sections, le chapitre débute par les motifs et les objectifs des assureurs. La deuxième partie discute du processus pour atteindre ces objectifs au sein de la compagnie, et la troisième section traite des activités externes avec des clients et partenaires dont ils ont besoin pour atteindre un facteur d'échelle et la durabilité.

19.1 Implication des assureurs commerciaux dans la micro-assurance

19.1.1 Le rôle des assureurs commerciaux : potentiel et défis

Les assureurs commerciaux sont de plus en plus impliqués dans le marché des personnes à faible revenu et jouent un rôle actif dans l'établissement de moyens visant à étendre leur activité. La perception selon laquelle le marché des personnes à faible revenu ne peut pas être assuré appelle quelques explications et est fausse, et on considère que les initiatives en matière de micro-assurance offrent une occasion de voir que le potentiel de la « fortune [est] au bas de la pyramide » selon Prahalad (2005). Les personnes pauvres sont maintenant considérés comme un vaste marché inexploité qui agrège des ressources financières importantes et qui ont un grand besoin, qui font face à des risques qui sont systématiquement assurés dans des segments de personnes à hauts revenus.

De nombreux assureurs multinationaux visent à se développer rapidement dans les marchés émergents. Chartis a même requalifié son département « Marché émergent » en « Marché de croissance ». Les compagnies comme Allianz, Chartis et Zurich ont pris des initiatives dédiées pour améliorer le moyen d'atteindre des clients à faible revenu. Certains assureurs nationaux se sont également engagés dans ce segment de marché, probablement parce qu'ils font face à une concurrence dans les marchés plus fortunés ou bien parce qu'ils ont l'esprit d'entreprise.

Globalement, l'implication des assureurs commerciaux dans la micro-assurance a connu une croissance importante sur plusieurs fronts :

- **Les nouveaux marchés :** Un certain nombre d'intervenants internationaux ont étendu leur activité dans des économies émergentes, par exemple Allianz dans plusieurs pays africains, en Colombie, en Inde et en Indonésie, et Mapfre dans toute l'Amérique latine. On s'attend à ce qu'une proportion importante de l'activité dans ces pays provienne du marché des personnes à faible revenu, certains assureurs rapportant que 20 % de leurs assurés sont des clients de la micro-assurance. Il est également possible de trouver des exemples d'assureurs commerciaux jouant un rôle dans des initiatives contribuant au développement, telles que les programmes du secteur public et les activités de responsabilité citoyenne (corporate social responsability ou CSR). Par exemple, les assureurs commerciaux se sont impliqués dans le Rashtriya Swasthya Bima Yojana (Projet National d'Assurance Maladie) en Inde *(voir chapitre 20).* Les primes de ces projets sont souvent subventionnées par le gouvernement ou des donateurs pour rendre les produits plus abordables pour le marché des personnes à faible revenu.
- **Nouveau venu :** Le marché a vu un intérêt dans les assureurs, qui n'étaient auparavant pas concernés par le marché des personnes à faible revenu, et leur arrivée. Par exemple, les assureurs généraux en Afrique du Sud, Santam et Mutual and Federal, ont développé des produits proposant une assurance Construction et Habitation pour les ménages à faible revenu. En raison des conditions réglementaires requises en Inde *(voir chapitre 20),* les assureurs multinationaux opérant dans ce pays sont de plus en plus confrontés à la micro-assurance et certains commencent à exporter les leçons apprises.
- **Nouveaux produits :** Les assureurs commerciaux ont étendu leur gamme de produits au-delà de l'assurance Emprunteur *(voir chapitre 9),* de l'assurance Obsèques *(voir chapitre 10)* ou de simples polices de décès accidentel et d'invalidité. D'autres produits comme l'assurance des biens, l'assurance Récolte indexée *(voir chapitre 11),* l'assurance Incendie et Trajets réguliers sont prometteurs *(voir encadré 19.1).*
- **Innovation dans l'intermédiation :** Les assureurs sont en train de bénéficier des avancées en matière de technologies de l'information et des communications *(voir chapitre 24)* et des opportunités dans l'établissement d'un lien avec des groupes agrégateurs *(voir encadré 19.2)* pour se développer sur de nouveaux marchés.
- **Niveau de concurrence :** Bien que l'avantage d'être le premier sera toujours très important dans l'établissement d'une relation avec des partenaires et dans l'accès au marché, certains marchés, comme la Colombie, l'Inde et l'Afrique du Sud, sont soumis à une concurrence croissante dans l'activité de la micro-assurance. L'assurance Obsèques de groupe et l'assurance Emprunteur sont des marchés fortement disputés, avec des canaux de distribution comparant activement les devis, les niveaux de commission et de services lorsque l'on choisit un assureur pour réassurer la couverture.

Encadré 19.1 **Diversité croissante de produits proposés par les assureurs commerciaux**

L'intérêt commercial de proposer de la micro-assurance a résulté de la prolifération des différents types de produits de micro-assurance dans le monde :

– Kenya Orient Insurance a relancé le produit Safari Bima en 2010 proposant une assurance Décès accidentel, Invalidité et Santé à ceux qui font des trajets réguliers.
– En 2008, Mutual and Federal a testé une assurance Bétail couvrant les petits fermiers en Afrique du Sud.
– Allianz a lancé un produit d'assurance Vie doté d'une composante épargne en Inde, en 2008, attirant 3 millions d'assurés et plus de 100 M de $US de primes annuelles.
– De même en Inde, Agriculture Insurance Coporation, IFFCO-Tokyo et ICICI Lombard participe en ce moment à un projet subventionné d'assurance Bétail indexé sur la météorologie pour les fermiers. Ayant vu l'opportunité, plusieurs assureurs commerciaux se sont appliqués à faire partie du projet pour la prochaine saison des récoltes. Les réassureurs ont également montré un intérêt dans la réassurance de ce projet.
– En Jordanie, Zurich a lancé un produit d'hospitalisation en espèces mis sur le marché sous le nom « Caregiver » et distribué par MicroFund for Women qui est affilié au Women's World Banking.

Encadré 19.2 **Distribution innovante utilisée par les assureurs commerciaux**

Comme cela est discuté en détail au Chapitre 22, la distribution innovante a été facilitée par la plus grande disponibilité de partenaires que les assureurs commerciaux peuvent utiliser pour accéder au marché des personnes à faible revenu. Ces partenaires mènent souvent la discussion et approchent les assureurs pour établir des initiatives en matière de micro-assurance :

– Mapfre a établi un partenariat avec CODENSA, la plus grande compagnie d'électricité en Colombie, avec approximativement deux millions de clients à Bogotá. Un certain nombre de produits assurances sont offerts aux clients de CODENSA en tant que partie d'un programme de fidélité clients incluant l'assurance Obsèques, l'assurance Vie, une garantie étendue et une assurance individuelle Accidents. Les produits sont mis sur le marché par une force de ventes face-à-face et des centres d'appels externalisés. Les canaux de vente et de marketing sont gérés par CODENSA avec soutien de Mapfre (Smith et al., 2010).

– En Afrique du Sud, Hollard a étendu avec succès ses relations avec des détaillants de Edcon Group à PEP Stores moins chers, et il distribue également par le biais de Best Funeral Society.
– Zurich a expérimenté en Bolivie et au Mexique des cartes d'assurance prépayées vendues dans les kiosques à journaux et les magasins de détail. Au Chili, il a établi le lien entre des agents porte-à-porte et une compagnie d'utilité publique pour collecter les primes, et en Afrique du Sud il a utilisé des agents équipés d'un téléphone mobile et d'applications afin d'améliorer les ventes.

Outre l'activité étiquetée « micro-assurance », les assureurs commerciaux abordent plus fréquemment le marché des personnes à faible revenu par des initiatives appelées « distribution alternative », « marché de masse », « activité de groupe », « fidélité » ou « marketing affinitaire ». Bien que le positionnement de l'activité comme micro-assurance puisse attirer de nouveaux partenaires intéressés par un avantage sur le long terme pour leurs clients, quel que soit le nom que l'on donne à l'initiative, innovation et changement sont fréquemment requis pour apporter de nouveaux produits par le biais de nouveaux partenaires à de nouveaux clients. Il est important de dépasser les étiquettes et de développer une stratégie unifiée pour des segments de personnes à faible revenu afin d'élaborer un portefeuille d'activité qui soit efficace en coût sur le court terme et durable sur le long terme.

Jusqu'à présent, le marché a vu des succès et des échecs dans divers produits et accords de partenariat, comme c'est le cas dans l'assurance traditionnelle. Cependant, le déblocage de l'opportunité économique sur le marché de la micro-assurance est un défi pour les assureurs. La prochaine section discute des opportunités offertes par la micro-assurance et des retours qu'elle peut générer pour l'assureur.

19.1.2 Motivations et mesures du succès

Les innovations visant à atteindre de façon efficace le segment des personnes à faible revenu impliquent des coûts, et par conséquent un portefeuille de micro-assurance fructueux devrait générer des retours qui justifient l'investissement. Les retours potentiels liés à la micro-assurance entrent dans trois catégories principales : 1) retour financier ; 2) innovation ; et 3) réputation. L'importance relative de chaque élément variera en fonction de l'assureur et du niveau de développement de l'initiative. Cependant, sur le moyen et le long terme, les initiatives en matière de micro-assurance ont besoin de générer des retours financiers pour les assureurs afin qu'ils poursuivent l'activité, même si ces retours sont reconnus dans d'autres segments d'activité par une innovation ou un partenariat amélioré.

Retours financiers

Pour créer un portefeuille de micro-assurance important chez un assureur commercial, la rentabilité doit être atteinte. Les investisseurs demandent un niveau de retour en rapport avec le risque de l'activité. Avec un effort plus grand requis et plus d'inconnus, la micro-assurance devrait demander un profit encore plus élevé, ne serait-ce que pour les avantages correspondants en matière d'innovation et de réputation. La viabilité financière doit être atteinte dans une période raisonnable, sinon les assureurs sortiront du marché ou imposeront des limites basses à leur exposition.

Des primes absolues moindres signifient que des volumes d'activité importants doivent être vendus pour générer des profits à un niveau justifiant l'effort. De la même manière, un facteur d'échelle est requis pour générer des avantages réels à faible coût pour les clients de la micro-assurance. Bien que le nombre exact de clients pour lequel un projet devient rentable varie en fonction de la structure des coûts et de la situation des clients, la plupart des compagnies d'assurances hésiteront à participer à des projets ayant moins de 10 000 clients pour la micro-assurance. Comme le facteur d'échelle ne peut pas être atteint sur le moyen terme, il est également important de mesurer son précurseur, la croissance.

La micro-assurance offre des opportunités de diversification pour les assureurs commerciaux. Pour les assureurs multinationaux, la diversification en matière de nouveaux territoires, risques et groupes cibles est attrayante. Prendre des risques dans des activités non corrélées avec leur portefeuille principal est particulièrement utile pour améliorer le profil de risque général de l'assureur et la gestion du cash-flow.

Innovation

Au centre du discours sur la micro-assurance se trouve la prise de conscience du fait que les canaux de distribution, les produits et les processus couramment utilisés par les assureurs seront moins performants dans le segment des personnes à faible revenu. En conséquence, de l'innovation est requise, ce qui implique de réduire radicalement les coûts, d'augmenter l'efficacité et de faire des propositions d'assurance plus simples et plus directes au client, même si c'est complexe à faire pour l'assureur.

Les perspectives et compétences obtenues par des activités de micro-assurance réussies peuvent souvent être transférées à l'activité principale de la compagnie dans le temps. Les innovations qui permettent de vendre de l'assurance de façon rentable à un client ayant de faibles revenus dans un kiosque à journaux ou bien par le biais d'un téléphone mobile peuvent être adaptées pour desservir les clients plus fortunés. Les assureurs ont également indiqué que les leçons apprises pour rendre la micro-assurance plus efficace en coût peuvent être appliquées à l'activité plus large, avec pour résultat des coûts moindres pour la compagnie dans l'ensemble.

Réputation

Une bonne réputation chez les investisseurs, les régulateurs et dans le public, et la confiance des assurés sont importantes pour que les assureurs aient accès au capital et puissent maintenir et étendre leur activité. Les investissements et les actions prises avec des objectifs sociaux à l'esprit présentent des avantages pour l'assureur en matière de réputation.

Étendre l'accès aux services financiers sur des marchés non desservis a fait l'objet d'une attention accrue ces dernières années. Les assureurs dans plusieurs économies émergentes ont pris l'initiative d'accéder, et d'étendre l'accès à l'assurance, au marché des personnes à faible revenu *(voir chapitre 25)*. « L'inclusion financière » a fait l'objet d'une attention internationale dans les débats du G-20. Offrir de la micro-assurance peut permettre aux assureurs d'asseoir une réputation pour contribuer à atteindre des objectifs sociaux plus larges, y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La micro-assurance peut également contribuer à des motivations CSR. Si une entreprise engagée socialement attire et motive les employés, les actionnaires et les clients, la promesse sociale de la micro-assurance, l'amélioration des conditions de vies du marché des personnes à faible revenu en offrant de la protection contre les risques qui conduiraient sinon à davantage de pauvreté, améliore indirectement les résultats de la compagnie.

Les assureurs qui vont au-delà de la vue selon laquelle l'impact social et la rentabilité requièrent inévitablement un compromis peuvent être plus susceptibles de comprendre les synergies dans le développement de ces objectifs. Au niveau de l'impact social, par exemple, la rentabilité est requise pour mobiliser les investissements nécessaires pour atteindre un facteur d'échelle et améliorer la qualité de produit et service pour les clients. D'un point de vue rendement, un impact social croissant peut renforcer la demande sur le long terme en améliorant le niveau de vie des clients. Sur le long terme, la micro-assurance a besoin de créer de la valeur pour les clients en les protégeant contre les risques à un prix acceptable, tout en créant en même temps de la valeur pour l'assureur en contribuant aux profits généraux aux entreprises *(voir encadré 19.3)*.

Encadré 19.3

Pratiques de la micro-assurance « client émergent » de Zurich dans le monde

Les aspirations et les objectifs des pratiques de Zurich en matière de micro-assurance incarnent le double objectif de retour financier et social, avec les objectifs de croissance financière durable, d'innovation en matière de processus et de produits, et d'engagement envers la société en offrant de façon proactive les ressources humaines et financières de Zurich pour aborder le défi et la promesse d'une inclusion financière plus importante.

Zurich a commencé par prendre ses distances avec le terme « micro-assurance », en utilisant à la place « client émergent ». La compagnie sent que cela reflète mieux les besoins des clients, qui ne sont pas micro (du moins du point de vue des clients), de même que le préfixe « micro » ne décrit pas de façon appropriée le facteur d'échelle de cette activité. L'initiative ne considère donc pas les ménages à faible revenu comme des pauvres, mais comme des clients émergents et ambitieux, comme cela est prouvé par la classe moyenne croissante des marchés émergents. L'assurance protège les actifs et le revenu, et les clients émergents ont les deux.

En 2010, Zurich avait 2,3 millions de polices couvrant des « clients émergents » dans sept pays, en partant de 1,8 millions en 2009. Approximativement 75 % du volume vient de l'Amérique latine, 15 % d'Asie et les 10 % restants d'Afrique.

Source : Adapté du site internet Services Financiers de Zurich.

De plus, une motivation importante pour les assureurs de s'impliquer dans la micro-assurance est d'obtenir l'avantage d'être le premier dans un marché en développement. Ainsi, l'intention des assureurs est de construire une base de clients qui resteront fidèles et étendront l'utilisation du produit d'assurance pour augmenter leur niveau de revenus.

Comme c'est résumé dans le tableau 19.1, la micro-assurance a le potentiel de fournir des retours financiers et des avantages concernant l'innovation et l'établissement de la réputation de l'assureur. Cependant, les initiatives ont besoin d'être structurées soigneusement pour être commercialement viables. La section suivante esquisse les grandes lignes d'une approche, se focalisant tout d'abord sur des questions internes, pour obtenir ce succès.

Tableau 19.1 **Activités micro-assurance des assureurs commerciaux et mesure de leur succès**

Exemple	*Mesures clés du succès*		
	Rentabilité	*Innovation*	*Réputation*
Le produit d'hospitalisation en espèces CareGiver lancé par Zurich et distribué par un IMF en Jordanie	Le produit a été lancé en 2010, mais les premières demandes d'indemnités et les ratios de dépenses semblent prometteurs	Le produit offre une couverture d'assurance Santé sans précédent, incluant les complications en matière de maternité ; il prend en compte les caractéristiques spécifiques des femmes assurées *(voir Chapitre 16)*	Le produit a donné à Zurich et à son partenaire une couverture médiatique dans les principaux médias du monde
Allianz a lancé le Sarva Shakti Suraksha (SSS), un produit d'assurance Vie épargne avec des IMF et des coopératives en Inde	Avec plus de 100 M de $US de revenus et une rentabilité suffisante, le produit est en cours d'adaptation à d'autres marchés	Le SSS est un produit de premier plan pour la micro-assurance d'épargne en Inde et a ouvert le chemin à de nouveaux canaux de distribution ; l'assuré a également adapté le produit au marché de l'Indonésie	Les médias internationaux ont parlé à plusieurs reprises du produit et de la coopération d'Allianz avec des partenaires clés
« Segment micro-assurance » de Mapfre Brésil	En 5 ans, Mapfre a multiplié ses revenus au point de vendre en 20 jours ce qui prenait habituellement une année	Le ciblage des travailleurs de l'économie informelle a étendu le marché potentiel de façon exponentielle	Il a attiré l'attention des médias et des agences de développement

19.2 Organisations internes : modèles pour le succès

Le développement de la micro-assurance comme activité viable pour une compagnie d'assurances peut nécessiter de modifier les structures et processus internes, parfois de façon importante. Cette section discute des étapes et des changements clés requis, ainsi que des facteurs de succès identifiés auprès d'un certain nombre d'assureurs commerciaux.

Comme le montre la figure 19.1, la forme, le développement et la chronologie réels de ces changements seront influencés par des facteurs au sein de la compagnie ainsi que par l'environnement réglementaire et du marché. De plus, la micro-assurance, tout comme toute autre initiative d'activité, devrait être sous-tendue par de bonnes pratiques commerciales, incluant une gestion saine des risques et une implémentation forte. Une surveillance continue et un retour des modifications apportées peuvent aider à les implémenter de façon efficace.

Figure 19.1 **Modèle pour développer des initiatives de micro-assurance durable**

Environnement, réglementation et pratiques du secteur	1. S'assurer d'une compréhension interne et d'un engagement	Surveillance et retour d'informations
	2. Modèles d'apprentissage et d'ajustement	
	3. Structurer l'activité en vue d'un facteur d'échelle	
	Gestion des risques et bonnes pratiques commerciales	

19.2.1 Garantir la compréhension et l'engagement internes

La première phase commence par la définition de la micro-assurance chez l'assureur commercial, l'identification des motivations de la compagnie, la consolidation de l'appui et la planification des premières étapes. Il est nécessaire d'établir des indicateurs de succès sur le court et le long terme à ce premier stade, ce qui est susceptible d'inclure une combinaison des objectifs discutés dans la section précédente. Les objectifs devraient être encadrés autour d'une viabilité commerciale sur le long terme pour que l'initiative soit suffisamment documentée pour qu'elle ait une chance de réussir.

Comme condition première pour gérer la micro-assurance de façon efficace, un parrainage de haut niveau et la volonté d'innover à différents niveaux de la compagnie sont essentiels. Le concept de micro-assurance est fondamentalement attractif ; aider les clients à faible revenu, capter la croissance du marché émergent, contribuer à la société et faire un profit. Cependant, investir dans la micro-assurance requiert une compréhension et un engagement plus importants que le « coup de foudre ». Le développement de l'activité de micro-assurance nécessite une attention de gestion et une allocation de ressources face à des priorités concurrentes. Il est important d'identifier un parraineur interne, qui serait un dirigeant ayant une autorité, des ressources et un intérêt suffisants.

Établir un soutien peut être difficile en raison du fait que la micro-assurance est perçue comme de la charité ou, pire encore comme des relations publiques cyniques. Le segment des personnes à faible revenu est souvent caractérisé comme étant à haut risque, peu rentable ou même impossible à desservir *(voir encadré 19.4).* C'est commandé, au moins en partie, par un raisonnement circulaire qui conclut que, parce que les clients à faible revenu n'achètent pas d'assurance aujourd'hui, ils n'en achèteront pas demain. Ce raisonnement fait penser à la fameuse observation faite par le fondateur de Digital Equipment Corporation : « il n'y a aucune raison que quiconque veuille acheter un ordinateur pour chez soi ».

Parce que les attentes sont faibles, les assureurs ne font pas les changements nécessaires en vue du succès. Lorsque Zurich en Afrique du Sud a offert le premier une couverture de micro-assurance pour les biens, la direction a insisté pour que l'on fasse le moins de changements possibles afin de prouver que la micro-assurance fonctionne avant que l'on fasse les changements. Comme on pouvait s'y attendre, sans aucun changement dans la proposition, les clients qui ne voulaient pas d'assurance auparavant ont continué à ne pas en vouloir.

Encadré 19.4

Réactions diverses de la part de la direction

Certaines des réactions des hauts dirigeants vis-à-vis de la micro-assurance incluent :

– « Les personnes pauvres n'achètent que trois choses : de l'alcool, des cigarettes et des billets de loterie ».
– « Trop volatile … pas dans mon portefeuille ».
– « Même si ce sera une chose importante dans 10 ans, regardez autour vous dans cette pièce … Voyez-vous quelqu'un ici qui ne sera pas en retraite dans 10 ans … »
– « Cela pourrait être votre définition, mais pour moi, la micro-assurance n'est que de la micro-assurance si elle perd de l'argent … »
– « Cela sonne bien … je suppose que vous avez besoin des personnes, ou d'argent, ou des deux, … voyons comment nous pouvons les obtenir. »
– « La micro assurance est une partie, mais il faut dire une très petite partie, de notre activité … ce qui signifie que la micro-assurance c'est bien d'en avoir ».
– « Même si c'est souvent dans les médias … pour nous c'est une niche d'activité, une activité secondaire ».
– « Le moyen le plus rapide pour se débarrasser de quiconque qui sait quoi que ce soit sur l'assurance est de dire le mot micro-assurance ».

Source : Mémos internes et notes de réunion émanant de diverses compagnies.

Une fois que les principaux parraineurs acceptent que la micro-assurance est à la fois commercialement attractive et utile pour la vie des clients, le projet aura besoin d'espace pour réussir, y compris de ressources humaines et financières, de cibles d'autorité et de performance. Il est vital de ne pas sous-estimer l'importance des dirigeants intermédiaires dans ce processus. Les dirigeants intermédiaires seront souvent responsables des prises de décision et d'un implémentation pratiques des processus requis pour le succès de la micro-assurance. Même s'il y a le soutien de la haute direction, les dirigeants et les collaborateurs qui travaillent d'une certaine manière et n'ont pas d'incitation à changer peuvent présenter un

obstacle au développement de la micro-assurance au sein d'une compagnie d'assurances.

Les deux autres défis principaux au niveau des dirigeants sont : 1) la nature de la micro-assurance comme initiative focalisée sur un segment de clients ; et 2) la structure des incitations pour les dirigeants. La micro-assurance n'est pas un produit, une fonction ou un processus unique; elle est un ensemble d'activités destinées à étendre l'accès aux clients à faible revenu. Elle implique des efforts coordonnés de différentes fonctions et départements chez l'assureur. Par exemple, coordonner une approche avec des produits d'assurance générale et d'assurance Vie dans la plupart des compagnies implique de travailler avec des départements distincts de réassurance, de demandes d'indemnités, de finances et même de ressources humaines (RH).

En ce qui concerne les incitations, la rémunération des dirigeants responsables de l'implémentation repose habituellement sur des cibles de croissance à court terme et des résultats cohérents sur le moyen terme ; dans ce contexte, l'incertitude et la volatilité perçue de la micro-assurance sont peu attractives. Des systèmes d'incitation en matière de micro-assurance doivent par conséquent être alignés sur la stratégie et les conditions d'activités requises de niveau supérieur. Une fois qu'une stratégie de micro-assurance à capté l'intérêt de la haute direction, il est nécessaire de la rendre tangible et concrète pour solliciter du soutien (au moins pour éviter d'être activement compromise) auprès des dirigeants intermédiaires.

Le soutien de la micro-assurance peut être obtenu en montrant la taille du marché potentiel, en mettant en lumière les succès de la concurrence, en illustrant la dimension sociale de la micro-assurance, et en présentant les opportunités d'apprentissage et d'innovation. Bien que cette tactique puisse gagner les cœurs et même les esprits des collaborateurs, elle ne remplace pas une autorité compétente et un système d'incitations.

L'assureur peut également impliquer des partenaires extérieurs tels que des organismes de développement et des partenaires de distribution à ce premier stade. Les opportunités d'aller voir des projets existants et l'exposition à des conditions réelles sur des marchés émergents par le biais de ces institutions aide à acquérir des expériences et des images tangibles du marché des personnes à faible revenu et de la micro-assurance. Des initiatives explicatives, souvent soutenues par des donateurs, ont été cruciales pour démontrer l'opportunité du marché et les modèles d'activité, créer une sensibilisation, et fournir de la matière aux dirigeants en micro-assurance pour convaincre leurs collègues et la direction de son potentiel.

Entrer dans une relation contractuelle à long terme avec un partenaire patient et respecté pour explorer conjointement l'espace peut apporter une légitimité et attention internes, et garantir un support crédible à long terme au sein de l'activité. Par exemple, avec son initiative mondiale, Zurich a travaillé en partenariat

avec le Swiss Agency for Devlopment and Cooperation (SDC) dès le début ; Allianz et Munich Re ont formé des partenariats similaires avec la Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) ; et des douzaines d'assureurs ont bénéficié de leur collaboration avec le Microinsurance Innovation Facility de l'ILO. Bien que les montants fournis par les donateurs soient relativement faibles du point de vue d'un assureur, plusieurs dirigeants de micro-assurance citent le soutien politique et symbolique apporté par les agences publiques comme étant crucial pour catalyser et prolonger l'engagement et l'appui internes.

19.2.2 Modèles d'apprentissage et d'ajustement

Créer une culture d'apprentissage ouvert

Comme prochaine étape pour pénétrer le marché, les assureurs commerciaux ont besoin de consacrer du temps et des ressources pour développer des aptitudes et capacités, tirer des leçons sur le marché, établir des relations et négocier des partenariats avec des intervenants pertinents.

Créer une culture d'apprentissage autour du marché de la micro-assurance et une volonté d'innover sont importants pour renforcer l'activité de la micro-assurance. Hollard, un assureur d'Afrique du Sud qui a couvert approximativement 4 millions de personnes à faible revenu en 2010 (Coydon et Molitor, 2011), attribue son succès à sa culture d'entreprise qui crée une approche non bureaucratique et ouverte. Néanmoins, cela met l'accent sur le fait que cela ne compromet nullement les principes d'activité de base, et que de nouvelles idées ont besoin d'être soutenues par une proposition d'activité saine.

L'extension vers le marché des personnes à faible revenu est souvent un processus d'apprentissage itératif, par lequel les initiatives sont affinées à mesure que l'assureur gagne de l'expérience. Une grande partie de l'apprentissage est l'empressement à se tromper, ce par quoi de nouvelles tactiques sont tentées et l'échec est toléré tant que la compagnie tire des leçons de l'effort qu'elle fait *(voir encadré 19.5)*.

Encadré 19.5

Créer de l'espace pour les erreurs et l'apprentissage

Au début de l'initiative de micro-assurance mondiale de Zurich, on a demandé au directeur général (DG), « nous aspirons à faire de nouvelles choses et nous finirons par nous heurter à un obstacle. Êtes-vous prêt à ça ? » Il a répondu « si l'erreur est stratégique, nous apprendrons quelque chose sur ce qui est inconnu, j'ai beaucoup de tolérance. Mais je ne tolérerai pas de travail bâclé. »

Utiliser les expériences et les tests

Les expériences et les tests sont deux approches qui font partie du processus d'apprentissage qui peut être utilisé pour affiner les modèles.

Les expériences sont des projets ponctuels avec des hypothèses clairement définies, destinés à confirmer qu'il est possible pour la compagnie d'atteindre ses objectifs de micro-assurance. Tant que cela est possible, l'activité centrale devrait être protégée contre ces projets ponctuels et les coûts devraient être limités au minimum requis pour tirer des leçons des résultats.

Les expériences peuvent être inestimables pour développer des initiatives et connaître les besoins et préférences des clients, les partenaires potentiels, les conditions locales, les réglementations sans engagements de ressources ou responsabilités. Les exigences en matière de systèmes peuvent être maintenues faibles avec des données souvent traitées dans des tableurs ou avec des solutions logicielles facilement disponibles. Un financement extérieur pendant cette phase peut être particulièrement utile si ceux qui prennent des décisions en matière de ressources ne sont pas rémunérés pour atteindre les objectifs appuyés par ces expériences.

Des critères clairs d'évaluation des expériences doivent être établis et les projets régulièrement évalués par référence à ces critères. En supprimant et clarifiant certaines variables, les résultats initiaux obtenus à ce stade expérimental aident à construire le cas pour les tests. Les idées émanant des expériences forment la base de l'innovation nécessaire pour garantir le succès d'un projet sur le long terme.

Des tests pour démarrer l'activité sont mis en place après que les expériences donnent des réponses pour prouver les hypothèses. Le stade des tests a permis de répondre à la plupart des questions-clés sur la manière dont l'activité finira par fonctionner. Bien que les tests doivent être souples et agiles, ils sont également le moment où il faut faire davantage d'investissements permanents initiaux. Un test est un investissement temporaire pour confirmer les meilleures méthodes avant la mise en œuvre, l'atteinte d'un facteur d'échelle et l'industrialisation. Les méthodes de test sont plus souples que les processus industrialisés, mais plus importants que les expériences. La forme de base de l'entreprise devrait être vue au stade des tests, même si les éléments individuels sont encore relativement faciles ou peu onéreux à remplacer. Tout comme les expériences, une forte focalisation sur l'apprentissage accélèreront les efforts pendant le stade des tests.

Les tests et les expériences seront des opportunités précieuses pour les assureurs pour ne pas se tromper avant d'atteindre le facteur d'échelle, mais en raison de considération de l'impact sur tous les participants ils sont recommandés. Les expériences créent des attentes vis-à-vis du personnel et des collaborateurs ainsi que des clients et d'autres parties prenantes extérieures. Les collaborateurs sont souvent tonifiés par la chance d'utiliser l'assurance pour faire le bien en société et même pour apporter sa contribution en terme de temps. Plus une expérience

touche les populations vulnérables, plus il est important de prendre en compte les effets sur les clients cibles. Outre le temps et l'argent de l'assureur, on demande aux clients à faible revenu d'investir de leur temps et d'avoir confiance en les expériences et les tests.

Encadré 19.6 **Processus d'apprentissage itératif**

Au Kenya, l'expérience du Cooperative Insurance Company (CIC) qui offre un produit combiné d'assurance Vie et d'assurance Santé qui a été relancée sous le nom de Bima ya Jamii en 2007, illustre comment le développement de produits de micro-assurance peut être un processus d'apprentissage itératif par le biais de changements apportés aux produits, du preneur de risque et du modèle de distribution.

CIC a commencé à fournir le produit combiné par le biais d'institutions de micro-finance sélectionnées (IMF) et des organismes d'épargne et de crédit (SACCO) en 2003. Dans le temps, le produit a été amélioré à la demande des partenaires avec des niveaux d'avantages accrus et des options pour des hôpitaux dont le coût est plus élevé. L'activité est bientôt devenue sérieusement déficitaire. CIC a établi ensuite un partenariat avec le National Hospital Insurance Fund du gouvernement pour offrir les avantages en matière de santé.

Dans cet arrangement, le ratio de demandes d'indemnités pour la composante de couverture d'assurance Vie retenue par CIC était d'un niveau acceptable, mais le volume de polices était bien inférieur à ce qui était attendu en raison d'un manque d'incitation individuelle pour le personnel des IMF et SACCO pour vendre le produit. Pour compenser cela, CIC a établi une relation avec une agence indépendante pour distribuer le produit par le biais d'un intermédiaire de micro-finance.

Source : Angove et Tande, 2011.

19.2.3 Structurer l'activité en vue d'un facteur d'échelle

Les initiatives en matière de micro-assurance ont de vastes opportunités d'échelle en raison de la taille de la population cible et du potentiel d'agrégation des canaux de distribution. Par un ajustement fin pendant la phase de test, la focalisation se tournera naturellement vers l'industrialisation. Lorsqu'on pénètre la micro-assurance avec de nouveaux produits, partenaires et processus, les assureurs utilisent souvent les aptitudes, l'infrastructure et les ressources financières d'autres gammes d'activités au stade initial de la l'industrialisation. Cependant, cet arrangement ne peut pas créer une adaptation idéale et peut mettre en danger le succès du projet. Les processus d'apprentissage itératifs continueront dans la

phase d'industrialisation car les initiatives de micro-assurance sont adaptées sur la base de l'expérience et des réactions du marché *(voir encadré 19.6).*

Faire correspondre les ressources traditionnelles à un nouveau modèle d'activité
Des systèmes et processus stables sont requis pour protéger les données des clients et pour assurer une conformité avec les normes de réassurance et de réglementation et par conséquent des ressources sont souvent fournies par l'activité principale. Par exemple, Old Mutual en Afrique du Sud a créé le département Foundation Market pour desservir les ménages à faible revenu, mais jusqu'à ce qu'il puisse atteindre un facteur d'échelle et générer des profits suffisants, cette unité d'activité reste financièrement et techniquement soutenue par d'autres départements *(voir chapitre 18).*[2] Pour atteindre le facteur d'échelle, un groupe de personnes plus large comprenant des dirigeants de plus haut niveau, des experts techniques et l'équipe opérationnelle doit être impliqué dans le développement de la micro-assurance pour qu'elle devienne une gamme d'activité établie. Bien que la détermination du prix du produit puisse se faire sur une base ad hoc pour les expériences et les tests, les ressources techniques actuarielles et de réassurance sont requises lorsque l'on établit une initiative modulable.

À mesure que la micro-assurance se développe, les plates-formes d'assurance traditionnelles se battront pour opérer avec le rendement et l'agilité requis *(voir encadré 19.7).* Les polices à faible coût ne peuvent pas supporter les mêmes structures de dépenses que les produits traditionnels. Une compagnie multinationale en Inde a trouvé que cela coûte plus de 20 $US pour délivrer une police, et qu'il n'existe aucun moyen de desservir le groupe cible de micro-assurance tout en supportant un tel coût. Pour toucher encore davantage et de façon rentable le marché des personnes à faible revenu, les produits doivent être extrêmement rentables. Pour atteindre cela, certains assureurs investissent une quantité de temps et d'effort importante pour négocier les économies de coûts et rendre les structures opérationnelles plus efficaces.

En conséquence, faire appel à des ressources d'activité traditionnelles peut requérir un important « désapprentissage » et une importante « restructuration ». Les assureurs ont besoin d'empêcher que l'initiative croissante soit étouffée par des systèmes et processus juridiques, telles que des systèmes inflexibles de technologie de l'information (IT), et le personnel responsable de ceux-ci. De plus, travailler avec des parraineurs et partenaires de distribution extérieurs requiert que les systèmes et opérations répondent de façon souple aux différentes conditions requises des partenaires.

[2] Govindarajan et Trimble (2005) signalent que c'est la façon la plus risquée de faire les choses, mais c'est la tendance la plus naturelle parmi les entreprises établies.

Encadré 19.7 **Micro-assurance dans les compagnies d'assurance multinationales**

Les compagnies multinationales offrent des opportunités et défis spécifiques pour la micro-assurance. Leur solidité et ressources financières peuvent permettre des investissements stratégiques dans des opportunités à plus long terme et leurs marques internationales fortes peuvent fournir de la motivation pour davantage d'investissements spéculatifs pour produire les avantages sociaux ou rechercher le bien public. De plus, leur présence dans de nombreux pays peut aider à transférer les innovations en matière de produit et de système qui ont fait leurs preuves dans un cadre à d'autres. Les experts en micro-assurance basés au siège social peuvent contribuer à la construction de la base de connaissance mondiale, exercer un leadership éclairé et être un point de contact pour des organisations de la société civile ou le public.

Sur le plan négatif, les assureurs multinationaux ont de très nombreuses priorités concurrentes, en particulier sur les marchés émergents. Ils ont également atteint un facteur d'échelle suffisant pour décomposer les processus en départements fonctionnels, gagnant un avantage comparatif et un bénéfice en matière de gestion du risque, mais créant des barrières à une adaptation agile. Dans les compagnies divisées en gammes de produits, fonctions (réassurance, demandes d'indemnités, ventes, IT) et géographiquement, toute initiative qui vise à desservir un nouveau client devra soit coordonner simultanément tous les éléments de la compagnie (en substance, avoir une procuration du DG), soit, plus raisonnablement, modifier son ambition ou se scinder, comme le recommande Christensen (2003).

Travailler au sein du système apportera à l'intra-preneur de micro-assurance en herbe un considérable enseignement intéressant sur sa compagnie. Par exemple, un assureur d'Afrique du Sud avait l'intention de recruter une équipe de trois personnes pour diriger un bureau de micro-assurance sur le terrain. Dans le système RH de l'assureur, le salaire le plus bas possible est programmé au niveau zéro. Pour que le modèle d'activité de micro-assurance fonctionne, le programme devait payer des salaires inférieurs à la moitié du niveau zéro. En conséquence, la compagnie ne pouvait pas embaucher le personnel directement sans modifier tout le programme de compensation de la compagnie, c'est évidement un problème insoluble. Les trois personnes ont été recrutées par le biais d'une agence extérieure, ce qui a réduit leur lien avec la compagnie et augmenté le coût.

Les expériences émergentes des compagnies d'assurance multinationales qui développent des portefeuilles de micro-assurance assez importants dans le monde montrent que c'est rentable. Pour atteindre cela, et pour développer leurs activités de micro-assurance de façon systématique, beaucoup d'assureurs dans le monde ont créé des équipes ou unités spéciales pour faire avancer le sujet. Certaines de ces équipes jouent un rôle de coordination dans la promotion de la micro-assurance, l'établissement de normes de qualité et la gestion des relations

publiques et d'activité médiatique dans le monde. D'autres compagnies ont une approche plus active avec les employés au niveau du groupe qui gère des tests locaux, le développement de produits et l'acquisition de nouveaux partenaires de distribution.

Arrangements organisationnels

Pour intégrer d'anciennes ressources à de nouveaux processus, les assureurs peuvent utiliser différentes approches pour venir en appui de la micro-assurance : faire appel à des ressources existantes, externaliser des fonctions, créer une unité d'activité séparée ou joint-venture avec des ressources de micro-assurance dédiées. Naturellement, chaque approche présente des avantages et des inconvénients, comme c'est illustré dans le tableau 19.2, mais pour les compagnies qui se sont réellement engagées à desservir le marché des personnes à faible revenu sur le long terme, le modèle « cantonné » semble particulièrement incontestable.

Tableau 19.2

Diverses approches pour structurer l'activité

	Les pour	*Les contre*	*Exemple*
Coordination : Faire appel à des ressources d'activités existantes, coordonnées par une équipe de micro-assurance centrale	Coûts de démarrage et généraux relativement faibles pour la micro-assurance	– Tension constante entre l'activité traditionnelle et l'activité de micro-assurance – L'accès aux ressources est fortement contingent et imprévisible	– Mutual and Federal et Santam gèrent la micro-assurance par les divisions Nouveaux Marchés et Marchés Émergents respectivement
Externalisation : Acquisition de ressources de micro-assurance en externe (actuaires, systèmes, etc.)	– Coûts de démarrage relativement faibles – Souplesse plus grande pour choisir entre différents systèmes – Capacité d'obtenir une solution « éprouvée » pour les systèmes, etc.	– Opportunités d'apprentissage limitées pour l'assureur – Capacité limitée pour capter de la valeur sur le long terme – Confiance en l'externalisation de partenaire pour des projets d'innovation	– Allianz repose sur son partenaire PlatNet Guarantee pour gérer les relations de micro-assurance avec divers IMF dans les pays d'Afrique (Gradl et al., 2010)
Unité d'activité séparée ou joint-venture (cantonnement) : Créer une division séparée/joint-venture avec les ressources nécessaires pour la micro-assurance	– Meilleures accessibilité des ressources – Plus grande souplesse d'utilisation des ressources encadrées de manière appropriée – Élaborer une culture de la micro-assurance qui soutient des approches innovantes – Développer une compréhension complète des besoins et préférences du marché – Aborder la concurrence pour les ressources et l'attention avec d'autres domaines d'activité	– Coûts de démarrage plus élevés – Nécessité d'utiliser des ressources entièrement intégrées, perte de souplesse sur le court terme	– Metropolitan Life a créé Cover2go comme carrefour de l'innovation en dehors des sièges sociaux avec son propre système IT et un mandat pour innover (Smith et Smit, 2010c)

19.3 Relations extérieures : créer des relations de marché

Tout en créant une plate-forme interne solide, la focalisation doit également inclure l'environnement externe, en particulier le client et le canal de distribution. Bien qu'une distribution alternative *(voir chapitre 22)* et la valeur client *(voir chapitre 15)* soient traitées en profondeur dans d'autres chapitres, cette section se focalise sur les défis particuliers auxquels sont confrontés les assureurs commerciaux pour industrialiser et gérer des partenariats.

19.3.1 Industrialisation : atteindre un facteur d'échelle

Pour que la micro-assurance soit viable, les assureurs doivent toucher un grand nombre de clients à faible revenu de manière rentable, et cela implique 3 composantes : 1) des produits appropriés ; 2) le processus de ventes et le renforcement de la confiance ; et 3) les volumes de transactions.

Offrir des produits appropriés

La micro-assurance doit offrir une proposition de valeur solide au marché des personnes à faible revenu pour que l'activité soit durable sur le long terme. Contrairement à d'autres segments, presque par définition, le marché cible de la micro-assurance est au mieux très faiblement représenté dans le personnel des compagnies d'assurances. Par conséquent, pour comprendre réellement comment un segment perçoit le risque et l'adéquation de mécanismes existants pour y faire face, les assureurs ne peuvent pas se fier à l'intuition.

Certains assureurs ont travaillé avec succès avec des partenaires communautaires pour comprendre le marché. Les réactions des clients du microcrédit obtenues par le biais d'agents de prêt ont aidé Allianz à créer des produits ayant une meilleure valeur. En se fondant sur les idées glanées par ce processus, Allianz ajoute en ce moment une couverture d'assurance invalidité à son produit d'assurance Vie au Sénégal pour couvrir la perte de revenus si l'assuré est incapable de travailler (Gradl et al., 2010).

Une approche clé pour aborder le marché sur une grande échelle est de comprendre les mécanismes d'ajustement existants et apporter des avantages correspondants qui offrent une proposition avec une valeur encore améliorée. L'assurance Obsèques en Afrique du Sud est un exemple d'assureurs exploitant la demande de couverture lorsqu'ils s'étendent au marché des personnes à faible revenu. Les mécanismes informels tels que les projets de prestations des confréries à fonds funéraires et des funérariums sont courants en Afrique du Sud. Un certain nombre d'assureurs Vie ont vu l'opportunité de proposer de l'assurance à ce marché, avec pour résultat une proportion relativement élevée du marché des personnes à faible revenu ayant une couverture formelle. 40 % des sud-africains

adultes ont une assurance Obsèques, et la majorité appartient probablement au marché des personnes à faible revenu (FinMark Trust, 2009).

Dans le cas d'une couverture d'assurance Obsèques, le marché des personnes à faible revenu est particulièrement intéressé par le service obsèques réel et le soutien apporté pendant les préparations des funérailles. Certains assureurs travaillent donc en partenariat avec des funérariums pour apporter des services combinés plutôt que des avantages en numéraire aux assurés. Hollard en Afrique du Sud propose également un soutien à la famille du défunt qui est traditionnellement de la responsabilité des confréries à fonds funéraires informels (« Main charitable ») lors des funérailles.[3]

La conception de prestations nécessite d'être en accord avec les attentes du marché. Les assureurs ne devraient pas fournir de couverture qui diffère des attentes à tel point que les clients n'ont pas confiance. Par exemple, si une police a des prestations qui semblent être trop « belles pour être vraies », l'acheteur prudent les évite. Les assureurs ont également besoin d'avoir à l'esprit les préférences du marché pour trouver des moyens appropriés d'interaction avec le groupe cible, en particulier en ce qui concerne la technologie *(voir encadré 19.8).*

Encadré 19.8

Rencontrer le marché là où il est

Cover2go, une filiale de Metropolitan Life en Afrique du Sud, a développé un produit d'assurance Trajets réguliers innovant combinant l'utilisation d'agents au niveau de centre de transport et la technologie de la téléphonie mobile. Le produit proposait une couverture d'assurance Accident personnel de 2 140 $US pour une prime unique de 1,40 $US sur une période de vacances lorsqu'un grand nombre de personnes voyage. Il était vendu par le biais d'agents au niveau de centre de transport, la prime étant déduite du crédit de téléphone mobile. La confirmation d'achat de la police était envoyée aux assurés par SMS. L'étude menée avant le lancement a suggéré qu'il y avait davantage intérêt dans le produit, mais très peu de polices ont été réellement vendues. Des recherches menées sur les ventes médiocres du produit ont révélé que :

– Les avantages et les primes ne correspondaient pas aux attentes du marché. Le produit semblait « trop beau pour être vrai » et les assurés ne s'attendaient pas à payer des prestations si élevées.
– Les assurés n'avaient pas suffisamment de crédit de téléphone mobile pour payer les primes.

[3] Entretiens avec les dirigeants de l'assurance impliqués dans la micro-assurance.

– Les assurés étaient peu à l'aise dans l'utilisation de SMS pour donner des informations et informer les bénéficiaires de la couverture, ils préféraient des documents de police tangibles.

L'expérience Cover2go a donné des perspectives importantes sur la nécessité d'avoir à l'esprit les attentes des clients en ce qui concerne les primes et les prestations, et la rencontre des clients là où ils sont en termes d'utilisation de technologie.

Source : Smith et Smit, 2010.

Intégrer des techniques de prévention des pertes dans la conception de prestations peut être important pour couvrir les risques ou les segments de marché qui étaient auparavant considérés comme inassurables. Encourager le comportement de réduction des risques permet également de fournir une couverture d'assurance à des primes moins élevées ce qui est important sur le marché des personnes à faible revenu. Par exemple, une assurance Bétail pilote proposé par Mutual and Federal en Afrique du Sud établit un lien avec des agents d'agriculture pour garantir que le bétail est marqué (pour l'identification en cas de perte) et traité contre les parasites (pour prévenir les maladies). Cette initiative introduit de la gestion du risque dans le processus d'assurance. Les fermiers ont un avantage en ce que leur bétail soit protégé des maladies et qu'ils aient accès à une couverture d'assurance. L'assureur peut fournir une couverture à des niveaux plus abordables parce que le risque est plus faible. Travailler de cette manière avec la communauté peut être onéreux, mais l'assureur bénéficie du développement d'une relation avec la communauté et d'un accès à un marché qui était auparavant inexploité.

Ne pas se tromper dans le processus des ventes et établir des relations de confiance.
Une relation de confiance est très importante dans le processus des ventes. Cela commence par l'établissement de la confiance avec les personnes qui vendent le produit, qui peuvent être aussi peu familiarisés avec l'assurance que leurs clients. Une communication suivie avec la communauté est également importante pour assurer au marché que l'assureur les comprend. Les assureurs ont également besoin de se focaliser sur le service afin de maintenir l'activité. Certains assureurs ont choisi d'établir une relation directement avec les clients par le biais d'agents. D'autres, tels que ICICI Lombard en Inde et CIC au Kenya *(voir chapitre 18),* exploitent les relations que les partenaires ont établies avec le marché. Dans ce cas la réputation du produit d'assurance repose donc sur le service que le partenaire fournit aux clients *(voir encadré 19.9).*

Encadré 19.9

Établir une très grande confiance

Au Sénégal, Allianz travaille en partenariat avec le IMF CAURIE et PlaNet Guarantee (un intermédiaire de micro-assurance spécialisé, *voir Chapitre 23*) pour fournir une assurance Emprunteur. Les clients de IMF ont besoin d'être confiants dans le fait que l'assureur paiera une demande d'indemnités dans le futur. C'est atteint par une « très grande confiance ». Il y a une relation mutuelle de confiance entre Allianz et PlaNet Guarantee. CAURIE suit en toute confiance les conseils de PlaNet Guarantee, les agents de prêt font confiance à CAURIE, les emprunteurs font confiance aux agents de prêt.

Source : Gradl et al., 2010.

De nombreux assureurs commerciaux ont également une perception à long terme de l'investissement sur le marché et sensibilisent le marché des personnes à faible revenu à l'assurance pour qu'ils la comprennent (en investissant dans des campagnes d'éducation des clients *(voir chapitre 14).*

Gérer les transactions avec les clients

Dans le temps, le facteur d'échelle en matière de transactions en micro-assurance devient complètement différent de ce que la plupart des assureurs traitent dans leurs segments traditionnels. De plus, les systèmes et processus existants sont élaborés pour des produits individuels fortement personnalisés, tandis que la micro-assurance est un produit de masse.

De nombreux assureurs explorent donc de nouvelles façons d'utiliser la technologie pour accéder au marché, augmenter l'efficacité et réduire les coûts *(voir encadré 19.10 et chapitre 24).* La technologie peut être utile à l'administration, au maintien de contact avec les assurés et à un meilleur service en matière de polices, en particulier dans les processus de demandes d'indemnités. Les développements et innovations majeurs dans le paiement par mobile et les plates-formes mobiles encouragent les assureurs commerciaux à explorer des voies d'exploitation de cette technologie pour atteindre un facteur d'échelle et baisser les coûts d'acquisition d'activité, d'administration des polices et de collecte des primes (Zurich, 2011). Néanmoins, c'est un outil pour la micro-assurance plutôt qu'une solution générale.

Encadré 19.10

Utiliser la technologie

Distribuer les polices et collecter les primes

Le produit d'assurance Trajets réguliers de Cover2go et le produit Safari Bima offerts par Kenya Orient utilisent tous les deux la technologie de la téléphonie mobile pour activer des polices et collecter les primes, avec un succès mitigé, principalement en raison du fait que la technologie seule n'explique pas suffisamment le produit. De plus, les régulateurs ne permettent pas la collecte de temps de communication pour le paiement de primes. Mis à part le problème des faibles volumes de vente, l'utilisation de la technologie dans ces cas-là était relativement onéreuse, le prestataire de téléphonie mobile prenant 50 % de la prime dans le cas du produit Cover2go.

Source : Entretiens avec les dirigeants de l'assurance impliqués dans la micro-assurance.

Gestion des risques

En Inde, les dispositifs d'identification par radiofréquence (RFID) injectés sous la peau du bétail permettent de savoir plus facilement si une vache morte était assurée par Bajaj Allianz, ce qui réduit nettement la fraude potentielle.

Source : Gradl et al., 2010.

19.3.2 Travailler avec des partenaires et des groupes

Dans la plupart des exemples décrits ci-dessus, une grande variété de partenaires de distribution (ou « parraineurs ») sont impliqués dans le lien entre le client de la micro-assurance et les assureurs commerciaux. Accéder au marché est un domaine important sur lequel est nécessaire de se focaliser parce que les mécanismes de distribution traditionnels ne génèrent pas de volumes suffisants. Développer des relations avec des partenaires de distribution qui ont accès à un segment important du marché est une approche qui a été utilisée avec succès par l'avant-garde des assureurs *(voir encadré 19.11).* Les mêmes conditions de base pour définir les pratiques en matière de micro-assurance chez l'assureur commercial existant sont également opportunes lorsque l'on établit et l'on maintient des relations avec les partenaires de distribution : identifier et clarifier les motivations, mettre en œuvre par des expériences et des tests, puis industrialiser.

Encadré 19.11 **Avantages d'être le premier**

L'avantage d'être le premier est critique pour établir des relations avec des partenaires et peut assurer des relations à long terme qui permettent aux assureurs d'élaborer des initiatives durables en matière de micro-assurance. De nombreux assureurs ont des relations de longue date avec des partenaires qui avaient été établies dès le début dans le développement de l'activité de la micro-assurance :

– Le partenariat entre Sanlam Sky (précédemment connu sous le nom de African Life) en Afrique du Sud et le Zionist Christian Church a été établi il y a 20 ans et a maintenant plus d'un million d'assurances Vie.
– De même en Afrique du Sud, Hollard a créé en 2001 une joint-venture avec le Edcon Group, le groupe de vente au détail en tête dans le pays dans les domaine du textile, de la chaussure et l'habillement. Hollard offre maintenant une large gamme de produits d'assurance par le biais de divers magasins de détails de Edcon. Les deux compagnies ont créé une culture « d'apprentissage en commun » avec un échange rapide et continu d'idées qui est difficile à égaler par les concurrents.
– Depuis 2003, ICICI Lombard a eu un programme d'assurance indexée en Inde avec le BASIX, une société de portefeuille destinée à une gamme d'entités à but lucratif et à but non-lucratif impliquées dans la promotion des moyens d'existence, incluant des services de micro-finance et d'appui commercial, et touchant plus de trois millions de ménages à faible revenu.
– Zurich Bolivia a commencé à offrir une couverture d'assurance volontaire par le biais de la première banque de micro-finance commerciale du monde, Bancosol, en 2003, et continue à exercer leur activité par l'entremise du compte.
– AIG a créé un certain nombre de partenariats réussis incluant Casas Bahia en Brésil, Bank Rakyat Indonesia et le réseau de micro-finance FINCA dans plusieurs pays.

Comme c'est illustré dans les encadrés 19.11 et 19.12, les partenaires potentiels peuvent prendre de nombreuses formes : les groupes confessionnels, les détaillants, les banques, les bureaux de poste, les sociétés d'utilité publique, les IMF, les SACCO, les coopératives agricoles, les associations de travailleurs et syndicats, et les groupes d'affinités tels que les associations sportives. De nombreux assureurs utilisent des relations de confiance existantes entre les partenaires et les clients cibles en obtenant l'appui des chefs de partenaire ou de groupe pour la promotion, le co-marquage ou même l'étiquetage du produit. Dans le jargon de l'assurance, ces parraineurs appartiennent souvent à des programmes de partenariat ou de marketing direct. Le fait est que les biens de consommation vont dans les quatre coins de la planète ce qui n'est pas le cas des services financiers. Le pro-

duit d'assurance Décès accidentel et Invalidité de IFFCO-Tokio distribué avec des sacs d'engrais en Inde donne une vague idée de ce qui est possible. Du point de vue du secteur, de tels partenaires sont considérés comme de la distribution alternative, mais du point de vue des clients, le marché du coin et l'opérateur de téléphonie mobile sont leurs prestataires de confiance.

Encadré 19.12

Philosophie du partenariat de Hollard

Hollard est reconnu comme l'un des groupes d'assurances les plus innovants d'Afrique du Sud. La stratégie de partenariat de Hollard a joué un rôle essentiel dans la croissance de son activité de micro-assurance. La philosophie du partenariat se focalise sur « la reconnaissance de partenaires ayant le même esprit, la compréhension des forces respectives puis la création de valeur à long terme par l'entremise de structures optimisées pour assurer le succès mutuel ».
Hollard a établi des relations avec une variété de partenaires :

– les détaillants focalisés sur les personnes ayant de faibles revenus tels que les magasins Jet et PEP, qui offrent des produits d'assurance Obsèques et autres
– les prestataires de micro-finance tel que Bayport, Blue Financil Services, Opportunity International (Mozambique), Beehive et le Savings and Credit Cooperatives League (SACCOL), où l'assurance Emprunteur et l'assurance Obsèques sont disponibles
– les prestataires de services juridiques tels que Legalwise
– les groupes d'affinités tels que le club de football Kaizer Chiefs
– les agences de marketing direct, telles que Amway en Inde
– les groupes de personnes à faible revenu tels que les syndicats (Syndicat des travailleurs municipaux d'Afrique du Sud) et les groupes de confréries à fonds funéraires (Fédération sud-africaine des confréries à fonds funéraires)
– les sociétés de téléphonie mobile, telles que MTN Ghana *(voir encadré 24.7)*

Source : Adapté du site Internet de Hollard.

Créer de la valeur à partir des partenariats

Travailler avec des partenaires permet à l'assureur d'étendre les relations existantes, l'infrastructure, l'empreinte physique et les points de contact que le partenaire a avec le marché des personnes à faible revenu. Cela facilite le processus des ventes, la collecte efficace des primes, la communication avec les assurés et le paiement des demandes d'indemnités. Le partenaire peut remplir certaines fonctions au nom du programme d'assurance telles que l'administration des polices et la collecte de primes, en particulier s'il a déjà des systèmes pour collecter de l'argent auprès des clients (voir l'exemple de Aseguradora Rural au c*hapitre 18*). Les

assureurs peuvent même travailler avec plusieurs partenaires qui remplissent différentes fonctions, par exemple, un partenaire pour vendre et distribuer des polices et un autre pour administrer l'activité.

Travailler avec des partenaires peut également comprendre le développement et la mise en application d'améliorations apportées à des initiatives de micro-assurance. Les partenaires, qui ont habituellement un contact plus direct avec le marché, peuvent donner de précieuses informations en retour à l'assureur sur la conception d'avantage, les processus opérationnels et la satisfaction des clients. La participation active des partenaires et leur responsabilité semblent donner de meilleurs résultats, mais mettent plus de pression sur l'assureur pour présenter et distribuer de la valeur. Les assureurs qui ne parviennent pas à répondre au risque doivent mettre en suspens ou redévelopper des produits si les partenaires ne sont pas satisfaits.

La confiance en le prestataire d'assurance est importante ; cependant c'est souvent le partenaire qui est en relation avec le client. L'assureur doit donc s'assurer que le partenaire a une bonne réputation et a la confiance du marché avant d'entrer dans un arrangement de coopération *(voir encadré 19.13)*.

Encadré 19.13

Image et réputation des partenaires

Metropolitan Cover2go a créé un partenariat avec les magasins *spaza*, de petits détaillants informels dans les communautés locales, pour distribuer de l'assurance Obsèques. Bien que ces détaillants locaux aient été facilement accessibles aux ménages à faible revenu, l'assureur a fini par apprendre qu'ils avaient une image de « personnes qui se dérobent » et que le marché cible était réticent à leur acheter de l'assurance. L'assureur est entré plus tard en relation avec un détaillant national ; bien que ses magasins soient moins accessibles au marché, le détaillant national avait une marque en laquelle on avait davantage confiance et une image stable sur le marché, et un plus grand succès en matière de ventes.

Création et gestion de partenariats

Comme c'est illustré au chapitre 22, il y a un grand nombre de partenaires potentiels par l'entremise desquels les assureurs peuvent avoir accès au marché des personnes à faibles revenues. Le défi consiste à les trouver et négocier une relation qui fonctionne et pour l'assureur et pour le partenaire.

Pour commencer à créer une relation, les assureurs ont besoin de sélectionner des partenaires qui leur correspondent le mieux et qui peuvent remplir les fonctions requises. Il est sage d'être avisé des motivations et des attentes dès le début, et d'être prudent là où celles-ci sont différentes de celles des partenaires. Le partenaire devrait avoir accès au marché cible visé, et/ou être capable d'offrir d'autres services dont l'assureur a besoin. Il est également nécessaire que le parte-

naire corresponde opérationnellement bien à l'assureur et du point de vue des systèmes. Un certain nombre de risques peut être atténué à l'avance par un solide processus de sélection et de due diligence, et en impliquant le partenaire dans le processus de développement de produits *(voir encadré 19.14)*.

Encadré 19.14 **Importance de créer un engagement total au niveau du partenaire**

Un assureur sud-africain en partenariat avec un groupe confessionnel a rencontré un obstacle aux premiers stades de mise sur le marché de ses produits d'assurance Construction et Habitation des ménages destinés aux membres de groupes confessionnels. L'assureur a développé une campagne de marketing élaborée pour le produit, mais n'est pas parvenu à impliquer le partenaire dans son développement. Les chefs des groupes confessionnels ont refusé à l'assureur de faire sa campagne de marketing. Bien que le produit ait été approuvé par les chefs des groupes confessionnels, il n'a pas été mis sur le marché au début de façon active. En conséquence, atteindre des volumes cibles a été plus long que prévu.

Les arrangements de partenariat ont davantage de succès lorsque la relation offre une proposition de valeur attractive aux deux parties. Les intérêts de l'assureur et du partenaire doivent être alignés sur la vente et le service des produits, et les incitations devraient être structurées pour faciliter cet alignement. Structurer l'arrangement de sorte qu'il y ait des avantages pour le partenaire quant au revenu des commissions a contribué au succès de certains assureurs sur le marché, par exemple par l'augmentation de l'utilisation des prestataires de soins de santé et des funérariums *(voir encadré 19.15)*.

Encadré 19.15 **Partenariats et produits répondant aux besoins des partenaires**

Développer des produits qui abordent spécifiquement les besoins d'un partenaire de distribution peut aider à convaincre les partenaires des avantages de la collaboration :

– **L'assurance Emprunteur,** un produit d'entrée de gamme typique, rembourse un prêt si l'emprunteur décède. Il est normalement vendu par l'entremise d'institutions de micro-finance, et améliore directement le profil de risque de ces organismes. De plus en plus, il paie également un avantage aux survivants de l'emprunteur et offre peut-être également d'autres avantages *(voir chapitre 9)*. Couvrir ses risques est destiné à rendre les emprunteurs plus confiants en la demande de prêt et les prêteurs plus prompt à accorder des prêts.
– **L'assurance Intempéries** couvre les risques dus au mauvais temps, tels que des précipitations trop faibles ou trop importantes. Lorsqu'elle est couplée à des ventes d'intrants, tels que les semences ou les engrais, et peut aider les fabricants

de ces intrants à augmenter leurs ventes aux petits exploitants inquiets des risques météorologiques. Par exemple au Kenya, le Syngenta Foundation promeut un produit d'assurance indexée pour le blé et le maïs, réassuré par UAP, une compagnie d'assurances locale, et distribué par des fournisseurs d'intrants agricoles *(voir encadré 24.3)*.

– **L'assurance de biens** couvre l'utilisation continue d'éléments patrimoniaux spécifiques. Un produit offert par Zurich en Indonésie, en collaboration avec la compagnie multinationale de ciment Holcim, est couplé à des matériaux de construction pour des maisons destinées à des personnes à faible revenu et donne aux clients plus de confiance en la qualité de la construction.
– **La micro-assurance Santé** est souvent offerte conjointement aux prestataires de soins de santé, qui bénéficient de revenus plus stables et d'une demande de clients améliorée. Par exemple, dans le partenariat entre ICICI Lombard et le groupe de prestataires de soins services Manipal décrit au Chapitre 18, Manipal bénéficie de l'accès à une base de clients qui est requise pour utiliser les hôpitaux du groupe pour leur traitement.

Développer de tels produits requiert de hauts niveaux de souplesse de la part de l'assureur, et de la bonne volonté et des ressources pour apprendre à connaître les priorités des organismes partenaires avant de développer le produit.

Source : Angove et Tande, 2011 ; Entretiens avec des directeurs d'assurance ; site Internet de Syngenta Foundation.

Aborder les risques de partenariat

Étant donné leur importance dans l'accès au marché, la création de confiance, et la gestion de processus d'assurance clés, il est critique d'identifier et de maîtriser les risques impliqués dans le travail avec des partenaires. Ce n'est pas propre à la micro-assurance mais cela vaut la peine de le mentionner :

– **De trop grandes promesses et des réalisations trop rares :** Travailler avec des partenaires de distribution alternatifs requiert un investissement de la part de l'assureur et du partenaire. Les assureurs sont typiquement peu familiarisés avec la vente par l'entremise d'entités de non-assurance et ces entités n'ont habituellement pas beaucoup d'expérience dans la vente d'assurances. Comme la négociation de partenariat peut prendre du temps, il faut beaucoup de temps pour créer des attentes, qui peuvent causer de la précipitation une fois que le partenariat a finalement été mis en place. L'importance de tester les processus et de former le personnel en première ligne ne devrait pas être sous-estimée.
– **Durée et souplesse des accords :** Plus l'initiative est ambitieuse, plus il est critique d'avoir un engagement sincère de travailler ensemble sur le long terme.

- **La fraude** peut être un problème au niveau du partenaire, peut-être par défaut de paiement des primes à l'assureur ou par complicité avec les assurés pour soumettre de fausses demandes d'indemnités. Bien que les assureurs aient établi des mécanismes pour éviter ou réduire la fraude, ceux-ci ont besoin de s'adapter pour traiter la fraude aux multiples niveaux d'un tel projet.
- **Non-conformité à la réglementation :** Il est important que le partenaire se conforme à toutes les réglementations en matière d'assurance et autres concernant les services qu'il fournit à l'assureur et au nom de l'assureur. Cela inclut les réglementations relatives aux intermédiaires et aux ventes de police. Bien qu'une nouvelle réglementation en matière de micro-assurance dans certaines juridictions *(voir chapitre 25)* autorise des moyens souples de travailler avec des partenaires, cela crée normalement des responsabilités pour les compagnies d'assurances d'assurer, par exemple, une formation adéquate des agents et des processus pour éviter les ventes abusives par le partenaire.
- **Manquement en matière de distribution :** Avoir confiance en le partenaire pour la distribution et le dépannage peut devenir un problème lorsque ces partenaires manquent à assurer leurs fonctions comme entendu. Zurich Bolivia et Prodem ont mis un terme à leur partenariat au bout de deux ans en raison du manquement de la part de l'IMF à donner la priorité aux ventes, avec pour résultat de faibles volumes de polices (Churchill et de Grandchant, non daté). CIC au Kenya a été confronté à des difficultés similaires dans la distribution de son produit volontaire Bima ya Jamii par l'entremise de IMF et SACCO *(voir chapitre 18).*

Ces risques pourraient affecter la réputation de l'assureur chez les clients, investisseurs, régulateurs et autres parties prenantes existants et potentiels. Les risques envers la réputation de l'assureur sont atténués par la convergence d'intérêts entre le partenaire et l'assureur. Le partenaire a également besoin de conserver une bonne réputation auprès des clients pour maintenir son activité avec eux. Les risques peuvent être abordés par une meilleure formation du personnel du partenaire, par la structuration d'incitations autour de la vente et du service en matière de polices, et par la surveillance soigneuse de la qualité de service fournie par le partenaire.

19.4 Conclusion

L'implication des assureurs commerciaux dans le marché de la micro-assurance augmente à un rythme rapide. Étant donné la nature du secteur de l'assurance, les assureurs commerciaux sont les mieux placés pour contribuer au développement de la micro-assurance dans un secteur mondial durable et pour développer l'accès à l'assurance pour le marché des personnes à faible revenu. Le vaste marché inexploité offre une opportunité évidente pour les assureurs commerciaux

d'étendre leur activité de façon rentable pour eux-mêmes et leurs clients, et pour cela, il est utile de prendre en considération les recommandations suivantes :

– **Équilibrer les objectifs :** Les produits commandés par des raisons de pure rentabilité et déconnectés de toute considération des besoins du client seraient au mieux provocateurs dans une activité visant les ménages à faible revenu peu familiarisés avec les produits d'assurance. Les objectifs sociaux sont perçus comme étant un bon motif, mais manquent également souvent d'atteindre le facteur d'échelle dans une entreprise commerciale car ils ne sont pas appuyés par des systèmes de mesure et d'incitation des compagnies ou ne sont pas alignés sur ceux-ci. Accorder indûment de l'importance à l'un ou l'autre objectif limite le degré avec lequel un assureur commercial peut s'engager avec la gamme la plus large de partenaires commerciaux. Les assureurs qui réussissent atteignent un équilibre entre les objectifs financiers, innovants et sociaux de la micro-assurance pour que l'activité croisse sur le court terme et soit rentable sur le moyen et long terme.
– **Se donner les moyens d'innover :** Le succès est obtenu par un processus d'apprentissage itératif dans le cas où les initiatives sont finement ajustées dans le temps sur la base de performances et de retour d'informations du marché *(voir Chapitre 21).* Les assureurs ont besoin de faire s'investir et d'essayer de nouvelles choses pour développer les domaines d'activité, tout en maintenant des pratiques d'activité saines. Les assureurs ont également besoin d'avoir des chances sur le long terme d'aboutir à une viabilité commerciale, d'atteindre un facteur d'échelle et de développer un marché stable de la micro-assurance tout en développant des stratégies et en structurant les initiatives en matière de micro-assurance.
– **Échec de l'apprentissage, apprentissage de l'échec ?** En micro-assurance, comme dans toute innovation, l'échec peut se présenter sous de nombreuses formes, et a pour résultat des pertes financières pour une compagnie d'assurances ou des performances sociales qui ne rencontrent pas les attentes de l'assuré. La mesure des performances vis-à-vis de l'objectif est critique et nécessite d'être objective. Les compagnies devraient structurer leurs projets pour protéger l'activité principale des effets de l'expérimentation et tirer les leçons adéquates aussi rapidement que possible. Bien que les grandes compagnies aient un capital suffisant pour se permettre certaines erreurs, si elles ne tirent pas de leçons de ces erreurs, leur engagement sera vain.
– **Apprendre et s'adapter à l'échelon local :** L'assurance destinée au marché des personnes à faible revenu dépend dans une large mesure de facteurs locaux, c'est-à-dire des risques auxquels est confronté le marché, la disponibilité des partenaires et des réglementations en matière d'assurance. La croissance est susceptible d'être atteinte par le succès des initiatives locales. Le succès remporté sur le marché de la micro-assurance ressemble par conséquent plus à de petites batailles gagnées grâce à des initiatives individuelles qu'à une victoire où une

innovation unique change le monde de la micro-assurance pour les assureurs commerciaux. Un ensemble d'initiatives plus petites peuvent donner de meilleurs résultats qu'un investissement important dans tout effort unique lorsque l'on vise l'innovation.

- **Apprentissage et réplication :** D'un autre côté, les principaux processus, produits et même partenaires donnent une énorme opportunité de réplication sur plusieurs marchés. Les facteurs du succès peuvent être appliqués à différents contextes mais sont susceptibles d'être mis en œuvre différemment en fonction des conditions locales. Les défis en matière de facteur d'échelle, d'accès, de rareté des données, et même de techniques de vente, sont tout à fait courants pour la plupart des pays et régions, si ce n'est tous, donnant un net avantage d'apprentissage à un assureur capable de coordonner ou de guider les efforts sur plusieurs marchés.
- **Créer et configurer de façon active le marché :** La micro-assurance requiert un « écosystème » autour du client final. Les gros assureurs ont les ressources et le pouvoir de moyens d'amener les différents intervenants à se rencontrer. Lors de la création de canaux de vente, les compagnies d'assurances doivent viser la participation active et la coresponsabilité de la part du partenaire, en s'assurant que l'organisme comprenne les principes de base du produit et soutienne la création d'un marché de la micro-assurance commercialement viable. De la même manière, les assureurs peuvent se développer exponentiellement lorsqu'ils apprennent de nouvelles méthodes de leurs partenaires.
- **Engagement dans la création d'un environnement propice :** Des déclarations formelles par les assureurs, tel que le G-20 influent sur les instances normatives. Des approches réglementaires inclusives et proactives sont en cours de développement sur de nombreux marchés émergents afin d'appuyer l'expansion de la micro-assurance. L'initiative Access to Insurance, l'International Association of Insurance Supervisors et les agences internationales de développement travaillent activement en ce moment pour créer un environnement propice dans le domaine de la micro-assurance. Se tenir au courant de ces discussions, ou même s'engager dans celles-ci, peut aider au développement d'un secteur de l'assurance plus inclusif.

20 État et synergies de marché : aperçus du succès de la micro-assurance en Inde

Rupalee Ruchismita et Craig Churchill

Les auteurs souhaitent remercier les divers réviseurs pour leurs commentaires et conseils précieux, parmi lesquels K. Gopinath (IFFCO-Tokio), Thomas Mahl (Munich Re), Florian Mayr (Munich Re), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Arman Oza (consultant indépendant), Pranav Prashad (ILO) et Markus Ruck (ILO). L'article repose sur des entretiens avec Gunaranjan (Yousee), Anuj Khumbat (WRMS), Asha Ramaswamy (SBI Life), Kumar Shailabh (Uplift), Dr. Suresh DJ (Yeshasvini), Dr. Manjunath (SKDRDP), Suresh Krishna (Grameen Koota), et les auteurs aimeraient les remercier pour le temps qu'ils leur ont accordé. Les auteurs sont reconnaissants à Kunal Gautam de son soutien dans l'élaboration de la base de données Micro Insurance Map.

L'Inde est le leader mondial de l'innovation en micro-assurance. Le contexte en Inde rassemble un certain nombre de facteurs qui contribuent à une gestion améliorée des risques pour les ménages à faible revenu en gérant de façon efficace l'intersection entre l'inclusion financière sur les marchés de l'assurance et l'extension de la protection sociale aux travailleurs de l'économie informelle, incluant :

- **L'investissement public dans des dispositifs de protection sociale** Avec 2,1 % de son produit intérieur brut (PIB), la part de l'Inde dans la dépense public en matière de dispositifs de protection sociale est supérieure à la plupart des pays à revenu faible et moyen (Weigand et Grosh, 2008). La croissance économique en Inde a permis une expansion de la protection sociale depuis le milieu des années 2000, en particulier par l'entremise de projets d'assurance Santé de grande envergure.
- **Partenariats public-privé** Pour appuyer l'extension de la couverture d'assurance aux populations vivant sous le seuil de pauvreté, le gouvernement a chargé des compagnies d'assurance privées et publiques de la gestion des projets subventionnés par l'État.
- **Motiver par les subventions :** Le gouvernement central et les gouvernements des États ont subventionné certains produits d'assurance pour appuyer des activités de production menées par les ménages à faible revenu, les rendant plus abordables, avec une préférence particulière pour l'agriculture et le bétail.
- **Innovations axées sur les quotas :** L'Indian Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA) a demandé aux compagnies d'assurance de consacrer un pourcentage de leur portefeuille aux « secteurs ruraux et sociaux ». Desservir ces marchés a requis de nouvelles approches, menant à des innovations importantes.
- **Réglementation de la micro-assurance :** En 2005, l'IRDA a promulgué les « Réglementations de la micro-assurance », qui réduisaient les conditions de certification requises pour être un agent de micro-assurance et définissaient les produits de micro-assurance. Cette réglementation facilitante a légalisé des canaux de distribution alternatifs pour permettre aux assureurs de diversifier leurs méthodes de distribution.

– **Les grands assureurs détenus par l'État :** En dépit de la croissance rapide des compagnies d'assurance privées, le marché est encore dominé par de grandes compagnies publiques ayant un mandat et une infrastructure pour assister les personnes pauvres.
– **Agrégateurs actifs :** Approximativement 90 % de la force de travail est employée dans l'économie informelle ou le « secteur non organisé » en Inde, cependant il y a en fait un degré élevé d'organisation dans le secteur non organisé, par l'entremise d'organismes non-gouvernementaux, d'institutions de microfinance (IMF), de groupes d'entraide (GE[1]), de coopératives et d'autres agrégateurs. Ces intermédiaires potentiels sont souvent disposés positivement vis-à-vis de l'assurance, et certains même supportent le risque eux-mêmes en dehors des compétences du superviseur d'assurance.
– **Le grand marché des personnes à faible revenu :** Sur une population de 1,3 milliards, 42 % des ménages en zone rurale et 26 % des ménages en zone urbaine vivent au-dessous du seuil de pauvreté (Tendulkar et al., 2009). Ces ménages, ainsi que les ménages en zone rurale économiquement actifs au-dessus du seuil de pauvreté, constituent pour les assureurs un marché potentiel important et offrent la perspective d'atteindre des économies d'échelle.

La convergence de ces facteurs, tous dans un très grand pays, crée un environnement dynamique pour le développement de la micro-assurance. La section 20.1 donne une vue d'ensemble des secteurs de l'assurance Vie et de l'assurance générale en Inde, en particulier en ce qui concerne leur proximité avec les secteurs ruraux et sociaux. La seconde section traite des innovations de produits spécifiques qui ont permis la pertinence de l'assurance Bétail, l'assurance Vie et l'assurance Santé pour les marchés des personnes à faible revenu. La section 20.3 décrit les canaux utilisés couramment pour distribuer de l'assurance aux personnes pauvres. Ce chapitre conclut par un résumé des facteurs clés qui ont contribué au développement de la micro-assurance en Inde, qui pourraient apporter des idées aux praticiens et assureurs intéressés par l'extension de la protection sociale et l'amélioration de l'inclusion financière dans d'autres pays.

[1] Un groupe d'entraide (GE) est un groupe basé dans un village et composé habituellement de 15 ou 20 femmes locales. Les membres apportent de petites contributions par une petite épargne régulière sur quelques mois jusqu'à ce qu'ils aient suffisamment de capital pour commencer à se faire des prêts mutuels. Les GE sont courants en Inde car ils ont été favorisés par la National Bank for Agriculture and Rural Development (NABARD). Par l'entremise du programme de liaison GE-banques de NABARD, les GE avec un suivi des reversements réguliers avec leur propre capital peuvent accéder à un financement supplémentaire de la part des banques avec refinancement de la part de NABARD. NABARD estime qu'il y a 2,2 millions de GE en Inde, représentant 33 millions de membres, qui ont pris un prêt auprès des banques par le biais de ce programme. Ce chiffre n'inclut pas les GE qui n'ont pas emprunté aux banques (Rapport Annuel NABARD, 2011).

20.1 Vue d'ensemble du secteur

En 1999, l'IRDA, le régulateur nouvellement créé, a ouvert le secteur de l'assurance, auparavant nationalisé, aux assureurs privés et aux investissements étrangers. Conformément aux conditions requises pour les assureurs publics, l'IRDA a obligé tous les assureurs privés à consacrer un certain pourcentage de leur portefeuille au secteur rural et au secteur social, selon la logique de «familiarité forcée » utilisée par le président de l'IRDA de l'époque *(voir encadré 20.1).*

Encadré 20.1

Obligations du secteur rural et du secteur social

L'IRDA a publié la notification « Obligations du secteur rural et du secteur social » pour tous les assureurs en 2002. Les obligations requièrent des assureurs Vie que 7 % de toutes les personnes assurées soient issues du secteur rural, avec une progression annuelle atteignant 16 % d'ici la cinquième année. Pour les assureurs généraux, les obligations du secteur rural commencent à partir d'un objectif de 2 % de leur prime assurée la première année, avec une progression allant jusqu'à 7 % la dixième année. Les objectifs du secteur social pour tous les assureurs commencent avec 5 000 personnes assurées la première année avec une progression jusqu'à 55 000 personnes la dixième année de fonctionnement (IRDA, 2008).

Selon M. RAO, ancien directeur de l'IRAD, cette « familiarité forcée » avec l'activité rurale encouragera les assureurs à découvrir des modèles d'activité rentables pour desservir ce segment de marché, et les années suivantes ils augmenteront volontairement leur investissement et iront jusqu'à desservir les ménages à faible revenu. Bien que certains assureurs voient leurs obligations comme un coût d'activité, d'autres ont confirmé cet argument en dépassant régulièrement leurs objectifs pour le secteur rural et le secteur social.[2]

Source : auteurs.

Le secteur de l'assurance en Inde a connu une croissance importante depuis qu'il a été ouvert aux compagnies privées, avec 19 compagnies d'assurances générales et 23 compagnies d'assurance Vie depuis 2000. Ces dernières années, le portefeuille de la micro-assurance a même augmenté plus rapidement que les activités traditionnelles des assureurs. Sans même prendre en compte la couverture relevant des projets d'assurance Maladie de masse du gouvernement *(voir section*

[2] Dans ce chapitre, les données relatives aux « Obligations du secteur rural et du secteur social » sont utilisées comme indicateur pour la micro-assurance, bien que toute l'activité de l'assurance en secteur rural ne soit pas exclusivement focalisée sur les communautés vulnérables. Chaque fois qu'elles sont disponibles, les données sur la micro-assurance, se référant à des produits enregistrés en vertu de la Réglementation de la Micro-assurance, 2005, sont utilisées pour améliorer encore l'évaluation des objectifs.

20.2.4), on estimait en 2009–10[3] que 163 millions de personnes à faible revenu possédaient une forme d'assurance.[4] Cet objectif sans équivalent a été atteint par un grand nombre d'approches avec les assureurs du secteur public et du secteur privé, les assureurs spécialisés dans les assurances générales et dans l'assurance Vie s'engageant dans des voies différentes pour desservir le marché des personnes à faible revenu.

Mis à part les objectifs réglementaires, la croissance a été propulsée par le souhait du gouvernement de donner des subventions pour promouvoir l'accès à une gamme de produits, comme cela est résumé dans le tableau 20.1. Bien que la plupart des projets subventionnés abordent les défis de la micro-assurance, tels que la « bonne volonté et la capacité de payer » et la « sensibilisation limitée », certaines subventions sont mieux conçues que d'autres. Par exemple, une prime entièrement subventionnée peut ne pas être appropriée car elle ne permet pas aux frais d'utilisation de signaler une valeur client, ce qui pourrait avoir pour résultats des produits et des intervenants inefficaces. De même, cibler les personnes pauvres, lorsque les produits subventionnés sont disponibles à des clients qui peuvent se permettre de payer, supplantera les solutions reposant sur le marché. Cela s'applique en particulier aux nombreux programmes d'assurance subventionnés distribués par l'entremise de réseaux bancaires offrant du « crédit dirigé », qui sont subventionnés et prévus pour des buts spécifiques (par exemple l'achat de bétail) et/ou des groupes cibles spécifiques (par exemple des membres de GE), mais qui ne sont finalement pas un moyen particulièrement efficace pour cibler les personnes pauvres.

Les cibles de priorité et la disponibilité des subventions de prime financées par l'État pour les compagnies privées ont contribué de façon significative au développement de leur portefeuille dans le secteur rural. Cependant, ces interventions gouvernementales ne sont pas la seule explication des portefeuilles de secteur rural des assureurs privés. Certains tiennent à avoir l'avantage d'être le premier, ce qui renforce leur image sur le marché des personnes à faible revenu, car ils se rendent compte que des millions de personnes pauvres du secteur rural en Inde ne resteront pas pauvres longtemps. Une des meilleures façons de se distinguer des assureurs du secteur public, qui ont déjà une image forte, est celle des innovations. Ces innovations sont particulièrement puissantes si non seulement elles aident les intervenants privés à entreprendre de façon efficace une activité en secteur rural, mais si elles donnent également des leçons qui pourraient bénéficier à l'activité traditionnelle des assureurs.

[3] L'année fiscale en Inde commence le 1er avril et se termine le 31 mars, de sorte que toutes les données présentées font mention des 2 années.

[4] Ce sont de grossières estimations fondées sur des données publiées relatives à des programmes publics et aux objectifs des compagnies d'assurances par l'entremise d'autres modèles. L'objectif mentionné ici n'inclut pas les 300 millions estimés de personnes à faible revenu couvertes par des projets d'assurance Santé de masse, comme décrit à la section 20.2.4.

Cette section met en lumière certains des différences clés entre la portée de la micro-assurance proposée par les compagnies d'assurances générales et celle proposée par les compagnies d'assurance Vie, en utilisant essentiellement des données du secteur rural comme indicateur pour évaluer les performances à desservir les ménages à faible revenu.

Tableau 20.1

Faire fonctionner les subventions

	Décès naturel et décès accidentel (pour les membres de GE)	*Décès naturel et décès accidentel (pour les ouvriers agricoles sans terre)*	*Bétail (pour la mortalité)*	*Agriculture (Rendement par zone)*	*Agriculture (Index intempéries)*
Projet	Janashree Bima Yojana (JBY)	Aam Admi Bima Yojana (AABY)	Projet Livestock Insurance Scheme (LIS)	Programme National Agriculture Insurance Scheme (NAIS)	*Projet Weather-based Corp Insurance Scheme (WBCIS)*
Année de lancement	2000	2007	2006	1999	*2007*
Assureur	Life Insurance Corporation (LIC) en Inde	LIC	Assureurs multiples, le plus souvent publics	Agriculture Insurance Corporation (AIC)	*Initialement seulement AIC, mais maintenant assureurs privés multiples*
Subvention	Subvention de prime à 50 % plus bourse pour lycéen	La prime complète est subventionnée par le gouvernement central	Subvention de prime à 50 %	Subvention de prime varie par récolte et par État, jusqu'à 80 % ; financée 50–50 par le gouvernement de l'État et le gouvernement central Subvention des demandes d'indemnités : les demandes d'indemnités totales dépassant la prime sont couvertes par le gouvernement (réassurance implicite)	*Les subventions de primes varient par récolte et par État, jusqu'à 80 %*
Objectif	130 millions de personnes (2009–10)	7 millions de ménages (2008–09)	Presque 1 million de têtes de bétail (2005–08) dans 100 districts sélectionnés	19 millions de fermiers (2008–09)	*9 millions de fermiers (2010-11)*
Canal de distribution primaire	Banques via programmes de liaison banque GE	Projets gouvernementaux et programme lié à un crédit des banques rurales régionales	State Livestock Development Board (SLDB) et State Animal Husbandry Department (SAHB)	2/3 des assurés sont membres du programme lié à un crédit des banques rurales régionales ; le prêt Récoltes sur le court terme est assuré	*Essentiellement programme de liaison de crédit de banques rurales régionales remplaçant NAIS dans des districts où cela est offert*

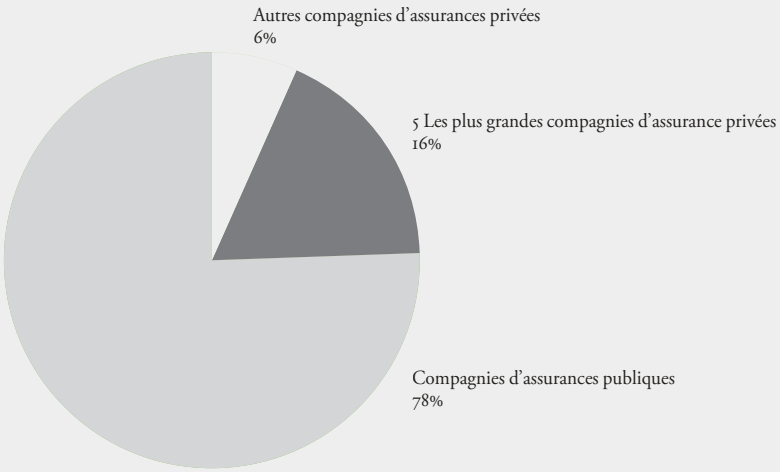
Source : adaptée de diverses sources, disponible sur Micro Insurance Map, 2011. Le Micro Insurance Map est une base de données disponible, située sur www.microinsurancemap.com, remplie de statistiques sur la micro-assurance en Inde, gérée par le Centre for Insurance and Risk Management (CIRM).

20.1.1 Compagnies d'assurances générales

Sur les 8 milliards de $US de primes d'assurances générales collectées en 2009–10, 17 % étaient du secteur rural et social. En 2009–10, 10 assureurs dépassaient les objectifs imposés, tandis que seulement un n'a pas atteint sa cible dans le secteur rural. En outre, le portefeuille rural s'est accru à une vitesse plus rapide, avec une croissance année par année de 39 % en comparaison avec les 19 % pour le secteur général.

Avec une histoire plus longue et des quotas plus élevés que les assureurs privés, les 5 assureurs publics sont de plus gros intervenants dans le secteur rural et le secteur social. En 2009–10, les assureurs publics, AIC, United India, New India, National and Oriental, avaient 78 % de part de marché, couvrant essentiellement l'agriculture, le bétail et les risques de santé. Les 5 plus grands assureurs privés représentaient conjointement 16 % du marché. Les 14 autres compagnies d'assurances générales généraient seulement 6 % des 1,3 milliards de $US de primes du secteur rural et du secteur social *(voir figure 20.1).* Cependant, la part de marché des assureurs privés a augmenté fortement d'un peu moins de 12 % (approximativement 4 millions de risques couverts) en 2004–05 à 22 % (approximativement 13 millions de risques couverts) en 2009–10, ce qui indique que les intervenants privés entreprennent plus dans l'activité rurale même s'ils n'ont pas l'infrastructure rurale des assureurs publics.

Figure 20.1 **Primes totales du secteur rural et du secteur social pour les assureurs d'assurances générales (2009–10)**



Source : Micro Insurance Map, 2011.

20.1.2 Compagnies d'assurance Vie

Les primes d'assurance Vie dans le secteur rural se sont élevées à 2,5 % (1,5 milliard de $US) des 59 milliards de$US de primes d'assurance Vie totales en 2009–10. Un seul assureur Vie n'a pas atteint son objectif rural et social, tandis que 5 ont dépassé leurs objectifs.

En tant qu'intervenant le plus ancien et le plus grand, Life Insurance Corporation (LIC), seul assureur Vie public en Inde, détient approximativement 76 % de tout le marché de l'assurance Vie. Les autorités de contrôle lui demandent de maintenir un objectif rural particulier de 25 % du nombre total de personnes assurées par an. En 2009–10 cela représentait 95 % de toutes les primes de micro-assurance Vie, attribués à son entrée précoce sur le marché, à son armée d'agents individuels et plus récemment à un accès exclusif à des produits de micro-assurance subventionnés par l'État. Le marché rural profond de LIC est rivalisé seulement avec les produits de Rural Postal Life Insurance (RPLI) du Department of Posts, qui bénéficie du plus grand réseau postal du monde, comprenant 150 000 bureaux de poste.

En 2009–10, les produits de micro-assurance de LIC, qui sont un sous-ensemble de son portefeuille d'assurances rurales bien plus grand, représentaient approximativement 84 millions de $US de primes.[5] Le deuxième plus grand portefeuille de micro-assurance est celui de Aviva Life avec 1,9 millions de $US, illustrant l'énorme part de marché de l'assureur d'État. Cependant, les assureurs privés se développent car ils croissent afin de rester en conformité avec leur cible rurale croissante et, bien qu'aujourd'hui les produits enregistrés sous le nom de « micro-assurance » ne soient pas les contributeurs les plus importants à ce portefeuille, ils se développent rapidement.

Une différence importante entre LIC et les assureurs privés est leur modèle de distribution. Alors que LIC repose sur un grand réseau d'agents individuels, un héritage historique qui peut ne pas être considéré comme une bonne pratique pour la micro-assurance aujourd'hui, les assureurs privés offrent typiquement des produits liés à des prêts qui touchent les ménages à faible revenu par l'entremise d'IMF et de coopératives. SBI Life est différent car son portefeuille rural peut être attribué au modèle de bancassurance ; il exploite l'infrastructure rurale étendue de sa compagnie mère, la State Bank of India, la plus grande banque commerciale du pays, pour toucher les emprunteurs du programme de liaison des banques de GE. La distribution de produits est abordée plus en détail à la section 20.3.

[5] Étant donné que les données précises sur le portefeuille rural des compagnies d'assurance Vie ne sont pas disponibles, cette estimation repose sur l'objectif de portefeuille rural de 25 % de son portefeuille total.

20.2 Produits

Ces dernières années, l'Inde a vu une explosion de nouveaux produits couvrant les risques de priorité des ménages à faible revenu. Cette section met en lumière certaines des innovations émergeant dans les gammes d'assurance Vie, d'assurance Santé, d'assurance agricole et d'assurance Bétail.

20.2.1 Assurance Bétail

Approximativement 100 millions d'Indiens tirent leurs revenus du bétail, comme sources de revenus primaires ou secondaires. En dépit de ce marché important, seulement 7 % du bétail du pays sont assurés. Élever des vaches et des buffles est un moyen d'existence plus risqué que l'agriculture, car la mort d'un animal entraîne une érosion d'actif permanente, pas seulement une perte de revenus saisonnière. L'économie reposant sur l'élevage peut être divisée en deux catégories : a) les gros animaux, essentiellement des bovins pour la production laitière ; et b) les petits animaux tels que les chèvres, les moutons et les volailles. Peu de produits sont disponibles pour le dernier groupe, même si les propriétaires de petits animaux incluent souvent les communautés les plus vulnérables comme les tribus nomades.

Depuis 1971, le Gouvernement a catalysé le marché de l'assurance Bétail par l'entremise du Small Farmers' Development Agency (SFDA), qui a introduit divers projets pour les fermiers éleveurs sur plusieurs années. Historiquement, l'assurance Bétail a été offerte comme produit obligatoire, lié à des prêts bancaires avec une subvention de prime de 50 %. La distribution bénévole par le biais de ventes directes bénéficie d'une subvention de prime de 10 % ; cependant, elle a un potentiel de croissance élevé si on considère l'émergence de laiteries privées, des futurs agrégateurs qui sont une incitation à investir dans la protection des moyens de subsistance de leurs fermiers producteurs de lait (Sharma et al., 2009).

En 2004–05, approximativement 80 % des 7,9 millions de têtes de bétail assurées étaient couverts par des assureurs publics, en particulier United India, le plus grand assureur de bétail. En dépit de leur dominance sur le marché, les assureurs publics ont apporté peu de modifications à leur conception de produit. Même si le gouvernement a autorisé les assureurs privés à profiter du portefeuille rural subventionné lié au crédit, peu d'assureurs privés ont tenté de couvrir ce gros secteur. En 2007, après que l'IRDA ait retiré les restrictions sur les taux de prime, 6 assureurs privés sont entrés sur le marché de l'assurance Bétail, en introduisant de nouveaux produits et processus pour découvrir une activité rentable.

Même avec les subventions, les primes provenant de la couverture d'assurance Bétail représentaient moins de 1 % de toutes les primes rurales. Outre les défis résumés au chapitre 12, qui incluent des coûts de transaction élevés, la fraude et le risque moral, la détermination du prix de l'assurance Bétail est compliquée par

un manque de données sur la mortalité dans les élevages régionaux et une information limitée sur la valeur présente nette, ce qui est nécessaire pour établir le montant assuré. Il est encore tout à fait possible d'améliorer la conception de produit, qui est généralement limitée à des termes d'une année et liée à des prêts plutôt qu'à des phases de productivité de bétail ; les risques couverts sont limités à la mort de l'animal et la couverture d'assurance Bétail est connue pour avoir des procédures fastidieuses pour le règlement des demandes d'indemnités, tout cela inhibant la demande.

Le défi le plus important pour l'assurance Bétail est celui des taux élevés de demandes d'indemnités, dépassant souvent les 100 %, ce qui est exacerbé par la fraude à 2 niveaux. Au niveau du client, par exemple, lorsque les agents d'assurances fournissent aux propriétaires des étiquettes auriculaires pour identifier l'animal assuré, le propriétaire peut ne pas étiqueter le bétail, ce qui permet efficacement au ménage d'assurer tout le cheptel pour le coût d'un seul animal. Il se peut aussi que les propriétaires coupent les oreilles étiquetées d'animaux vivants et les présentent avec les demandes d'indemnités. Le second niveau implique la fraude par l'entremise d'intermédiaires, y compris les agents et les banques. Par exemple, si le prêt est utilisé à une fin autre que celle d'acheter du bétail, le personnel de la banque peut conserver l'étiquette pour cette « vache sur papier » puis la présenter avec une demande d'indemnités en cas de mort d'un animal non assuré. Les vétérinaires peuvent également être un accessoire à la fraude à l'un ou l'autre niveau en fournissant de faux certificats de décès pour des honoraires supplémentaires (Sharma et al., 2009).

Pour maîtriser la fraude, les assureurs ont testé plusieurs stratégies. Par exemple, IFFCO-Tokio a introduit des étiquettes d'identification radiofréquence (RFID) et des changements correspondants ont été apportés à son processus opérationnel pour améliorer l'identification d'animaux assurés distribués par des coopératives *(voir encadré 12.2).* En conséquence, il a eu un taux d'incidence de 0,8 % ce qui est sensiblement inférieur à la moyenne du secteur de 4 %. Pendant une période de test de 2 années, seules 4 demandes d'indemnités ont été rejetées tandis que 117 demandes ont été réglées sur un nombre de 15 080 têtes de bétail assurées. De façon similaire, HDFC est en train de tester une gamme de caractéristiques innovantes pour réduire les demandes d'indemnités. Outre la maîtrise de la fraude par l'utilisation de RFID et de photographies, l'assureur collabore en proposant des services de réduction de risques, tels que la vaccination, le déparasitage ou les enrichissements de fourrage, pour réduire la mort de bétail et améliorer la productivité (Joseph et Ruchismita, 2011).

20.2.2 Assurance agricole

La part de l'agriculture dans le PIB de l'Inde, tout en déclinant, reste importante autour de 18 % (en 2008) et le secteur emploie plus de 60 % de la main d'œuvre. Le besoin de protéger les fermiers contre les risques et les revenus réguliers a été un problème continu des assureurs nationaux. L'Inde a 116 millions d'exploitations agricoles opérationnelles couvrant 163 millions d'hectares, une grande majorité étant de taille petite ou marginale. Approximativement 80 % des fermiers travaillent sur moins de 2 hectares, et une proportion importante de ces ménages sont au-dessous du seuil de pauvreté (GFDRR et World Bank, 2011). Comme seulement 40 % de la surface de culture brute de l'Inde sont irrigués, les fermiers sont particulièrement vulnérables aux conditions météorologiques néfastes, ponctuées par des nouvelles périodiques de suicide de fermiers pendant les années de sécheresse. Cette section décrit tout d'abord l'assurance à rendement de surface favorisée par les projets gouvernementaux puis présente une assurance indexée sur les intempéries, initialement testée par le secteur privé et maintenant également offerte par un programme gouvernemental.

Assurance à rendement de surface

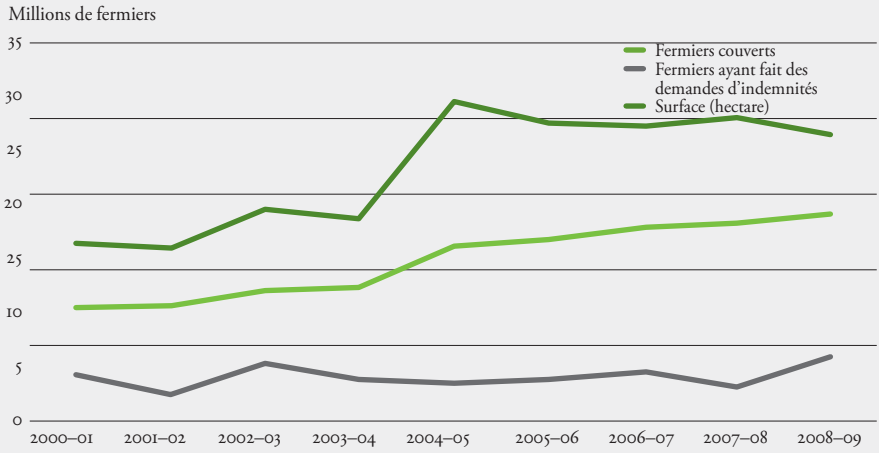
La grande majorité des fermes en Inde ont des cultures arrosées par la pluie et sont particulièrement vulnérables aux vicissitudes de la mousson indienne. Durant la décennie allant jusqu'à 2009, on estime à 350 millions le nombre de personnes touchées par la sécheresse en Inde (GFDRR et World Bank, 2011). Pour protéger les fermiers contre le risque agricole, le gouvernement s'est reposé historiquement sur 2 interventions : a) soutien de prix minimum ; et b) assurance Récoltes subventionnée par le biais d'un indice lié au rendement de surface. Le projet Comprehensive Crop Insurance Scheme (CCIS) financé par le gouvernement introduit en 1985–86 a été remplacé par le projet National Agriculture Insurance Scheme (NAIS) en 1999. Réassuré par AIC, NAIS est habituellement distribué par les banques rurales comme produit obligatoire lié à des prêts de récolte subventionnés *(voir tableau 20.1).*

Étant donné que les fermiers plantent plusieurs récoltes pour diversifier leurs risques, le produit multi-récoltes de NAIS tente d'assurer le revenu agricole total des fermiers mieux que la couverture Récoltes unique de CCIS. L'index de NAIS repose sur des rendements de récoltes individuels majeurs en culture dans la zone, pondérés par leur superficie. Il compare les écarts de rendements de récolte historiques à cet endroit, et considère tous les fermiers dans un périmètre défini comme étant identique en termes de risques et de pertes. D'ici 2009, NAIS avait couvert 19 millions de fermiers et 26 millions d'hectares, couvrant approximativement 16 % de la terre cultivée *(voir figure 20.2).* Le projet était efficace en terme de petits exploitants touchés : la prime moyenne par fermer assuré dépassait légèrement les 400 INR (9 $US). En ce qui concerne les exploitations, la surface

moyenne assurée par fermier était passée de 1,6 hectares en 2000–01 à 1,4 hectares en 2008–09, ce qui suggère que le projet couvre davantage les petits fermiers et les fermiers marginaux (GFDRR et World Bank, 2011).

Figure 20.2

Croissance de la couverture NAIS (2001–09)



Source : Micro Insurance Map, adapté de AIC, 2009.

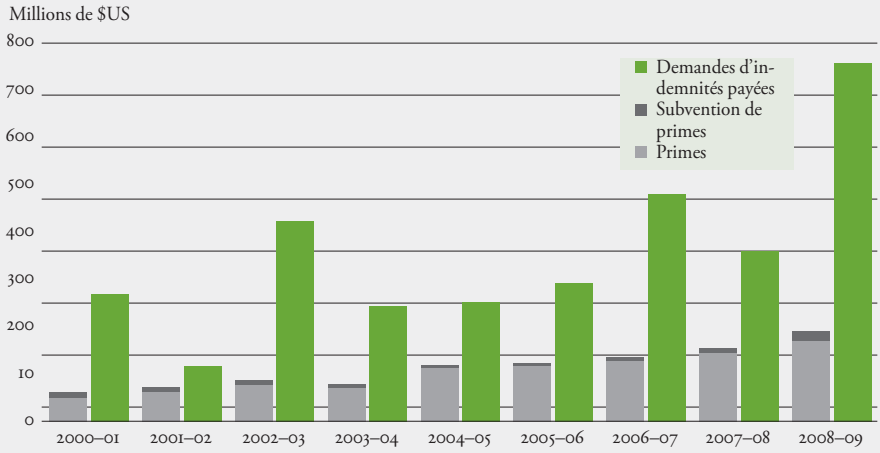
En dépit de ces avantages, un projet qui utilise un indice, plutôt que les pertes réelles d'un fermier, est soumis à un risque de base *(voir sections 4.3.2 et 11.1)*. Bien que l'approche indexée soit plus efficace en coût que l'évaluation de la perte de chaque ferme, des projets de rendement par surface impliquent encore des coûts de personnel élevés pour effectuer des coupes échantillons au niveau local pour mesurer le rendement. En inde, cette mesure est faite par les agences gouvernementales, ce qui réduit le coût pour l'assureur, mais l'assureur ne peut contrôler le processus d'évaluation des pertes. L'implication de la partie additionnelle contribue également à des retards importants dans le paiement des demandes d'indemnités (Sinha, 2007).

Le réassureur, AIC, reçoit des subventions du gouvernement pour les primes et les demandes d'indemnités afin de maintenir le produit abordable pour le fermier. Bien que NAIS offre une couverture limitée aux fermiers, le produit présente toujours des paiements de demandes d'indemnités élevés et est par nature non viable, comme cela est montré sur la figure 20.3, d'où le besoin d'une réassurance implicite via des subventions du gouvernement pour les demandes d'indemnités.

Bien que NAIS continue d'être le plus grand programme d'assurance agricole, sa croissance est inhibée par les limitations discutées ci-dessus. Le gouvernement teste en ce moment une nouvelle approche, le projet Modified National Agriculural Insurance Scheme (MNAIS), qui présente des caractéristiques clés pour le rendre plus pertinent aux fermiers ainsi que plus attractif pour les assu-

reurs privés. MNAIS est décrit dans l'encadré 20.4 à la fin de cette section, mais il est tout d'abord nécessaire de présenter l'assurance indexée sur les intempéries.

Figure 20.3 **Performances de NAIS (2001–09) (en millions de $US)**



Source : Micro Insurance Map, adapté de AIC, 2009.

Assurance indexée sur les intempéries

L'implication du secteur privé dans l'assurance agricole a pris essentiellement la forme d'une couverture indexée sur les intempéries. Comme indiqué dans l'encadré 4.1, en 2003 la Banque mondiale a soutenu ICICI Lombard et son partenaire de distribution BASIX pour tester le premier contrat d'assurance indexée sur les intempéries en Inde, un produit qui effectuait des paiements aux fermiers en se fondant sur les précipitations enregistrées (ou autres paramètres météorologiques) au lieu des pertes réelles.

Le succès du secteur privé dans la réponse aux besoins spécifiques des fermiers avec un modèle d'activité rentable a conduit le gouvernement à offrir des subventions, disponibles aussi bien pour les assureurs du secteur public que pour les assureurs du secteur privé, avec pour résultat une augmentation spectaculaire des souscriptions du produit. Près de 2 millions de fermiers ont été couverts par WBCIS en 2009–10, jusqu'à 9 millions de fermiers indiens en 2010–11 (Kumar, 2011). Aujourd'hui, l'Inde est le marché de l'assurance indexée sur les intempéries le plus grand et le plus dynamique des pays en voie de développement.

Pour retracer l'évolution du marché indexé sur les intempéries, il faut passer en revue les 3 thèmes suivants : 1) conception de contrat ; 2) qualité des données ; et 3) modèle de distribution ; ces thèmes donnent des idées intéressantes et de précieuses leçons.

La conception de contrat

Un débat important est celui sur le compromis entre des contrats précis et complexes qui sont plus sensibles aux risques des fermiers, et des produits plus simples et plus faciles à comprendre. Avant 2008, les produits plus simples étaient dominants car les ventes étaient bénévoles et donc la compréhension par les fermiers était cruciale. Il s'agissait de contrats très clairs, mais qui impliquaient rarement des couvertures spécifiques au stade de culture. Les contrats liés au stade de culture abordent les différents risques pendant la germination, le stade végétatif, la floraison et la maturité ou phase des moissons, et permettent différentes couvertures et seuils de paiements pour chaque stade *(voir encadré 20.2).* C'est un choix difficile, car les fermiers comprennent mieux les contrats simples, mais s'ils ne peuvent pas faire de demandes d'indemnités pendant les mauvaises années, ils perdront la confiance et ne renouvelleront probablement pas leur assurance, ce qui est une forte motivation pour investir dans des contrats spécifiques aux stades de culture.

Encadré 20.2

Tickets Intempéries liés au stade de culture

HDFC Ergo, en collaboration avec l'International Food Policy Research Institute et le CIRM, effectue en ce moment un test indexé sur les intempéries qui essaye d'atteindre un équilibre entre des produits simples et faciles à comprendre et des contrats plus précis mais plus complexes.

Dans ce test, les contrats d'assurance Intempéries sont vendus sous la forme de tickets qui sont destinés à des phases de risque de culture spécifiques et qui spécifient clairement le montant des paiements. En utilisant une approche modulaire, le fermier peut choisir le montant de la couverture ainsi que le stade de culture à couvrir, ce qui permet d'avoir de la souplesse et du choix. Comme les contrats sont destinés à des phases de risque plus courtes, les primes sont plus faibles et sont considérées comme plus abordables.

Pendant une saison de culture, 2 types de tickets sont disponibles pour chacune des périodes de 4 mois. Les 2 tickets ont des avantages similaires mais une probabilité de paiement différente. Le ticket ayant une probabilité de paiement plus élevée coûte 352 INR (environ 8 $US, équivalent à 4 jours de travail agricole), tandis que celui avec une probabilité moindre est disponible pour 265 INR (environ 6 $US). Le premier ticket permet un paiement en cas de précipitations modérées, tandis que l'autre permet un paiement en cas de précipitations excessives, représentant de sérieuses pertes. Les 2 tickets permettent un paiement de 1000 INR (22 $US) par acre quand l'index atteint la quantité « strike » de précipitations élevées, ou 4000 INR (88 $US) par acre quand l'index atteint l'« exit ». Les fermiers peuvent choisir la gravité de l'événement qu'ils veulent couvrir, et à quelle phase, ce qui leur permet d'établir leur propre couverture en se fondant

sur des contraintes de liquidité et une perception des risques. Le processus du choix de leur propre couverture crée une meilleure compréhension et transparence quant au moment où et comment un produit d'assurance indexée fonctionne.

Environ 93 % des contrats vendus étaient des options à haute valeur. Cela indique la préférence des fermiers pour des couvertures de risque modérées, qui ont une probabilité de paiement plus élevée, même lorsqu'elles ont un coût initial plus élevé. Comme prévu, les ventes dans les 3 périodes de couverture étaient inégales, les ventes les plus élevées se faisant dans la deuxième période de couverture. Ces choix des acheteurs suggèrent qu'une approche personnalisable pourrait induire une plus grande souscription.

Source : adapté de CIRM, 2011.

Avec des corrélations de données améliorées entre le rendement de culture et les diverses conditions météorologiques, l'Inde a progressé depuis ses années de couvertures pilotes à une seule culture et une seule condition météorologique, avec des corrélations culture-intempéries relativement faibles. Maintenant les produits couvrant les conditions météorologiques multiples sont communs, ce qui permet aussi le développement de contrats avec une plus grande précision. En théorie cela abaisse le risque de base pour le fermier. Cependant, la conception de produits améliorée peut ne pas avoir comme conséquence une souscription accrue parce que la complexité résultante peut être une contrainte pour les ventes et les canaux de distribution *(voir chapitre 13).* Par exemple, le produit d'assurance multirisques indexé sur les intempéries pour le riz développé par les Weather Risk Management Services (WRMS) a été plus tard remplacé par des couvertures monorisque (la température et les précipitations séparément), qui ont rendu la distribution et les ventes plus faciles, même si cela a augmenté les coûts de transaction et limité la couverture du risque pour le fermier.

L'autre problème présenté par les données est celui de la chronologie, où un retard dans la réception par les assureurs des données météorologiques certifiées entraîne des retards dans le règlement de demandes d'indemnités. Certaines innovations ont tenté une approche de paiements provisoires immédiats fondée sur des données disponibles pour améliorer les délais. Une autre façon d'améliorer le processus consiste à transférer les données automatiquement des stations météorologiques aux assureurs.

L'assurance indexée sur les intempéries a également évolué pour inclure une gamme de cultures plus large, telles que la coriandre et le raisin, et des paramètres météorologiques supplémentaires, tels que le gel pour les vergers. De telles innovations sont également précieuses pour une gamme limitée de risques non-agricoles, comme le montre l'encadré 20.3.

Les produits n'ont pas tous eu une évolution positive. Par exemple, un changement a été apporté dans les périodes de paiement de demandes d'indemnités, avec pour résultat des produits ayant moins de valeur client. Dans les années de test, les demandes d'indemnités ont été réglées après chaque phase de culture, mais maintenant les paiements se font souvent à la fin de la saison en raison de l'infrastructure financière limitée et du coût élevé pour toucher les fermiers. Un avantage clé d'un contrat indexé sur les intempéries devrait être sa capacité à faire des paiements immédiats pour aider les fermiers à faire face à d'autres mesures curatives prises pour réduire les pertes de cultures réelles, comme la location de pompes hydrauliques. Par conséquent, des périodes de paiement plus courtes devraient être maintenues, les paiements étant effectués par l'intermédiaire de mécanismes peu coûteux de transfert d'argent.

Encadré 20.3 **Indice intempéries pour des groupes non-agricoles**

Assurance Laque pour les populations indigènes

Avec l'appui du Department of Tribal Affairs, les ONG BASIX et PRADAN, WRMS et ICICI Lombard ont développé un produit spécifique pour des tribus produisant de la laque, une résine naturelle sécrétée par des insectes qui prospèrent sur des arbres spécifiques. La laque, une source de revenue fortement rémunératrice pour des habitants des forêts, est employée pour faire des bijoux, du vernis, des colorants et la cire à cacheter.

Pendant leur cycle court de production, les larves d'insectes sont vulnérables aux variations soudaines de température. L'index intempéries est déclenché par la variation de température, à la différence d'autres contrats qui couvrent la plupart du temps des conditions extrêmes. Le paiement des demandes d'indemnités est effectué immédiatement pour permettre aux assurés d'acheter plus de larves à temps pour un deuxième cycle de récolte. Du point de vue de la conception, c'est un produit similaire à « une couverture pour les semences en période d'ensemencement » dans un contexte agricole, qui fournit des semences de rechange si les précipitations sont rares pendant la phase d'ensemencement.

L'assurance Sel pour les paludiers

Dans un autre exemple de couverture non-agricole indexée sur les intempéries, les assureurs IFFCO-Tokio et ICICI Lombard se sont associés pour offrir un contrat unique conçu par WRMS destiné aux paludiers. Les champs de sel, la plupart du temps en zones côtières, sont des champs où l'eau saumâtre est répandue par les travailleurs saisonniers pour le séchage et la production de sel. Les paludiers sont des travailleurs généralement sans terre appartenant à des groupes sociaux et économiques inférieurs.

Ce contrat de couverture des précipitations excessives est unique parce qu'il a un risque de base de conception nul. Il y a 100 % de corrélation entre les pertes des fermiers et des précipitations excessives puisque le sel en train de sécher se dissout lorsqu'il est exposé à la pluie. De tels contrats indexés sur les intempéries ont une valeur très élevée pour le client. Cependant, au bout de 2 ans le produit a été arrêté, même s'il y avait un intérêt important pour les fermiers, après des pertes catastrophiques dues au cyclone Laila. Les assureurs ont été incapables d'agréger les paludiers dans tout le pays pour atteindre un facteur d'échelle, de sorte que le projet n'était pas assez grand pour intéresser les réassureurs.

Source : Adapté de Baidya et de Ruchismita, 2011.

Qualité des données

Bien que le point de départ soit l'accès à des données historiques numérisées relatives à la productivité des cultures et aux conditions météorologiques pour identifier des corrélations et développer l'index, l'expansion de la couverture indexée sur les intempéries dépend de la création de mécanismes fiables de transmission de données pour l'infrastructure de relevés météorologiques.

Un paramètre critique du marché indexé sur les intempéries était l'accès aux données historiques des stations météorologiques par l'Indian Meteorological Department. La majorité des stations n'étaient que des capteurs de mesure des pluies et un effort considérable a été fait pour augmenter le réseau de stations météorologiques automatisées (SMA). L'investissement dans des SMA a été fait par divers services gouvernementaux, tels que les instituts météorologiques, de recherche spatiale et éducatifs, et ont également attiré des investissements d'agences privées avec des incitations pour accéder à des données plus précises sur un éventail plus large de phénomènes météorologiques (par exemple la vitesse du vent). De futurs efforts pour améliorer la normalisation des données provenant de sources publiques et privées devraient améliorer l'accès à une réassurance abordable.

Au lieu de compter exclusivement sur des stations météorologiques, IFFCO-Tokio teste en ce moment de nouvelles technologies pour apporter de la transparence et améliorer le temps de règlement des demandes d'indemnités, tel que l'indice différentiel de végétation normalisé (NDVI) pour réduire le risque de base en assurance indexée sur les intempéries (Patankar, 2011).

De manière similaire au rôle de tenue de marché joué par les intermédiaires de la micro-assurance *(voir chapitre 23),* l'implication de WRMS, un intermédiaire d'assurance Intempéries, a appuyé le marché indexé sur les intempéries en atteignant un facteur d'échelle grâce à la constitution de contrats globaux, aux investissements dans la numérisation de données et à la modélisation des risques. Cependant, en général, la médiocre qualité des données et l'incertitude concer-

nant l'impact du changement climatique *(voir chapitre 4)* sont des défis actuels, et aboutissent à des primes de réassurance élevées qui pourraient empêcher le développement de produits meilleurs et plus abordables.

Distribution

Dans les premières années, il n'y avait qu'un seul assureur (ICICI Lombard) qui distribuait de l'assurance indexée sur les intempéries par le biais d'ONG et d'IMF. Ce rapport a servi d'opportunité d'apprentissage à partir de laquelle divers produits ont été conçus pour apporter des solutions adaptées aux besoins du client pour des groupes de risques spécifiques. Plus tard, le facteur d'échelle a été atteint en diversifiant la distribution, par exemple en travaillant avec des coopératives et en exploitant le secteur d'action rural des fournisseurs d'intrants agricoles et des agences d'approvisionnement.

Le gouvernement a répondu à la souscription bénévole par les fermiers à des projets indexés sur les intempéries en offrant des subventions de prime pour de tels contrats, au début à l'AIC, puis à tous les assureurs. L'inclusion d'AIC sur le marché indexé sur les intempéries a été un paramètre important de facteur d'échelle parce qu'elle a permis d'étendre la couverture à la clientèle captive du programme lié à un crédit. Les très gros volumes de couverture indexée sur les intempéries en Inde, et l'intérêt chez les intervenants privés à collaborer avec le gouvernement pour offrir du WBCIS, peuvent être en partie attribués à la distribution et à la collecte des primes de façon harmonieuse. Les banques rurales déduisent la prime du prêt du fermier et la subvention correspondante accordée par l'État est donnée par le biais d'une seule transaction, ce qui minimise les coûts d'administration pour les assureurs.

Cependant, de telles subventions sont limitées à des cultures spécifiques dans des zones identifiées et ne sont pas données à tous les fermiers. Cette offre sélective d'assurance est en soi injuste et influe sur les décisions des fermiers en matière de culture, de sorte qu'ils se focalisent sur les cultures assurées traditionnelles. Certaines des limitations du WBCIS peuvent être surmontées par le MNAIS *(voir encadré 20.4)*.

Encadré 20.4

Projet Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS)

MNAIS est un produit à rendement hybride indexé sur les intempéries, combinant les projets indexés NAIS et WBCIS d'AIC, un test étant effectué dans 34 districts dans 12 États pour la saison Rabi (hiver) de 2010–11 afin de surmonter certains des défis liés à NAIS. S'il fonctionne avec succès, il pourrait remplacer NAIS et offrir aux petits fermiers marginaux une meilleure couverture de risque.

MNAIS utilise ce que l'on pense être une base plus précise pour calculer le rendement de seuil déclenchant dls paiements : le rendement moyen des 7

dernières années excluant jusqu'à 2 ans de calamité naturelle avérée. Il conçoit des contrats à partir du rendement de surface et de l'indice intempéries. Le rendement de surface pour les principales cultures est mesuré au niveau du village, ce qui réduit sensiblement le risque de base spatial. Un des principaux avantages de l'aspect du contrat en matière d'indice sur les intempéries que MNAIS retient est sa capacité à payer les demandes d'indemnités pendant la saison de culture, ce qui offre un soulagement immédiat, permettant au fermier d'investir dans des stratégies alternatives pour arrêter la perte de récolte pour toute la saison.

Le produit couvre « un ensemencement avorté » pour 25 % de toute la somme assurée si la mousson est tardive et si le fermier décide de remettre à plus tard l'ensemencement jusqu'à ce que les pluies arrivent. Le produit couvre également les pertes « après moisson » jusqu'à 2 semaines après la moisson. En raison de l'infrastructure rurale limitée en matière d'entrepôts, les fermiers « coupent et étalent » la récolte dans le champs pour le séchage après la moisson. Une période de pluie soudaine pourrait gâcher la récolte entraînant une perte substantielle.

Dans MNAIS, des primes actuarielles seront payées pour assurer la culture et par conséquent réclament que la responsabilité des demandes d'indemnisation revienne à l'assureur, à la différence de NAIS où l'État donnait des subventions pour les indemnisations. Cette modification pourrait entraîner une transparence améliorée en matière de prix (la prime reflétant le vrai risque), et stimuler l'utilisation d'arrangements avisés en matière de réassurance évitant que le gouvernement agisse comme un réassureur libre. MNAIS pourrait également conduire à une amélioration de la gestion du programme, car les pertes réelles devront être supportées par l'assureur. Les subventions de prime continueront à rendre le produit abordable.

Ce produit pourrait étendre la portée des contrats reposant sur les intempéries, catalyser l'investissement privé dans l'infrastructure météorologique, assurer une meilleure détermination du prix de la réassurance en rassemblant les risques émanant de diverses régions, et générer une demande garantie considérable pour encourager de nouveaux assureurs à offrir de l'assurance agricole. Bien que les compagnies d'assurance agricole autonomes comme AIC soient critiques, une plus grande concurrence est nécessaire pour desservir l'énorme marché inexploité à un coût abordable.

Source : adapté de CIRM, 2011.

20.2.3 L'assurance Vie

L'Inde a 32 produits de micro-assurance Vie enregistrés. Aviva Life en possède 7, c'est-à-dire le plus grand nombre, et LIC, le plus grand assureur, en a 4. La croissance du nombre de produits enregistrés, la plupart appartenant à des assureurs privés, peut être attribuée à 2 facteurs. Tout d'abord, plus les assureurs sont présents et plus leur portefeuille traditionnel se développe, plus leurs cibles dans le secteur rural et social sont importantes, ce qui contraint les assureurs à se développer par le biais de nouvelles approches. En second lieu, comme l'assureur public opère depuis plus longtemps, « les fruits les plus accessibles » ont été cueillis, de sorte que les assureurs privés doivent tenter de nouvelles approches.

Comme décrit au chapitre 8, un nombre croissant d'assureurs complètent les produits d'assurance Vie liés à des prêts avec des produits bénévoles. Les produits d'assurance Vie à capital différé et les produits mixtes sont adaptés aux contraintes des ménages en termes de liquidité et à leurs préférences en termes de produit, par exemple :

- **Produit composite :** SBI Life, le plus grand assureur privé d'assurance Vie, est en ce moment un produit composite, un produit d'assurance Vie avec des couvertures pour le paiement hospitalier et les maladies graves, avec une couverture d'assurance Individuelle accidents et d'assurance de biens (habitation et logement) pour augmenter la valeur client tout en réduisant le coût de transaction par une distribution intégrée.
- **Avantages garantis :** Bajaj Allianz fonctionne en partenariat avec des banques rurales et de grandes IMF pour distribuer sa couverture d'assurance et d'épargne bénévole. En novembre 2010, ce produit avait atteint un facteur d'échelle pour couvrir 3 millions de personnes et avait généré approximativement 100 millions de $US en primes, ce qui illustre la préférence des clients pour des produits à base d'épargne avec des caractéristiques telles qu'une valeur de rachat élevée, même si le montant maximum assuré est faible.
- **Produit à capital différé sans expiration :** Produit à capital différé sans expiration : le produit unique Max Vijay de Max New York Life (MNYL) est un produit d'épargne plus assurance conçu pour être « sans expiration ». Pour s'adapter aux revenus irréguliers du marché cible, les assurés peuvent recharger leur compte toutes les fois qu'ils ont des fonds supplémentaires *(voir chapitres 8 et 22).*
- **Courts termes :** Le produit Bima Kawatch Yojana de Birla Sun Life, qui a une option d'échéance de 3 ans, et le Navakalyan Yojana de Tata AIG, qui offre une couverture sur 5 années, permettent tous les 2 à des clients d'apprécier rapidement les avantages de leurs paiements de prime, au lieu de devoir attendre 10 ou 15 ans.
- **Options de paiement souple :** Jeevan Madhur de LIC offre une gamme d'options de prime, incluant un paiement minimum hebdomadaire de 25 INR (0,50 $US), bimensuel de 50 INR (1 $US), et mensuel 100 INR (2,20 $US).

LIC s'est servi de ses agents de micro-assurance pour vendre plus de 100 000 de ces polices lors de la première année, et a également commencé à les distribuer par l'entremise d'ONG, d'IMF et de GE. Ce produit a été également personnalisé et offert à des groupes précédemment exclus : les professionnels du sexe, pour lesquels le coût des examens médicaux est supporté par LIC.

En ce qui concerne l'assurance Vie, ce n'est pas la conception de produits mais davantage leur mise sur le marché cible qui représente un défi, comme le montre la section 20.3.

20.2.4 Assurance Santé

La contribution la plus importante de l'Inde à la discussion de la micro-assurance dans le monde est peut-être celle du secteur de la santé. Cette section met en lumière certaines des innovations réalisées dans le cadre de la gestion des demandes d'indemnisation, et présente ensuite les résultats atteints par les programmes d'assurance Santé de masse subventionnés par le gouvernement.

Vers une meilleur gestion des demandes d'indemnités

Les modèles de micro-assurance Santé actifs et divers en Inde développés par les mutuelles, les IMF et les assureurs ont été largement relatés (par exemple, Radermacher et Dror, 2006; MicroInsurance Centre, 2009). Bien que ces efforts aient été à l'avant-garde en matière de micro-assurance abordable en Inde, ils ont trouvé qu'il était difficile de créer des systèmes et des processus pour assurer une qualité de service élevée en matière de gestion des demandes d'indemnités et de surveillance des hôpitaux *(voir encadré 20.5).*

Le modèle agent-partenaire, par exemple, a atteint un facteur d'échelle, mais a rencontré des problèmes de qualité de service. Les assureurs, en tant que partenaires dans le modèle, ont souvent travaillé avec un tiers opérateur (third-party administrator, TPA) pour desservir leurs portefeuilles santé en zone rurale. Cependant, la présence limitée en zone rurale des TPA et leurs processus complexes de gestion des demandes d'indemnités n'ont pas bien répondu aux produits d'assurance Santé de base offerts par les IMF. Le mécontentement résultant des clients a conduit certaines IMF à prendre leur distance avec des projets sans numéraire, avec des assureurs privés ou le modèle agent-partenaire. Par exemple, Bandhan, une IMF comptant plus de 3 millions de membres, est revenue aux prestations basées sur les remboursements quand elle a commencé à connaître des défauts de remboursement dus à des problèmes avec le traitement de demandes d'indemnités « sans numéraire ». La gestion des demandes d'indemnités était devenue fastidieuse et était confrontée à de nombreux défis, incluant une documentation incomplète fournie par les clients, un manque de compréhension

des exclusions de la part des clients, et les connivences occasionnelles entre clients et prestataires.

Plus récemment, de nouveaux TPA ont commencé des opérations commerciales « focalisées sur les zones rurales ». En outre, les TPA traditionnels encouragés en partie par de vastes projets en matière de santé subventionnés par l'État ont modifié les systèmes pour mieux desservir les clients en zone rurale. La capacité des TPA devrait continuer à jouer un rôle important dans l'aide apportée à la gestion de très gros volumes de contrats d'assurance Santé de haute qualité.

Encadré 20.5 **Introduire le TPA absent**

Les contrôles de service et de surveillance sur le terrain étant limités, les assureurs se reposent en général énormément sur des opérateurs tiers pour évaluer et régler les demandes d'indemnités, et effectuer des contrôles pour détecter les factures gonflées et la fraude pure. Cependant, les processus compliqués et les frais généraux plus élevés des TPA n'ont pas été à l'origine adaptés au marché de la micro-assurance, et les rejets résultants de demandes d'indemnités ont entraîné le mécontentement des clients.

En raison des difficultés avec les TPA, quand les agents comme les IMF et les ONG ont offert des couvertures d'assurance Santé souscrites par les assureurs, ils ont souvent créé une capacité d'administration interne ou utilisé les systèmes de l'assureur pour que des services similaires aux TPA améliorent la capacité d'assurer le service. Ces efforts ont exigé de l'investissement dans des processus personnalisés et des systèmes informatiques pour gérer le volume d'activité et aligner les systèmes de l'agent, de l'assureur et des équipements de soins de santé. Cependant, le modèle agent-partenaire n'a pas créé d'incitations financières pour les ONG ou IMF permettant de faciliter de meilleurs services d'indemnisation ou les investissements dans le contrôle des fraudes.

En revanche, le modèle mutualiste encourage le projet à surveiller les demandes d'indemnisation et à assurer un meilleur service, car les avantages financiers du contrôle de fraude et des réinscriptions élevées sont maintenus. Certaines IMF sont passées du modèle agent-partenaire au modèle mutualiste pour améliorer le service en matière de demandes d'indemnisation et pour satisfaire aux besoins spécifiques de leurs membres en matière de produit. Voici quelques exemples de la façon dont les intervenants ont abordé « le chaînon manquant » dans l'administration des demandes d'indemnisation :

– **Porter le risque en interne :** L'IMF Grameen Koota est passé du travail avec des assureurs traditionnels à une coopération avec un partenaire de service, SAS Poorna Arogya Healthcare, pour apporter des services de TPA à ses membres et pour gérer cela comme un projet d'assurance Santé interne. De

même, l'ONG SHEPHERD est passé du modèle d'agent-partenaire au modèle mutualiste, avec l'aide de l'« assureur » mutualiste Uplift. En portant le risque, les 2 organismes ont davantage d'incitations pour gérer efficacement les demandes d'indemnités.

– **Externaliser vers un administrateur de confiance :** L'IMF SHARE a travaillé avec MicroEnsure dans des endroits spécifiques pour traiter ses conditions de gestion des données avec l'assureur.
– **Administration interne :** Les ONG BASIX et le Sri Kshetra Dharmasthala Rural Develoment Programme (SKDRDP) ont élaboré une technologie interne pour gérer des opérations similaires aux TPA afin de faciliter l'intégration harmonieuse de systèmes avec l'assureur et permettre des produits et services mieux personnalisés. Ils offrent également ces services à d'autres organismes.

Source : auteurs.

Programmes d'assurance Santé de masse

Ce qui est particulièrement intéressant en ce qui concerne la micro-assurance Santé en Inde c'est l'émergence de projets de masse gérés par l'État. Ces projets relèvent du large domaine de la micro-assurance parce que plusieurs d'entre eux impliquent une sorte de frais d'utilisation, et sont souvent mis en œuvre par le secteur de l'assurance à travers des partenariats public-privé. En outre, la conception des projets a fait considérablement appel à des expériences en matière de micro-assurance Santé mutualiste et reposant sur des ONG.

Sur les 75 millions de personnes couvertes par de tels projets en 2007, on estime que 302 millions de personnes avaient une micro-assurance Santé en 2010.[6] Trois de ces projets, Aarogyasri dans l'Andhra Pradesh, Kalaignar au Tamil Nadu, et le programme national Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), assureraient 54 millions de familles à la fin 2010 (PHFI, 2011). Soutenus par la volonté politique et la capacité d'agréger des chiffres -+ énormes, ces projets sont en train de transformer la micro-assurance Santé en abordant des défis clés tels que la création de données, l'investissement dans la technologie de l'identification et en fixant des normes sectorielles pour l'offre de soins de santé.

[6] Ces chiffres semblent optimistes et peuvent supposer des tailles de famille plus grandes. En se fondant sur une analyse de RSBY, Krishnaswamy et Ruchismita (2011) calculent qu'il y a en moyenne 2,7 personnes par famille pour chaque carte délivrée, tandis que l'évaluation par Public Health Foundation de l'Inde (PHFI) semble supposer que la taille du ménage moyen est plus importante.

Figure 20.4

Évolution chronologique des programmes d'assurance Santé de masse pour les personnes pauvres en Inde

Programme	Yeshasvini Cooperative Farmers Health Care Scheme	Assurance des tisserands	Rajiv AarogyaSri Community Health Insurance Scheme	RSBY	Chief Minister Kalaignar Insurance Scheme for Life Saving Treatments
– Lieu – Année de démarrage – Portée	– Karnataka – 2003 – 3 millions de personnes	– Divers États – 2005 – 6,4 millions de personnes (1,6 millions de familles)	– Andra Pradesh – 2007 – 70 millions de personnes (20,4 millions de familles)	– National – 2008 – 63 millions de personnes (23 millions de familles)	– Tamil Nadu – 2009 – 35 millions de personnes

La figure 20.4 montre la chronologie des principaux projets et leur portée actuelle. Bien que le premier projet d'assurance Santé de masse, Yeshasvini, lancé par le Karnataka Department for Cooperation en 2003, ait été une inspiration pour les projets ultérieurs, la plupart de ses caractéristiques restent uniques. Il n'a aucun porteur de risque et est géré comme un fonds Santé par le biais d'un TPA. C'est un produit bénévole avec une contribution sous forme de primes versées par les membres. En revanche, le projet d'assurance Santé des tisserands lancé 2 ans plus tard par le Ministry of Textiles pour des artisans pauvres est géré par des assureurs. Le projet des tisserands est unique parce qu'il inclut une couverture de consultations externes, alors que les autres projets de masse couvrent principalement l'hospitalisation.

Les principales caractéristiques de RSBY, Yeshasvini et des 2 projets d'État sont récapitulés dans le tableau 20.2. Les différences entre les 2 programmes financés par l'État, Aarogyasri et Kalaignar, sont attribuées à la situation sanitaire de chaque État, ce qui suggère que la conception de produits est personnalisée pour répondre aux nécessités régionales. Aarogyasri au Andhra Pradesh a fourni initialement une couverture d'hospitalisation, mais au cours des années son offre globale a augmenté pour inclure les maladies graves. Kalaignar, d'autre part, fonctionne au Tamil Nadu, qui a une infrastructure de santé publique plus robuste et plus fonctionnelle ; par conséquent, il a seulement dû couvrir les maladies graves.

Yeshasvini investit moins dans la technologie d'identification, mais tous les projets reposent fortement sur la collecte et la transmission de données électroniques et ont des systèmes d'information de gestion assez robustes (MIS). Excepté Aarogyasri, les projets ont peu de ressources humaines allouées à la surveillance et à la supervision. RSBY et Kalaignar utilisent des cartes biométriques pour contrôler la fraude ; RSBY délivre des cartes de santé en temps réel (au camp d'inscription) pour améliorer le service à la clientèle et pour contrôler tout comportement de recherche de rente par le biais de l'agence délivrant les cartes *(voir encadré 20.6).* Il y a une variation marquée dans le coût d'hospitalisation moyen, qui peut être attribuée à 4

facteurs : le type de risque médical couvert, le profil des ménages visés, les coûts de soins de santé croissant dans la région, et la capacité du projet à négocier des taux préférentiels avec les prestataires de santé.

Yeshasvini continue à avoir un taux élevé d'utilisation qui pourrait être en partie attribué à la contribution des clients, ce qui augmente la sensibilisation et induit l'utilisation. Le problème avec ce projet est le taux de demandes d'indemnisation moyen croissant (157 % en 2010), qui rendrait insolvable un fonds sans assureur ou réassureur.

Encadré 20.6

RSBY : distribution à un facteur d'échelle

Fin 2010, RSBY avait été lancé dans 340 districts, dans 25 États, avec 23 millions de cartes actives, assurant approximativement 63 millions d'individus vivant au-dessous du seuil de pauvreté. La mise en place réussie sur une telle échelle peut être attribuée au partenariat public-privé que le projet a forgé. Tandis qu'Aarogyasri et Kalaignar collaboraient avec un seul assureur, Star Allied Insurance, RSBY dans sa première année travaillait avec 8 assureurs et 16 TPA pour mettre en application le projet. Beaucoup de TPA ont plus d'effectifs localisés que RSBY peut exploiter à travers des dispositifs d'enchères et de contrat au niveau du district. Bien que 3 assureurs représentent 75 % des opérations de RSBY, les performances du programme sont corrélées avec le TPA et non avec l'assureur.

Au cours de la première année, RSBY a eu un taux d'incidence de 2,4 %, ce qui est inférieur à ce qu'on aurait pu prévoir puisque la population cible précédemment non assurée aurait vraisemblablement eu une demande latente de services de soins de santé. Les taux d'utilisation sont plus élevés quand les cartes sont délivrées rapidement. Les villages qui ont au moins une demande d'indemnisation ont un pourcentage plus élevé de cartes activées dans les 20 premiers jours de l'inscription. Pour améliorer l'inscription ainsi que l'utilisation, le projet peut nécessiter un engagement dans des contrats directs avec des TPA, au lieu d'établir un contrat seulement avec des assureurs. Une relation directe avec les TPA peut améliorer la surveillance des performances et éviter les niveaux multiples de sous-traitance des activités d'inscription par les TPA.

Les régions avec davantage d'hôpitaux privés en réseau montrent une plus grande utilisation, avec un taux d'hospitalisation plus élevé de 0,2 %. Cela pourrait être attribué à la meilleure qualité perçue (ou réelle) de l'infrastructure de santé et à la disponibilité des approvisionnements au niveau des équipements privés, et également à la recherche d'activité proactive par les hôpitaux privés. RSBY met en application actuellement une initiative d'amélioration de la qualité, qui se fonde sur une structure d'incitations progressives pour encourager les hôpitaux publics et privés à améliorer leur infrastructure de santé.

Source : adapté de Krishnaswamy et de Ruchismita, 2011.

Tableau 20.2 **Caractéristiques comparatives des 4 plus grands projets d'assurance Santé de masse**

Caractéristiques	*Critères*	*Yeshasvini (Karnataka) 2003*	*Aarogyasri (Andhra Pradesh) 2007*	*RSBY (National) 2008*	*Kalaignar (Tamil Nadu)2009*
Produit	Unité d'inscription	Personnes	Familles	Familles	Familles
	Sources des fonds	Contribution : bénéficiaire 58% + gouvernement 42% (en 2009–2010)	Par État	0,60 $US par bénéficiaire +75% par le gouvernement central et 25% par le gouvernement de l'État dans la plupart des cas	Par État
	Taux de prime en 200–10	3,30 $US par personne	6 $US par famille	12 $US par famille en moyenne	10 $US par famille
	Couverture d'assurance maximale	4 444 $US par personne	3 333 $US par famille avec tranche supplémentaire de 1 111 $US	666 $US par famille	2 222 $US sur 4 ans, par famille
	Opérations courantes	Chirurgie cardiaque, oto-rhino-laryngologique (ORL), générale, opérations pédiatriques, obstétriques, ophtalmiques	Oncologie, chirurgie cardiaque, traumatique, gynécologique et urinaire, chirurgie générale	Traitement médical, opérations ophtalmiques, neurologie, maladies infectieuses, opérations gynécologiques et obstétriques	Orthopédie, oncologie, urologie, cardiologie, hystérectomie, ophtalmologie et ORL
Outils de gestion	Mesures de limitation des coûts	– ATT fournit une pré-autorisation pour toutes les procédures – Tarifs pour 1600 procédures pré-négociés	– Taux de forfait diagnostic prédéfinis et contrôle de pré-autorisation pour intensification médicale – MIS, équipes de vigilance médicales et réseau étendu de personnel de surveillance de projet dans les hôpitaux	– Carte à puce pour vérification d'identité et autorisation préalable – Taux de forfait diagnostic fermés pour des opérations courantes. – Analyse détaillée d'expérience de demandes d'indemnités	– Taux de forfait diagnostic prédéfinis et contrôle de pré-autorisation pour intensification médicale – Planification de retour à domicile avec chargés de liaison
	– Outils TI utilisés	– Soumission des demandes d'indemnités par voie électronique – Logiciel utilisé dans tous les hôpitaux du réseau, lié aux systèmes de TPA	– Signature numérique pour tous les utilisateurs, photographies numériques des patients, et pré- et post-procédure – MIS complet et opération de demandes d'indemnités et paiements électroniques	– Photos et données biométriques des familles collectées sur puce électronique à l'inscription – Cartes à puce permettent l'autorisation hors ligne et le transfert en différé des données	– Carte à puce numérique pour identifier le bénéficiaire et la famille – Pré-autorisation par internet et soumission de demandes d'indemnités – Webcams pour la coordination et la surveillance des chargés de liaison dans des hôpitaux en réseau
	Critères de constitution d'hôpitaux	50 lits minimum en hospitalisation + soin intensif (ICU), ambulance, médecins qualifiés	50 lits minimum et autres critères d'infrastructure comme ICU avec 2 ventilateurs	Au moins 10 lits + service médical, chirurgical, diagnostique + enregistrement avec département IT	50 lits minimum
	Personnel à temps plein en agence d'exécution	Moins de 10	117	approximativement 10 au niveau central et 100 aux agences centrales d'État	Moins de 10
Performances	Nombre de bénéficiaires (septembre 2010)	3 millions	Approximativement 70 millions (20,4 millions de familles)	63 millions	35 millions
	Coût moyen par hospitalisation (INR)	8 240	27 848	4 262	33 720
	Nombre d'hospitalisations pour 1000 personnes	22	5	25	4
	Taux de demandes d'indemnisation	157%	69,6–128,3% (moyenne 89%)	Environ 80% en 2009–10	80%

Source : adapté de PHFI, 2011.

20.3 Réseaux de distribution

La distribution de l'assurance aux ménages à faible revenu est difficile pour plusieurs raisons, y compris en raion de difficultés pour accéder à des zones éloignées et encourager la souscription par des individus qui manquent d'expérience avec les produits financiers complexes (Gaurav et al., 2011). En outre, les ménages pauvres font face par définition à des contraintes de liquidité pour le paiement des primes et sont peu disposés à acheter un produit intangible avec des avantages qui peuvent être ou ne pas être disponibles à un certain moment dans le futur.

Ci-dessous, sont énumérsé plus ou moins chronologiquement 4 canaux importants par lesquels l'assurance a été distribuée dans les zones rurales de l'Inde avec des tentatives en vue de relever ces défis. Au début, avant d'utiliser la micro-assurance temporaire, l'infrastructure bancaire rurale étendue du gouvernement, la Poste, et le réseau d'agents de LIC étaient les principaux canaux de distribution de produits abordables, et aujourd'hui ils restent les plus importants. Dans les années 90 et au début des années 2000, les ONG et les mutuelles ont bâti sur leur capital social dans la communauté pour éduquer les ménages en matière d'assurance et de gestion des risques, et pour offrir des produits personnalisés. Plus tard, les IMF ont accédé au marché et ont offert une solution au problème de l'accessibilité en finançant les primes. Ils ont également offert d'importants systèmes de gestion de la trésorerie et de données, et ont aidé à faciliter l'évolution du secteur depuis une initiative de « développement » vers une orientation plus commerciale. Plus récemment, les assureurs ont étendu leur stratégie de distribution pour inclure des chaînes d'approvisionnement rurales et des canaux de ventes directes grâce à la technologie tels que les kiosques Internet ruraux et les réseaux de correspondants bancaires, qui ont un potentiel élevé pour aider l'assurance à atteindre un facteur d'échelle avec les produits de base à des prix abordables.

20.3.1 Réseaux facilités par le gouvernement

Avant l'introduction des compagnies d'assurance privées en Inde en 1999, la distribution d'assurance dans les zones rurales se faisait généralement par 3 canaux principaux : le vaste réseau d'agents LIC, l'infrastructure financière du gouvernement, et l'Indian Postage.

Pendant des décennies, LIC s'est reposé sur ses agents pour vendre des polices d'assurance Vie dans tout le pays. La capacité de ce canal à atteindre un facteur d'échelle est attribuée à 3 facteurs : 1) Le mandat de LIC donné par l'État pour desservir les ménages à faible revenu ; 2) La solide image de LIC qui est bien connue dans la plupart des zones rurales ; et 3) ses produits d'épargne populaires avec des caractéristiques telles que le retour de prime. Même si ses structures de

commission d'agent sont à égalité avec les normes du secteur, les grands volumes d'activité stables, les subventions gouvernementales, et un programme élaboré de développement d'agents contribuent à la viabilité du modèle. Un des facteurs contribuant à leur popularité est la capacité des agents à offrir un outil d'épargne fiable via un « service porte à porte » commode. Ce modèle de distribution demeure efficace aujourd'hui. En 2009-10, les agents de LIC ont vendu 38 millions de polices d'assurance Vie sur un total de 45 millions de polices d'assurance Vie dans le secteur, ce qui éclaire sur le succès de ces agents et sur leur pertinence pour LIC.

L'Inde a plus de 32000 succursales bancaires rurales, la plupart du temps des banques commerciales et banques rurales régionales de secteur public, approximativement 14000 succursales bancaires coopératives et 98000 sociétés de crédit agricole primaires (PACS) (Basu, 2006). Ce vaste réseau d'institutions financières rurales dominées par le gouvernement offre du crédit dirigé, qui est souvent accompagné de la couverture d'assurance associée obligatoire et subventionnée. En outre, ces institutions financières maintiennent un portefeuille important d'assurance Vie et d'assurance Individuelle accidents.

L'India Post est le plus grand réseau postal du monde, avec 90 % de ses bureaux de poste dans des zones rurales. Sa longue histoire et sa profonde implantation ont aidé à réaliser un canal de distribution de services financiers qui est couronné de succès, gérant plus de 240 millions de comptes d'épargne. En 1995, l'India Post a introduit son projet Rural Postal Life Insurance (RPLI) ayant pour mission spécifique d'offrir une couverture aux ménages ruraux, aux personnes défavorisées et aux femmes qui travaillent. En 2009–10, RPLI avait 9,9 millions de polices actives avec un montant global assuré de 596 milliards d'INR (12 milliards de $US) provenant de ses 6 produits d'assurance Vie.[7] Outre la distribution de son propre produit, le réseau postal agit également en tant qu'agent pour distribuer les produits d'assurance générale d'Oriental. La police d'assurance Individuelle accidents d'Oriental avec une prime annuelle de 15 INR (0,30 $US) pour un montant assuré de 100 000 INR (2 222 $US) a été particulièrement populaire (India Post, 2010–11).

20.3.2 Modèles pilotés par des Mutuelles et des ONG

Les Mutuelles et les ONG sont des organismes communautaires ayant de grands programmes de développement qui utilisent également l'assurance pour atteindre leurs objectifs. Ils tendent à être impliqués dans des activités diverses, telles que la

[7] Les 6 produits sont les polices Whole Life, Convertible Whole Life, Endowmen, Anticipated Endowment pour 15 et 20 ans, Joint Life Endowment, et Children. En 2008–09, 45 000 demandes d'indemnisation ont été réglées pour un montant total de 1,3 milliards INR (26,4 millions de $US). Toutes les opérations de RPLI sont informatisées (India Post, 2010–11).

responsabilisation des femmes, la création de moyens d'existence, le secours en cas de désastres, et le développement d'infrastructures telles que les écoles, les puits et les cliniques. L'Inde a la chance d'avoir plus de 25000 organismes de société civile, dont beaucoup ont ouvert la voie au marché dynamique actuel de la micro-assurance, en particulier la couverture Santé par des projets d'assurance Santé communautaire (CBHI).

L'adhésion à des CBHI a été stable en raison de la valeur élevée offerte par leurs produits et services sensibles aux clients, mais la viabilité financière a été un souci. Les membres ont des perceptions positives de leurs caractéristiques uniques, telles que le paiement des primes en grains, pas de bonus-malus et des incitations à la fidélité qui augmentent la limite de couverture de l'année précédente. Une plus grande maturité de produit a été démontrée par des services additionnels. Par exemple, le projet SKDRDP offre une hospitalisation chirurgicale et non-chirurgicale sans période d'attente pour le traitement à domicile,[8] les services de maternité, les couvertures d'assurance Décès accidentel et Catastrophes naturelles. L'autre offre des CBHI « services à valeur ajoutée » allant des consultations par télémédecine à la fourniture de médicaments et de services d'ambulance. Les CBHI tendent à être accessibles quand ils fonctionnent en tandem avec l'infrastructure de santé gouvernementale pour assurer un accès facile aux soins. Ils interviennent également pour augmenter l'accès aux médicaments à des prix abordables.

Bien que ces modèles aient des niveaux de réinscription importants et une satisfaction des clients perçue comme étant plus élevée, ils ne peuvent souvent pas atteindre un facteur d'échelle en raison de la capacité de gestion et de l'expertise d'assurance limitées. Il y a quelques exceptions notables, telles que DHAN Foundation, VimoSEWA, SKDRDP et Uplift *(voir encadré 5.1),* qui ont tous présenté une augmentation impressionnante des adhésions, mais en général les CBHI tendent à rester petits.

La relation entre les CBHI et les assureurs a évolué au cours des années. Dans certains cas, les CBHI préfèrent porter le risque eux-mêmes (par exemple DHAN Foundation) ; d'autres fonctionnent en partenariat avec des assureurs pour les couvertures standard puis conservent certains des risques pour offrir des avantages que les assureurs ne couvrent pas (par exemple VimoSEWA et SKDRDP).[9] Cependant, les CBHI qui conservent tout le risque offrent souvent des produits avec une cou-

[8] L'hospitalisation à domicile est fournie quand l'état du patient est tel qu'il peut être traité à la maison sous la surveillance d'infirmières.

[9] Par exemple, le projet de santé SKDRDP a une politique « de rejet zéro » par laquelle l'ONG couvre des demandes d'indemnisation qu'elle considère réelles mais qui ne sont pas approuvées par l'assureur. Il offre également une couverture de traitement à domicile et une allocation de repos, ce que l'assureur ne fait pas. Cependant, pendant seulement 3 de ses 7 années de fonctionnement les demandes d'indemnités payées par le projet ont été inférieures aux primes totales collectées, ce qui rend difficile pour SKDRDP de trouver des assureurs privés qui, à la différence des assureurs publics, ont rarement accès aux subventions de l'État et préfèrent assurer des portefeuilles viables.

verture limitée en partie parce que les mécanismes de réassurance ne leur sont pas disponibles dans l'environnement réglementaire actuel. En effet, ces projets fonctionnent dans un vide réglementaire parce que l'IRDA ne reconnaît les compagnies d'assurance que comme entités qui peuvent offrir des contrats d'assurance.[10]

Les programmes d'assurance Santé de masse tels que RSBY, qui ciblent des populations similaires, peuvent également se présenter comme une concurrence aux mutuelles et aux ONG. Pour adapter ces programmes de protection sociale, les projets communautaires explorent des voies permettant de compléter les avantages offerts par le gouvernement. Les programmes gouvernementaux donnent une opportunité unique d'impliquer les CBHI en s'appuyant sur leurs principales compétences dans la mobilisation des communautés, ce qui pourrait améliorer les taux d'inscription et la sensibilisation des clients à des projets de santé de masse. De plus, ils ont la capacité de surveiller les dispositifs de santé locaux, ce qui présenterait un avantage mutuel car ils pourraient assurer de meilleurs services de santé pour les ménages à faible revenu tout en fournissant une plus grande légitimité aux mutuelles et aux ONG.

20.3.3 Distribution par des IMF

À la différence des ONG et des mutuelles, dont l'une des nombreuses interventions dans la communauté se fait souvent par le biais de l'offre de microcrédit, les IMF indiennes sont focalisées principalement sur l'offre de services financiers. Leurs liens étroits avec leurs clients réduisent les coûts de transaction, l'anti-sélection et la fraude pour l'assureur. En outre, l'assurance liée au crédit diminue le risque de remboursement de l'IMF, et donc les incitations pour le canal de distribution sont bien alignées sur les intérêts de l'assureur. À l'exception de la crise de 2010 dans l'Andhra Pradesh, le succès de la micro-finance en Inde a suscité des espoirs que ces institutions avec de solides systèmes de traitement d'argent et de données pourraient servir de canal efficace pour offrir de l'assurance et d'autres solutions de gestion des risques.

Les IMF s'étendent rapidement en Inde, représentant ainsi un canal de distribution pouvant atteindre un facteur d'échelle. Selon l'association sectorielle SA-Dhan, les IMF ont desservi plus de 26 millions de clients en 2009–10, une croissance de 18 % des clients et une croissance de 56 % du portefeuille de prêt depuis l'année précédente (Srinivasan, 2010). Les produits obligatoires liés au crédit ont déjà démontré comment les IMF peuvent aider les assureurs à atteindre leurs cibles rurales. Cependant, il y a eu des problèmes avec des produits plus ambitieux qui peuvent être en partie attribués au manque de capacité des assureurs à

[10] Pour plus de détails sur les conditions réglementaires pour les mutuelles et les projets communautaires, voir la section 25.4.

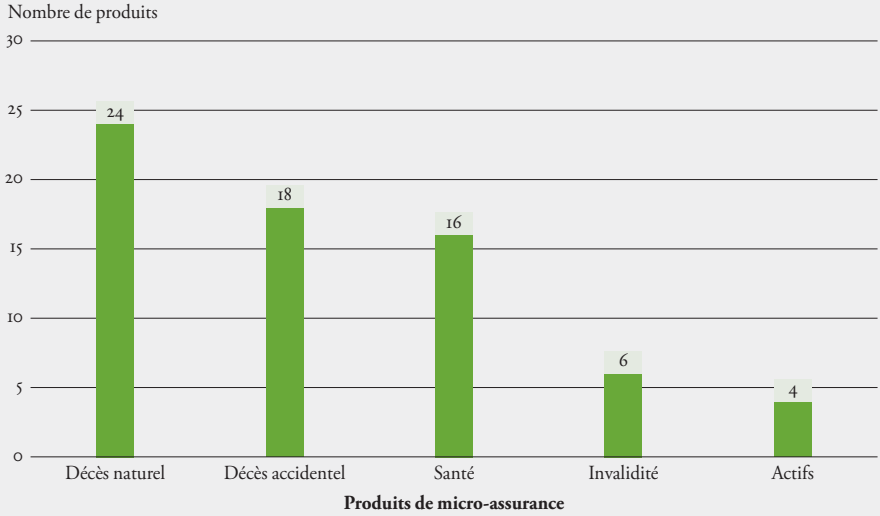
faire face aux clients et aux prestataires de soins de santé dans des zones rurales, ainsi que le désalignement des incitations où les IMF sont dédommagées seulement parce qu'elles sont à l'origine des polices, non parce qu'elles en assurent le suivi.

En 2007–08, le CIRM a étudié 47 IMF pour comprendre leur implication dans la micro-assurance et a constaté que la grande majorité des produits étaient obligatoires et liés au crédit au nom des compagnies d'assurance. La figure 20.5 montre le type de produits offerts.

Les quelques produits bénévoles couvraient principalement la maladie et le décès accidentel. Bien qu'il y ait une demande pour apporter des solutions sur les risques de santé, les produits disponibles couvrent généralement des événements catastrophiques rares et ne répondent donc pas aux besoins des ménages de couvrir des risques modérés et plus fréquents. Les IMF ont trouvé qu'il était difficile d'offrir de la couverture bénévole abordable en raison de 2 facteurs principaux : a) le personnel est mal équipé pour conseiller les ménages sur des solutions de gestion des risques ; et b) cela prend beaucoup de temps au personnel. L'investissement dans l'éducation des clients et la constitution d'assurances est difficile pour les IMF indiennes connues pour leurs processus rationalisés alignés sur l'offre d'un produit de prêt de base. Peu d'IMF ont modifié les processus pour s'adapter à la diversification des produits.

Figure 20.5

Les 5 produits principaux offerts par les IMF[1]



[1] La catégorie Décès naturel inclut l'assurance Emprunteur et les produits incluant retraite et remboursements. La catégorie Décès accidentel inclut des couvertures d'assurance Individuelle accidents et Invalidité.

Source : Micro Insurance Map, 2011.

Les assureurs travaillant avec les IMF supposent souvent qu'elles ont la capacité d'offrir un appui sur le terrain pour signaler rapidement les demandes d'indemnisation et assister les bénéficiaires dans la présentation des documents nécessaires. Bien que bon nombre d'IMF plus grandes puissent soutenir le règlement de demandes d'indemnisation et gérer les activités d'assurance, ce n'est pas le cas avec les nouvelles IMF plus petites. Plus de la moitié des IMF étudiées n'a pas maintenu un bilan de micro-assurance individuel, n'a pas effectué d'analyse des demandes d'indemnisation, et n'a pas investi dans la formation du personnel pour offrir de la micro-assurance.

Même les grandes IMF capables peuvent être des canaux de distribution risqués. L'assurance n'est pas leur principale activité, mais plutôt une activité supplémentaire. La crise de la micro-finance en 2010 a directement affecté les portefeuilles de grandes IMF, et de certaines de taille moyenne avec une exposition importante dans l'État de l'Andhra Pradesh. La crise a eu d'autres implications mondiales, comme cela est décrit dans l'encadré 20.7, qui pourraient présenter une opportunité pour la micro-assurance selon la façon dont les intervenants répondent au changement de réglementation qui interdit aux IMF de faire payer les prestations de service aux clients en plus des commissions qu'elles reçoivent des assureurs.

Encadré 20.7

Opportunité dans la crise ?

Une rivalité entre les IMF et des modèles de GE subventionnés par l'Etat en concurrence au Andhra Pradesh couvait pendant des années. En 2010, l'offre public initial de GE, la plus grande IMF d'Inde avec une importante part de son portefeuille dans l'Andhra Pradesh, ainsi que des rapports de médias liant des pratiques en matière de collection de prêt à des suicides, ont incité le Premier Ministre de l'Andhra Pradesh à faire passer « une ordonnance pour protéger les groupes d'entraide entre femmes contre l'exploitation par les institutions de micro-finance ». Cette ordonnance a cherché à imposer une gamme de nouvelles conditions aux IMF, y compris l'enregistrement district-par-district, des conditions pour effectuer des remboursements de prêt près des locaux du gouvernement local, passer de programmes de remboursement hebdomadaire à des programmes de remboursement mensuel, et d'autres mesures pour maîtriser les collectes supposées non éthiques, des taux d'intérêt élevés et le mercantilisme. Cette ordonnance a contribué à un environnement général dans lequel les opérations sur le terrain des IMF sont empêchées et les remboursements de prêt pour les IMF dans l'Andhra Pradesh ont nettement chuté. Les IMF incapables de négocier efficacement leur financement pourraient perdre leurs liquidités et devenir insolvables.

À la suite de problèmes concernant la protection des clients, le régulateur bancaire, Reserve Bank of India, a plafonné les taux d'intérêt des prêts accordés par les IMF. Dans cet environnement, identifier les sources alternatives de revenus est critique pour que les IMF survivent. Comme elles explorent d'autres opportunités qui génèrent des revenus, la crise peut devenir une opportunité pour la micro-assurance. La grande question est de savoir si la micro-assurance peut faire partie de l'activité principale des IMF, et si celles-ci peuvent évoluer au-delà de projets obligatoires liés aux prêts pour offrir une gamme de solutions d'assurances personnalisées et de gestion des risques.

Source : adapté de CGAP, 2010 ; Balkenhol, 2010.

20.3.4 De nouveaux canaux de distribution

Même si les IMF se développent rapidement, elles ne touchent qu'un petit pourcentage de la population rurale. Les assureurs indiens distribuent également de la couverture aux personnes pauvres par l'entremise de nouveaux canaux, incluant les chaînes d'approvisionnement, les correspondants bancaires et les agents de ventes directes.

Chaînes d'approvisionnement rurales : D'autres agrégateurs impliqués dans le développement de l'assurance en zones rurales incluent les sociétés de la chaîne d'approvisionnement agricole, comme :

- **Les laiteries :** Au Tamil Nadu, United India en collaboration avec la laiterie Hatsun tente en ce moment d'aborder les contraintes de liquidité des ménages ruraux en distribuant l'assurance Bétail dans laquelle des primes sont payées d'avance par les laiteries et collectées sur le revenu du lait des ménages.
- **Points de ventes de tracteurs :** HDFC Ergo distribue de l'assurance indexée sur les intempéries qui est subventionnée par l'État au Madhya Pradesh par l'entremise d'un vendeur de tracteurs.
- **Compagnies d'engrais et de semences :** De façon similaire à la couverture combinée Individuelle accidents IFFCO offerte avec ses sacs d'engrais, Pionneer Seeds a également expérimenté une couverture d'assurance libre, réassurée par ICICI Lombard, qui paierait des avantages en semences s'il n'y avait pas suffisamment de pluies pendant la période de germination.[11] Un tel lien réduit les coûts de marketing et de distribution pour l'assurance.

[11] Ce produit a été offert pendant une année avec un succès mitigé. Un défi principal était le manque d'incitation pour que les détaillants prennent en charge la paperasserie supplémentaires demandée par la délivrance de reçus d'assurance. De même, comme l'année assurée était une bonne année, aucunes demandes d'indemnisation n'a été payée. Selon les détaillants, l'avantage intangible de l'assurance n'avait pas autant d'influence sur la décision des fermiers d'acheter des semences que le projet parapluie libre populaire des années précédentes (Akhilandeswari et Patankar, 2010).

– **Point de vente d'intrants fermiers :** AIC a tiré parti des fournisseurs d'intrants agricoles tels que Hariyali Bazaar Kisan pour distribuer de l'assurance agricole.

Kiosques Internet ruraux : Le développement de l'Internet dans l'Inde rurale a augmenté. Un élan important à cette croissance a été le plan ambitieux de l'e-gouvernance du gouvernement pour créer des kiosques dans les zones rurales pour faciliter les services d'information et de données. Connus sous le nom de centres de services communs (CSC), ces kiosques dotés d'un ordinateur relié à Internet sont des points de distribution pour des services de secteurs public, privé et social. Depuis août 2011, il y avait 96 000 CSC en fonction dans l'Inde rurale gérés par 15 agences privées désignées par l'État (SDA). Certaines SDA offrent de l'assurance, telles que SARK Systems offrant des produits par l'entremise de HDFC Ergo et de Birla Sun Life, tandis que 3i Infotech a collaboré avec MNYL pour distribuer de l'assurance Vie. Outre le réseau CSC du gouvernement, il y a également les canaux de kiosque privés, tels que COMAT, qui distribuent les produits d'assurance Vie de LIC par l'entremise de ses 2000 centres d'activité ruraux dans 5 États (Department of IT, 2011).

Encadré 20.8 **Nouveaux canaux de distribution et technologie**

Un facteur important soutenant l'émergence de ces nouveaux canaux de distribution est la disponibilité de nouvelles technologies qui offrent une relation client « légère » dans les zones rurales sans infrastructure de succursales, facilitent la communication transparente entre les divers organismes impliqués dans la chaîne d'approvisionnement, et améliorent l'expérience en matière de demandes d'indemnités. Trois technologies qui soutiennent différents aspects de ce processus sont les téléphones mobiles, les dispositifs de PoS et les cartes à puce biométriques.

Téléphones mobiles
Même si la réglementation indienne empêche la collecte de primes via les mobiles, ils ont utilisés pour d'autres buts, comme :

– **Établissement d'assurances :** Thinkways, un intervenant de la technologie mobile, a collaboré avec HDFC Ergo pour développer une application mobile d'émission de polices d'assurance et de collecte de données.
– **Services à valeur ajoutée :** WRMS offre des prévisions météorologiques sous forme de messages textes avec ses produits d'assurance pour améliorer le maintien de la clientèle.
– **Comptes de transaction :** Bien que le correspondant bancaire FINO utilise des machines PoS et des mobiles *(voir encadré 25.6),* Eko se fie exclusivement aux des

téléphones mobiles pour ouvrir des comptes bancaires de transaction, qui seront une plateforme puissante pour la distribution d'assurance.

Dispositifs de point de vente :

– **Défis de connectivité :** MNYL a testé des machines PoS parce que l'on pensait que les assurés voudraient des reçus lorsqu'ils effectuaient leurs paiements de primes. Cependant, les dispositifs PoS ont eu des problèmes de connectivité majeurs et donc ont été par la suite mis au rebut en faveur des cartes à gratter et des téléphones portables, qui ont été bien reçus par les clients.
– **Diagnostic à distance :** CARE Foundation utilise un dispositif manuel pour offrir des services d'assurance en consultation externe via un défenseur de la santé au village *(voir section 24.2.2 et encadré 5.3)*

Cartes biométriques :

– **Prévention de la fraude :** RSBY ainsi que d'autres projets de santé de masse utilisent une carte à puce biométrique pour réduire la fraude sur l'identité.

Reliant l'inscription des clients à des systèmes de traitement de transactions, les intervenant en matière de technologie tels que Gradatim offrent des solutions d'avant-garde et principales pour que les intermédiaires permettent une plus grande intégration des systèmes frontaux et d'arrière-plan chez les intervenants. Cette approche intégrée rationalise les processus et réduit le coût des ventes, la réassurance et l'administration des demandes d'indemnités.

Source : Auteurs.

Bancassurance et correspondants bancaires : SBI Life, le plus grand assureur privé d'assurance Vie du pays, distribue la majorité de son portefeuille par l'entremise de succursales de banque de sa maison mère pour toucher les groupes d'entraide. La nouvelle version de bancassurance est celle avec les compagnies de correspondants bancaires, telles que le Financial Information and Operations Network (FINO), A Little World et Eko Indian Financial Services, qui pourvoient à la demande énorme non satisfaite de services bancaires commodes et offrent une voie royale à la distribution d'assurance. Ce canal est unique parce qu'il se fonde sur des ventes bénévoles par un agent local, de sorte que les produits doivent être simples et préalablement réassurés, avec un arbitrage facile des demandes d'indemnités. Bharti Axa a collaboré avec Eko pour offrir Bachat Bima (assurance Épargne), alors que l'alliance de HDFC Ergo avec FINO a vendu 100000 polices d'accidents personnels. Ces produits font partie de la tendance qui vise à atteindre des volumes d'activité élevés par la distribution de produits simples, de faible valeur, abordables.

Ventes directes : Historiquement LIC, et plus récemment Tata AIG, ont utilisé des agents individuels pour offrir de l'assurance Vie dans des zones rurales. Une innovation plus récente avec un potentiel de facteur d'échelle a été celle des agents de MNYL utilisant la technologie de distribution du produit Max Vijay et en assure le service par des machines du point de vente (PoS). Ce modèle a connu un succès mitigé. Bien que l'assureur soit parvenu à vendre plus de 90000 polices, il a eu moins de succès à encourager les rechargements, ou les paiements actuels, probablement parce que l'approche totalement souple sans échéancier de paiement était trop souple, et n'a pas inculqué de discipline suffisante *(voir chapitre 8).*

En général, le succès potentiel de beaucoup de ces nouveaux canaux de distribution s'articule sur des solutions technologiques, comme c'est illustré dans l'Encadré 20.8, qui facilitent une plus grande diffusion et efficacité de la micro-assurance *(voir chapitre 24).*

20.4 Conclusion : les catalyseurs du succès

Dans le meilleur des cas, le développement de la micro-assurance en Inde est une réussite. Bien qu'il soit certainement possible d'apporter des améliorations, quiconque s'intéresse à l'augmentation de la protection sociale et/ou au développement des marchés d'assurance inclusifs pourrait tirer de précieuses leçons de l'expérience indienne. L'une des observations les plus intéressantes est peut-être comment l'État et le marché peut devenir étroitement intégrés.

Il ressort de la preuve apportée par l'Inde que ce qui suit est essentiel à un marché de la micro-assurance qui est viable et qui peut atteindre un facteur d'échelle : 1) engagement du gouvernement ; 2) réglementation propice ; 3) solutions technologiques ; 4) nouvelles parties prenantes ; et 5) produits spécialisés.

1) Engagement du gouvernement

– **Assureurs publics et libéralisation du marché :** Les grandes compagnies d'assurance publiques explicitement mandatées pour toucher des secteurs non desservis ont été un atout majeur pour le développement de la micro-assurance en Inde. Cependant, la participation des assureurs privés avec un investissement étranger a été essentielle pour encourager la concurrence et stimuler l'innovation.
– **Attribution prudente des subventions :** Les subventions de prime peuvent être une manière de motiver les marchés d'offrir une protection appropriée aux personnes pauvres. Cependant, les subventions qui font fuir les solutions reposant sur le marché devraient être évitées. Certain projets gouvernementaux, tels que les programmes agriculture et bétail, finissent par desservir les fermiers de

grande et de moyenne taille qui ont les moyens de prendre une assurance. En outre, les produits dotés de subventions aux 2 extrémités – primes et demandes d'indemnisation –, entravent la transparence des prix et rendent plus difficile une évaluation fiable des coûts de programme et du succès. Avec les produits subventionnés il est également recommandé de maintenir les primes partielles qui permettent aux utilisateurs de signaler la pertinence du produit et de ses prestataires par le biais de la souscription et du renouvellement.

– **Accréditation et normalisation de l'infrastructure :** Le gouvernement peut être un intervenant important dans la création de normes à l'échelle sectorielle, qui entraîneraient une plus grande efficacité car les coûts de surveillance de la qualité de service pour les assureurs diminuent. Par exemple, les projets de santé de masse ont commencé à créer des protocoles et à s'investir dans l'accréditation de prestataires de santé et dans la normalisation des soins de santé. En matière d'assurance agricole, pour améliorer la fiabilité des données et permettre à des réassureurs de facturer des primes « de risque inconnu » plus faibles, un processus de certification pour les données émanant des stations météorologiques privées a été mis en place. Pour aller plus loin, une accréditation et un procédé de normalisation plus complets abaisseront des barrières d'entrée des assureurs.
– **Partenariats public-privé :** La transition du gouvernement, allant de l'offre directe d'assurance par ses propres assureurs et canaux de distribution au financement de primes pour des portefeuilles gérés par les assureurs publics et privés, a réussi à atteindre un facteur d'échelle, comme on le voit dans les projets d'assurance Santé de masse et le marché de l'assurance indexée sur les intempéries. La mise en application efficace exige un processus offrant de la transparence et le partage public des données sur les risques.
– **Infrastructure pertinente :** La micro-assurance a bénéficié de façon significative de l'infrastructure financière étendue du secteur, avec son réseau de succursales bancaires, ses bureaux de poste, ses kiosques Internet et, bientôt, ses correspondants bancaires. Il est important de prendre également en considération les équipements de soins de santé, les stations météorologiques, les télécommunications et toutes les autres infrastructures de soutien qui sont essentiels à l'expansion de la micro-assurance. Dans la mesure du possible, les gouvernements devraient encourager le secteur privé à investir dans une partie de cette infrastructure.

2) *Réglementation propice :*

– **Connaissance obligatoire :** Les obligations de l'IRDA dans les secteurs ruraux et sociaux ont contribué de façon significative à s'assurer que les assureurs se focalisent sur les marchés des personnes à faible revenu. De nombreuses compagnies allant au-delà de leurs cibles dans les secteurs ruraux et sociaux, il

s'avère que le secteur voit des opportunités d'activité en matière de micro-assurance. Les quotas sont controversés et ne sont certainement pas pour tout le monde. Mais les compagnies privées se seraient-elles impliquées dans la micro-assurance si elles n'y avaient pas été obligées ? Peut-être que certaines l'auraient fait, mais pas avec le même niveau d'investissement et d'engagement qu'elles ont montré jusqu'ici. La micro-assurance s'est développée plus rapidement en Inde en raison des mandats des secteurs ruraux et sociaux.

– **Réglementation de la micro-assurance :** À la différence des obligations, qui sont obligatoires, les Microinsurance Regulations, 2005 sont facultatives par nature, afin de créer un environnement propice pour aider les assureurs à s'adresser aux ménages à faible revenu. Bien que les résultats aient été mitigés, les réglementations ont permis aux ONG, aux GE et à certaines IMF d'opérer comme agents de micro-assurance et d'offrir des produits d'assurance Vie et d'assurance Non-vie, donnant une identité légale aux agrégateurs sociaux.
– **Réglementation de soutien dans les secteurs alliés :** Les directives en projet du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Information et de la Technologie sur des questions telles que la santé en ligne, par l'intermédiaire d'Internet, et la télémédecine, ont envoyé des signaux positifs pour l'investissement privé dans des produits d'assurance Santé plus complets impliquant des modèles alternatifs de prestations de soins de santé et de gestion des informations sur la santé.

3) *Solutions technologiques*

– **Systèmes d'identification :** La plupart des produits ayant atteint un facteur d'échelle ont adopté de nouvelles technologies d'identification, telles que les RFID et la biométrie, pour améliorer l'efficacité, maîtriser la fraude et assurer le règlement opportun de demandes d'indemnités. Les efforts pour créer un numéro d'identification unique dans tout le pays feront également des progrès significatifs pour aborder les défis de l'identification et de la gestion des données, et permettront aux assureurs de réduire des coûts de constitution et de règlement des demandes d'indemnisation.[12]
– **Gestion de l'information :** Les plateformes technologiques sont nécessaires pour permettre l'interaction harmonieuse entre les intervenants : entre les assureurs, les TPA et l'infrastructure de distribution. De telles technologies ont également permis aux assureurs d'exploiter l'infrastructure existante telle que les bureaux de poste et les banques.

[12] Approximativement 9,5 millions d'individus ont déjà reçu la carte d'identification unique Aadhar. Elle stockera des données démographiques de base et des informations biométriques sur chaque individu, comme la photographie, 10 empreintes digitales et une image de l'iris, dans une base de données centrale. Un effort semblable au Pakistan, intitulé National Database and Registration Authority (NADRA), a déjà couvert 96 millions d'individus et a été précieux pour identifier les ménages afin de proposer des programmes gouvernementaux.

– **Solutions frontales :** L'investissement dans des outils tels que l'utilisation de diagnostic sur le lieu-de-soin (par exemple CARE Foundation dans son test d'assurance de consultations externes) et de dispositifs manuels (par exemple par MNYL) est requis pour fournir des produits fiables et peu coûteux. Pour aller plus loin, on prévoit que les assureurs se serviront des canaux à forte technologie tels que les correspondants bancaires, qui utilisent le téléphone mobile et les dispositifs PoS avec des cartes biométriques pour aborder les défis opérationnels.
– **Réduction des risques :** La technologie ne signifie pas seulement la haute technologie ; beaucoup de solutions de faible technologie peuvent apporter des contributions significatives à de meilleures pratiques en matière de gestion des risques, par exemple par l'éducation en matière de santé sur des maladies évitables et des procédures améliorées de gestion du bétail. Les assureurs ont des méthodes incitatives pour empêcher les demandes d'indemnisation, qui agissent positivement sur le développement et ses résultats.

4) *Les nouvelles parties prenantes*

– **Les intervenants spécialisés :** WRMS a joué un rôle essentiel en permettant au marché de l'assurance Intempéries d'accéder à un facteur d'échelle par le biais de produits innovants personnalisés pour des groupes de risques spécifiques, des canaux de distribution et des récoltes spécifiques. Des compagnies informatiques sont actuellement en train d'émerger, comme Thinkways et Gradatim, pour développer des systèmes d'information pour la constitution et la gestion des demandes d'indemnités tout en créant des données actuarielles pour améliorer les programmes.
– **Tiers administrateurs :** La micro-assurance exige d'énormes volumes et les assureurs n'ont souvent pas la capacité interne de gérer l'administration eux-mêmes. En ce qui concerne la micro-assurance Santé, les TPA peuvent jouer un rôle essentiel en soutenant le développement de grands projets, bien qu'ils ne soient pas pour tout le monde. Le mécontentement concernant les administrateurs a conduit certaines IMF et certaines ONG à créer des centres de traitement internes, qui réduisent les délais de constitution des demandes d'indemnisation et le temps global de gestion de ces demandes. De tels efforts exigent une collaboration plus étroite avec les assureurs pour assurer une intégration de processus harmonieuse.
– **Distribution alternative :** La prochaine vague de canaux de distribution sera peut-être la plus prometteuse, incluant les chaînes d'approvisionnement agricole, les correspondants bancaires, les kiosques offrant un accès à Internet, et les détaillants locaux avec des dispositifs de point de vente, tous étant focalisés sur la facilitation de l'accès et la réduction des coûts de transaction pour les clients. Les incitations sont mieux alignées là où les distributeurs ont un droit acquis dans les partenariats, tels que les laiteries qui veulent assurer la prévisibilité de

l'approvisionnement du lait ou les compagnies de semences qui fournissent des avantages en nature.

5) *Produits spécialisées*

– **Couvertures de portefeuilles :** Avec un marché inexploité énorme, le principal défi du secteur de la micro-assurance a été celui de l'entrée du marché, c.-à-d. atteindre les ménages qui n'avaient auparavant aucun accès à l'assurance. Les produits qui sont légers et qui peuvent facilement « se disséminer » ont suscité une plus grande attention des praticiens. Le coût de transaction est une partie dominante des produits de micro-assurance, représentant au moins 40 % de la prime, ce qui rend l'assurance formelle inintéressante pour les ménages. Une faible connaissance de l'assurance aggravée par un manque de formation sur les canaux de ventes rend les ventes directes coûteuses et expose le client à des ventes abusives possibles. Une approche alternative plus accessible à l'entrée sur le marché est d'offrir un portefeuille ou des couvertures moyennes aux intermédiaires, comme cela a été testé par BASIX pour son portefeuille de prêts agricoles, ce qui évite le coût d'éducation des clients et aide à couvrir le risque assurable à des taux accessibles.
– **Produits composites :** Avec la faible connectivité aux endroits reculés dont disposent les ménages à faible revenu, les assureurs généraux et Vie sont confrontés à des problèmes de distribution. Bien que la réglementation de la micro-assurance ait permis les produits composites, peu d'assureurs les ont offerts. Le produit composite SBI Life visant à couvrir les risques Vie et Dommages aux biens a divisé par 2 les coûts de transaction pour les ménages, et peut donc être une étape dans la bonne direction vers une couverture plus abordable et plus complète.
– **Produits pour des risques modérés :** De nombreuses initiatives offrent des produits bon marché qui couvrent des événements à faible probabilité pour les rendre plus abordables. Ces produits tendent à générer moins de demandes d'indemnités, conduisant à des taux bas de réinscription qui est une mesure importante pour mesurer la valeur client perçue. Pour augmenter la valeur, les produits peuvent donner aux ménages l'option de choisir entre des couvertures modérées et catastrophiques, ce qui augmente la sensibilisation des ménages vis-à-vis de la couverture et des exclusions.
– **Fournir des services à valeur ajoutée :** Le modèle préféré de regroupement de services serait celui dans lequel le forfait supplémentaire réduit le risque assuré, s'alignant ainsi sur l'intérêt de l'assureur (ou de l'intermédiaire) à le proposer. Par exemple, les intermédiaires peuvent proposer la vaccination et l'enrichissement du fourrage avec l'assurance Bétail. Un autre exemple de ce genre est de proposer des bons de consultations externes ou des camps de santé pour réduire les incidents de l'hospitalisation. De tels arrangements garantissent que les clients reçoivent quelque chose de tangible pour leur prime, même s'ils ne peuvent pas faire de demande d'indemnités, ce qui augmente la valeur perçue du produit.

La réussite de l'Inde ces 10 dernières années pour protéger les personnes pauvres via la participation de tous les secteurs de la société a été véritablement remarquable.

Ce qui est sûr c'est que l'Inde n'a pas tout compris. Il y a un besoin de reconnaître que la pauvreté et la vulnérabilité sont des phénomènes aussi bien urbains que ruraux et de prendre en considération les interventions qui bénéficieront aux habitants des bidonvilles et aux migrants. La nature obligatoire de nombreux produits subventionnés par l'État ne permet pas le retour d'informations pour améliorer le produit. De plus, dépendre du programme de crédit et du réseau bancaire réduit la capacité des assureurs à maîtriser la qualité de leurs portefeuilles. Il est certainement encore possible d'améliorer la protection et l'éducation des consommateurs et, de soutenir les ventes tout en évitant une crise similaire à celle de la microfinance dans le secteur de la micro-assurance. Et les contraintes réglementaires qui empêchent les assureurs d'utiliser les ventes d'assurance et la collecte de primes par téléphone mobile sont une entrave à la prochaine vague d'innovation.

Indépendamment des défis qui demeurent, le succès de l'Inde, qui implique une grande diversité d'approches et d'intervenants et combine l'inclusion financière et la protection sociale, sert de source d'inspiration.

21 Tarification des produits de micro-assurance

Denis Garand, Clémence Tatin-Jaleran, Donna Swidereck et Lary Yang

Les auteurs souhaitent remercier pour leurs commentaires les divers réviseurs, parmi lesquels Nigel Bowman (IAA), Eamon Kelly (consultant), Caroline Phily (ILO), Kelly Rendek (consultant actuariel) et Peter Wrede (ILO).

La prime ou le prix d'un produit de micro-assurance est une caractéristique importante qui a une incidence sur la valeur client et la viabilité. Si la prime est trop basse, le programme risque d'échouer, si elle est trop élevée, la souscription peut être médiocre *(voir encadré 21.1).* Une compréhension claire de chaque composante de la prime permet à une personne d'accéder à la validité du prix proposé au moment de la négociation avec celui qui supporte le risque ou au moment de la vente à des clients.

La tarification d'un produit de micro-assurance ne peut pas être isolée du contexte dans lequel le produit est offert ni de la conception de produit elle-même. La tarification est fortement influencée par l'état socio-économique du marché cible, la façon dont le produit est distribué, les processus opérationnels qui viennent en appui du produit et la gestion générale du projet. Bien que les étapes requises pour déterminer le prix d'un produit de micro-assurance soient similaires à celles d'un produit d'assurance traditionnel, les spécialistes de la détermination de prix doivent les adapter aux rares données disponibles, prendre en compte différents facteurs pour prendre en considération et évaluer les tendances attendues pour le développement d'un prix logique de marché avec une capacité de paiement limitée. Pour maintenir la pertinence, l'expérience avec le produit doit être surveillée en permanence et la structure de tarification doit être affinée une fois que des observations suffisantes ont été faites.

Une détermination correcte du prix est cruciale pour la viabilité à long terme d'un produit. Les prestataires en micro-assurance devraient rechercher une aide pour la tarification auprès de spécialistes ayant des qualifications actuarielles. Chose peut-être plus importante encore, il faut que les micro-assureurs développent une compréhension approfondie de la façon dont la tarification est influencée par les caractéristiques du produit et le comportement du marché, ainsi que par les processus administratifs et opérationnels. Les spécialistes de la tarification performants parviennent à obtenir un équilibre entre l'accessibilité et la viabilité en comprenant le marché cible, en travaillant étroitement avec l'équipe de conception du produit, et en collaborant avec d'autres parties prenantes qui influent sur les performances du produit.

Ce chapitre, qui vient en complément de Wipf et Garand (2006), présente le cycle de détermination de prix, discute du traitement des limitations de données et développe les facteurs supplémentaires à prendre en compte lorsque l'on détermine le prix d'un produit de micro-assurance. Le chapitre se termine par une présentation des expériences de 2 organismes et par la suggestion d'un travail supplémentaire qui peut être effectué par la communauté actuarielle pour aborder les défis actuels posés par les déterminations de prix.

Encadré 21.1

Conséquences des erreurs graves de tarification

Il est important de comprendre les conséquences éventuelles d'erreurs dans la tarification d'un produit de micro-assurance. Ces erreurs affectent non seulement les résultats financiers du prestataire, mais également le marché naissant de la micro-assurance.

Si la prime est fixée à un niveau trop élevé :

– Il peut en résulter un faible taux de souscription si les clients potentiels perçoivent un produit comme étant inaccessible ou comme apportant une valeur médiocre. Si le taux de souscription est faible ou ne progresse pas au cours du temps, un facteur d'échelle n'est pas atteint et la durabilité ne peut pas être réalisée.
– L'anti-sélection peut augmenter parce qu'un produit cher attirera seulement les clients qui voient de la valeur dans un produit à prime élevée, c'est-à-dire ceux qui sont le plus susceptibles de présenter des demandes d'indemnités.

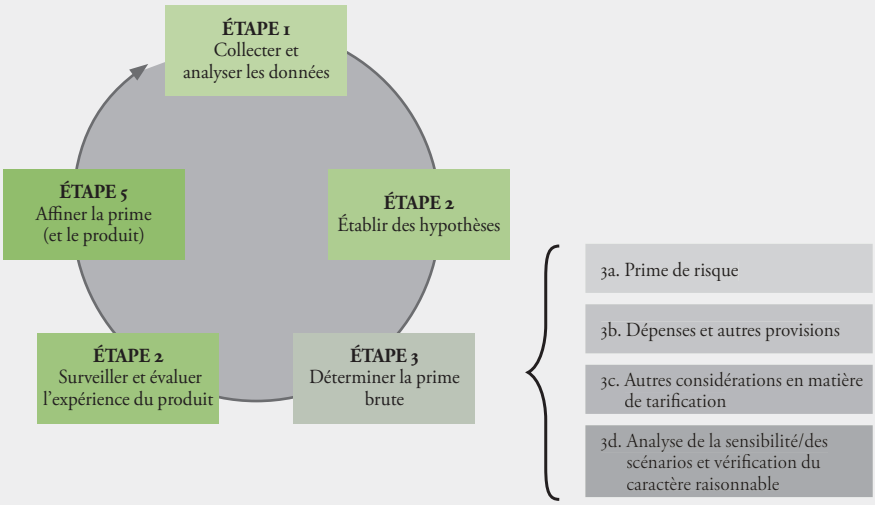
Si la prime est fixée à un niveau trop bas :

– Les primes collectées ne seront pas suffisantes pour couvrir les demandes d'indemnités et autres dépenses, ce qui conduit à des résultats financiers médiocres pour le prestataire.
– Des augmentations de prix importantes peuvent être requises à court terme pour corriger une détermination de prix inappropriée et maintenir la solvabilité. En conséquence, les assurés actuels peuvent ne pas renouveler leur police, l'effort de vente pourrait être gâché et la population cible peut perdre confiance dans le prestataire de micro-assurance. Par exemple, Karuna Trust en Inde a proposé un produit d'assurance Santé fortement subventionné. Lorsque la subvention a été supprimée, le taux de renouvellement a chuté à 10 %.
– Une insolvabilité pouvait en résulter, conduisant à l'interruption du produit, susceptible de détourner la population cible de l'assurance en tant qu'outil de gestion des risques financiers.

21.1 Cycle de détermination des prix

Comme le processus de détermination des prix appliqué à des produits d'assurance traditionnels, un spécialiste de la détermination des prix de micro-assurance devrait améliorer la prime dans le temps par un processus itératif qui inclut la collecte d'informations, l'établissement d'hypothèses, le calcul d'une prime, l'examen des expériences passées et l'ajustement de la détermination des prix *(voir figure 21.1)*.

Figure 21.1 **Processus itératif du cycle de détermination des prix**



Première étape

Avant de passer à l'exercice de détermination des prix, il est important de comprendre les clients cibles et le contexte du produit d'assurance. Cette information aidera à déterminer le type de données à collecter, les sources des données requises et la manière dont les données devraient être évaluées quant à la pertinence.

Deuxième étape

En se fondant sur les données et le jugement actuariel, on établit des hypothèses appropriées. L'exercice de détermination des prix consiste à intégrer les informations quantitatives et qualitatives sur la population cible, la fréquence des demandes d'indemnités, les coûts moyens des demandes d'indemnités, les dépenses (en prenant en compte la mise en œuvre de processus et l'approche de gestion de produits), une marge et d'autres charges. Il peut être nécessaire d'intégrer d'autres hypothèses dépendant, par exemple, de la souscription.

Troisième étape

En utilisant ces hypothèses, en souscrivant à des règles et à la conception de produits, le spécialiste de la détermination des prix modélise l'expérience attendue

du produit pour aboutir à la prime de risque. Tout comme pour déterminer le prix d'un produit d'assurance traditionnel, pour générer la prime, également connu sous le nom de prime brute (auquel ce chapitre se réfère simplement sous le nom de « prime »), on intégrera des éléments supplémentaires.

Une analyse de la sensibilité testant l'impact en modifiant légèrement une variable particulière, que ce soit une hypothèse, une caractéristique de produit ou un coût associé à une étape dans le processus opérationnel, peut aider à identifier les facteurs qui pilotent les performances financières du produit. Elle peut également indiquer l'effet de différentes expériences réelles sur les performances financières du produit.

À ce stade, il peut être nécessaire de prendre en compte des conceptions de produits alternatives, par exemple la réduction ou le changement de la structure en matière d'avantages pour rendre le produit plus abordable. La prime initiale devrait être vérifiée avec les clients pour voir si elle est raisonnable et acceptable pour eux et si les caractéristiques de produit sont appropriées.

Un certain nombre d'itérations du processus décrit à la deuxième et à la troisème étapes peut être requis pour aboutir à une prime acceptable.

Quatrième étape

Une fois que le produit est lancé, il est essentiel de collecter des données sur les demandes d'indemnités réelles et d'étendre l'expérience de façon à rechercher des anomalies et à pouvoir améliorer les hypothèses, la prime, les caractéristiques de produit et les processus. Outre une analyse quantitative des expériences, un retour par l'équipe principale de terrain sur le produit et les processus associés à la fois à la distribution et aux services, pourrait conduire à des affinements qui affectent de même la prime. Des entretiens avec les assurés et de futurs clients peuvent également aider à vérifier les données qualitatives et confirmer la compréhension par l'équipe de projet de la perception par le marché de la valeur que le produit d'assurance offre.

Cinquième étape

Sur la base de l'analyse des expériences et le retour sur produit, les hypothèses et la prime peuvent être affinées. Des leçons peuvent être tirées sur la durabilité de la prime et le caractère adéquat des caractéristiques du produit. Il peut être nécessaire d'ajuster les caractéristiques du produit et/ou les processus opérationnels pour les faire correspondre aux attentes de la population et pour garantir la durabilité du projet.

Le manque de données reste la contrainte principale dans la tarification des produits de micro-assurance. Dans de nombreux cas, cela peut être surmonté en établissant des hypothèses initiales bien informées à partir de données sur la population générale et de données qualitatives sur la population cible. Il est

important de se rappeler que le processus ne se termine pas par la tarification initiale. Pour que la tarification reste pertinente, il est nécessaire de collecter des données une fois que le produit a été lancé, de surveiller les résultats, puis d'affiner les hypothèses si nécessaire. Les étapes dans le cycle de détermination du prix sont discutées plus en détail dans les sections suivantes.

21.2 Collecte et analyse de données

21.2.1 Chercher à connaître les clients cibles

La tarification d'un produit de micro-assurance est similaire au fait d'être le premier porteur de risque pour développer un nouveau produit dans un marché émergeant. Elle présente des problèmes qui proviennent du manque d'information sur le risque sous-jacent et de l'absence de concurrents pour comparer un produit ou évaluer le marché. Il peut y avoir des difficultés supplémentaires si les spécialistes de la souscription et de la détermination de prix manquent d'expérience en matière de micro-assurance.

Il y a des différences frappantes entre les clients qu'un assureur commercial servirait habituellement et le segment des personnes à faible revenu de la population. Ce segment n'a pas les mêmes priorités ou ressources financières, et il est possible qu'on puisse pas l'atteindre par les mêmes canaux de distribution. Desservir la base de la pyramide (BoP) requiert une approche différente de la conception de produit, de la distribution et de la prestation. Il est par conséquent logique qu'il soit nécessaire de prendre en compte, dans la tarification des produits de micro-assurance, de nouveaux facteurs liés au contexte et à l'approche différente.

Avant de concevoir un produit de micro-assurance et d'en déterminer le prix, l'équipe de projet, incluant le spécialiste de détermination de prix, devrait examiner le segment des clients visés. Les informations collectées influent non seulement sur les caractéristiques du produit qui peuvent satisfaire aux besoins du segment, mais également sur la façon dont l'usage potentiel du produit peut affecter la détermination de son prix. Le fait de collecter des données quantitatives et qualitatives en se fondant sur les aspects suivants aide l'équipe de projet à identifier les besoins des clients cibles en matière d'assurance et à déterminer leurs priorités :

- le type et l'étendue des dépenses engagées par les ménages à faible revenu suite à un événement à risque ;
- comment font-ils face à des chocs financiers résultant de différents types d'événements ; et
- quelles sont selon eux les causes majeures de chocs financiers.

Cette étude de marché peut même éclairer sur d'autres aspects de la conception du produit, tels que la façon dont le marché cible définit l'unité « famille ». Dans un marché émergeant, la famille peut inclure les grands-parents, plusieurs épouses, et d'autres membres de la famille étendue. Ces informations affecteront l'estimation de la composition de la famille dans le but de déterminer le prix des couvertures d'assurance famille.

En fonction du type d'assurance, on pourrait également déterminer la valeur en jeu en collectant par exemple des données sur la valeur bétail, la valeur récolte ou la valeur d'autres actifs possédés. Ces informations donnent à l'équipe de projet des indications sur les montants appropriés des couvertures d'assurance et la gravité attendue des demandes d'indemnités.

Une contrainte majeure pour le client potentiel de la micro-assurance est celle des ressources financières limitées. Le revenu est souvent irrégulier et insuffisant. Couplé au fait qu'il y a peu ou pas d'épargne, la budgétisation des besoins premiers du ménage devient extrêmement difficile. Bien que le besoin de protection puisse être reconnu par le ménage, la capacité à payer (CDP/ATP) et la volonté de payer (WTP) sont des facteurs majeurs dans la décision d'opter pour une micro-assurance comme outil de gestion des risques *(voir chapitre 7).* Pour desservir le marché des personnes à faible revenu, un prix approprié est d'autant plus important qu'il aura un impact significatif sur la souscription d'un produit.

En collectant des données sur les modèles de revenus des ménages, l'équipe de projet peut donner du sens au niveau de pauvreté et à la CDP. Par des discussions de groupes (FGD) ou des enquêtes, l'équipe de projet peut accumuler des informations sur le WTP et les alternatives disponibles à l'assurance formelle. Les répondants surestiment souvent le montant qu'ils seraient prêts à dépenser sur l'assurance et leur réponse devrait être considérée avec précaution. Les résultats ne sont pas transférables à d'autres pays, même à des régions dans le même pays, en raison des différences culturelles et d'attitude *(voir encadré 21.2).* Bien que la collecte d'informations sur CDP et WTP soit un exercice approximatif, elle aide l'équipe de projet à comprendre les contraintes exercées sur la structure des primes et la « compétition » pour le produit d'assurance proposé, et à garantir que la prime tombe dans une gamme de prix abordable et acceptable par la population cible.[1]

[1] Pour des détails supplémentaires concernant la recherche sur la demande et la conception de produit, voir Wipf et al., 2006 ; Cohen et Sebstad, 2006.

Encadré 21.2 **Barrières culturelles au WTP**

Le WTP n'est pas seulement un facteur de pure économie des ménages, mais également un facteur d'orientation culturelle. Aux Philippines, une période de deuil d'une semaine observée par la famille est la façon dont les proches rendent hommage au défunt. Le montant dépensé pour les funérailles et aux événements associés élève le statut de la personne qui décède. Par conséquent, les Philippins voient de la valeur dans l'assurance Obsèques. D'un autre côté, en Inde, les coûts et coutumes sont différents. Les cérémonies funéraires n'ont pas la même importance sociale qu'aux Philippines. Ainsi, l'assurance Obsèques peut ne pas être pertinente en Inde, et le WTP pour ce type de produit peut être beaucoup moins important. En outre, dans de nombreuses cultures, il y a une aversion à acheter une assurance car on pense que cela provoquera l'événement : une communication appropriée peut aider à surmonter les barrières culturelles et à promouvoir la souscription.

Les contraintes des CDP et WTP ne devraient pas dissimuler le besoin d'une couverture adéquate. Si les ménages à faible revenu ne voient pas de valeur dans le produit offert, ils ne dépenseront par leur argent durement gagné pour son achat. Il est par conséquent crucial de comparer la prime initiale avec la couverture pour déterminer si le produit offre une optimisation de valeur. Les niveaux d'avantages nécessitent un ajustement pour garantir un équilibre entre l'accessibilité et la couverture *(voir encadré 21.3).*

Encadré 21.3 **Limitations financières et liquidités des ménages à faible revenu**

Au Chennai, en Inde, un habitant de bidonville, comme d'autres dans cette communauté, a une minuscule épargne de 2 $US pour les urgences. Lorsqu'il doit aller voir un médecin, il demande à ses parents et voisins un prêt pour payer les médicaments (les coûts d'épisode en consultations externes sont habituellement de 2 $US à 7 $US). Si le traitement dépasse les 10 $US, il recourt à un emprunt auprès d'un prêteur pour financer les services de consultations externes et d'hospitalisation.

Sur la base d'observations auprès de plusieurs groupes de discussion de clients IMF urbains, les ménages à faible revenu ont habituellement accès à un réseau social pour faire face aux petites dépenses (10$US). La participation au prêt social de ce type de réseau est une obligation profondément ancrée dans la culture de la communauté. En dépit du financement limité accessible par le biais de réseaux sociaux, ils sont précieux pour leur souplesse. En variante, les prêteurs peuvent apporter un soulagement en cas d'urgence, mais ils pratiquent des taux d'intérêt exorbitants.

Ces renseignements servent d'indications sur un type de produit et une conception de produit pertinents pour un habitant de bidonville au Chennai. La conception de produit, ainsi que des informations telles que les fonds d'urgence disponibles, le revenu et le WTP, peuvent aider à vérifier que la prime suggérée est raisonnable.

21.2.2 Prudence dans l'utilisation de données avec limitations

La prime de risque pour tout produit d'assurance devrait être déterminée à partir d'une base quantitative. Malheureusement, si le produit ou le marché est nouveau, il est probable que les données historiques n'existent pas. La fréquence de l'événement, la perte et la gravité, et les données démographiques à partir desquelles des hypothèses peuvent être établies sont souvent insuffisamment documentées pour permettre une détermination précise du prix. Excepté pour un produit arrivé à maturité, pour lequel un volume suffisant de données sur le risque a été correctement collecté, il n'est pas rare que les données sur les pertes ne soient pas disponibles, pas facilement utilisables ou pas aussi fiables que pour un produit d'assurance traditionnel. La première étape consiste alors à déterminer le type de données nécessaires et les sources de données disponibles. Après la collecte des données, la qualité des données doit être évaluée et analysée pour établir des hypothèses appropriées.

Les sources de données peuvent aller des données publiques (par exemple données de recensement ou données académiques) à des rapports émanant de canaux de distribution *(voir tableau 21.1).* Ces données ne sont habituellement pas les mêmes que les données de demandes d'indemnités conservées par un assureur commercial. En ce qui concerne un produit d'assurance Santé, les informations sur les dépenses médicales annuelles moyennes de la famille ou sur la fréquence d'une maladie particulière peuvent être disponibles, mais il serait difficile d'obtenir un document d'archives complet sur les maladies affectant le segment cible. La disponibilité des données variera en fonction du type de risque. Un autre exemple est celui des documents d'archives sur les pertes de bétail qui sont habituellement difficiles à obtenir.

Même si les informations démographiques sur le segment cible risquent d'être limitées, les canaux de distribution qui desservent ce segment peuvent représenter une source pour ce type de données. Par exemple, si un produit d'assurance Vie est obligatoire pour les clients d'une institution de microfinance (IMF), on peut alors utiliser la base de données de l'IMF.[2] Ces informations

[2] Une IMF aux Fidji a voulu ajouter un produit d'assurance Obsèques à son portefeuille. La prime a été obtenue auprès d'une compagnie d'assurances qui pouvaient servir de porteur de risque. Cette prime a été comparée aux informations clients qui ont conservées par la IMF. Une analyse a indiqué un taux de perte attendue de 40%, indiquant une médiocre valeur client. Par conséquent, la IMF n'a pas continué avec ce produit d'assurance.

risquent de ne pas être totalement utiles car il se peut que certains clients des IMF ne connaissent pas leur âge ou que l'organisation n'ait pas collecté ces informations correctement. Si le produit est bénévole, l'incertitude est alors même plus grande et une meilleure compréhension du segment cible défini est requise pour établir les hypothèses démographiques initiales telles que la répartition par âge, sexe et emploi.

Tableau 21.1 **Sources potentielles de données destinées à déterminer le prix d'un produit d'assurance Santé pour une coopérative de fermiers**

Types de données	*Sources de données*	*Sommaire*
Démographique	Les documents d'archives des membres ont été conservés par les IMF et les coopératives servant de canaux de distribution	Âge, sexe, composition de la famille, niveau des revenus
Socio-économique	Une enquête sur la population cible et les FGD	Niveau des revenus, WTP, CDP (également informations démographiques)
Dépenses de santé, coûts et accès aux services	Études et documents d'archives sur les projets antérieurs. Les ONG et autres organisations locales travaillant dans le domaine de la santé ou de l'agriculture peuvent également avoir de précieuses informations.	Données sur la santé des fermiers et leurs parents
	Prestataires de services	Problèmes de santé fréquents et coûts de traitement, inflation des coûts médicaux
	Données nationales	Enquêtes et données émanant du Ministère de la Santé peuvent fournir des informations sur par exemple la fréquence des hospitalisations, le coût moyen des hospitalisations dans un hôpital public. Le Committee for Public Health peut fournir des informations sur l'incidence des maladies les plus fréquentes
	Étude de cas et articles académiques	Une étude médicale peut décrire si ce groupe a accès à des services de santé et/ou des programmes de prévention. Un article sur l'économie de la santé peut fournir des données sur les services fournis
Économique	Données nationales	Taux d'intérêt, inflation générale

Bien que les données publiques soient une source alternative raisonnable, elles devraient être validées par une comparaison avec des données provenant d'autres sources. Cela signifie qu'il faut comprendre la qualité des données limitées disponibles. Étant donné que les données sur lesquelles se fonde la tarification de la micro-assurance ne sont souvent pas destinées à des calculs d'assurance, il faut faire attention à leur définition et leur qualité lorsque l'on considère leur utilisation pour des calculs de prime de risque.

Les données provenant de recensements nationaux, d'études, d'enquêtes et d'indicateurs de développement internationaux, souvent collectées par des organismes publics, peuvent être disponibles. Cependant, leur qualité risque d'être

inégale. En outre, des données d'études nationales sont habituellement non représentatives des clients cibles de la micro-assurance. On risque de ne pas disposer de renseignements suffisants si seules des informations de niveau général sont publiées. D'autres informations telles que les données météorologiques utilisées pour développer des indices météorologiques n'existent pas à une échelle suffisamment large pour être utiles aux praticiens. Un soin particulier doit être porté lorsque des comparaisons sont tirées de projets émanant de régions géographiques différentes ou de pays différents.

Comme il est possible que des données quantitatives de qualité suffisante ne soient pas disponibles et que l'obtention de données plus fiables et plus détaillées soit onéreuse et prenne du temps, les données quantitatives disponibles devraient être complétées par des données qualitatives collectées par le biais de FGD et d'entretiens avec des sources clés qui ont une bonne compréhension de la population cible (par exemple les ONG, les travailleurs sociaux et le personnel de IMF). Les conditions de vie (par exemple hygiène, abri), les emplois (par exemple dangers, flux de revenus, niveau de revenu), l'accès aux services de santé et aux services financiers, le degré d'alphabétisation et les références culturelles sont des données utiles pour évaluer les souscriptions potentielles, la fréquence des demandes d'indemnités et la gravité des demandes d'indemnités pour une couverture d'assurance. Par exemple, quel type d'accès la population a-t-elle au service de santé ou, dans le cas d'une assurance Mortalité du bétail, à des vétérinaires ? À quel moment et à quelle fréquence accède-t-elle à ces services ? Quel pourcentage de la population cible a des comptes d'épargne ? Ce type d'information peut aider à déterminer la couverture requise, le désir d'acheter un type particulier d'assurance, et le niveau de la population cible par rapport aux données disponibles de la population générale.

Il sera nécessaire d'établir des hypothèses sur la perte attendue à partir des informations limitées disponibles. Grâce aux données qualitatives, on peut améliorer la tarification en vérifiant que les hypothèses sont réalistes. La tarification de la micro-assurance ne devrait pas reposer uniquement sur des données solides, mais devrait prendre également en considération des informations supplémentaires telles que les coutumes et la culture, des facteurs démographiques et économiques locaux, la qualité des soins de santé et les pratiques en matière d'agriculture, et en particulier, comment le programme sera géré.

Une fois que les données ont été évaluées, les manques de données doivent être identifiés et discutés au sein de l'équipe de projet. Une approche systématique pour combler les manques de données peut être ensuite élaborée et mise en œuvre pour surveiller l'expérience réelle après que le produit a été lancé.

Les données nationales ne sont pas obligatoirement un bon substitut à l'expérience du segment des faibles revenus, ne représentant pas nécessairement l'expérience du segment des clients cibles. Des données de niveau national

incluent l'assurance Santé privée et l'expérience du segment des mieux lotis de la population. Les caractéristiques spécifiques d'une région et/ou d'un segment de population sont noyées dans l'ensemble national. Des hypothèses fondées sur des données de niveau national peuvent conduire à une sous-tarification ou sur-tarification. En l'absence de plus d'informations sur la distribution des dépenses de soins de santé, utiliser seulement les données représentées dans le tableau 21.2 ne permet pas de tirer des conclusions sur une limite de couverture qui exclurait les profils onéreux très risqués, mais qui couvrirait encore la plupart des coûts de traitement de santé pour le segment cible. La moyenne et la distribution sont 2 types différents de données et ne peuvent pas être utilisées de façon interchangeable.

Tableau 21.2 **Erreurs courantes lors de l'établissement d'hypothèses en matière d'assurance Santé à partir de données insuffisantes**

Données régionales et limites de couverture	*Inde*	*Bangladesh*
Pourcentage du produit intérieur brut dépensé sur la santé	4,9	3,8
Pourcentage payé à titre privé	75	64
Dépenses de sa poche par personne	1 540 INR (31$US)	487 Tk (7 $US)

21.3 Établissement d'hypothèses

Les hypothèses sous-jacentes à un calcul de prime de risque peuvent sembler complexes mais sont en fait limitées à la fréquence des événements à risque, à la distribution des demandes d'indemnités et aux caractéristiques de la population assurée. Les hypothèses sur lesquelles des primes de risque sont habituellement fondées, la maturité du projet, les contrôles, la taille du portefeuille et la diversification des risques, ne sont souvent pas satisfaites. En raison de la nature dynamique des risques sous-jacents, l'expérience réelle sera probablement différente des hypothèses sous-jacentes. Le but d'un exercice de détermination de prix devrait inclure la minimisation d'ajustements fréquents et importants des primes de risque présentées aux clients cibles. Cette section suggère des domaines à prendre en compte lorsque l'on établit des hypothèses pour calculer les primes de risque de manière à éviter des ajustements de prime perturbateurs.

Lorsque l'on établit des hypothèses, le spécialiste de la détermination des prix devrait prendre en compte la période pendant laquelle la prime de risque sera valide et les tendances des facteurs qui affectent la fréquence et la gravité des demandes d'indemnités. Par exemple, la fréquence des demandes d'indemnités initiales pour un projet d'assurance Santé peut être faible juste après le lancement du produit, en raison de la faible sensibilisation à la procédure de demandes d'in-

demnités. Puis, elle peut augmenter rapidement car les assurés deviennent plus éduqués en matière de procédures de demandes d'indemnités et deviennent confiant dans l'accès aux soins de santé. Dans ce cas, si l'hypothèse est revue sur la base des premières observations, la prime de risque ne sera pas suffisante pour couvrir les dépenses réelles dans le temps. Pour aboutir à la durabilité à moyen ou long terme, les hypothèses devraient inclure certains éléments des tendances de l'expérience attendue qui peuvent varier dans le temps.

Les risques couverts par un produit vendu dans une petite zone géographique peuvent être corrélés. Les consommateurs cibles peuvent être exposés aux mêmes risques. Par exemple, une catastrophe naturelle peut toucher la zone et déclencher de nombreuses demandes d'indemnités d'assurance Santé ou d'assurance Mortalité du bétail. Au début et en fonction de la distribution et du modèle supportant le risque, cette corrélation peut affecter de façon néfaste toute détermination de prix. Au lieu de majorer davantage la prime de risque, une couverture de réassurance appropriée peut aider à maintenir la prime à un niveau abordable. La réassurance aura naturellement un coût ; cependant il peut être nécessaire de rendre le projet viable à long terme.

Plus pour la micro assurance que pour les produits d'assurance commerciaux traditionnels, la tarification dépend fortement de l'approche adoptée pour connaître le marché avec l'utilisation du produit et pour administrer et gérer le produit. Une couverture obligatoire qui est médiocrement transmise à l'assuré a souvent pour résultat de faibles taux de demandes d'indemnités. Par contre, si un prestataire de soins de santé est impliqué dans un programme d'assurance, on peut observer des prestations de services excessives si un contrôle correct n'est pas mis en place. Pour améliorer l'accès et la valeur client, certains mécanismes de contrôle des fraudes sont adaptés à la micro-assurance. Ces différentes approches de la mise en place et les mécanismes de contrôle pourraient avoir potentiellement un impact sur la détermination des prix et doivent être prises en compte lorsque l'on établit des hypothèses.

Le spécialiste de la détermination des prix devrait vérifier les hypothèses initiales par rapport aux informations qualitatives de vraisemblance. Par exemple, même s'il y a des cliniques publiques accessibles à la population cible, les travailleurs à faible revenu malades ne pourraient pas prendre un jour de congé pour aller voir un médecin parce qu'ils auraient une perte de revenu. Un travailleur pourrait attendre jusqu'à ce que son état empire avant d'aller chercher de l'aide. En outre, une couverture par un produit d'assurance peut affecter le comportement du travailleur. Le spécialiste de la détermination des prix devrait prendre compte de tels facteurs observés pendant des échanges avec la population cible et anticiper les changements de comportement dans les hypothèses de fréquence et de gravité. Outre le faible nombre possible de polices vendues aux premiers stades, qui conduit à une variabilité des données d'expé-

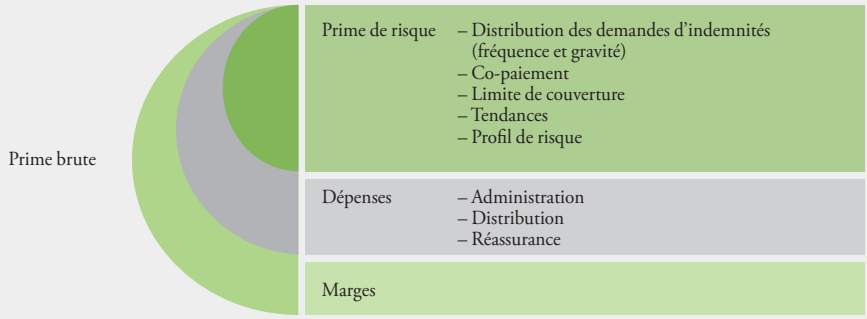
rience, le manque d'informations crée également une plus grande incertitude pour le spécialiste de la détermination des prix. Par conséquent, il est même plus difficile d'évaluer une perte attendue et de prédire des résultats financiers.

Là encore, lorsque l'on établit des hypothèses, le spécialiste de la détermination des prix a besoin de se souvenir que l'accessibilité est une contrainte majeure sur laquelle il devra travailler. Lorsque l'on sert des clients au niveau de la BoP, il est important de donner la priorité aux pratiques commerciales éthiques sur la détermination des prix conventionnelle.

21.4 Détermination de la prime

La prime inclut essentiellement 3 composantes, 1) une prime de risque équivalente aux demandes d'indemnités attendues ; 2) les dépenses de fonctionnement ; et 3) une marge, comme le montre la figure 21.2.[3] Cette section considère ces 3 points, et d'autres considérations de détermination de prix, plus en détail.

Figure 21.2 **Détermination de la prime**



21.4.1 Calcul de la prime de risque

Une fois que les hypothèses ont été établies pour la fréquence et la gravité attendues des demandes d'indemnités, la prime de risque peut être calculée en tenant compte des différents points. La prime de risque représente le coût attendu de demandes d'indemnités sur une période spécifique et, sous la forme la plus simple, est calculée en utilisant la formule suivante, comme illustré dans le tableau 21.3.

[3] Dans ce chapitre, le terme « prime » est utilisé pour faire référence à la prime brute ; la « prime de risque » fait spécifiquement référence à la prime en tant que telle lorsqu'elle est applicable.

Prime de risque = gravité des demandes d'indemnités attendues x fréquence des demandes d'indemnités attendues.

Tableau 21.3 **Calculs de la prime de risque échantillon**

Produit d'assurance Vie	Avantages (gravité)	10 000
	Taux de mortalité attendu (fréquence)	5 %
	Prime de risque	10 000 x 5 % = 50
Produit d'assurance Santé	Coûts de traitement	2 niveaux : 5000 ou 10000; 75 % du temps, le coût encouru est de 5000; 25 % du temps 10000
	Fréquence	4 %
	Prime de risque	(5 000 x 75 %) + (10 000 x 25 %) x 4 % = 250

En raison de sérieuses limitations de données et de l'incertitude inhérente à la quantification du risque sous-jacent, le spécialiste de la détermination des prix ne devrait pas concevoir de façon exagérée une modélisation de la distribution des demandes d'indemnités. Le spécialiste de la détermination de prix a besoin de donner une meilleure estimation, en tenant compte des particularités du contexte tout en étant conscient des limitations de l'ensemble d'hypothèses initial.

21.4.2 Calcul des dépenses

Une fois qu'une prime de risque a été calculée, un ratio de dépenses, habituellement sous la forme d'un pourcentage de la prime de risque, est ensuite fixé. Ce ratio des dépenses couvre habituellement les ventes de produits et les coûts de distribution, le coup d'administration, la réassurance et d'autres dépenses. Les coûts liés à la distribution et l'administration de la micro-assurance sont nettement différents de ceux des produits d'assurance traditionnels. Faire des efforts pour éduquer la BoP sur l'utilisation de l'assurance comme outil de gestion des risques, développer les canaux de distribution non conventionnels, et desservir les populations éloignées et clairsemées peuvent contribuer aux coûts plus élevés de la micro-assurance.[4]

En tant que partie de l'exercice de détermination des prix, les implications des coûts de la mise en place administrative particulière supportée par des processus applicables aux produits devraient être quantifiées. Une analyse coût-avantage des processus devrait être entreprise pour identifier les facteurs de coût et les facteurs de souscription. Par exemple, une stratégie de communication peut être onéreuse à

[4] Pour plus de détails sur les coûts d'administration et de distribution, voir McCord et al., 2006.

mettre en place, mais pourrait largement augmenter la souscription et améliorer les résultats financiers. Si le coût de l'administration est important, des solutions alternatives devraient être explorées, telles que les innovations par la technologie *(voir chapitre 24)* et les simplifications de processus (par exemple papiers, authentification, validation). Puis, l'équipe de projet devrait suggérer des approches alternatives et un travail alternatif avec le spécialiste de détermination des prix pour évaluer l'effet sur la détermination des prix et les résultats financiers.

De plus, il peut y avoir des réglementations spécifiques qui nécessitent d'être prises en compte, telles que des restrictions sur les commissions pour les agents de la micro-assurance. La réglementation spécifique et les coûts de rémunération réels doivent tous être pris en compte lorsque l'on détermine le ratio des dépenses.

Compte tenu de tous ces aspects, ces dépenses peuvent représenter un pourcentage important de la prime brute et doivent donc être surveillées. Le système de comptabilité utilisé par le prestataire devrait idéalement être adapté pour affecter les dépenses à des lignes de produits et faciliter la partition en diverses catégories esquissées précédemment. La mise en place et la gestion d'un projet de micro-assurance a un impact important sur les dépenses et les résultats financiers comme l'illustre l'encadré 21.4. L'examen de ces dépenses fait partie intégrante de l'examen suivant du produit et de la tarification. Le ratio des dépenses devrait être examiné et les pratiques administratives devraient être améliorées afin de réduire les dépenses à des niveaux raisonnables, idéalement au-dessous de 30% de la prime brute.

Encadré 21.4 **Processus qui influent sur les dépenses**

Le montant des dépenses varie grandement d'un produit à l'autre et dépend des processus utilisés. Par exemple :

1) Un produit d'assurance à capital différé en Afrique de l'Ouest a un total de dépenses et de commission de 7,1 % de la prime. Un effort a été fait pour améliorer l'efficacité du processus manuel grâce une automatisation avec une réduction attendue des dépenses à 4 %.
2) Dans de nombreux projets d'assurance Santé, les niveaux de dépenses non inférieurs à 30 % de la prime ont été observés.
3) Des cartes d'adhésion peuvent être délivrées pour identifier les membres d'un programme de micro-assurance Santé et le traitement traditionnel des demandes d'indemnités. C'est une façon de stocker les informations, d'authentifier l'adhésion et de réduire potentiellement la fraude. La carte, si elle était dotée d'une puce ou d'une bande magnétique ou d'une photo, peut avoir un faible coût ((moins de 1 $US). Bien que cette dépense ne représente qu'un faible pourcentage de la prime pour une police individuelle traditionnelle, elle pourrait être une partie importante par exemple d'une police ayant une prime de 12 $US par an.

21.4.3 Marge

Pour la viabilité à long terme, outre le fait de prendre en compte les dépenses d'administration, tous les produits de micro-assurance doivent avoir une marge. Mais qu'est-ce qu'un profit raisonnable ? Ce profit devrait être calculé sur la base du risque et du capital requis. Pour la plupart des produits, de tels calculs donneraient une plage de rentabilité de 2 à 10% de la prime brute, ce qui est un retour raisonnable sur les conditions de capital fondées sur le risque. Un principe pour desservir la BoP est que les profits émanant du marché des personnes à faible revenu devraient être fondés sur un volume élevé plutôt que sur des marges élevées. C'est un point qu'il faut prendre en compte car le prestataire de micro-assurance intègre ses marges dans les primes des produits qu'il offre.

21.4.4 Autres considérations dans la détermination des prix

Détermination des prix sur une base communautaire

Bien qu'une segmentation de la clientèle et une compréhension des différences dans les profils de risque des individus sur un segment cible soient importantes, un objectif primordial est d'offrir une protection d'assurance à un prix juste, accessible et adéquat pour un grand nombre de personnes à faible revenu. La détermination des prix sur une base communautaire, similaire à la détermination des prix pour une police de groupe, est l'approche préférée pour trois raisons principales :

- **Inclusion financière :** La protection financière devrait être accessible pour un grand nombre de personnes actuellement insuffisamment desservies et protégées. Si les primes de risque sont déterminées de façon actuarielle pour chaque sous-groupe d'une population cible, certains sous-groupes peuvent ne pas pouvoir se permettre le produit. Une subvention transversale est par conséquent acceptable tant que l'anti-sélection ne devient pas une crainte pour la durabilité du projet, par exemple les membres âgés de coopératives pourraient être exclus (de facto ou en raison des primes plus élevées) d'une couverture d'assurance Vie si la détermination des prix ne se fait pas sur une base communautaire.
- **Simplicité :** Une structure simple des primes sera plus facile à administrer, et plus facile à expliquer à la population cible, ce qui augmente la compréhension du produit, ce qui peut conduire à une souscription plus importante.
- **Facteur d'échelle :** Si un grand nombre de personnes achètent le produit en raison de son accessibilité et de sa simplicité, alors il sera plus facile d'étaler les coûts fixes et de rendre le projet plus durable sur le long terme. Si un facteur d'échelle est atteint, l'incertitude quant à la tarification et d'autres critères financiers est réduite.

Sur le long terme, la tarification sur une base communautaire permet de meilleurs objectifs de développement et permet au porteur du risque d'atteindre un facteur d'échelle et une meilleure rentabilité. Les inconvénients de la détermination de prix sur une base communautaire peuvent être mitigés par la souscription à des règles (par exemple des conditions d'éligibilité). Bien que la tarification soit menée au niveau d'un groupe ou d'une communauté, des facteurs tels que l'âge et le sexe devraient être pris en compte dans l'analyse détaillée et la surveillance des résultats. Une analyse à un niveau plus granulaire garantit qu'il n'y a pas d'anti-sélection et que la prime de risque reste juste.

Analyse de scénarios et vérification du caractère raisonnable

Une fois qu'une prime a été calculée, une analyse de la sensibilité testant l'impact des variations dans une hypothèse unique peut aider à identifier la variable à laquelle les performances financières du produit sont les plus sensibles. Étant donné que les résultats financiers varieront en fonction de la souscription, de la maturité du projet, du comportement de la population et de l'incertitude liée à ces facteurs, différents scénarios d'expérience devraient être explorés pour comprendre l'ensemble des résultats financiers possibles pour le projet dont le prix a été déterminé.

Une fois que le spécialiste de la détermination de prix a généré une prime suggérée, celle-ci devrait être vérifiée par rapport à la CDP et au WTP pour garantir qu'elle est raisonnable. Un défi majeur pour l'équipe de projet est d'offrir une protection qui corresponde aux besoins des ménages à faible revenu pour une prime accessible qui couvre les demandes d'indemnités, d'autres dépenses et toutes conditions de réserve et les marges pour que le produit soit durable. Il est probable qu'elle prenne plusieurs itérations du processus de détermination de prix pour atteindre un équilibre acceptable de sorte qu'elle a une valeur pour les clients et est accessible à ceux-ci. Pour ce faire, il peut être nécessaire d'examiner la conception de produit en réduisant ou modifiant la structure des avantages pour rendre le produit plus abordable, ou en explorant des améliorations pouvant être apportées au processus et à l'implémentation du projet.

21.5 Surveiller et évaluer l'expérience du produit

Une fois que le produit est prêt à être lancé, il est essentiel de créer un système d'informations de gestion (MSI) pour collecter des données sur les demandes d'indemnités réelles et sur l'expérience en matière de dépenses de sorte que les hypothèses, la prime, et les caractéristiques du produits et les processus puissent être améliorés. Cela favorisera la surveillance étroite des hypothèses initiales vis-à-vis de l'expérience réelle de façon à pouvoir effectuer les ajustements nécessaires sur la tarification lorsque cela est approprié. Les données devraient inclure les

renseignements démographiques sur les assurés, les demandes d'indemnités soumises et les données financières du produit de sorte que des indicateurs de performance clés (ICP) puissent être calculés et qu'une analyse supplémentaire soit faite. L'analyse sensibilité/scénarios faite à la troisième étape du cycle mettra en lumière quels ICP nécessitent une surveillance sur une base régulière (c'est-à-dire ceux auxquels la viabilité financière du produit est la plus sensible). C'est très important pour surveiller de façon continue des modèles de demandes d'indemnités et pour rechercher les anomalies. Cet exercice peut être pris en charge par un MSI et un système de comptabilité qui est suffisamment robuste et bien géré pour permettre de surveiller tous les processus administratifs.[5]

21.6 Affinage de la prime

Les primes devraient être ajustées dans le temps sur la base d'observations suffisantes. Bien que les compagnies d'assurances traditionnelles aient habituellement un portefeuille important, la souscription à un seul produit atteignant des centaines de milliers, un produit de micro-assurance ne peut pas atteindre une masse critique dans les premières années, selon le pays et le du canal de distribution utilisé. La souscription est souvent limitée au début d'un projet, car un effort de communication majeur est requis pour sensibiliser et éduquer un segment cible qui n'est pas familiarisé avec l'assurance. La faible souscription initiale aura un impact sur ce qui suit :

- **La fréquence des demandes d'indemnités** peut varier d'une période à l'autre, mais la fréquence intrinsèque qui représente une moyenne sur plusieurs périodes peut rester la même. Par conséquent, cette hypothèse devrait reposer sur une attente sur le long terme et être ajustée lorsqu'une preuve crédible suffisante suggère un changement important.
- **Dépenses d'administration :** Si le nombre de polices vendues est faible, le montant des dépenses fixes allouées pour ses polices sera élevé. Cependant, sur le long terme, le montant des dépenses fixes allouées pour chaque police devrait diminuer à mesure que les ventes augmentent. Les dépenses administratives élevées augmentent la prime, ce qui réduit l'accessibilité. Par conséquent, un ratio de dépenses moyen attendu sur le long terme devrait est utilisé dès le lancement du produit.[6]
- **Les dépenses de marketing et de distribution** allouées par police seront plus élevées dans les années de lancement en raison du faible nombre de polices ven-

[5] Voir Wipf et Garand, 2010 ; et Wipf et Garand, 2006 pour plus de détails.
[6] Le coût de lancement devrait être amorti sur une période appropriée.

dues. Les coûts d'éducation et de sensibilisation peuvent également être plus élevés dans les premières années, car des efforts en matière d'éducation de la population sont essentiels pour générer des ventes. De façon similaire aux dépenses d'administration, ceux-ci devrait être amortis sur la durée de vie attendue de la ligne de produits ou, par exemple sur 5 ans.

– **Crédibilité des données collectées/de l'expérience acquise :** Un petit échantillon de demandes d'indemnités et d'assurés n'apporte pas beaucoup de crédibilité. Ajuster les hypothèses trop tôt ou sur la base d'un petit échantillon peut conduire à d'autres erreurs. Les hypothèses faites sur les coûts des demandes d'indemnités devraient être revues seulement après avoir collecté suffisamment de données d'expérience. L'expérience observée peut différer des hypothèses, mais cela devrait nécessairement conduire à un ajustement des hypothèses ou de la tarification parce que, pour des événements à faible incidence, une grande quantité de données est requise.

En plus d'une analyse quantitative des expériences, un retour par le personnel clé sur le terrain sur le produit et les processus liés sa distribution et au service pourrait conduire à des affinages de produit et de processus qui modifient de même la prime. Des entretiens avec des assurés et des clients potentiels peuvent également aider à vérifier l'expérience et la perception que la population cible a du produit.

21.7 Bref exemple

Pour illustrer le cycle de tarification et les défis posés par la détermination du prix avec des données limitées, cette section présente 2 exemples réels provenant du même pays, décrits dans les encadrés 21.5 et 21.6.

Encadré 21.5

Tarification : Organisation A

Une Organisation A fournit des services d'assistance en milieu rural dans tout le pays. Avec le concours d'un assureur et une contribution directe minimale de la part de ses membres, l'Organisation A a développé et offert à ses membres une couverture obligatoire moyennant une prime de 1,18 $US plus une redevance pour couvrir les frais de gestion. Le programme couvre les personnes de 18 à 65 ans avec une prestation d'hospitalisation maximum de 294 $US, maternité exclue.

Encadré 21.6

Tarification : Organisation B

Une organisation B se focalise sur une région du pays et possède des organisations sœurs proposant de la microfinance, des services de santé et un soutien technique dans le domaine de l'agriculture. L'organisation a mené une recherche sur les besoins des clients, a obtenu l'aide d'experts avec un développement de produit et la mise en place de processus, a trouvé un partenaire d'assurance et aménagé des services administratifs pour gérer le projet. Un projet d'assurance Santé volontaire est offert à un village à condition que la moitié du village y participe. Il est demandé aux familles participantes d'assurer tous les membres d'un ménage. Le projet offre aux membres assurés de tous les âges une prestation d'hospitalisation sans numéraire de 400 $US, une couverture d'assurance Maternité, des bons pour des consultations externes et une couverture d'assurance Vie de 350 $US par assuré.

L'organisation A a connu des taux d'incidence inférieurs à 1 % et une moyenne de demandes d'indemnités de 140 $US pendant plusieurs années. Cependant, le contact avec les membres des familles a permis de constater que ces derniers ne connaissaient pas cette couverture d'assurance Santé et ne savaient pas comment accéder aux services de soins de santé. En outre, il est possible que la base de remboursement pour le règlement des demandes d'indemnités soit un obstacle à l'obtention d'un service par les membres.

L'organisation B, quant à elle, est confrontée à une autre catégorie de problèmes. Les hypothèses initiales sont résumées dans le tableau 21.4.

Tableau 21.4

Organisation B, demandes d'indemnités attendues pour l'assurance Santé

	Incidence (%)	*Moyenne des demandes d'indemnités ($US)*	*Prime de risque ($US)*
Pas de maternité	3,60	51,44	1,85
Section C	0,33	209,50	0,69
Livraison normale	1,87	29,19	0,55
Total			3,09

Alors que la sinistralité moyenne effective représentait environ 4 % des demandes d'indemnités moyennes attendues pour la première année et quelque 20 % pour la seconde année, l'évolution réelle en matière d'incidence a été largement différente :

Tableau 21.5 **Organisation B, résultats d'incidence**

	Attendus (%)	*Réels première année (%)*	*Réels deuxième année (%)*
Pas de maternité	3,60	9,40	9,70
Section C	0,33	0,40	3,00
Livraison normale	1,87	2,80	4,90

Quelles étaient les raisons de la divergence d'expérience pour l'Organisation B ? Il y a, semble-t-il 2 problèmes principaux :

1) La solidarité communautaire attendue ne s'est pas concrétisée. La population cible atteinte était de 3 % seulement, ce qui indique un sérieux cas d'anti-sélection.
2) Les prestataires de services en matière de santé ont probablement offert trop de prestations et ont demandé trop cher. Environ 54 % des demandes d'indemnités concernaient des séjours d'une journée. Le coût moyen par demande d'indemnités pour la maternité était supérieur à celui d'autres régions de la zone. Les prestataires d'assurance Santé ont avoué à une partie extérieure que le projet d'assurance Santé était une affaire lucrative.

Ces 2 exemples montrent principalement que les projets peuvent connaître une importante divergence entre l'expérience réelle et les attentes dans les cas suivants :

– s'ils ne font pas le nécessaire pour comprendre le marché cible ;
– s'ils ne développent pas des processus appropriés pour servir le produit et
– s'ils n'éduquent pas le client sur l'utilisation du produit.

Cependant, ne pas parvenir à mettre en place et gérer un produit conforme aux besoins de façon judicieuse pourrait également contribuer à la divergence entre l'expérience et les hypothèses. En outre, le spécialiste de la détermination des prix ne peut pas formuler des hypothèses pour les situations spécifiques à partir de l'expérience d'un autre produit sans tenir compte des différences de contexte, de mise en place et de gestion. Comme l'ont prouvé ces 2 exemples, des produits similaires peuvent avoir des expériences très différentes même s'ils sont offerts dans le même pays.

Enfin, l'exercice de tarification doit prendre en compte la manière dont les diverses parties prenantes, y compris les assurés et les prestataires de services, répondront au projet de façon que l'expérience ne diverge pas considérablement des attentes. Cela montre également qu'il est important de gérer et de surveiller l'expérience pour permettre d'apporter une action corrective.

21.8 Conclusion

Ce chapitre est axé sur la tarification des produits d'assurance destinés à des marchés à faible revenu, y compris le processus de détermination du prix de base, avec l'accent mis sur l'importance d'engager un spécialiste qualifié pour cet exercice. Les prestataires de la micro-assurance devraient chercher des experts en tarification (qu'ils soient internes ou externes) afin de garantir que la prime est adéquate et que les processus et les caractéristiques de produit sont aptes à atteindre la durabilité et offrent des services d'assurance de valeur pour le client. Ces experts doivent comprendre comment la conception et la mise en place du produit et des processus d'appui, ainsi que le comportement du marché, affectent la tarification.

Les hypothèses initiales et la prime n'ont pas une précision parfaite. En raison de sérieuses limitations de données et de l'incertitude inhérente à la quantification du risque sous-jacent, le spécialiste de la tarification ne devrait pas concevoir de façon exagérée une modélisation de la répartition des demandes d'indemnités. Le tarificateur a besoin de donner une meilleure estimation, en tenant compte des particularités du contexte tout en étant conscient des limitations des hypothèses initiales. Les manques de données ont besoin d'être identifiés de sorte que l'équipe de projet puisse systématiquement travailler pour combler ces manques après le lancement du produit.

Étant donné que les résultats de la tarification seront d'autant meilleurs que les données et les hypothèses prises pour l'exercice seront bonnes, le tarificateur doit garantir que l'équipe de projet et les principales parties prenantes examinent attentivement les itérations du cycle de détermination des prix. Cela peut aider à améliorer la qualité des données collectées, la mise place des amélioration et les communications avec le marché.

Pour les actuaires, la détermination des prix avec peu de données sur de nouveaux marchés peut être un nouveau défi. Les actuaires peuvent apporter leur contribution en cherchant tout d'abord à connaître ce nouveau marché, en comprenant la culture et en apprenant à revenir aux fondamentaux. De plus, les actuaires peuvent prêter main forte :

- en renforçant la capacité assurantielle des acteurs du marché en développement, par exemple en améliorant les états financiers pour permettre aux administrateurs de se concentrer sur des questions-clés ;
- en apportant une assistance technique au développement de projets de micro-assurance par le biais du MSI, en se focalisant sur la collecte de données essentielles et en recueillant les informations nécessaires à la gestion du produit (tout en veillant à la collecte d'une quantité correcte de données (ni trop, ni trop peu).
- en facilitant la collecte et le partage de données au niveau du secteur jusqu'à ce que des bases de données suffisamment solides aient été développées ; en compa-

rant les projets et en aidant les organisations chargées de la mise en oeuvre à comprendre leurs performances par rapport aux projets les plus performants ;
- en analysant les tendances et en tirant des leçons pour la communauté de la micro-assurance et
- en apportant une assistance technique/organisant des séminaires sur le provisionnement et la réassurance.

VII Canaux de distribution et intermédiaires

22 Les nouvelles frontières de la distribution en micro-assurance

Anja Smith, Herman Smit et Doubell Chamberlain

Ce chapitre est extrait du Microinsurance Paper 8, publié par le Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT. Les auteurs tiennent à remercier Aparna Dalal (OIT), Jeremy Leach (Hollard), Brandon Mathews (Zürich), Michael J. McCord (Centre de la micro-assurance), Pranav Prashad (OIT) et Dirk Reinhard (Fondation Munich Re) d'avoir bien voulu revoir ce papier. Les études de cas prises en compte dans ce chapitre ont été financées par Swiss Development Cooperation et FinMark Trust.

Atteindre une échelle suffisante grâce à une distribution rentable est l'une des plus grandes difficultés auxquelles sont confrontés les assureurs dans le cadre du développement de produits viables et compétitifs. Pour atteindre effectivement une clientèle aussi large que possible, l'accent est de plus en plus mis sur des modèles de distribution innovants représentant une alternative aux approches classiques qui s'appuient traditionnellement sur les institutions de microfinance (IMF).

Au cours des 10 dernières années, les prestataires d'assurance et leurs partenaires de distribution ont testé de nouveaux moyens de développer leurs produits et de les présenter aux ménages à faible revenu. Le présent chapitre étudie les expériences faites par 14 modèles économiques relatifs à la micro-assurance au Brésil, en Colombie, en Inde et en Afrique du Sud, qui se servent de partenariats pour distribuer l'assurance et utilisent les canaux de distribution suivants :[1]

- **détaillants pratiquant la vente contre espèces,** y compris les supermarchés et les vendeurs de vêtements, qui offrent le plus souvent des produits d'assurance simplifiés, comme les assurances Individuelle accidents ou les assurances Obsèques ;
- **détaillants pratiquant la vente à crédit,** tels que les magasins de meubles ou de matériel électronique qui offrent des produits d'assurance liés au crédit, des garanties prolongées ou des assurances Individuelle accidents et Vie ;
- **entreprises de service public et de télécommunications** offrant des assurances Invalidité, Chômage, Accidents corporels et, dans certains cas, des assurances adaptées à la structure des ménages ; et
- **prestataires tiers de services de paiement de factures,** qui proposent le plus souvent des produits d'assurance Accidents corporels et Vie.

Ces modèles ont été choisis en raison de leur approches uniques et intéressantes vis-à-vis du développement des produits et des processus de distribution. Les études de cas sur leurs expériences ont été réalisées sur la base des informations

[1] Les exemples décrits dans ce chapitre sont tirés des études de cas suivantes disponibles sur www.cenfri.org: Smit and Smith, 2010a, 2010b ; Smith and Smit, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d ; Smith, Smit and Chamberlain, 2010 ; Zuluaga, 2010.

recueillies lors d'interviews avec des prestataires d'assurance, avec leurs partenaires de distribution et, dans certains cas, avec des administrateurs tiers ou des courtiers. Ces informations ont été complétées par les données collectées sur les sites Internet et dans les rapports annuels des compagnies ainsi que par les compte-rendus disponibles dans les médias et autres documents de recherche. Étant donné que les études de cas sont des documents publics, les informations qui pourraient donner une vue d'ensemble plus détaillée sur le succès et sur la valeur des différents modèles et produits, tels que le nombre de polices vendues, le taux de sinistres, la persistance des polices et les profits générés, n'ont pas toujours pu être incluses.

Le présent chapitre est structuré comme suit. La première partie examine le concept de distribution alternative dans le contexte de la micro-assurance et présente les études de cas. La partie 22.2. se concentre sur les nouvelles catégories de la distribution alternative et leurs forces et faiblesses respectives. La troisième partie aborde les thèmes principaux et les problèmes résultant de ces nouveaux modèles de distribution. La partie 22.4 offre une conclusion en jetant un rapide coup d'œil sur l'avenir de la distribution de la micro-assurance.

22.1 Repenser la distribution

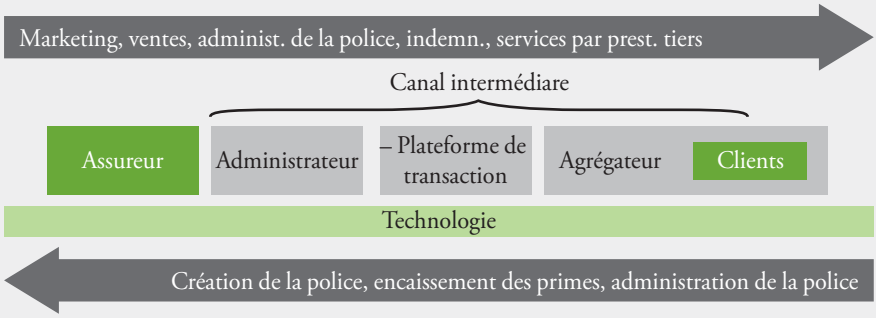
Pour les besoins de cette étude, on entend par distribution alternative le recours par des modèles d'assurance volontaires à des partenariats avec des institutions généralement étrangères à l'assurance, en vue d'atteindre les ménages défavorisés à faible revenu. Ces modèles présentent les caractéristiques suivantes :

- **Extension de l'échelle grâce à l'agrégation :** capacité à atteindre une échelle suffisante en ciblant de grosses concentrations de clients, telles que des groupes de clients non liés à l'assurance, y compris les clients des commerces de détail, d'opérateurs de téléphonie mobile et des entreprises publiques.
- **Présence d'une empreinte infrastructurelle :** en s'associant à des organisations qui représentent de grosses concentrations de clients, les modèles de distribution alternatifs s'appuient le plus souvent sur la présence d'une empreinte infrastructurelle plus forte que celle que pourrait obtenir une compagnie d'assurance prise isolément. L'infrastructure peut être tangible (le bâtiment d'un magasin, par exemple) ou virtuelle (un réseau de téléphonie mobile, par exemple).
- **Plateforme de transaction :** le canal de vente se double généralement d'une plateforme d'encaissement des primes. Exemple : ajout de la prime sur une facture de consommation courante.
- **Produit volontaire indépendant :** les modèles proposent souvent des produits d'assurance volontaire que le client fait le choix de souscrire. Acheter un produit d'assurance relève donc d'une démarche délibérée du client, l'assurance n'étant pas incluse d'office dans un autre produit ou service.

– **Marque reconnue :** la majorité des modèles s'appuient sur un partenariat de distribution avec une marque reconnue. Lorsqu'un modèle ne s'appuie pas sur un tel partenariat, son succès se voit impacté de manière négative.

La distribution ne se réduit pas à la vente d'un produit d'assurance au client. À la figure 22.1, la distribution fait référence à toutes les interactions entre le souscripteur du risque et le client final. Cela inclut la création de la police, l'encaissement des primes et l'administration de la police, ainsi que toutes les activités de marketing, de vente et d'indemnisation. Ce processus peut impliquer plusieurs entités différentes, telles que 1) des sociétés d'assurance (celles qui portent les risques) ; 2) des administrateurs extérieurs ; 3) des prestataires tiers de services de paiement (qui, dans certains cas, concentrent aussi les clients) ; et 4) l' agrégateur de clients ou le partenaire de distribution. Dans l'analyse de la performance de distribution, il est nécessaire de prendre en considération toutes les activités et les entités entrant dans la chaîne de valeur.[2]

Figure 22.1 **L'innovation à travers le processus de distribution**



Source : Bester et al., 2008a ; Leach, 2005.

22.1.1 Qu'est-ce qu'une distribution équilibrée ?

Les qualités d'un modèle de distribution doivent être évaluées en se plaçant à la fois du point de vue du client et de celui de la société d'assurance. Car ce qui marche pour l'assureur et le partenaire de distribution marche pas forcément pour le client. Le tableau 22.1 fait ressortir quelques-unes des perspectives pour la compagnie d'assurance et pour le client sur ce qui peut être considéré comme une distribution équilibrée. Le tableau indique un manque de cohésion entre le point de vue de la société d'assurance et celui du client sur l'aspect principal du processus de distribution. Si l'acquisition de clients et l'encaissement des primes sont certainement les activités les plus importantes pour l'assureur, c'est la phase d'indemnisation qui

[2] Pour plus d'informations à ce sujet, voir Bester et al., 2008.

importe le plus au client. Sur le court terme, les sociétés d'assurance sont tentées de concentrer investissements et innovations avant tout sur la phase de vente et d'encaissement des primes au détriment de l'optimisation du processus d'indemnisation. Mais sur le long terme, les partenaires commerciaux ont besoin d'un système de distribution et de traitement des demandes d'indemnisation efficient et adapté pour accroître la fidélité du client et ainsi le retenir.

22.1.2 Vente active ou vente passive

L'acte de vente dans le cadre de la distribution peut être le premier contact du client avec un produit d'assurance. Il est donc important que le processus de vente permette au client de prendre une décision d'achat en pleine connaissance de cause. Les 14 exemples de modèles de distribution passés en revus dans ce chapitre sont caractérisés par différents niveaux d'interaction avec le client potentiel durant le processus de vente. L'interaction avec le client peut être considérée comme un continuum. L'une des extrémités de l'interaction avec le client pendant le processus de vente peut être considérée comme un processus « passif » et l'autre comme un processus « actif ».

Tableau 22.1 **Perspectives d'une distribution équilibrée**

	Perspective assureur	*Perspective client*
Caractéristiques des produits	– Tarification réaliste – Facilité de gestion	– Adapté aux besoins – Simplicité
Ventes	**Le plus important pour l'assureur** – Parvenir à la souscription – Retenir le client et le fidéliser	– Décision d'achat en connaissance de cause – Comprendre la proposition de valeur et les coûts – Comprendre comment réaliser avec succès de la valeur à partir du produit (gestion et indemnisations)
Encaissement des primes	– Faibles coûts – Intégration dans son système de gestion	– Facilité/adéquation – Souplesse – Faibles coûts de transaction
Gestion et administration	– Information en temps réel et reporting pour suivre la performance – Faibles coûts	– Accès facile – Facilité/adéquation – Faibles coûts de transaction
Traitement des demandes d'indemnisation	– Paiement seulement des sinistres justifiés – Évaluation et gestion des sinistres efficaces en termes de coûts – Suivi et gestion des risques	**Le plus important pour le client** – Capacité à faire valoir ses droits – Accès facile – Faibles coûts de transaction – Simplicité (peu de documents demandés) – Délai d'exécution rapide

Dans une approche de vente purement passive, le client potentiel n'est la cible d'aucune communication incitative ou verbale au sujet d'un produit. C'est par exemple le cas quand des produits d'assurance sont disposés sur un présentoir chez un détaillant et que les clients les achètent en même temps que d'autres produits sans y avoir été incités par le personnel du magasin. On parle en revanche de vente active lorsqu'un représentant de l'assureur ou du partenaire de distribu-

tion informe le client des avantages de tel ou tel produit ou lui donne même des conseils sur les caractéristiques du produit qui peuvent être importantes. Dans la plupart des cas de figure passifs, le processus de vente se fait à l'initiative du client, tandis que dans la plupart des cas de figure actifs, c'est l'intermédiaire qui en est à l'origine.

La plupart des exemples de modèles de distribution résumés dans le tableau 22.2 se situent quelque part entre les deux extrémités de l'échelle. Le modèle de vente passive par opposition à la vente active est important, car il a des répercussions sur la souscription et les coûts de distribution, en particulier pour les produits complexes ou moins connus, ainsi que sur la persistance des primes et la protection du consommateur. Le choix d'une approche plutôt que d'une autre est souvent influencé par des considérations réglementaires. Les processus de vente passive ont tendance à se multiplier dans des pays comme l'Afrique du Sud, où la réglementation est relativement stricte quant au statut d'intermédiaire et à la façon dont les produits d'assurance peuvent être vendus *(voir chapitre 25)*. Ce type de réglementation rend la vente active de produits d'assurance plus coûteuse.

Tableau 22.2 **Résumé des différents modèles de distribution**

Assureur	*Partenaire(s) de distribution*	*Catégorie de canal*	*Description du produit et de la distribution*	*Souscription*	*Distribution des polices et gestion des demandes d'indemnisation*
Hollard Insurance (Afrique du Sud)	Pep Stores	Détaillant pratiquant la vente contre espèces	Assurance Obsèques individuelle et familiale, lancée en mars 2006, vendue par Pep, détaillant de vêtements bon marché et de petits appareils électriques. Le produit est vendu en rayon dans un packaging semblable à ceux des kits de téléphonie mobile, sans vente active de la part du personnel de Pep. Les primes mensuelles sont versées en liquide dans le magasin.	Demande importante : 215 000 polices vendues (2009).	Tiers administrateur responsable de la distribution des polices et de la gestion des demandes d'indemnisation. Pep est responsable de l'encaissement des primes en liquide.
	Take it eezi	Prestataire tiers de services de paiement de factures	Assurance Obsèques individuelle et familiale, lancée en janvier 2007 et vendue via le réseau de vendeurs ruraux Take-it-Eezi. Les vendeurs Take-it-Eezi (souvent des commerçants informels) sont situés dans les « townships » et utilisent la technologie du GPRS (General Packet Radio Service) sans fil pour faciliter les ventes de temps de communication téléphoniques, d'électricité et d'assurance. Les primes mensuelles sont versées en liquide dans le magasin.	Faible demande ; 1 800 polices vendues (2009).	Tiers administrateur responsable de la distribution des polices et de la gestion des demandes d'indemnisation. Take-it-Eezi est responsable de l'enregistrement des clients et de l'encaissement des primes en liquide.
Metropolitan Cover2go (Afrique du Sud)	Shoprite	Détaillant pratiquant la vente contre espèces	Assurance Obsèques familiale, lancée en novembre 2008, vendue par Shoprite, supermarché à bas prix. Le produit est vendu en rayon sans aucun conseil aux clients. Il offre un bon de remboursement en cas de non-réalisation de l'événement au cours de la période de garantie de 5 ans. Les primes mensuelles sont versées en liquide dans le magasin.	Faible demande	Shoprite est responsable de l'enregistrement des clients et de l'encaissement des primes en liquide. Cover2go est responsable de l'administration des polices et des demandes d'indemnisation.
	Wireloop	Prestataire tiers de services de paiement de factures	Assurance Obsèques familiale vendue via le réseau de vendeurs ruraux Wiredloop et au moyen de terminaux de paiement électronique GPRS. Les produits sont vendus selon le modèle passif.	Faible demande : moins de 1 000 polices vendues (2010).	Wiredloop est responsable de l'enregistrement des clients et de l'encaissement des primes en liquide. Cover2go est responsable de l'administration des polices et des demandes d'indemnisation.
	Accessible via tous les opérateurs sud-africains de téléphonie mobile.	Prestataire tiers de services de paiement de factures	Assurance Individuelle accidents, lancée comme projet-pilote à Pâques 2007 et visant les passagers de minibus. La publicité en faveur du produit est faite par tableaux d'affichage et dépliants. Les individus obtiennent la garantie en envoyant un SMS à un numéro abrégé surtaxé qui déduit le montant de la prime d'assurance du temps de communication disponible. Le recours à un fournisseur d'accès sans fil (WASP) permet de convertir le temps de communication en argent liquide.	Faible demande	WASP est responsable de l'encaissement des primes en liquide. Cover2go est responsable de l'administration des polices et des demandes d'indemnisation.

Old Mutual (Afrique du Sud)	Shoprite	Détaillant pratiquant la vente contre espèces	Assurance Obsèques familiale et Décès accidentel, lancée en novembre 2007. Produit vendu en rayon, sans aucun conseil aux clients, par Shoprite, détaillant à bas prix. Il s'adresse aux travailleurs saisonniers et autorise des paiements de primes flexibles (6 mois maximum entre les paiements). Les primes sont versées en liquide dans le magasin.	Faible demande	Old Mutual est responsable de la distribution des polices et de la gestion des demandes d'indemnisation. Shoprite est responsable de l'enregistrement des clients et de l'encaissement des primes en liquide.
MAPFRE (Colombie)	CODENSA	Entreprises de service public et de télécommunications	Assurance Vie, Individuelle accidents, Obsèques, Habitation et Automobile. Le premier produit a été lancé en 2001 et vendu par l'intermédiaire de Codensa, compagnie d'électricité. Le produit est vendu par de multiples canaux de distribution (centre d'appels externes, vente en face-à-face et mailing de masse) qui utilisent le système de paiement des factures de Codensa pour encaisser les primes.	Demande importante : 300 000 polices vendues (2008).	Distribution et administration conjointes des polices. Les demandes d'indemnisation sont dirigées vers le centre d'appels de Codensa. Mapfre s'occupe de l'aspect opérationnel de la gestion des demandes d'indemnisation.
Alico Chartis (Colombie)	gasNATURAL	Entreprises de service public et de télécommunications	Couverture Individuelle accidents, cancer, maladie grave, habitation et PME vendue par l'intermédiaire d'une société gazière, gasNatural. Le produit, lancé en 2003, est vendu via de multiples centres d'appels, des mailings de masse et des ventes en face-à-face, qui utilisent le système de paiement des factures de gasNatural pour encaisser les primes.	Demande importante : 783 224 polices Chartis et 59 892 polices Alico vendues (2009).	L'administration est assurée par Alico et Chartis. Les demandes peuvent être adressées soit aux centres d'appel de gasNatural, soit directement à Alico et Chartis.
Colseguros (Colombie)	Carrefour	Détaillant pratiquant la vente contre espèces	Assurance Individuelle accidents vendue aux caisses du grand distributeur international Carrefour depuis 2007. Le produit est offert aux clients de Carrefour après avoir conclu un achat. La prime d'assurance est égale à la monnaie rendue au client lors de ses achats de produits alimentaires, avec une couverture proportionnelle au montant de la prime.	Demande importante : 2 800 000 polices vendues (2008).	L'encaissement des primes et l'enregistrement sont effectués dans le magasin par Carrefour. Les polices sont gérées par ColSeguros. Les demandes d'indemnisation sont traitées par ColSeguros.
MAPFRE (Brésil)	Casas BAHIA	Détaillant pratiquant la vente à crédit	Assurance Vie, Chômage et Individuelle accidents vendue par l'intermédiaire de Casas Bahia, magasin d'appareils électroniques bon marché. Le premier produit a été lancé en août 2004. Les prestations annexes incluent un billet de loterie et des réductions sur les produits pharmaceutiques. L'assurance est proposée et expliquée aux consommateurs par le personnel de Casas Bahia lors des ventes d'appareils.	Demande importante	Distribution et administration conjointes des polices. Casas Bahia fournit une assistance après vente sur place grâce à ses agents commerciaux et aide Mapfre à administrer les polices. Les demandes d'indemnisation sont gérées par Casas Bahia.
	Vivo	Entreprises de service public et de télécommunications	Assurance contre le vol de téléphones portables, lancée en 2006 et distribuée par les points de vente de la société de télécommunications Vivo. L'assurance est présentée aux clients de Vivo lorsqu'ils achètent un téléphone mobile.	Demande importante ; 300 000 polices vendues à ce jour (2010).	Distribution et administration conjointes des polices. Les demandes d'indemnisation sont traitées par Mapfre.

QBE (Brésil)	Brasil Telecom	Entreprises de service public et de télécommunications	Assurance Frais d'hospitalisation individuelle ou familiale, lancée en 2006 et vendue aux clients de l'opérateur fixe Brasil Telecom via un centre d'appels externe. Le système de paiement des factures de Brasil Telecom est utilisé pour encaisser les primes.	Demande importante : 600 000 polices vendues à ce jour (2009).	L'administration des polices, la gestion et le traitement des demandes d'indemnisation sont assurés principalement par Aon Affinity (courtier).
ACE (Brésil)	AES Eletropaulo	Entreprises de service public et de télécommunications	Offre d'assurance combinée comprenant des assurances adaptées à la structure des ménages, des assurances Individuelle accidents et Vie. Le produit, lancé en 1999, est proposé aux clients d'AES Eletropaulo par mail ; le système de facturation d'AES Eletropaulo est utilisé pour encaisser les primes.	Demande importante	L'administration des polices, la gestion et le traitement des demandes d'indemnisation sont assurés principalement par Aon Affinity (courtier).
Max New York Life (Inde)	Max Vijay Distributeurs détaillants formels et informels, IMF, banques coopératives, ONG, etc.	Multiples canaux	Max Vijay est une police d'assurance Vie dotée d'une composante épargne, lancée en 2008 et vendue par de multiples canaux de vente impliquant à la fois des stratégies « push » (canaux de vente active) et « pull » (canaux de vente passive, détaillants, par exemple). Ces canaux de vente et d'encaissement des primes incluent l'utilisation d'un réseau de vendeurs ruraux et de terminaux de paiement électronique GPRS. Le produit est conçu comme un produit d'épargne souple, avec un dépôt initial obligatoire qui peut être ensuite complété par des montants inférieurs à 10 INR (soit 0,21 $US).	Demande modérée : 90 000 polices vendues (2010).	La distribution des polices, les demandes d'indemnisation et la gestion sont assurées par Max New York Life.

22.2 Comparaison des différents canaux de distribution

Parmi les exemples indiqués au tableau 22.2, on distingue 4 catégories de modèles de distribution : 1) les détaillants pratiquant la vente contre espèces, 2) les détaillants pratiquant la vente à crédit, 3) les entreprises de service public et de télécommunications et 4) les prestataires tiers de services de paiement de factures. Ces catégories reflètent le modèle économique de base du partenaire de distribution et la nature de ses interactions avec le client. Chaque modèle de distribution est récapitulé au tableau 22.3 en fonction des similitudes que présentent les types d'assurance vendue, les interactions commerciales et en fonction de l'encaissement de primes et du traitement des demandes d'indemnisation. L'analyse de ces 4 catégories fournit un certain nombre d'indications utiles sur leur efficience relative.

Tableau 22.3 **Caractéristiques des canaux de distribution**

		Produits	*Ventes*	*Encaissement des primes*	*Déclaration de sinistre*
1	**Détaillants pratiquant la vente contre espèces** (exemple : supermarchés et vendeurs de vêtements)	Polices d'assurance Vie (Obsèques) et Individuelle accidents simplifiées	Interaction limitée, non encouragée entre le personnel du détaillant et le client	Primes versées en liquide dans le magasin, avec option de paiement par débit dans certains cas	Demandes d'indemnisation adressées à la compagnie d'assurance plutôt qu'au détaillant
2	**Détaillants pratiquant la vente à crédit** (exemple : magasins de meubles et de produits blancs)	Assurances Crédit, garanties prolongées, assurances Vie et Individuelle accidents	Vente active, en face-à-face, incitée par le personnel du magasin ; vente passive en Afrique du Sud où la réglementation est stricte	Collecte des primes combinée avec le remboursement des prêts	Demandes d'indemnisation facilitées dans le magasin
3	**Entreprises de service public et de télécommunications** (exemple : électricité, gaz et téléphonie fixe)	Assurances Invalidité, Chômage, Individuelle accidents et, dans certains cas, assurances adaptées à la structure des ménages	Multiples canaux de distribution (mailings, centres d'appels externes et ventes en face-à-face)	Les primes sont ajoutées à la facture de consommation courante ou à la facture de téléphone du client et sont encaissées via le système de règlement des factures	Demandes d'indemnisation adressées à la compagnie d'assurance ; dans certains cas, la prestation est réglée directement sur le compte de l'utilisateur des services d'utilité publique ou sur le compte de téléphone du client
4	**Prestataires tiers de services de paiement de factures,** y compris les fournisseurs d'accès sans fil (WASP)	Assurance Individuelle accidents et Vie	Interaction limitée (non encouragée) entre les employés du prestataire de paiement des factures et le client	Primes collectées en espèces ou en monnaie électronique	Les demandes d'indemnisation sont envoyées directement à la compagnie d'assurance

La différence importante entre ces modèles de distribution réside dans le type de pratiques de vente qu'ils appliquent, ce qui a des répercussions sur le produit qu'ils offrent, le volume de la clientèle à qui ils s'adressent, et la valeur ajoutée qu'il peuvent apporter aux ménages à faible revenu.

Le personnel des détaillants pratiquant la vente contre espèces ne s'implique généralement pas de façon soutenue auprès du client ou n'a pas une démarche active pendant l'opération de vente, rendant ainsi difficile l'amélioration des performances de la force de vente existante. Les détaillants pratiquant la vente contre espèces – en l'absence de vente active de la part de leur personnel – sont conduits à pratiquer essentiellement une vente active ou une vente en rayon. Leur gamme de produits est donc limitée à des polices d'assurance simples Individuelle accidents et Obsèques souscrites par des groupes*(voir chapitre 10).*

La durabilité des polices représente un défi pour les détaillants qui pratiquent la vente contre espèces, car le détaillant souvent ne dispose pas de système automatique de collecte des primes, ce qui oblige les clients à venir au magasin pour renouveler leur police. Le détaillant doit par conséquent positionner son offre et sa marque pour attirer les clients pour chaque nouvelle transaction. Un produit d'assurance quelconque devrait être ajouté à la proposition de valeur utilisée par le magasin pour inciter ses clients à revenir et à répéter leur achat. Les détaillants pratiquant la vente contre espèces doivent donc modifier leur modèle économique ou mettre en place des mécanismes innovants pour surmonter ces défis.

Les détaillants pratiquant la vente à crédit disposent souvent d'une force de vente dédiée dans le magasin pour vendre les produits à crédit. La force de vente dédiée fournit des conseils, établit les accords de remboursement et propose de l'assurance. Celle-ci bénéficie d'une vente active, liée habituellement au contrat de prêt (polices d'assurance crédit) ou aux produits vendus à crédit (garantie prolongée). Dans la plupart des cas, la période de couverture de la police correspond à la période de remboursement du prêt. La force de vente des détaillants pratiquant la vente à crédit est aussi responsable des conseils de suivi et de l'aide aux clients pour la déclaration et le traitement des sinistres.

Le modèle de distribution s'appuyant sur les détaillants qui pratiquent la vente à crédit est un bon modèle économique, mais offre peu de valeur ajoutée au client. Ces canaux de distribution parviennent souvent à une demande importante grâce à des ventes encouragées, à un faible taux de chute des polices, en raison de l'obligation contractuelle souscrite entre le détaillant et le client, et à la présence d'un système d'encaissement des primes. Familiarisé avec les services financiers, le détaillant possède souvent les systèmes informatiques de gestion et le personnel pour assurer l'administration des polices et les services à la clientèle. Cependant, compte tenu des critères de base requis pour l'éligibilité aux prêts, cela signifie que les clients à faibles revenus en sont souvent exclus. En outre, le faible taux d'indemnisation sur ces produits liés à un crédit est synonyme d'une faible offre de valeur ajoutée pour le client. Seule exception : les polices d'assurance indépendantes qui ne sont pas liées à l'achat et/ou au financement d'un bien, comme les polices vendues par le détaillant

brésilien, Casas Bahia, ou les polices indépendantes vendues par l'entreprise mexicaine de distribution de meubles et de produits blancs, Elektra.

Les entreprises de service public et de télécommunications ont en général un grand nombre d'informations sur l'importante base de clientèle, ce qui leur permet de concevoir des produits correctement tarifés et des campagnes de marketing ciblées. Elles proposent des polices d'assurance souvent liées à la relation première entre le client et le prestataire de services (factures d'électricité ou de téléphone, par exemple) et qui couvrent généralement les obligations contractuelles du client vis-à-vis du prestataire en cas de décès, de maladie, de chômage et/ou d'invalidité. Ces canaux de distribution génèrent une demande importante, en particulier si les produits d'assurance sont vendus activement par une force de vente en réseaux. Mais ils souffrent de coûts de distribution élevés imputables aux efforts de vente active, aux paiements des commissions aux agents et à la participation dans la chaîne de valeur de nombreuses entités qui doivent toutes être rémunérées.

Les prestataires tiers de services de paiement de factures ont été mis en place dans de nombreux pays pour permettre aux organismes (entreprises de service public, compagnies de téléphone et municipalités, par exemple) d'externaliser l'encaissement de paiements, souvent à travers un vaste réseau de détaillants. Cette infrastructure peut aussi être utilisée à d'autres fins, comme la vente d'assurance. Les prestataires tiers de services de paiement de factures offrent le plus souvent des assurances Vie et Individuelle accidents simplifiées, bien que les prestataires d'assurance parviennent à accroître la complexité des produits lorsque les systèmes de paiement tiers sont gérés par des individus, par opposition à d'autres systèmes sans interaction humaine, comme ceux où la distribution de l'assurance se fait via un téléphone mobile au moyen d'un SMS envoyé à un numéro abrégé surtaxé.[3]

Les prestataires tiers ont connu un succès limité dans leur capacité à atteindre une échelle suffisante. Cela est principalement dû à l'absence de marque reconnue et aux pratiques de vente passive. En outre, l'utilisation de numéros abrégés surtaxés pour la distribution via un téléphone mobile est une méthode d'encaissement des primes très coûteuse, car le fournisseur d'accès sans fil (WASP), qui convertit le temps de communication en monnaie forte, exige souvent une commission importante.

Le tableau 22.4 présente les principaux avantages et inconvénients des canaux de distribution.

[3] Les numéros abrégés surtaxés sont des numéros, par opposition aux numéros de téléphone, auxquels on peut envoyer des SMS. Le tarif est supérieur à un SMS normal. Ces numéros sont généralement utilisés pour payer des biens et des services, participer à des concours ou faire des dons.

Tableau 22.4 **Avantages et inconvénients des canaux de distribution**

	Avantages	*Inconvénients*
1 **Détaillants pratiquant la vente contre espèces**	– Offrent un accès simple et peu coûteux à une base de clientèle existante – Le détaillant a une bonne connaissance des besoins des consommateurs – Sont motivés par le fait de proposer des produits à haute valeur ajoutée pour maintenir/renforcer la marque	– L'encaissement des primes en liquide peut entraîner au départ des taux de chute plus élevés – Non orientés vers l'offre de services financiers
2 **Détaillants pratiquant la vente à crédit**	– Forte durabilité du fait de l'encaissement des primes à partir d'un compte – Les points de vente peuvent également faire office de bureau pour le service client et le traitement des demandes d'indemnisation – Disponibilité des informations concernant le client (via le remboursement du prêt), ce qui peut faciliter la conception des produits et la définition de l'approche en matière de distribution – Familiarisés avec l'offre de services financiers	– Ventes d'assurance en lien avec le crédit qui, même volontaire, offre souvent peu de valeur ajoutée au client – La vente de produits d'assurance qui n'ont pas de lien avec le risque de crédit peut ne pas être perçue comme pertinente au regard de l'activité principale – Période de couverture par l'assurance liée à la période de remboursement du prêt
3 **Entreprises de service public et de télécommunications**	– Informations existantes sur les clients utiles pour la conception des produits et les ventes ciblées – Encaissement efficient des primes grâce à la relation client établie autour d'un compte	– Le faible taux d'indemnisation en matière d'assurance Individuelle accidents via ces canaux est synonyme d'une faible offre de valeur ajoutée pour le client – La forte implication de courtiers/administrateurs, canaux de distribution et opérateurs tiers peut accroître les coûts de gestion
4 **Prestataires tiers de services de paiement de factures**	– Vaste réseau de distribution avec une forte portée formelle et informelle – Emploi d'argent électronique facilité pour le versement des primes	– Faible demande du fait de la vente passive – Encaissement des primes très coûteux lorsqu'il utilise le temps de communication comme moyen de paiement – Absence de marque reconnue aux points de vente – La société d'assurance a peu de contrôle sur les prestataires tiers informels de services de paiement de facture

22.3 Problèmes émergents

Ce chapitre est consacré aux principaux thèmes récurrents que l'on peut observer dans les différents canaux de distribution.

22.3.1 Recentrer l'innovation

Les expériences présentées dans ce chapitre montrent que l'innovation dans le processus de distribution est plutôt centrée sur la vente et l'encaissement des primes que sur le service au client et le règlement des sinistres. Cela est regrettable, car le traitement d'une demande d'indemnisation est l'occasion de démontrer au client la valeur du produit et est par conséquent un aspect important pour développer un marché de la micro-assurance.

Bien que certains de ces canaux innovants mettent l'accent sur l'information du client dans la conception de leurs produits, tous imposent néanmoins la

constitution d'un dossier long et complexe pour les demandes d'indemnisation, lesquelles ne présentent généralement pas l'avantage de pouvoir être effectuées à l'endroit où le produit a été vendu ; ces demandes nécessitent donc plusieurs jours pour être traitées. Seul un des modèles examinés, à savoir le partenariat entre Mapfre et le marchand de meubles et de produits blancs Casas Bahia, permet de traiter les demandes d'indemnisation dans le magasin où la police a été achetée.

Afin d'offrir de la valeur ajoutée aux clients, les canaux de distribution doivent s'attacher à proposer un « lieu de service unique » où se font à la fois la vente et le renouvellement des polices, l'encaissement des primes et le traitement des demandes d'indemnisation. Les canaux les plus adaptés sont ceux qui disposent d'un point de service central proche du client géographiquement et d'un accès électronique aux systèmes d'administration des polices. Les points de vente initiaux pourraient être utilisés pour régler rapidement les indemnités, si le personnel du partenaire de distribution a des connaissances de base suffisantes en informatique et est bien entraîné. Au vu des avantages et des inconvénients des différents canaux de distribution présentés dans le tableau 22.4, le canal le plus approprié pour cette approche de service global est le détaillant pratiquant la vente à crédit.

Les assureurs et leurs canaux de distribution se sont adaptés à la capacité de paiement de leurs clients, tant en valeur absolue qu'en termes de fréquence des paiements, ce qui constitue un progrès important en direction d'une plus grande valeur ajoutée. Le détaillant sud-africain, Shoprite, et la compagnie Old Mutual offrent un produit avec des délais de paiement des primes très flexibles compris entre 1 et 6 mois. En Colombie, Carrefour permet aux individus de souscrire différents niveaux de garantie qui seront déterminés par le montant de la monnaie rendue au moment du passage en caisse. La police d'assurance Vie dotée d'une composante épargne de Max Vijay offre aux individus une couverture permanente sans nécessité de verser une prime mensuelle. Après le paiement de la première cotisation à la date de prise d'effet de la police, le police d'assurance ne peut expirer pendant la durée de validité du contrat d'épargne. Les clients de Max Vijay peuvent accroître leur épargne en effectuant de petits versements lorsqu'ils ont de l'argent disponible.

En dépit de cette sensibilité à la capacité des clients à payer, le marché à faible revenu n'a pas encore été efficacement servi par ces modèles de distribution alternatifs. En ce qui concerne les produits considérés ici, ceux qui couvrent les groupes de personnes disposant de revenus légèrement plus élevés ont enregistré une plus forte demande. En Afrique du Sud, Take-it-Eezi qui connaît un taux de souscription relativement faible vise un segment de marché un peu plus pauvre que les exemples plus performants Pep et Shoprite. La situation géographique de ces magasins de détail et la nature de leurs marchés cibles respectifs influencent la

souscription des produits, car les clients ayant des revenus légèrement plus élevés sont davantage exposés à l'assurance. De même, le succès de la souscription par les entreprises brésiliennes de télécommunications et les entreprises brésiliennes et colombiennes de services publics est attribuable partiellement à leur clientèle mixte qui inclut des ménages moins pauvres.

La nature immatérielle de l'assurance rend parfois difficile la communication de sa vraie valeur au marché à faible revenu. Pour résoudre cette question, certains assureurs ont mis en avant la matérialité des avantages que présentent les produits. Ce style de marketing revêt 2 formes principales :

1) **Offrir des avantages supplémentaires,** comme la police Obsèques familiale de Cover2go qui rembourse les primes au bout de 5 ans en cas de non-réalisation d'un événement, et la possibilité d'accéder à des services d'urgence (plomberie et électricité) avec les polices d'assurance achetées auprès de la compagnie d'électricité AES Electropaulo. Au Brésil, *la capitalisation* est un autre avantage lié à la plupart des polices de micro-assurance où les preneurs ont une chance de gagner un prix lors d'un tirage de loterie.
2) **Les paiements matériels (non monétaires)** ont été observés dans de nombreux exemples. AES Electropaulo fournit un panier de nourriture mensuel aux ayants-droit de la personne décédée pendant une année entière. Vivo telecoms et Mapfre remplacent le téléphone portable des preneurs d'assurance. La police d'assurance Obsèques de Codensa offre au client le paiement d'un service funéraire, sans possibilité d'être indemnisé en espèces. En Afrique du Sud, les individus obtiennent un bon de réduction sur un enterrement avec l'achat d'une police Obsèques dans les magasins Shoprite.

22.3.2 Évolution des produits et des canaux

La nature de la relation entre le partenaire de distribution et la société d'assurance évolue à mesure que le partenaire prend conscience des avantages qu'il y a à ajouter des produits d'assurance à sa gamme de produits existante. Sur la durée, cela signifie qu'il sera enclin à jouer un rôle plus important dans le développement du produit. Cela est particulièrement évident en Colombie où Codensa, après avoir vendu pendant quelques années des produits d'assurance souscrits par Mapfre, s'est impliqué dans le développement de nouveaux produits, afin de mieux répondre aux besoins de ses clients. En outre, les partenaires de distribution sont incités à s'impliquer davantage en raison du risque potentiel qu'ils encourent pour leur image de marque s'ils ne fournissent pas de bons produits à leurs clients. Les modèles qui fonctionnent le mieux sont ceux dans lesquels les partenaires de distribution considèrent l'offre d'assurance comme une stratégie explicite de fidélisation du client.

Les produits offerts par les partenaires tendent à évoluer dans 2 directions :

- ajustements des prix, de la couverture et des risques exclus pour améliorer la valeur ou gérer les taux d'indemnisation ; et
- lancement de produits d'assurance sans lien avec le produit primaire offert par le distributeur.

On trouve des exemples de ces 2 cas au Brésil où Casas Bahia a ajusté son offre d'assurance 8 fois en 5 ans et où AES Electropaulo est passé de la vente de polices de protection financière (pour se protéger lui-même contre le défaut de paiement de ses clients en cas d'invalidité ou de chômage) à la vente d'assurance des biens personnels. Un exemple d'ajustement du produit est fourni par le produit d'assurance Obsèques proposé par Hollard et vendu par Pep. Ils ont modifié et lancé un nouveau produit lorsqu'ils se sont aperçus qu'ils avaient sous-estimé le risque de mortalité sur un segment inhabituel du marché des clients à faible revenu.

L'assureur – et dans certains cas, le courtier ou l'administrateur – va adapter le processus de distribution lorsqu'il aura recueilli suffisamment d'informations sur les taux de souscription et de chute, et ajuster les coûts associés à un canal spécifique. Cela implique généralement l'utilisation d'un plus grand nombre ou d'un nombre différent de canaux de distribution et la réduction d'autres. Cette période d'évaluation avant que les changements soient faits dure 6 à 12 mois. Par exemple, Old Mutual distribuait à l'origine une police d'assurance Obsèques par l'intermédiaire du « Money Market Counter » de Shoprite et a ensuite expérimenté la distribution à travers d'autres canaux, tels que les vendeurs ruraux, en utilisant les prestataires tiers de services de paiement pour encaisser les primes.

Nombre de cas passés en revue dans ce chapitre impliquent de grandes multinationales, ouvrant ainsi la possibilité d'évoluer au-delà des frontières *(voir Chapitre 19).* Dans le cas d'Aon Affinity, une société multinationale de courtage, certaines leçons sur la micro-assurance ont été apprises au Brésil et ensuite exportées au reste de l'Amérique latine. Les assureurs multinationaux, tels que Hollard, Mapfre et Allianz opérant sous le nom de ColSeguros en Colombie, offrent de multiples produits de micro-assurance dans le monde entier. Enfin, le distributeur français Carrefour offre des produits d'assurance dans ses magasins dans de nombreux pays, y compris en Colombie et en Thaïlande.

22.3.3 Impact de la réglementation

Un des thèmes récurrents dans ces études de cas est l'impact de la réglementation sur le processus de distribution. La réglementation concerne tous les aspects de la

distribution, mais en particulier le développement des produits (par exemple, le type de garantie et le développement de prestations supplémentaires) et les ventes, ainsi que la nature des partenariats de distribution et les interactions avec le client. Les contraintes réglementaires ne permettent souvent pas aux compagnies d'assurance et à leurs partenaires de distribution de parvenir à une approche équilibrée en matière de distribution, qui accorde une importance égale à la fois aux besoins des compagnies et à ceux des clients *(voir chapitre 25).*

La relation entre la société d'assurance et le partenaire de distribution est affectée par la réglementation des activités de courtage, la réglementation spécifique au commissionnement, la législation du travail et la réglementation des pratiques du marché. Par exemple :

- **la réglementation restrictive des activités de courtage,** telle que constatée au Brésil, où le pouvoir du courtier et la législation du travail combinés entre eux ont contribué à décourager la distribution de l'assurance sans intervention d'un courtier, ce qui a fait augmenter les coûts d'intermédiation.
- **les niveaux de formation minimum pour les courtiers et les agents** (réglementation des pratiques du marché) empêchent les agents potentiels de s'impliquer dans la distribution de l'assurance et entraînent, par conséquent, une hausse des coûts de distribution. Cet impact est particulièrement évident dans les modèles d'Afrique du Sud. En Afrique du Sud, la formation minimum exigée pour les courtiers et les agents a été fixée à un niveau élevé et a catalysé l'introduction des modèles de vente passive qui n'offrent aucun face-à-face ni explication du produit.
- **la réglementation non spécifique à l'assurance** peut aussi réduire la volonté et le désir des sociétés d'assurance de servir le marché à faible revenu. Par exemple, au Brésil, la législation du travail oblige les assureurs à ne pas créer de lien privilégié dans les relations de travail. Bien qu'ils soient autorisés techniquement à recourir à des agents liés en effectuant des ventes directes plutôt que des ventes par courtiers, les assureurs hésitent à le faire en raison des conditions de négociation collective du secteur financier qui rend très cher l'utilisation des employés comme vendeurs.

22.3.4 Pratiques de vente

Alors que les modèles de vente passive en Afrique du Sud ne comportent aucune explication directe des produits d'assurance, en raison de la réglementation restrictive, les exemples qui sont pour la plupart passifs dans les autres pays reposent sur une certaine forme d'interaction verbale sur le lieu de vente. Cela inclut un comptoir d'assurance dans un supermarché, occupé par une personne capable de donner des informations sur les produits ou un agent d'assurance en magasin chez

Carrefour. Dans les modèles de vente purement passive, les clients recourent au centre d'appels des assureurs pour obtenir des informations sur le produit après l'achat et doivent aussi contacter le centre d'appels pour toute assistance et pour les demandes d'indemnisation. Dans ces modèles, l'interaction en matière de services et de règlement des sinistres est séparée du lieu de vente.

Certains agrégateurs de clients, comme Codensa, font appel à de multiples stratégies de distribution, et la vente passive pourrait être une approche. Par exemple, l'entreprise donne des informations sur les produits d'assurance avec sa facture d'électricité. Les gens intéressés peuvent téléphoner au centre d'appels ou remplir un formulaire demandant que quelqu'un les contacte. En outre, Codensa vend activement des assurances à son importante base de clients via un centre d'appels externe et grâce à une force de vente active.

Certains modèles de distribution exploitent les informations disponibles sur les clients pour cibler effectivement et efficacement leurs efforts commerciaux pour améliorer la souscription. Cette utilisation de l'information se fait au moins de deux manières :

- **Exploitation des bases de clientèle des partenaires de distribution pour tailler des produits sur mesure.** À titre d'exemple, citons Aon Affinity qui utilise les bases de données sur les clients de ses partenaires de distribution (entreprises de service public et de télécommunications) au Brésil. Les données sont utilisées pour évaluer les besoins d'assurance des clients et développer des polices d'assurance répondant parfaitement aux besoins du marché cible.
- **Concentration des efforts commerciaux.** Mapfre en Colombie et QBE au Brésil utilisent les données des clients de leurs partenaires de distribution pour informer et cibler efficacement leurs stratégies de ventes – centres d'appels externes, mailings directs, vendeurs itinérants ou une combinaison des trois – auprès de clients dont les besoins correspondent le plus possible aux prestations offertes par le produit d'assurance.

L'expérimentation des multiples canaux de vente permet aux compagnies d'assurance d'identifier le meilleur canal. Par exemple, Max New York Life a trouvé que les canaux traditionnels « actifs » (ou vente active) enregistraient des taux de souscription plus élevés, mais avaient l'inconvénient d'entraîner des coûts d'initiation plus élevés, étant donné le temps passé en interaction avec le client. Les canaux de vente « passive » (ou vente non active) ont connu le même succès que les canaux d'encaissement des primes, mais ont enregistré des taux de souscription beaucoup plus faibles au niveau des ventes initiales que les canaux dits actifs. En termes de bénéfice net, l'expérience montre que les canaux actifs offrent la meilleure option pour les ventes de produits initiales, tandis que les

canaux passifs constituent la meilleure approche pour les versements complémentaires après l'achat initial du produit.[4]

Les incitations accordées aux vendeurs sont essentielles pour la souscription des produits de micro-assurance. Ce que démontre la comparaison entre le faible niveau des ventes d'assurance Obsèques réalisé par le réseau de vendeurs ruraux Wiredloop qui ne sont souvent pas rémunérés directement, et le succès remporté par Casas Bahia chez qui les niveaux de commission fiables et élevés représentent une part importante de la rémunération globale du personnel.

Le degré de confiance que le marché a dans le canal de distribution et son équipe de vente pourrait toutefois masquer des produits d'assurance de faible valeur ajoutée. Au Brésil et en Colombie, par exemple, l'assurance Individuelle accidents se caractérise par de faibles taux d'indemnisation, souvent inférieur à 15 %. Le marché, cependant, achète cette assurance, car il fait confiance au partenaire de distribution.

Le problème de la confiance relative à la valeur est aussi soulevé par l'expérience réalisée en Afrique du Sud où l'assurance Obsèques vendue par différents canaux connaît différents niveaux de succès. Le vendeur rural Take-it-Eezi a réalisé bien moins d'affaires que le détaillant de vêtements bon marché et de petits appareils électriques, Pep. Alors que Pep a réussi à accumuler un niveau de confiance élevé sur le marché à faible revenu, Take-it-Eezi est une marque bien moins connue utilisée pour mettre en réseau un certain nombre de vendeurs ruraux informels autour d'un système de prestataires tiers de services de paiement.[5] Cela peut aussi être une conséquence directe de la différence de nature des marchés cibles des deux partenaires de distribution – Pep tend à servir un marché avec des revenus légèrement plus élevés que Take-it-Eezi.

22.3.5 Gestion des partenariats

« La micro-assurance dépend du canal de distribution ». Cela est vrai dans beaucoup de cas où les revendeurs et les entreprises de service public et de télécommunications assurent leur domination et leur pouvoir sur tous les aspects du processus de distribution. Le pouvoir de négociation accru dont disposent les canaux de distribution vis-à-vis de la compagnie d'assurance leur permet de négocier, à

[4] Comme décrit au chapitre 8, le produit Max Vijay est un produit d'épargne qui permet aux preneurs d'ajouter régulièrement sur leur police d'assurance Vie de l'argent, lorsqu'ils en ont. Ces contributions additionnelles sont appelées « compléments ».

[5] Il faudrait cependant noter que les polices d'assurance Obsèques offertes par Hollard et distribuées par Take-it-Eezi et Pep n'enregistrent pas les mêmes taux d'indemnisation que ceux relevés au Brésil et en Colombie.

titre de rémunération, une part de prime plus élevée que les distributeurs d'assurance traditionnels seraient capables d'offrir.

Un point essentiel dans l'histoire de la distribution est la nécessité d'aligner les incitations financières du canal de distribution sur celles de la compagnie d'assurance. Aon Affinity au Brésil a pu le faire en créant des produits qui couvrent la responsabilité (par exemple, facture d'électricité ou de téléphone ou remboursement) du partenaire de distribution et les obligations contractuelles de son client en cas d'événement assuré (chômage, accident corporel ou invalidité, par exemple). En outre, il rétribuait le canal de distribution pour la fourniture des données des clients et l'encaissement des primes.

Les partenariats en matière de rémunération entre l'assureur et le partenaire de distribution peuvent prendre différentes formes. Dans certains cas, comme dans la relation entre Hollard et Pep, la rémunération se présente sous la forme d'un partage des profits via un accord de joint-venture, en plus de la commission perçue par Pep. Dans d'autres cas, le partenaire de distribution reçoit seulement une commission au pourcentage fixe. Le modèle de rémunération est affecté par la valeur associée à la marque du partenaire de distribution – plus le niveau de confiance et de reconnaissance associé à la marque est élevé, plus le pouvoir de négociation du canal de distribution est grand.

Les canaux de distribution reconnus sont confrontés au grand risque de voir leur réputation ternie et choisissent donc de s'impliquer dans le développement des produits et dans le processus de révision, car ils connaissent leurs clients et veulent être sûrs de leur offrir une valeur ajoutée. En outre, les partenaires de distribution qui disposent d'informations sur leurs clients, comme les entreprises de service public et les détaillants, veulent les utiliser de la meilleure façon possible et s'impliquent aussi dans les phases de développement des produits et dans les processus de gestion.

La mise en place d'un canal de distribution performant nécessite un investissement important, de la part, à la fois, de l'assureur et du partenaire de distribution, dans le capital humain et dans les plateformes informatiques spécifiques à l'assurance. Par exemple, Mapfre a dû former les équipes de vente de Casas Bahia à la vente de l'assurance et a amélioré le système informatique pour faciliter les ventes. Casas Bahia gère la base de données sur les clients et ne transmet à Mapfre les données qu'à des fins de communication et pour faciliter la gestion des demandes d'indemnisation. On trouve d'autres exemples d'investissement important en Colombie, en Inde et en Afrique du Sud où les entreprises de service public, les détaillants et les entreprises de télécommunications vendaient de l'assurance, souvent pour la première fois, si bien que les assureurs ont dû aussi former le personnel et mettre en place des systèmes informatiques plus perfectionnés.

22.4 Aller de l'avant

La vague d'innovation actuelle en matière de micro-assurance se caractérise par le fait que les compagnies d'assurance travaillent en partenariat avec les canaux de distribution non traditionnels, afin d'atteindre les bases de clientèle qui n'ont pas d'assurance ou sont sous-assurées. L'innovation en matière de distribution est principalement centrée sur le développement des produits, les ventes et l'encaissement des primes et met moins l'accent sur l'administration des polices, la gestion et le traitement des demandes d'indemnisation.

Étant donné le nombre d'entités impliquées dans ces partenariats, le processus de distribution est devenu plus complexe. L'assurance est traditionnellement distribuée par un agent ou un courtier qui traite directement avec l'assureur, mais dans bon nombre des modèles passés en revue dans ce chapitre, un courtier a facilité le lien entre l'assureur et le partenaire de distribution, les administrateurs tiers et, dans certains cas, une plateforme de paiement. Toutes ces entités doivent être rémunérées. Le nombre d'entités impliquées a parfois conduit à une hausse des coûts de distribution. Si les canaux de distribution jouissent d'un degré de confiance élevé de la part des clients et s'ils sont capables de négocier des taux de commission plus élevés, cela aggrave encore le problème.

Que signifie cette vague d'innovation pour les assureurs et leurs partenaires de distribution ?

- **L'efficience de la distribution doit être encore améliorée.** L'amélioration de l'efficience en micro-assurance va sans doute impliquer de mettre davantage encore l'accent sur la baisse des coûts de distribution. Ce contrôle des coûts pourrait nécessiter des efforts concertés pour limiter le nombre d'entités dans la chaîne de valeur, ce qui est susceptible d'avoir des répercussions sur la façon dont les sociétés d'assurance vont structurer leurs partenariats avec les canaux de distribution. Assureurs et partenaires de distribution vont devoir considérer avec attention leurs niveaux de commission ainsi que leurs arrangements en matière de partage des profits.
- **L'implication des partenaires dans la valeur pour le client est essentielle.** Les partenaires de distribution sont de plus en plus impliqués dans le développement des produits. Le plus souvent, c'est dans l'intérêt du client que le partenaire de distribution tente d'éviter les risques pour son image de marque en veillant à la valeur ajoutée. Ainsi, plutôt que de simplement augmenter le prix de leurs produits d'assurance Obsèques, le détaillant Pep et Hollard Insurance en ont développé et lancé un nouveau lorsqu'ils se sont aperçus qu'ils avaient largement sous-estimé le risque de mortalité sur le marché. L'objectif était que la marque Pep ne soit pas écornée. Il est cependant des cas où le partenaire de distribution ne se préoccupe pas autant de protéger sa marque et où sa motivation principale dans sa participation à l'assurance est de gagner le maximum d'argent. Les assureurs

doivent donc être très attentifs au choix de leur partenaire et au fait que les entités gardent l'intérêt du client au centre de leurs préoccupations.

– **Les distributeurs doivent être envisagés comme des « lieux de service uniques ».** Afin de continuer à offrir de la valeur ajoutée au client, les modèles de distribution alternatifs vont devoir apporter des innovations à l'administration des polices et au traitement des demandes d'indemnisation. Les assureurs vont devoir commencer à se servir de leurs partenaires de distribution comme autant de points de service « tout en un » où se font non seulement la vente des polices et l'encaissement des primes, mais aussi l'enregistrement des modifications que le client souhaite apporter à son contrat et le paiement des indemnités. Toutes les catégories de distribution présentées dans ce chapitre ne sont cependant pas adaptées à cette centralisation de l'interaction avec le client et il est probable que les canaux capables de servir globalement leurs clients auront plus de succès que les autres.

Que faut-il attendre de la prochaine vague d'innovation en matière de micro-assurance ? Compte tenu des expériences faites avec la présente vague, il faut s'attendre à ce que les régulateurs commencent à examiner de près le problème de la valeur ajoutée offerte au client. Même si les faibles taux d'indemnisation sont un fait réel durant les premières phases de développement des produits et des modèles économiques, ils devraient s'améliorer progressivement. Une amélioration des taux d'indemnisation peut nécessiter une approche intéressante et innovante pour informer les clients sur les caractéristiques du produit et les exclusions, une communication permanente pour s'assurer que les clients savent qu'ils possèdent un produit de micro-assurance et, enfin, des processus d'indemnisation simples et efficaces. C'est de toute façon le client qui a le dernier mot et si les sociétés d'assurance ne parviennent pas à proposer de la valeur à l'endroit et au moment où elle est le plus nécessaire, c'est la réussite de la micro-assurance qui sera menacée. Le succès de départ relatif à l'acquisition de nouveaux clients dans ce secteur grâce à des canaux de distribution alternatifs ne durera pas si les assureurs et leurs partenaires de distribution ne se montrent pas capables d'apporter des innovations au traitement des demandes d'indemnisation et à l'administration des polices. De telles innovations en micro-assurance peuvent servir d'enseignements à tous les segments de marché du secteur de l'assurance.

23 Les intermédiaires de micro-assurance

Alex Bernhardt, Roland Steinmann et Michael J. McCord

Les auteurs apprécient les utiles contributions qu'ont apportées les personnes chargées de la révision du document, dont Sabrina Regent (PlaNet Guarantee), John Pott (anciennement AKAM), Richard Leftley (MicroEnsure) et Jose Luis Contraras (Aon Bolivia).

Les assureurs font face à une multitude de défis lorsqu'ils vont vers le bas de gamme *(voir chapitre 19)*. L'un de ces défis est le manque d'expertise parmi les canaux de distribution potentiels dont la diversité ne cesse de grandir *(chapitre 22)*. Les intermédiaires de micro-assurance sont apparus pour rassembler ces 2 groupes.

Pour les besoins du présent chapitre, on entend par intermédiaire de micro-assurance une organisation qui, en contrepartie d'une commission, facilite le transfert du risque de micro-assurance lié à un client original ayant de faibles revenus – généralement un groupe de personnes pauvres, souvent représenté par un canal de distribution, tel qu'une institution de microfinance (IMF), une coopérative ou tout autre groupe d'achat – vers une société d'assurance. Le paysage de la micro-assurance est de plus en plus occupé par de telles organisations qui remplissent des fonctions essentielles dans le développement de la micro-assurance. Les intermédiaires de micro-assurance peuvent prendre différentes formes institutionnelles, de la grande société commerciale multinationale à la petite ONG (organisation non gouvernementale). Ces intermédiaires servent non seulement de « teneurs de marché », mettant à profit leurs réseaux et leur expertise pour développer à partir de rien des produits et des chaînes de valeur en matière de transfert des risques, mais fournissent aussi toute une gamme de services administratifs pour augmenter et améliorer les aspects uniques de ce processus de transfert de risques sur les marchés à faible revenu.

Le présent chapitre commence par définir le rôle des intermédiaires d'assurance et compare les approches traditionnelles avec les intermédiaires agissant sur le marché à faible revenu. La seconde section est consacrée aux résultats obtenus par 3 intermédiaires spécialisés dans la micro-assurance – MicroEnsure, First MicroInsurance Agency (FMiA) Pakistan et PlaNet Guarantee. Sont ensuite examinées les premières expériences des intermédiaires commerciaux s'aventurant dans la micro-assurance, tels que Aon, Marsh et Guy Carpenter. Enfin, le chapitre se termine par une analyse de la proposition de valeur des intermédiaires et par un aperçu des défis devant être relevés.

23.1 L'intermédiation en assurance : intermédiation conventionnelle contre intermédiation en micro-assurance

23.1.1 Intermédiaires conventionnels

Sur les marchés de l'assurance, il existe 2 types d'intermédiaires : les courtiers et les agents. La différence profonde entre les 2 est la représentation. Les courtiers représentent les preneurs éventuels et achètent des garanties en leur nom. Souvent, ils négocient avec plusieurs compagnies d'assurance pour tirer parti des conditions favorables et de la concurrence entre les assureurs. Les agents, quant à eux, représentent les compagnies d'assurance. Selon la réglementation locale en vigueur, ils peuvent représenter un ou plusieurs assureurs. Aux Philippines par exemple, les agents peuvent représenter une seule compagnie d'assurance Vie, mais jusqu'à 7 compagnies d'assurance générale. Généralement, les agents se concentrent sur une région géographique précise ou sur une seule branche. Les agents et les courtiers peuvent être des personnes physiques ou morales (petites ou grandes sociétés), selon la réglementation locale.

Dans certains pays, notamment en Inde, des autorisations réglementaires permettent aux agrégateurs, tels que les IMF et autres institutions similaires, qui sont en contact direct avec les populations pauvres, de distribuer des polices d'assurance via leur personnel de terrain sans être obligés d'obtenir une licence pour chacun des employés vendant des contrats. Ce genre d'autorisation réglementaire est essentielle pour la micro-assurance dans les pays où prévaut le modèle direct partenaire-agent. Cela ne serait pas faisable pour les IMF de demander à tout leur personnel d'obtenir une licence individuelle. Au Viêt Nam, où chaque vendeur de micro-assurance doit avoir une licence, l'Agriculture Bank Insurance Company a dépensé plus de 1 million de $US et passé plusieurs mois à former des milliers d'agents locaux.

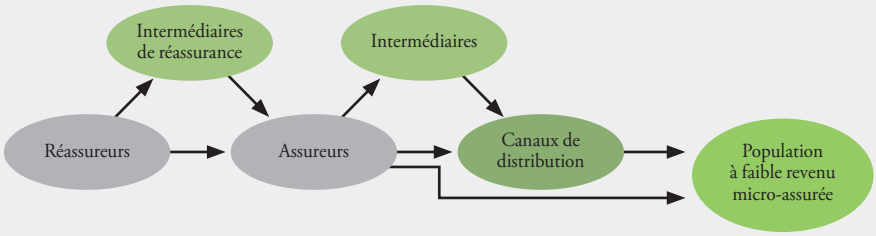
Sur les marchés d'assurance développés, les intermédiaires se distinguent par leur position dans la chaîne d'approvisionnement. Beaucoup se concentrent sur la vente au détail, délivrant des polices directement aux consommateurs (particuliers ou entreprises). D'autres intermédiaires travaillent pour des grossistes, les polices étant redistribuées par des vendeurs au détail. Ces grossistes, appelés agents généraux administrateurs (AGA[1]), servent d'agrégateurs de marché et remplissent souvent aussi des fonctions importantes de gestion des polices. Les AGA agissent dans le prolongement de la société d'assurance et remplissent des fonctions vitales d'administration des programmes, telles que la souscription, le règlement des indemnités et le contrôles des risques. Ils parviennent souvent à

[1] Ces grossistes sont aussi connus sous divers autres noms : souscripteurs généraux administrateurs, agences de souscription, administrateurs de programmes et agents généraux.

imposer des commissions plus élevées que les autres agents, en raison de leur intégration plus poussée dans le processus, même s'ils sont habituellement supervisés ou doivent recevoir l'approbation de leurs partenaires, c'est-à-dire les compagnies d'assurance, pour la souscription des polices et les règlements de sinistres.

Les AGA se spécialisent la plupart du temps dans des niches ou dans des catégories d'assurance particulières. Ces intermédiaires grossistes fournissent aux consommateurs des informations utiles et leur permettent d'accéder à des produits qui seraient autrement difficiles à offrir. Ils permettent aux assureurs de bénéficier d'économies d'échelle, d'atténuer les difficultés de souscription et de leur apporter une aide dans la gestion des risques. Les intermédiaires de micro-assurance dont il est question dans ce chapitre partagent un certain nombre de caractéristiques avec les AGA sur les marchés développés, en raison de leur orientation spécifique, de leur capacité à servir d'agrégateurs de polices provenant de nombreuses sources sous-jacentes différentes et de leur positionnement dans la chaîne de la micro-assurance, qui est à un pas du consommateur final *(voir figure 23.1)*. Cependant, contrairement aux grossistes, les intermédiaires de micro-assurance ne distribuent pas leurs produits au travers d'un réseau d'agents détaillants traditionnels qui ont été formés dans le but explicite et exclusif de distribuer de l'assurance.

Figure 23.1 **Chaîne de distribution des produits**



23.1.2 Canaux de distribution

La micro-assurance dépend surtout des efforts accomplis par les canaux de distribution. Généralement, les canaux de distribution ont des contacts directs et réguliers avec les populations pauvres et travaillent avec des assureurs pour fournir à ces populations des produits de micro-assurance. Certaines sociétés d'assurance travaillent avec leurs propres agents captifs pour atteindre les pauvres directement, mais ce genre de partenariat est inhabituel. Le modèle partenaire-agent constitue une approche plus fréquente, les assureurs travaillant avec les canaux de distribution pour vendre des produits à leurs clients. Les produits sont ainsi distribués par le personnel de terrain d'une ONG, les responsables des prêts d'une IMF, les caissiers d'un magasin de détail, ou les dirigeants des églises où est proposée la micro-assu-

rance. Il faut s'attendre à ce que le canal de distribution agisse comme un intermédiaire, représentant ses clients, identifiant les produits adéquats, démarchant l'assureur et fournissant un service à la clientèle.

Mais dans la pratique, beaucoup de canaux de distribution n'ont pas rempli ces larges fonctions de manière effective. Leur compétence en assurance est souvent limitée et leur motivation vague. Leur objectif est d'offrir de la valeur à leurs clients ou de maximiser la rentabilité de leurs bilans. Il pourrait donc y avoir une place pour une mission de courtier en micro-assurance, consistant à rassembler assureurs et canaux de distribution, à condition que le courtier

- ait un plus grand intérêt que les canaux de distribution actuels à offrir de la qualité et une valeur ajoutée aux marchés à faible revenu ;
- soit habile à travailler avec le marché à faible revenu ;
- puisse fournir des services d'appui complets ;
- et soit à même de faire tout cela à un prix plus compétitif que les assureurs qui vendent directement.

Pour les assureurs qui recourent au modèle partenaire-agent, les IMF sont « les fruits à portée de la main » dans le paysage de la distribution de la micro-assurance et pourraient donc de ce fait être caractérisés comme étant la voie d'accès direct la plus évidente pour la distribution des produits de micro-assurance. Cependant, les IMF sont limitées dans leur portée. Globalement, les IMF n'atteignent que 190 millions d'emprunteurs dans le monde entier (Reed, 2011). C'est moins de la moitié du volume actuel de la micro-assurance *(voir chapitre 1)* et seulement une fraction du marché global de la micro-assurance.

Découvrir, libérer ou construire des voies alternatives d'accès direct aux plus démunis est essentiel pour développer le marché de la micro-assurance. Comme l'illustre la figure 23.2, une quantité d'organisations et de méthodes pourrait être utilisée pour pénétrer le marché à faible revenu, mais le développement de ces canaux peut être ardu et compliqué. À l'exception des IMF, il y a peu de canaux de distribution potentiels qui ont des liens financiers avec les pauvres, et la culture financière des managers de ces canaux de distribution peut être limitée. Les intermédiaires peuvent donc être appelés à jouer un rôle important en facilitant le processus de développement des canaux de distribution.

Assureurs et distributeurs ont souvent des problèmes de communication. Ces 2 parties ont chacune des motivations très différentes, des systèmes très différents, de même qu'une compréhension des besoins des clients et une connaissance des concepts d'assurance différentes. Cependant, elles sont d'accord sur le fait que ni l'une ni l'autre ne veulent avoir beaucoup de travail, au-delà de ce qui est nécessaire, pour vendre le produit de manière directe. La connaissance que l'intermédiaire a du marché à faible revenu et de ses ressources correspondantes peut jouer ici un rôle important en comblant les écarts en matière de connais-

sances et de capacité entre les clients du secteur de la micro-assurance et les assureurs. Les intermédiaires de micro-assurance ont des capacités additionnelles, mais cette fonction de relais est une composante significative de leur proposition de valeur.

Figure 23.2

Canaux de distribution

23.1.3 Intermédiation en micro-assurance

La vente et la gestion de la micro-assurance peuvent nécessiter une approche très différente pour les intermédiaires. Sur les marchés traditionnels, les produits sont bien définis, les clients comprennent les concepts d'assurance, les volumes sont limités et les processus opérationnels bien établis. Les aspects autrement confortables de la distribution des produits d'assurance sont masqués par les particularités de la micro-assurance derrière un brouillard d'ambiguïté.

Pour servir le marché à faible revenu, un nouveau paradigme est nécessaire, car la connaissance et la compréhension empirique des clients potentiels et de leurs besoins sont limitées. Comment combler ce vide ? Par une recherche approfondie, par le développement de produits, l'éducation du marché et la formation des équipes des chaînes de distribution pour préparer à gérer des volumes d'opérations considérables en rapport avec de nouveaux produits qui font l'objet de contrôles différents et limités. Tout cela prend du temps, requiert du personnel et peut coûter cher. Même si l'intermédiaire effectue ce travail supplémentaire, sa commission ou la commission qu'il perçoit sur chaque police est faible. Plus de travail et moins de commission, cela rend le scénario d'activité discutable et exige un professionnel très compétent. Une fois ces questions prises en compte, il n'est pas étonnant d'observer que seul un petit nombre de courtiers traditionnels est entré sur le marché.

Le tableau 23.1 montre quelques-unes des grandes différences qui existent entre l'intermédiation traditionnelle et l'intermédiation en micro-assurance. Les intermédiaires traditionnels sont, fondamentalement, des « fédérateurs » faisant coïncider la demande et l'offre. Les intermédiaires de micro-assurance, en revanche, doivent souvent être des « teneurs de marché », identifiant les besoins non satisfaits, développant des produits, surveillant les services qu'ils offrent, via la formation pratique du personnel du canal de distribution, et adaptant ou mettant en place des systèmes pour gérer les contrats d'assurance et le traitement des demandes d'indemnisation. Le rôle que joue un « teneur de marché » dans le domaine de la micro-assurance est bien plus important que celui d'un simple « fédérateur ».

Pour constituer un marché, chaque élément de la chaîne de micro-assurance – identification de la clientèle cible et du partenaire de distribution, développement de produits, éducation du client et encouragement des compagnies d'assurance à s'engager dans ce nouveau segment d'activité – doit être créé. Pour relever ce défi, il faut que les « teneurs de marché » aient une bonne connaissance des ménages pauvres, de leurs contraintes et de leurs besoins. Les intermédiaires de micro-assurance ne sont donc généralement pas mandatés par un collectif clients, un canal de distribution ou par un assureur, mais agissent au contraire seuls pour créer un marché et une base économique leur permettant de subsister.

Tableau 23.1 **Principales différences entre l'intermédiation en assurance et en micro-assurance**

Activité principale	*Intermédiaire traditionnel*	*Intermédiaire de micro-assurance*
Connaissances commerciales requises	Bonne compréhension des produits d'assurance traditionnels et des besoins ainsi que des exigences des classes moyennes et supérieures.	Bonne compréhension des besoins et des exigences du marché des personnes à faible revenu ainsi que de ce qui est nécessaire pour leur faire acheter des produits d'assurance.
Étude sur la demande du marché	La demande est généralement évaluée de manière passive en réponse aux demandes directes des clients.	Étude de marché d'intensité variable visant à comprendre la demande souvent latente.
Marketing et éducation	Généralement, pour un marché qui comprend déjà l'assurance, les brochures et les présentations de base sont suffisantes.	Recours, généralement, à des approches innovantes, telles que BD, « cours » de micro-assurance, jeu de rôle et, généralement, marketing mettant l'accent sur l'éducation du consommateur.
Développement des produits	La plupart des produits de base étant connus et bien compris, il est rare que des produits soient développés à partir de zéro ; même les nouveaux produits tendent à profiter d'une multitude de données sous-jacentes qui peuvent être utilisées pour la tarification et l'élaboration des polices.	Les produits étant généralement totalement nouveaux pour un marché et les données sous-jacentes rares, il est nécessaire de reformuler les produits, de procéder à des mises à l'essai et d'assurer un strict suivi, de façon à garantir leur succès.
Formation du personnel du canal de distribution	La vente directe est courante ; lorsqu'il est fait appel à des « détaillants » (généralement des agents ou courtiers agréés), très peu de formation est nécessaire.	Formation et supervision du personnel du canal de distribution généralement non agréé et inexpérimenté
Gestion administrative	Gestion de volumes peu importants à l'aide de systèmes traditionnels ; recueil d'informations approfondies pour chaque police.	Gestion de volumes importants concernant de toutes petites opérations ; recueil d'informations limitées pour chaque police.
Déclaration de sinistre	Suit un processus avec d'importants contrôles, généralement paiement lent des indemnités ; volumes limités.	Volumes importants d'opérations, nécessité de traiter et de payer rapidement les indemnités ; contrôles limites.
Traitement des espèces	Traditionnellement, gestion et agrégation des opérations en espèces entre l'assuré et l'assureur par le biais de la retenue salariale ou d'autres opérations simples appliquées par les sociétés commerciales.	Gestion de la collecte des primes et de l'indemnisation des sinistres accordée à des organisations qui peuvent exiger des transactions individuelles avec leurs clients et ne peuvent généralement pas agréger des transactions financières.

23.1.4 Intermédiaires conventionnels et micro-assurance

Malgré ces grandes différences qui existent entre l'intermédiation conventionnelle et l'intermédiation en micro-assurance, certains agents et courtiers traditionnels ont pénétré le marché des personnes à faible revenu. En fait, la Fédération internationale des intermédiaires d'assurance (WFII), qui représente les agents et les courtiers issus de plus de 100 associations nationales, s'était inquiétée que ceux qui défendent la micro-assurance veuillent la levée des restrictions pour permettre légalement aux agents non agréés de vendre des produits de micro-assurance, selon le document de politique publié en 2010 par la WFII sur la micro-assurance *(voir encadré 23.1).* La Fédération critiquait le manque de contrôle réglementaire sur les intermédiaires de micro-assurance et insistait sur l'importance d'un marché professionnel régulé. Ce document indiquait qu'il n'y a aucune raison de traiter la micro-assurance de manière différente de l'assurance.

Dans beaucoup de pays, cependant, lorsque les intermédiaires explorent un peu plus en profondeur le domaine de la micro-assurance, ils parviennent souvent à la conclusion qu'il n'y a aucune affaire à réaliser dans ce domaine. Les cas de réussite parmi les intermédiaires devenant plus fréquents, cette attitude générale risque maintenant de commencer à changer. Par exemple, comme cela est évoqué plus en détail dans la suite du chapitre, certaines branches locales de grandes sociétés commerciales de courtage, telles qu'Aon en Bolivie, ont manifesté un intérêt marqué pour la micro-assurance et identifié des rôles fonctionnels pour elles-mêmes. Le succès d'Aon en Bolivie suscite un plus grand intérêt pour la micro-assurance au niveau du groupe Aon tout entier.

Encadré 23.1

Position de WFII sur la micro-assurance

Le document de la Fédération internationale des intermédiaires d'assurance (WFII) invite les décideurs à prendre en considération les principaux sujets de préoccupation pour les membres de la Fédération :

« 1. Il existe sur certains marchés une confusion en ce qui concerne la différence entre la micro-assurance et le marketing de masse ou les produits d'assurance à primes compétitives.
2. La commercialisation de la micro-assurance se fait plus vite que la mise en place d'un système de régulation et de surveillance adéquat.
3. Là où la micro-assurance est régulée, les effets sur le marché de l'intermédiation et les principes de régulation de l'intermédiation sont souvent négligés ou ne sont pas suffisamment pris en compte. »

Pour régler ces questions, la Fédération internationale conclut que « ses principes actuels de régulation de l'intermédiation en assurance devraient s'appliquer également à la micro-assurance. Elle invite les superviseurs et les contrôleurs, quand il est question de régulation de la micro-assurance, à engager le dialogue avec les associations nationales des intermédiaires d'assurance dans leurs pays respectifs, afin de trouver des solutions adéquates. »

La Fédération encourage ses membres à « 1) promouvoir les principes WFII de régulation de l'intermédiation en assurance ; 2) participer au débat sur les propositions de régulation et de surveillance et sur la mise en place d'une régulation pour l'intermédiation en micro-assurance ; et 3) stimuler le développement de la micro-assurance en fournissant aux membres des informations et références pertinentes susceptibles de les encourager à participer à ce segment de marché. »

Source : WFII, 2010.

23.2 Intermédiaires de micro-assurance seulement

Pour réussir dans l'intermédiation en micro-assurance, les courtiers et les agents doivent être capables de combler l'écart entre les marchés à faible revenu et la communauté des assureurs. Comprendre le côté assurance ne devrait pas poser de problème à la plupart des intermédiaires agréés, même si identifier et évaluer les besoins des marchés à faible revenu est, de loin, une compétence qui s'acquiert et fait généralement défaut aux intermédiaires existants.

Afin de combler le vide créé par ce manque de connaissances, 3 organisations au moins ont été établies entre 2002 et 2007, axées spécifiquement sur l'intermédiation en micro-assurance : FMiA, MicroEnsure et PlaNet Guarantee. Cette partie donne un bref aperçu des 3 institutions, de leurs stratégies commerciales, de leurs similitudes et leurs différences. Elle se termine par un résumé des principales leçons apprises jusqu'à présent en ce qui concerne le modèle commercial des intermédiaires de micro-assurance indépendants.

23.2.1 Agence Aga Khan pour la microfinance (AKAM)

En 2005, le Réseau Aga Khan de développement (AKDN) a créé l'AKAM, une agence internationale pour le développement, à but non lucratif, de droit suisse, afin d'offrir des services de microfinance aux familles ayant de faibles revenus. Cela a donné lieu à la consolidation d'un certain nombre de petites initiatives locales AKDN de microcrédit et de micro-épargne, principalement basées au Moyen-Orient et en Asie.

Les activités de micro-assurance de l'AKAM ont démarré en 2006 avec le lancement de FMiA au Pakistan[2]. FMiA intervient en qualité d'agent d'assurance dédié au service des ménages à faible revenu pour New Jubilee Insurance Group, qui fait partie de la famille AKDN. Un traité de réassurance en stop loss a été conclu pour protéger l'assureur de la sinistralité négative initiale attendue, liée aux types de produits expérimentaux que FMiA désirait commercialiser. Un ensemble similaire de traités a été établi en République de Tanzanie en 2009, mais sans l'option stop loss. À la fin de 2010, FMiA réalisait des affaires de micro-assurance dans ces 2 pays, avec approximativement 400 000 personnes couvertes par un grand nombre de contrats de groupe.

Lors du lancement du programme, AKAM a reçu une subvention de 5,5 millions de $US de la Fondation Bill & Melinda Gates. Le plan d'exploitation prévoyait alors de couvrir 1,75 million de Pakistanais ayant de faibles revenus d'ici à 2010, d'atteindre le seuil de rentabilité en 3 ans et d'étendre les opérations dans 6 autres pays où le Réseau Aga Khan menait une activité significative.

[2] AKAM, actionnaire de FMiA Pakistan, a été rejointe par Acumen Fund, un fonds de capital-risque pour l'entrepreneuriat social basé aux USA.

L'activité d'intermédiation en micro-assurance de FMiA était conçue pour compléter les activités et institutions déjà existantes appartenant au Réseau Aga Khan de développement. Le Pakistan était incontestablement un pays prometteur pour lancer ces opérations, étant donné que plusieurs IMF, cliniques et hôpitaux ainsi qu'une compagnie d'assurance et une grande banque commerciale étaient déjà tous reliés à AKDN au Pakistan.

AKAM a mis en place une structure de micro-assurance dédiée au lieu de développer la micro-assurance au sein de New Jubilee, avec comme objectif d'apporter de nouvelles idées et une énergie qui pourraient, en cas de succès, faciliter une réplication de ce modèle commercial dans d'autres pays. Du point de vue de FMiA, la raison pour laquelle il existe un partenariat exclusif avec une seule compagnie d'assurance, au-delà de l'intégration des participations dans cette instance, s'explique par l'amélioration potentielle des synergies pour développer conjointement des produits complexes : produits d'assurance à primes plus élevées avec une valeur ajoutée pour le consommateur final supérieure aux produits d'assurance liés au crédit déjà présents sur le marché. La notion de coopération avec un seul groupe d'assurance semblait être un moyen prometteur permettant la réplication de la micro-assurance dans différents pays.

La perspective de présenter avec succès des produits d'assurance Maladie complets – un des objectifs clés de FMiA – semblait intéressante, étant donné la part de marché respectable que détient New Jubilee sur le marché de l'assurance Santé de groupe et l'expérience acquise par AKAM dans l'offre de services d'épargne et de microcrédit aux familles ayant de très faibles revenus. FMiA a démarré ses activités au Pakistan avec 2 produits, l'assurance Emprunteur et l'assurance Hospitalisation. Offrir une couverture Hospitalisation à travers un réseau affilié de centres de soins locaux promettait d'être profitable à tous les partenaires, puisque les cliniques fonctionnaient au-dessous de leur capacité.

En fait, le taux d'occupation des hôpitaux a considérablement augmenté. Cependant, les prestataires de services de santé ont refusé d'accorder des remises plus généreuses sur les prix des services, en contrepartie de l'augmentation du nombre des clients. Ces remises étaient nécessaires pour maintenir les taux de prime qui se sont révélés insuffisants pour couvrir les frais de FMiA et de Jubilee. Cette insuffisance était également liée à la prime fixée au départ trop bas pour une assurance Santé complète, une sérieuse anti-sélection, en particulier en ce qui concerne les prestations de maternité, et pour l'absence de protocoles chirurgicaux de jour peu coûteux dans les cliniques AKDN. Bref, ce qui paraissait être la meilleure base pour le lancement d'un nouveau service prometteur en direction des populations à faible revenu a rencontré, dans la pratique, des difficultés importantes. À la fin 2010, FMiA dégageait encore des pertes et avait besoin de fonds propres supplémentaires pour continuer à servir sa clientèle bien établie.

En 2009, AKAM/FMiA ont pénétré le marché tanzanien. Pour diverses raisons, les opérations n'ont jamais réellement décollé. Les négociations avec les prestataires de soins locaux n'ont pas abouti et les plus grandes IMF n'étaient pas intéressées ou bien étaient déjà liées à des prestataires d'assurance. Certains défis internes sont également apparus. Développer de nouveaux produits avec un partenaire d'assurance impliquait des procédures bureaucratiques lourdes. AKAM a été incapable de mettre en place un stop loss et les employés locaux ne faisaient preuve que d'un engagement et d'un dynamisme commercial limité. L'expérience des liens développés avec New Jubilee Life au Pakistan se s'est pas avérée être d'une grande utilité en République de Tanzanie. En outre, il a fallu près d'un an à FMiA Tanzanie pour obtenir une licence d'agent.

Face aux résultats limités et aux diverses difficultés rencontrées, il a été décidé, lors d'un examen stratégique approfondi de toutes les opérations d'AKAM, de fusionner les opérations au Pakistan de FMiA et sa base de clientèle au sein de New Jubilee. Cette mesure a été considérée comme coûtant moins cher qu'une recapitalisation de FMiA comme intermédiaire indépendant. L'intégration de FMiA dans New Jubilee et l'installation d'un service de micro-assurance ont débuté en mai 2011. FMiA Tanzanie a été fermée et les quelques activités de micro-assurance dans ce pays ont été progressivement supprimées. L'expérience AKAM/FMiA a livré de nombreux précieux renseignements, mais met aussi en lumière les difficultés rencontrées sur le terrain par un intermédiaire de micro-assurance s'efforçant de créer une entreprise durable, en particulier en introduisant des produits de micro-assurance à forte valeur ajoutée ayant un impact social important sur le marché.

23.2.2 MicroEnsure

Opportunity International, un organisme de soutien à la microfinance à but non lucratif, a commencé à jeter les bases pour développer des opérations de micro-assurance en 2002. Trois ans plus tard, il crée un intermédiaire de micro-assurance spécialisé qui a vendu sa première police d'assurance au début 2006. La raison pour laquelle un intermédiaire de micro-assurance indépendant et spécialisé a été créé était de mieux servir les clients de la microfinance d'Opportunity International, de favoriser l'innovation et d'atteindre une échelle plus large. Appelée au départ Micro Insurance Agency, cette compagnie opère depuis 2009 sous le nom de MicroEnsure. En 2007, la Fondation Bill & Melinda Gates a accordé à Opportunity International une subvention de 24,2 millions de $US en partant de l'hypothèse que la plateforme MicroEnsure serait à l'origine d'une expansion géographique rapide et développerait de nouveaux produits, entraînant ainsi une augmentation massive du nombre des clients en micro-assurance. Dans son communiqué de presse annonçant le don, Opportunity International indiquait que

cela permettrait à sa filiale d'étendre ses services dans 11 nouveaux pays et d'assurer 21 millions de pauvres d'ici à 2012.

À la fin de 2010, MicroEnsure disposait de filiales de micro-assurance actives dans 5 pays : au Ghana, en Inde, au Kenya, aux Philippines et en Tanzanie, couvrant 2,1 millions de clients finaux (dont la moitié aux Philippines). Sur le plan légal, MicroEnsure est enregistré comme société de courtage d'assurance dans 4 de ces pays et comme agence dans le cinquième. Dans chacun de ces pays, MicroEnsure travaille au moins avec 2 compagnies d'assurance. En outre, MicroEnsure a commencé à expérimenter un modèle de franchise[3] au Mozambique et au Rwanda, qui permet à la compagnie de réaliser des affaires dans ces pays en évitant un grand nombre de difficultés liées à la procédure d'enregistrement légal.

MicroEnsure entretient des relations d'affaires privilégiées avec Hollard Insurance (Afrique du Sud) qui lui offre une possibilité d'opérer comme une captive en cellules. Cet arrangement permet à MicroEnsure d'utiliser la licence d'assurance d'Hollard et de souscrire certaines catégories d'assurance dans les livres d'Hollard sans avoir à solliciter de nouvelles capacités ni à engager lui-même du capital pour la couverture des risques. Hollard profite d'une augmentation du volume d'assurance et MicroEnsure encaisse une part de 50 % sur les bénéfices de souscription.

En outre, Hollard joue parfois le rôle de réassureur, ce qui rend le modèle de franchise attractif. MicroEnsure travaille au niveau local avec des assureurs enregistrés qui servent de compagnies de fronting canalisant les affaires générées par MicroEnsure dans les livres d'Hollard et gardant entièrement le contrôle des données (de souscription et de sinistres). Aux termes de cet arrangement, MicroEnsure reçoit une commission pour son travail et une part des bénéfices de souscription.

Bien qu'il opère dans la plupart des cas dans le cadre légal du courtage, MicroEnsure fait beaucoup plus qu'un courtier d'assurance traditionnel. Il travaille activement à la création de marchés – renforcement de la capacité des partenaires de distribution, développement de produits, souscription, gestion des demandes d'indemnisation et éducation du marché. Par conséquent, un tiers considérant la gamme des services offerts par MicroEnsure parviendrait vite à la conclusion qu'il agit davantage comme un assureur, sans être exposé aux pertes techniques.

MicroEnsure a démarré avec des produits standard d'assurance Emprunteur pour les IMF, puis s'est tourné vers des produits plus complexes, sans se limiter aux IMF comme canaux de distribution. Les changements sont nés à la fois

[3] Dans ce cas, le modèle de franchise reflète l'utilisation de systèmes et de processus par des sociétés locales sans nécessiter une gestion directe de la part de MicroEnsure.

d'une conviction sociale de l'organisation (due en partie au statut sans but lucratif) et d'un besoin commercial. La direction de MicroEnsure estime que la valeur pour les clients est beaucoup plus élevée dans des produits, comme l'assurance Santé ou l'assurance Récoltes, et réalise en même temps que la micro-assurance Emprunteur devient très vite un produit de commodité qui va finir par évincer les courtiers, à moins que ceux-ci n'ajoutent une valeur ajoutée à l'établissement, au traitement et à la gestion de ces polices.

MicroEnsure a été impliqué dans le développement de l'assurance basée sur des indices *(voir chapitre 11),* mais l'expérience lui a appris que ce type d'assurance pose de nombreux problèmes aux courtiers. Le développement de produits non seulement coûte cher et demande du temps, mais atteindre une échelle suffisante s'est avéré aussi difficile. Les 3 facteurs combinés – la conception de produits complexes, des niveaux de primes comparativement élevés et une protection incomplète – ont constitué une entrave à la souscription. Ces réalités ont incité MicroEnsure à passer du développement de produits d'assurance indexés comme investissement initial à un modèle pour lequel il offre son expertise en tant que société de conseil pour les autres produits indexés en développement. Bien que cette démarche améliore nettement la situation financière de MicroEnsure, elle ne résout pas les problèmes pratiques auxquels le produit est confronté sur le terrain.

En seulement quelques années de fonctionnement, MicroEnsure a été confrontée à plusieurs défis qui l'ont conduite à des changements radicaux de stratégie. Par exemple, les produits de micro-assurance Emprunteur ont été trop facilement copiés et administrés, ce qui les a rendus inappropriés comme base économique sur laquelle bâtir l'activité. Certains ajustements ont inclus une réévaluation des programmes des pays. En Ouganda, par exemple, une relation non fonctionnelle avec une compagnie d'assurance a abouti à l'abandon de l'ensemble du marché car l'atteinte à la réputation subie là-bas était irréparable.

Sans aucun doute, MicroEnsure a contribué de manière significative au progrès fait dans le domaine de plusieurs façons, tout en faisant la démonstration de ce qui devrait être fait en micro-assurance. Toutefois, les aspects financiers de courtage de micro-assurance ont conduit à rechercher d'autres sources de revenu pour couvrir les coûts de développement et les coûts d'exploitation permanents, ainsi que pour mettre en œuvre une révision drastique des plans et stratégies. Alors que la croissance du nombre de polices s'est améliorée en 2011, principalement en raison des couvertures via la téléphonie mobile *(voir encadré 24.7),* la croissance globale a été bien en deçà des attentes qui étaient clairement optimistes.

En ce qui concerne l'avenir proche, MicroEnsure se concentre sur le développement de la précieuse micro-assurance de santé financièrement viable, tout en développant les ventes de micro-assurance via les réseaux de téléphonie mobile.

Comme les produits d'assurance Emprunteur ne génèrent pas un cash-flow et une rentabilité substantiels, l'assurance par téléphonie mobile a le potentiel pour jouer ce rôle. Avec un fort générateur de profit, MicroEnsure peut se concentrer davantage sur des produits qui pourraient offrir une meilleure valeur pour les clients, mais qui ont besoin de plus de temps pour atteindre le succès.

23.2.3 PlaNet Guarantee

En 2007, l'organisation de microfinance française PlaNet Finance a ajouté un courtier spécialisé en micro-assurance à ses diverses activités de microfinance. L'organisation, PlaNet Guarantee, a développé des projets de micro-assurance en collaboration avec les IMF affiliées au groupe PlaNet Finance. L'entreprise n'a d'abord proposé que des produits de micro-assurance Emprunteur, mais a développé depuis une gamme d'autres produits.

Créée à l'origine en tant que filiale à 100 % avec des liens stratégiques avec le secteur européen de la réassurance, PlaNet Guarantee a progressivement ouvert son capital à 4 actionnaires stratégiques, qui maintenant détiennent chacun 23,6 % de la société : BNP Paribas Assurance, Hannover Re, Malakoff Médéric et Finaréa. Depuis ce changement de propriétaire, PlaNet Finance ne détient désormais qu'une part minoritaire dans la société de courtage.

Fin 2010, PlaNet Guarantee avait une importante activité de courtage de micro-assurance avec 24 IMF dans 12 pays.[4] Cependant, il est à noter que le Sénégal représente à lui seul 7 IMF partenaires. Fin 2010, PlaNet Guarantee couvrait environ 240 000 personnes en grande partie avec des produits de micro-assurance Emprunteur.

D'autres activités incluent la création d'un système de mutuelles de santé au Bénin et à Madagascar, le développement de la couverture d'assurance Santé complémentaire pour les personnes à faible revenu dans les banlieues françaises et de plus en plus, les activités de courtage de réassurance, principalement en Inde. En outre, PlaNet Guarantee a créé un département de recherche, qui mène régulièrement des études en matière de micro-assurance.

Jusqu'à présent, PlaNet Guarantee a eu du mal à couvrir ses coûts primaires de courtage de micro-assurance par le biais des commissions afférentes. Le seuil de rentabilité de l'intermédiaire dans ce secteur d'activité est estimé à 2 millions de clients à faible revenu dans la seule assurance Emprunteur. Pourtant, ses principales activités sont rendues possibles principalement par son fonds d'investissement en actions et ses contrats de recherche ad hoc, ainsi que le courtage de

[4] Burkina Faso, Colombie, Côte d'Ivoire, Égypte, Gabon, Guatemala, Madagascar, Mali, Mexique, Sénégal, Sri Lanka et les territoires sous autorité palestinienne.

micro-réassurance. En 2010, cette dernière activité a généré environ 4 fois plus de revenus que les opérations de courtage directes de la société.

Au début, la stratégie de PlaNet Guarantee a été de se développer rapidement dans de nombreux pays. Elle cherchait à renforcer son image d'entreprise socialement orientée offrant des produits et des idées innovantes aux marchés sous-développés. Dans le même temps, le maintien d'un réseau étendu d'opérations dans les pays a requis des investissements importants. Dans de nombreux cas, PlaNet Guarantee n'était pas en mesure de répondre aux exigences en capital de chaque pays.

En termes de produits, PlaNet Guarantee se concentrera sur 3 catégories: l'assurance Récoltes, l'assurance Crédit et l'assurance Maladie. Avec le soutien de Global Index Insurance Facility (GIIF) de l'International Finance Corporation, PlaNet Guarantee est capable d'innover en mettant en place la première plateforme régionale de gestion dédiée à l'assurance indexée en Afrique de l'Ouest. Le projet est basé au Sénégal avec des filiales satellites dans plusieurs autres pays, dont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali.

23.2.4 Comparaison et conclusion

Comparer les 3 exemples d'intermédiaires de micro-assurance spécialisés décrits ci-dessus peut sembler un peu injuste, car tous les 3 ont commencé dans des initiales très différentes. Cependant, du point de vue du marché mondial de la micro-assurance, il se dégage de cette comparaison des observations importantes. Alors que de généreuses subventions (MicroEnsure et AKAM) ou des investissements à vocation sociale (PlaNet Guarantee) ont permis aux 3 sociétés de mettre en place de grands projets, aucune d'elles n'a jusqu'ici construit une base commerciale solide pour l'intermédiation de micro-assurance primaire directe à partir de laquelle elles pourraient fonctionner sur le long terme. Bien qu'il soit devenu évident qu'il faut plus de temps pour atteindre le seuil de rentabilité en micro-assurance que pour les opérations d'assurance traditionnelle, la preuve limitée remet jusqu'ici en question la viabilité à long terme des modèles de courtage primaires actuels. Sur les 3 sociétés :

- une a abandonné son modèle d'agent externe, fondant ces opérations dans la compagnie d'assurance et mettant fin au soutien apporté par le siège international ;
- une autre a dû apporter des changements importants à son modèle d'activité à 2 reprises en 3 ans, et
- la troisième ne voit pas de rentabilité autrement que par des subventions croisées à partir de ses résultats de courtage de micro-réassurance.

Pour les 2 sociétés ayant le soutien important de donateurs, l'impatience et la survente initiale de perspectives commerciales ou des attentes irréalistes peuvent avoir contribué à ces résultats qui donnent à réfléchir et déclenché une dérive partielle de la mission dans leur quête de rendements financiers plus rapides. Il est évident qu'atteindre le seuil de rentabilité en matière de micro-assurance prend du temps mais, pour les intermédiaires, combien de temps il faudra ou dans quelle configuration institutionnelle cela se fera est encore loin d'être évident.

Les 3 organisations ont également suivi différentes stratégies géographiques et de lignes de produits dans la phase de démarrage, allant de la focalisation sur 1 ou 2 pays avec un produit assez complexe (FMiA) jusqu'au travail dans plus de 6 pays avec un mélange de polices d'assurance Emprunteur simples et standards et d'autres produits plus complexes (MicroEnsure), en passant par le travail dans plus de 10 pays principalement avec l'assurance Emprunteur et l'intention d'ajouter des produits de plus grande valeur à l'avenir (PlaNet Guarantee). En termes de nombre de clients couverts, MicroEnsure semble avoir atteint les meilleurs résultats. Dans le même temps, par rapport aux autres, elle a également le soutien de donateurs généreux ainsi que des liens institutionnels avec le plus grand réseau de micro-finance. Cependant, aucune de ces organisations n'a donné de résultats probants permettant d'établir un scénario d'activité pour l'intermédiation en micro-assurance.

Ces organisations n'ont pas encore réussi à démontrer que l'intermédiation en micro-assurance est suffisamment payante pour maintenir une société spécialisée dans ce domaine. Il n'est toujours pas certain qu'il y ait suffisamment d'argent dans l'administration de la micro-assurance pour que ces sociétés soient commercialement viables tout en offrant un service de haute qualité et à faible coût. L'histoire de l'intermédiation en micro-assurance est encore jeune, et il est donc prématuré de tirer des conclusions définitives. Au fil du temps, ces institutions devraient nous aider à mieux comprendre ce qui est nécessaire pour construire une activité rentable à partir du courtage de micro-assurance.

23.3 Intermédiaires traditionnels ayant des activités de micro-assurance

Les courtiers commerciaux ont normalement des activités de faible envergure et n'ont pas la capacité de faire en sorte que la micro-assurance devienne rentable, surtout en raison des exigences supplémentaires en matière de tenue de marché, mais les choses sont peut-être en train de changer. Comme cela a été décrit ci-dessous, quelques courtiers d'assurance et de réassurance classiques ont testé le domaine de la micro-assurance et ont commencé à se faire un nom.

23.3.1 Aon Bolivia

En 2008, Aon Bolivie a commencé à s'impliquer dans l'intermédiation de micro-assurance. Cela est venu de la conviction qu'il y avait une opportunité commerciale qui reposait sur la certitude que sans intermédiaire le marché de la micro-assurance en Bolivie n'arriverait pas vraiment à décoller (Contreras, 2009). L'approche de Aon Bolivie en matière de micro-assurance est typique d'un teneur de marché ; il a fait l'essentiel du travail de développement de produits et a identifié les canaux de distribution disposés à fournir un accès à leurs bases de clients et un assureur prêt à accepter la couverture du risque. Aon Bolivie reste également fortement impliqué dans les opérations au jour le jour, de la vente à la collecte de primes, en passant par le traitement des sinistres. Souvent l'assureur autorise Aon à traiter les sinistres en son nom. Dans de nombreux cas, un employé de Aon Bolivie est placé physiquement dans l'IMF partenaire pour faire tout le travail d'interface avec le client.

Aon Bolivie a commencé avec les polices liées au crédit, puis est passé aux polices d'assurance mixtes et est actuellement en train de lancer un produit d'assurance Santé ciblant les clients de sexe féminin d'une IMF. Au cours du dernier trimestre de l'année 2010, Aon Bolivie a travaillé avec 9 IMF pour la distribution, couvrant 390 000 personnes et générant 170 000 $US de primes brutes (ou une prime mensuelle moyenne de 0,14 $US par police). Les polices obligatoires de type assurance Emprunteur et les polices facultatives liées au crédit (y compris les produits complémentaires et mixtes obligatoires) représentent chacune 45 % du portefeuille et les polices d'assurance Santé non liées au crédit sont équivalentes à environ 10 %. Fait intéressant, ce nouveau produit d'assurance Maladie n'est pas proposé par une compagnie d'assurance, mais directement par un réseau de dispensaires et d'hôpitaux. La prime est d'environ 10 $US par mois et par famille.

Le ratio de perte cumulée de l'activité de micro-assurance d'Aon Bolivie au cours des 3 dernières années s'élève à 46 % et la commission des IMF en tant que canal de distribution est de 20 %. En Bolivie, l'entrée d'Aon sur le marché de la micro-assurance n'a pas encore entraîné une diminution significative des taux de cotisation pour les clients finaux. Toutefois, le marché bénéficie d'un choix accru de produits et de normes de service sans doute plus élevées. Selon Aon Bolivie, la

question de l'évaluation de la proposition de valeur d'un intermédiaire est déplacée, surtout lorsque l'intermédiaire est impliqué dans une démarche de tenue de marché nouvelle et innovante. Le problème plus large qui est en jeu est de savoir si l'intermédiaire a participé de quelque façon que ce soit au développement d'un marché de la micro-assurance, et non de savoir si un marché est plus efficace grâce à l'intervention d'un intermédiaire. Par conséquent, la valeur de l'intermédiaire réside dans sa capacité à créer un marché par le biais de l'innovation, et à changer la mentalité des assureurs pour qu'ils traitent la micro-assurance comme une activité autonome qui a ses propres caractéristiques uniques plutôt que comme une simple extension de l'assurance traditionnelle.

23.3.2 Marsh India

Dans la même veine, Marsh India a développé une présence et un portefeuille d'activité de micro-assurance importants en agissant comme un teneur de marché. À ce titre, Marsh India est en mesure de proposer aux 2 compagnies d'assurance, qui sont désireuses de tirer parti de l'activité de micro-assurance, et aux canaux de distribution, qui n'ont souvent pas les ressources humaines ou la capacité financière pour mettre en œuvre de nouveaux programmes, des services qui leur permettent de démarrer ou d'étendre leurs activités de micro-assurance. En particulier, Marsh India a mis au point un modèle d'activité proposant des services de consultation et de conseil en appui de la gestion et de la mise en œuvre de nombreux programmes de micro-assurance Santé parrainés par le gouvernement, qui prolifèrent en Inde, tels que RSBY *(voir chapitre 20).*

Dans le cas de RSBY, le rôle de Marsh India est varié, mais commence au cours du processus d'appel d'offres périodique pour chaque État ou district. Marsh India travaillera en partenariat avec des assureurs sélectionnés intéressés par une proposition d'appel d'offres RSBY et agira à titre consultatif. En supposant que l'assureur soit sélectionné comme support au programme faisant l'objet d'un appel d'offre, Marsh India agira alors en tant qu'intermédiaire et conseillera la compagnie d'assurance sur la gestion et la mise en œuvre du programme, y compris la souscription des contrats par les preneurs d'assurance, la sélection du gestionnaire de sinistres, l'audit et l'évaluation des performances du projet, et l'achat de réassurance le cas échéant. Dans l'accomplissement de la dernière tâche, Marsh India, conjointement avec sa société jumelle Guy Carpenter, a développé un marché de la réassurance en vue de soutenir de tels projets. Dans certains cas, Marsh India a travaillé avec ses clients et réassureurs pour arriver à un prix répondant à un appel d'offres, et en cas de réussite de la société, le réassureur offrirait une protection en quote-part pouvant aller jusqu'à 70 %.

À ce jour, Marsh India travaille avec 7 programmes gouvernementaux représentant plus de 85 millions d'assurés. En outre, Marsh India travaille avec des

assureurs et canaux de distribution partenaires dans le pays sur le développement de quelques programmes de micro-assurance du secteur privé, qui couvrent une grande variété de produits tels que l'assurance agricole, l'assurance sur les catastrophes naturelles et l'assurance Vie.

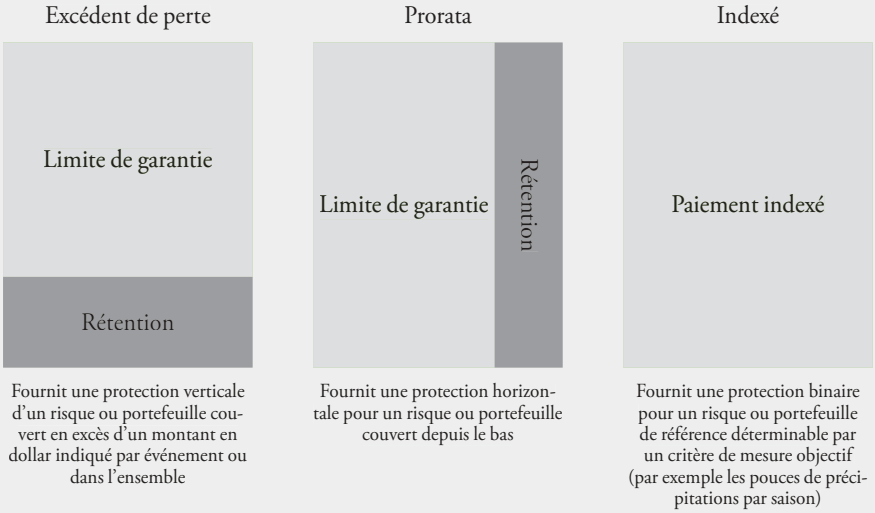
23.3.3 Courtiers en réassurance et en micro-assurance

La réassurance, l'assurance des compagnies d'assurance, implique le transfert de risque des assureurs, ou des cédants, aux réassureurs, qui sont un type spécialisé de compagnie d'assurance mis en place pour assurer et protéger les portefeuilles des assureurs. Les transactions de réassurance peuvent prendre de nombreuses formes, y compris l'excédent de sinistres, le prorata et la base indexée *(voir figure 23.3),* mais elles sont généralement utilisées par les cédantes pour obtenir l'un des avantages financiers et non-financiers fondamentaux suivants : allègement de capital, capacité cumulée ou large gamme, stabilité des résultats, protection contre les catastrophes ou accès à l'expertise. Dans le contexte des marchés des personnse à faible revenu, les micro-assureurs ont tendance à rechercher le soutien de la micro-réassurance pour améliorer l'expertise d'assurance en interne (Garand et Wipf, 2006), pour renforcer la tolérance limitée des risques ou le capital, pour gérer le risque covariant ou pour minimiser le risque de tarification des nouveaux produits.

De même que pour l'activité traditionnelle, un micro-assureur peut faire appel à un courtier pour structurer une transaction de réassurance et combler efficacement l'écart des connaissances entre les assureurs et les réassureurs. Un tel intermédiaire, Guy Carpenter, a mis en place une unité spéciale en 2008, GC Micro Risk Solutions, pour faciliter le transfert de différents types de risques de micro-assurance au marché international de la réassurance sur une base commerciale. Les transactions de micro-réassurance commerciales de l'unité incluent à ce jour l'« aggregate stop-loss » (un type de couverture en excédent de sinistres) et la quote-part (une forme de réassurance proportionnelle) pour plusieurs coassureurs impliqués dans un vaste programme de maladies graves parrainé par le gouvernement en Inde, une assurance Vie en quote-part pour un jeune micro-assureur en Afrique du Sud et un programme d'assurance Catastrophes indexée bénéficiant en fin de compte à une IMF basée en Haïti *(voir encadré 4.5).*

Figure 23.3

Différentes structures de couverture de réassurance



Tout comme les intermédiaires primaires, Guy Carpenter se voit souvent obligé de développer un marché. Cela signifie soutenir des projets de micro-assurance avant qu'ils ne puissent être réassurés par des services de développement de produits, ou mettre en place des partenariats avec les assureurs directs. GC Micro Risk Solutions estime que les canaux de distribution, définis au sens large comme toute organisation ayant une relation financière réelle ou potentielle avec les pauvres, seront de plus en plus obligés de recourir à de tels services s'ils doivent passer à des gammes plus complexes et plus risquées de micro-assurance comme l'agriculture, la santé et les biens. En même temps, de nombreux assureurs directs atteindront rapidement leurs limites en ce qui concerne le savoir-faire en matière de produits et la gestion des risques, rendant l'accès au capital de réassurance et à l'expertise de plus en plus important pour l'expansion.

D'autre part, le rôle de la réassurance sur le marché de la micro-assurance va sans doute changer dans le temps. À court terme, la réassurance peut avoir une attrait relativement large puisque le risque associé à l'activité de micro-assurance reste trop grand à supporter pour de nombreux assureurs directs locaux ou inexpérimentés. Cependant, à mesure que le marché vient à maturité, les assureurs primaires deviendront de plus en plus expérimentés et à l'aise avec le risque de micro-assurance. Lorsque cela sera le cas, la distinction entre micro-assurance et assurance traditionnelle commencera à s'estomper comme une conséquence naturelle du développement économique. Bien que le calendrier de ce processus de maturation soit actuellement peu clair, il est certain que le moment est venu pour les entreprises de réassurance d'affirmer et de maintenir la valeur dans le développement de la micro-assurance.

Il y a peu de preuves jusqu'ici qui suggèrent qu'il est possible de facturer des commissions pour l'intermédiation de la protection de réassurance pour des projets de micro-assurance qui sont suffisamment élevés pour être considérés comme la base d'une activité commerciale, même si l'on ne sait pas si Guy Carpenter a déjà atteint le seuil de rentabilité. Cette question devient plus intéressante lorsque l'on considère que la majeure partie des primes de micro-réassurance négociées par Guy Carpenter proviennent du programme d'assurance Santé pour les pauvres parrainé par le gouvernement indien, qui est aussi l'opération la plus importante pour PlaNet Guarantee. En bref, le nombre d'opérations commerciales de micro-réassurance est actuellement limité.

La proposition de valeur d'un intermédiaire de micro-réassurance, tout comme celle d'un intermédiaire de micro-assurance, ne peut pas être mesurée avec précision mais seulement par des gains d'efficacité, car un marché de micro-réassurance direct doit maintenant développer une base adéquate pour la comparaison. Il faut avoir une vision plus large. Il est important de considérer quelles sont les contributions qu'un intermédiaire en réassurance seul peut fournir mieux que d'autres teneurs du marché œuvrant pour développer des innovations dans le domaine.

23.4 La valeur de l'intermédiation en micro-assurance

On doit aborder la question de la valeur de l'intermédiation en assurance à la fois du point de vue du client et du point de vue de l'assureur, en tenant compte du niveau de développement des marchés et de la raison pour laquelle l'intermédiaire a été créé. Cependant, pendant la phase de développement du marché, la plupart de ces considérations sont largement théoriques car il y a trop peu d'informations et peu de marchés comparables, ce qui limite les possibilités d'analyse statistique.

Sur les marchés traditionnels de l'assurance, la majeure partie de la valeur créée par l'intermédiation concerne les services de mise en relation, qui consistent à trouver le meilleur produit d'assurance existant pour répondre aux besoins d'un client. La proposition de valeur de l'intermédiaire est la connaissance du marché et l'efficacité à trouver le bon produit, mais les intermédiaires peuvent aussi fournir de la valeur en conseillant le client sur les stratégies de gestion des risques et en poussant les assureurs à innover là où ils détectent une demande non satisfaite des clients. La neutralité de l'intermédiaire est importante, surtout pour le client, car la neutralité permet aux clients de faire la meilleure opération. Cependant, une neutralité complète est difficile à obtenir parce que les intermédiaires sont souvent payés par des commissions sur les primes négociées. Du point de vue du client, la valeur tend à être plus élevée lorsque le marché intermédiaire est concurrentiel. D'autre part, les assureurs bénéficient du

fait que les intermédiaires leur apportent de nouveaux clients ; les intermédiaires filtrent les clients et ne présentent que ceux auxquels l'assureur trouve intéressant d'offrir un produit. Ce procédé est certainement moins coûteux pour les assureurs que de contacter et filtrer de nouveaux clients directement. Du point de vue du développement du marché, les intermédiaires peuvent accroître l'efficacité dans un environnement de marché développé et concurrentiel, compiler et publier des données, et offrir une « deuxième opinion » sur des questions telles que la modélisation des risques naturels.

Contrairement au marché traditionnel de l'assurance, en micro-assurance la plupart des marchés ne sont pas assez développés pour permettre des services de mise en relation purs. Au lieu de cela, les intermédiaires doivent créer un marché. La tenue de marché nécessite un ensemble de compétences différentes de ce qui est requis par les intermédiaires traditionnels et la proposition de valeur est également nettement différente pour la micro-assurance. La réponse à la question de la valeur du point de vue du client en micro-assurance doit être nuancée, les clients doivent souvent faire l'apprentissage de la micro-assurance avant d'envisager l'achat d'un tel produit. Une fois que la demande est générée, contrairement aux marchés traditionnels de l'assurance, les clients ne trouveront pas nécessairement un large choix de produits. En conséquence, la valeur de l'activité d'intermédiaire de micro-assurance, du point de vue des clients, réside dans l'élaboration d'un marché formel qui répond à leurs besoins. Il n'est pas question ici d'identification du meilleur produit et de réduction des coûts globaux comme cela est fait par les intermédiaires traditionnels. Sur les marchés de la micro-assurance plus développés, les intermédiaires peuvent offrir une combinaison de services de tenue de marché et de mise en relation qui inclut des gains d'efficacité grâce à des économies d'échelle sur le plan administratif, et mène à l'innovation en exploitant leurs relations multiples avec les grandes compagnies d'assurance et en accroissant la concurrence entre les assureurs.

Du point de vue de l'assureur, l'intermédiaire en micro-assurance peut fournir de précieuses informations sur un marché potentiel. Ces informations indiquent la taille du marché, la structure de la demande et la typologie des clients, les données spécifiques sur les risques et la meilleure façon d'atteindre les clients. Par exemple, Weather Risk Management Services (WRMS), un courtier exclusif en assurance contre les intempéries, ont aidé à lancer le marché de l'assurance indexée en Inde, non seulement en facilitant les contrats entre les assureurs et les canaux de distribution, mais également en numérisant des données provenant de stations météorologiques non automatisées et en développant les modèles de risques nécessaires à la conception du produit *(voir chapitre 20).* Un intermédiaire en micro-assurance peut aussi offrir divers services de clientèle (front-office) et administratifs (back-office), puisque de nombreuses compagnies

d'assurance n'ont pas la capacité technique de traiter de gros volumes supplémentaires de produits à faible marge.

Les informations sur le marché collectées par les intermédiaires et leurs diverses ressources de transfert de risques peuvent être extrêmement utiles aux représentants des micro-assureurs. Parmi les intermédiaires considérés dans le présent chapitre, MicroEnsure et PlaNet Guarantee ont tous les 2 amassé des ensembles de données exclusives et publiques et ont généré des informations fondées sur ceux-ci, importantes pour le secteur d'activité ici considéré.

La vision du développement du marché peut être la perspective la plus importante dans l'intermédiation de micro-assurance ; créer de la demande et de l'offre, stimuler l'innovation de toutes parts et mettre en place des structures de services efficaces sont extrêmement importants pour le développement du marché *(voir encadré 23.2).* Les intermédiaires en micro-assurance jouent un rôle unique dans l'accomplissement de ces tâches, car les intermédiaires connaissent les besoins spécifiques et les exigences du marché des personnes à faible revenu ainsi que le fonctionnement des sociétés d'assurance commerciales. Le développement des marchés est une nécessité pour les intermédiaires, car il leur permet d'établir leur propre base économique.

Encadré 23.2

Les intermédiaires en tant que teneurs de marché : MicroEnsure aux Philippines

Les Philippines ont connu des améliorations spectaculaires dans leur approche de la micro-assurance résultant d'un effort majeur coordonné entre les agences gouvernementales, les donateurs, certains assureurs du secteur privé et leurs associations, les sociétés mutualistes (MBA), et les canaux de distribution tels que l'association des banquiers ruraux. Cet effort a conduit à un changement de paradigme qui est toujours en cours. En tant qu'intermédiaire facilitant les relations entre les IMF et les assureurs sur ce marché, MicroEnsure a joué un rôle utile pour repousser les frontières et promouvoir la micro-assurance de qualité et bon marché.

Se basant initialement sur ses relations avec une grande IMF, MicroEnsure a trouvé le succès financier aux Philippines, jusqu'ici son pays phare en matière opérationnelle. Cela est dû au fait que MicroEnsure a offert aux assureurs locaux des services d'appui pour administrer les polices au sein de leurs bases de clients existantes. En s'appuyant sur une base de clients initiale d'environ 240 000 personnes couvertes, ainsi que sur des exemples positifs, les opérations se sont rapidement développées. Fin 2010, MicroEnsure Philippines avait travaillé avec plus de 20 IMF, au service de plus d'un million de clients.

Dans sa première phase de mise sur le marché, de nouveaux partenariats avec les IMF sont venus s'ajouter. Au fil du temps la vente croisée de produits différents à des clients existants a gagné en importance. Ces 2 facteurs peuvent commencer à s'essouffler, de sorte que la croissance future ne sera possible que si MicroEnsure peut exploiter de nouveaux canaux de distribution en dehors des IMF.

L'approche de MicroEnsure impliquant des produits simples, des exigences faciles en matière de souscription, des avantages induits par la demande moyennant des primes équitables, et des règlements de sinistres simples a servi d'exemple fort et permis de renforcer les efforts des autres. Malgré son succès, MicroEnsure fait face à des défis imposés par les MBA et certains assureurs dans leurs efforts pour améliorer leur proposition de valeur en offrant un service plus simple, plus efficace et plus rapide au marché à faible revenu. Le risque d'érosion des parts de marché pour MicroEnsure montre que, même si celle-ci a contribué à l'amélioration du marché de la micro-assurance aux Philippines, le marché évolue rapidement et qu'un courtier peut facilement perdre son avantage concurrentiel.

En avançant, si les intermédiaires sont couronnés de succès avec leurs activités de tenue de marché, la proposition de valeur est susceptible de changer. Si les intermédiaires en micro-assurance continuent à jouer un rôle, ils devront aborder 3 défis pour faire coïncider les intérêts des courtiers et ceux des clients :

1) **Accroître la réussite :** L'absence de concurrence directe dans l'arène des intermédiaires primaires signifie que les clients ne peuvent pas être en mesure de faire des choix plus éclairés et autonomes au moment de décider entre les différents prestataires de services en matière de gestion des risques. Toutefois, étant donné le nombre limité d'acteurs sur la plupart des marchés actuels, il pourrait être difficile pour un deuxième intermédiaire d'entrer sur le marché et de se livrer à une concurrence frontale avec un intermédiaire établi. En cas de succès, l'intermédiaire en place aura déjà établi des relations avec la plupart des partenaires à fort potentiel en matière de distribution, limitant ainsi pour le deuxième intermédiaire les options en ce qui concerne les partenaires de distribution. L'incursion des courtiers classiques dans la micro-assurance peut stimuler cette concurrence si les expériences de Aon Bolivia et Marsh India sont reproductibles.
2) **Verrouillage des canaux de distribution :** En plus de faire le lien entre les canaux de distribution et les prestataires en assurance, les intermédiaires en micro-assurance offrent également des services de gestion de portefeuille. Dans la plupart des cas où un intermédiaire gère le portefeuille, les clients ne sont pas vraiment libres de choisir ces services parce qu'ils sont généralement livrés avec la gestion globale des risques tel un ensemble, vendu comme partie intégrante de la proposition de valeur totale. Avec les solutions logicielles spécialisées et les coûts-

avantages provenant des économies d'échelle et d'un modèle d'activité axée sur la production rationalisée, les intermédiaires en micro-assurance doivent être en mesure de gérer le portefeuille de façon beaucoup plus rentable que les assureurs. Cela est pratique pour toutes les parties concernées, d'autant plus que de nombreux intervenants en micro-assurance sont en prise avec la sélection et la mise en œuvre de solutions logicielles efficaces.

Cependant, l'inconvénient éventuel est le challenge potentiel que représente la migration du portefeuille vers un intermédiaire concurrent ou son passage direct à une date ultérieure. Cela est vrai aussi bien pour les canaux de distribution que pour les micro-assureurs. Pour les 2, la question cruciale est de savoir s'ils veulent investir dans leurs propres activités de micro-assurance, en développant le savoir-faire et l'expertise en interne, et animer finalement le marché eux-mêmes, ou s'ils veulent s'appuyer sur un tiers pour faire la plupart du travail. Pour ceux qui veulent tâter le terrain et prendre des décisions à long terme plus tard, travailler par le biais d'un intermédiaire est souvent une bonne idée. Cependant, les canaux de distribution et les micro-assureurs doivent s'assurer qu'ils ont encore de la marge de manœuvre pour prendre des décisions stratégiques plus tard, y compris transférer l'activité à un autre opérateur ou prestataire de services.

3) **Aucune incitation pour réduire les primes :** D'une manière générale, la proposition de valeur de l'intermédiaire en micro-assurance est triple : en premier lieu, collecter des renseignements sur le marché et informer les clients potentiels sur la valeur de transfert de risque ; en deuxième lieu, stimuler l'innovation via la communication, l'éducation et la négociation avec les compagnies d'assurance et, en troisième lieu, administrer les portefeuilles de manière efficace. Les 2 premiers services sont particulièrement intéressants pour les nouveaux entrants sur le marché de la micro-assurance, en particulier ceux qui désirent contribuer à repousser les limites de la microfinance. Le dernier, l'administration du portefeuille, est d'un intérêt particulier pour les petits intervenants ou sur les marchés où l'intermédiaire a des avantages significatifs en termes d'économies d'échelle, qui justifieraient l'externalisation de l'administration du portefeuille, même pour les grandes compagnies d'assurance. Alors que ce service d'administration de portefeuille peut rester précieux au fil du temps, les 2 premiers services le sont peut-être moins. La connaissance du marché est d'une importance vitale dans la phase de développement d'un marché de l'assurance, mais les clients ne sont pas tous prêts à changer de prestataire lorsqu'ils sont satisfaits des produits et services reçus. De même, les canaux de distribution, les clients directs de l'intermédiaire, ne cherchent pas en permanence à innover les produits.

La plupart des intermédiaires prélèvent pour leurs services une commission basée sur le volume. Cela peut être un montant fixe par transaction ou police administrée, ou un pourcentage des primes globales générées par l'activité de courtage. Dans les 2 cas, l'intermédiaire a évidemment intérêt à étendre l'activité,

mais pas nécessairement à réduire les coûts une fois qu'un flux de primes a été établi, en particulier si la commission est positivement corrélée avec la prime générée. Cela implique que le seul intérêt des intermédiaires est celui de négocier la transaction la plus rentable possible pour un client lorsqu'ils sont en passe de perdre l'affaire. Comme il y a peu de concurrence, les clients des intermédiaires en micro-assurance pourraient envisager l'intégration de garanties dans leurs contrats telles que des commissions basées sur les performances pour se protéger contre tout éventuel comportement indolent.

En outre, le prix n'est qu'un des aspects déterminant la qualité d'une transaction, le service de post-production, la rapidité de paiement des sinistres et les services d'analyse à valeur ajoutée sont des facteurs importants dans le choix de la valeur des intrants reçus. Les intermédiaires passent généralement beaucoup de temps et consacrent beaucoup d'efforts à conclure une nouvelle transaction, souvent gratuitement. La majeure partie de la valeur ajoutée émanant de la connaissance du marché et de l'innovation des produits comporte des coûts initiaux, tandis que l'administration du portefeuille est liée à un flux régulier de services. Les intermédiaires doivent récupérer ces coûts initiaux pour lesquels ils ne sont généralement pas explicitement payés, autrement dit ils doivent tenir compte de ces coûts dans la structure de leur tarification fondée sur le volume. Par conséquent, proposer une structure de rémunération raisonnable qui incite les intermédiaires à rechercher en permanence la meilleure transaction pour ses clients est important. Il est également nécessaire de veiller à ce que les taux appliqués en matière de services et de primes soient renégociés, surtout après une période donnée au cours de laquelle aucun changement ou aucune innovation favorable n'a été mis en œuvre.

23.5 Conclusions

La micro-assurance est un secteur d'activité naissant et constitue une partie relativement faible de l'activité de la plupart des assureurs commerciaux et canaux de distribution. La portée limitée de ces parties décisives de la chaîne logistique en micro-assurance peut expliquer la lenteur du développement de la micro-assurance sur certains marchés. Dans certains cas, les assureurs ou les canaux de distribution peuvent stimuler l'innovation indépendamment et développer des modèles de fonctionnement efficaces, bien que, dans la plupart des cas, ils n'aient pas la motivation suffisante pour repousser les limites des produits, services et processus de micro-assurance. Cela n'est pas surprenant étant donné que ces organisations ont pour origine et centres d'intérêt d'autres domaines tels que l'assurance traditionnelle, le microcrédit et la vente au détail.

Il est peut-être illusoire de demander davantage aux assureurs et aux canaux de distribution. Compte tenu de cette réalité, les intermédiaires peuvent être nécessaires comme teneurs de marché pour développer, promouvoir et innover afin que la micro-assurance puisse atteindre son plein potentiel. Cependant, une approche différente de l'intermédiation en assurance est nécessaire. Compte tenu des exigences pratiques uniques pour desservir le marché des gens à faibles revenus et favoriser un changement de paradigme dans le secteur de l'assurance, les intermédiaires en micro-assurance peuvent avoir besoin de solutions verticales complètes pour créer des marchés depuis le développement de produits, la distribution locale et la gestion des sinistres jusqu'aux placements de portefeuille pour la micro-réassurance. De nombreux intermédiaires présentés dans ce chapitre semblent bien positionnés pour intégrer et mettre en œuvre ces solutions.

Les défis de la micro-assurance sont illustrés par les besoins contradictoires des acteurs de la chaîne de valeur : les assureurs, les intermédiaires et les canaux de distribution ont besoin de couvrir leurs coûts et de gagner une marge équitable, tout en offrant aux consommateurs un produit de qualité, et à faible prime. Les intermédiaires axés sur la micro-assurance ont tous connu des difficultés financières et moins de volume d'activité que prévu, et ont dû apporter des ajustements substantiels à leurs stratégies pour trouver un moyen d'atteindre le seuil de rentabilité. Le développement des activités de micro-assurance durables prend du temps. Cependant, l'analyse de rentabilité pour les intermédiaires en micro-assurance ne s'est pas encore révélée convaincante.

Les intermédiaires commerciaux présentant des offres de produits mixtes sont peut-être mieux positionnés en termes de rentabilité en raison des économies générées par l'offre d'affaires à travers la totalité du marché de l'assurance.

En dépit de l'incertitude quant à la justification économique, il est évident que les intermédiaires ont un rôle potentiellement important à jouer. Si la gestion est faite de façon efficace et efficiente, le rôle de l'intermédiaire pourrait être une force motrice significative pour promouvoir la micro-assurance. Nous devons surveiller les efforts faits actuellement pour transformer ces entités en vue de trouver le bon compromis pour le rôle de teneur de marché en micro-assurance avec une structure qui peut être rentable. Il est tout à fait possible que la solution nouvelle vienne des assureurs créant des départements de micro-assurance quelque peu indépendants. Les premiers résultats opérationnels et les difficultés de départ pourraient être dissociés des principales opérations de l'assureur. Les actionnaires et les dirigeants de l'assureur devront étendre à ce département la clairvoyance et la patience dont le marché de la micro-assurance a si indubitablement besoin à présent pour atteindre le succès à long terme.

VIII Infrastructure et environnement en micro-assurance

24 La révolution technologique en micro-assurance

Anja Smith, Eric Gerelle, Michiel Berende et Grieve Chelwa

Ce chapitre reflète la contribution et les commentaires de Doubell Chamberlain (Cenfri). Les auteurs remercient également Pranav Prashad (ILO) et Rupalee Ruchismita (CIRM) de leur concours et de leurs conseils.

Le paysage technologique dans les pays en voie de développement change à un rythme incroyable. Cela donne une multitude d'opportunités pour les intervenants du secteur financier voulant s'investir dans des marchés jusque-là délaissés de ces pays. Ce chapitre considère le rôle de la technologie dans la distribution de la micro-assurance aux clients à faible revenu à travers le monde. Bien que la technologie puisse être définie par tout outil qui favorise la distribution de certains services meilleurs que d'autres services disponibles, ce chapitre étudie spécifiquement le rôle des technologies de l'information et de la communication (TIC), principalement des dispositifs électroniques et les logiciels associés.

La première section donne un bref aperçu des avantages associés à la technologie, tout en portant également une attention à certains des risques que cela suppose. Les trois prochaines sections décrivent comment la technologie peut venir en appui de différentes facettes de processus de la micro-assurance: 1) fonction d'interface avec les clients ; 2) traitement de transaction ; et 3) analyse des données. La dernière section donne un aperçu actuel et futur des téléphones mobiles comme catégorie technologique exceptionnelle en micro-assurance.

24.1 Avantages et risques de la technologie en micro-assurance

La technologie a le pouvoir d'aider à faire face aux divers défis majeurs dans la distribution de la micro-assurance, c'est-à-dire l'amélioration de l'accessibilité, l'accès au clients, en particulier dans des zones éloignées, la collecte de petites primes et le paiement des demandes d'indemnités acceptées. Tout en abordant ces défis spécifiques, la technologie pourrait potentiellement fournir une gamme d'avantages dans la chaîne de valeurs de la micro-assurance, tels que :

Abaissement des coûts de gestion : Historiquement, l'assurance est un secteur reposant sur le papier, avec des brochures de marketing, des formulaires de dossier d'inscription et de demande d'indemnités, et des documents de polices. Pour rationaliser les systèmes et abaisser les coûts, la micro-assurance a besoin d'aller au-delà du papier, et la technologie peut permettre cela. De plus en plus, on peut utiliser les TIC pour les traitements de gestion sans-papier efficaces, ce qui réduit les coûts par client. Dans le temps, le gain d'efficacité peut être reflété

par des primes plus faibles, ce qui conduit à des ventes de produits plus élevées et compense ainsi certains des coûts de technologie encourus.

Accès à de nouveaux marchés : Les ménages à faible revenu ne sont souvent pas bancarisés, ce qui a été une barrière à l'accès à l'assurance. Cela commence à changer. Grâce aux téléphones mobiles, aux cartes à puce et à de nouveaux systèmes de paiement, il devient possible de collecter les primes auprès des clients qui n'ont pas de compte bancaire. Les micros-assureurs peuvent également utiliser la technologie pour communiquer avec des clients vocalement ou par messages texte où une communication régulière était auparavant impossible, ce qui réduit les coûts de voyage pour les assurés et les assureurs.

Lien avec différentes opérations : Les TIC peuvent fournir un appui important aux micro-assureurs dans l'extension de leur activité, principalement en les reliant à des groupes de clients existants d'autres opérations, telles que les banques (bancassurance), les détaillants ou les institutions de microfinance (IMF). Cela augmente le nombre et la variété des canaux qui peuvent proposer des produits d'assurance.

Amélioration du service apporté aux clients : Du point de vue des clients, le processus consistant à profiter de l'assurance et de ses avantages peut être décourageant. La micro-assurance doit réduire les barrières et améliorer l'accès. Il faut que la couverture, l'inscription, le paiement des primes et la soumission des demandes d'indemnités soient faciles à comprendre. À cet égard, la technologie peut être un moyen de stimulation important, abaissant les coûts de transaction des clients et facilitant la réception des réponses à leurs questions et le paiement plus rapide de leur demande d'indemnités. De même, cela renforce la confiance en l'assurance.

Réduction de la fraude : L'identification des personnes et des biens assurés, en particulier dans des pays sans système de documents d'identité nationale ou d'adresses fonctionnelles, a empêché le développement de la micro-assurance. Cependant, la technologie intervient pour aider à résoudre ce problème, ce qui réduit la fraude par plus de moyens efficaces pour identifier les clients et leurs actifs assurés.

Meilleure compréhension du marché : Un certain nombre des technologies considérées dans ce chapitre permet aux micro-assureurs de mieux évaluer et gérer le risque. En outre, beaucoup de ces technologies conservent des données clients, ce qui permet aux micro-assureurs et à leurs partenaires de distribution d'avoir une connaissance détaillée des clients actuels et potentiels et de leurs besoins en produits. Le fait de pouvoir accéder aux renseignements sur les clients, à l'utilisation des produits, aux coûts des services et à d'autres données essentielles favorise le développement, la gestion et la détermination des prix des produits d'assurance à optimisation de valeur.

Cependant, il y a un certain nombre de mises en garde liées à ces avantages. Le plus important est peut-être que la technologie peut seulement fournir ces divers avantages si des processus et systèmes d'activité appropriés sont en place. D'autres précautions incluent ce qui suit :

- Il y a une tendance à trop se réjouir de la prochaine solution numérique, mais il est important de comprendre tout d'abord quels problèmes doivent être résolus, puis de voir si la technologie est une bonne solution.
- Les applications technologiques doivent être adaptées pour faire face aux besoins des partenaires de distribution opérant dans des secteurs plus spécifiques (par exemple les banques et les IMF), et doivent également être liées à des mesures de performances claires pour permettre aux utilisateurs de la technologie de contrôler si elle ajoute effectivement de la valeur.
- La technologie a besoin d'être déployée dans une séquence qui permette l'apprentissage et le renforcement des capacités avant l'implémentation du niveau suivant de technologie.
- Une meilleure utilisation des outils d'analyse de données nécessitera une plus grande normalisation dans le formatage des données et dans les procédures de collecte des données.
- Parfois, les solutions de haute technologie ne peuvent pas faire face à des environnements difficiles présentant des conditions extrêmes de température et de précipitations dans lesquelles les clients de la micro-assurance vivent et travaillent souvent. Une connectivité médiocre peut également saper l'investissement dans la technologie.
- Le manque de fiabilité des prestataires de technologie est un autre défi auquel sont souvent confrontés les prestataires de micro-assurance qui ont besoin d'un service continu en appui de la technologie.
- Les investissements dans la technologie doivent être accompagnés d'investissements complémentaires en capital humain pour garantir que le personnel puisse tirer pleinement parti de la technologie nouvellement implantée.

Pour aider les prestataires en micro-assurance à éviter les risques et à tirer profit des opportunités, le Microinsurance Network's Technology Working Group a étudié en 2008 le paysage technologique de la micro-assurance (*voir encadré 24.1* pour des informations sur les activités du Working Group). L'étude a identifié trois catégories principales de technologie importantes pour la micro-assurance : 1) mécanismes d'interface avec les clients ; 2) traitement des transactions incluant des systèmes d'information de gestion (MIS) ; et 3) analyse des données, comme c'est résumé dans le Tableau 24.1. La portée et la nature de ces trois catégories de technologie sont considérées plus en détail dans le reste de ce chapitre.

Tableau 24.1 **Principales catégories de technologie en micro-assurance**

Interface client		*Traitement des transactions*	*Analyse des données*
Inscription et paiement des primes	*Vérification des pertes*		
– Téléphone mobile avec système de positionnement par satellite (GPS) – Service de messages courts (SMS) – Carte à puce – Terminal sur le lieu de vente (PoS) – Module d'identité d'abonné (SIM) – Plate-forme de paiement mobile – Prestataires de services d'accès sans fil (WASP) – Service général de radiocommunication en mode paquet (GPRS)	– Dispositif d'identification radiofréquence (RFID) – Biométriques – Index météorologiques – Technologie de cartographie spatiale – Diagnostic à distance	– Solutions de service logiciel (SaaS) – Centre d'appel – Système d'information de gestion (MIS). – Voix sur Protocole Internet (VOIP) – Normalisation des données	– Analyse de bases de données – Données de stations météorologiques – Données d'imagerie par satellite

Source : Adapté de Gerelle and Berende, 2008.

Encadré 24.1 **Microinsurance Network's Technology Working Group**

Le Technology Working Group se focalise sur la collecte de données, la communication, les systèmes et services d'information de gestion pour venir en appui aux praticiens de la micro-assurance et aux formateurs travaillant avec ces organismes. En 2008, le Working Group et le Microinsurance Innovation Facility de l'ILO ont dressé un inventaire des technologies de l'information qui pourraient être applicables à l'extension de services d'assurance aux ménages à faible revenu (voir Gerelle et Berende, 2008). Les objectifs de cette étude étaient de cataloguer et d'illustrer les technologies utilisées ou potentiellement utilisables en micro-assurance.

En 2010, le Working Group a mis en ligne un inventaire qui passe en revue les systèmes logiciels spécifiquement conçus pour la micro-assurance. Les premiers systèmes de cet inventaire relèvent de la couche de traitement des transactions de la technologie de la micro-assurance. Le site Internet permet aux utilisateurs de rechercher, filtrer et examiner chacun des produits logiciels de la liste de l'inventaire par type, langue, taille d'institution, caractéristiques et emplacement du prestataire.

Dans les années à venir, on s'attend à ce que l'inventaire s'étende de façon à inclure les niveaux d'interface client et d'analyse de données en examinant des technologies telles que les téléphones mobiles, les cartes à puce, les terminaux PoS, et les dispositifs de biométrie et de RFID.

Source : Adaptée de www.microinsurancenetwork.org.

24.2 Technologie de l'interface client

Le succès des produits de la micro-assurance repose en grande partie sur la mesure dans laquelle les personnes à faible revenu peuvent interagir sans heurts avec l'assureur ou ses intermédiaires, et la technologie peut faciliter cela. Cette section examine deux dimensions de la technologie d'interface client : 1) inscription et collecte des primes ; et 2) vérification des pertes et paiement des demandes d'indemnités.

24.2.1 Inscription et collecte des primes

La technologie peut apporter une contribution majeure au processus d'inscription des clients et de collecte des primes. Différentes technologies peuvent venir en appui de ces processus, incluant les téléphones mobiles à GPS pour l'inscription des clients, et l'utilisation de cartes à puce, de temps de connexion et un système de paiement mobile pour le paiement des primes, comme c'est résumé dans le Tableau 24.2 et décrit ci-dessous.

Tableau 24.2 **Technologies de l'inscription des clients et du paiement des primes**

	Téléphone mobile pour l'inscription	*Carte à puce*	*Temps de connexion*	*Système de paiement mobile*
Caractéristiques	Le vendeur utilise un téléphone mobile à GPS pour enregistrer des clients et collecter le premier paiement de prime (au comptant mais avec accusé de réception communiqué à l'assureur via le téléphone mobile)	La valeur stockée sur la carte SIM peut être utilisée pour faire des paiements de prime	Les paiements de prime se font par déduction directe de temps de connexion ; le temps de connexion doit alors être converti en argent	La prime déduite du portemonnaie mobile du client ; le paiement se fait alors sous la forme d'argent mobile
Avantages	Les vendeurs (par exemple les propriétaires de petite épicerie, les fournisseurs d'intrants agricoles) connectés par la technologie offrent un réseau de points de distribution commodes	Les paiements peuvent se faire pendant que les systèmes sont hors ligne ; la carte peut servir de document d'identification ; elle a une capacité de stockage (par exemple le dossier médical)	Les clients n'ont pas besoin de compte bancaire pour effectuer les paiements de prime	Aucun compte bancaire n'est nécessaire. Le portemonnaie mobile peut être utilisé pour le paiement des primes et le règlement des demandes d'indemnités
Inconvénients	Il est demandé aux vendeurs d'être en ligne ou d'être connectés au réseau, ce qui n'est pas idéal pour les zones rurales sans couverture réseau	La distribution est onéreuse ; les lecteurs de carte à puce peuvent être chers	Le coût de la technologie WASP requise pour convertir les temps de connexion peut être prohibitif	La maintenance des plates-formes de paiement mobile est souvent onéreuse ; si un mauvais numéro est tapé et que de l'argent est crédité sur ce compte, il est très difficile de le récupérer
Exemple	Take-it-Eezi et Hollard (Afrique du Sud), Max Vijay (Inde)	HDFC Ergo Revive (Inde)	Cover2go (Afrique du Sud), Safari Bima (Kenya) et AKSItext (Philippines)	M-PESA (Kenya)

Source : Auteurs.

Le partenariat entre la compagnie sud-africaine Hollard Insurance et le réseau de vendeurs ruraux Take-it-Eezi est un exemple de **téléphones mobiles utilisés pour l'inscription de clients** (Smith and Smit, 2010a). Take-it-Eezi est une initiative de marque qui permet à un réseau de 18 000 agents indépendants de vendre des temps de connexion prépayés, de l'électricité et de l'assurance dans des zones qui n'avaient pas accès à ces produits auparavant. Chaque vendeur a un téléphone mobile à GPS. En ce qui concerne les ventes d'assurance, une fois que le vendeur a collecté le premier paiement de prime du client et fourni au client un kit d'assurance de base, le vendeur télécharge le numéro de la police et le numéro d'identité nationale du client vers un serveur central utilisant la plate-forme de paiement Take-it-Eezi fonctionnant avec le téléphone mobile. Les centres d'appel sont impliqués dans la collecte d'informations plus détaillées sur le client pendant le processus d'inscription. Dans le cas de Take-it-Eezi, après accusé-réception des numéros d'identité et de téléphone de l'assuré, un centre d'appel piloté par un administrateur d'assurance, le Best Funeral Society, téléphone au client pour collecter des informations détaillées sur le bénéficiaire et/ou pour donner plus d'informations sur le produit.

De manière similaire au Brésil, la société de technologie Vayon a développé un système simple d'inscription par téléphone mobile qui permet à l'agent d'envoyer un SMS avec le numéro d'identité du nouveau client à une base de données nationale, qui remplit ensuite automatiquement le formulaire de demande avec les données pertinentes, incluant la date de naissance, l'emploi et le statut marital et l'adresse. Non seulement cela rationalise le processus d'inscription mais cela réduit également les erreurs d'entrée de données.

L'avènement de la technologie de la **carte à puce** signifie que les clients peuvent payer les primes sans avoir de compte bancaire. La technologie de la carte à puce permet de stocker de l'argent sur une puce de circuit intégré, et les paiements peuvent être effectués sans que le client doive être en ligne ou se connecter à un réseau. Cela est particulièrement important si la micro-assurance doit fonctionner de façon efficace dans des zones à connectivité limitée. Par exemple, en Inde, les clients de la police Accident personnel Revive de HDFC Ergo peuvent payer leurs primes en utilisant une technologie à carte à puce fournie par FINO.[1]

Le temps de connexion ordinaire est également utilisé pour faciliter le paiement des primes. Contrairement aux cartes à puce, un paiement par temps de connexion requiert du client d'être connecté au réseau de téléphonie mobile de sorte que le téléphone du client puisse communiquer avec l'intermédiaire de paiement (l'opérateur du réseau mobile) ou la compagnie d'assurances. Un cer-

[1] Financial Information Network et Operations Ltd (FINO) est un prestataire de plate-forme de paiement de technologie basé en Inde *(voir encadré 25.6)*.

tain nombre de produits d'assurance Individuelle accidents ont émergé en utilisant cette approche, incluant Metropolitan en Afrique du Sud (Cover2go), Kenya Orient (Safari Bima), et Philam Life aux Philippines (AKSItext – *voir encadré 24.2*). Ces polices peuvent être mises en place par le biais de messages texte, le paiement des primes se faisant par déduction du temps de connexion.

Les deux produits Cover2go et Safari Bima, un prestataire de services d'accès sans fil est responsable de la conversion du **temps de connexion** en argent réel. L'expérience de ces deux produits indique que le WASP prend une part importante sur la prime car la commission peut coûter jusqu'à 40 %. Bien que la technologie permettent la distribution du produit en autorisant le paiement des primes, dans ce cas elle a un impact important sur la prime de risque réel disponible pour fournir une couverture aux clients (Smith and Smit, 2010c).

Encadré 24.2 **Paiements des primes par déduction de temps de connexion : le cas de AKSItext**

Le produit d'assurance contre les accidents corporels AKSItext de Philam Life est souscrit par envoi d'un message texte contenant le nom de la personne, sa date de naissance et son adresse physique à un numéro spécifié. La couverture démarre 24 heures après la réception du message de confirmation contenant le numéro de police de la personne. Des primes de 0,25 $US donnent une couverture valant à peu près 250 $US pour 15 jours, et sont automatiquement soustraites du temps de connexion disponible si une facturation de temps de connexion a été prépayée, ou ajoutée à la facture post-payée de l'assuré. Les demandes d'indemnités sont payées directement auprès des bureaux de Philam Life par chèque qui peut être payé comptant à n'importe quelle banque.

Source : adaptée de Smith et al., 2009.

Le quatrième arrangement utilise un porte-monnaie mobile ou une **plate-forme d'argent mobile** pour faciliter le paiement des primes via les téléphones mobiles. Une plate-forme d'argent mobile, comme M-PESA au Kenya *(voir encadré 24.4),* dépasse la technologie de transfert d'argent et d'opérations bancaires traditionnelle, et est particulièrement pertinente dans des régions avec peu ou pas d'infrastructures où la population est largement non bancarisée. En ce qui concerne l'assurance, elle fournit un mécanisme commode de collecte des primes, comme le montre le produit Kilimo Salama de la Syngenta Foundation au Kenya, produit d'assurance basé sur les indices météorologiques *(encadré 24.3).*

Encadré 24.3

Rôle de la technologie dans les ventes et la collecte de primes : le cas de Kilimo Salama

L'expérience de Kilimo Salama illustre clairement comment la technologie peut être utilisée pour différentes fonctions destinées à rendre un produit de micro-assurance viable. Kilimo Salama est un produit d'assurance agricole indexée qui a été testé en mars 2009, couvrant initialement seulement 200 cultivateurs de maïs et tirant profit de données collectées par deux stations météorologiques. Le projet s'est développé depuis et utilise maintenant 30 stations météorologiques et couvre 22 000 fermiers qui cultivent du maïs, du sorgho, du coton, des haricots et du café.

Kilimo Salama (qui signifie « agriculture sûre » en Kiswahili) est un partenariat entre le Syngenta Foundation, Safaricom, le plus grand opérateur de réseau mobile au Kenya et UAP, une importante compagnie d'assurances générales. Le produit couvre les intrants agricoles des fermiers (par exemple les engrais, les semences et les pesticides) dans le cas de sécheresse ou d'intempéries excessives. Le produit est indexé, ce qui signifie que les paiements sont déclenchés par les quantités de précipitations. Pendant la session des plantations, les précipitations réelles sont mesurées en utilisant une station météorologique solaire dans chaque zone. Si les précipitations sont au-dessous ou au-dessus de seuils prédéterminés, un paiement est effectué. La valeur du paiement est fonction de combien les précipitations enregistrées s'écartent du seuil.

Kilimo Salama est vendu par le biais de deux canaux : les grands comptes et les détaillants. En ce qui concerne les grands comptes, le produit est vendu par des entreprises, incluant les sociétés de semences, les filatures de coton, les banques et les institutions de microfinance, qui ont un intérêt dans l'assurabilité des rendements et/ou des intrants agricoles. Par le biais du canal des détaillants, le produit est vendu sur une base volontaire par 110 négociants agricoles, qui se fient à la technologie pour venir en appui du processus d'inscription et de collecte des primes.

La dorsale administrative de Kilimo Salama est une technologie sans papier entièrement automatisée développée par le Syngenta Foundation, qui utilise des téléphones mobiles avec un logiciel Java adapté comme dispositif d'enregistrement sur les lieux de vente. Les téléphones mobiles transmettent des informations sur les clients à un serveur central utilisant la technologie GPRS. De son côté le serveur communique avec le fermier assuré par SMS. La technologie « dorsale » est reliée à la plate-forme de paiement mobile M-PESA de Safaricom pour faciliter le paiement des primes et régler les demandes d'indemnités.

Les étapes suivantes éclairent la manière dont la technologie vient en appui de l'inscription :

– Des fermiers rendent visite à un négociant agricole qui offre Kilimo Salama pour une prime liée à leur récolte attendue ou au coût des intrants achetés chez le négociant agricole.
– Si un fermier décide d'acheter Kilimo Salama, le négociant scanne un code à barres sur le sac de semences en utilisant une application de téléphonie mobile spécialement conçue.
– L'application informe ensuite le négociant de la prime que le fermier doit payer, qui est couramment comprise entre 5 et 15 % du coût des intrants.
– Le négociant agricole enregistre les informations du fermier, son nom, son numéro de téléphone et le montant couvert, sur le téléphone mobile du négociant et transmet cette information par GPRS à l'assureur par le biais d'un serveur de communication central.
– Le fermier reçoit ensuite un message texte avec le numéro de la police et les informations sur la couverture. Une disposition a été prévue pour le fermier qui n'a pas de téléphone mobile ; le numéro de la police et les informations sur la couverture sont envoyés à la place sur téléphone du négociant et le négociant les transmet ensuite au fermier.

Source : Adapté de Goslinga, 2011.

24.2.2 Vérification des pertes et paiement des demandes d'indemnités

La technologie peut être utilisée pour faciliter les paiements également dans l'autre sens, des assureurs vers les assurés sous la forme de demande d'indemnités. Les processus de demande d'indemnités sont parfois une pensée après-coup dans le développement de nouveaux produits et de tests pilotes, qui tendent à se focaliser davantage sur le marketing, les ventes et l'inscription. Cependant, les procédures de demandes d'indemnités efficaces sont absolument critiques pour le succès de la micro-assurance, qui doit prouver au marché des personnes à faible revenu que les assureurs tiendront leurs promesses au moment opportun.

La transaction financière actuelle est une partie du processus. Par exemple, le système d'argent électronique M-PESA est utilisé pour effectuer des paiements pour divers produits d'assurance au Kenya *(voir encadré 24.4).* Au Ghana, le partenariat entre Hollard et UT Life a conduit à un produit d'assurance mobile, Mi Life *(voir encadré 24.7),* qui utilise la plate-forme de paiement

mobile de MTN Ghana pour collecter les primes et payer les demandes d'indemnités.

La technologie facilite également le processus de demande d'indemnités en rendant la vérification nettement moins onéreuse pour les couvertures d'assurance contre la mortalité du bétail, d'assurance agricole et d'assurance de dommages, et en améliorant l'accès aux avantages dans le cas de l'assurance Santé.

Encadré 24.4

Produit d'argent mobile M-PESA au Kenya

M-PESA est le nom de produit d'une plate-forme de paiement mobile mise en œuvre par Safaricom, le plus gros opérateur de réseau mobile du Kenya et une filiale de Vodafone. M-PESA, qui signifie argent mobile (« M » signifie mobile et « PESA » signifie argent en Kiswahili), a été lancé en mars 2007 par Safaricom avec l'aide du Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni.

Il est demandé à chaque client M-PESA d'ouvrir un compte d'argent électronique à un point de vente M-PESA agréé. Le compte d'argent électronique est lié à un numéro de téléphone mobile et est accessible par une application de cartes SIM. Les clients peuvent déposer et retirer de l'argent en échangeant des espèces contre une valeur électronique au niveau d'un réseau de points de vente. Une fois que les clients ont de l'argent sur leur compte, ils peuvent utiliser leur téléphone pour transférer des fonds vers d'autres utilisateurs M-PESA, payer des factures et acheter des crédits de temps de connexion mobile.

En mai 2011, il y a eu un total de 14 millions de clients M-PESA servis par un réseau de 28 000 points de vente.

Source : Adapté de Mas and Radcliffe, 2010, M-PESA Resource Centre, 2011.

Bétail

En juillet 2009 IFFCO-Tokio, une compagnie d'assurances générales indienne, a testé un projet d'assurance Bétail ciblant plus de 25 000 fermiers pauvres. Comme cela est décrit dans l'encadré 12.2, le modèle IFFCO-Tokio utilise la technologie RFID pour réduire l'opportunité de fraude qui apparaît fréquemment dans les modèles d'assurance Bétail traditionnelle où l'identification des animaux se fait par étiquettes auriculaires, qui peuvent être facilement perdues ou retirées. La puce RFID, de la taille d'un grain de riz, est injectée sous la peau de l'animal. En aidant à réduire les demandes d'indemnités frauduleuses, la technologie peut bénéficier aux fermiers par un règlement des demandes d'indemnités plus rapides et des primes plus faibles. Bien que le projet soit encore au stade des tests, le ratio des demandes d'indemnités de 35% représente un cinquième du ratio de demande d'indemnités obtenu avec les étiquettes auriculaires tradition-

nelles, ce qui suggère que la nouvelle technologie fonctionne et peut même être payante (Microinsurance Innovation Facility, 2011a).

Agriculture

Kilimo Salama, produit d'assurance agricole basée sur les indices météorologiques décrit dans l'encadré 24.3, utilise la quantité de précipitations comme déclencheur de demande d'indemnisation. Pendant la saison des plantations, les précipitations sont mesurées en utilisant des stations météorologiques solaires, qui envoient les données sur les précipitations par une connexion GPRS à UAP. L'assureur les entre dans une application indexée sur les intempéries qui expose dans les grandes lignes les conditions de précipitations requises pour chaque récolte. L'application calcule le pourcentage d'indemnités, s'il y en a, puis UAP transfère le montant des demandes d'indemnités sur le compte M-PESA du fermier ou du négociant.

Bien que le succès de Kilimo Salama soit plus attribuable à l'utilisation d'une technologie de confiance familière, la plate-forme de paiement mobile, pour vendre un produit moins familier en lequel on a moins confiance comme l'assurance agricole, l'utilisation de la technologie a également présenté un certain nombre de défis.

- Bien que la technologie des stations météorologiques permette la conception d'un produit d'assurance viable, elle peut rendre également le produit plus complexe à comprendre. Les fermiers se trouvent en moyenne à 20 km de la station la plus proche, ce qui pourrait entraîner une incompréhension par les fermiers quant à savoir s'ils ont droit ou non à un paiement et si les précipitations enregistrées au niveau de leur ferme diffèrent de celles de la station météorologique locale. Ce risque de base *(voir chapitres 4 et 11)* augmente le besoin d'une éducation adéquate et étendue des clients.
- De multiples technologies sont requises pour minimiser la marge d'erreur dans l'établissement d'index météorologiques. Se fier uniquement aux données de stations météorologiques est peu susceptible de donner une image précise des modèles de précipitations dans une zone particulière. C'est d'autant plus difficile si les stations météorologiques sont peu nombreuses et éloignées les unes des autres. Pour surmonter ce défi, Kilimo Salam expérimente des systèmes de cartographie par satellite, et imagine de meilleures façons de collecter et de suivre les données de rendement. Cela permettra une validation croisée des données météorologiques et la sélection de paramètres de produits plus précis.

Le capital

La couverture d'assurance Dommages indépendante n'est pas un produit de micro-assurance courant. Il est souvent ajouté en avenant pour d'autres produits,

tels que l'assurance Incendie pour les micro-entreprises liée à une assurance Emprunteur *(voir chapitre 9).* En Afrique du Sud, Hollard tente d'utiliser la technologie pour rendre une version indépendante viable, en la vendant par le biais de centres d'appel et en utilisant un réseau de « messagers de pré-évaluation » qui surveillent les actifs couverts par un produit d'assurance de la structure des ménages et de son contenu. Les messagers sont dotés d'une technologie mobile et de cartographie spatiale pour capter l'état et l'emplacement de la maison assurée et de son contenu. L'évaluation des sinistres et la collecte des données sur les actifs des assurés (c'est-à-dire la confirmation que les actifs existent réellement et l'enregistrement de la qualité et nature de la construction) aident à réduire la fraude et le coût général de gestion des sinistres, tout en surmontant également le défi de certains clients qui n'ont pas d'adresse formelle.

Santé

En assurance Santé, où les avantages sont fournis sous la forme de services de soins de santé, la technologie joue un rôle très différent dans la facilitation des demandes d'indemnités. Un moyen consiste à utiliser la technologie pour étendre ces avantages à des zones reculées. Par exemple, au lieu que les villageois en zone rurale dépensent leur temps et leur argent pour aller à une clinique pour chercher un traitement, certains projets incluent d'un avantage « dial-a-doc » (téléphoner à un médecin) qui offre un filtrage initial pour empêcher des dépenses de déplacement inutiles.

Outre les centres d'appels, les CIT peuvent permettre un diagnostic à distance de l'état de santé des clients, sur la base duquel un soin de santé spécifique est ensuite prescrit. Le CARE Foundation, un organisme de soins de santé d'utilité publique en Inde, expérimente actuellement des dispositifs à main pour le diagnostic à distance d'un patient avec un produit d'assurance en consultation externe. Des Village Health Champions (VHC), des membres du personnel recrutés au sein de la communauté locale, sont formés pour utiliser un dispositif à main pour collecter des données symptomatiques et biométriques des bénéficiaires puis pour les transmettre à un médecin en vue d'un diagnostic à distance (Microinsurance Innovation Facility, 2011b). L'utilisation de cette technologie a le pouvoir de réduire le coût de délivrance de soins de santé de façon drastique.

De même en Inde, les cartes à puce biométriques sont utilisées par certains projets d'assurance Santé de masse, tels que Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), qui étend la protection sociale aux ménages ayant de faibles revenus. Comme la carte est préchargée avec les avantages des assurés, elle confère aux assurés la portabilité pour accéder à des avantages « sans numéraire » chez tous les prestataires de soins de santé inscrits. Chaque hôpital a un bureau RSBY doté d'un lecteur de cartes à puce, qui utilise l'empreinte de l'assuré pour vérifier son identité. Non seulement cela réduit la fraude mais cela peut également améliorer

les soins de santé par la concurrence entre les prestataires, renforcer les services apportés aux clients par des temps d'attente des patients plus courts, et faciliter la conservation des dossiers médicaux et l'analyse des données. Cependant, ces avantages ont un coût. Une analyse des données de la première année de RSBY montre que 17 % de la prime sont allés couvrir le coût des cartes à puce, tandis que 49 % ont été dépensés sur les demandes d'indemnités (Krishnaswamy et Ruchismita, 2011). On suppose que, si les cartes peuvent être utilisées pendant plusieurs années, ces coûts peuvent alors être amortis dans le temps.

24.3 Traitement des transactions

Le traitement des transactions est la couche médiane de la chaîne de traitement d'informations, et est important pour tous les produits de micro-assurance et tous les types d'organismes. Bien que les technologies d'interface client telles que les téléphones mobiles et les cartes à puce aient la capacité de modifier fondamentalement l'interaction entre assureurs et clients, ces systèmes en amont potentiellement novateurs n'exploiteront pas totalement leur potentiel sans des systèmes en aval efficaces pour gérer l'information.

Un logiciel qui aide à collecter et gérer les informations de polices et de clients, tout en liant les différents opérations d'activité (c'est-à-dire celles de l'assureur et du partenaire de distribution), avait eu un impact majeur sur tous les processus d'activité au bureau. Étant donné l'importance de cette technologie en micro-assurance, plusieurs prestataires vendent des logiciels normalisés et personnalisés, comme c'est illustré dans la base de données en ligne de Microinsurance Network.

Un des impacts les plus importants de la technologie de l'information pour la micro-assurance aujourd'hui est le domaine du traitement des transactions. Il fournit les technologies analytiques et de gestion des opérations nécessaires à une large base de clients. Comme c'est illustré dans l'Encadré 24.5, le logiciel nécessite des modifications d'organisation dans le temps à mesure que les sociétés se développent, diversifient leurs offres et étendent leur capacité.

Encadré 24.5

Évolution des systèmes logiciels chez DHAN Foundation

Le Development for Human Action (DHAN) Foundation est un organisme indien local qui élabore des institutions thématiques pour aborder des problèmes de développement clés, tels que la génération de revenu et la gestion de l'eau. Cela est atteint en testant des idées innovantes, en développant les idées prometteuses par le biais d'institutions associées. Un des buts de la Foundation est de permettre à des communautés pauvres d'apporter des changements positifs dans

leur moyens d'existence, en mettant l'accent sur la propriété des membres, le contrôle et la prise de décision.

Le DHAN Foundation a adopté les TIC pour les personnes pauvres comme thème pour expérimenter, développer et implémenter des programmes socialement importants. Il est devenu un thème transversal pour compléter ses activités de microfinance, de micro-assurance et d'agriculture.

Au début de son interaction avec la technologie, le DHAN Foundation avait l'intention d'utiliser un logiciel développé dans le commerce pour son programme de micro-assurance. Cependant, après la fin de la phase de test et après avoir considéré les implications des nombreuses licences utilisateurs, il a été décidé de ne pas utiliser le progiciel, en partie parce que le coût des licences était égal au revenu total des primes. DHAN a par conséquent développé son propre système d'assurance appelé Social Security Software (SSS). Initialement, le SSS était utilisé seulement pour la gestion de son projet d'assurance Vie, mais en 2005 un produit d'assurance Santé a également été introduit. Les programmes incluent l'extension du système pour couvrir l'assurance Bétail et Récolte. L'équipe de salariés représente la portion la plus importante du budget de DHAN IT. DHAN a une équipe CIT qui effectue la maintenance et développe en outre ces propres systèmes.

La prochaine étape de DHAN Foundation sera de développer un système reposant sur l'Internet pour ses programmes de microfinance et de micro-assurance. Ce système sera relié aux téléphones mobiles pour rationaliser l'entrée des données, le renouvellement des polices et le paiement des primes. Il inclura également des caractéristiques de service client telles que des messages vocaux et textes sur le montant de la prime à payer et le moment de son renouvellement. Il aura également une caractéristique de carte à puce pour relier le projet à des cliniques et des hôpitaux inscrits.

Source : Adapté de DHAN Foundation, 2009.

La tendance du traitement des transactions s'éloigne du serveur client local et va en direction de plateformes non-localisées, de solutions reposant sur l'Internet qui sont très appropriées à l'intégration avec des dispositifs mobiles. Par exemple, Software as a Service (SaaS) est une plate-forme reposant sur l'Internet qui n'est pas gérée par la compagnie d'assurances mais par un tiers. Les offres SaaS actuelles en micro-assurance sont toujours personnalisées pour chaque entreprise cliente, ce qui augmente les coûts totaux ; mais à mesure que ces services se développent, des solutions seront proposées par le biais d'un ensemble de modules standards sélectionnables. SaaS permet à des organismes d'accéder à une fonctionnalité d'activité à un coût qui est typiquement inférieur au paiement d'applications sous licence, car son prix dépend d'un tarif d'usage annuel ou mensuel.

C'est le contraire d'un logiciel traditionnel, qui est typiquement vendu sous la forme d'une licence à perpétuité avec un paiement initial unique et de petites redevances de soutien continu.

SaaS fournit des informations à tous les niveaux de la hiérarchie de la micro-assurance, en particulier au bas de la pyramide. Par exemple, s'il est intégré à des téléphones mobiles, des clients peuvent obtenir des informations en temps réel sur les taux de primes et les niveaux de couverture, vérifier l'état des polices et recevoir des rappels de primes. SaaS peut également être utilisé pour apporter une formation en ligne aux agents de la micro-assurance ainsi que pour leur fournir des informations sur de nouveaux produits ou mettre à jour ceux existants.

Le secteur des TIC a également permis l'émergence d'organismes-administrateurs auxquels les compagnies d'assurances peuvent sous-traiter la gestion des polices pour réduire les coûts. Un exemple saillant d'administrateur qui fait commerce de la force et de l'efficacité de sa MIS est MicroEnsure *(voir chapitre 23).* MicroEnsure travaille avec divers groupes de clients (par exemple IMF, organisations confessionnelles et sociétés de téléphonie mobile) afin de faciliter les ventes de produits, pour lesquels elle prend en charge l'administration. Certains des services administratifs plus spécifiques offerts par MicroEnsure incluent la conception de produits, la collecte de données biographiques de clients, l'entrée de données, les rapports de gestion et le traitement des demandes d'indemnités. MicroEnsure offre également d'autres services qui n'impliquent pas le traitement de transactions, tels que la formation de la force de vente de ses partenaires de distribution et la direction de campagnes d'éducation des consommateurs.

Il est probable que les moyens les plus largement utilisés pour capter et actualiser les informations client soient la technologie des centres d'appel. Les centres d'appels ont maintenant la capacité de débloquer les marchés de l'assurance des personnes à faible revenu car de nombreux ménages pauvres ont accès à un téléphone mobile et ce moyen de communication leur permet également d'utiliser un processus de vente interactif. Bien qu'un centre d'appel soit généralement considéré comme une technologie d'interface client, il fait en fait partie intégrante des systèmes d'administration de l'assureur. Alors que de nombreux centres d'appel fonctionnent par le biais d'un téléphone filaire fixe, ils font de plus en plus appel à la Voix sur Protocole Internet (VOIP) pour réduire les coûts de télécommunication. Les clients peuvent appeler directement le centre d'appel, souvent par un numéro gratuit ou demander que le centre d'appel les appelle en envoyant à la compagnie un message « appelez-moi SVP ».

À mesure que le marché de la micro-assurance se développe, il y a un besoin croissant d'une normalisation des données. Des efforts internationaux sont en cours pour normaliser les données pour les rapports de gestion dans le secteur des services financiers, notamment l'initiative ACORD pour l'assurance *(voir encadré 24.6).* Les initiatives similaires les plus importantes en matière de micro-assu-

rance sont celles qui reposent sur le langage ouvert normalisé eXtensible Business Reporting Language (XBRL), un langage de codage développé pour améliorer l'efficacité et la qualité des données pour le rapport financier et d'activité. Le principe sous-jacent de XBRL est de définir la structure des informations financières qui doivent être communiquées entre les organismes. C'est un avantage clé dans des zones où il y a de nombreux organismes différents qui essaient de partager des informations dans un marché de la micro-assurance mondialisé. Les efforts de normalisation des flux de travail et des données simplifieront le rapport de gestion et permettront une approche plus souple de l'élaboration d'une analyse de données et d'applications de modélisation. La normalisation permettra à différents intervenants d'échanger des données en toute confiance et d'améliorer la qualité des données de manière efficace du point de vue des coûts, ce qui conduira à une meilleure compréhension du risque qui peut avoir un impact positif sur un meilleur développement de produits.

Encadré 24.6 **Normes de transmission de données électroniques : le cas des normes ACORD**

Le Association for Cooperative Operations Research and Development (ACORD) est un organisme de développement des normes à but non lucratif au service du secteur de l'assurance. ACORD facilite le développement des normes des données électroniques à consensus ouvert et de formes standards, travaillant étroitement avec ses membres. Les membres d'ACORD incluent les compagnies d'assurance et de réassurance, les agents et les courtiers, les prestataires de logiciels et les associations sectorielles. ACORD travaille avec ses membres pour améliorer la communication de données sur diverses plates-formes par l'implémentation de normes.

Les services et les normes de données courantes améliorent la qualité et la transparence des données, avec pour résultat un rendement plus grand et une approche de marché étendue. Par exemple, les normes ACORD permettent à un courtier d'assurance d'obtenir un devis au près d'un ensemble d'assureurs pour une police d'assurance automobile personnelle en même temps. Tout ce que le courtier doit faire est de remplir une demande de devis et d'envoyer un message eXtensible Markup Language (XML) à plusieurs compagnies d'assurances (XML est un ensemble de règles pour coder des documents et des données sous une forme lisible par une machine). Les assureurs répondent en renvoyant le devis au courtier dans un langage formaté XML.

Dans certains cas, les normes ACORD facilitent la conformité aux conditions fixées par les régulateurs. Par exemple ACORD travaille actuellement avec le South African Insurance Association (SAIA) pour développer des normes de transmission de données électroniques pour que les courtiers et les assureurs

satisfassent aux exigences de partage des données fixées par le régulateur d'assurance sud-africain.

Il sera toujours plus nécessaire de développer des normes de données électroniques car les opérations en micro-assurance se développent de plus en plus dans le monde. La manière avec laquelle les données sont communiquées au sein de et entre les sociétés doit être normalisée.

Source : Adapté de www.acord.org.

24.4 Analyse de données

L'analyse des données est particulièrement importante en micro-assurance parce que l'un des obstacles empêchant les assureurs de desservir ce marché, ou de fournir des produits dont le prix est déterminé de façon juste, est le manque de données pour estimer avec précision la fréquence et l'ampleur des événements assurés *(voir chapitre 21).* À mesure que l'on amasse et l'on analyse des données sur l'expérience en matière de pertes des ménages à faible revenu, il sera possible pour les assureurs de réduire le coût de l'incertitude, qu'ils ont pris en compte dans le calcul de la prime.

L'exploitation des données est également utile pour personnaliser les produits au segment de marché. Le partenariat en matière de micro-assurance entre le conglomérat d'assurance espagnol, Mapfre, et Codensa, une société d'utilité publique colombienne, montre combien les informations client peuvent être utilisées dans le développement de produits. Codensa mémorise des informations considérables sur ses clients du secteur de l'électricité, par exemple le revenu et la régularité des paiements, dans une base de données spécifiquement conçue pour cela. En utilisant des outils d'analyse de données, Mapfre a développé des produits qui sont spécifiquement adaptés au revenu disponible des clients. Codensa et Mapfre pensent que cela a été un des facteurs du succès de leur partenariat (Zuluaga, 2010).

L'exploitation des données pour extraire des caractéristiques de clients et leur comportement pour la conception de produits et la détermination des prix permet le développement de produits bien plus étroitement adaptés aux besoins du client, mais cela soulève des questions en matière de vie privée et de vol de l'identité. Cependant, cela peut être surmonté en demandant aux clients de « participer » à une analyse de leur données (Zurich, 2011).

L'analyse des données est particulièrement importante en assurance indexée qui repose fortement sur la collecte et l'analyse de données météorologiques historiques afin de déduire des paramètres de produits et déterminer des déclencheurs de paiement *(voir chapitres 4 et 11).* Outre l'analyse de données historiques provenant de services météorologiques ou d'universités, la nouvelle technologie

peut être utilisée pour surveiller l'expérience météorologique, déclencher des demandes d'indemnités s'il y a lieu, et ajuster les produits au fil des années de données météorologiques. Par exemple :

– **Stations météorologiques :** Les stations météorologiques qui mesurent les précipitations, la température et la vitesse du vent peuvent être créées par des investisseurs du secteur public ou privé. Bien qu'elles aient été à l'origine dans le domaine public, les investisseurs du secteur privé se sont de plus en plus impliqués. Pour compléter le service publique de données météorologiques en Inde, les prestataires privés de données météorologiques tels que Weather Risk Mannagement Services (WRMS) et National Collateral Management Services Limited (NCMSL) ont aidé à collecter des données météorologiques contre redevance. NCMSL a installé 1 000 stations météorologiques automatisées qui génèrent des données en temps réel utilisées dans le développement de produits indexés sur le temps.

  Le DHAN Foundation a un projet d'installer des capteurs de pluie à une distance de 5 km l'un de l'autre pour aider à minimiser le risque de base en matière de produits d'assurance indexée sur le temps. Les capteurs de pluie solaires transmettent des données de précipitations par GPS à une base de données centrale toutes les 15 minutes. En septembre 2011, 150 capteurs de pluie ont été installés qui couvrent environ 6 300 fermiers (Prashad, 2011).

– **Imagerie par satellite :** Les images par satellite peuvent être utilisées pour collecter différentes données liées à la météorologie. Les satellites peuvent capter des images de la densité des nuages qui peuvent être utilisées pour générer des prévisions d'intempéries (Prashad, 2011).

  Une autre approche consiste à utiliser des indices de végétation différentiels normalisés (NDVI), qui sont dérivés de données captées par des images satellites permettant de mesurer la verdeur de la végétation qui est corrélée avec des niveaux de photosynthèse au sol. Une telle approche est en cours de test par le International Livestock Reasearch Institute au Kenya pour couvrir les bergers nomades *(voir chapitre 12).* Un inconvénient de l'utilisation de ce type de technologie est que la couverture nuageuse peut limiter la capacité des satellites à capter des images claires du sol, ce qui perturbe la disponibilité de données historiques continues ou de contrôle (Hazell et al., 2010).

24.5 La promesse des téléphones mobiles

L'utilisation de téléphones mobiles dans les différents modèles de micro-assurance illustre clairement le puissant potentiel de cette technologie largement diffusée. Par exemple, en 2011 près de 57 % de la population adulte d'Afrique avait des téléphones mobiles, allant d'un maximum de 84 % pour l'Afrique du Sud à

un minimum de 21 % pour le Mali (Gallup, 2011). Les téléphones mobiles permettent d'acheter des produits, de payer les primes par déduction de temps de connexion ou par un porte-monnaie mobile, et facilitent l'évaluation et le paiement des demandes d'indemnités.

Une autre caractéristique critique de la micro-assurance est que les téléphones mobiles permettent une communication immédiate dans toute la chaîne de valeur, soutenant de façon efficace en coût la confiance d'un marché sceptique. La technologie mobile offre l'opportunité de communiquer et de collecter des données auprès de clients. Par des messages SMS ou vocaux, les compagnies d'assurances et leurs partenaires de distribution peuvent confirmer aux clients si l'inscription est terminée et si leur police est en place, communiquer des informations telles que le besoin d'avoir des fonds suffisants sur leur compte bancaire pour le paiement des prochaines primes, et informer qu'une demande d'indemnités a été reçue ou est en cours de traitement.

La messagerie texte et la communication vocale sont des formes immédiates de communication, permettant des réponses en temps réel de la part des assureurs. Dans le cas de Max Vijay en Inde *(voir chapitre 8),* les clients étaient disposés à faire confiance en la confirmation de paiement reçue par message texte autant que le reçu imprimé d'espèces du marchand où ils remettaient leur prime. Cela aide à éviter la fraude et, dans le temps, à renforcer la confiance en la communication électronique comme moyen de remplacement des méthodes de communication papier et autres.

Pour aller plus loin, la technologie mobile peut devenir en fin de compte plus saillante dans l'appui apporté à la collecte, à la validation et au conditionnement des données de micro-assurance. Elle offrira l'avantage de convertir la collecte de données en une activité routinière complémentaire à bas-coût qui peut éventuellement remplacer les études de marché traditionnelles. Une dépendance des téléphones mobiles implique cependant certains risques, en particulier dans le cas où le téléphone mobile d'un client est également son porte-monnaie et peut offrir un accès à des informations privées. Ils peuvent être facilement endommagés, perdus ou volés, ce qui pourrait interrompre le lien entre l'assuré et l'assureur, mais ce risque offre également une opportunité pour les assureurs d'offrir une couverture supplémentaire, pour le téléphone mobile lui-même.

En mars 2011, le Ghana a vu le lancement de MiLife, le premier produit d'assurance par téléphone mobile au monde *(voir encadré 24.7).* L'avènement de ce marché est très prometteur pour la fourniture de micro-assurance dans le monde en voie de développement.

Encadré 24.7 **L'assurance par téléphone mobile MiLife au Ghana**

MiLife, le premier produit d'assurance à paiement entièrement par téléphone mobile, a été lancé au Ghana en mars 2011 comme pilote. Le projet est un partenariat entre MTN Ghana (un opérateur de réseau de téléphonie mobile), et MFS Africa (un prestataire de technologie de services financiers par téléphonie mobile), MicroEnsure, (un assureur Vie ghanéen) et Hollard Insurance. MiLife offre une couverture d'assurance Vie à deux bénéficiaires, l'assuré et un proche désigné. Un souscripteur à MTN qui choisit d'acheter le produit peut s'attendre à payer un montant compris entre 0,66 $US et 3 $US par des primes mensuelles. La couverture associée va de 330 $US à 1 300 $US pour les deux assurances Vie.

Technologie dans le lancement de polices : Avec MiLife, les souscripteurs à MTN qui ont également MTN Mobile Money peuvent enregistrer leur couverture soit auprès d'un agent de MTN Mobile Money soit directement par leur téléphone. Après le lancement de la police, le souscripteur reçoit une confirmation par SMS que la police a été activée. Le SMS contient également un code PIN unique qui sert de numéro de police du client. Les clients utilisent ce code PIN pour apporter des modifications au statut ou pour vérifier l'état de la police en utilisant un menu interactif sur leur téléphone mobile.

Technologie de collecte des primes : Les primes sont déduites automatiquement mensuellement du porte-monnaie mobile du client. On rappelle, par SMS, aux client de recharger son portemonnaie mobile juste avant l'échéance du paiement. Une fois que les primes ont été déduites, le client reçoit un SMS lui notifiant que la couverture a été renouvelée pour le mois suivant. La couverture ne dure qu'un mois, jusqu'à ce que la prime mensuelle suivante soit déduite.

Technologie du paiement des demandes d'indemnités : Les demandes d'indemnités peuvent être effectuées de deux manières : Dans la première option, le client envoie un SMS à un numéro spécifié et le centre d'appel rappelle immédiatement avec des instructions supplémentaires. Dans la seconde option, le client peut aller jusqu'à un magasin MTN où des agents dédiés offrent une assistance. Dans les deux cas, il faut présenter des documents avant le traitement des demandes d'indemnités. Le paiement est effectué dans le porte-monnaie mobile du client et se fait dans les deux semaines après réception des documents (Gross, 2011).

La plate-forme mobile présente de nombreux avantages par rapport aux modèles traditionnels de vente d'assurances. Par exemple, les assureurs peuvent abaisser le coût de collecte des primes et de paiement des demandes d'indemnités. Il n'est par conséquent pas surprenant que les primes mensuelles de MiLife soient 50 à 90 % moins chères que les produits comparables du marché. De plus,

comme les téléphones mobiles se trouvent partout au Ghana, l'argent mobile constitue une plate-forme de distribution de masse efficace.

L'utilisation de téléphones mobiles pour vendre de l'assurance présente de nombreux avantages en plus de l'abaissement des coûts. Par exemple, l'utilisation de rappels par SMS améliore le flux de communication entre la compagnie d'assurance et l'assuré et améliore la persévérance dans le paiement des primes. En second lieu, il autorise les clients à gérer leur police de manière facilement accessible et efficace en terme de coût. Le fait que les clients puissent utiliser une technologie familière comme le téléphone mobile à des fins d'assurance pourrait combler le « vide » en matière de confiance en l'assurance laissé par les personnes à faible revenu.

Le pilote MiLife au Ghana a permis à l'assureur et l'intermédiaire, dans ce cas Hollard and MicroEnsurence, de tirer des leçons sur l'impact et les limites de la technologie dans le modèle d'activité :

– En dépit de la capacité de la technologie à baisser les coûts d'interaction avec les clients, les clients préfèrent toujours une interaction face à face si le choix leur était donné. Les souscripteurs peuvent enregistrer leur police via leur téléphone mobile ou par le biais d'agents dédiés dans des magasins MTN. La majorité des souscripteurs choisissent la dernière option. Avoir quelqu'un pour expliquer le processus d'enregistrement et les formulations de la police semble conférer un certain degré de confort, en particulier dans un pays dans lequel seulement 5 % de la population adulte possède une couverture d'assurance (FinMark Trust, 2011).
– Le succès des produits comme MiLife repose sur le fait d'avoir une plate-forme de paiement par téléphonie mobile qui fonctionne bien. La plate-forme a besoin d'être améliorée en permanence pour garantir qu'elle reste conviviale pour l'utilisateur et nécessite également une maintenance régulière, en particulier à mesure que les opérations d'assurance par téléphonie mobile se développent. L'étendue sur laquelle cela peut être fait est limitée par les ressources qu'un opérateur de réseau de téléphonie mobile (MNO) peut y consacrer. Tant que les appels téléphoniques restent le principal générateur de revenus pour la plupart des MNO dans le monde en voie de développement, des fonds à investir dans les anciens services resteront limités.

Sources : Leach, 2011 ; MicroEnsure, 2011.

24.6 Conclusion

La technologie promet d'augmenter le rendement et de permettre aux prestataires d'atteindre un facteur d'échelle en intégrant diverses opérations dans toute la chaîne de valeur, y compris l'assureur et son partenaire de distribution. Elle promet d'abaisser les coûts d'administration, de toucher les clients éloignés, de collecter les primes et de payer les demandes d'indemnités, mais peut également remplir d'autres fonctions telles que le développement de produits ou les communications.

La diffusion des téléphones mobiles a eu un impact très important sur la fonction de communication remplie par la technologie en micro-assurance. Les compagnies d'assurances peuvent communiquer instantanément avec leurs clients à chaque étape d'interaction, depuis le lancement de la police jusqu'à l'ajustement de la police et les demandes d'indemnités, par des messages textes ainsi que par communication vocale. De plus, le transfert d'argent dans les processus de collecte de primes et de paiement des demandes d'indemnités a été révolutionné par la carte à puce et la technologie du porte-monnaie mobile.

Il est cependant important de mettre l'accent sur le fait que la technologie n'est pas une panacée lorsqu'il s'agit de micro-assurance. La capacité de la technologie à avoir un impact positif sur l'activité de micro-assurance dépend directement de la solidité du modèle d'activité, de la relation entre celui qui porte le risque et son partenaire de distribution (là où c'est applicable), les opérations et systèmes internes existants.

Dans ce contexte, la micro-assurance peut tirer de précieuses leçons de la microfinance. Par exemple, certaines IMF ont eu l'impression que la technologie aiderait à résoudre leurs problèmes, mais a négligé de recenser et d'épurer leurs processus d'activité avant l'installation des systèmes. Cela réduit l'efficacité du MIS et son impact sur leur activité générale, et peut conduire à une vision selon laquelle cela n'a pas apporté les avantages promis. En l'absence de processus et de systèmes d'administration forts et efficaces, la technologie d'interface client intéressante ou « séduisante » est susceptible de ne pas être fructueuse.

Bien que la technologie puisse rendre la vie d'un micro-assureur plus facile, elle pose également un certain nombre de défis. Une fois que l'investissement dans une technologie a été fait, il est difficile de revenir sur sa décision. Il est donc important pour le micro-assureur ou son partenaire de distribution d'avoir une approche prospective lorsqu'il fait l'investissement ; sinon il y aura un risque que la technologie devienne une contrainte pour l'activité.

De plus, bien que la technologie ait le pouvoir d'abaisser les coûts dans toute la chaîne de valeur, dans certains cas elle peut en réalité finir par augmenter les coûts, comme dans l'exemple des primes d'assurance payées par le temps de connexion des téléphones mobiles. Lorsque l'on décide d'acheter une technologie, il est par conséquent important de rechercher un équilibre entre l'améliora-

tion du service client et l'efficacité générale d'une part, et le coût d'achat d'autre part (Fuller, 2011).

L'innovation technologique a le pouvoir de révolutionner la distribution de la micro-assurance. Pour atteindre ce but, il est important d'avoir à l'esprit que la technologie choisie n'a pas nécessairement besoin d'être complexe, mais devrait simplement être capable de répondre de façon souple aux besoins du micro-assureur, de son partenaire de distribution et ses clients. Cela nécessitera un diagnostic intelligent des domaines dans lesquels la technologie peut apporter une contribution, suivi par une mise en œuvre ciblée.

25 Accès à l'assurance et réglementation du secteur financier

Arup Chatterjee

L'auteur remercie les nombreux réviseurs, dont Hennie Bester (Cenfri), Rodney Lester (Consultant), Dirk Reinhard (Munich Re Foundation), Craig Thorbum (Banque Mondiale), Martina Wiedmaier-Pfister (Consultant chez GIZ) et Henry Yan (Access to Insurance Initiative), de leur contribution et de leurs conseils perspicaces.

L'appel du G20 à promouvoir des approches réglementaires et politiques afin d'améliorer l'accès financier, l'éducation en matière de finances et la protection des consommateurs en 2010 a représenté un changement de paradigme pour la communauté financière internationale. On admet de plus en plus que toute mesure pour stimuler la croissance économique et stabiliser le système financier doit être associée à de plus gros efforts pour affronter les problèmes structurels de l'extrême pauvreté et de l'inégalité, en particulier dans les pays développés (Matsura, 2009). La reconnaissance et l'importance données au développement du secteur financier et à la croissance inclusive ont encouragé le G20 à charger les organismes internationaux de normalisation de voir comment ils pourraient davantage contribuer à l'inclusion financière (Communiqué du G20, 2010). Cette visibilité accrue de l'inclusion financière sur le programme mondial a apporté un appui important aux initiatives réglementaires et politiques nationales dans de nombreux pays.

Ce problème, auquel les assureurs et les régulateurs sont confrontés, est celui de développer une structure qui permettra au système financier de fournir des services abordables de façon efficace à la population exclue sans compromettre la stabilité systémique. Il faudrait se focaliser sur l'amélioration du facteur d'échelle, de la qualité et la durabilité des divers services financiers pertinents pour les gens pauvres tout en offrant un niveau élevé de protection des consommateurs par un contrôle prudentiel et de bonnes incitations.

Ce chapitre fait appel à la recherche internationale et aux discussions sur l'inclusion financière pour explorer comment des politiques et réglementations saines peuvent ouvrir la voie au développement de marchés de l'assurance efficaces, durables et stables pour les personnes pauvres. Il explique en outre pourquoi un marché de l'assurance bien réglementé pourrait offrir une protection contre le risque et contribuer à réduire la pauvreté au-delà de l'impact combiné des systèmes de protection publics et des systèmes d'appui mutuels informels existants. Pour exposer cet argument, le chapitre répond à six questions :

1. Pourquoi l'inclusion financière inclut-elle de l'assurance ?
2. Y a-t-il un compromis entre le rôle prudentiel et le rôle de développement ?

3. Quelles ont été les diverses interventions réglementaires pour faciliter l'accès à l'assurance ?
4. Quelle a été l'approche du traitement des prestataires informels et des mutuelles, coopératives et organismes communautaires dans l'offre d'assurance ?
5. Quel est l'approche des canaux de distribution alternatifs et des entités apportant des solutions innovantes et à faible coût vis-à-vis de l'inclusion financière ?
6. Quels sont les problèmes importants en matière de protection des consommateurs qu'il faut prendre en compte lorsque l'on développe l'accès à l'assurance ?

25.1 Inclusion financière et assurance

Bien qu'il semble y avoir un consensus sur l'importance de l'inclusion financière, le même consensus n'existe pas autour de sa définition. L'inclusion financière devrait améliorer la gamme, la qualité et la disponibilité de services pour ceux qui sont actuellement exclus par le système financier. Cependant, l'inclusion financière est souvent perçue comme permettant aux personnes d'accéder au système bancaire en zone rurale. On tend à oublier que des segments importants de la population urbaine sont également exclus du système financier formel et que l'accès signifie plus que la capacité à obtenir des prêts – les services financiers sont nécessaires pour lisser la consommation dans le temps, diversifier les risques et protéger les moyens d'existence.

En effet, l'évolution du microcrédit vers l'inclusion financière a trois implications. Tout d'abord, le marché cible est plus large que les seules micro-entreprises et petites entreprises ; il inclut toutes les personnes à faible revenu. Deuxièmement, la demande des ménages à faible revenu en matière de services financiers inclut un certain nombre de produits, tels que l'épargne, les prêts, les versements et l'assurance. Enfin, une série d'organismes, incluant les organisations non gouvernementales (ONG), les coopératives financières, les banques du commerce et d'État et des institutions financières non bancaires, pourrait offrir un accès efficace et abordable tout en générant des revenus suffisants pour rendre les réseaux de distribution durables.

L'Association internationale des contrôleurs d'assurance (AICA) définit la micro-assurance comme la forme de protection contre les risques conçue pour les personnes à faible revenu, qui leur est accessible, et offerte par différentes catégories d'assureurs mais qui fonctionne sur des principes d'assurance de base et est financée par les primes (AICA, 2007). Cette définition laisse la porte ouverte à une série d'arrangements institutionnels qui devraient idéalement être le champ de l'autorité de régulation de l'assurance. Étant donné que la protection des consommateurs pour le segment de la population à faible revenu est particulièrement critique, un contrôleur d'assurance qui peut surveiller toutes les activités d'assurance

est un élément important pour maintenir la confiance dans le système d'assurance (McCord et al., 2008).

S'exposer au risque a pour conséquence que la consommation des ménages est très volatile dans le temps, ce qui perpétue le cycle de pauvreté (Elbers et al., 2007 ; Dercon et al., 2009). Mais comment les assureurs abordent-ils cette question ? En 2008, le Committee on Financial Inclusion en Inde a observé que le microcrédit sans micro-assurance avait un mauvais comportement financier. D'un point de vue politique, l'inclusion financière doit inclure l'accès au paiement, au crédit, à l'épargne et à l'assurance pour atteindre des résultats efficaces et durables. Adopter une approche intégrée est critique pour accélérer la prestation de services financiers à des groupes marginalisés à faible revenu par le biais de diverses institutions dynamiques et fortes, à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

25.2 Rôle prudentiel et rôle de développement – y a-t-il un compromis ?

Les contrôleurs en assurance ont traditionnellement d'importantes fonctions économiques et sociales et contribuent à la stabilité sur le long terme avec deux objectifs.

1) **Prudentiel :** Pour garantir que les engagements pris dans les contrats d'assurance puissent être respectés à tout moment ; et
2) **Pratiques du marché :** Pour garantir que les intérêts de l'assuré sont sauvegardés de façon adéquate.

Une importance significative est attachée à la supervision prudentielle (solidité financière) pour garantir que les assureurs restent solvables de sorte qu'ils peuvent honorer leurs accords contractuels dans le temps. En particulier, les assureurs doivent établir des provisions techniques adéquates, augmenter leurs actifs de façon sûre et rentable, et observer les principes de bonnes pratiques commerciales.

Récemment, un troisième objectif a émergé : le rôle de développement des contrôleurs d'assurance pour augmenter la disponibilité et l'accessibilité de l'assurance. Ce nouveau rôle va du développement des institutions et de l'infrastructure de marché nécessaires à un système financier moderne devant renforcer les fondements de l'économie. L'intention est d'étendre le marché de l'assurance par des innovations dans la distribution et la structure des produits, et l'utilisation de nouvelles technologies, pour atteindre des segments non desservis de la population. Cette nouvelle dimension impose des responsabilités onéreuses aux régulateurs pour motiver les agents politiques et économiques à participer à un marché qui fonctionne, puis à superviser ce marché.

Ajouter un rôle de développement au mandat traditionnel soulève la question de savoir s'il y a un compromis entre la proximité et la durabilité, entre l'inclusion financière et le mandat traditionnel du régulateur. Et, si c'est le cas, comment cela est-il géré ? En surface, il semble qu'il y ait un conflit inhérent entre les deux. Par exemple, les réglementations qui sont destinées à promouvoir la stabilité, telles que les exigences de capital et de solvabilité, peuvent avoir pour résultat des coûts de conformité élevés qui pourraient pousser hors du marché des assureurs plus petits et plus innovants ayant un programme de développement.

La supervision prudentielle concerne la surveillance et l'atténuation des risques efficaces. Cependant, le développement se focalise sur la facilitation de l'innovation et de l'esprit d'entreprise dans l'activité, ce qui entraîne souvent des prises de risque. Ce conflit est salutaire s'il offre des incitations à discuter du futur ; il peut également être débilitant si des groupes d'intérêts deviennent inflexibles dans des positions irréconciliables. La réglementation implique l'utilisation d'un ensemble de règles, de normes et de codes de pratiques qui sont généralement des techniques éprouvées et testées, tandis que le développement par l'innovation peut nécessiter de nouvelles règles et de nouvelles normes. Schumpeter (1949) a utilisé le terme de « destruction créative » pour décrire le processus de développement. Lorsque l'on crée de nouvelles connaissances, règles et normes, on doit se débarrasser des anciennes ou les adapter. Ici, le conflit se situe souvent entre les processus de développement et de réglementation.

Souvent, de façon plus fondamentale, la réglementation et le développement ne sont pas incompatibles. En fait, ils sont complémentaires. Un secteur de services financiers bien réglementé et supervisé n'est pas une fin en soi. Un régulateur promeut la solidité financière parce qu'elle est une composante vitale de la croissance et du développement économique. Les institutions financières pénètrent le marché dans une large mesure parce que le régime réglementaire offre un système financier sain, stable et bien réglementé. Par conséquent, la supervision et le développement travaillent main dans la main pour promouvoir un secteur de services financiers sain et progressiste.

Pour comprendre le rôle du régulateur d'assurance dans le développement, une vue plus large de l'activité de l'assurance et de son rôle dans le développement économique est également nécessaire. Une coordination efficace entre les rôles de supervision et de développement est vitale, de sorte que les règles et réglementations puissent être favorables à l'activité sans miner les principes de base d'une bonne supervision. Comme le montre l'encadré 25.1, l'équilibre délicat entre les rôles de supervision et de développement est mieux atteint au sein d'une organisation ayant un objectif commun plutôt que par le biais d'agences séparées dont les objectifs sont éventuellement conflictuels.

Il y a plusieurs synergies entre la stabilité financière et l'inclusion financière car cela concerne l'assurance. Zingales (2009) indique que la réglementation

joue un rôle clé dans le renforcement de la confiance en l'assurance et est un facteur important dans le développement d'une industrie naissante. D'un point de vue prudentiel, un accès correct à l'assurance n'est pas possible si les entités qui acceptent des primes d'assurance ne sont pas bien réglementées. En outre, pour un secteur de l'assurance qui connaît une croissance salutaire, il est nécessaire d'avoir des fondations solides et stables. De gros volumes de petites polices peuvent constituer de telles fondations parce qu'ils ne représentent pas une concentration de risque, et qu'ils doivent avoir une expérience stable en matière de demandes d'indemnités en raison de la loi sur les grands nombres.

Encadré 25.1

Prendre une part active au développement d'un marché de la micro-assurance en Inde

Lorsque l'organisme de réglementation de l'assurance en Inde a été créé en 1999, il s'appelait Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA), reflétant le rôle de développement fort que le gouvernement envisageait pour le régulateur dans le soutien de la croissance ordonnée du marché de l'assurance. Cette approche a eu pour résultat un secteur de la micro-assurance dynamique et important par le biais d'une législation en matière d'assurance obligeant les compagnies à vendre de l'assurance aux secteurs « ruraux et sociaux », ce qui est grosso modo équivalent de la micro-assurance.

Comme décrit au chapitre 20, la croissance de la micro-assurance en Inde, et la prolifération de l'innovation dans la distribution, la conception de produits et la gamme de produits, a été fortement influencée par le rôle de l'IRDA dans le développement. Bien que certains assureurs perçoivent les mandats comme un coût d'activité, la réglementation a envoyé des signaux importants pour induire le secteur à découvrir le segment des personnes à faible revenu.

Cependant, les approches nécessitent d'être évaluées soigneusement pour garantir que les prestataires d'assurance ont un authentique intérêt commercial et que la politique du gouvernement crée un marché sain et durable. Les critiques des mandats des secteurs ruraux et sociaux ne se rendent souvent pas compte que de nombreux assureurs vont régulièrement au-delà de leurs objectifs. Pour évaluer si une telle approche serait efficace dans d'autres pays, il est important de considérer si les produits d'assurances sont viables et s'ils permettent une optimisation de la valeur, par une analyse des taux de renonciation et de résiliation et les niveaux d'utilisation.

Source : Auteur.

Pour équilibrer ce compromis potentiel, les assureurs jouent un rôle important dans la création de bonnes incitations et du bon environnement compétitif pour que les institutions financières répondent aux opportunités en matière d'inclusion financière. Si les assureurs et les intermédiaires tirent avantage de cette perspective, ils doivent obtenir des économies d'échelle. Cela requiert de la part des marchés de croître jusqu'à une taille optimale, ce qui n'est pas possible sans capital. Les investisseurs et les prêteurs ne se sentent à l'aise dans l'apport de plus de financement que si de telles entités sont bien réglementées. En d'autres termes, un cadre politique et réglementaire sain en matière d'assurance joue également un rôle clé dans l'encouragement à l'investissement.

Comme c'est résumé dans l'introduction de ce volume, l'accès à l'assurance a des effets positifs sur l'économie en ce qu'il réduit les déséquilibres de développement, vient en complément des organismes de protection sociale, réduit l'épargne de précaution élevée, stimule la demande intérieure, augmente les dépenses en infrastructures et améliore la gouvernance des sociétés et du secteur public, tout cela conduisant à une plus grande efficacité économique générale. Grâce aux bonnes réformes, le secteur de l'assurance peut être un véhicule important pour encourager les initiatives visant à améliorer le bien-être social. On doit continuer à encourager l'innovation tout en s'assurant que les complexités sont comprises, que les risques sont atténués et que ceux qui souhaitent prendre des risques sont récompensés (Mukherjee, 2011).

25.3 Interventions réglementaires grâce à des cadres politiques

Un cadre de l'inclusion financière nécessite de se conformer à des normes internationales. L'industrie de l'assurance suit les principes de base de l'assurance (Insurance Core Principles – ICP) de l'AICA et les normes et directives associées.[1] Les ICP confèrent en général une souplesse suffisante permettant une adaptation aux conditions nationales. Cependant, la relation entre les normes internationales et l'inclusion financière n'est souvent pas bien comprise et il y a encore une marge pour une meilleure élaboration et de meilleures directives.

Pour atteindre cela, l'AICA a créé en 2005 un groupe de travail conjoint pour créer une plateforme pour les assureurs, les régulateurs et les praticiens du développement afin de partager leurs expériences. L'implication active de ces intervenants a contribué au développement d'un corpus grandissant de connaissance sur les aspects de la micro-assurance en matière de réglementation, de supervision et de politique, incluant le développement de directives pour appliquer les ICP en appui de l'inclusion financière.

[1] Pour plus d'informations sur les principes d'Insurance Core Principles et les normes et directives associées, voir www.iaisweb.org.

De même, des travaux de ce groupe de travail conjoint a émergé l'Access to Insurance Initiative *(voir encadré 1.4).* Lancé par l'AICA et les partenaires de développement en 2009, l'Initiative facilite l'inclusion financière en promouvant la réglementation et la supervision efficaces et proportionnées du marché de l'assurance. Dès le début, l'Initiative a effectué une analyse systématique du secteur de la micro-assurance dans plusieurs pays pour obtenir des informations en appui de recommandations politiques constructives. La preuve disponible jusqu'à présent a aidé à esquisser les leviers clés d'un cadre réglementaire prudentiel qui vient appuyer l'expansion durable de la micro-assurance, comme le résume la figure 25.1 et le montre en détail le reste du présent chapitre. Ces leviers sont également en conformité avec les principes du G20 pour l'Innovative Financial Inclusion *(voir tableau 25.1)* – une réflexion sur la manière dont un environnement politique et réglementaire adéquat peut inciter une innovation en matière d'inclusion financière et garantir en même temps une stabilité financière et une protection des consommateurs.

Tableau 25.1

Principes du G20 pour l'Innovative Financial Inclusion : exemples de pays dans le secteur de l'assurance

1. Direction : Cultiver une large participation gouvernementale à l'inclusion financière pour aider à réduire la pauvreté :

Chine
– Tout le travail effectué par le gouvernement vise à permettre au peuple de « mener une vie digne et meilleure », et de rendre la société plus impartiale et harmonieuse.
– La China Insurance Regulatory Commision (CIRC) facilite actuellement le développement du marché de la micro-assurance en encourageant les assureurs à entreprendre des projets pilotes en zones rurales.

Inde
– L'innovation en termes de distribution et de gamme de produits a été fortement influencée par le rôle du IRDA en matière de développement *(voir encadré 25.1).*
– Les « Obligations des Assureurs vis-à-vis des Secteurs Ruraux et Sociaux » requièrent que tous les assureurs satisfassent à des objectifs spécifiques.

2. Diversité : Mettre en place des politiques qui promeuvent la concurrence et fournissent des incitations commerciales pour accéder de façon durable à une large gamme de services financiers accessibles proposés par une diversité de prestataires de services.

Inde
– Le IRDA a assoupli les réglementations sur les agents pour les produits de la micro-assurance, a encouragé les liens entre les assureurs réglementés et les ONG et les groupes d'entraide, et a permis la vente de produits d'assurance composites.
– Les groupes d'entraide sont autorisés à collecter des formulaires de proposition, à collecter et reverser des primes, à effectuer des services de gestion de police et à apporter une assistance au processus de règlement des demandes d'indemnités, et sont par conséquent rémunérés à un niveau plus élevé que les agents d'assurance conventionnels.

Pérou
– La réglementation en matière de micro-assurance élargit le type d'organisation pouvant jouer le rôle d'agents, par exemple les institutions de microfinance, les syndicats et autres *(voir encadré 25.3).*

3. Innovation : Promouvoir l'innovation technologique et institutionnelle comme moyen pour développer l'accès au système financier et son utilisation, y compris aborder les faiblesses de l'infrastructure.

Inde
– Les solutions de technologie innovante permise par FINO *(voir encadré 25.6)* incluant des cartes à puces biométriques et des terminaux de points de vente portables.

Kenya
– « Kilimo Salama » utilise les technologies de téléphonie mobile et l'expertise de fermiers et de personnes du secteur rural pour fournir une couverture fiable à faible coût en cas de précipitations excessives ou trop faibles *(voir encadré 24.3).*
– L'utilisation d'un système de données et paiement par téléphone mobile à faible coût et de stations météorologiques solaires automatisées pour offrir aux fermiers une assurance abordable « à payer au moment de la plantation » afin de protéger leur investissement dans des semences à haut rendement.

4. Protection: Encourager une approche étendue de la protection des consommateurs qui reconnaît le rôle du gouvernement, des prestataires et des consommateurs.

Afrique du Sud
– La législation prescrit des normes minimales concernant les pratiques d'activité, les polices et la protection des assurés.
– Un Consumer Education Department dédié dont diverses initiatives sont en place pour éduquer les consommateurs.
– Des communiqués de presse pour mettre en garde contre des opérateurs non inscrits.
– Les associations du secteur de l'assurance ont des projets de médiateur en place.

Inde
– Réglementation en matière de protection des assurés, qui traite tous les aspects de la protection des assurés dans la chaîne de valeur de l'assurance.
– Médiateur en matière d'assurance dans 12 villes pour traiter les réclamations des consommateurs.

5. Responsabilisation : Développer l'éducation en matière de finance et la capacité financière.

Ghana
– La National Insurance Commission vient appuyer le travail en matière d'éducation incluant une focalisation sur le segment des personnes à faible revenu.

Inde
– L'IRDA a une stratégie de publicité étendue pour promouvoir la sensibilisation des consommateurs à l'assurance sous forme de médias imprimés et électroniques dans 13 langues régionales.

6. Coopération : Créer un environnement institutionnel avec des lignes claires de responsabilité et de coordination au sein du gouvernement et également encourager des partenariats et des consultations directes entre le gouvernement, les parties prenantes dans l'activité et autres.

Philippines
– La Insurance Commission a émis un ensemble séparé de règles, conjointement avec les Securities and Exchange Commission (SEC) et le Cooperative Development Authority (CDA), pour cesser « l'assurance informelle » et « les projets similaires à l'assurance » offerts par différents organismes *(voir encadré 25.5).*

Brésil
– Le SUSEP a créé un Microinsurance Commission interdisciplinaire comprenant des entités gouvernementales, le secteur de l'assurance et les universitaires *(voir encadré 25.2).*

7. Connaissance : Utiliser des données améliorées pour mener une politique factuelle, mesurer le progrès et prendre en compte une approche progressive par « test et apprentissage » acceptable par le régulateur et par le prestataire de services.

Approche globale de l'AICA
– Depuis 2006, l'AICA, en coopération avec le Microinsurance Network, facilite activement l'apprentissage entre les décideurs politiques de plus de 40 pays et prépare des directives pour le développement de la micro-assurance qui sont en conformité avec les normes internationales.

8. Proportionnalité : Elaborer un cadre politique et réglementaire qui soit proportionnel aux risques et aux avantages impliqués dans de tels produits et services innovants et qui soit fondé sur une compréhension des manques et des barrières dans la réglementation existante.

Philippines
– La Insurance Commission a adapté sa réglementation des associations mutualistes (MBA), en créant un nouveau niveau de « Microinsurance (MI) MBA ».
– Des produits simples, des conditions stipulées pour se conformer aux normes de performances et des critères d'éligibilité définis pour la micro-assurance fondés sur la référence du salaire journalier minimum des travailleurs non-agricoles.

Afrique de l'Ouest (UEMOA)
– La législation de l'UEMOA a développé un cadre multinational qui permet à des mutuelles de santé de souscrire une assurance Santé utilisant des conditions simplifiées en matière de comptabilité.

9. Cadre : refléter les normes internationales et les circonstances nationales, et encourager un environnement concurrentiel ; introduire un régime approprié, souple, fondé sur le risque pour lutter contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme (AML/CFT) ; fixer les conditions pour l'utilisation d'agents comme interface client ; créer un régime réglementaire clair pour la valeur stockée électroniquement ; des incitations commerciales pour atteindre l'objectif à long terme d'une large interopérabilité et interconnexion.

Inde
– En ce qui concerne les conditions pour « apprendre à connaître son client » (KYC), on a assoupli les normes en exemptant les clients de la micro-assurance des conditions de soumettre une photographie récente et une preuve de résidence pour les polices d'assurance Vie détenues par une seule personne jusqu'à une prime annuelle totale de 10 000 INR (220 $US).

Figure 25.1 **Leviers reposant sur la réglementation et la supervision pour améliorer l'accès à l'assurance**

Directives de la politique

- Prendre une part active au développement d'un marché de la micro-assurance
- Adopter une politique de micro-assurance en tant que partie d'un objectif plus large d'inclusion financière

Directives prudentielles

- Définir la catégorie de produits de micro-assurance
- Adapter la réglementations au caractère risqué de la catégorie de produits de micro-assurance
- Permettre la souscription de la micro-assurance par de multiples entités
- Montrer la voie à suivre pour officialiser des prestataires d'assurance informels et non réglementés

Directives en matière de pratiques du marché

- Créer un régime souple pour la distribution de la micro-assurance
- Faciliter la vente active de la micro-assurance

Supervision et mise en application

- Surveiller les développements du marché et répondre par des ajustements réglementaires appropriés
- Utiliser la capacité du marché pour appuyer la supervision dans des domaines à faible risque

Source : Bester et al., 2009.

Prendre une part active au développement du marché de la micro-assurance

En travaillant avec les participants du marché et d'autres régulateurs intersectoriels, les superviseurs de l'assurance peuvent faciliter une prestation d'assurance concurrentielle pour les ménages à faible revenu et les petites entreprises de manière efficace et efficiente. Cela requiert de rechercher et d'identifier les obstacles inhibant le développement du marché, incluant les problèmes d'offre et de demande, ainsi que les défis réglementaires possibles, puis de dialoguer avec des parties prenantes clés pour identifier les solutions possibles.[2]

Encadré 25.2 **Développement d'une stratégie de micro-assurance nationale : l'expérience brésilienne**

En avril 2008, la Superintêndencia de Seguros Privados (SUSEP), l'autorité brésilienne en matière d'assurance, a constitué un Microinsurance Consultative Commission avec des représentants du secteur public (SUSEP, Ministère des Finances, Banque Centrale et Ministère de la Sécurité Sociale) et le secteur privé (Fédération des assureurs, Fédération des courtiers et École Nationale d'Assurance). L'objectif était de développer et de mettre en application un cadre réglementaire approprié pour le développement de la micro-assurance. La participation à d'autres corps gouvernementaux dans le processus a élargi la sensibilisation de ceux responsables de la définition de politiques qui affectent le secteur de l'assu-

[2] Pour plus d'informations sur la façon de mener un tel examen, voir Access to Insurance Initiative's Toolkit N°2 (Bester et al., 2010).

rance. Un Working Group on Microinsurance a également été constitué au sein du SUSEP comprenant des techniciens de différents départements (par exemple l'actuariat, les statistiques, la supervision sur site et hors site) pour venir en appui à la Commission.

La commission a produit des rapports sur la définition de la « micro-assurance » et de la « population à faible revenu » au Brésil, l'identification de barrières réglementaires, l'identification des parties prenantes et de leurs rôles, et les produits et paramètres de la micro-assurance. Les propositions de la Commission ont été présentées et discutées dans deux ateliers avec des parties prenantes en septembre et décembre 2009 avant finalisation.

En parallèle, un Projet de Loi sur la micro-assurance a été introduit au Congrès Brésilien en avril 2008. En conformité avec les propositions de la Commission, SUSEP a recommandé d'apporter au Projet de Loi des changements, qui y ont été incorporés comme prévu. S'il est voté, le Projet de Loi créera des catégories pour les « courtiers en micro-assurance » et les « correspondants en micro-assurance », et accorde une licence spécifique pour vendre de la micro-assurance. Le projet de loi propose également de créer un régime de taxes spécial pour les opérations de micro-assurance et pour les employeurs qui contractent une micro-assurance pour leurs employés qui réduise de façon spectaculaire la pression fiscale sur la micro-assurance.

Après la désignation du nouveau Directeur de l'Assurance en 2011, la plupart des dispositions du Projet de Loi sur la Micro-assurance à l'exception des dispositions sur les taxes, ont été incorporées dans un Projet de Résolution du Conseil National de l'Assurance Privée (Conselho Nacional de Seguros Privados).

Source : Adapté de Simões, 2010.

Adopter une politique de micro-assurance

Pour la plupart des pays en voie de développement, l'agenda des reformes, pour développer une base légale et institutionnelle destinée à sous-tendre l'expansion de la micro-assurance, a besoin d'être exposé dans les grandes lignes comme partie intégrante d'une politique du secteur financier. Une série d'approches peut être choisie pour aborder les barrières, en matière de concurrence, d'infrastructure des marchés et de réglementations, à l'expansion des marchés de l'assurance, incluant une approche proactive par le gouvernement des questions d'inclusion, d'ouverture à l'innovation, en encourageant de larges alliances, stimulant l'intérêt du secteur privé, offrant des services de soutien, tels que l'infrastructure des systèmes de paiement et d'éducation en matière de finance, collectant et fournissant des données sur la fréquence et la gravité des pertes, et portant une soigneuse attention à la proportionnalité.

Toutes ces approches peuvent contribuer au développement d'une politique publique pertinente en matière d'assurance inclusive, comme celle entreprise par plusieurs pays ces dernières années. Par exemple, comme c'est décrit dans l'Encadré 25.2, le Brésil s'est engagé publiquement dans la micro-assurance. Grâce au dialogue avec les parties prenantes, les autorités ont fait preuve d'initiative dans la poursuite de politiques en direction de la micro-assurance afin de créer et promouvoir une concurrence juste et d'amorcer un développement du marché. Pour ce faire, ils ont tenté d'améliorer leur compréhension du marché existant et potentiel de l'assurance.

Définir une catégorie de produits de micro-assurance à faible risque

Dans la plupart des marchés de la micro-assurance : (1) les produits tendent à entraîner moins de risque que les produits d'assurance conventionnels, ainsi que moins d'avantages, avec quelques exceptions ; (2) les termes de police tendent à être courts, souvent d'une année ou moins ; (3) les événements à risque couverts sont relativement prévisibles et l'impact financier de chaque événement est relativement faible ; et (4) les clauses de la police tendent à être simples, de sorte que pour le marché elles sont faciles à comprendre et évitent des processus de souscription complexes. La micro-assurance est souvent vendue sur une base de groupe et ne requiert pas de souscription individuelle. On peut normalement aborder la pression de la réglementation qui inhibe la croissance de la micro-assurance, mais qui ne peut pas être réduite à tous les niveaux, en définissant une catégorie de produits fondés sur ces caractéristiques, qui réduira systématiquement le risque, en réduisant les règles de pratiques prudentielles et de marché.

Les raisons pour définir une catégorie de produits pour la micro-assurance est de permettre un traitement différentiel. Comme c'est décrit au Chapitre 1, les définitions peuvent être liées à divers facteurs incluant le produit, le groupe cible et même le prestataire ou le canal de distribution, et elles peuvent être d'ordre qualitatif ou quantitatif *(voir tableau 25.2).* Les définitions qualitatives sont habituellement appropriées à des formulations de police plus larges dans le secteur financier. Une définition quantitative de la couverture, basée sur un montant de prime ou une somme assurés, par exemple, peut être nécessaire pour définir une branche d'activité de la micro-assurance. Lorsque l'on définit une catégorie de produits, l'étendue devrait être aussi large que possible en termes de périls couverts ainsi que de niveaux d'avantages maximum. Cependant, les définitions quantitatives peuvent être problématiques à administrer pour les assureurs et les superviseurs. Si cela peut être évité, une définition quantitative nécessite d'aligner les profils d'activité résultants sur la réglementation et la supervision proportionnées attendues.

Il est également important de prendre en compte comment la définition affecte les prestataires d'assurance, comme l'illustre l'expérience au Pérou *(voir*

encadré 25.3). La définition d'un produit devrait favoriser la pénétration du marché par l'assurance tout en maintenant une intégration opérationnelle avec le secteur de l'assurance. Cela nécessite également de prévoir un mécanisme facile pour ajuster les niveaux d'avantages en accord avec l'inflation et les variations du marché.

Tableau 25.2 **Définitions réglementaires des produits de micro-assurance**

	Inde	*Philippines*	*Pérou (3/2007 à 9/2009)*	*Afrique du Sud (proposé)*	*Brésil (proposé)*
Groupe cible	IRDA définit le secteur comme : – une population inférieure à 5 000 ; – une densité de population inférieure à 400 par kilomètre carré ; et – plus de 25 % de la population masculine qui travaille et qui est engagée dans des activités agricoles RSBY définit sa population cible comme : – des travailleurs sous le seuil de pauvreté dans le secteur non-organisé et leurs famille	Ceux qui sont défavorisés et qui ont besoin d'une protection contre les risques et d'une aide contre la détresse et les revers de fortune	1,1 million de gens, ayant accès à des services financiers de base, qui ne vivent pas en extrême pauvreté mais qui sont néanmoins pauvres	La population à faible revenu, appelée également marché de masse	La population avec un revenu mensuel par personne de plus de deux salaires minimum dans les secteurs formel et informel de l'économie.
Définition du produit	Vie – somme maximale assurée 1 230 $US – somme minimale assurée 123 $US – Age : >18, <60 – Terme : >5, <15 ans Assurance Non-vie : – somme maximale assurée 740 $US – somme minimale assurée 12 $US	Assurance Vie : – Prime annuelle maximale : 5 % du salaire quotidien minimum pour des travailleurs non agricoles à Manille, actuellement 25,5 $US	Couverture d'assurance Vie et liée aux actifs : – prime maximale 3,30 $US – somme maximale assurée 3 300 $US – Période de grâce maximale de 30 jours Distinction entre groupe et individu	Assurance liée aux actifs : – somme maximale assurée 12 500 $US Autre micro-assurance : – somme maximale assurée 6 250 $US – couverture limitée au risque seulement	Paramètres spécifiques à fixer proposés par la législation : – besoin de simplicité – cibler le marché de la micro-assurance – paramètres du produit
Prestataire définition	Pas de réduction Produits d'assurance Vie composite et de micro-assurance autres que l'assurance Vie autorisés, mais des assureurs distincts doivent réassurer le risque Obligations progressives du secteur social et rural pour les prestataires *(voir encadré 20.1)*	Conditions requises de capital : – assureurs commerciaux : 24 M de $US – assureurs coopératifs : La Commission d'assurance peut réduire cette condition requise de la moitié maximum – MBA existants : 305 000 $US – Nouveaux MBA: 3 M de $US – MBA de micro-assurance : 122 000 $US à introduire progressivement dans le temps	Pas de réduction	Conditions requises de capital plus faibles pour une compagnie de micro-assurance dédiée : – soumises à une condition requise de capital minimale de 375 000 $US – Minimum de 187 500 $US s'appliqueront à ces institutions avec une progression jusqu'à 375 000 $US sur trois ans	– Sociétés de micro-assurance spécialisées – Une assurance existante peut créer des divisions de micro-assurance distinctes
Canal de distribu-tion	Distribution par qualification d'agents de micro-assurance, obligatoirement à but non-lucratif, par exemple ONG Plafond de commission de 10 à 20 %, en fonction du paiement de la prime	Catégorie d'agent ou courtier de micro-assurance créée Soumis à un programme de formation spécial et à un examen de qualification	Ouverture d'un canal de distribution au-delà du modèle d'agent assureur traditionnel	– Commission non plafonnée – Niveau de qualification minimale réduit en faveur de conditions de formation requises – Pas de conseil requis – Des conditions de divulgation simplifiées et en langage clair	La catégorie des courtiers et des correspondants en micro-assurance créée

Source : Adapté de Hougaard et al., 2011

Encadré 25.3 **La définition de la micro-assurance en pleine évolution au Pérou**

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) au Pérou a introduit sa première réglementation spécifique de la micro-assurance en 2007 pour promouvoir la fourniture d'une micro-assurance abordable pour la population à faible revenu.

En termes d'attributs de produits, la réglementation était applicable à des produits qui ne dépassaient pas une limite de couverture de 3 300 $US ou une prime mensuelle de 3,30 $US. La priorité était mise sur la simplicité des besoins en micro-assurance du marché cible. Des franchises et co-paiements, ainsi que toute évaluation antérieure des valeurs assurées au moment de la souscription étaient interdits. Une liste de documents de demandes d'indemnités acceptables devait également être spécifiée dans un document de police simplifié. Pour évaluer la conformité à ces critères, tous les produits de micro-assurance devaient être déposés et examinés par le régulateur d'assurance avant la mise sur le marché public.

Dans le cas d'une demande d'indemnités, il était demandé à l'assuré d'en informer l'agent ou le responsable des ventes, qui agissait de son côté comme interface entre l'assuré et la compagnie d'assurances. L'assureur avait l'option de payer la demande d'indemnités par le biais de l'agent ou directement à l'assuré. Si la demande d'indemnités était rejetée, l'assuré avait l'option de déposer une plainte par le biais de l'agent, et l'assureur devait apporter une solution aux réclamations dans les 15 jours.

Pour réduire les coûts, la mise sur le marché par le biais de canaux de distribution alternatifs (par exemple responsable des ventes, IMF, coopératives d'épargne et de crédit, et organismes sociaux) était autorisée dans une relation partenaire-agent. Ces canaux avaient accès à la population à faible revenu et étaient capables de collecter les primes et de traiter rapidement les demandes d'indemnités. Ils avaient également la responsabilité d'expliquer les avantages de l'assurance et les coûts à leurs clients. Des techniques innovantes pour offrir plus d'avantages d'assurance tangibles (par exemple ticket ou certificat, visites régulières et rapport aux clients, et paiement en biens et services) ont également été introduites. Les assureurs étaient enfin responsables de la gestion des risques et de la conformité à la réglementation.

Lors de la mise en place de la réglementation, le SBS ne voyait pas le volume d'activité qui l'attendait, et bientôt il se rendait compte que les plafonds réglementaires sur les primes et les avantages agissaient comme des obstacles au développement des produits de la micro-assurance. Par conséquent, en consultation avec le secteur, en 2009 une nouvelle réglementation supprimant les limites imposées à la couverture ou aux primes a été introduite pour donner un nouveau souffle au marché. On s'attend maintenant à ce que la micro-assurance réponde aux besoins de protection de groupes spécifiques. Des exclusions peuvent être

introduites, si nécessaire, mais doivent être maintenues au minimum et doivent être en rapport avec la couverture. Des conditions d'information minimales pour les contrats et documents simplifiés que les compagnies d'assurances et les intermédiaires doivent fournir aux assurés comme preuve de la couverture ont également été mises en place.

Les fonctions que les intermédiaires peuvent remplir ont été étendues et ils sont maintenant autorisés à collecter les primes, à s'occuper des demandes d'indemnités et à payer les avantages au nom des compagnies d'assurances, mais ils sont maintenant responsables de tout manquement à ces opérations. L'établissement de rapports a été simplifié et les prestataires doivent maintenant seulement fournir au SBS un rapport trimestriel détaillant le nombre d'assurés, le volume des primes et les demandes d'indemnités. De plus, un processus d'approbation de produits « dépôt de dossier et utilisation » est maintenant utilisé et si SBS n'a pas d'objection l'assureur peut mettre sur le marché le produit. L'impact de ces changements a été significatif, car ils facilitent l'accès à l'assurance pour les femmes, les fermiers et les entrepreneurs à faible revenu par le biais d'ONG, des IMF et des banques.

Sources : Adapté de Gomez, 2007 ; Burns and Caceres, 2010 ; Villegas, 2010.

En dépit des efforts pour avoir des produits de micro-assurance simples, la promotion de l'inclusion financière a également introduit des produits plus complexes, tels que l'assurance indexée *(voir chapitres 4 et 11)* pour gérer les risques en zones rurales, où les fermiers sont vulnérables vis-à-vis des risques météorologiques et d'autres événements naturels. Les complexités de la conception de contrat et des risques de base sont des contraintes importantes pour de tels produits. Dans de nombreux pays, les lois et réglementations nécessaires pour accéder à des produits indexés ne sont simplement pas en place. Une telle réglementation nécessitera d'être en accord avec les normes internationales pour améliorer les chances des assureurs à avoir accès à la réassurance et à d'autres instruments de transfert des risques alternatifs.

Proportionnalité – Adapter la réglementation au caractère risqué du produit

Dans le cadre réglementaire proportionnel, les exigences varient avec les avantages et les risques associés à l'assureur ou l'intermédiaire, conférant au régulateur de la souplesse pour adapter des réglementations prudentielles et de pratiques du marché aux caractéristiques du marché. Les régulateurs devraient prendre en considération le développement de règles proportionnées aux risques encourus pour la micro-assurance qui reflètent le risque d'activité limitée et permettent la participation d'intervenants plus petits qui ne peuvent pas se plier à des régimes uniformes. La proportionnalité en matière de réglementation peut être réalisée,

par exemple, en corrélant les conditions requises aux différents niveaux et types de risques impliqués.

Lorsque l'on révise la réglementation, les assureurs devraient prendre compte l'étendue sur laquelle les réglementations en cours inhibent la souscription et/ou la distribution de produits d'assurance pour les marchés des personnes à faible revenu. Des coûts de conformité élevés pourraient empêcher l'arrivée de nouveaux prestataires, réduire ceux qui tentent d'introduire de nouveaux modèles d'activité, produits et services, ou forcer les clients à utiliser des prestataires informels. Il est nécessaire d'atteindre un équilibre entre la réduction de la pression exercée par la conformité et le maintien de normes suffisantes pour protéger les clients.

Permettre la souscription de la micro-assurance par diverses entités – une approche par étapes

Dans les pays où la législation l'autorise, les régulateurs optent généralement pour des exemptions réglementaires pour le secteur d'activité de la micro-assurance. Les assureurs existants (ou des nouveaux assureurs capables de se plier aux conditions d'entrée existantes) peuvent alors offrir des produits de micro-assurance en raison des conditions requises réduites. Cela inclurait en général un ajustement aux réglementations des pratiques du marché, par exemple exempter des gammes de produits de micro-assurance de plafonds de commission ou permettre l'utilisation de canaux de distribution alternatifs pour les ventes. Cependant, cette approche restreint généralement le monde des prestataires à des entreprises qui ont déjà une licence.

Les régulateurs de certains pays ont préféré opter pour une intervention plus étendue en créant un second niveau de conditions réglementaires en matière de licences d'assurance adaptées à la micro-assurance. Des conditions requises adaptées en matière de capital, de solvabilité et d'investissement peuvent être stipulées pour faciliter l'entrée de prestataires d'assurance dédiés qui souhaitent participer à ce créneau du marché *(voir encadré 25.4).* Le superviseur peut prescrire des systèmes de souscription et de gestion des risques moins onéreux qui sont de la compétence d'opérateurs plus petits. De plus, étant donné que les affaires de micro-assurance Vie et de micro-assurance Non-vie sont souvent souscrites à court terme, et qu'un canal de distribution unique réduit le coût et favorise la découverte positive de l'assurance, un petit nombre de pays envisagent de supprimer la séparation entre micro-assurance Vie et micro-assurance Non-vie.

Encadré 25.4

Cadre proposé aux compagnies d'assurance dédiées en Afrique du Sud

Le gouvernement d'Afrique du Sud a le projet d'introduire un cadre législatif dédié pour favoriser la fourniture d'assurance simple, standard et à faible coût. Des propositions de police détaillées pour un régime réglementaire de la micro-assurance ont été élaborées dans un article publié par le Trésor en juillet 2011, avec l'objectif d'élargir l'accès à la micro-assurance pour ceux qui ont de faibles revenus.

Les micro-assureurs auraient leur propre licence dédiée et seraient soumis à des conditions de capital moindres et à des réglementations moins onéreuses. Le régime de conformité des licences de micro-assurance serait plus léger que celui des autres produits d'assurance en raison des risques moindres. Pour qu'une police soit qualifiée de micro-assurance, les avantages payables doivent être plafonnés à 50 000 R (6 200 $US) par risque individuel par an pour des produits d'assurance Vie et à 100 000 R (12 400 $US) pour des produits d'assurance liés aux actifs; le terme du contrat ne peut pas excéder 12 mois ; et le produit est limité au risque seulement, à l'exclusion de l'épargne.

Les activités d'assurance non agréées telles que les confréries à fonds funéraires, les funérariums et celles impliquées dans « l'activité d'assistance » seraient invitées à s'officialiser, tandis que les assureurs formels pourraient prendre une licence dédiée pour faire de la micro-assurance. On compte sur le nouveau régime pour lutter contre les abus des consommateurs, en particulier les funérariums.

Source : Adapté du National Treasure, 2011.

Permettre une souscription de la micro-assurance par diverses entités – Captives

Les captives sont un autre dispositif institutionnel qui pourrait faciliter la fourniture d'assurances aux marchés des personnes à faible revenu (Aliber, 2003). Les captives sont formées lorsqu'une société de clients (par exemple un IMF ou un autre agrégateur) achète des parts dans une compagnie d'assurances qui sont mises de côté dans ce but spécifique ou qui payent une taxe pour louer une captive. Ces dispositions permettent à la société de clients de se reposer sur l'assureur pour son expertise et sa licence d'assurance, tandis que le client participe aux bénéfices et/ou pertes de souscription. Une telle approche serait pertinente pour des projets de groupes importants ou si un prestataire veut offrir des produits de niche qui ne sont pas disponibles sur le marché.

En dépit de ces avantages, une captive nécessite encore une expertise technique et ne serait viable que si le client avait un grand nombre d'assurés. En l'absence de réglementation spécifique sur les captives, cela peut créer des risques et des incertitudes sur le marché. Il est par conséquent essentiel d'avoir une meilleure compréhension des réalités du marché des captives et de la façon dont il est régulé afin de prendre en compte le rôle qu'il peut jouer dans un cadre réglementaire de la micro-assurance.

25.4 Traitements des MCCO et des prestataires informels

Les ménages à faible revenu sont les plus vulnérables aux risques et on suppose par conséquent qu'ils ont une demande non satisfaite en matière d'assurance. Il est clair qu'ils ont besoin d'une couverture étant donnée la protection sociale limitée dont ils disposent *(voir chapitre 2)* et leur exclusion de la plupart des types d'assurance formels. Cependant, ce besoin ne se traduit pas automatiquement par de la demande. Les rigidités institutionnelles suppriment également la demande de micro-assurance de la part des ménages à faible revenu, même pour les gens qui pourraient se permettre de payer les primes. Par conséquent, ce groupe cible crée parfois ses propres outils de gestion des risques, qui peuvent inclure des mécanismes mutualistes et informels de mise en commun des risques.

Permettre la souscription de la micro-assurance par diverses entités : Rôle des MCCO
Selon un document de réflexion de l'AICA (IAIS Issues Paper, 2010), les mutuelles, les coopératives et les organisations communautaires (MCCO) incluent toute une série d'organismes. Celles-ci peuvent inclure les institutions qui ne sont pas : a) inscrites sous une loi de réglementation spécifique ; b) reconnues sous une loi spécifique même si la loi ne couvre pas spécifiquement l'assurance ; ou c) reconnues sous la loi sur les assurances elle-même. Elles peuvent être décrites comme étant des mutuelles, des organismes mutualistes, des coopératives, des confréries, des confréries à fonds funéraires, des sociétés fraternelles, des organismes communautaires ou des projets d'auto-assurance. Dans le cas où c'est une partie de la structure sociale du pays, les institutions de type mutualiste reposant sur des membres tendent à mieux réussir que les assureurs traditionnels dans l'offre de micro-assurance en raison du niveau élevé de confiance entre les membres.

Encadré 25.5

Officialisation de l'assurance informelle aux Philippines

Aux Philippines, de nombreuses organisations informelles offraient de l'assurance sans licence même si le Code des Assurances stipulait clairement qu'elles devaient avoir un certificat officiel émanant de la Commission des Assurances (IC). De façon similaire, le Code des Coopératives requiert également que les coopératives entreprenant de telles activités obtiennent un certificat IC. Il y a également des entités, incluant des organismes à but non lucratif enregistrés auprès du Securities and Exchange Commission (SEC), qui offraient de l'assurance sans autorisation.

En janvier 2010, la circulaire Joint IC-CDA-SEC Memorandum Circular n°1, publiée par la Insurance Commission, la Cooperative Development Authority (CDA) et la Securities and Exchange Commission, a annoncé la fin de l'« assu-

rance informelle » ou des « projets similaires à l'assurance informelle » d'ici un an. Les organismes qui offraient de tels projets avaient le choix de devenir un canal de distribution pour les assureurs commerciaux ou dans un délai de deux ans de s'intégrer à un assureur Vie ou Non-vie, une coopérative ou une association mutualiste (MBA) agréé par l'IC. Les entités qui n'officialisent pas leurs activités risqueront un retrait de leur franchise principale ou des poursuites pénales contre les personnes concernées.

La circulaire Joint IC-CDA-SEC Memorandum Circular n°2, publiée en juin 2010, stipulait des règles sur l'utilisation de fonds collectés dans le cadre de projets informels de micro-assurance pour protéger les contributeurs. Selon la circulaire, les fonds collectés par les entités ayant des projets informels de micro-assurance qui officialiseront leurs activités, soit par partenariat avec des compagnies agréées soit en créant leur propre compagnie, devaient être utilisés pour payer les primes des produits d'assurance ou similaires. Les fonds pouvaient également être utilisés pour payer des honoraires aux associations mutualistes (MBA), créées en particulier par des ONG pour proposer de la micro-assurance aux membres, dans le cas où les contributeurs devenaient des membres. Pour les coopératives, les fonds devaient être utilisés pour les apports en capital des membres destinés à une coopérative à objet unique ou multiple qui pourvoirait à leurs besoins en matière d'assurance. Tous les fonds en excès devaient être placés sur les comptes d'épargne des membres dans ces coopératives.

Le rôle potentiel des MCCO comme prestataires d'assurance peut être limité s'ils ne sont pas reconnus dans le cadre juridique. En variante, ils peuvent se transformer en assureurs informels ou clandestins. Les efforts pour réformer le cadre afin d'inclure ces organismes sembleraient être un facteur important pour s'assurer que tous les assurés aient les moyens d'avoir les avantages en matière de protection des consommateurs et de supervision prudentielle.

Une faiblesse majeure des institutions reposant sur des membres peut être attribuée à une faible gouvernance de société et à une gestion des risques inadéquate. La réglementation en matière de gouvernance des sociétés forme normalement une partie des réglementations institutionnelles, telles qu'une loi sur les sociétés ou une loi sur les coopératives. Toutes les institutions réassurant la micro-assurance devraient être soumises à des normes de divulgation publique, de comptabilité et de gouvernance de sociétés qui sont adéquates pour garantir la conformité aux réglementations applicables en matière d'assurance.

Prévoir une voie vers l'officialisation

Lorsqu'un marché important de l'assurance informelle s'est développé, de nombreuses questions complexes surgissent quant à la manière dont il peut être intégré dans le secteur formel. Outre l'assurance informelle fournie par les MCCO, cer-

tains pays ont également de nombreux assureurs non agréés, tels que les funérariums, les hôpitaux et les IMF qui proposent une couverture en réponse à un besoin réel de gestion des risques dans des communautés à faible revenu. Les prestataires informels peuvent satisfaire à un besoin économique et social, mais peuvent être la source d'abus des consommateurs et les opérations peuvent échouer en raison d'une gestion des risques inadéquate. Officialiser ces opérations est d'intérêt public. Cependant, les ressources limitées disponibles pour les superviseurs d'assurance rendent habituellement cet objectif difficile à atteindre. Dans ces circonstances, il est nécessaire de définir une voie claire par laquelle les prestataires informels peuvent progressivement et de façon réaliste satisfaire aux conditions réglementaires, comme c'est illustré dans l'Encadré 25.5.

Les superviseurs devront approcher leur engagement avec des projets informels en tant que facilitateurs pour appuyer leur transition vers le secteur formel. Cela inclurait l'application des principes de proportionnalité et de matérialité pour vérifier l'étendue de l'offre en matière d'assurance informelle et les obstacles à l'officialisation des prestataires informels. Par exemple, dans le cas où des projets informels ne garantissent par les avantages, il n'y a aucune nécessité à les amener sous une supervision d'assurance. Un processus d'officialisation devrait être complété par des campagnes de sensibilisation, des amnisties ou des périodes de grâce, un soutien au renforcement des capacités pour former des propriétaires et des directeurs, et des opportunités pour la consolidation entre des projets informels et/ou des partenariats entre des opérateurs informels et des réassureurs formels.

Un moyen pratique est une structure multi-niveaux de capital et solvabilité minimum, par laquelle des assureurs auparavant informels sont également autorisés à réassurer de la micro-assurance sur une base sélective car ils progressent vers les conditions de capital minimum d'un assureur complet dans le temps à une vitesse prescrite. De plus, une bonne coordination pour l'officialisation des prestataires informels avec d'autres agences gouvernementales, par exemple les autorités fiscales et répressives, est requise pour garantir la conformité au cadre formel.

25.5 Reconnaissance de canaux de distribution alternatifs

L'opportunité du marché représenté par les non-assurés a motivé diverses institutions financières et non financières à augmenter la disponibilité des services d'assurance à la base de la pyramide de manière concurrentielle *(voir chapitre 22).* Desservir ce marché requiert la gestion de grands volumes de petites transactions, et par conséquent les compagnies qui ont de solides plates-formes technologiques telles que les télécommunications sont bien positionnées pour jouer un rôle clé, si le cadre réglementaire le permet.

Tableau 25.3

Canaux de distribution alternatifs et problèmes de réglementation

	Canaux de distribution alternatifs	*Vérifications réglementaires*
Télémarketing et marketing mobile	Le télémarketing est un canal de marketing direct pour vendre, promouvoir ou solliciter un produit ou un service par téléphone, parfois par le biais de messages préenregistrés. Des campagnes de publicité mobile sont utilisées aussi bien pour les produits d'assurance Vie que pour les produits d'assurance Non-vie. En général, par un message texte, on donne au consommateur l'option d'acheter une couverture d'assurance par téléphone ou d'envoyer un message texte pour demander plus d'informations et des offres spéciales. **Exemple :** Des entrepreneurs philippins innovants ont persuadé des compagnies de télécommunication d'intégrer les ventes de téléphones mobiles à une assurance Vie qui est facile à comprendre et qui a des primes mensuelles faibles.	– Le télémarketing qui inclut un message préenregistré doit contenir une méthode rapide et facile permettant au destinataire de refuser de recevoir des appels futurs. – Le contenu du télémarketing et du marketing mobile devrait effectuer les choses suivantes : · identifier le vendeur · déclarer que le but de l'appel/du SMS est de vendre de l'assurance · décrire la nature du produit offert par la vente · déclarer que, si une promotion avec prix est offerte, il ne n'est pas nécessaire de faire un achat ou un paiement. – En raison du manque d'interaction face à face, ce canal devrait être limité à des produits simples avec de petites primes.
Marketing virtuel	Les activités telles qu'un kiosque électronique et l'Internet sont émergeantes comme canaux de distribution alternatifs. Dans une vente typique par kiosque, un client entre des informations de base (tel que le nom, le sexe, le type de police, et le montant assuré) et le système génère un devis. Le client a l'option d'approuver les termes et de faire un paiement. **Exemples :** Les solutions d'assurance offertes par le biais de kiosques incluent les comptoirs d'assurance Accidents corporels dans les gares de chemins de fer et routières ; les kiosques dans les centres commerciaux offrant de multiples produits ; les banques vendant de l'assurance par le biais d'ATM.	**Kiosque électronique, ATM :** – Les problèmes de sécurité liés aux vols d'identité et aux fraudes de cartes de crédit doivent être abordés. **Publicité par mobiles :** – seule la publicité basée sur la permission devrait être considérée comme une approche appropriée. – il faut prendre en compte les risques liés à la vie privée et il faut garantir une protection des données appropriée et des garde-fous en matière de vie privée. – une combinaison d'un cadre juridique, de technologies améliorant la vie privée et l'éducation des consommateurs peuvent être des composantes importantes de la protection des consommateurs. **Internet :** – La vente, l'achat et la délivrance d'assurances par internet devraient être effectués dans un environnement sécurisé. – Les superviseurs devraient exiger des compagnies d'avoir des contrôles suffisants en place (incluant la sécurité, la confidentialité, le contrôle des données personnelles ; des systèmes de stockage et de tenue de registres) pour effectuer des transactions commerciales de manière correcte. – Les contrôleurs devraient regarder attentivement les dispositifs d'externalisation pour garantir que des contacts appropriés sont en place et que les risques sont abordés efficacement.
Bancassurance	Ce canal offre aux assureurs une base de données clients facile à faire pour une clientèle de banque, une notoriété et une crédibilité établie.	– Les risques dans la structuration de la distribution de l'assurance par le biais des banques devraient être clairement identifiés, car les assureurs ne contrôlent finalement pas l'accès au client. – Les protocoles pour partager les informations confidentielles et la divulgation de commission devraient être transparents. – Les régulateurs dans certains pays permettent des partenariats avec un certain nombre de banques. Cela non seulement élargit la distribution mais également élimine le risque pour les assureurs de perdre tout un canal. – Il faut aborder le problème de la formation du personnel pour vendre de l'assurance et de leur inscription ou non comme intermédiaire de l'assurance.

Détaillants	On s'attend à ce que la distribution de l'assurance par le biais de supermarchés et de chaînes de détaillants devienne un canal émergent en raison de sa capacité à atteindre une base de clients étendue. **Exemple :** Future Generali en Inde a introduit de la *mallassurance* pour vendre de la couverture d'assurance dans les centres commerciaux, sur le modèle de son opération réussie aux Philippines. Ce canal offre de la commodité, de l'accessibilité, et du conseil personnel. Les conseillers financiers sont disponibles pour les consultations et la finalisation du contrat.	– Les détaillants ne donnent pas actuellement de conseils financiers en liaison avec l'assurance Vie, et leur matériel de marketing est purement factuel, bien que certains offrent de l'aide en trouvant un conseiller financier indépendant. – Le risque de ventes inadaptées est un problème. – Les prestataires d'assurance Vie dans les supermarchés ont besoin de trouver des méthodes pour empêcher les ventes de produits inappropriés. – Il faut aborder la formation du personnel pour vendre de l'assurance et leur inscription comme intermédiaire d'assurance.
	Canaux de distribution alternatifs	*Vérifications réglementaires*
Réponse directe par télévision	DRTV est utilisée pour créer une réponse immédiate aux consommateurs concernant les produits d'une compagnie et pour offrir un canal pratique pour que des clients potentiels obtiennent plus d'informations sur les programmes d'assurance, ainsi que pour qu'ils achètent les programmes par des commandes par téléphone. **Exemple :** La stratégie de croissance de CIGNA pour l'avenir proche dans l'Asie-Pacifique inclut l'expansion du canal de distribution DRTV.	– Les réglementations devraient spécifier que le produit mis sur le marché est simple et que ces avantages peuvent être fiables et faciles à expliquer à la télévision. – Le produit devrait avoir des ventes directes et par détaillants confirmées. – La prime, les avantages et autres charges et taxes sont transparents.

Créer un régime souple pour la distribution

La micro-assurance est en train d'ajouter des canaux de distribution alternatifs et de nouvelles technologies *(voir chapitre 24)* pour étendre de façon significative son réseau de proximité sans investir matériellement dans des succursales en dur. Sans cadre réglementaire clair, les prestataires de technologie et de solutions réputés sont peu susceptibles d'engager les ressources pour lancer et soutenir leur déploiement (Porteous, 2006). Le mix de canaux décrit dans le Tableau 25.3 éclaire les innovations possibles qui nécessitent d'être prises en compte lors de la conception de l'environnement réglementaire. Les réglementations nécessitent de permettre l'utilisation de canaux alternatifs tout en prévoyant des garde-fous adéquats dans l'intérêt des consommateurs, sans lesquels une large adoption est peu probable (Porteous et al., 2008).

De nouvelles technologies telles que les téléphones mobiles, les réseaux de points de vente et l'Internet sont de plus en plus utilisées pour la communication des clients, la collecte de données, la collecte de primes, et même le paiement des demandes d'indemnités. La technologie peut également jouer un rôle critique dans l'élaboration d'une identité financière pour ceux qui n'étaient pas auparavant desservis en transformant leur historique de transactions en un actif qu'ils peuvent utiliser pour accéder à des services financiers. Des exemples de technologies innovantes pour atteindre le segment de ceux qui ne sont pas desservis sont donnés au chapitre 24 et dans l'encadré 25.6.

Encadré 25.6

Création d'un régime souple pour la distribution : technologie et inclusion financière

Le Financial Information Network and Operations (FINO), une société indienne de solutions technologiques, propose des solutions d'approvisionnement et de services à plus de 50 banques, IMF, compagnies d'assurances et agences gouvernementales. Le FINO fonctionne par le biais de 12 400 points de transactions pour atteindre des millions de gens non desservis. Une des solutions clés du FINO est une carte à puce biométrique et un terminal de point de vente portable, combiné à un logiciel d'arrière-plan. Par exemple, la carte à puce forme la base du produit de micro-épargne de la banque ICICI.

La compagnie d'assurances générales ICICI Lombard utilise des cartes biométriques de FINO pour abaisser les coûts d'inscription et de traitement des demandes d'indemnités dans son projet de micro-assurance Santé. En partenariat avec le groupe d'hôpitaux Manipal Group *(voir chapitre 18),* les cartes à puce ont été testées dans des endroits équipés d'ordinateurs portables pour l'inscription en ligne. La carte sera également utilisée pour la collecte de primes. Par cette technologie, les clients font des transactions en utilisant un livret électronique personnalisé qui facilite l'authentification biométrique.

Comme outil clé et facilitateur de l'inclusion financière, FINO a débloqué un marché de la micro-assurance potentiel d'un milliard de $US pour les compagnies d'assurance Santé, ce qui a déclenché une rupture dans leur système de livraison en les dotant de la couverture géographique, d'une plateforme technologique modulable et des capacités de traitement requis. FINO a facilité la normalisation de la plate-forme de délivrance, du système de gestion de bases de données d'arrière-plan et du format de maintenance de données, ce qui résout de façon efficace les problèmes auxquels étaient confrontés les projets gouvernementaux précédents qui étaient en proie à des problèmes de conception et d'implémentation.

Source : Adapté de www.fino.co.in.

Les faiblesses d'infrastructure, telles que les systèmes de paiement interbancaires et en gros, peuvent inhiber l'introduction des innovations en micro-assurance. Porteous (2006) indique que des barrières supplémentaires, incluant les domaines en pleine évolution rapide du paiement mobile, de la banque mobile et de la micro-assurance, contrecarrent en général des domaines réglementaires distincts de la banque, de l'assurance, des télécommunications, des systèmes de paiement et de l'anti-blanchiment d'argent. L'empiètement augmente le risque de défaut de coordination entre les régulateurs avec des incohérences ou des contradictions potentielles en matière de législation et de supervision qui

peuvent contraindre la croissance de services innovants et créer des problèmes imprévus.

La croissance des services financiers mobiles a soulevé des questions de police de base pour les superviseurs tels que comment distinguer un « paiement » (mobile ou non) d'un « dépôt », et qu'est-ce qui différencie l'activité consistant à faire des « paiements » de celle consistant à accepter des « dépôts ». On peut noter que la plupart des pays en voie de développement n'autorise pas les contrats par voie électronique, et par conséquent une interface humaine pour la preuve sur papier des ventes est toujours nécessaire, ce qui augmente de façon significative les coûts et minimise l'avantage du téléphone mobile. En outre, il y a besoin de simplifier les conditions de divulgation pour garantir que les clients les comprennent ainsi que pour respecter les bornes de l'espace limité disponible sur un téléphone mobile. De plus, avec l'augmentation des problèmes de vie privée et l'avènement de règles de protection des consommateurs, il pourrait être plus difficile pour les prestataires de services d'effectuer la commercialisation auprès des clients. Des moyens intelligents pour obtenir une permission de la part des clients seraient par contre nécessaires.

Pour ouvrir la voie à de nouveaux modèles de services financiers, les régulateurs ont besoin de trouver le bon équilibre entre l'ouverture à l'innovation et une certitude suffisante concernant le cadre juridique qui protège les utilisateurs et affecte clairement les responsabilités. Il est important pour les régulateurs, superviseurs et assureurs de comprendre les risques et les problèmes pratiques autour de l'émergence de canaux de distribution alternatifs, de nouvelles technologies, de mécanismes de paiement souples et d'innovations dans la conception de produits.

L'innovation n'est pas toujours au détriment de la stabilité financière, et les réglementations peuvent encourager les intervenants à mieux faire les choses. Pour promouvoir la stabilité financière, les superviseurs doivent mettre en place des mesures pour améliorer leur compréhension des complexités qui sous-tendent de nouveaux produits financiers et de nouveaux systèmes de distribution, incluant les hypothèses sous-jacentes, leur fonctionnement, les meilleures pratiques et les problèmes de supervision. Une vision complète du développement du marché fondé sur le dialogue et la coordination des polices entre les assureurs, les superviseurs et les intervenants du secteur est essentielle à l'identification des risques liés à de nouveaux produits et aux canaux de distribution, et à des réponses proportionnées.

Faciliter la vente active de micro-assurance

Les processus de vente personne à personne permettent aux clients d'accéder à une bonne information mais sont onéreux et peuvent facilement rendre les produits à faible prime non viables. Certains pays ont fixé une commission maxi-

male payable aux agents et aux courtiers pour services rendus dans l'intermédiation de polices d'assurance. Une commission plafonnée sur une petite prime conduira à un paiement réel minuscule pour l'intermédiaire et n'augmentera pas leur incitation à vendre de l'assurance. Pour éviter des réglementations qui limitent le coût d'intermédiation, les superviseurs pourraient à la place rendre obligatoire pour les prestataires de divulguer les niveaux de commission.

L'objectif est d'éviter une réglementation des pratiques du marché qui peuvent rendre les processus de vente trop coûteux. Dans de nombreux environnements, le modèle agent/courtier traditionnel qui est constitué par des professionnels des ventes très engagés sera trop cher pour la microassurance. Par conséquent, les régulateurs ont besoin de stipuler le niveau minimum de réglementation des pratiques du marché pour la micro-assurance sans compromettre la protection des consommateurs.

25.6 Accès à l'assurance et protection des consommateurs

La réglementation en matière de protection des consommateurs est une pierre angulaire pour toute architecture de réglementation de la finance et a pour but de surveiller les négociations entre les assureurs et leurs clients. Outre l'investissement dans l'éducation des consommateurs et l'augmentation de la sensibilisation, la protection des consommateurs implique la mise en place de mécanismes de supervision pour promouvoir la transparence du marché, limiter un comportement spécifique, et renforcer la conformité aux règles *(voir chapitre 26).* Cela implique en général la surveillance de la publicité, du marketing, de la tarification et de la souscription, la résiliation des polices et le non-renouvellement, et le règlement des demandes d'indemnisation.

La motivation essentielle pour une réglementation de la protection des consommateurs dans le domaine de l'assurance est l'idée que les consommateurs sont imparfaitement informés des caractéristiques d'un produit.[3] Une information asymétrique donne le pouvoir aux assureurs ou à leurs agents de mal représenter ou de manipuler l'information. Un manquement dans la compréhension correcte des différents aspects des avantages de l'assurance peut conduire à un choix de contrats incorrect. Un problème associé est que les assureurs, reconnaissant les limites des consommateurs, peuvent être tentés de concevoir des produits ou des conditions de façon à profiter des clients (Hansen et Kysar, 1999).

[3] Par exemple, la prime dépend des caractéristiques de risque de la personne ou du groupe, qui peuvent inclure l'expérience précédente en matière de pertes, les questions démographiques, l'historique financier ou les choix de vie. Les caractéristiques de couverture incluent les stratégies d'investissement et le calcul des retours, la définition des événements assurés ou les montants de couverture pour des événements spécifiques.

La litanie « traiter les clients de façon juste » (TCJ) est reflétée dans les statuts de la plupart des réglementations du marché financier et devrait être une grande composante du programme de protection des consommateurs pour la micro-assurance. La TCJ a pour but d'aider les consommateurs à comprendre les caractéristiques, les avantages, les risques et les coûts des produits financiers. Elle est conçue pour minimiser la vente de produits inappropriés en encourageant de meilleures pratiques avant, pendant et après une vente. La Financial Services Authority (FSA) au Royaume-Uni a tracé les grandes lignes de six impacts TCJ qu'elle a l'intention d'atteindre *(voir encadré 25.7),* lesquelles sont également pertinentes pour d'autres juridictions.

Les assureurs et les régulateurs devraient prendre en considération l'établissement d'une réglementation pour la protection des consommateurs qui requiert de la transparence en matière de détermination des prix et des services ; qui identifie les parties responsables en définitive de faire respecter la protection (incluant la protection contre la fraude concernant les fonds confiés aux prestataires de services ou à leurs agents) ; qui identifie l'autorité de supervision ; et qui assure que des moyens efficaces de résolution et de réparation des conflits soient en place. La principale difficulté dans la conception de ces réglementations est d'atteindre l'équilibre approprié entre les coûts et les avantages.

Encadré 25.7

Les 6 impacts TCJ pour les consommateurs

La UK Financial Services Authority (FSA) a tracé les grandes lignes de six impacts centraux pour les consommateurs qu'elle souhaite voir appliqués dans l'initiative TCJ. Il s'agit des produits suivants :

– Impact 1 – Les consommateurs peuvent être assurés qu'ils traitent avec des entreprises dans lesquelles le traitement juste des clients est au centre de la culture d'entreprise.
– Impact 2 – Les produits et services mis et vendus sur le marché de détail sont conçus pour satisfaire aux besoins des groupes de consommateurs identifiés et ciblés en conséquence.
– Impact 3 – Les consommateurs reçoivent une information claire et sont maintenus informés de façon appropriée avant, pendant et après le point de vente.
– Impact 4 – Dans le cas où les consommateurs reçoivent du conseil, le conseil est approprié et prend en compte leur situation financière.
– Impact 5 – Les consommateurs reçoivent des produits qui se comportent de la manière qui leur a été présenté par les entreprises, et le service associé est d'un niveau acceptable et comme il leur a été présenté par les entreprises.

– Impact 6 – Les consommateurs ne sont pas confrontés à des barrières après-vente déraisonnables imposées par les entreprises lorsqu'ils veulent changer de produit, changer de prestataire, soumettre une demande d'indemnités ou faire une réclamation.

Source : FSA UK, 2007.

La mission de la protection des consommateurs varie de façon significative d'un pays à l'autre. Les pionniers de la micro-assurance tels que la Colombie, l'Inde et le Mexique donnent des exemples pertinents. Ils ont atténué le risque posé par l'utilisation d'agents en rendant les prestataires de services financiers responsables des violations, par les agents, de la réglementation applicable à des services externalisés.

Lorsque l'on élabore la réglementation de la micro-assurance, il faudrait noter les aspects suivants :

– La barre de protection des consommateurs ne devrait pas être mise à une hauteur telle que les prestataires responsables sont dissuadés d'entrer sur le marché. Il serait logique d'impliquer les prestataires de services financiers dans la surveillance des processus, car ils ont intérêt à renforcer la confiance et les relations sur long terme avec leurs clients.
– Bien que les raisons, fondées sur l'information, de la protection des consommateurs sur les marchés de l'assurance suggèrent une réglementation de la divulgation comme outil réglementaire préféré, en pratique la réglementation des produits peut conduire à de meilleurs résultats. La réglementation des produits d'assurance est destinée à encourager la transparence du marché en garantissant que les contrats sont clairs et ne contiennent pas de clauses cachées qui peuvent être utilisées pour tromper les consommateurs (Grace et Scott, 2009).
– Un défi particulier de la micro-assurance est de surmonter le manque de compréhension, par les consommateurs, de leurs droits (comme les mécanismes de recours) et leurs responsabilités (comme les paiements dans les délais). Le groupe cible manque souvent de connaissances en matière de concepts et de produits d'assurance de base. Un moyen pour surmonter ce problème est la normalisation des produits avec des clauses et des conditions simples *(voir encadré 25.8).*
– La mise en application de la réglementation qui impose des pénalités en cas de tromperie, de caractéristiques de produits peu claires ou injustes, peut inciter les assureurs à créer des contrats simples et transparents, tout en permettant l'innovation de produits et le choix des consommateurs.

Encadré 25.8 **Normes et produits de micro-assurance : Philippines**

En janvier 2011, un comité inter-agences aux Philippines a approuvé un ensemble de normes pour la mise sur le marché et la vente de produits de micro-assurance ainsi qu'un projet pour une structure standard de produits. Les normes, connues sous le nom de « SEGURO », pour Solvency/Stability Efficiency, Governance, Understanding of product, Risk-based capital and Outreach, aideront à garantir que les micro-assureurs peuvent satisfaire aux obligations vis-à-vis des demandes d'indemnités et sont solvables.

Un produit de micro-assurance 3-en-1 a également été approuvé, qui paierait aux bénéficiaires un montant fixe en cas de décès, de maison détruite, ou si une activité est détériorée par des catastrophes météorologiques ou naturelles. La normalisation de la micro-assurance aidera à élargir sa portée et à garantir que les gens, qu'elle a la vocation à aider, la comprendront réellement. Elle nivellera également le domaine d'intervention et permettra aux assureurs de jouer la concurrence de manière efficace.

Source : Adapté de Artenis, 5 janvier 2011.

Les réclamations les plus courantes des consommateurs concernent les règlements des demandes d'indemnité, notamment en ce qui concerne les rejets de demande d'indemnités, les retards ou conflits sur le montant des paiements. De façon idéale, l'intermédiaire ou le réassureur doit proposer une option de recours facile et acceptable par le consommateur. Cependant, au minimum, le consommateur doit être capable de faire une réclamation ou une demande de renseignements par le biais du point de vente. Dans la plupart des pays, les superviseurs d'assurance n'ont pas autorité pour demander à un assureur de régler une demande d'indemnités, faisant appel à la conciliation, la médiation et l'explication pour résoudre un conflit (Schwarcz, 2010). Dans certains pays, un médiateur, habituellement distinct du régulateur, est chargé de régler les conflits entre consommateurs et compagnies d'assurances. Outre la résolution de problèmes, un mécanisme de résolution des réclamations peut également inciter les assureurs à créer de meilleurs systèmes et normes internes.

Une autre voie pour améliorer les décisions des consommateurs et l'utilisation de l'assurance par ceux-ci est de promouvoir une meilleure compréhension de l'assurance chez les consommateurs *(voir chapitre 14).* L'amélioration de la capacité financière des personnes pauvres est un complément nécessaire à la protection des consommateurs. Cela permet au client de la micro-assurance de comprendre les informations que les assureurs doivent divulguer ; d'utiliser les mécanismes de recours disponibles ; de comprendre les concepts financiers de base ; de comprendre comment l'assurance peut satisfaire aux besoins actuelle-

ment satisfaits par des dispositifs financiers informels ; d'aider à faire des choix avisés correspondants à leur situation financière ; et de demander des produits qui améliorent leur bien-être financier. Toutes les principales parties prenantes sur le marché financier, prestataires, consommateurs et gouvernement, ont besoin de travailler ensemble pour créer un cadre financier juste qui protège les consommateurs.

Enfin, la réglementation en matière de protection des consommateurs requiert des mécanismes pour déterminer si les assureurs et les intermédiaires sont en conformité avec les conditions requises, et pour déceler les pratiques que les régulateurs considèrent comme injustes. La surveillance de l'assurance traditionnelle inclut un examen des pratiques du marché par les assureurs individuels, ce qui serait trop onéreux pour la micro-assurance et par conséquent les superviseurs ont besoin de se fier à l'analyse du marché. L'analyse du marché inclut l'utilisation de données sur les tendances du secteur, de données réglementaires présentées par les assureurs et les intermédiaires, la gestion des réclamations des consommateurs et autres informations. Des domaines d'examen spécifiques incluent de s'assurer que les assureurs soient en conformité avec les matériels publicitaires, que les polices vendues et les tarifs demandés soient conformes aux réglementations, que les demandes d'indemnités soient payées en un temps raisonnable et que les réclamations des consommateurs soient traitées.

25.7 Conclusion

L'accès à l'assurance est une composante importante de la politique d'inclusion financière et une arme essentielle dans le combat contre la pauvreté. Tout en développant un cadre réglementaire solide qui promeuve la stabilité financière, les assureurs, les régulateurs et les superviseurs ont conscience que le secteur financier joue un rôle important dans la satisfaction des besoins de petites activités et des ménages à faible revenu. Ils ont de plus en plus connaissance de l'impact potentiel que l'accès à l'assurance peut avoir sur la croissance économique et l'éradication de la pauvreté.

Les politiquées menées pour améliorer l'accès devraient avoir des objectifs clairs et mesurables et leur efficacité devrait être surveillée par des rapports publics transparents. En particulier, l'efficacité de la réglementation dans la facilitation et le développement de l'accès devrait être évaluée. Bien que des données appropriées et fiables soient un appui utile dans la conception d'une politique appropriée, l'absence de données a l'effet contraire, ce qui peut diminuer la confiance du consommateur et détourner les consommateurs potentiels de l'achat d'une assurance. De plus, un défaut de supervision efficace peut décourager les investisseurs nationaux et étrangers d'apporter du capital, retarder l'efficacité du marché de l'assurance et étouffer le développement du secteur.

Atteindre l'équilibre approprié entre sécurité et solidité d'une part, et faciliter la croissance et le développement d'autre part, est particulièrement difficile dans des cas où des approches innovantes, de nouveaux services et des modèles d'activité non testés occupent une place prépondérante. Des risques non anticipés peuvent émerger dans le futur bien que les risques perçus puissent générer des approches réglementaires trop prudentes. Comme une connaissance approfondie des risques réels émergera à mesure que les marchés arriveront à maturité, les réglementations ont besoin d'évoluer dans le temps et de permettre des ajustements progressifs pour aider à atteindre un équilibre réglementaire.

Les initiatives réglementaires émanant de l'AICA tentent d'aborder les défis de conformité aux normes d'assurance mondiales dans des circonstances spécifiques. En se fondant sur des études par pays facilitées par l'Access to Insurance Initiative et en dialogue étroit avec les superviseurs d'assurances, un travail est en cours pour comprendre comment les principes de proportionnalité peuvent être utilisés pour élaborer un cadre réglementaire de supervision, qui peut de son côté créer les bonnes incitations pour promouvoir l'accès dans différentes structures économiques et socioculturelles.

La conception et la mise en application d'un tel cadre nécessiteront des étapes concomitantes pour renforcer la capacité des assureurs, des régulateurs et des superviseurs de sorte qu'ils puissent faire une plus grande utilisation du jugement réglementaire pour identifier tôt les opportunités et les problèmes. Cela nécessitera également une nouvelle approche de supervision en s'éloignant de la stratégie universelle. Pour ce faire, ils auraient besoin de dialoguer avec les parties prenantes et d'examiner la structure de leur secteur d'assurance national et de leurs canaux de distribution de micro-assurance actuels et futurs.

26 Protéger les consommateurs tout en favorisant la micro-assurance

Rodney Lester et Katharine McKee

Les auteurs souhaitent remercier les différents réviseurs pour leurs commentaires et conseils, parmi lesquels, Doubell Chamberlain (Cenfri), Arup Chatterjee (ADB), Tim Lyman (CGAP), Thomas Mahl (Munich Re), Beth Rhyne (Accion) et Martina Wiedmaier-Pfister (GIZ). Ce chapitre a été financé par CGAP.

Enfin, les marchés de la micro-assurance ne se développeront pas tant qu'ils ne satisferont pas de façon concluante aux besoins particuliers des personnes pauvres économiquement actives.[1] Une recherche empirique récente menée en Chine, en Inde et au Kenya suggère également que cette confiance et la crédibilité perçue du produit et de l'institution ou des institutions impliquées dans le développement de la demande à long terme sont importantes (par exemple Dercon et al., 2011, Cai et al., 2009 ; Cole et al., 2010). L'existence de mesures appropriées de protection des consommateurs peut aider à établir la confiance dans les produits et les prestataires de micro-assurance, et encourage le développement sain du marché.

Bien qu'une quantité considérable de travaux ait été réalisée pour développer un cadre réglementaire relativement normalisé pour la protection des consommateurs sur des marchés d'assurance de détail traditionnels,[2] le marché de la micro-assurance peut avoir des caractéristiques spécifiques nécessitant une approche plus adaptée. Les consommateurs typiques pourraient être moins aptes à évaluer à quel point une police d'assurance spécifique est adaptée à leurs besoins, ou ils pourraient être plus vulnérables aux ventes agressives ou abusives. Par exemple, un travail empirique récent mené en Inde constate que les « consommateurs présentant des niveaux plus faibles d'instruction sont plus susceptibles de se voir offrir le mauvais produit » (Anagol, 2011).

En même temps, le marché de l'assurance pour les personnes à faible revenu est toujours bien au-dessous de sa dimension potentielle dans beaucoup de pays en voie de développement, et beaucoup d'autorités de réglementation ont main-

[1] Le thème premier de ce chapitre est l'interaction entre le consommateur individuel actif économiquement pauvre et le marché de l'assurance, plutôt qu'une couverture destinée à l'indigent ou qu'une autre assurance sociale fournie par le gouvernement à une population définie.

[2] L'Association internationale des contrôleurs d'assurance (AICA) a créé un sous-comité pour réfléchir sur ce sujet, bien qu'il ait été abordé à un niveau élevé par la Méthodologie d'Évaluation de l'AICA depuis 2000. L'Organisation de Coopération et de Développement (OCDE) et le Conseil de Stabilité Financière (CSF) ont également créé des comités consultatifs dans le cadre d'un mandat post-crise financière émanant du G-20, et la Banque mondiale a publié un ensemble de bonnes pratiques (fondées sur le travail en Europe de l'Est) soumis aux observations publiques.

tenant des mandats explicites pour l'inclusion financière ainsi que la surveillance prudentielle. Étant donné les avantages potentiels de la couverture d'assurance pour les consommateurs à faible revenu qui sont actuellement défavorisés, les assureurs voudront éviter de « protéger les consommateurs hors marché » involontairement en adoptant des règles qui ne permettent pas de servir ces nouveaux marchés. En outre, l'innovation rapide dans les produits, les canaux et les modèles d'activité est nécessaire pour réduire les coûts, mieux satisfaire aux besoins des consommateurs et garantir une rentabilité aux prestataires. Ainsi, les assureurs devraient rechercher une réglementation des pratiques[3] du marché qui soit proportionnée, bien équilibrée, et conçue en fonction des risques spécifiques qui surgissent, de sorte qu'elle ne bloque pas inutilement le développement des marchés de la micro-assurance.

Comme avec le marché lui-même, la réglementation de la micro-assurance est naissante dans la plupart des pays : il y a peu de précédent permettant aux assureurs de concevoir un cadre proportionné de protection des consommateurs. Un choix politique consiste par exemple soit à ajouter des règles de pratiques du marché pour la micro-assurance au cadre existant de réglementation de l'assurance, soit à développer un régime adapté au secteur. Font partie jusqu'à présent des « précurseurs », l'Inde, le Pérou et les Philippines, qui ont chacun fait voter et mis en application des règles spécifiques en matière de micro-assurance *(voir chapitre 25)*. Le Brésil, le Cambodge et l'Afrique du Sud ont indiqué qu'ils apporteront bientôt des changements au cadre juridique et réglementaire. La Securities and Exchange Commission du Pakistan (SECP), qui surveille l'assurance et d'autres services financiers dans ce pays, a annoncé qu'elle était en train d'élaborer un cadre pour la micro-assurance. Le développement de polices et des projets pilotes sont également en cours dans un certain nombre d'autres pays, y compris la Chine, la Mongolie, le Népal et le Nigéria.

Dans la pratique, le cadre de protection des consommateurs en micro-assurance nécessitera dans les premiers temps que l'on fasse appel sélectivement à des approches en matière de polices que l'on trouve sur les marchés traditionnels de l'assurance, puis que l'on modifie le cadre en se fondant sur l'expérience réelle acquise sur les marchés de la micro-assurance. Ce chapitre adopte une telle approche et est organisé en 4 titres généraux :

1) **Caractéristiques et risques du marché :** Le chapitre décrit des aspects particuliers des marchés actuels de la micro-assurance qui concernent les risques pour le consommateur et qui devraient être pris en considération dans les décisions en

[3] La réglementation en matière de pratiques du marché met des règles spécifiques aux activités, pratiques et caractéristiques des produits de l'assureur. La protection des consommateurs comporte un ensemble plus large d'outils qui peuvent également inclure des mécanismes pour protéger les consommateurs qui sont sans rapports avec l'assureur (par exemple des projets de médiateurs indépendants).

matière de polices pour savoir si et quand il faut introduire une réglementation en matière de protection des consommateurs.

2) **Buts et mesures de protection des consommateurs :** Le chapitre évalue des options pour atteindre 3 buts communs de protection des consommateurs : 1) transparence ; 2) traitement juste (avec une focalisation sur la conception de produits, les arrangements de distribution et le processus de paiement des demandes d'indemnités) ; et 3) recours efficace. Cela inclut l'attention portée à l'établissement des priorités et à l'ordonnancement de nouvelles règles de protection des consommateurs, ainsi qu'aux avantages et inconvénients de la réglementation séparée en matière de micro-assurance et des organes de surveillance du point de vue des pratiques du marché.
3) **Régimes spéciaux en matière de protection des consommateurs spécifiques à la micro-assurance :** Quand les juridictions établissent des règlements spécialisés et des conditions de surveillance pour la micro-assurance, cela crée des ensembles particuliers de points de protection des consommateurs qu'il est nécessaire de prendre en compte.
4) **Mesures non-légiférées et non-réglementaires complémentaires :** Le chapitre explore également brièvement le rôle que les approches, telles que des codes de pratique ou des initiatives pour améliorer la sensibilisation des consommateurs et l'éducation financière, peuvent jouer dans l'amélioration de l'efficacité des régimes de réglementation pour la protection des consommateurs et dans le développement sain des marchés de la micro-assurance.

Le chapitre se termine par un résumé des bonnes pratiques émergeantes qui pourraient être utiles à des assureurs qui cherchent à élaborer un régime proportionné de réglementation et de surveillance qui promeuve le développement du marché tout en protégeant les consommateurs moins expérimentés et ayant de faibles revenus.

26.1 Caractéristiques du marché de la micro-assurance pertinentes pour la protection des consommateurs

Les marchés émergents de la micro-assurance présentent certaines caractéristiques spécifiques dont les assureurs devraient tenir compte en concevant et en mettant en application un régime proportionné de protection des consommateurs.

Clientèle : – Les clients typiques de la micro-assurance, ceux qui sont économiquement actifs et pauvres, ont un revenu disponible limité et fluctuant, manquent d'actifs, et sont peu familiarisés avec les prestataires et les produits formels ou bien méfiants vis-à-vis de ceux-ci. En outre, leurs niveaux d'éducation financière tendent à être faibles. Par conséquent, là où les consommateurs à faible revenu sont impliqués dans une famille plutôt avertie, ou dans des arrangements

communautaires à partage de risques, leur souscription initiale à une assurance formelle (une transaction fondée sur un contrat plutôt que sur une relation) exige l'apprentissage d'un nouvel ensemble de règles. Ces caractéristiques des clients soulèvent la question en matière de polices sur la manière d'assurer un niveau adéquat d'attention portée aux clients qui pourraient être particulièrement vulnérables aux problèmes de protection des consommateurs.

Produits : Une proportion significative de polices de micro-assurance est actuellement générée par des transactions liées au crédit avec des institutions de microfinance (IMF) et d'autres prestataires de prêts à court terme pour les emprunteurs à faible revenu. L'assurance Emprunteur (ou l'assurance « Remboursement de prêt ») est une police à court terme conçue pour payer le solde de prêt impayé dans le cas où l'emprunteur décèderait ou deviendrait invalide de manière permanente *(voir chapitre 9).* Comme cela est décrit ailleurs dans ce volume, d'autres produits de plus en plus courants incluent l'assurance Vie *(chapitre 8),* l'assurance Individuelle accidents, des formes restreintes d'assurance Santé *(chapitre 5),* et l'assurance agricole indexée *(chapitre 11).* L'innovation rapide mène au développement de nouvelles couvertures telles que l'assurance Médicaments, l'assurance Dommages aux biens, et l'assurance Bétail *(chapitre 12).* Chaque produit cause de réelles inquiétudes en matière de protection des consommateurs.

Pour réduire les coûts de transaction, les produits sont souvent maintenus à un niveau simple et standard, et sont délivrés à des groupes ayant une garantie limitée ou nulle en matière de risques individuels *(voir chapitre 21).* Une expérimentation est en cours pour trouver des moyens rentables d'adapter les produits aux contraintes de liquidité des consommateurs et à l'élasticité des prix (c'est-à-dire en général de très petits versements hebdomadaires ou mensuels et éventuellement des subventions sur les primes et des délais de grâce pour le paiement de ces dernières). Les produits sont souvent présentés par le biais d'un intermédiaire de confiance et intègrent des mesures spéciales pour atteindre les clients et les éduquer. Chacun de ces aspects de conception et de livraison de produit peut demander des adaptations des approches conventionnelles aux règles et à la surveillance en matière de protection des consommateurs.

Comme cela a été dit, un effort en termes de simplicité et en vue d'une réduction des coûts peut également avoir lieu par un regroupement des produits et un niveau correspondant de non-communication (c'est-à-dire la vente passive). Les mécanismes de protection des consommateurs doivent s'assurer que les assurés se rendent totalement compte de ce qu'ils ont acheté et de leurs droits ; le chapitre aborde diverses approches pour y parvenir.

Prestataires et modèles d'activité : Bien que les marchés de la micro-assurance soient sous-développés quant à leur potentiel, ils présentent un large éven-

tail de modèles d'activité et un mélange sous-jacent de méthodes de marketing.[4] Ces innovations offrent la promesse de rendre les services de gestion des risques plus largement disponibles. Cependant, elles peuvent également causer des inquiétudes en matière de protection des consommateurs.

Un problème clé implique les accords de distribution. La recherche de moyens rentables pour atteindre les consommateurs à bas revenus, moins éduqués et plus éloignés a conduit à des systèmes de distribution qui incluent une gamme d'intervenants ayant différentes fonctions selon leurs qualifications, la technologie, les ressources et l'influence. Le rôle des agrégateurs est prédominant. Le « modèle agent-partenaire » courant implique en général une compagnie d'assurance conventionnelle s'associant avec une IMF. D'autres agrégateurs principaux étaient jusqu'ici les banques agricoles, les organisations non-gouvernementales (ONG), les systèmes postaux, et les diverses formes d'institutions mutualistes ou coopératives, parfois associées. L'agrégateur peut avoir sa propre société d'assurance captive, engager la totalité ou une partie du risque chez un ou plusieurs assureurs commerciaux, ou même reporter le risque sur son propre bilan.

Les innovations récentes qui pourraient améliorer la proposition de valeur de la micro-assurance incluent l'utilisation de cartes prépayées et de réseaux de distribution non traditionnels tels que les pharmacies (Venezuela), les opérateurs de téléphonie mobiles (Ghana), les services publics (Colombie), ou les détaillants qui offrent des services aux populations à faible revenu aux Philippines et en Afrique du Sud *(voir chapitre 22).* Une autre innovation qui pourrait aider les personnes plus pauvres à gérer les risques implique le groupement. Par exemple, quand un emprunteur fait une demande de prêt pour un actif tel que du bétail, l'assurance des risques liés aux actifs peut être offerte à des conditions attractives. Dans d'autres cas, l'achat de fournitures agricoles, comme les semences et les engrais, déclenche la souscription automatique à une assurance Récoltes.

Chacune de ces caractéristiques d'un marché de la micro-assurance en pleine évolution, segments de clients, produits et combinaisons de produits, systèmes de distribution, technologie et modèle d'activité, peut soulever des questions de protection des consommateurs, avec des réponses quelque peu différentes de celles se rapportant aux marchés conventionnels.

Les problèmes de pratiques du marché tendent à se focaliser sur les défis auxquels sont confrontés les consommateurs, spécifiques aux caractéristiques des produits et aux pratiques que l'on trouve aux points clés de la chaîne de valeurs. L'élaboration de polices et la rédaction de règles tireront profit des recherches auprès des consommateurs sur la nature, l'incidence et les conséquences réelles

[4] Le modèle d'activité est fonction de l'approche large adoptée, par exemple le modèle agent-partenaire, la vente directe. Le marketing mix est plus granulaire et définit la combinaison détaillée à adopter pour la détermination des prix, le produit, la distribution et le lancement.

des problèmes de protection des consommateurs auxquels sont confrontés ceux qui sont assurés avec une micro-assurance *(voir encadré 26.1)*.

Encadré 26.1

Qu'est-ce qui ne va pas ? Résultats d'une recherche auprès de consommateurs au Kenya

Quelles sont les problèmes de protection des consommateurs auxquels sont confrontés ceux qui sont assurés avec une micro-assurance ? Une étude diagnostique récente sur la protection des consommateurs au Kenya a tiré profit de discussions de groupes et d'une étude nationale des consommateurs du marché de masse, incluant les utilisateurs d'assurance. En dépit du fait que les taux de pénétration sont très bas et que de nombreux répondants n'avaient pas d'assurance formelle privée, cette étude a révélé que ceux qui en avaient une étaient souvent mécontents. De nombreuses plaintes concernaient les vendeurs qui ne donnaient pas d'explications claires sur les produits et le manque de documents compréhensibles. Comme l'a expliqué une personne, « c'est comme s'ils prenaient n'importe qui pour vendre l'assurance et qu'ils ne connaissaient pas les produits : vous signez alors pour un produit, puis quand vous recevez la police vous vous apercevez qu'elle est totalement différente. »

13 % des utilisateurs de l'assurance ont dit que les détails n'étaient pas expliqués par écrit et 11 % ont indiqué qu'ils n'ont pas compris certains détails tels que le coût de la police, ce qui était couvert et ce qui ne l'était pas, et combien ils recevraient dans l'éventualité d'une demande d'indemnisation. Les répondants ont également décrit des problèmes dans le traitement des demandes d'indemnisation ; 26 % des assurés considérés dans le cadre de l'étude qui avaient fait une demande d'indemnisation ont rapporté qu'elle n'a pas été traitée rapidement.

Les assureurs dans les pays en voie de développement font face en général à d'importantes contraintes de capacité. Une recherche de ce type peut les aider à faire en sorte que, en matière de réglementation sur la protection des consommateurs et de surveillance, l'accent soit mis sur les problèmes les plus importants, et à vérifier que les règles proposées et les autres mesures sont à même de marcher comme prévu.

Source : adapté de Flaming et al., 2011.

Il y a un risque qui peut miner la protection des consommateurs, c'est celui des polices de micro-assurance qui sont trop complexes, ou dont les prix et les clauses clés sont difficiles à comprendre, ou sont même trompeurs. La pratique relativement courante du « groupement » ou du « lien », souvent en combinaison avec une contrainte (comme ce peut être le cas avec l'assurance Emprunteur), peut causer des inquiétudes en matière de protection des consomma-

teurs.[5] Le consommateur peut n'avoir pas d'autre choix que de souscrire à la police ou peut ne pas pouvoir choisir le prestataire. Cependant, les produits groupés ou liés peuvent également étendre l'accès et générer des avantages tels que des réductions de coûts en raison de synergies de marketing, une plus grande mise en commun de risques, l'évitement de l'anti-sélection et une gestion simplifiée. D'un point de vue réglementaire, il pourrait être approprié de permettre le groupement et la souscription obligatoire, tant que des garanties sont mises en place pour assurer une communication et une optimisation de la valeur adéquates. Plutôt que d'interdire des pratiques comme le lien, des ventes « sans conseil » ou une couverture étroite, une réglementation proportionnée viserait donc à équilibrer la protection des consommateurs avec les réalités économiques des prestataires tentant de toucher ces marchés.

Des défis supplémentaires en matière de protection des consommateurs peuvent surgir à différents stades de la chaîne de valeur, au mement de la vente, de la collecte des primes et des demandes d'indemnisation. Les techniques de vente agressives font couramment l'objet de plaintes, y compris entre autres les modèles de ventes porte-à-porte. Les intermédiaires tels que les agents ou les courtiers peuvent jouer un rôle décisif pour toucher les nouveaux assurés en micro-assurance et leur apporter leurs services *(voir chapitre 23).* Pourtant ils ne reçoivent pas toujours une formation ou un appui adéquat de l'assureur, et en effet, il se peut que l'on ne sache pas très bien pour qui les intermédiaires travaillent et ce qui les encourage à bien servir l'assuré une fois que la police a été délivrée. Parfois la personne qui a vendu la police disparaît complètement (Collins et al., 2009), sans aucune garantie que les primes soient jamais transmises, que les collectes continuent et que la police soit honorée.

Le traitement des demandes d'indemnisation et le manque de plaintes et de mécanismes de recours efficaces peuvent également miner la confiance des nouveaux consommateurs à l'égard de la micro-assurance formelle. Parfois le processus de demande d'indemnisation n'est ni opportun ni juste, comme lorsque les demandes d'indemnités sont rejetées sur la base d'exclusions qui n'ont pas été présentées clairement lors de la vente. Parfois il n'existe aucun processus formel pour porter plainte et traiter les plaintes. Quand il en existe un, la démarche est parfois fastidieuse ou la plainte est peu susceptible d'être traitée en faveur de l'assuré.

[5] Il y a groupement quand plusieurs produits distincts sont vendus en même temps dans une transaction liée. Le concept d'adhésion peut s'appliquer dans ces situations dans lesquelles il y aurait un contrat unique. Il y a lien quand l'organisme vendant le produit de base (par exemple un crédit) vend également des produits complémentaires mais distincts de manière non compétitive. Le groupement peut être volontaire (comme dans l'option pour souscrire à une assurance Obsèques supplémentaire) ou obligatoire (par exemple dans le cas où l'assurance est vendue en tant que partie d'un produit de crédit).

En résumé, les assureurs doivent concilier les objectifs d'inclusion financière, d'innovation et de protection des consommateurs en établissant pour la micro-assurance des règles de bonne conduite sur le marché. De cette manière, la réglementation peut nécessiter une approche plus souple de la conception de produits permise, du forfait et de la distribution, tout en exigeant des niveaux élevés de communication et de service combinés à des mécanismes de recours forts.

26.2 Vers un cadre de protection des consommateurs pour la micro-assurance

Cette section explore plus en détail les options pour qu'une réglementation viable améliore la transparence, le traitement juste et le recours sur les marchés de la micro-assurance.

26.2.1 Transparence

La communication des principaux prix, modalités et conditions aux assurés est le fondement de la transparence et un principe de base de la protection des consommateurs, que ce soit sur les marchés développés ou sur les marchés moins développés.

La formulation, la langue et le format des communications doivent se présenter de telle sorte que les consommateurs ayant une expérience et une éducation financières formelles limitées puissent aisément comprendre. Il devient plus courant sur les marchés développés d'exiger qu'un document contenant les « faits essentiels », établi suivant un format prédéterminé et résumant les informations les plus importantes concernant la police, soit joint au contrat. Cette approche pourrait également être précieuse sur les marchés de la micro-assurance naissants, avec les paramètres de base du contrat d'assurance (c'est-à-dire le type de contrat, le terme, le montant assuré, la prime et la fréquence des primes, les conditions de renouvellement, comment demander une indemnisation) présentés en gros caractères et en termes simples sur la première page. En effet, bien qu'ils réduisent la souplesse et le potentiel d'adaptation des polices au profil de risque spécifique des clients individuels, pour la plupart la simplicité et la normalisation elles-mêmes contribuent à protéger les consommateurs moins expérimentés. Par exemple, une page pourrait être suffisante pour décrire un produit simplifié en termes standard et répondre aux exigences contractuelles de celui-ci. D'autres formes de communication, telles que des jeux interactifs développés pour les options et les prix de produit d'assurance Santé *(voir chapitre 14)*, pourraient également se révéler en outre efficaces avec ces segments de clientèle.

Les consommateurs doivent également être informés sur les points importants dans le processus. Au minimum, ils devraient obtenir des informations complètes avant la vente sur les caractéristiques significatives du produit, leurs

propres droits et responsabilités, et les obligations du prestataire, y compris de l'agrégateur, de l'agent et autres le cas échéant. Au moment de la souscription, ils devraient également avoir une copie écrite du contrat ou de la police, bien qu'il puisse y avoir des cas où la communication verbale offre une transparence suffisante pour des produits simples. La Chine est récemment allée plus loin en introduisant des conditions pour certaines combinaisons de produit/distribution, les nouveaux assurés reconnaissant par écrit qu'ils comprennent les dispositions du contrat ; l'assureur doit alors contacter l'assuré peu après la souscription pour vérifier cela.

Comme cela est illustré par l'exemple du Kenya, les contrôleurs peuvent tirer profit de la recherche menée à l'avance sur les consommateurs (soit commanditée directement, soit effectuée par des tiers indépendants) pour identifier des secteurs communs de confusion et de déception potentielle, et tester des formulations et formats proposés avec les consommateurs à faible revenu. Il pourrait également être demandé aux assureurs ou à leurs partenaires d'expliquer de quelle manière ils ont l'intention d'utiliser de telles études dans le développement de produits.

Cependant, la communication a ses limites, dues à des facteurs tels que la complexité inhérente du produit et les biais comportementaux du consommateur.

26.2.2 Traitement juste

Le traitement juste de la protection des consommateurs est une composante qui peut être considérée séparément pour 3 aspects des opérations d'assurance : la conception du produit, la distribution et le traitement des demande d'indemnités.

Conception du produit

De nombreux problèmes de protection des consommateurs peuvent être évités quand on s'assure que les produits de micro-assurance sont appropriés à la clientèle cible. Les principaux tests montrent l'intérêt des avantages et des services apportés par le produit, le caractère juste des dispositions du contrat, et la rentabilité. Le produit aborde-t-il les principaux risques pour les assurés ? Les clauses du contrat sont-elles raisonnables et directes ? Le coût de la police est-il en rapport avec les prestations obtenues si l'événement assuré se produit ? Les obligations pour effectuer les paiements et les mécanismes pour protéger les avantages sont-ils alignés sur la situation financière du client ? Et est-il accessible pour le segment de clients ciblé ?

Les approches courantes pour surmonter l'asymétrie en matière d'information et de pouvoir entre les prestataires et les consommateurs sur les marchés traditionnels incluent la réglementation sur les produits et une obligation positive pour les distributeurs de prendre en compte les situations financières spécifiques de l'indi-

vidu dans la vente de polices spécifiques.[6] Beaucoup de pays développés sont préoccupés par la façon dont le groupement peut introduire ou renforcer l'asymétrie ; pour améliorer le caractère approprié et réduire les ventes abusives, certains pays ont tenté de favoriser le choix en matière de situations de vente liées en exigeant que les clients aient une opportunité de comparer les produits offerts par d'autres assureurs. Cependant, de telles mesures ne peuvent être ni efficaces ni pratiques sur les marchés de la micro-assurance des pays en voie de développement.

Au lieu d'interdire le conseil sur la réglementation et le groupement de produits, d'autres approches ont pu être utilisées pour améliorer le caractère approprié de la micro-assurance vendue aux personnes pauvres économiquement actives. Parfois la définition légale de la micro-assurance spécifie les caractéristiques obligatoires ou interdits des produits qui réduisent le risque et la complexité des produits. Par exemple, des règles spécifiques pourraient être mises en place qui clarifient l'attente selon laquelle les formulations de contrat doivent être bien plus simples et avoir peu d'exclusions et soient acceptables dans un environnement juridique plus développé. Des exemples d'exclusions incluent la non-couverture de certaines conditions ou conditions préalables (par exemple VIH/SIDA).[7] Les obligations imposées à l'assuré de dévoiler les changements de risque devront être également moins onéreuses. L'opinion du consommateur peut être utile dans la détermination de la conception de produits.

Pour les polices d'assurance Vie et d'assurance Accidents, il devrait être possible de développer des formulations standards, avec des variations possibles soumises à l'autorisation des organismes de contrôle. Le contrat final sera idéalement sous la forme d'un certificat d'une seule page et contiendra un échéancier. En revanche, pour les polices couvrant des risques plus complexes, tels que l'assurance agricole et l'assurance Santé, les assureurs peuvent avoir besoin d'une plus grande latitude pour la conception et la détermination des prix afin de rendre de tels produits attractifs pour les consommateurs et commercialement viables. Si on leur accorde cette marge de manœuvre, ces produits pourraient être soumis à de meilleures conditions d'informations réglementaires, y compris une déclaration explicite des prévisions sous-jacentes et comment ils y sont arrivés.[8] En outre, comme la plupart

6 Pour des produits plus complexes, des contrats généralement à long terme comportant une planification du cycle de vie tels que les contrats d'assurance Vie et Retraite universels, la réglementation dans les pays développés a de plus en plus limité la catégorie de l'intermédiaire qui peut être impliqué dans de telles transactions par rapport à des planificateurs financiers assez hautement qualifiés et pleinement agréés, dont beaucoup opèrent maintenant sur une base d'honoraires. Les règles peuvent également exiger que des documents suffisants aient été conservés pour prouver que l'intermédiaire a obtenu une information adéquate sur les besoins du client pour choisir les produits et les caractéristiques de contrat appropriés.

7 Après que Madison Insurance (Zambie) ait retiré une exclusion VIH/SIDA de sa police d'assurance Santé, la rentabilité a été conservée en raison des coûts plus faibles d'ajustement des demandes d'indemnisation et de la plus grande étendue du portefeuille.

8 Cela est analogue à un système de rédaction et de dépôt dans lequel une autorisation prudentielle préalable n'est pas exigée pour lancer un produit.

des contrôleurs des pays en voie de développement ont des ressources techniques limitées à leur disposition, il pourrait être approprié d'exiger que la détermination des prix soit effectuée par quelqu'un de convenablement qualifié, qui pourrait être un actuaire employé par l'assureur ou des gens travaillant avec un distributeur tiers. Cela pourrait aider à s'assurer que l'intermédiaire, l'assureur et n'importe quel facilitateur ont la capacité requise pour se charger d'un tel produit.

Parfois la réglementation aborde le prix, soit directement (par exemple en interdisant ou en limitant certains honoraires et certaines commissions) soit indirectement (par exemple en exigeant l'approbation préalable de nouveaux produits de micro-assurance et en incluant une analyse de l'optimisation de la valeur dans le processus d'évaluation). On pourrait également exiger des assureurs, de leur association ou du contrôleur d'assurance de publier des indicateurs de performance qui identifient les niveaux de détermination des prix, de dépenses ou de commission au delà des fourchettes établies.[9] Dans l'un ou l'autre cas, un soin doit être apporté au soutien de la détermination des prix qui donnent des chances aux prestataires responsables d'aborder avec succès les marchés.

Des paramètres de mesure de performance peuvent être employées plus largement comme moyens de contrôle de « l'équité » ou de l'optimisation de la valeur. Le Micro-assurance Network a publié un ensemble d'indicateurs de performance recommandés (Wipf et Garand, 2010), et a proposé des indicateurs de performances sociales (Simanowitz et Sandmark, 2011), dont plusieurs sont appropriés au programme de protection des consommateurs *(encadré 26.2).*

Encadré 26.2

Indicateurs de performances sociales concernant particulièrement la protection des consommateurs

Indicateur 1 – Ratio de sinistres survenus
Indicateur 2 – Ratio de rejet des demandes d'indemnisation
Indicateur 3 – Ratio de renouvellement
Indicateur 4 – Rapidité de règlement des demande d'indemnisation
Indicateur 9 – Ratio des plaintes
Indicateur 10 – Ratio des ventes transparentes

Source : Simanowitz et Sandmark, 2010.

Le principal indicateur de performances qui est particulièrement approprié à l'optimisation de la valeur est le rapport des sinistres aux primes. Cela aide à

[9] En Inde, ces cinq dernières années les assureurs ont fourni des rapports complets à l'Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA). L'IRDA publie 41 tableaux de données sur tous les aspects des opérations d'assureurs comprenant les ratios de sinistres et les demandes d'indemnisation par classe d'activité, ainsi que les résultats du traitement des plaintes (« disposition des griefs).

déterminer si le marketing mix du prestataire de micro-assurance a du sens du point de vue du consommateur et de l'assureur. Les cas dans lesquels les taux de pertes sont prévus pour être très faibles afin de couvrir des niveaux de dépenses excessifs ne sont pas souhaitables sur le long terme.[10] La réglementation pourrait spécifier des charges de dépenses maximales, lesquelles diminuent éventuellement dans le temps. Bien que la fourniture de services financiers aux personnes pauvres soit en général relativement onéreuse, des indices de référence appropriés pourraient être développés. Par exemple, est-il raisonnable que les ratios de dépenses d'un assureur Vie établi dépassent les 30 % ? De même, un ratio de sinistres net cohérent de sensiblement moins de 50 % pour les produits de base devrait constituer une alerte pour les assureurs Non-vie expérimentés. Un taux de sortie élevé peut aussi indiquer une médiocre optimisation de la valeur ou des pratiques et des clauses de contrat déloyales. Une consultation auprès des régulateurs et des représentants du secteur et des consommateurs a pu contribuer au développement de telles références.

Distribution

Une communauté de surveillance de l'assurance globalisée et liée adopte des approches de plus en plus normalisées en matière de réglementation et de contrôle des intermédiaires. Des situations particulières qui apparaissent sur les marchés traditionnels (par exemple bancassurance, distribution d'assurance obligatoire à grand volume par des détaillants, distribution directe, vente liée d'assurance des garanties contractuelles) tendent à être soumises à des lois ou règlements distincts. Des réglementations de micro-assurance particulières ont été adoptées pour mettre habituellement l'accent sur les intermédiaires. Les approches traditionnelles de réglementation de la distribution et des intermédiaires sont peu susceptibles d'être universellement appropriées à la micro-assurance étant données les valeurs monétaires plus faibles, la nécessité de minimiser les coûts, la nécessité de profiter de la confiance des consommateurs envers l'intermédiaire, et l'évolution persistante des marketing mix. Il est probable que les régulateurs veuillent laisser la porte ouverte pour prendre en considération une gamme d'intermédiaires potentiels et les lois régissant ces intermédiaires devraient leur permettre d'être considérés comme des agents d'assurance.

Actuellement, un sujet central dans les débats sur la protection des consommateurs d'assurance est le rôle et la rémunération des agents, des courtiers et des conseillers financiers.[11] Bien que les agrégateurs soient nombreux, certains régula-

[10] Le coût des services non liés à l'assurance regroupés dans un produit d'assurance devrait être évalué avant qu'une telle analyse ne soit effectuée.

[11] Un certain nombre de pays incluant l'Australie, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont interdit, ou projettent d'interdire, tout ou partie des commissions destinées aux conseillers financiers et courtiers indépendants.

teurs permettent également à des agents exclusifs de vendre de la micro-assurance et d'en assurer le service après-vente. Dans certains cas, ces agents sont agréés en vertu de la loi principale sur les assurances. Dans d'autres cas (par exemple en Inde, aux Philippines), la loi prévoit d'imposer aux agents de micro-assurance des conditions de qualifications formelles moindres ; ils peuvent néanmoins avoir un éventail de responsabilités plus large que les agents conventionnels, y compris la collecte de primes.[12] Beaucoup font faillite au bout d'un certain temps.[13]

C'est un autre compromis difficile dans l'acte d'équilibre entre accès et protection. La faillite d'un agent peut nuire sévèrement à la confiance, car les assurés perdent en général toutes les primes payées jusqu'au moment où l'agent cesse d'opérer en raison de lourdes pénalités pour interruption prématurée (Collins et al., 2009). La probabilité de faillite peut être plus élevée si les niveaux de commission de micro-assurance sont restreints, comme c'est parfois le cas dans le cadre du régime de protection des consommateurs (voir Anagol (2011) pour l'effet de distorsion des commissions). Pour aborder ce problème, toute entité offrant de la micro-assurance par le biais d'agents exclusifs devrait apporter la preuve, dans le cadre de son agrément, qu'elle possède des systèmes qui assureront qu'un autre agent prendra immédiatement en charge un registre de collecte/de service après vente si un agent se retire, ou bien qu'elle dispose de moyens pour établir un lien direct avec l'assuré, y compris l'utilisation de SMS et de centres d'appel. Cela devrait également faire l'objet d'une surveillance par le contrôleur, par exemple, par le biais d'un simple compte-rendu statutaire et d'inspections sur place. En outre, les assureurs employant des agents exclusifs devraient être responsables en vertu de la loi de toute vente abusive ou de malversation de la part de ses agents.

Dans le cas où les intermédiaires commercialisent un produit conjointement avec un assureur, il pourrait y avoir deux options. Soit on pourrait exiger de l'intermédiaire de garantir le produit, soit la réglementation pourrait exiger que l'assureur final satisfasse à une norme prudentielle minimale et soit responsable des actes de son intermédiaire.

Pour compenser ces applications de la proportionnalité réglementaire, tous les intermédiaires en micro-assurance devraient être formellement agréés ou inscrits par le contrôleur. En outre, le personnel approprié d'un intermédiaire spécialisé en micro-assurance devrait être soumis à une formation et une certification d'agent simplifiées. Le contrôleur devrait également avoir le pouvoir de transférer un portefeuille de polices d'assurance à un autre intermédiaire et/ou assureur si nécessaire, afin de s'assurer que les assurés continuent de bénéficier de la couverture.

[12] Une forte analogie peut être faite avec les « collecteurs » d'assurance industrielle à l'ancienne.

[13] En général, sur les marchés traditionnels approximativement 15 % des recrues d'agence initiales survivent à leur quatrième année en tant qu'opérateurs à temps plein.

Dans tous les cas où l'intermédiaire traite les primes et gère des demandes d'indemnisation, il devrait pouvoir faire la preuve que l'argent des assurés est de facto détenu séparément de ses propres fonds, que des systèmes adéquats sont en place (informatisés ou sur papier) pour identifier et garantir les droits de l'assuré, et que les registres de l'assureur sont mis à jour régulièrement (au moins une fois par semaine).

Gestion des demandes d'indemnisation

Les systèmes de paiement des sinistres peuvent être cruciaux pour établir la confiance et améliorer le succès d'une formule de micro-assurance, en raison du puissant effet de démonstration des bonnes ou mauvaises performances. Les résultats de l'étude auprès des consommateurs au Kenya suggèrent qu'il est important que les régulateurs contrôlent cette question et interviennent si des problèmes importants se posent, par exemple, en fixant des normes sur l'opportunité et l'équité des processus de demande d'indemnisation. Les études effectuées en Inde indiquent qu'une période de règlement allant jusqu'à quatre semaines peut être acceptable pour les personnes pauvres économiquement actives, bien que le plus tôt soit certainement le mieux étant donné leurs revenus faibles et variables. Aux Philippines, le Microinsurance Framework fixe une limite de dix jours. Un certain nombre d'initiatives de micro-assurance impliquant des facilitateurs ou d'autres agrégateurs intermédiaires tels que des groupes d'entraide permettent le paiement de demandes d'indemnités valides immédiatement, sans évaluation préalable par l'assureurs ou ses experts. Par exemple, un important projet pilote de micro-assurance dans le district de Vizianagaram d'Andhra Pradesh utilise un centre d'appel et un transfert électronique direct vers des ATM pour accélérer le processus de demande d'indemnisation. Les produits d'assurance contre les intempéries ont été également conçus en partie pour faciliter le règlement plus rapide des demandes d'indemnisation.

De façon générale, tout micro-assureur bien géré ou ses associés de la chaîne de valeur devraient enregistrer et analyser leurs performances en matière de demandes d'indemnisation indépendamment des exigences de contrôle. L'autorité de surveillance ou de protection des consommateurs devrait contrôler les performances en matière de demandes d'indemnisation, pour le bien-être du consommateur et dans le cadre de son rôle au niveau prudentiel et du développement. Pour cela, il faudrait exiger des micro-assureurs ou de leurs intermédiaires associés de rendre compte, sur une base périodique, du nombre de demandes d'indemnisation reçues par type de contrat et du temps moyen pris pour effectuer le règlement après la notification de la demande d'indemnisation. Dans la pratique, une association d'assurance forte pourrait effectuer une grande partie de la collecte des données de micro-assurance et une analyse au nom de l'autorité compétente de protection des consommateurs comme s'il s'agissait d'un exercice d'autoréglementation.

26.2.3 Traitement des plaintes et recours

La capacité à chercher réparation est également un élément important de tout régime de protection des consommateurs. C'est seulement maintenant qu'elle est développée de façon organisée et formelle dans beaucoup de pays industrialisés et en transition et est effectivement inexistante dans la plupart des pays en voie de développement.

Résolution interne des conflits

La meilleure façon pour les assurés de faire un recours quand ils ont un problème ou un conflit devrait être de passer par la compagnie. Cela garantit l'opportunité pour l'assureur de résoudre la question efficacement par un mécanisme interne. Dans le cas où des agrégateurs ou autres distributeurs sont impliqués, il faut que ce soit clair pour les consommateurs et l'information doit être dans une langue claire au moment de la vente quant à la manière avec laquelle et la personne auprès de qui il faut déposer une plainte. Selon la bonne pratique, un responsable suffisamment expérimenté devrait être nommé pour traiter les requêtes et les plaintes des assurés. Les assurés de la micro-assurance sont susceptibles d'être mieux servis, avec des processus plus simples permettant de déposer des plaintes par le biais de canaux multiples (par exemple en personne là où la police a été souscrite, par l'intermédiaire d'un téléphone mobile). C'est une condition requise dans un certain nombre de pays industriels, et qui est intégrée dans la réglementation spéciale de la micro-assurance au Pérou. Comme cela a été signalé, les contrôleurs peuvent fixer des normes pour la résolution interne des conflits, telles que des règles sur l'information d'options, l'opportunité et les processus de recours, et exigent des assureurs de rendre compte de la nature et de la fréquence des plaintes et du taux de résolutions réussies.

Recours au tiers

Certains pays ont des options de recours aux tiers pour traiter des cas dans lesquels le consommateur n'est pas satisfait du résultat du processus de résolution interne des conflits. Les pays nomment de plus en plus des médiateurs indépendants pour traiter toutes les formes de plaintes dans le secteur financier.[14] Cette fonction pourrait aussi se trouver dans une association sectorielle suffisamment importante, le bureau d'un contrôleur principal ou au sein d'un organisme compétent de protection des consommateurs. Dans cette dernière approche, le secteur des assurances devrait accepter de respecter les décisions de ce bureau (en général jusqu'à un montant d'indemnisation plafonné), qui pourraient être prises par un comité ayant les compétences nécessaires.

[14] L'International Network of Financial Ombudsman Schemes compte plus de 30 membres, dont un certain nombre sont des marchés en voie de développement ou en transition : http://www.networkfso.org/Links.html.

Périodes d'examen

Des options de recours peuvent être renforcées par une réglementation qui impose des périodes « d'examen » pour les produits plus complexes ou à plus long terme (en particulier s'ils contiennent des exclusions) pendant lesquelles, une fois qu'une police est souscrite, les consommateurs ont une période définie pour changer d'avis, résilier la police quelle qu'en soit la raison et percevoir un remboursement équitable. Cette approche gagne du terrain,[15] et dans certains pays la période d'examen est intégrée dans la formulation de la police, ce qui aide également à faire progresser l'objectif d'équité.

26.3 Conception et mise en application de régimes spéciaux de protection des consommateurs en micro-assurance

La section précédente a discuté des problèmes généraux de protection des consommateurs en micro-assurance et des options réglementaires pour les aborder, y compris une référence à la façon dont ceux-ci diffèrent de ceux des marchés plus conventionnels de l'assurance. Le mandat, l'autorité et la structure de l'autorité d'assurance ou de toute autre entité responsable de la conception et de la mise en application de telles règles sont susceptibles de varier d'un pays à l'autre. Cela a des implications dans la mise en application d'un régime de protection des consommateurs en micro-assurance. Dans le cas où les assureurs décident de créer un régime réglementaire alternatif pour la micro-assurance, il est nécessaire de prendre en considération un certain nombre de problèmes juridiques et pratiques.

26.3.1 Implications des définitions et de la réglementation en matière de micro-assurance dans la protection des consommateurs

Une fois que l'on s'est décidé en matière de police pour des règles adaptées ou spécialisées, il y a un certain nombre d'options pour intégrer cette décision en termes juridiques et réglementaires et pour atteindre l'équilibre approprié entre accès et protection dans les règles de pratiques du marché. L'une consiste à exempter explicitement la micro-assurance de certaines conditions requises de la loi et des réglementations traditionnelles. Une autre consiste à promulguer une loi ou une réglementation spéciale, comme en Inde et au Pérou. Le traitement spécial de la micro-assurance peut alors être encadré sous la forme de larges principes ou de règles spécifiques. Bien qu'une approche fondée sur des principes permette une souplesse maximale, dans la pratique une approche fondée sur des règles est probablement préférable tandis que le secteur de la micro-assurance se

[15] La condition requise en Afrique du Sud est de 30 jours, ce qui semble être réalisable.

trouve à un stade de développement. Des règles spécifiques sont susceptibles d'être appliquées plus efficacement par des contrôleurs dans les pays en voie de développement confrontés à des contraintes de capacité, en particulier dans le cas où leurs actions peuvent être contestées par des intérêts spéciaux liés à la politique ou par le système juridique encore en développement.

La réglementation spéciale du Pérou (résolution 14283-2009) aborde les problèmes de protection des consommateurs en spécifiant les caractéristiques qualitatives du produit, les mécanismes de recours et les obligations de reporting. Cependant, les règles de protection des consommateurs couvrent seulement des assureurs inscrits.

L'Inde et les Philippines ont adopté des réglementations adaptées. Dans le cas de l'Inde, l'Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA) a adopté des « réglementations de micro-assurance » en 2009 se rapportant entièrement aux pratiques du marché de l'assurance plutôt qu'à des questions prudentielles, qui se fondent sur la loi d'assurance principale. Comme au Pérou, seuls les assureurs inscrits étaient concernés. Aux Philippines, les règles introduites début 2010 font partie d'un effort national pour renforcer le contrôle et les pratiques du marché d'un ensemble d'institutions de micro-assurance, y compris les assureurs formellement agréés, les associations mutualistes et les coopératives. Des projets d'assurance informels ont eu le choix de travailler par l'intermédiaire d'un assureur agréé ou bien d'être transformés en une des trois structures approuvées *(voir encadré 25.5).* En Inde et aux Philippines, les agents de micro-assurance doivent être agréés par le contrôleur d'assurance.

En Inde, un code de conduite s'applique également à tous les agents, y compris les agents de micro-assurance, et il est demandé aux assureurs de s'assurer que ce code soit observé. Le code a force de loi (en étant inclus dans les règlements des agences) et toute violation entraîne la suppression de l'agrément de l'agence. Tant que les conditions requises des pratiques du marché d'un code sont raisonnables et qu'une institution capable est en mesure de contrôler les agents, cette approche par « autorégulation déléguée » des codes de conduite est plus susceptible de réussir que des codes purement volontaires dans le cas de la micro-assurance. Les codes purement volontaires tendent à être utilisés davantage dans les pays industrialisés (par exemple le Canada), où de puissants contrôleurs et de puissantes associations sectorielles sont en mesure d'exercer une pression morale ; il faudrait noter cependant qu'ils ne fonctionnent pas toujours parfaitement, même dans ces cadres-là.

26.3.2 Portée, couverture et arbitrage réglementaires

Une autre question associée consiste à savoir si la réglementation en matière de protection des consommateurs couvre efficacement toutes les entités formelles

qui offrent des produits contre les risques aux personnes pauvres économiquement actives. Si une réglementation spéciale est développée dans le cadre des pouvoirs prévus par le droit de l'assurance seulement, la couverture est susceptible d'être limitée et il pourra y avoir un arbitrage réglementaire entre les entités agrées et celles non agréées. Pour cette raison, il est souhaitable que la réglementation en matière de protection des consommateurs en micro-assurance soit soutenue par une loi qui s'applique à toutes les institutions appropriées sous la responsabilité d'un contrôleur unique, comme aux Philippines et en Australie.[16] En règle générale, si une institution est considérée comme suffisamment importante pour être soumise à un contrôle prudentiel, il faudrait alors qu'elle soit également soumise à des règles de protection des consommateurs qui assurent des règles de jeu équitable avec d'autres prestataires de services financiers génériquement similaires. Des formules d'assurance informelles couvrant un grand nombre de membres et ne relevant pas des règles juridiques de protection des consommateurs pourraient être soumises à un enregistrement ou à une autre forme de contrôle plus légère, ou être obligées de fonctionner par le biais d'entités agréées.

Une complication est que le bénéficiaire réel n'est parfois pas celui qui paie la prime. D'une façon générale, quand une IMF est l'agrégateur, le produit vendu est une assurance de crédit (Individuelle accidents, Vie ou Vie plus Invalidité) pour le montant du prêt seulement. L'IMF prendra souvent une commission et le consommateur peut ne pas savoir que le coût a été ajouté au taux d'intérêt.[17] On pourrait affirmer que, dans ce cas, le régulateur compétent est l'autorité bancaire plutôt que le contrôleur d'assurance. Cependant, le régulateur bancaire peut être davantage concerné par la solidité financière du prêteur et en particulier sa capacité à maintenir son flux de revenu basé sur des commissions et des honoraires, ce qui crée une position de conflit potentielle concernant le bien-être du consommateur. Ou les autorités bancaires peuvent limiter les taux d'intérêt pour protéger les consommateurs, ce qui encourage les opérateurs à augmenter les prix pour les produits d'assurance liés. En outre, beaucoup de produits d'assurance Emprunteur versent une somme à la famille de l'emprunteur en plus de payer le prêt non remboursé, ce qui relève clairement du domaine de l'assurance. Pour ces raisons, l'assurance Emprunteur est incluse dans la définition de la micro-assurance pour les besoins du présent chapitre.

Toute décision en matière de police pour introduire une réglementation adaptée (et une approche de contrôle propre) pour la micro-assurance soulève la possibilité de contrats d'assurance traditionnels vendus sous ce régime alternatif, pour lequel

[16] En Australie, pour des raisons historiques, une loi distincte existe pour les Sociétés de Mutualité, mais elles ont été soumises aux mêmes contrôleurs fédéraux que les compagnies d'assurance quand l'Australian Prudential Regulatory Authority (APRA) a été créée.

[17] De façon générale, les coûts de la composante qu'est l'assurance sont de l'ordre de 1,5 % ou plus du montant du prêt, et des ratios de perte de moins de 20 % ne sont pas rares.

on est presque certain d'avoir une charge réglementaire plus légère et de permettre des formulations qui ne seraient pas possibles dans le cadre des principes clés de l'assurance (ICP) formulés par l'AICA. Les régulateurs voudront prendre des mesures pour éviter de créer des opportunités pour un arbitrage réglementaire autour des pratiques du marché, où les prestataires d'assurance pourraient se définir comme des « micro-assureurs » ou définir les produits comme de la « micro-assurance » afin de tirer profit d'une réglementation plus légère.[18] Cela est important pour des raisons de stabilité et d'efficacité, ainsi que pour la protection des consommateurs.

Un certain nombre de pays qui ont introduit une législation spécifique en matière de micro-assurance, y compris le Pérou et les Philippines, semblent avoir tracé un chemin intelligent entre la limitation de l'espace laissé à l'arbitrage et des approches innovatrices. Dans certains autres pays, les règles peuvent réduire la souplesse et limiter le développement de la micro-assurance, par exemple, en exigeant un capital minimum élevé pour tous les assureurs,[19] ou en imposant des normes de pays développés en matière de conseil, y compris des « recherches de données » étendues.[20] Certains marchés ont trouvé des moyens de travailler sur de telles limitations, mais il serait préférable que la réglementation identifie les divers besoins de différents segments de marché *(voir encadré 26.3).*

Encadré 26.3

Règles en matière de conseil en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, le Financial Advisory and Intermediary Services Act (Loi FAIS) exige que l'intermédiaire fournisse suffisamment d'informations pour permettre au consommateur de prendre une décision éclairée. Dans le cas où des services de conseil sont fournis, il existe des règles spécifiques et relativement onéreuses quant à la façon dont cela doit être fait et par qui. En particulier, l'intermédiaire doit être un conseiller financier inscrit, effectuer une analyse financière des besoins de l'acheteur éventuel, et s'assurer que le consommateur comprend les conseils donnés.

Cette condition requise aurait pu limiter le développement d'une micro-assurance peu coûteuse. Dans la pratique, les assureurs ont pu développer une catégorie d'agence liée sans conseil, de type « cochez la case » (par exemple pour des produits simples et standards vendus par des magasins de détail), en interprétant

[18] Cette considération a été une raison expliquant le retard du lancement du secteur de la micro-assurance au Cambodge ; la législation proposée imposera des conditions en matière de capitaux plus légères que pour les assureurs traditionnels.

[19] Crecana, un assureur viable pour le groupe des personnes à faible revenu, a dû cesser ses opérations en Bolivie pour cette raison.

[20] Une « recherche de données » est un questionnaire qui prouve que l'intermédiaire a fait des demandes de renseignements suffisantes pour pouvoir recommander un produit et un niveau de prime/montant assuré appropriés (c'est-à-dire une analyse financière des besoins).

une disposition de la Loi qui a été prévue dans un but différent. Dans le meilleur des cas, de telles stratégies adaptatives ne seraient pas exigées.

Source : Adapté de Bester et al., 2006.

Il convient de noter que les lois en Inde et aux Philippines prévoient explicitement une catégorie définie d'agents de micro-assurance exclusifs qui est soumise à des conditions moins onéreuses qu'un courtier ou un agent lié normal. Il est généralement exigé des agents de micro-assurance d'avoir une expérience spécifiée dans les relations avec les personnes pauvres économiquement actives et d'avoir reçu un minimum de formation, et dans le cas des agrégateurs, d'être des organismes à but non lucratif. Ce que l'on attend d'eux c'est qu'ils aient un éventail de fonctions plus large qu'un agent traditionnel, et pour cela ils sont rémunérés en conséquence. Cependant, ils peuvent être exemptés de la nécessité de passer des examens et d'avoir un niveau d'instruction formel étendu. Cela semble être une solution pratique.

26.4 Protection des consommateurs non-législative et non-réglementaire

26.4.1 Rôle complémentaire des codes du secteur en matière de pratiques et de normes

Les pratiques des assureurs et intermédiaires sur le marché des personnes pauvres peuvent avoir comme conséquence une réglementation trop intrusive et onéreuse en matière de protection des consommateurs. Un tel régime peut être problématique et même contreproductif d'un point de vue du développement du marché et de l'inclusion financière, et a pour conséquence un moindre niveau de bien-être des consommateurs, par exemple si les options informelles des consommateurs sont inférieures à celles disponibles sur le marché. Cela plaide pour un équilibrage soigneux des réponses en matière de réglementation aux risques réels observés sur le marché et peut-être une approche de la conception d'un régime qui soit plus progressive et selon le principe de « l'apprentissage par la pratique ». Cela suggère également qu'il peut y avoir un rôle pour les réponses bien conçues qui abordent les causes premières des problèmes de protection des consommateurs par des moyens autres que des moyens purement réglementaires.

Les contrôleurs et associations sectorielles éclairés dans un certain nombre de pays ont identifié cela en mettant en place des codes de conduite de secteur conçus pour maîtriser les stratégies commerciales de maximisation des profits sur le court terme et pour s'assurer que les consommateurs reçoivent des produits appropriés et un traitement juste, de sorte qu'ils puissent avoir confiance

dans les produits et les prestataires formels. Pour cela, le secteur de la microfinance a pris diverses initiatives pour développer des codes et des normes de comportement responsable, y compris Smart Campaign, qui est organisé autour de 7 principes de protection des clients qui correspondent grosso modo aux principes proposés dans ce chapitre.[21] Smart Campaign donne maintenant des conseils plus détaillés pour différents services de microfinance incluant la micro-assurance. Le Microinsurance Network a également formé un groupe de travail pour la protection des consommateurs pour aller plus en profondeur dans ce type de travail.

Un défi principal posé par des approches autorégulatrices est de savoir si les récompenses et les sanctions seront suffisantes pour motiver les opérateurs à atteindre des niveaux élevés de conformité. Dans le secteur de la microfinance, le Campaign travaille en partant du principe que la combinaison des valeurs de développement centrales de la plupart des intervenants dans le secteur, de la pression morale et du renfort apporté par des bailleurs de fonds tels que les investisseurs sociaux générera des niveaux acceptables de comportement et une amélioration continue. L'expérience d'autres initiatives autorégulatrices suggère que l'engagement et le contrôle de la part des autorités de réglementation compétentes peuvent également être un facteur puissant de succès.

26.4.2 Rôle complémentaire des initiatives de sensibilisation et d'éducation des consommateurs

Bien que les faibles niveaux d'éducation formelle et de connaissance en matière de finances formelles puissent également être une barrière à une mise en place efficace de la protection des consommateurs dans le secteur de la micro-assurance, les personnes pauvres économiquement actives sont très sensibilisées au risque. Des événements tels qu'une maladie temporaire dans le cas d'un salarié ou la perte d'une vache peuvent être catastrophiques pour une famille pauvre. Cependant, elles peuvent avoir du mal à saisir la valeur d'un produit qui peut satisfaire leurs besoins, mais qui leur est entièrement inconnu et qui est éventuellement contraire à l'intuition. Bien que les consommateurs soient à même de comprendre le contrat ou leurs droits après explication, le faire correctement demande d'y réfléchir soigneusement, et les risques de vente abusive et de malversation peuvent être plus grands.

[21] Voir la description des principes et des outils pour les prestataires, les associations et d'autres parties prenantes sous www.smartcampaign.org. Campaign a tiré profit des efforts menés par les IMF et les réseaux pour développer des codes de conduite et de travail comme ceux réalisés par SEEP Network, qui avait auparavant clairement exprimé avoir pour ambition d'assurer un service éthique, digne, transparent et équitable (voir SEEP, 2010).

Pris ensemble, ces facteurs renforcent le besoin de sensibilisation des consommateurs et de mesures d'éducation financières de base pour compléter un régime de protection des consommateurs. De telles mesures sont facilitées par des conditions réglementaires telles que l'information en langage clair et des mécanismes de recours accessibles. En outre, un marché éduqué est beaucoup plus facile à développer.[22] Ainsi, bien que la confiance en l'intermédiaire soit un facteur principal de la décision d'achat, il existe déjà des preuves que l'éducation financière de base peut éveiller la sensibilité des consommateurs quant à leurs options de gestion des risques et leurs droits juridiques contractuels et généraux une fois qu'ils ont souscrit à un contrat d'assurance.

Au cours du test de son Consumer Protection Curriculum dans divers marchés des personnes à faible revenu, le Global Financial Education Program (GFEP) a noté que les personnes pauvres économiquement actives ne se rendent souvent pas compte qu'elles ont des droits légaux généraux en dehors du libellé du contrat d'assurance. En outre, GFEP a trouvé que seulement 16 % des consommateurs pauvres qui travaillaient avec des assureurs leur faisaient confiance avant de participer aux expériences pilotes dans le cadre de leur programme de gestion des risques et d'assurance ; après la formation, 71 % étaient prêts à reconnaître que certains assureurs étaient acceptables (GFEP).

Le processus de sensibilisation et d'éducation des consommateurs est susceptible d'exiger un effort conjoint des contrôleurs, des ressources du secteur et d'autres telles que les ministères de l'éducation ou des ONG spécialisées. Bien que l'implication en tête à tête pour renforcer les capacités financières ait certains avantages (en supposant que les assurés potentiels en aient le temps), les données GFEP et la propre expérience des auteurs suggèrent que d'autres canaux et médias populaires tels que les feuilletons de la radio ou de la télévision pourraient offrir un large potentiel pour la sensibilisation et l'éducation en matière d'assurance dans la plupart des pays en voie de développement. Les écoles secondaires peuvent également offrir un canal fructueux pour le savoir à long terme et le changement de comportement, et elles ont été utilisées pour l'introduction du concept d'assurance pendant de nombreuses années dans les pays développés. Il ne faut pas oublier que le besoin d'éducation des consommateurs et la capacité financière sont considérablement réduits quand les produits sont appropriés, distribués d'une façon juste et transparente et soumis au recours quand les problèmes surgissent.

[22] Trois prix Nobel (Akerlof, Spence et Stiglitz) ont démontré que des marchés bien informés se développent plus rapidement et sur une voie plus saine.

26.5 Bonnes pratiques émergentes

Un certain nombre de bonnes pratiques émergentes ont été identifiées qui pourraient former le noyau d'un régime adéquat de protection des consommateurs pour la micro-assurance. Avant de pouvoir former la base de toutes les recommandations réglementaires normatives, elles devraient cependant être testées sur le terrain et être adaptées au contexte. Les pratiques sont classées en trois objectifs de protection de consommateurs qui sont la transparence, le traitement juste et le recours efficace.

1) *Transparence :*

– Exiger que le client sache qui est l'assureur final, par exemple quand le nom de l'assureur est clairement énoncé dans les documents de ventes, la police et tous les documents « Faits Essentiels ».
– Exiger une information adéquate et compréhensible sur le prix de la police, ce qu'elle offre (et n'offre pas), les obligations en matière de paiement de la police, quand et comment une demande d'indemnités peut être faite dans le cadre du contrat, et pour combien, y compris toutes exclusions ou limitations sur la couverture provenant de garanties explicites ou implicites.
– Exiger une information adéquate et compréhensible des procédures de demande d'indemnisation et comment accéder à des mécanismes de recours si les choses ne vont pas comme prévu.
– Étant donné le profil des consommateurs de micro-assurance, de telles informations devront être aussi simples, compréhensibles et accessibles que possible à ceux qui ont des niveaux de revenu, d'expérience et d'éducation formelle qui sont faibles. La normalisation des formats et des formulations peut aider à faciliter la compréhension des consommateurs et la comparaison des différents produits disponibles.

2) *Traitement juste :*

– Exiger la mise en place de mécanismes qui atténueront l'impact des pratiques de ventes sous haute pression en s'assurant que les consommateurs potentiels ont le temps pour considérer le caractère approprié et l'optimisation de la valeur du ou des produit(s) offert(s). Ces mécanismes peuvent être le rappel après-vente par l'assureur (en utilisant des moyens électroniques là où cela est possible) et les périodes d'examen par exemple*(voir section 26.3).*
– Faire attention à l'effet d'une formulation trop obtuse, en particulier si elle limite la fourniture de services d'assurance alors que les clients pourraient s'attendre à en bénéficier, et veiller à encourager les opérateurs à offrir des produits relativement simples (par exemple ceux avec des formulations standards ou des restrictions par rapport aux exclusions et aux garanties obscures).

– Autoriser le regroupement de produits quand cela apporte des avantages (par exemple des économies ou une commodité) aux clients ainsi qu'au prestataire, auquel on demande de satisfaire à des exigences en matière d'information et de pertinence.[23]
– Exiger que tous les intermédiaires soient formellement agréés ou inscrits,[24] et qu'ils soient conformes à la réglementation adéquate et proportionnée, empruntée aux marchés traditionnels.
– Rendre les assureurs responsables des actions de leurs agents exclusifs en livrant le ou les produit(s) et assurant le service.
– S'assurer que l'argent des clients est protégé et correctement enregistré.
– Surveiller les performances des règlements de demande d'indemnités par des mesures comme les ratios de perte et le temps entre la notification de la demande d'indemnisation et le paiement.

3) *Recours :*
– Exiger des assureurs ou des groupes d'affiliation intervenant pour eux[25] (c'est-à-dire des agrégateurs) d'établir les procédures de traitement de plaintes internes qui sont opportunes et facilement accessibles aux consommateurs de micro-assurance. Par exemple, des procédures de plaintes qui sont opportunes, libres et commodes, et qui sont accessibles en personne et exemptes de paperasseries onéreuses. Dans la mesure où c'est réalisable, le contrôleur devrait contrôler l'efficacité des systèmes internes de résolution de conflit et demander aux assureurs ou groupes d'affiliation de renvoyer des données sur les résultats des plaintes et de la résolution des conflits.
– Si les considérations économiques le permettent, nommer un représentant indépendant des consommateurs tel qu'un médiateur. En variante, s'assurer que les consommateurs ont accès à une unité de protection des consommateurs au sein du bureau du contrôleur adéquat ou d'un corps sectoriel indépendant.
– Exiger « les périodes d'examen » (périodes après-ventes pendant lesquelles le nouvel assuré peut résilier le contrat et recevoir un remboursement équitable) pour des produits à long terme ou complexes, en particulier s'ils contiennent des exclusions ou des formulations de garantie importantes.[26]

[23] Bien que le regroupement puisse se faire sur le lieu de vente, les différents produits peuvent encore être efficacement fournis par différentes institutions.

[24] Cela pourrait être fait par le biais d'assureurs agréés pour les agents exclusifs individuels, qui seraient susceptibles d'être contrôlés par l'organisme de surveillance.

[25] Par exemple, des IMF ou des groupes d'entraide.

[26] S'il en est fait mention dans le libellé de la police, cela pourrait également être classé dans la catégorie du traitement juste.

Une étude montre que le contexte de la police peut avoir un impact important sur le développement du secteur de l'assurance à tous les niveaux. Les régulateurs peuvent utiliser ces bonnes pratiques émergentes sélectivement, selon le type de produit, l'environnement des consommateurs, le niveau de développement du marché et la capacité de contrôle. Si elles sont appliquées convenablement, ces bonnes pratiques devraient contribuer de manière significative à l'inclusion financière grâce au développement de marchés de micro-assurance durables et ajoutant de la valeur.

Annexe

À propos des auteurs

Janice Angove est une actuaire qualifiée et est chargée de cours à l'Université de Witwatersrand en Afrique du Sud. Travaillant actuellement pour la School of Statistics and Actuarial Science, elle s'occupe de l'enseignement des sciences actuarielles et de la recherche en micro-assurance et en réglementation pour le développement des marchés de l'assurance. Avant cela, Janice était directrice chez Quindiem Consulting, chargée essentiellement de micro-assurance et d'assurance et de réglementation des régimes de retraite sur les marchés en développement. Ses principaux domaines d'intérêt sont l'élaboration de dossiers de décision pour nouvelles entreprises de micro-assurance et l'évaluation du dossier de décision de la micro-assurance du point de vue des assureurs commerciaux. Janice conseille également les organismes de réglementation des assurances et des retraites en Afrique du Sud, en aidant les organismes de réglementation sur les marchés en développement pour favoriser les secteurs stables de l'assurance et des retraites.

Anjali Banthia dirige des recherches chez Women's World Banking en Asie et en Afrique. Par le biais de ses recherches, Anjali vise à faire entendre la voix de la clientèle féminine dans la conception et la distribution de stratégies en matière de produits de micro-finance et de marketing. Ses recherches appuient les programmes du WWB dans les domaines de la micro-assurance, de l'épargne, du crédit, de l'éducation financière et des paiements. Elle est l'auteur de *'Microinsurance that works for women'*, publié en 2009 par la Women's World Banking et la Compagnie d'Assurances Zurich dans la série de publication du Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT. La publication a analysé les problèmes critiques liés au genre impliqués dans la fourniture de micro-assurance.

Anjali a travaillé sur plus d'une dizaine de marchés en Afrique, en Asie et en Europe de l'Est pour recommander et lancer des solutions financières pratiques et innovantes pour les femmes. Avant de rejoindre la WWB, Anjali a travaillé comme chef de produit chez Ujjivan Financial Services, une start-up d'institution de micro-finance à forte croissance à Bangalore, en Inde, où elle a conçu et mis en œuvre un programme de prêts aux micro-entreprises générant un portefeuille de prêts de 3 M de US$, et touchant plus de 10 000 femmes chefs d'entreprise dans sa première année. Elle a commencé sa carrière dans la gestion des marques de produits de consommation à la société Clorox à Oakland, en Californie, et a également travaillé comme consultant en stratégie d'égalité des genres pour la First Microfinance Bank et la International Finance Corporation à Douchanbé, au Tadjikistan. Elle est titulaire d'une maîtrise en relations internationales de la London School of Economics et d'une licence de gestion des affaires de l'Université de Californie à la Haas School of Business de Berkeley.

Michiel Berende a commencé sa carrière comme assureur souscripteur et gestionnaire de processus pour un assureur néerlandais appelé Interpolis. Il s'est impliqué dans la micro-assurance lors de sa visite en Inde en 2004 en tant que consultant pour Interpolis et Micro Insurance Netherlands. En Inde, il a soutenu la Fondation DHAN pour trouver et développer la bonne solution logicielle pour son programme de micro-assurance. Travailler au niveau local a incité Michiel à démissionner de son emploi en entreprise pour aller vivre et travailler en Inde. Là, il a travaillé à Tata-Dhan Academy où il a créé un centre des savoirs sur la micro-assurance. En 2006 Michiel est devenu membre du Groupe de travail CGAP sur la micro-assurance, aujourd'hui appelé Microinsurance Network. Depuis 2008, il poursuit son travail sur la micro-assurance comme consultant indépendant pour Microinsurance Network, OIT, GIZ, IABD, Eureko et autres avec une expérience au Brésil, en Inde, au Mozambique, au Sénégal et dans d'autres pays.

Michiel est également l'animateur du groupe de travail Microinsurance Network Technology. Les domaines d'intervention du Groupe de travail incluent la collecte de données, la communication, les services et systèmes d'information de gestion en appui des praticiens de la micro-assurance et des formateurs qui travaillent avec ces organisations.

Alex Bernhardt a fondé et gère le groupe GC Micro Risk Solutions℠ de Guy Carpenter. Il a été le fer de lance de l'initiative des demandes de subvention de Guy Carpenter en 2008, qui a abouti à la réception de fonds du Fonds pour l'Innovation en micro-assurance de l'OIT. Il a ensuite dirigé l'équipe de placement global responsable de la première transaction de micro-réassurance du Micro-GC, une première pour Guy Carpenter et le secteur en général. Sous la direction d'Alex, GC Micro a depuis reçu des subventions supplémentaires spécifiques au projet et dirige maintenant les comptes commerciaux en Afrique, en Asie et en Amérique latine couvrant de nombreuses gammes de micro-assurance, incluant l'assurance Vie, l'assurance Santé et l'assurance Catastrophe paramétrique. Alex contribue régulièrement aux publications du secteur, prend la parole lors d'événements internationaux et a reçu plusieurs récompenses du secteur, par exemple dans le magazine *Reactions* magazine en 2011 « Rising Stars » et la revue *Risk & Insurance* Broker Puissance liste® 2011. Il a obtenu plusieurs nominations du AICPCU et a obtenu une licence avec mention de l'Université de Puget Sound.

Michael R. Carter est professeur d'économie agricole et d'économie des ressources à l'Université de Californie Davis et dirige le Collaborative Research Support Program BASIS qui étudie les stratégies de lutte contre la pauvreté en milieu rural en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Les recherches menées par Carter se concentrent sur les stratégies de développement des petites exploitations agricoles, incluant le transfert d'actifs et les programmes d'approfondissement

relatifs aux marchés financiers. Ses projets actuels incluent l'analyse de la dynamique de la pauvreté et des filets de protection sociale productifs, et mettent en valeur une série de projets qui conçoivent, pilotent et évaluent des contrats d'assurance indexée comme mécanismes pour lutter contre la pauvreté chronique et approfondir les marchés agricoles et financiers ruraux. Ce dernier travail est effectué sous l'égide de I4 'Index Insurance Innovation Initiative', une joint-venture de BASIS, de l'USAID, de l'Oxfam, du FAO et du Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT. Membre élu du American Agricultural Economics Association, Carter est co-rédacteur en chef du principal journal de développement *World Development.*

Doubell Chamberlain est fondateur et directeur général de Cenfri et directeur de thèmes pour le FinMark Trust, responsable de leur travail dans les systèmes de paiement de détail et la micro-assurance. C'est un économiste du développement par sa formation, spécialisé dans l'innovation en matière d'inclusion financière, la politique du secteur financier et la stratégie réglementaire pour le développement, l'accès aux services financiers et l'appui des gouvernements pour faire fonctionner les marchés pour les gens pauvres. Doubell possède une grande expérience de la micro-assurance, LBC/FT, la distribution de services financiers et la réglementation pour le développement des marchés, et a travaillé dans le monde en voie de développement, y compris l'Afrique (Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Ouganda et Zambie), l'Amérique latine (Brésil, Colombie et Mexique) et l'Asie du Sud et du Sud-Est (Inde, Indonésie et Pakistan).

Doubell est titulaire d'une maîtrise d'économie (avec mention), une licence d'économie (Université de Stellenbosch/Université libre d'Amsterdam) et une licence de mathématiques (Université de Stellenbosch, Afrique du Sud).

Arup Chatterjee est Senior Financial Sector Specialist à l'Office of Regional Economic Integration à l'Asian Development Bank à Manille, ayant la responsabilité du développement du secteur financier dans le domaine de l'assurance et l'épargne contractuelle depuis Novembre 2010. A son précédent poste, il a été Administrateur Principal à l'Association Internationale des Contrôleurs d'assurance (AICA) à la Bank for International Settlements à Bâle, en Suisse, où il était responsable du développement, de l'évaluation et de la mise en œuvre de normes financières pour six ans. Dans le domaine de l'inclusion financière, il a spécifiquement contribué à la création de normes qui permettent l'accès aux marchés financiers avec une référence spécifique à la micro-assurance et au *takaful,* et a pris part aux travaux du G-20 et de l'APEC. Avant cela, il a travaillé pendant 18 ans en Inde ce qui lui a donné une expérience couvrant les aspects en matière d'exploitation, de réglementation, de contrôle et de politique des opérations du secteur financier avec des passages à une compagnie d'assurance, au ministère fédéral des Finances et comme Directeur Adjoint de la Indian Insurance Regulatory and Development Authority. Il est membre du Comité Consultatif de l'Initiative Accès à l'Assurance (A2II) et siège au Groupe consultatif du Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT.

Grieve Chelwa est chercheur au Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Après avoir travaillé au Cenfri à temps partiel pendant presque deux ans, Grieve a rejoint l'équipe du Cenfri à plein temps au début de 2011. Ses travaux ont porté principalement sur la distribution de la micro-assurance en Afrique avec un vif intérêt sur les développements en Afrique du Sud. Avant de rejoindre le Cenfri, Grieve a travaillé comme Associé de Gestion pour le Citi Africa basé à Johannesburg, Afrique du Sud. Pendant qu'il était au Citi, Grieve a rempli diverses missions en République Démocratique du Congo, au Kenya, au Nigeria et en Afrique du Sud, qui couvraient l'intégration de systèmes, l'analyse de crédit et le développement de nouvelles activités. Avant d'être au Citi, Grieve a travaillé comme Adjoint aux Opérations de la Standard Chartered Bank Zambia et avant cela il a effectué un stage à la Banque Centrale de la Zambie. Grieve est titulaire d'une maîtrise d'économie (Université de Cape Town, Afrique du Sud), d'une licence d'économie (Université de Cape Town) et d'une licence d'économie et de statistiques (Université de Zambie).

Craig Churchill a une expérience de 20 ans en micro-finance, à la fois dans les pays développés et les pays en voie de développement. A son poste actuel au Social Finance Programme de l'OIT, il s'occupe principalement du rôle des services financiers que les populations pauvres peuvent utiliser pour gérer les risques et de réduire leur vulnérabilité, incluant l'épargne, l'assurance et les prêts d'urgence. Il est président du Microinsurance Network, membre du conseil d'administration de l'Initiative Accès à l'assurance (A2II) et enseigne au Programme Boulder MFT à Turin, en Italie. Craig a écrit et publié plus de 40 articles, livres, monographies et manuels de formation sur divers sujets de microfinance, y compris la micro-assurance, la fidélisation de la clientèle, le développement organisationnel, la gouvernance, les méthodologies de prêt, la réglementation et le contrôle, et les services financiers pour les plus pauvres des pauvres. En 2008, il a lancé le Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, afin de stimuler le développement de l'assurance pour aider à promouvoir un travail décent pour des dizaines de millions de personnes à faible revenu dans les pays en voie de développement.

Aparna Dalal apporte son concours aux efforts de recherche, de communication et de gestion des savoirs du Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT. Auparavant, elle a été directrice des projets spéciaux à la Financial Access Initiative, où elle a lancé et mené ses projets de recherche en micro-assurance liés à l'éducation des consommateurs, l'économie comportementale, et des études d'impact. Aparna a une expérience en conseil de gestion et de technologie large et diversifiée acquise dans les secteurs public et privé. Elle a une maîtrise d'administration publique et développement international de l'Université de New York et une licence de Gestion des Affaires de l'Université du Texas.

Yvonne Deblon est chef de projet à la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) à Eschborn. Au sein de la Section de Protection Sociale, elle gère des projets dans le domaine de la micro-assurance et la protection sociale de base. Elle a rejoint le GIZ en 2009 après avoir fait pendant plusieurs années un travail de conseil politique comme assistante de recherche au Parlement Allemand. Elle possède une expérience de plusieurs années en coopération sur le développement et a un diplôme de géographie et d'économie du développement de la Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität à Bonn. Elle anime le Groupe de travail sur la Protection Sociale du Microinsurance Network.

Stefan Dercon est professeur d'économie du développement à l'Université d'Oxford et conseiller au Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT. Ses travaux de recherche analysent les causes et les conséquences de la persistance de

la pauvreté en Afrique et en Inde, en utilisant des micro-données à long terme et des expériences sur le terrain. Une grande partie de son travail se concentre sur les liens entre le risque et la pauvreté, et le rôle des mécanismes de l'assurance formelle et informelle pour réduire la vulnérabilité. Il a été nommé récemment économiste en chef au Department for International Development (DFID) au Royaume Uni.

David Dror est un expert en micro-assurance de renommée internationale. Le secteur de l'assurance en Asie l'a nommé « Personnalité de l'année » en 2009 pour « l'étude et la recherche de pointe qui a contribué à une compréhension accrue de la façon dont les communautés les plus pauvres du monde peuvent bénéficier de la micro-assurance. En 2011, il a reçu le « Global Citizen Lifetime Achievement Karmaveer Puraskaar Award » pour la justice sociale et l'action citoyenne de la Confédération indienne de l'ONG. Son livre majeur *Social re insurance: A new approach to sustainable community health financing* [Réassurance sociale: Une nouvelle approche de financement durable de l'assurance-maladie communautaire] (avec A. Preker ; publié par la Banque mondiale et l'OIT) est considéré comme un texte fondamental sur les liens des communautés locales à la réassurance (« Social Re »). Il a publié plus de 40 articles revus par des pairs, plusieurs chapitres de livres et trois livres sur différents aspects de la micro-assurance Santé (publications: http://ssrn.com/author=1834110).

David Dror, titulaire d'un doctorat (avec mention d'excellence) et un diplômé de Gestion des Affaires (avec grande distinction), est professeur honoraire à l'Université Erasmus de Rotterdam (Pays-Bas) et a été le président fondateur de la MicroInsurance Academy (www.microinsuranceacademy.org) à New Delhi en 2007 et en Allemagne en 2011. MIA est considéré comme le principal prestataire de services techniques en micro-assurance. Il a reçu le prix « Educational Service Provider of the Year » en 2010 et de nouveau en 2011 pour « les méthodes de formation innovantes de la MIA, adaptées aux besoins des groupes de population à faible revenu ».

Iddo Dror a une expérience de plus de 10 ans dans divers secteurs (développement international, Nations Unies, universités et entreprises) dans des missions sur les cinq continents. Ses intérêts professionnels sont le développement (en particulier le rôle des services financiers), les affaires et la gestion internationales, et l'enseignement de niveau universitaire. Il est titulaire d'un doctorat de sciences économiques et sociales et d'une maîtrise de Gestion des affaires de l'Université de Genève, Suisse. Iddo est actif dans le secteur de la micro-assurance depuis 2005, quand il a commencé son travail de doctorat dans ce domaine, et a déménagé en Inde en 2007 pour participer au lancement de la Micro Insurance Academy, la première et la seule institution qui se consacre à fournir une assistance technique aux communautés et organisations locales dédiée à une meilleure compréhension de l'assurance. Il a animé le groupe de travail sur l'Éducation en matière d'Assurance du Microinsurance Network depuis sa création jusqu'en 2011, et donne des cours de niveau universitaire sur la micro-assurance depuis 2009. On trouve un aperçu plus détaillé des activités actuelles et des liens vers des publications à http://in.linkedin.com/in/iddodror

Denis Garand a été diplômé de l'Université du Manitoba en 1981 et a obtenu le titre de Fellow de L'institut Canadien des Actuaires (FCIA) et de Fellow de la Société des Actuaires (FSA) en 1987. De 1981 à 2000, il a travaillé pour une compagnie canadienne d'assurance coopérative comme actuaire du Groupe, directeur du marketing et vice-président de l'assurance de groupe ainsi que comme conseiller pour le développement d'assureurs coopératifs et comme participant actif à des associations du secteur. Depuis 2000, Denis est consultant indépendant, travaillant principalement sur le groupe canadien et le secteur de l'assurance des débiteurs et les programmes de micro-assurance internationaux.

Eric Gerelle est consultant international pour les organisations de micro-finance et de micro-assurance, les sociétés multinationales, les universités et les organismes des Nations Unies. Au cours de sa carrière, il a travaillé à la fois dans les milieux universitaires et le secteur privé dans les domaines du développement et du marketing, l'organisation de conférences internationales et d'ateliers sur le développement durable, la gestion des savoirs et le financement de projet. Il développe actuellement des modèles mathématiques pour les Objectifs du millénaire pour le développement et les appliquent à l'élaboration de scénarios en matière de santé, d'assurance, d'emploi et d'éducation.

Eric a conçu et développé des systèmes de technologies de l'information et de la communication pour l'acquisition de données, la gestion des flux de travail, l'intégration de systèmes et la gestion des savoirs. Grâce à la coopération avec les fournisseurs de solutions mobiles, il a créé des solutions pour la micro-assurance, la micro-finance, la santé, l'alimentation et l'éducation dans les pays en voie de développement. Il a mis en place plusieurs projets financés par la Communauté européenne dans les secteurs de la transformation, de la santé et de la gestion des savoirs. Ses travaux publiés comprennent des articles dans les domaines de l'automatisation industrielle, de la gestion de la production et un livre sur la fabrication intégrée par ordinateur. Eric possède une licence de physique de l'Université d'Oxford et un doctorat de mathématiques de l'Université de l'État du Kansas et a reçu le prix 'Distinguished Alumnus' décerné par le département de mathématiques de l'Université d'État du Kansas.

Martin Herrndorf est membre associé du Endeva Insitute de Berlin, rédacteur pour NextBillion.net et étudiant doctorant à l'Université de St-Gall, où il étudie les processus stratégiques dans les entreprises traitant des marchés de la micro-assurance. Ses publications concernent principalement les solutions à la pauvreté fondées sur le marché, en mettant l'accent sur la micro-assurance, et est intervenu sur ces sujets dans des séminaires à l'Université de St-Gall (2009), l'Université d'été de Cologne (2009) et à l'Uganda Insurance Association (2010). Il a une expérience approfondie de la micro-assurance dans divers contextes géographiques et spécifiques à l'entreprise, y compris l'analyse de portefeuille, partenariat basé sur la diligence et conception raisonnable, et les modèles de gestion. Ses principaux centres d'intérêts sont l'inclusion financière et les technologies numériques. Grâce à son implication dans la micro-assurance, il a acquis des connaissances dans les processus de stratégie et de partenariat pour des solutions à la pauvreté fondées sur le marché qui sont pertinentes au-delà des limites sectorielles.

Jeanna Holtz a rejoint le Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance en 2008, quand celui-ci a été lancé avec un financement de la Fondation Bill & Melinda Gates pour promouvoir le développement de services d'assurance précieux pour un grand nombre de ménages à faible revenu. Jeanna a démarré le programme de subventions pour l'innovation, elle est actuellement responsable de l'ensemble des opérations du Fonds. Elle avait auparavent travaillé dans le domaine de l'assurance Santé et du conseil. Avant de rejoindre le Fonds, elle a travaillé pendant cinq ans pour le Groupe Allianz,

basé à Munich, en Allemagne, dans le département international de la santé, où elle a dirigé une équipe chargée de soutenir les initiatives d'assurance de santé à travers le monde au sein d'Allianz. Auparavant, Jeanna avait travaillé pour l'assureur américain en assurance Santé Aetna. Elle est titulaire d'une maîtrise en administration des entreprises (MBA) de l'Université Northwestern, Chicago.

Christine Hougaard est responsable de missions au Centre For Financial Regulation and Inclusion (Cenfri) basé en Afrique du Sud, où elle est spécialiste de la micro-assurance, des paiements de détail et, plus largement, d'inclusion financière. En micro-assurance, elle est co-auteur de diverses études, y compris les études de diagnostic de micro-assurance au Brésil, en Afrique du Sud, au Swaziland et en Zambie. Avant de rejoindre le Cenfri, Christine a travaillé comme membre associé au sein du cabinet de conseil Genesis Analytics, où elle a travaillé principalement sur l'accès au financement. Christine est titulaire d'une maîtrise d'économie de l'Université de Stellenbosch, en Afrique du Sud.

Susan Johnson est maître de conférences en développement international à l'Université de Bath au Royaume-Uni. Elle a entrepris des recherches approfondies sur la micro-finance et les marchés financiers locaux, en mettant l'accent sur les dimensions sexospécifiques de l'accès aux services financiers, le rôle des services financiers informels et l'impact des interventions sur la pauvreté. Elle a travaillé sur un certain nombre de grandes études d'évaluation d'impact pour le DFID et la Fondation Ford, et a entrepris des recherches sur l'accès financier en collaboration avec le Financial Sector Deepening Trust au Kenya.

Lisa Jones Christensen est professeur adjoint de Stratégie et d'Entrepreneuriat à la Kenan-Flagler Business School de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill. Elle étudie et enseigne l'esprit d'entreprise, l'innovation, la gestion du changement, les mesures et le leadership; elle s'occupe plus particulièrement de la micro-entreprise, du développement, y compris les innovations en matière de micro-finance, de la micro-assurance et du micro-franchising. Elle dirige également les travaux du projet sur l'innovation et l'entrepreneuriat durables dans le contexte des pays en voie de développement. Ses recherches ont été publiées dans des livres et des revues éditées, y compris le *Journal of Applied Psychology, le Journal of Business Ethics, le Stanford Social Innovation Review* et *l'Academy of Management.* Elle est l'auteur de plusieurs cas primés, concernant principalement les stratégies commerciales des entreprises durables en Afrique. Elle a obtenu son doctorat en comportement organisationnel de l'UNC Kenan Flagler, sa maîtrise de Gestion des Affaires à l'École Marriott et une maîtrise de développement international à la David Kennedy School, tous les deux à l'Université Brigham Young. Elle a obtenu sa licence ès lettres de l'Université de Californie à Berkeley.

Eamon Kelly est un membre associé actuariel ayant une expérience de plus de 15 ans dans le secteur de l'assurance privée en Irlande et en Australie. Depuis début 2008, il applique cette expérience au secteur du développement, en tant que responsable de programme et consultant dans diverses initiatives de la micro-assurance en Asie du Sud et au Moyen-Orient. Eamon a une grande expérience sur le terrain et de la mise en œuvre de programmes, gérant directement des programmes de micro-assurance en Inde et en Jordanie depuis plus de trois ans. Il est également co-auteur de divers articles et publications de recherche, et a collaboré au renforcement des capacités des prestataires en micro-assurance. Il travaille actuellement comme consultant auprès de la Banque mondiale dans le développement d'un cadre et de réglementations en matière de micro-assurance au Pakistan.

Ruth Koren a obtenu sa licence ès sciences (1966), sa maîtrise ès sciences (1968) et son doctorat (1973) à la faculté des sciences exactes à l'Université hébraïque de Jérusalem en Israël. Après une bourse d'études de deux ans à l'Université Cornell, et un poste de recherche d'un an au Fox Chase Cancer Center à Philadelphie, elle est retournée à l'université hébraïque et a passé trois ans en tant que chercheur principal à la Faculté des Sciences de la Vie et trois autres années en tant que chargé de cours à la Faculté de Médecine. En 1983, elle est parti pour l'Université de Tel Aviv en Israël. Elle y a commencé comme chercheur principal affilié au Centre Médical Rabin et pendant les dix dernières années elle a été professeur de Sciences Médicales à la Faculté de médecine Sackler et a dirigé une équipe de recherche au Felsenstein Medical Research Center à l'Université.

Sheila Leatherman est professeur de recherche à la Gillings School of Global Public Health, à l'Université de Caroline du Nord. Elle mène des recherches sur la qualité des soins de santé, la réforme des systèmes de santé et la micro-finance en tant que stratégie pour améliorer la santé. Elle a été élue à la National Academy of Sciences des États-Unis en 2002. En 2007, elle a reçu le Honour of Commander of the British Empire (CBE) par la reine Elizabeth II pour son travail depuis plus d'une décennie comme évaluateur indépendant de l'impact des réformes gouvernementales sur la qualité des soins aux National Health Services. Elle joue un rôle actif dans la recherche et la pratique dans le domaine émergent de l'intégration de la micro-finance avec interventions sanitaires, en travaillant dans de nombreux pays, dont le Bénin, la Bolivie, le Burkina Faso, le Cambodge, l'Inde, le Nigeria, le Pérou, les Philippines, l'Ouganda et la République Unie de Tanzanie. Elle a dirigé un projet de deux ans visant à évaluer l'évidence générale de l'impact de l'intégration systématique de la micro-finance et de l'intervention de l'accès à la santé, publiée en 2011.

Rodney Lester a été jusqu'à sa retraite en 1998 conseiller principal à la Banque mondiale et Directeur de Programme responsable des institutions financières non bancaires. Il est venu à la Banque mondiale après 32 ans passés dans le secteur de l'assurance privé et celui de la gestion de fonds. Il est actuaire et a une maîtrise de Gestion des Affaires (MBA) de la Harvard Business School. Les activités opérationnelles de la Banque mondiale ont inclu la réforme du secteur de l'assurance, le financement des catastrophes naturelles, la réforme des retraites privées, la gouvernance d'entreprise, le développement de la politique de protection consommateurs et la micro-assurance. Il a participé à deux prix pour le travail opérationnel innovant et efficace depuis qu'il a rejoint la Banque mondiale et a été élu actuaire Australien de l'année en 2005. Avant de rejoindre la Banque, il a été directeur général divisionnaire chez AMP, le plus grand assureur et gestionnaire de fonds d'Australie. Pendant ce temps, il a été président du Insurance Council d'Australie et président du Harvard Club d'Australie.

Pascale Le Roy est un économiste spécialisé dans les politiques et le financement de la santé. Elle travaille dans le secteur de la micro-assurance Santé depuis 1999, notamment à la conception et la gestion du projet d'assurance Santé SKY au Cambodge de 1999 à 2003 pour l'ONG française GRET (Groupe de Recherches et d'Echanges Technologiques). Elle est ensuite devenue consultante pour le programme STEP de l'OIT et pour le GRET, notamment en effectuant des études de faisabilité pour la conception de projets d'assurance Santé (Haïti, Sénégal), en élaborant des manuels techniques et des modules de formation. En 2006, Pascale a rejoint l'OMS pour devenir conseiller technique pour le développement du projet d'assurance Santé communautaire sous la responsabilité du Ministère de la Santé de la République démocratique populaire du Laos. De retour en France, elle est devenue à nouveau consultant pour le GRET, le Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT et l'Aga Khan Microinsurance Agency (Pakistan). En mai 2011, Pascale a rejoint le siège social du GRET à Paris en tant que chef de programme de micro-assurance (www.gret.org).

Markus Loewe est économiste principal à l'Institut Allemand pour le Développement (Deutsches Institut für Entwicklungspolitik) à Bonn, où il travaille depuis 1999. Il a étudié l'économie, les sciences politiques et l'arabe à Tübingen, Erlangen et Damas, et a obtenu son doctorat de l'Université de Heidelberg pour une thèse sur les projets de micro-assurance. Ses principaux centres d'intérêt sont la protection sociale, la réduction de la pauvreté/OMD et la promotion des investissements dans les pays en voie de développement. Il a également été publié sur des sujets comme le développement démographique, la croissance favorable aux populations pauvres, les politiques anti-corruption, la gouvernance économique, le développement du secteur privé et l'impact de la récente crise financière et économique mondiale. Parmi ses publications les plus récentes on peut citer « The global financial crisis and the Arab world: Impact, reactions and consequences » (2010, in : *Mediterranean Politics* 15, 1, 45–71, avec Juliane Brach); *plans et réformes de retraite au Moyen-Orient et en Afrique du Nord* et "How favoritism affects the business climate: Empirical evidence from Jordan » (2008, in : *The Middle East Journal* 62, 2, 259–276, avec Jonas Blume et Johanna Speer).

Thomas Loster, géographe, a été membre du GeoRisk Research Group du Munich Reinsurance Company, Genève, UNRISD, 2009, la première société de réassurance du monde, depuis 16 ans. Il a été en charge des questions relatives aux risques météorologiques, au changement climatique et à la politique climatique. Ses responsabilités incluaient également les analyses statistiques des catastrophes naturelles et des tendances à travers le monde. Il a été nommé Président de la Fondation Munich Re en Juillet 2004. La Fondation aborde les grands défis mondiaux tels que le changement climatique et environnemental ainsi que la prévention des catastrophes. Fidèle à sa devise « De la connaissance à l'action », la Fondation a pour objectif de préparer les gens à faire face aux risques et à améliorer leurs conditions de vie, en mettant notamment l'accent sur les pays en voie de développement. Faire connaître le domaine de la micro-assurance est un pilier essentiel du travail de la Fondation. Thomas Loster est membre du conseil d'administration du Munich Climate Insurance Initiative (MCII), qui tente d'établir des mécanismes d'assurance pour les populations pauvres comme moyen pour faire face au changement climatique. Il est également membre du Comité National Allemand de la Décennie des Nations Unies pour l'Education en vue du Développement Durable.

Barbara Magnoni est Présidente d'EA Consultants et conseillère en développement international avec une expérience de plus de 15 ans dans la finance et le développement international. Depuis 2000, elle travaille sur les programmes de développement économique avec une forte focalisation sur l'Amérique latine. Une grande partie de son travail récent porte sur la compréhension des besoins et préférences des clients et le lien de ceux-ci avec le développement de produits et de programmes visant à améliorer l'accès au financement, aux marchés et à la protection sociale pour les segments de population à faible revenu. Elle a conçu des programmes de micro-assurance pour plusieurs institutions, réseaux et organismes gouvernementaux, y compris REDCAMIF (le Central American Micro-finance Network), INISER (le plus grand assureur du Nicaragua) et FOSIS (un programme de protection sociale du gouvernement chilien). Elle gère actuellement la collecte et l'analyse des leçons tirées de la compréhension de la valeur de la micro-assurance pour les clients pour le projet MILK du MicroInsurance Centre. Elle a une maîtrise en affaires internationales de l'Université de Columbia et parle espagnol, anglais et italien couramment.

Brandon Mathews a commencé sa vie professionnelle chez General Motors en Allemagne. En 1998, il rejoint l'American International Group à New York pour créer des opérations de service en Asie, en Europe et en Amérique latine. Il a accepté la responsabilité financière Profits & Pertes pour les startups en Amérique latine en 2002 et a atteint le premier des ventes régionales pour « consommateurs émergents » de plus de 15 millions de polices annuelles d'ici 2006. En 2007, il entre aux Zurich Financial Services en tant que responsable à l'echelle mondiale chargé d'améliorer et d'étendre plus durablement leurs activités dans le segment des consommateurs émergents.

Le parcours technique de Brandon en matière d'assurance couvre la gestion des opérations et des systèmes et l'assurance de produits axés sur le marché. Son rôle actuel comprend le financement de la recherche et du développement pour accéder à de nouveaux marchés comme les nouvelles technologies, par exemple les téléphones portables, ou de nouveaux types de produits comme l'assurance paramétrique. De plus, Brandon est membre du Comité de Direction du Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT, du Comité Exécutif de Microinsurance Network et du Conseil Consultatif de Catalyst Europe.

Michal Matul est en charge du programme de recherche du Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT. Pendant les 12 dernières années, son travail a porté sur la compréhension du comportement financier et l'amélioration des options de gestion des risques pour les ménages à faible revenu dans les pays en voie de développement. Il est titulaire d'une maîtrise d'économie et de statistiques du School of Economics de Varsovie, d'un Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) de Sciences Po (Paris) en démographie économique des pays en voie de développement et d'un doctorat d'économie de l'Université de Varsovie.

Michael J. McCord a une expérience de la micro-assurance de plus de 17 ans et est un dirigeant très respecté et un ardent défenseur de la micro-assurance. Il est le président et fondateur du MicroInsurance Centre, LLC, une société conseils en pleine croissance spécialisée dans la recherche, la défense et le développement de produits de micro-assurance et de processus qui répondent aux besoins uniques des personnes à faible revenu. Il est membre fondateur du Microinsu-

rance Network, où il siège actuellement au Comité Exécutif, et a été membre de chaque Comité Directeur pour les Conférences Annuelles de la Micro-assurance Munich Re Foundation/Microinsurance Network.

Michael a écrit beaucoup sur la micro-assurance, il est l'auteur de nombreuses études de cas, de documents et de manuels sur la micro-assurance. Il s'est occupé de la formation en micro-assurance pour plus de 1 600 personnes à travers le monde. Michael est également le Directeur du projet Microinsurance Learning and Knowledge (MILK) du MicroInsurance Centre, qui vise à répondre à des questions sur la valeur client et le dossier de décision en micro-assurance.

Heidi McGowan a été membre de l'OIT avec le Groupe de travail sur l'impact du Microinsurance Network, où elle a entrepris des projets qui comprenaient la conception et la préparation d'un guide pratique sur l'évaluation de l'impact de la micro-assurance pour les praticiens sans formation formelle en économétrie. Auparavant, elle a évalué l'impact social d'un fournisseur de micro-finance tanzanien pour l'International Finance Corporation, elle a conçu et recueilli des fonds pour les programmes de micro-crédit à la filiale de New York d'ACCION-USA, et s'est occupée du thème des marchés émergents dans le cadre de projets financés par l'USAID, pour le compte d'un cabinet de conseil de gestion. Elle a une maîtrise d'économie appliquée de l'Université du Michigan.

Katharine McKee a rejoint le CGAP (le centre mondial de ressources en micro-finance) en 2006 en tant que Conseillère Politique Principale. Elle effectue au CGAP des travaux d'analyse politique et de conseil sur la protection des consommateurs, y compris sur les options de politique/réglementation/contrôle des marchés à accès réduit. Elle effectue également au CGAP des travaux sur la finance responsable, y compris l'initiative Smart Campaign pour élaborer des normes sectorielles de consensus pour une meilleure protection de la clientèle, ainsi qu'une initiative visant à assurer l'intégration des considérations de la finance responsable dans les processus d'investisseurs. D'autres travaux au sein du CGAP ont porté sur l'épargne et le rôle du gouvernement dans l'inclusion financière. De 1998 à 2006 Kate a dirigé le bureau Microentreprise Development à l'Agence américaine pour le Développement International, apportant un soutien aux programmes de l'USAID qui investissent plus de 200 M de $US par an dans plus de 70 pays. De 1986 à 1998, elle était cadre supérieur chez Self-Help en Caroline du Nord, la plus grande institution financière de développement communautaire (CDFI) aux États-Unis. Elle a dirigé le lancement d'un fonds gouvernemental visant à investir dans des CDFI et à fournir des incitations à ce que les principales institutions financières stimulent les prêts de développement communautaire. Elle a également travaillé pour la Fondation Ford à New York et en Afrique de l'Ouest. Elle est un économiste du développement, et a une maîtrise de l'Université de Princeton. Elle a présidé le Consumer Advisory Council du Conseil des gouverneurs de la Réserve fédérale (Banque Centrale) des États-Unis.

Jonathan Morduch a enseigné à l'Université de New York depuis 2000, où il est professeur de politique et d'économie publiques. Il est spécialisé dans la finance et le développement. Il est également le Directeur Général de la Financial Access Initiative, un consortium d'éminents économistes de développement œuvrant à développer considérablement l'accès à des services financiers de qualité pour les personnes à faible revenu. Il est le co-auteur d'un livre publié en 2005, *The economics of microfinance* (L'Économie de la Micro-finance) (MIT Press), qui développe un programme de recherche axé sur les politiques, et qui a été décrit par Thomas Easton de *The Economist* comme « Le meilleur livre sur l'économie de la banque et de la finance,… ». Les travaux en cours de Morduch sur l'investissement social, financé par la Fondation Ford, applique les idées de la théorie moderne de la finance d'entreprise pour développer de nouvelles connaissances sur les limites et les possibilités des marchés et de la philanthropie. Morduch est actuellement Président du Comité des Nations Unies pour les Statistiques de la Pauvreté, conseille Pro Mujer, et est membre de SafeSave à Dhaka. Il est membre du Comité de Rédaction du *World Bank Economic Review* et du Groupe de Conseillers des Nations Unies sur les Secteurs Financiers Inclusifs. Son point de vue sur le financement et le développement a été relaté par le *New York Times, The New Yorker,* CNN, le *Wall Street Journal, le Los Angeles Times, le Washington Post,* l'Associated Press et d'autres organisations. Il est titulaire d'une licence de Brown et d'un doctorat de Harvard, tous les deux en économie. En janvier 2009, Morduch a reçu un doctorat honoris causa de l'Université Libre de Bruxelles. Il est co-auteur du nouveau livre *Portfolios of the poor: How the world's poor live on $2 a day* (Portefeuilles des gens pauvres: Comment les gens pauvres dans le monde vivent-ils avec 2 dollars par jour) est publié par Princeton University Press.

Andrew Mude, un ressortissant kenyan, a obtenu son diplôme de premier cycle au Gettysburg College. En 1999, il a obtenu son diplôme avec mention « summa cum laude » en économie (matière principale), mathématiques et français (matières secondaires). En 2000, il rejoint l'Université Cornell en vue de son doctorat en économie spécialisé dans l'économie du développement et l'économétrie appliquée. Il a obtenu son doctorat en Juin 2006. Dans le cadre de sa thèse de recherche, il a passé six mois sur le terrain à étudier les producteurs de café et leurs coopératives dans le district de Murang'a au Kenya. Pour cet effort, il a remporté la médaille d'argent au Global Development Network en 2007. Après son doctorat en économie de l'Université Cornell, il a rejoint le International Livestock Research Institute (ILRI) en Août 2006, comme Targeting and Innovations Programme de l'ILRIS. Dans ses fonctions actuelles, il se consacre largement à la recherche et à la conception d'interventions dans le développement et la gestion des risques pour aider à accroître la résilience et à réduire la vulnérabilité des ménages pauvres tributaires de l'élevage, en particulier dans les zones pastorales. Il dirige le programme d'assurance bétail indexée de l'ILRI.

Jennifer Powers est la directrice de Access to Finance Practice chez EA Consultants et a une expérience de dix ans en micro-finance, en micro-assurance, dans le développement du secteur financier et bancaire d'investissement. Elle a travaillé sur des missions en Afrique, Asie, Europe de l'Est et Amérique latine. Depuis qu'elle a rejoint EA, elle a travaillé sur un certain nombre de programmes d'assistance technique pour les IMF en Afrique, en Europe orientale et en Amérique latine. Elle est l'auteur de plusieurs rapports pour la Banque Interaméricaine de Développement et l'USAID sur les contraintes exercées sur la croissance des petites entreprises gérées par des femmes, les effets de la crise financière de 2008 sur le secteur de la micro-finance, le marché national et international de prêts personne à personne et la gestion des risques pour les IMF.

Elle était auparavant Directrice des investissements à la Deutsche Bank Social Investments, où elle s'est occupée de « due diligence », a fait des recommandations d'investissements et a géré les relations clients dans 15 pays. Son travail

dans le financement du développement s'est appuyé sur son expérience en tant que spécialiste en investissement chez Merrill Lynch, où elle a conseillé les compagnies d'assurance et autres institutions financières. Elle est titulaire d'une maîtrise en affaires internationales et en développement économique de la School of International and Public Affairs de l'Université Columbia et d'une licence en économie de l'Université Duke.

Ralf Radermacher est vice-président de la Micro Insurance Academy e.V. (MIA International) et directeur de la Research and Training à MIA Inde. Il a contribué à la création de MIA en Inde et à Bonn, en Allemagne et à son positionnement comme l'un des établissements d'assistance technique et de recherche en micro-assurance les plus importants du monde. Avant de rejoindre MIA, il a travaillé à l'Université de Cologne, où il s'est consacré à l'enseignement et la recherche sur les coopératives. Il a coordonné le projet financé par l'UE « Renforcer les unités de micro-assurance Santé pour les gens pauvres en Inde » et a apporté à plusieurs reprises son concours à organisations de développement en tant que consultant. Avant cela, il a travaillé avec l'une des plus grandes ONG allemandes de développement (Welthungerhilfe) et a acquis des connaissances dans le fonctionnement d'autres intervenants publics (Ministère Fédéral de la Coopération Economique et du Développement) et privés (GFA Umwelt) dans le domaine du développement. Il est titulaire d'un diplôme de troisième cycle en économie de l'Université de Cologne et a passé un trimestre à l'étranger à l'Université de Birmingham.

Dirk Reinhard est diplômé en génie industriel et en gestion et a une expérience de plus de dix ans dans le secteur de la finance et du développement durable. De 2001 à 2004, il a été responsable de l'investissement durable dans l'unité de Gestion de l'Environnement du Munich Reinsurance Company et a publié de nombreux articles sur ce sujet.

Avant de rejoindre Munich Re, il a travaillé pour Oekom Research AG en tant qu'analyste du développement durable pendant la période allant de 1995 à 2000. En Avril 2004, Dirk Reinhard a été nommé vice-président de la Fondation Munich Re. Il est membre du Comité Exécutif du Microinsurance Network (2008–2013) et président du Comité de Direction de la Conférence Internationale Annuelle sur la micro-assurance, qui est organisée conjointement par la Fondation Munich Re et le Microinsurance Network.

Rupalee Ruchismita est le chef-fondateur du Centre for Insurance and Risk Management (CIRM) à l'Institute of Financial Management and Research, Chennai, en Inde. Le CIRM est chargé de mener des recherches sur la conception de produits et les mesures nécessaires pour faciliter la fourniture de solutions formelles de gestion du risque aux ménages vulnérables afin de les protéger contre les chocs économiques et accroître leur résilience. Rupalee dirige les activités du Centre via plusieurs projets novateurs (voir http://www.cirm.in/projects pour plus de détails). Dans son rôle actuel, elle oriente la stratégie du Centre, contrôle la mise en œuvre des projets en cours, développe de nouvelles initiatives et gère des partenariats politiques.

Elle est membre du Comité Directeur du Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT. Elle a obtenu en 2003 une maîtrise en travail social du Tata Institute of Social Sciences. Elle est l'auteur de plusieurs articles sur des solutions financières innovantes dans le domaine de la santé et des moyens de subsistance et a été invité à présenter son travail lors de plusieurs conférences et forums internationaux, comme l'ONU, l'IFC et la Munich Re International Microinsurance Conference.

Rob Rusconi est actuaire, basé à Johannesburg avec une expérience de travail dans les assurances, les investissements, les soins de santé et les retraites, travaillant pour des assureurs à long terme, des gestionnaires d'actifs et, à Londres, pour FT.com, l'activité Internet du journal *Financial Times*.

Pendant cinq ans, il a travaillé comme conseiller indépendant principalement sur les questions de la conception de sécurité sociale, avec une orientation sur l'épargne. Il a conseillé les fonds de pension d'Afrique du Sud et le FinMark Trust, une fondation dont l'objectif est de faire fonctionner les marchés pour les gens pauvres, et a donné des conseils aux gouvernements de la région sur leurs systèmes de sécurité sociale. Plus récemment, Rob a accepté le défi de gérer un jeune assureur à long terme qui répond aux besoins des clients grâce à des partenaires.

Anupama Sharma est une vétérinaire diplômée ayant diplôme de troisième cycle en gestion rurale. Elle a travaillé comme consultante auprès du Centre for Insurance and Risk Management (CIRM) où elle a pris part au développement d'outils de gestion des risques pour le secteur laitier et agricole. Elle a étudié dans le détail les produits d'assurance, les problèmes et les perspectives liés à l'élevage. Elle a également participé à la surveillance et à l'évaluation de projets d'assurance Bétail quant à l'utilisation de nouvelles technologies et à la documentation des leçons tirées de sites de projets en Inde. Elle a lancé un projet de conception d'une couverture de productivité innovante pour le bétail destiné à la production laitière. Elle a également évalué différents modèles de distribution de la micro-assurance, y compris l'assurance bétail communautaire.

Herman Smit est un associé de recherche au Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Ses recherches sont principalement liées au domaine plus large de l'inclusion financière et à des domaines plus spécifiques des systèmes de paiements de détail, la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme appelée AML/CFT(Anti-Money Laundering and Combating the Financing of Terrorism) et la micro-assurance. Ses travaux de recherche menés en Afrique, Asie de l'Est et en Amérique latine mettent l'accent sur l'innovation dans la distribution de services financiers aux personnes à faible revenu. Avant de rejoindre le Cenfri, il a enseigné l'économie au London Varsity à Cape Town, en Afrique du Sud. Pendant ses études aux Pays-Bas, il a également fait un stage chez PricewaterhouseCoopers à Amsterdam. Herman est titulaire d'une maîtrise d'économie (Université de Tilburg, Pays-Bas), spécialisée dans la concurrence et la réglementation, une licence avec mention d'économétrie et une licence de statistique (Université de Pretoria, Afrique du Sud).

Anja Smith est directrice du Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Elle est un économiste du développement de formation, avec une expérience dans les domaines de la politique du secteur financier et de la stratégie réglementaire pour le développement, de l'accès aux services financiers, et du soutien des gouvernements dans le fonctionnement des marchés pour les gens pauvres. Anja possède une grande expérience dans les domaines de la protection des

consommateurs, de l'éducation financière, de la réglementation pour le développement des marchés et la distribution de services financiers acquise par son travail en Afrique et en Amérique latine. Elle a mené plusieurs études sur la micro-assurance, en se concentrant plus récemment sur la distribution alternative de la micro-assurance. Avant de rejoindre le Cenfri en 2008, Anja a passé trois ans à travailler dans le domaine de l'accès aux services financiers chez Genesis Analytics. Elle est titulaire d'une maîtrise d'économie (avec mention), d'une licence d'économie (avec mention) et d'une licence en études de la valeur et politiques (Université de Stellenbosch, Afrique du Sud).

Roland Steinmann est consultant pour le MicroInsurance Centre. Il est titulaire d'une maîtrise en sciences de l'environnement (ETH Zurich, 1997) et d'une maîtrise d'économie internationale (IEP/Sciences Po, Paris, 2007). Son récent travail sur la micro-assurance l'a amené en Arménie, au Bangladesh, en Bosnie, au Ghana, en Jordanie, au Kenya, aux Philippines, au Viêt Nam et en Cisjordanie. En tant que membre actif du Microinsurance Network depuis sa création il co-dirige le groupe de travail sur la micro-assurance agricole. Il est également l'auteur d'un manuel pour la conception de processus efficaces en micro-assurance.
Avant de se consacrer à la micro-assurance, il a acquis une expertise étendue en assurance pendant huit ans comme réassureur chez Swiss Re. En 2008, il co-fonde le Fair Trade Insurance Initiative, qui promeut des solutions innovantes en matière d'assurance pour les petits exploitants des pays en voie de développement.

Donna Swiderek a travaillé comme associée actuarielle d'un assureur d'assurance Vie coopératif au Canada où elle s'est spécialisée dans le contrôle de calcul de réserves, de rapports financiers et de tests de solvabilité dynamiques de 1990 à 2000. Elle a obtenu son ASA en 1993. Après une interruption d'activité et après avoir dirigé un centre de bien-être, elle est retournée dans le monde de l'actuariat comme consultante indépendante chez Denis Garand & Associates (DGA). Elle a participé à de nombreux projets et études de détermination de prix, impliquant principalement les produits Invalidité.

Donna a travaillé à l'international depuis 2008. Elle a donné des conférences sur la micro-assurance en Inde et au Kazakhstan et a développé de nombreux ateliers de micro-assurance et des cours de formation organisés dans des pays tels que le Kenya, les Pays-Bas et les Philippines. En tant que consultant en micro-assurance, elle a effectué des évaluations pour des organisations en Afrique du Sud, au Sri Lanka et dans trois ONG au Bangladesh. Cela incluait l'examen de la détermination de prix, la planification de l'activité, le marketing, la gestion, l'analyse financière et actuarielle et le développement de produits pour les micro-assurances Santé et Vie.

Nashelo Tande a commencé sa carrière d'actuaire chez Quindiem Consulting en travaillant dans les domaines de l'assurance à court terme et du financement du développement, dont le dernier comprenait la participation au domaine de la micro-assurance et du développement de la réglementation en matière d'assurance pour les marchés en voie de développement. Suite à l'acquisition de Quindiem par Ernst & Young, Nashelo remplit désormais la fonction de directeur adjoint de la division des Service Actuariels d'Afrique de Ernst & Young. Sa fonction couvre principalement le domaine de l'assurance à court terme, où elle se spécialise dans l'évaluation des passifs d'assurance à court terme.

Clémence Tatin-Jaleran est une consultante indépendante qui travaille actuellement avec plusieurs organisations, dont le MicroInsurance Centre et Denis Garand & Associates. Actuaire de formation, elle a travaillé pendant 10 ans dans le domaine de l'assurance générale, y compris trois ans sur la micro-assurance. Elle a travaillé avec des institutions de micro-finance (IMF), des assureurs, des banques rurales et d'autres organisations à but non lucratif au Bangladesh, en Bolivie, en Égypte, en Inde, en Indonésie, au Mali, au Pérou, aux Philippines et au Vit Nam. Au cours de ces missions, elle a travaillé dans l'évaluation de projets, l'étude de marché, la conception de produits (santé, index intempéries, vie), la formation sur la conception et la distribution, la détermination et les projections financières pour des projets de micro-assurance. Clémence est titulaire d'un Master en Sciences Actuarielles et Financières de l'Institut de Science financière et d'assurance à Lyon, France. Elle est membre de l'Institut des Actuaires de France, et a été au service d'une assistance technique de l'OIT pour le Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance en Inde en 2009 et en 2010.

John Wipf est consultant en développement de la micro-assurance. Il travaille dans la micro-assurance à temps partiel depuis 1992 et à temps plein depuis 1998. Il a rejoint Denis Garand & Associates (DGA) en 2005. Avant de partir aux Philippines en 1997, John a travaillé pendant 12 ans dans les départements d'Actuariat des Groupes et d'actuariat des Sociétés dans la société Co-operators Life Insurance Company, Ltd au Canada. Sur le plan international, il a participé à des missions dans de nombreux pays, dont le Bangladesh, le Cambodge, la Chine, les Fidji, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, le Népal, le Timor-Leste et le Viêt Nam. En tant que consultant en développement de micro-assurance, il a travaillé sur des études de faisabilité/planification d'activité, les enquêtes de la demande du marché, la conception de produits, la détermination de prix, l'analyse financière et actuarielle, le développement de systèmes d'administration, le développement de la réassurance et de logiciels d'actuariat, le développement de matériels de formation en micro-assurance, la gestion de projet et dans d'autres domaines. John est membre du groupe de travail sur les indicateurs de performance chez Microinsurance Network et est co-auteur de plusieurs articles et brochures publiés sur des sujets de micro-assurance.

Mary Yang a travaillé comme un actuaire et conseiller en paiements de retraites à l'échelon mondial chez Towers Perrin et Hewitt Associates, pendant 12 ans avant de se joindre au Fonds pour l'Innovation en Micro-assurance de l'OIT. Elle a acquis une expérience sur les questions internationales relatives aux ressources humaines et a réalisé des projets multipays sur un éventail de sujets relatifs aux ressources humaines y compris la politique, la conception, l'évaluation et la gestion des risques des avantages. Elle est membre de la Society of Actuaries aux États-Unis et est titulaire d'une maître d'administration des affaires de l'INSEAD (France) ainsi que d'une licence en actuariat de l'Université de l'Illinois.

Emily Zimmerman est associé de recherche chez EA Consultants et au MicroInsurance Centre. Elle contribue au projet Microinsurance Learning and Knowledge (MILK), une initiative visant à comprendre la valeur des produits de micro-assurance pour les clients et le dossier de décision pour la micro-assurance. Elle mène également des recherches sur divers sujets entourant le développement et la vente de micro-assurance et d'autres produits financiers. Auparavant, elle était avocat d'entreprise pour deux grandes entreprises multinationales, où sa pratique était axée sur l'équité et le financement de la dette, les fusions et acquisitions et la gestion des investissements.

Bibliographie

Access to Insurance Initiative. 2011. *Inside the Initiative : Enhancing regulatory and supervisory capacity, growing financial inclusion and advancing insurance markets* (Eschborn, Allemagne).

Acharya, A. 2011. *Do social health insurance schemes in developing country settings improve health outcomes and reduce the impoverishing effect of healthcare payments for the poorest people? A systematic review* (London School of Hygiene and Tropical Medicine).

ACORD. Insurance Data Standards, sur http://www.acord.org/Pages/default.aspx.

Adelhardt, M. 2009. Partners for Health. Communication personnelle, août.

Aggarwal, A. 2010. "Impact evaluation of India's 'Yeshasvini' community-based health insurance programme", dans *Health Economics,* Vol. 19, supplément No. 1, p. 5–35.

—. 2011. *The viability of microinsurance,* Série 3 des conférences en ligne du Fonds pour l'innovation en microassurance de l'OIT, sur http://www.youtube.com/watch?v=-ObIJr4Vlt8 [24 Nov 2011].

Agricultural Insurance Company of India (AIC). 2010. *Rapport annuel 2009–2010,* sur http://www.aicofindia.com/AICEng/General_Documents/Statutory_Info/Stat_Archive/anual9-10/AR%202009-2010.pdf.

Agricultural Insurance Portal, sur www.agroinsurance.com.

—; Projet d'assurance agricole indicielle au Malawi, sur http://www.agroinsurance.com/en/products/weather_index/?pid=4755.

AGROASEMEX Organisation Nationale d'assurance du Mexique (SHCP), Mexique, sur http://www.agroasemex.gob.mx/index.php/en.

Ahmed, M. U. ; Islam, S.K. ; Quashem, M.D. ; Ahmed, N. 2005. *Micro-assurance Santé : A comparative study of three examples in Bangladesh,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), Bonnes et mauvaises pratiques en microassurance, Case Study No. 13 (Genève, OIT).

—; Ramm, G. 2006. « Répondre aux besoins spécifiques des femmes et des enfants », dans C. Churchill (ed.) *Protéger les plus démunis : Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 130–144.

Ahmed, S. ; Mbaisi, J. ; Moko, D. ; Ngonzi, A. 2005. "Health is wealth : How low-income people finance health care", dans *Journal of International Development,* Vol. 17, No. 3, p. 383–396.

Ahuja, R. ; Narang, A. 2005. "Emerging trends in health insurance for low-income groups", dans *Economic and Political Weekly,* Vol. 40, No. 38, p. 4151–4157.

Akhilandeswari, J. ; Patankar, M. 2010. *Innovative microinsurance distribution: The case of pioneer seeds in India* (CIRM, Chennai, Inde).

Alemyda, G. ; de Paula Jaramillo, F. 2005. *La Equidad Seguors Colombia,* CGAP Groupe de travail sur les bonnes et mauvaises pratiques Case Study No. 12 (CGAP, Washington, D.C.).

Aliber, M. 2003. *South African microinsurance case-study,* Le programme Finances Solidaires du OIT – Document de Travail No. 33 (Genève, OIT).

Groupe Allianz. 2011. "Microinsurance", sur https://www.allianz.com/en/about_allianz/sustainability/microinsurance/index.html.

Alvarez Tinajero, S.P. 2009. *Angola: A study of the impact of remittances from Portugal and South Africa,* Migration Research Series de l'OIM No. 39 (Genève, Organisation internationale pour les migrations).

Amuedo-Dorantes, C. ; Sainz, T. ; Pozo, S. 2007. *Remittances and healthcare expenditure patterns of populations in origin communities: Evidence from Mexico,* Working Paper 25 (Buenos Aires, Institut pour l'intégration de l'Amérique latine et des Caraïbes).

Anagol, S. ; Cole, S.A. ; Sarkar, S. 2011. *Bad advice: Explaining the persistence of whole life insurance,* sur http://ssrn.com/abstract=1786624.

Angove, J. ; Tande, N. 2011. *A business case for microinsurance: An analysis of the profitability of microinsurance for five companies,* Microinsurance Paper Series No. 11 (Genève, OIT).

Arena, M. 2006. *Does insurance market activity promote economic growth? A cross-country study for industrialized and developing countries,* World Bank Policy Research Working Paper 4098 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Ariely, D. 2009. *Predictably irrational: The hidden forces that shape our decisions* (Londres, HarperCollins).

Armendáriz, B. ; Morduch, J. 2010. *Economics of microfinance* (Cambridge, Massachusetts, MIT Press).

ARTEMiS. 2011. *Draft microinsurance standards and products approved in Philippines,* sur http://www.artemis.bm/blog/2011/01/05/draft-microinsurance-standards-product-approved-in-philippines/

Arun, T.G. ; Steiner, S. 2008. *Microinsurance in the context of social protection,* Working Paper No. 55 (Brooks World Poverty Institute).

Asenso-Okyere, W.K. ; Osei-Akoto, I. ; Anum, A. ; Appiah, E.N. 1997. "Willingness to pay for health insurance in a developing economy: A pilot study of the informal sector of Ghana using contingent valuation", dans *Health Policy,* Vol. 42, No. 3, p. 223–237.

Asfar, R. 2003. *Internal migration and the development nexus: The case of Bangladesh* (Dhaka, Bangladesh Institute of Development Studies).

Asfaw, A. 2003. *Cost of illness, demand for medical care, and the prospect of community health insurance programs in the rural areas of Ethiopia* (Francfort).

—; **Von Braun, J.** 2005. "Innovations in health care financing: New evidence on the prospect of community health insurance schemes in the rural areas of Ethiopia", dans *International Journal of Health Care Finance and Economics,* Vol. 5, No. 3, p. 241–253.

—; **Jütting, J.P.** 2007. "The role of health insurance in poverty reduction : Empirical evidence from Senegal", dans *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 835–858.

Asgary, A. ; Willis, K. ; Taghvaei, A. ; Rafeian, M. 2004. "Estimating rural house-holds' willingness to pay for health insurance", dans *European Journal of Health Economics,* Vol. 5, No. 3, p. 209–215.

Ashraf, N. ; Gons, N. ; Karlan, D. ; Wesley, Y. 2003. *A review of commitment savings products in developing countries,* Economic and Research Department Working Paper No. 45 (Manille, Philippines, Asian Development Bank).

—; **Karlan, D. ; Yin, W.** 2006. "Tying Odysseus to the mast : Evidence from a commitment to savings product in the Philippines", dans *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 121, No. 2, p. 673–697.

—; **Aycinena, D. ; Martinez, C.A. ; Yang, D.** 2010. *Remittances and the problem of control: A field experiment among migrants from El Salvador,* Working Paper (Harvard Business School, Université Francisco Marroquín, Université du Chili, Université du Michigan).

Baidya, A. ; Ruchismita, R. 2011. *Salt case study,* draft paper (Chennai, Inde, CIRM).

Balkenhol, B. 2010. *Microfinance in crisis, and the implications for microinsurance,* Innovation Flash No. 8 (Genève, OIT), sur http://www.microinsurancefacility.org/sites/default/files/news8-en.pdf.

Banerjee, A. ; Deaton, A. ; Duflo, E. 2004. "Health care delivery in rural Rajasthan", dans *Economic and Political Weekly,* Vol. 39, No. 9, p. 944–949.

Baptistini, E. 2011. *The experience of a large insurance broker in selling and distributing mass insurance products across Brazil and Latin America,* article présenté à la 7e Conférence internationale sur la microassurance à Rio de Janeiro, Brésil, 8–10 nov.

Bärnighausen, T. ; Liu, Y. ; Zhang, X. ; Sauerborn, R. 2007. "Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China : A contingent valuation study", dans *BMC Health Services Research,* Vol. 7, p. 114–130.

Barrett, C. ; Carter, M. ; Little, P. 2006. "Understanding and reducing persistent poverty in Africa", dans *Journal of Development Studies,* Vol. 42, No. 2, p.167–177.

Barrientos, A. ; Holmes, R. 2007. *Social Assistance in Developing Countries Database Version 3.0* (Manchester et Londres, Brooks World Poverty Institute, Overseas Development Institute).

Barros, R. 2008. *Wealthier but not much healthier : Effects of a health insurance program for the poor in Mexico* (Palo Alto, CA, Faculté d'économie de l'Université Stanford).

Basu, P. 2006. *Improving access to finance for India's rural poor,* Directions in Development No. 36448 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Bauchet, B. ; Dalal, A. ; Mayasudakar, P. ; Morduch, J. ; Radermacher, R. À paraître. *Can insurers improve healthcare quality? Evidence from a community microinsurance scheme in India* (New York, Université de New York, Robert F. Wagner School of Public Service).

Bayoumi, A. 2004. "The measurement of contingent valuation for health economics", dans *Pharmacoeconomics,* Vol. 22, No. 11, p. 691–700.

Begg, C.B. ; Mazumdar, M. 1994. "Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias", dans *Biometrics,* Vol. 50, p. 1088–1101.

Begg, D. ; Fischer, S. ; Dornbusch, R. 2000. *Economics* (Londres, The McGraw-Hill Companies).

Bertrand, M. ; Karlan, D. ; Mullainathan, S. ; Shafir, E. ; Zinman, J. 2010. "What's advertising content worth? Evidence from a consumer credit marketing field experiment", dans *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 125, No. 1, p. 263–305.

Bester, H.J. ; Chamberlain, D. ; Hawthorne, R. ; Malherbe, S. ; Walker, R. 2003. *Making insurance markets work for the poor in South Africa, Botswana, Namibia, Lesotho and Swaziland : Scoping study* (Bellville, Afrique du Sud, FinMark Trust), sur www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D. ; Short, R. ; Walker, R. ; Smith, A.** 2006. *Brokering change in the low-income insurance market: Threats and opportunities to the intermediation of microinsurance in South Africa,* Un document préparé pour FinMark (Bellville, Afrique du Sud, FinMark Trust), sur www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D ; Hougaard, C.** 2008a. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision. Synthesis report of the five country studies for Colombia, India, the Philippines, South Africa and Uganda* (IAIS/CGAP Joint Working Group on Microinsurance), sur www.cenfri.org.

—; **Smith, A. ; Hendrie, S. ; Rukondo, M.** 2008b. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision: South Africa study* (Bellville, Afrique du Sud, FinMark Trust), sur www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D. ; Hougaard, C.** 2009. *Making insurance markets work for the poor : Microinsurance policy, regulation and supervision* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D. ; Hougaard, C. ; Smit, H.** 2010. *Microinsurance in Brazil : Towards a strategy for market development* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

Bhatiaa, M. R. 2005. "From evidence to calibration for starting point bias : willingness to pay for treated mosquito nets in Gujarat, India", dans *Journal of Applied Economics,* Vol. 37, No. 1, p. 1–7.

Binam, J. ; Nkama, A. ; Nkenda, R. 2004. *Estimating the willingness to pay for community health prepayment schemes in rural area: A case study of the use of contingent valuation surveys in central Cameroon* (Yaoundé, Institut de Recherche Agricole pour le Développement).

Bird, E. 2001. "Does the welfare state induce risk-taking?", dans *Journal of Public Economics,* Vol. 80, p. 357–383.

Biswas, S. ; Devi, R. 2008. "Making health insurance work", dans *ICFAI Journal of Risk and Insurance,* Vol. 5, No. 1, p. 50–59.

Blanchard-Horan, C. 2007. "Health microinsurance in Uganda : Affecting malaria treatment seeking behavior", dans *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 765–789.

Bonnevay, S. ; Dror, D. ; Duru, G. ; et Lamure, M. 2002. "A model of microinsurance and reinsurance", in D. Dror, D. et A. Preker (eds) : *A new approach to sustainable community health financing* (Washington, D.C. et Genève, Banque Mondiale et OIT), p. 153–186.

Boucher, S. ; Carter, M. ; Guirkinger, C. 2008. "Risk rationing and wealth effects in credit markets : Theory and implications for agricultural development", dans *American Journal of Agricultural Economics* Vol 90, No. 2, p. 409–423.

Brainard, L. 2008. *What is the role of insurance in economic development?,* Zürich Government and Industry Affairs Thought Leadership Series (Zurich).

Braine, T. 2006. "Countries test new ways to finance health care", dans *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 84, No. 11, p. 844–845.

Brown, W. ; Churchill, C. 2000. *Insurance provision in low-income communities, Part II : Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor,* Micro-Enterprise Best Practices Series (Bethesda, Maryland, Development Alternatives Inc.).

Brugiavini, A. ; Pace, N. 2010. *Extending health insurance : Effects of the National Health Insurance Scheme in Ghana,* Background Paper pour le rapport européen sur le développement 2010, présenté à Dakar, 27–30 Juin, 2010.

Bureau of Meteorology (BOM), Australie, sur http://www.bom.gov.au/.

Burks, R. 2009. *A harsh reality for Mongolia's herders,* sur http://www.mercycorps.org/rogerburks/blog/16302 [8 sept. 2009].

Burns, C. ; Caceres, A. 2010. *Product and delivery regulation in Peru,* article présenté à la Conférence Internationale sur le thème Enabling Microinsurance Markets: Overcoming the challenges for the insurance industry, regulators and supervisors, Berlin, Mai.

—; **Dalal, A.** 2010. *Explaining insurance : Implementing consumer education in CARE-India's Insure Lives and Livelihoods Program* (New York, Financial Access Initiative Case Study).

Caceres M. ; Zuluaga, S. 2008. *Making insurance markets work for the poor : Microinsurance policy, regulation and supervision : Colombia study* (PrimAmerica).

Cai, H. ; Chen, Y. ; Fang, H. ; Zhou, L. 2009. *Microinsurance, trust and economic development : Evidence from a randomized natural field experiment,* Penn Institute for Economic Research (PIER) Document de travail No. 09–34 (Philadelphie, PA, Faculté d'économie de l'université de Pennsylvanie).

Callan. M. 2010. *Motion for a resolution on the outcome of the Copenhagen Conference on Climate Change (COP 15),* sur http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B7-2010-0070+0+DOC+XML+V0//EN [3 févr. 2010].

Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF), Jamaïque, sur http://www.ccrif.org/

Carrera, S. ; Merlino, M. 2009. *Undocumented immigrants and rights in the EU: Addressing the gap between social science research and policy-making in the Stockholm Programme?* (Centre for European Policy Studies).

Carter, M. 1997. "Environment, technology and the social articulation of risk in West African agriculture", dans *Economic Development and Cultural Change,* Vol. 45, No. 2, p. 557–590.

—; **Barrett, C.B.** 2006. "The economics of poverty traps and persistent poverty : An asset-based approach", dans *Journal of Development Studies,* Vol. 42, No. 2, p. 178–199.

—; **Cheng, L. ; Sarris, A.** 2010. *The impact of interlinked index insurance and credit contracts on financial market deepening and small farm productivity,* Document de travail (Université du Montana).

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Belgique, sur http://cred.be/.

Centre for Insurance and Risk Management (CIRM). 2011. *Baseline report. Smallholder access to weather securities : Demand and impact on consumption and product decision* (Chennai, Inde), sur http://www.cirm.in/images/baseline-report.pdf.

Chamberlain, D. ; Ncube, S. ; Chelwa, G. ; Smit, H. 2011. *Insurance products standards to reach low-income consumers in South Africa : Help or hindrance? A review of the experience of Mzansi and Zimele insurance product standards* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

Chankova, S.; Sulzbach, S.; Diop, S. 2008. "Impact of mutual health organizations: Evidence from West Africa", dans *Health Policy and Planning,* Vol. 23, No. 4, p. 264–276.

Chatterjee, M. 2005. *Microinsurance: A note on the state of the art* (SEWA, Inde).

Chee, G.; Smith, K.; Kapinga, A. 2002. *Assessment of the Community Health Fund in Hanang district, Tanzania,* Partners for Health Reformplus Project (Bethesda, MD, Abt Associates, Inc).

Chen, T.; Comfort, A.; Bau, N. 2008. *Implementing health insurance through micro-credit: A case study of SKS Microfinance, India* (Chennai, Inde, IFMR).

Chizari, M.; Yaghoubi, A.; Lindner, J. 2003. "Perceptions of rural livestock insurance among livestock producers and insurance specialists in Isfahan Province, Iran", dans *Journal of International Agricultural and Extension Education,* Vol. 10, No. 1, p. 37– 42.

Choi, J.; Laibson, D.; Madrian, B. 2009. "Reducing the complexity costs of 401(k) Participation Through Quick Enrollment™", dans D. A. Wise (éd.): dans *Developments in the Economics of Aging,* (University of Chicago Press), p. 57–82.

Christensen, C.M. 2003. *The innovator's dilemma: The revolutionary book that will change the way you do business* (Collins Business Essentials).

Chuma, J.; Gibson, L.; Molyneux, C. 2007. "Treatment-seeking behavior, cost burdens and coping strategies among rural and urban households in coastal Kenya: An equity analysis", dans *Tropical Medicine and International Health,* Vol. 12, No. 5, p. 673–686.

Churchill C.; Liber, D.; McCord, M.J.; Roth, J. 2003. *Making insurance work for microfinance institutions: A technical guide to developing and delivering microinsurance* (Genève, OIT).

Churchill, C. 2006. "What is insurance for the poor?", dans C. Churchill (éd.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 12-24.

—; **de Grandchant, H.** *Zurich Bolivia: Partnerships for success,* sur http://www.zurich.com/NR/rdonlyres/5EC70636-CBA9-4C3A-8161-365B1C9E86AA/0/ZurichBoliviacase.pdf.

—; **Cohen, M.** 2006. "Marketing microinsurance", in C. Churchill (éd.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 12-24.

—; **Leftley, R.** 2006. "Organization development in microinsurance", in C. Churchill (éd.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 270-287.

—. 2007. "Insuring the low-income market: Challenges and solutions for commercial insurers", dans *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice,* Vol. 32, No. 3, p. 401–412.

Cichon, M.; Scholz, W. 2009. "Social security, social impact and economic performance: A farewell to three famous myths", dans P. Townsend (éd.): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (Geneva et Basingstoke, OIT et Palgrave Macmillan), p. 80–98.

Ciriacy-Wantrup, S.V. 1947. "Capital returns from soil conservation practices", dans *Journal of Farm Economics,* Vol. 29, No. 4, p. 494.

Clarke, D. J. 2011. *A theory of rational demand for index insurance,* Economics Series Working Papers 572 (Université de Oxford, Faculté d'économie).

Cohen, M.; McCord, M.J.; Sebstad, J. 2003. *Reducing vulnerability: Demand for and supply of microinsurance in East Africa* (Nairobi, Microsave).

Cohen, M.; Sebstad, J. 2005. "Reducing vulnerability: The demand for microinsurance", dans *Journal of International Development,* Vol. 17, No. 3, p. 397–474.

—. 2006. "The demand for microinsurance", dans C. Churchill (éd.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 25-44.

—. 2009. *Making microinsurance work for clients,* Microinsurance Centre Briefing Note No. 3, sur www.microinsurance.org. [13 juill. 2009].

Cole, S.; Gine, X.; Tobacman, J.; Topalova, P.; Townsend, R.; J. Vickery. 2010. *Barriers to household risk management: Evidence from India,* Harvard Business School Working Paper, No. 09-116 (Harvard, MA, Harvard Business School).

Collins, D.; Morduch, J.; Rutherford, S.; Ruthven, O. 2009. *Portfolios of the poor: How the world's poor live on $2 a dDay* (Princeton, N.J., Princeton University Press).

Consultative Group to Assist the Poor (CGAP). 2000. *Microfinance and risk management: A client perspective,* Focus Note No. 17 (Washington, D.C., Banque Mondiale.

—. 2010. *Andhra Pradesh 2010: Global implications of the crisis in Indian microinsurance,* Focus Note No. 67 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Contreras, J.L. 2009. *Microinsurance: Breaking the paradigm* (Munich, Fondation Munich Re).

Corbett, J.D. 2006. *Making climate-related insurance work in Africa: Targeting and monitoring micro-insurance programmes* (Nairobi, Kenya, Mudsprings/COP12).

Cowley, A.; Ehrbeck, T. 2007. "Health insurance for the poor: Leveraging India's unique strengths", dans *Sustainable Health Insurance: Global perspectives for India* (McKinsey and Company), p. 30–42.

Coydon, M.; Molitor, V. 2011. *Commercial insurers in microinsurance,* Microinsurance Network Study No. 1 (Luxembourg, Microinsurance Network).

Crayen, D.; Hainz, C.; Ströh de Martinez, C. 2010. *Remittances, banking status and the usage of insurance schemes* (Université de Tübingen, Ifo Institute for Economic Research, CESifo and WDI, Université libre de Berlin).

Criel, B. ; Kegels, G. 1997. "A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda District, Zaire : lessons and questions after 10 years of functioning", dans *Tropical Medicine and International Health,* Vol. 2, No. 7, p. 654–672.

—. 1998. *District-based health insurance in sub-Saharan Africa (Part II : Case studies),* Studies in Health Services Organization and Policy, No. 10 (Anvers, Institut de Médecine Tropicale).

—; **Van der Stuyft, P. ; Van Lerberghe, W.** 1999. "The Bwamanda hospital insurance scheme : Effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns", dans *Social Science and Medicine,* Vol. 48, No. 7, p. 897–911.

De Allegri, M. ; Sanon, M. ; Bridges, J. ; Sauerborn, R. 2006. "Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa", dans *Health Policy,* Vol. 76, No. 1, p. 58–71.

De Bruyn, T. ; Wets, J. 2006. *Remittances in the Great Lakes Region,* Migration Research Series de l'OIM No. 2 (Genève, Organisation internationale pour les migrations).

de Neubourg, C. 2009. "Social protection and nation-building: an essay on why and how universalist social policy contributes to stable nation-states", dans P. Townsend (éd.) : *Building decent societies : Rethinking the role of social security in development* (Geneva et Basingstoke, OIT et Palgrave Macmillan), p. 63-79.

Dekker, M. ; Wilms, A. 2009a. *Can health insurance be the magic bullet? The case of Microcare in Uganda* (Pays-Bas, African Studies Center Info Sheet).

—. 2009b. "Health insurance and other risk-coping strategies in Uganda: The case of Microcare insurance", dans *World Development,* Vol. 38, No. 3, p. 369–378.

Delgado, C. ; Rosegrant, M. ; Steinfeld, H. ; Ehui, S. ; Courbois, C. 1999. "Livestock to 2020: The next food revolution", dans *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment,* No. 61.

Department of India Post, sur http://www.postallifeinsurance.gov.in/.

Department of Information Technology, Inde. 2011. http://www.mit.gov.in/.

Dercon, S. ; Bold, T. ; De Weerdt, J. ; Pankhurst, A. 2004. *Extending insurance? Funeral associations in Ethiopia and Tanzania,* OCDE Development Centre Working paper No. 240 (Paris, OCDE).

—; **Hoddinott, J. ; Woldehanna, T.** 2005. "Consumption and shocks in 15 Ethiopian Villages, 1999–2004", dans *Journal of African Economies* Vol. 14, No. 4, p. 559–585.

—. **(éd.).** 2005. *Insurance against poverty* (Oxford, Oxford University Press).

—. 2006. "Group-based funeral insurance in Ethiopia and Tanzania", dans *World Development,* Vol. 34, No. 4, p. 685–703.

—; **Hoddinott J. ; Krishan. P ; Woldehanna, T.** 2008. *Collective action and vulnerability: Burial societies in rural Ethiopia,* CAPRI Working Paper No. 83 (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI)).

—; **Kirchberger, M.** 2008. *Literature review on microinsurance,* Microinsurance Paper Series No. 1 (Genève,OIT).

—; **Gilligan, D.O. ; Hoddinott, J. ; Woldehanna, T.** 2009. "The impact of agricultural extension and roads on poverty and consumption growth in fifteen Ethiopian villages" dans *American Journal of Agricultural Economics,* Vol. 91, No. 4, p. 1007–1021.

—. 2011. *Social protection, efficiency, and growth,* CSAE Working Paper 2011–17 (Centre for the Study of African Economics, Université de Oxford).

—; **Gunning, J.W. ; Zeitlin, A.** 2011. *The demand for insurance under limited credibility : Evidence from Kenya,* sur http://www.aae.wisc.edu/mwiedc/papers/2011/Zeitlin_Andrew.pdf.

Derriennic, Y. ; Wolf, K. ; Kiwanuka-Mukiibi, P. 2005. *An assessment of community-based health financing activities in Uganda,* The Partners for Health Reformplus Project (Bethesda, MD, Abt Associates).

Desvousges, W.; Smith, V.; Fisher, A. 1987. "Option price estimates for water quality improvements : a contingent valuation study for the Monongahela River", dans *Journal of Environmental Economics and Management,* Vol. 14, No. 3, p. 248–267.

Devadasan, N. ; MaNoharan, S. ; MeNon, N. ; MeNon, S. ; Thekaekara, M. ; Thekaekara, S. 2004. "ACCORD community health insurance: Increasing access to hospital care", dans *Economic and Political Weekly,* Vol. 39, No. 28, p. 3189–3914.

—; **Ranson, K. ; Van Damme, W. ; Criel, B.** 2004. "Community Health Insurance in India. An overview", dans *Economic and Political Weekly,* juillet 10.

—; **Criel, B. ; Van Damme, W. ; Ranson, K. ; Van der Stuyft, P.** 2007. *Indian community health insurance schemes provide partial protection against catastrophic health expenditure,* BMC Health Services Research, Vol. 7, No. 43, sur http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/43 [25 avril 2011].

Development of Human Action (DHAN) Foundation. 2009. *DHAN Foundation Annual Report,* sur http://www.dhan.org/Downloads/annual_report_2009.pdf.

Dickersin, K. 1990. "The existence of publication bias and risk factors for its occurrence", dans *Journal of the American Medical Association,* Vol. 263, No. 10, p. 1385–1389.

Dimitríjevics, A. 2007. *Mainstreaming gender into disaster recovery and reconstruction* (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Diop, F.P. ; Sulzbach, S. ; Chankova, S. 2006. *The impact of mutual health organizations on social inclusion, access to health care and household income protection: Evidence from Ghana, Senegal and Mali,* Partners for Health Reformplus project (Bethesda, MD, Abt Associates).

Dodd, R. ; Munck, L. 2002. *Dying for change: Poor people's experience of health and ill health* (Genève, Organisation mondiale de la santé, Banque Mondiale, Voix des pauvres).

Dong, H. ; Kouyate, B. ; Cairns, J. ; Mugisha, F. ; Sauerborn, R. 2003. "Willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso", dans *Journal of Health Economics,* Vol. 12, No. 10, p. 849–862.

—. 2004. "The feasibility of community-based health insurance in Burkina Faso", dans *Health Policy,* Vol. 69, No. 1, p. 45–53.

—. 2005. "Inequality in willingness-to-pay for community-based health insurance", dans *Health Policy,* Vol. 72, No. 2, p. 149–15.

Drechsler, D. ; Jütting, J. 2005. *Is there a role for private health insurance in developing countries?* Discussion Paper 517 (Berlin, Institut allemand de recherche économique).

Dror, D. ; Jacquier, C. 1999. "Micro-insurance : Extending health insurance to the excluded", dans *International Social Security Review,* Vol. 52, No. 1, p. 71.

—. 2001. "Reinsurance of health insurance for the informal sector", dans *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 79, No. 7, p. 672–678.

—; **Preker, A.** 2002. "Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing", dans D. Dror and A. Preker (eds): *A new approach to sustainable community health financing* (Banque Mondiale et OIT , Washington, D.C., et Genève) p. 153–186.

—; **Soriano, E. ; Lorenzo, M.; Sarol, J. ; Azcuna, R. ; Koren, R.** 2005. "Field-based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by micro health insurance units in the Philippines", dans *Health Policy,* Vol. 73, No. 3, p. 263–271.

—; **Armstrong, J.** 2006. "Do micro health insurance units need capital or reinsurance? A simulated exercise to examine different alternatives", dans *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice,* Vol. 31, No. 4, p. 739–761.

—; **Koren, R. ; Steinberg, D.M.** 2006. "The impact of Filipino micro health insurance units on income-related equality of access to healthcare", dans *Health Policy,* Vol. 77, No. 3, p. 304–317.

—; **Wiechers, T.** 2006. « Le rôle des assureurs et des réassureurs dans le soutien de l'assurance pour les plus démunis », dans C. Churchill (éd.) *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 524–544.

—. 2007. "Why 'one size fits all' health insurance products are unsuitable for low-income persons in the informal economy in India", dans *Asian Economic Review,* Vol. 49, No. 1, p. 1–11.

—; **Radermacher, R. ; Koren, R.** 2007. "Willingness to pay for health insurance among rural and poor persons : Field evidence from seven micro health insurance units in India", dans *Health Policy,* Vol. 82, No. 1, p. 12–27.

—; **Radermacher, R. ; Khadilkar, S. ; Schout, P. ; Hay, F. ; Sing, A.** 2009. "Microinsurance : Innovations in low-cost health insurance", dans *Health Affairs,* Vol. 28, No. 6, p. 1788–1798.

Dror, I. 2007. "Demystifying micro health insurance package design. Choosing health plans all together (CHAT)", dans *Microfinance Insights,* Vol. 4, p. 17–19.

—. 2008. "Community-based micro health insurance as an enabler of solidarity and self-help amongst poor communities", dans *Microfinance Focus,* Vol. 2, No. 8.

—; **Jenkins, K. ; Motegi, K. ; Siltanen, J.** 2010. *A landscape study of microinsurance education* (Microinsurance Academy).

Dufhues, T. ; Lemke, U. ; Fischer, I. 2004. *Constraints and potential of livestock insurance schemes: A case study from Vietnam,* Discussion Paper No. 05 (Stuttgart, Allemagne, Université de Hohenheim).

Duflo, E. ; Kremer, M. ; Robinson, J. 2009. *Nudging farmers to use fertilizer : Theory and experimental evidence from Kenya,* NBER Working Paper Series 15131 (Bureau national de recherche économique, Cambridge, MA).

Duong, P.B. ; Izumida, Y. 2002. "Rural development finance in Vietnam: A microeconomic analysis of household surveys", dans *World Development,* Vol. 30, No. 2, p. 319–335.

The Economist. 2009. "Medical goes digital: Special report on health care and technology", 18 avril, sur http://economist.com.

Edenhofer, O. ; Wallacher, J. ; Reder, M. ; Lotze-Campen, H. 2010. *Global yet equitable: Combating climate change, enabling development* (Munich, Allemagne, Fondation Munich Re).

Elbers, C. ; Gunning, J.W. ; Kinsey, B. 2007. "Growth and risk: Methodology and micro evidence", dans *The World Bank Economic Review,* Vol. 21, No. 1, p. 1–20.

Enarsson, S. ; Wiren, K. 2006. *ALMAO and Yasiru,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), Bonnes et mauvaises pratiques en microassurance, Case Study No. 21 (Genève, OIT).

Ezemenari, K. ; Chaudhury, N. ; Owens, J. 2002. *Gender and risk in the design of social protection interventions,* Social Safety Net Primers Series (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Fafchamps, M. ; Minten, B. 2008. "Insecurity and welfare: Evidence from county data", dans *Journal of Development Studies,* Vol. 56, No. 6, p. 831–863.

FinMark Trust. 2009. *FinScope South Africa 2009 survey,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), sur www.finscope.co.za.

—. 2011. *Ghana 2011 FinScope results,* sur www.finscope.co.za [Sept. 2011].

Financial Sector Deepening Kenya (FSD Kenya). 2009. *FinAccess National Survey 2009: Dynamics of Kenya's changing financial landscape* (Nairobi, Kenya).

Financial Services Authority (FSA) UK. 2007. *Treating customers fairly: Measuring outcomes* (Royaume-Uni, Financial Services Authority).

Fitzpatrick, A. ; Magnoni, B. ; Thornton, R. 2011. *Microinsurance utilization in Nicaragua: A report on effects on children, retention and health claims,* Research Paper No. 5 du Fonds pour l'innovation en micro-assurance (Genève, OIT).

Flaming, M. ; Owino, A. ; Mckee, K. ; Jentzsch, N. ; di Castri, S. ; Maina, B. ; Ochleng, M. ; Collins, D. ; Ahem, B. 2011. *Consumer protection diagnostic study : Kenya* (Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), FSD Kenya, et Ministère des Finances du Kenya).

Fonteneau, B. ; Galland, B. 2006. Le modèle basé sur la communauté : organismes de mutuelle santé en Afrique", dans C. Churchill (éd.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 378-400.

Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). 2009. *The state of food and agriculture : Livestock in the balance* (Rome), sur http://www.fao.org/docrep/012/i0680e/i0680e.pdf.

Franco, L.M. ; Diop, F.P. ; Burgert, C. ; Kelley, A.G. ; Makinen, M. ; Siampara, C.H.T. 2008. "Influence des mutuelles de santé sur le recours aux services de santé prioritaires en milieu rural et urbain au Mali : étude cas témoins", dans *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* Vol. 86, No. 11, p. 830–838.

Frenk, J. 2006. "Bridging the divide : Global lessons from evidence-based health policy in Mexico", dans *The Lancet,* Vol. 368, No. 9539, p. 954–961.

Fuller, M. 2011. *Utilising technology to improve customer service and efficiency in microinsurance programmes,* présenté à la 7ème Conférence internationale sur la microassurance, 10 nov. 2011, sur http://www.munichre-foundation.org/NR/rdonlyres/6AE7F64A-EBE2-4DA4-B754-F474027960 1E/0/S5_MIC2011_Presentation_Fuller_New.pdf

G-20 Communiqué. 2010. "Meeting of the Finance Ministers and Central Bank Governors, Busan, Republic of Korea, June 5, 2010", sur http://media.ft.com/cms/422d6406-7093-11df-96ab-00144feabdc0.pdf.

Gakidou, E. ; Lozano, R. ; Gonzalez-Pier, E. ; Abbot-Klafter, J. ; Barofsky, J. T. ; Bryson-Cahn, C. ; Feehan, D. M. ; Lee, D. K. ; Hernandez-Llamas, H. ; Murray, C. J. L. 2006. "Assessing the effect of the 2001–2006 Mexican health reform: An interim report card", dans *The Lancet,* Vol. 368, p. 1920–1935.

Galarraga, O. ; Sosa-Rubi, S. G. ; Salinas, A. ; Sesma, S. 2008. *The impact of universal health insurance on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico: A model with an endogenous treatment variable,* Health Econometrics and Data Group Working Paper 08/12 (York, Royaume-Uni, Université d'York).

Gallup. 2011. *Mobile phone access varies widely in Sub-Saharan Africa.* Disponible sur http://www.gallup.com/poll/149519/Mobile-Phone-Access-Varies-Widely-Sub-Saharan-Africa.aspx [nov. 2011].

Ganzach, Y. ; Karsahi, N. 1995. "Message framing and buyer behavior: A field experiment", dans *Journal of Business Research,* Vol. 32, No.1, p. 11–17.

Garand, D.; Wipf, J. 2006. "Gestion des risques et gestion financière", dans C. Churchill (éd.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 254-269.

Garcia, B.A.; Gruat, J.V. 2003. *Social protection: A life-cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development* (Genève,OIT).

Gaurav, S.; Cole, S.; Tobacman, J. 2011. *Marketing complex financial products in emerging markets: Evidence from rainfall insurance in India,* Document de travail 1-2011 du Fond pour l'innovation en micro-assurance (Genève, OIT).

Gehrke, E. 2009. *Sozialpolitik und Mikroversicherung: Das Fallbeispiel Ghana* (Université de Cologne).

—. 2011. *Can micro-insurance cover natural risks?* (Bonn, German Development Institute).

The Geneva Association. 2009. *The insurance industry and climate change – Contribution to the global debate,* The Geneva Reports – Risk and Insurance Research No. 2 (Genève).

Gerelle, E.; Berende, M. 2008. *Technology for microinsurance,* Microinsurance Paper Series No. 4 (Genève, OIT).

Gertler, P.; Levine, D.; Moretti, E. 2009. "Do microfinance programs help families insure consumption against illness?", dans*Health Economics,* Vol. 18, No. 3, p. 257–273.

Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ). 2009. *Remittances and social protection* (Eschborn, Allemagne).

Gine, X.; Townsend, R.; Vickery, J. 2008. "Patterns of rainfall participation in rural India", dans *The World Bank Economic Review,* Vol. 22, No. 3, p. 539–566.

—; **Yang, D.** 2007. *Insurance, credit and technology adoption: Field experimental evidence from Malawi,* Banque Mondiale Policy Research Working Paper No. 4425 (Washington, D.C.).

—. 2009. "Insurance, credit, and technology adoption: Field experimental evidence from Malawi", dans *Journal of Development Economics,* Vol. 89, No. 1, p. 1–11.

GlobalAgRisk. 2009. http://www.globalagrisk.com/.

Facilité mondiale pour la réduction des catastrophes et la reconstruction (GFDRR). 2011. *Enhancing crop insurance in India* (Washington, D.C., GFDRR et Banque Mondiale).

Partenariat Global pour l'Inclusion Financière (GPFI) et CGAP. 2011. *Global standard-setting bodies and financial inclusion for the poor: Toward proportionate standards and guidance,* Livre blanc préparé par CGAP pour le Partenariat mondial du G-20 pour l'inclusion financière (CGAP, Washington, D.C.).

Gnawali, D. P. ; Pokhrel, S. ; Sie, A. ; Sanon, M. ; de Allegri, M. ; Souares, A. ; Dong, H. ; Sauerborn, R. 2009. "The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso", dans *Health Policy,* Vol. 90, No. 2, p. 214–222.

Gomez, J.C. 2007. *Microinsurance regulatory and supervisory framework – The Peruvian case,* article présenté à la 3ème Conférence internationale sur la microassurance à Mumbai, nov. 2007.

Goslinga, R. 2011. Fondation Syngenta. Interview téléphonique, 19 sept.

Govindarajan, V. ; Trimble, C. 2005. *Ten rules for strategic innovators : From idea to execution* (Harvard Business Press).

Grace, M.E. ; Scott, H. 2009. "An optional federal charter for insurance : Rationale and design", dans M.E. Grace et R.W. Klein (éds) : *The future of insurance regulation in the United States* (Washington, D.C., Brookings Institution Press).

Gradl, C. ; Herrndorf, M. ; Knobloch, C. ; Sengupta R. 2010. *Learning to insure the poor* (Zurich, Allianz).

Greifeneder, R. 2008. *The effect of having too much choice, unpublished dissertation* (Berlin, Allemagne, Université Humboldt).

Gross, P. 2011a. *New frontiers in microinsurance distribution,* Série 2 des conférences en ligne du Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT, sur http://www.youtube.com/watch?v=tgDoan5k
WFI [13 juillet 2011].

—. 2011b. *Reaching the poor at scale through mobile phones,* article présenté à la 7e Conférence annuelle internationale sur la microassurance à Rio de Janeiro, Brazil, 9 nov. 2011.

Gruber, J. 2007. *Public finance and public policy* (New York, Worth Publishers).

Gumber, A. 2001. *Hedging the health of the poor: The case for community health financing in India,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28875 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Gustafsson-Wright, E. ; Asfaw, A. ; van der Gaag, J. 2009. "Willingness to pay for health insurance : An analysis of the potential market for new low-cost health insurance products in Namibia", dans *Social Science & Medicine,* Vol. 69, No. 9, p. 1351–1359.

Güth, W. 2007. *(Non-) Behavioural Economics – A programmatic assessment,* Jena Economic Research Paper No. 2007–2099 (Max Planck Institute of Economics, Center for Economic Studies et Ifo Institute for Economic Research).

Hadi, A. 2001. "Promoting health knowledge through micro-credit programmes: Experience of BRAC in Bangladesh", dans *Health Promotion International,* Vol. 16, No. 3, p. 219–227.

Haiss, P. ; Sumegi. K. 2008. "The relationship between insurance and economic growth in Europe: A theoretical and empirical analysis", dans *Empirica,* Vol. 35, No. 4, p. 405–431.

Hamid, S.A. ; Roberts, J. ; Mosley, P. 2010. *Can micro health insurance reduce poverty?* Evidence from Bangladesh, Sheffield Economic Research Paper Series 2010001 (Université de Sheffield).

Hansen, J.D. ; Kyser, D.A. 1999. "Taking behavioralism seriously: The problem of market manipulation", dans *New York University Law Review* Vol. 74 p. 630–749.

Harmeling, S. 2010a. Zurich Bolivia-Bancosol case study, Facilité de micro-assurance de l'OIT (Genève, OIT).

—. 2010b. *Un exemple : Max Vijay insurance product,* International Case Method Institution (Genève, OIT).

Hazell, P. 1992. "The appropriate role of agricultural insurance in developing countries", dans *Journal of International Development,* Vol. 4, p. 567–581.

—; **Anderson, J. ; Balzer, N. ; Hastrup Clemmensen, A. ; Hess. U. ; Rispoli, F.** 2010. *The potential for scale and sustainability in weather index insurance for agriculture and rural livelihoods* (Rome, Fonds international de développement agricole, Programme Alimentaire Mondial.

Heckman, J. J. ; Smith, J. ; Clements, N. 1997. "Making the most out of programme evaluations and social experiments : Accounting for heterogeneity in programme impacts", dans *Review of Economic Studies,* Vol. 64, No. 4, p. 487–535.

Heffernan, C. ; Misturelli, F. ; Pilling, D. 2003. *Livestock and the poor : Findings from Kenya, India and Bolivia* (Londres, Animal Health Programme, Department for International Development).

Hellmuth, M.E. ; Moorhead, A. ; Thomson, M.C. ; Williams, J. (eds). 2007. *Climate risk management in Africa : Learning from practice,* Climate and Society No. 1 (New York, International Research Institute for Climate and Society).

—. 2009. *Index insurance and climate risk : Prospects for development and disaster management,* Climate and Society No. 2 (New York, International Research Institute for Climate and Society).

Herbas, J. C. 2009. "BancoSol's Microinsurance Programs", Microfinance Network : Téléconférence du Microinsurance Working Group.

Herbold, J. 1999. *New approaches to agricultural insurance in developing economies,* Finance for food (Francfort-sur-le-Main, KFW).

—. 2010. "Crop insurance in developing economies: The insurers' and reinsurers' perspective", dans *The International Journal for Rural Development,* Vol. 4, p. 14–18.

—. 2011. *Climate change and agriculture insurance: Industry vulnerability and implications for scaling up innovations: The (re)insurer's perspective,* présenté à la conférence annuelle du FARMD, Zurich, 9–10 Juin, 2011.

Hintz, M. 2010a. "Understanding the context is understanding the impact: Evidence from a qualitative microinsurance impact survey in Indonesia", dans E. Morelli et al. (eds): *Microinsurance – An innovative tool for risk and disaster management* (Davos, Global Risk Forum).

—. 2010b. *Micro-impact: Deconstructing the complex impact process of a simple microinsurance product in Indonesia* (Passau, Université de Passau).

Holzmann, R. ; Jørgensen, S. 2000. *Social risk management : A new conceptual framework for social protection and beyond* (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Hougaard, C. ; Chamberlain, D. ; Aseffa, Y. 2009. *Towards a strategy for microinsurance development in Zambia : A market and regulatory analysis* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org

—; **Chelwa, G. ; Swanepoel, A.** 2011. *Swaziland microinsurance diagnostic* (Access to Insurance Initiative et FinMark Trust).

Impact Working Group of the Microinsurance Network. 2011a. *The practical guide to impact assessments of microinsurance,* sur http://microinsurancenetwork.org/publication/fichier/MIN_Publication__Impact_PracticalGuide_V1_2010.pdf [2 avril 2011].

—. 2011b. *Stocktaking initiative : Ongoing impact assessments of microinsurance,* sur http://www.microinsurancenetwork.org/workinggroup/impact/stocktaking.php [2 oct. 2011].

Institute of Development Studies. 2009. *Accounts of crisis : Poor people's experience of the food, fuel and financial crises in five countries* (Brighton, Royaume-Uni).

Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA), Inde. 2008. Sur http://www.irda.gov.in/.

Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC). 2007. *Climate Change 2007 : The physical science basis,* Quatrième Rapport d'évaluation du GIEC (Genève).

—. 2011. *Special report on managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation* (Stanford, CA, OMM, PNUE).

International Association of Insurance Supervisors (IAIS). 2007. *Issues in regulation and supervision of microinsurance* (Bâle, Suisse).

—. 2010. *Issues paper on the role, regulation and supervision of mutuals, cooperatives and other community-based organizations in increasing access to insurance markets* (non publié) (Bâle, Suisse).

Fonds international de développement agricole (FIDA). 2004. *Livestock services and the poor. A global initiative : Collecting, coordinating and sharing experiences* (Rome).

Organisation Internationale du Travail (OIT) 2008. *Social health protection. An ILO strategy towards universal access to healthcare,* Social Security Policy Briefings, Paper 1 (Genève).

—. 2010. *World Social Security Report 2010/11 : Providing coverage in times of crisis and beyond* (Genève).

Fonds pour l'innovation en micro-assurance de l'OIT 2011. *Annual Report 2010* (Genève, OIT), sur http://www.ilo.org/public/english/employment/mifacility/download/annual/annualreport2010_en.pdf.

Fonds monétaire international (FMI). 2010. *World Economic Outlook Database,* sur http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/weorept.aspx?pr.x=31&pr.y=11&sy=2009&ey=2009&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&c=369&s=LP&grp=0&a=.

Ito, S. ; Kono, H. 2010. "Why is take-up of microinsurance so low? Evidence from a health insurance scheme in India", dans *The Developing Economies,* Vol. 48, No.1, p. 74–101.

Iturrioz, R. 2009. *Agricultural insurance,* Primer Series on Insurance Issue 12 (Washington, D.C., Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Banque Mondiale).

Iyengar, S.S. ; Lepper, M.R. 2000. "When choice is demotivating : Can one desire too much of good thing?", dans *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 79, No. 6, p. 995–1006.

Jianakoplos, N.A. ; Bernasek, A. 1998. "Are women more risk averse?", dans *Economic Inquiry,* Vol. 36, p. 620–630.

Johnson S. 2004. "'Milking the elephant': Financial markets as real markets in Kenya", dans *Development and Change,* Vol. 35, No. 2, p. 247–274.

Joseph, C. ; Ruchismita, R. 2010. *Livestock case study, draft paper* (Chennai, Inde, CIRM).

Jowett, M. ; Deolalikar, A. ; Martinsson, P. 2004. "Health insurance and treatment seeking behavior: evidence from a low-income country", dans *Health Economics,* Vol. 13, p. 845–857.

Jütting, J. 2002. *Social risk management in rural areas of low-income countries: An economic analysis of community-based health insurance schemes* (Bonn, Université de Bonn, Faculté d'agronomie).

—. 2004. "Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from Rural Senegal", dans *World Development,* Vol. 32, No. 2, p. 273–288.

Kahneman, D. ; Tversky, A. 1979. "Prospect theory : An analysis of decision under risk", dans *Econometrica,* Vol. 47, No. 2, p. 263–292.

Karlan, D. ; McConnell, M. ; Mullainathan, S. ; Zinman, J. 2010. *Getting to the top of mind : How reminders increase savings,* Papier de travail (Université Yale, Université Harvard, et Dartmouth College).

—; **Kutsoati, E. ; McMillan, M. ; Udry, C.** 2011. "Crop price indemnified loans for farmers : A pilot experiment in rural Ghana", dans *Journal of Risk and Insurance,* Vol. 78, No. 1, p. 37–55.

Karnani, A. 2009. "Romanticizing the poor", dans *Stanford Social Innovation Review,* Vol. 7, No. 1 sur http://www.ssireview.org/articles/entry/romanticizing_the_poor.

Kern, A.; Ritzen, J. 2002. *Dying for change : Poor people's experience with health and ill health* (Genève et Washington, D.C., Organisation mondiale de la santé et Banque Mondiale).

King, G. ; Gakidou, E. ; Imai, K. ; Lakin, J. ; Moore, R. T. ; Nall, C. ; Ravishankar, N. ; Vargas, M. ; Tellez-Rojo, M. M. ; Hernandez Avila, J. E. ; Hernandez Avila, M. ; Hernandez Llamas, H. 2009. "Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme", dans *The Lancet,* Vol. 373, p. 1447–1454.

Kiwara, A. 2007. "Group premiums in micro health insurance experiences from Tanzania", dans *East African Journal of Public Health,* Vol. 4, No. 1, p. 28–32.

Knaul, F. ; Arreola-Ornelas, H. ; Méndez-Carniado, O. ; Bryson-Cahn, C. ; Barofsky, J. ; Maguire, R. ; Miranda, M. ; Sesma, S. 2006. "Evidence is good for your health system : Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico", dans *The Lancet,* Vol. 368, No. 9549, p. 1828–1841.

Kogan, F.N. 1990. "Remote sensing of weather impacts on vegetation in non-homogeneous areas", dans *International Journal of Remote Sensing,* Vol. 11, p. 1405–1419.

Kotler, P. 1994. *Marketing management: Analysis, planning, implementation, and control* (New Jersey, Simon & Schuster).

Krishnan, S. 2010. *ACE progress report : Beyond 'non-admitted'. A closer look at trends affecting today's multinational insurance programs* (ACE Group).

Krishnaswamy, K. ; Ruchismita, R. 2011. *Rashitriya Swasthya Bima Yojana – Performance trends and policy recommendations: An evaluation of a government mass health insurance scheme* (Chennai, Inde, IMFR CIRM).

Kruk, M. ; Goldmann, E. ; Galea, S. 2009. "Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries", dans *Health Affairs,* Vol. 28, No. 4, p. 1056–1066.

Kumar, S. 2011. *Experiences and challenges in implementation of crop insurance programme in India* (Ministère de l'Agriculture de l'Inde).

Kundra, S. ; Lagomarsino. 2008. *Implementing health insurance : Overcoming the challenges of scaling voluntary risk pools in low income settings* (Fondation Rockefeller, Result for Development Institute).

Kunzemann, T. 2010. *Microinsurance tested : Cyclone Nisha batters India,* sur http://knowledge.allianz.com/microfinance/alternative_finance/?424/allianz-bajaj-care-cyclone-nisha-microinsurance [27 mai 2010].

Laajaj, R. ; Carter, M. 2009. *Using satellite imagery as the basis for index insurance contracts in West Africa,* sur http://i4.ucdavis.edu/projects/contracts/files/laajaj-using-satellite-imagery.pdf.

Lacey, D. 2011. *A business case for microinsurance : Case study analysis of the profitability of microinsurance products* (Johannesburg, Afrique du Sud, Quindiem Consulting).

Lai, I. 2010. *As demand grows for microinsurance in Asia, Swiss Re launches first agricutural product in Vietnam,* sur http://www3.ambest.com/ambv/bestnews/newscontent.aspx?altsrc=23&refnum=142823.

Langenbrunner, J. ; Cashin, C. ; O'Dougherty, S. (eds). 2009. *Designing and implementing health care provider payment systems,* How-to Manuals (Washington, D.C., Banque Mondiale et USAid).

Lashley, K. 2008. "Health-care provision meets microcredit finance in Argentina", dans *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 86, No.1, p. 9–10.

Latortue, A. 2006. "Le rôle des bailleurs de fonds", dans C. Churchill (éd.) : *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 470–487.

—: **de Montesquious, A. ; Ward, V.** 2008. "Microinsurance: What can donors do?", CGAP Working Group on Microinsurance (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Leach, J. 2005. *The regulator's dilemma,* présentation à la Conférence sur la microassurance, Fondation Munich Re et CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Allemagne, oct.

—. 2011. Hollard Insurance Interview téléphonique, sept. 2011.

Leatherman, S. ; Dunford, C. 2010. "Linking health to microfinance to reach the poor", dans *World Health Organization Bulletin,* Vol. 88, No. 6, p. 401–480.

Leftley, R. 2009. "Microinsurance for health and agricultural risk innovations in insuring the poor", dans *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment,* Foc. 17, Br. 4.

—. 2010. *Credit Life : It's supposed to be simple,* Field Notes (MicoEnsure).

Lei, X ; Lin, W. 2009. "The new cooperative medical scheme in rural China : Does more coverage mean more service and better health?", dans *Health Economics,* Vol. 18, No. S2, p. 25–46.

Lethourmy, A. 2010. *How to implement health insurance in Sub-Saharan Africa?,* Background Paper to the European Report on Development 2010, présenté à Dakar, 27–30 Juin 2010.

Leventhal, H. ; Singer, R. ; Jones, S. 1965. "Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior", dans *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 2, p. 20–29.

Levin, T. ; Reinhard, D. 2007. *Microinsurance aspects in agriculture,* Discussion Paper (Munich, Munich Re).

Lichand, G. 2010. *Decomposing the effects of CCTs on entrepreneurship,* World Bank Policy Research Working Paper 5457 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Lim, Y. ; Townsend, R. 1998. "General equilibrium models of financial systems : Theory and measurement in village economies", dans *Review of Economic Dynamics,* Vol. 1, No. 1, p. 59–118.

List, J.A. 2003. "Does market experience eliminate market anomalies?", dans *Quarterly Journal of Economics,* No. 188, p. 1–47.

Llanto, G.M. ; Geron, M. P. ; Almario, J. 2008. *Making insurance markets work for the poor : Microinsurance policy, regulation and supervision : Philippines study,* CGAP Working Group on Microinsurance (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Lloyd's. 2009. *Insurance in developing countries : Exploring opportunities in microinsurance* (Londres, Royaume-Uni).

Loewe, M. 2001. *Improving the social protection of the urban poor and near-poor in Jordan : The potential of micro-insurance,* Reports and Working Papers 12 (Bonn, German Development Institute).

—. 2005a. "Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Sicherheit im informellen Sektor : Das Beispiel der arabischen Welt", dans D. Messner et I. Scholz (eds): *Zukunftsfragen der Entwicklungspolitik* (Nomos, Baden-Baden).

—. 2005b. *Social security and the informal sector : the state of theoretical discussion and critical analysis of the situation in Arab countries with special emphasis on micro-insurance approach* (Université de Heidelberg)

—. 2006. "Downscaling, upgrading or linking? Ways to realize microinsurance", dans *International Social Security Review,* Vol. 59, No. 2, p. 37–59.

—. 2009a. *Soziale Sicherung, informeller Sektor und das Potenzial des Kleinstversicherungsansatzes* (Baden-Baden, Nomos).

—. 2009b. "The third way to social protection : promoting group-based micro-insurance", dans *Journal of Insurance and Risk Management,* Vol. 4, No. 1, p. 86 suiv.

Lofgren, C. ; Thanh, N.X. ; Chuc, N.T. ; Emmelin, A. ; Lindholm, L. 2008. "People's willingness to pay for health insurance in rural Vietnam", dans *Cost Effectiveness and Resource Allocation,* Vol. 6, No. 16.

Lomas, P. 2009. *Third party administration in the provision of in-patient health insurance : An Indian case study* (MicroEnsure), sur http://www.microinsurancenetwork.org/file/TPA_PAPER__March_09__Final.pdf.

Lybbert, T.J. ; Galarza, F. ; McPeak, J. ; Barrett, C.B. ; Boucher, S. ; Carter, M.R. ; Chantarat, S. ; Fadlaoui, A. ; Mude, A. 2010. "Dynamic field experiments in development economics ; Risk valuation in Morocco, Kenya and Peru", dans *Agricultural and Resource Economics Review,* Vol. 39, No. 2, p. 176–192.

Magnoni, B. ; Lovoi, A. ; Brown, J. ; Thornton, R. 2010. *Risk across borders : A study of the potential of microinsurance products to help migrants cope with cross border risks* (Washington, D.C., Inter-American Development Bank).

Magnoni, B. ; Zimmerman, E. 2011. *Do clients get value from microinsurance ? A systematic review of recent and current research* (Micro Insurance Centre, MILK Project).

Manje, 2005. *Madison Insurance,* Zambia, CGAP Working Group on Microinsurance, Bonnes et mauvaises pratiques, Case Study No. 11 (Genève, OIT).

—. 2007. *Microinsurance client satisfaction study: Zambia* (Microfinance Opportunities), sur http://www.microfinanceopportunities.org/docs/Zambia_clientsatisfactionstudy_Final%20Report_November%202007.pdf.

Manning, W.G. ; Marquis, S.M. 1996. "Health insurance : The trade-off between risk pooling and moral hazard", dans *Journal of Health Economics* Vol. 15, No. 5, p. 609–639.

Mapfumo, S. 2009. *Weather index insurance in Malawi,* présenté à Kampala, Ouganda, 3 Mars (Microensure).

Marek, T. ; Yamamoto, C. ; Ruster, J. 2003. *Private health : Policy and regulatory options for private participation,* Public Policy for the Private Sector Note Number 265 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

—; **O'Farrell, C. ; Yamamoto, C. ; Zable, I.** 2005. *Trends and opportunities in public-private partnerships to improve health service delivery in Africa,* Africa Region Human Development Working Paper 33646 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Marquez, P. ; Chassin, L. 2012. *Donors in microinsurance,* Microinsurance Network Study No. 4 (Luxembourg, Microinsurance Network), non publié.

Mas, I. ; Radcliffe, D. 2010. *Mobile payments go viral : M-PESA in Kenya,* sur http://pymnts.com/mobile-payments-go-viral-m-pesa-in-kenya/[Nov. 2011].

Masud, T.I. ; Farooq, N. ; Ghaffar, A. 2003. "Equity shortfalls and failure of the welfare state : Community willingness to pay for health care at government facilities in Jehlum (Pakistan)", dans *Journal of Ayub Medical College Abbottabad,* Vol. 15, No. 4, p. 43–49.

Mathews, B. 2008. *Microinsurance : Delivering the core value of insurance to new customers* (Zürich, Switzerland, Zurich Insurance).

Mathiyazhagan, K. 1998. "Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India", dans *International Journal of Health Planning and Management,* Vol. 13, No. 1, p. 47–67.

Matsuura, K. 2009. "Address by Mr. Koïchiro Matsuura, Director General of UNESCO, to welcome the United Nations Secretary-General, Mr. Ban Ki Moon on his first visit at UNESCO Headquarters", sur http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001816/181647e.pdf.

Matul, M. ; McCord, M. ; Phily, C. ; Harms, J. 2010. *The landscape of microinsurance in Africa,* Microinsurance Working Paper No. 4 (Genève, OIT).

—; **Tatin-Jaleran, C. ; Kelly, E.** 2011. *Improving client value from microinsurance : Insights from India, Kenya, and the Philippines.* Microinsurance Paper Series No. 12 (Genève, OIT).

Mayoux, L. 2002. *Gender dimensions of microinsurance : Questioning the new bootstraps,* Microinsurance : Improving Risk Management for the Poor No. 7 (Luxembourg, ADA).

McNamee, P. ; Ternent, L. ; Gbangou, A. ; Newlands, D. 2010. "A game of two halves? Incentive incompatibility, starting point bias and the bidding game contingent valuation method", dans *Health Economics,* Vol. 19, No. 1, p. 75–87.

McCord, M.J. 2001. "Health care microinsurance – Case studies from Uganda, Tanzania, India and Cambodia", dans *Small Enterprise Development,* Vol. 12, No. 1, p. 25–38.

—; **Buczkowski, G.** 2004. *CARD MBA: The Philippines,* Bonnes et mauvaises pratiques, Case Study No. 4, CGAP Working Group on Microinsurance (Genève, Suisse).

—; **Botero, F ; McCord, J.S.** 2005a. *AIG: Uganda,* Bonnes et mauvaises pratiques, Case Study No. 9, CGAP Working Group on Microinsurance (Genève, Suisse).

—; **Ram, G. ; McGuinness, L.** 2005b. *Microinsurance demand and market prospects: Indonesia* (Allianz AG, PNUD, GTZ).

—; **Osinde, S.** 2005. "Reducing vulnerability : The supply of health microinsurance in East Africa", dans *Journal of International Development,* Vol. 17, No.3, p. 327–381.

—; **Buczkowski, G. ; Saksena, P.** 2006. "Collecte des primes : réduction des coûts de transaction et optimisation du service client, dans C. Churchill (ed.) *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 197–215.

—. 2007a. *Partnerships : Microfinance institutions and commercial insurers,* Microinsurance Note 3 (USAID).

—. 2007b. "Supplying health microinsurance : Lessons from East Africa", dans *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 737–764.

—; **Wiedmaier-Pfister, M. ; Chatterjee A.** 2008. *Facilitating an appropriate regulatory and supervisory environment for microinsurance,* Microinsurance Note 8 (USAID).

McPeak, J. ; Chantarat, S. ; Mude, A. 2010. "Explaining index-based livestock insurance to pastoralists", dans *Agricultural Finance Review,* Vol. 70, No. 3, p. 333–352.

Medicall Home. 2010. Medicall Home Page, sur http://www.medicallhome.com/Indexaspx [29 avril 2010].

Meessen, B. ; Criel, B. ; Kegels, G. 2002. "Formal pooling of health risks in sub-Saharan Africa : reflections on the obstacles encountered", dans *International Social Security Review,* Vol. 55, No. 2, p. 80–84.

Micro Insurance Academy. 2009. *Implementing micro health insurance in Nepal : Executive summary* (New Delhi, Inde).

MicroEnsure. 2011. *M-Insurance goes live in Ghana,* sur www.microensure.com/news [Sept. 2011].

Micro Insurance Map. 2011. http://microinsurancemap.com

Microinsurance Centre. 2009. *India's report on health micro-insurance schemes : Diversity, innovations and trends* (New Delhi, Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Asie du Sud-Est).

—. 2011. *Microinsurance Bollywood movie,* sur http://www.microinsuranceacademy.org/content/%E2%80%9Csabtujhse-hai%E2%80%9D-bollywood-style-movie-insurance-education-tool [24 avril 2011].

Centre de connaissances du Fonds pour l'innovation en micro-assurance 2010a. *Evolving climatic adaptation through crop insurance,* sur http://www.microinsurance-facility.org/en/learning-journey/evolving-climatic-adaptation-through-crop-insurance (accédé en oct. 2011).

—. 2010b. *Max Vijay case study,* sur http://www.munichre-foundation.org/NR/rdonlyres/ACA0BEA6-2F22-43EA-9B77-8256B26DA65C/0/S8_MIC2010_MaxVijayStudy.pdf [Sept. 2011].

—. 2011a. *Cattle insurance through electronic identification chip technology,* sur http://www.microinsurancefacility.org/learning-journey/cattle-insurance-through-electronic-identification-chip-technology [Oct. 2011].

—. 2011b. *Care Foundation : Project summary,* sur http://www.microinsurancefacility.org/en/learning-journey/insuring-primary-care-sustainable-financing-solution-rural-primary-health [Oct. 2011].

Mills, E. 2008. "The role of U.S. insurance regulators in responding to climate change", dans *Journal of Environmental Law and Policy,* Vol. 26.

Mobae, T. 2002. Communication personnelle, Asmara, Érythrée, National Insurance Corporation of Eritrea.

Moens, F. 1990. "Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries : A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire", dans *Social Science and Medicine,* Vol. 30, No. 12, p. 131–1327.

Mohammed, M.A. ; Ortmann, G.F. 2005. "Factors influencing adoption of livestock insurance by commercial dairy farmers in three zobatat of Eritrea", dans *Agrekon,* Vol. 44, No. 2, p. 172–186

Morduch, J. 1995. "Income smoothing and consumption smoothing", dans *Journal of Economic Perspectives,* Vol. 9, No. 3, p. 103–114.

—. 1999. "Between the market and state: Can informal insurance patch the safety net?", dans *World Bank Research Observer,* Vol. 14, No. 2, p. 187–207.

—. 2006. "Microinsurance: The next revolution", dans A. Banerjee, R. Bénabou and D. Mooherjee (eds): *Understanding poverty* (Oxford University Press, Royaume-Uni).

Morrah, D. 1955. *A history of industrial life assurance* (Université du Michigan, Allen et Unwin).

Morris, S. ; Carletto, C. ; Hoddinott, J. ; Christiaensen, L. 2000. *Validity of rapid estimates of household wealth and income for health surveys in rural Africa,* FCND Discussion Paper No. 72 (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires).

Morsink, K. ; Geurts, P. 2011. *Research design for measuring the client value of microinsurance,* MILK Brief No. 6 (Appleton, Wisconsin, Microinsurance Centre).

—; **Wenner, M. et al.** 2011. *Value for farmers from meso-level index insurance?,* article présenté à la 7ème Conférence internationale sur la microassurance à Rio de Janeiro, Brazil, 8–10 Nov.

—; **Geurts, P. ; Kooijman-van Dijk, A.** 2012. *Impact of micro insurance on vulnerability of low income households in the Philippines: The case of typhoon re-housing insurance* (Pays-Bas, Institute of Governance Studies (IGS) Université de Twente).

M-PESA Resource Centre. 2011. *M-PESA customers and agent numbers,* sur http://www.safaricom.co.ke/fileadmin/M-PESA/Documents/statistics/M-PESA_Statistics_-_2.pdf (accessed November 2011).

Msuya, J.M. ; Jütting, J.P. ; Asfaw, A. 2004. *Impacts of community health insurance programs on health care provision in rural Tanzania,* ZEF-Discussion Papers on Development Policy Number 82 (Université de Bonn, Centre for Development Research (ZEF), Allemagne).

—. 2007. "Impact of community health funds on the access to health care : Empirical evidence from rural Tanzania", dans *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, p. 813–833.

Mude, A ; Chantarat, S. ; Barrett, C. ; Carter, M. ; Ikegami, M. and McPeak, J. 2010. *Insurance against drought-related livestock mortality : Piloting index based livestock insurance in Northern Kenya* (International Livestock Research Institute Working Paper, Nairobi).

Mukherjee, P. 2011. "Budget 2011–2012 : Speech of Pranab Mukherjee, Minister of Finance, Feb. 28, 2011", sur http://india.gov.in/images/bs11-12.pdf.

Mullainathan, S. ; Krishnan, S. 2008. *Psychology and economics : What it means for microfinance* (Financial Access Initiative, Innovations for Poverty Action), sur http://iamfi.com/documents/psychologyandeconomics.pdf.

—; **Shafir, E.** 2009. "Savings policy and decision-making in low-income households", dans M.S. Barr and R.M. Blank (eds): *Insufficient funds : Savings, assets, credit and banking among low-income households* (New York, Financial Accession Initiative, New Haven, CT, Innovations for Poverty Action), p. 121–145.

Munich Climate Insurance Initiative, Munich, sur http://www.climate-insurance.org/.

Munich Re. 2010. *Topics Geo: Catastrophes naturelles 2009 : Analyses, évaluations, positions* (Munich).

—. 2011. *SystemAgro – The integrated approach to help farmers feed the world through an intelligent crop insurance system,* sur www.munichre.com/systemagro.

Fondation Munich Re. 2007. *Munich Re Foundation 2006 Report – From knowledge to action* (Munich).

—. 2009. *Munich Re Foundation 2008 Report – From knowledge to action* (Munich).

—. 2011. *6th International Microinsurance Conference Report 2010* (Munich).

Murray, C.J.L. ; Evans, D. 2003. *Health systems performance assessment : Debates, methods and empiricism* (Genève, Organisation mondiale de la santé).

Murray, I. 2008. *Safe places to save* (Women's World Banking).

Nabeth, N. ; Barrau, O. 2010. *AIC: A pioneering insurance company in microinsurance actions after the earthquake on 12 January 2010,* présentation disponible sur http://www.aic.ht/pdf/AIC_actions_defis_post_seisme_VF2_eng.pdf.

Naeemi Nezam Abadi, M. 1999. *An investigation of effective factors in expansion and development of agricultural insurance,* thèse de maîtrise non publiée (Téhéran, Iran, Université de Téhéran).

Narayan, D. ; Patesh, P. (eds). 2000. *Voices of the poor: From many lands* (Washington, D.C., Banque Mondiale).

National Bank for Agriculture and Rural Development (NABARD). 2011. *Annual Report,* sur http://www.nabard.org/FileUpload/DataBank/AnnualReports/Nabard_AR_Eng_2011_(Fianl)[1].pdf

National Statistical Coordination Board (NSCB). *2011. 2009 official poverty statistics in the Philippines* (Manila, NSCB).

National Treasury, République d'Afrique du Sud. 2008. *The future of microinsurance regulation in South Africa,* Discussion Paper, sur http://www.treasury.gov.za/public%20comments/The%20Future%20of%20Micro-insurance%20Regulation%20in%20South%20Africa.pdf [Oct. 2011].

—. 2011. *The South African Microinsurance Regulation Framework,* sur http://www.fsb.co.za/insurance/Microinsurance/PolicyDocumentMicroInsurance.pdf [Oct. 2011].

Nienaber, P.M. ; Preiss, J. 2006. *Funeral insurance : A perception from the office of the Ombudsman for Long-term Insurance,* sur www.ombud.co.za/res/pdf/FuneralInsurance.pdf.

Nyman, J.A. 2001. *The demand for insurance : Expected utility theory from a gain perspective,* University of Minnesota Center for Economic Research, Department of Economics Working Paper No. 313 (Université du Minnesota), sur http://hdl.handle.net/10419/23492.

Onwujekwe, O. ; Okereke, E. ; Onoka, C. ; Uzochukwu, B ; Kirigia, J. ; Petu, A. 2010. "Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria : do economic status and place of residence matter?", dans *Health Policy and Planning,* Vol. 25, No. 2, p. 155–161.

Orozco, M. 2003. *Family Remittances to Nicaragua : Opportunities to Increase the Economic Contributions of Nicaraguans Living Abroad* (Washington, D.C., USAID).

Qureshi, Y. ; Reinhard, D. (eds). 2011. *6ème Conférence internationale sur la Micro-assurance 2010 Making insurance work for the poor* (Fondation Munich Re).

Palm, R. 1995. *Earthquake insurance : A longitudinal study of California homeowners* (UCLA,Westview Press).

Patankar, M. 2011. *Comprehensive risk cover through remote sensing techniques,* CIRM working Paper Series (Chennia, Inde, CIRM), sur http://www.cirm.in/library/publications.

Perry, B. ; Randolph, T. 2003. "The economics of foot and mouth disease, its control and its eradication", dans B. Bodet et M. Vicari (eds): *Foot and mouth disease control strategies* (Paris, Elsevier).

Peterson, T.C. ; Zhang, X. ; Brunet-India, M. ; Vázquez-Aguirre, J.L. 2008. "Changes in North American extremes derived from daily weather data", dans *Journal of Geophysical Research,* Vol. 7, No. 113, p. 1–9.

PhilHealth. 2010. *Extending public insurance schemes to the low income sector,* présenté à la Conférence internationale sur la micro-assurance, Manila, Nov. 9–11, 2010.

Pica, G. ; Pica-Ciamarra, U. ; Otte, J. 2008. *The livestock sector in the World Development Report 2008 : Re-assessing the policy priorities,* PPLPI Research Report No. 08-07 (Rome, Pro-Poor Livestock Policy Initiative, FAO).

Pica-Ciamarra, U. 2005. *Livestock policies for poverty alleviation: Theory and practical evidence from Africa, Asia and Latin America,* PPLPI Working Paper No. 27 (Rome, Pro-Poor Livestock Policy Initiative, FAO).
Picard, P. 2008. "Natural disaster insurance and the equity-efficiency trade-off", dans *The Journal of Risk and Insurance,* Vol. 75, No. 1.

Plaster, G.; Alderman, J. 2006. *Beyond Six Sigma: Profitable growth through customer value creation* (New York, John Wiley & Sons).

Polonsky, J.; , D.; McPake, B.; Poletti, T.; Vyas, S.; Ghazaryan, O.; Yanni, M.K. 2009. "Equity in community health insurance schemes: Evidence and lessons from Armenia", dans *Health Policy and Planning,* Vol. 24, No. 3, p. 209–216.

Porteous, D. 2006. *The enabling environment for mobile banking in Africa* (Boston, MA, Bankable Frontier Associates), sur http://www.bankablefrontier.com/assets/pdfs/ee.mobil.banking.report.v3.1.pdf.

—; **Lyman, T.R.; Pickens, M.** 2008. *Regulating transformational branchless banking: Mobile phones and other technology to increase access to finance,* Focus Note 43 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Prahalad, C.K. 2005. *The fortune at the bottom of the pyramid: Eradicating poverty through profits* (Upper Saddle River, NJ, Wharton School Publishing).

Prashad, P. 2011. Technology officer, Le fonds pour l'innovation en micro-assurance. Interview téléphonique, 19 sept., 2011.

Pratt, J.W. 1964. "Risk aversion in the small and in the large", dans *Econometrica,* Vol. 32, No. 1/2, p. 122–136.

Preker, A.S.; Carrin, G.; Dror, D.; Jakab, M.; Hsiao, W.; Arhin-Tenkorang, D. 2002. "Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness", dans *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 80, p. 143–150.

Pronyk, P.M.; Hargreaves, J.R.; Morduch, J. 2007. "Microfinance programs and better health: Prospects for Sub-Saharan Africa", dans *Journal of American Medical Association,* Vol. 298, No. 16, p. 1925–1927.

Public Health Foundation of India (PHFI). 2011. *A critical assessment of the existing health insurance models in India* (New Delhi, Inde).

Radermacher, R.; Wig, N.; Van Putten-Rademaker, O.; Müller, V.; Dror, D. 2005a. *Yeshasvini Trust, Karnataka India,* CGAP Working Group on Microinsurance, Bonnes et mauvaises pratiques, Case Study No. 20 (Genève, OIT).

—; **van Putten-Radermaker, O.; Müller, V.; Wig, N.; Dror, D.** 2005b. *Karuna Trust, Karnataka,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP) Bonnes et mauvaises pratiques de microassurance, Case Study No. 19 (Genève, OIT).

—; **Dror, I.** 2006. "Options institutionnelles pour la distribution d'une micro-assurance maladie", dans C. Churchill (ed.): *Protéger les plus démunis A microinsurance compendium* (Geneva and Munich, ILO and Munich Re Foundation), p. 401–423.

—; **Roberts; Singh, J.; Srivastava, S.** 2009. "Integrated risk management in microinsurance", dans *Microfinance: An innovative tool for disaster and risk reduction* (IDRC).

—; **Vanderhyden, M.; Meshack, M.; Harting, S.; Stoermer, M.** 2011. *Mission report: Health financing situational analysis. Health promotion and system strengthening project in Dodoma, Tanzania* (Bâle, Suisse, Institut Tropical et de Santé Publique Suisse).

—; **van Armansperg, K.; Chen, T.** 2012. "Impact analyses of micro health insurance", dans H.J. Rösner et al. (eds): *Handbook of micro health insurance in Africa, social protection in health – Challenges, needs and solutions in international health care financing, Vol. 1* (Cologne, Allemagne, Université de Cologne).

—; **van Armansperg, K.; Chen, T.** A paraître. *What do we know about the impact of microinsurance?* (New Delhi, Micro Insurance Academy).

Ramm, G. 2011. *Public-private partnerships in microinsurance* (Luxembourg, Microinsurance Network).

Ranson, M. K. 2001. *The impact of SEWA's medical insurance fund on hospital utilization and expenditure: A household survey,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28895 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

—. 2002. "Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges", dans *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 80, No. 8, p. 613–621.

—; **Sinha, T.; Chatterjee, M.; Acharya, A.; Bhavsar, A.; Morris, S.; Mills, A.** 2006. "Making health insurance work for the poor: Learning from the Self-Employed Women's Association's (SEWA) community-based health insurance scheme in India", dans *Social Science and Medicine,* Vol. 62, p. 707–720.

Rao, K. D.; Waters, H.; Steinhardt, L.; Alam, S.; Hansen, P.; Naeem, A.J. 2009. "An experiment with community health funds in Afghanistan", dans *Health Policy and Planning,* Vol. 24, No. 4, p. 301–311.

Ratha, D.; Mohapatra, S.; Silwal, A. 2010. *Outlook for remittance flows 2010–2011,* Migration and Development Brief (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Reed, L. 2011. *State of Microcredit Summit Campaign Report 2011* (Washington, D.C., Microcredit Summit Campaign).

Rimansi. 2002. *Willingness to pay for life insurance: Market research study* (Manila).

Robine, J.M.; Cheung, S.L. ; Le Roy, S. ; Van Oyen et F R Herrmannm, F.R. 2007. *Report on excess mortality in Europe during summer 2003* (Brussels, Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique de l'UE).

Robinson, J.; Yeh, E. 2009. *Transactional sex as a response to risk in Western Kenya,* Policy Research Working Paper (Washington, D.C., Banque Mondiale).

Roth. J. 1999. *Informal micro-finance schemes: The case of funeral insurance in South Africa,* Social Finance Unit Working Paper No. 22 (Genève, OIT).

—; **Garand, D. ; Rutherford, S.** 2006. "Assurance et épargne à long terme", dans C. Churchill (ed.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 94–108.

—; **McCord, M.J. ; Liber, D.** 2007. *The landscape of microinsurance in the world's 100 poorest countries* (Microinsurance Centre).

Rubinstein, A. 2006. Discussion of "Behavioural Economics", dans *Advances in economics and econometrics : Theory and applications, Ninth World Congress.*

Ruchismita, R. 2011. Executive Director, IFMR, Centre for Insurance and Risk Management. Interview téléphonique, mai 2011.

Sabri, B. 2003. "Healthcare financing in the African countries of the Eastern Mediterranean", dans *International Social Security Review,* Vol. 56, No. 3, p. 73–85.

Samuelson, P. 1938. "A note on the pure theory of consumers' behaviour", dans *Economica,* Vol. 5, No. 17, p. 61–71.

Sanlman. 2006. *Annual Report,* sur http://www.sanlam.co.za (accessed 2 Nov. 2011).

Sarris, A. ; Karfakis P. ; Christiaensen, L. 2006. *Producer demand and welfare benefits of rainfall insurance in Tanzania,* FAO Commodity and Trade Policy Research Working Paper No. 18.

Scheibehenne, B. 2008. *An experimental test of the choice overload hypothesis using chocolate,* manuscrit non publié (Allemagne, Université de Mannheim).

Schneider, P. ; Diop, F. 2001. *Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to health care in Rwanda,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28903 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

—. 2004. "Why should the poor insure? Theories of decision-making in the context of health insurance", dans *Health Policy And Planning,* Vol. 19, No.6, p. 349–355.

—; **Hanson, K.** 2006. "Horizontal equity in utilization of care and fairness of health financing : a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda", dans *Health Economics,* Vol. 15, No. 1, p. 19–31.

Schumpeter, J. 1942. "Creative destruction", dans *Capitalism, socialism and democracy* (New York, Harper).

Schwarcz, D. 2010. "Regulating insurance sales or selling insurance regulation? Against regulatory competition in insurance", dans *Minnesota Law Review,* Vol. 94, p. 1707.

Sebstad, J. ; Cohen, M. 2000. *Microfinance, risk management and poverty* (Washington, AIMS).

SegurCaixa Holding. 2008. *Annual Report,* sur www.laCaixa.es.

Self-Employed Women's Association (SEWA). 2009. "Vimo SEWA's Insurance Products," SEWA Bank, sur http://www.sewainsurance.org/ [4 juin 2009].

—; **Ahmedabad, Inde,** sur http://www.sewa.org/Specialedition.asp.

Sepehri, A. ; Sarma, S. ; Simpson, W. 2006. "Does non-profit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam living standards survey panel", dans *Health Economics,* Vol. 15, No. 6, p. 603–616.

Setel, P. ; Abeyasekera, S. ; Ward, P. ; Hemed, Y. ; Whiting, D. ; Mswia, R. ; Antoninis, M. ; Kitange, H. 2003. "Development, validation, and performance of a rapid consumption expenditure proxy for measuring income poverty in Tanzania : Experience from AMMP demographic surveillance sites", dans *Population and Health Policies and Programs,* p. 169–183, sur http://www.reading.ac.uk/ssc/publications/Inc_PovProx.pdf.

Shampanier, K. ; Mazar, N. ; Ariely, D. 2007. "Zero as a special price : The true value of free products", dans *Marketing Science,* Vol. 26, No. 6, p. 742–757.

Shankar, S. ; Asher, M.G. 2009. "Micropensions in India : Issues and challenges", dans *International Social Security Review,* Vol. 64, No. 2, p. 1–21.

Sharma, A. ; Gupta, A. ; Mohan, J. 2009. *Integrated insurance and risk mitigation solution for dairy farmers* (Chennai, Inde, CIRM).

—. 2010. *Livestock insurance : Lessons from the Indian experience,* Centre for Insurance and Risk Management Working Paper (Chennai, Inde, CIRM).

—; **Shukla A.** 2010. *An exploration – Community based livestock insurance scheme, Vizianagaram,* Working Paper (Chennai, Inde, CIRM).

Shepard, D. S. ; Vian, T. ; Kleinau, E. F. 1996. "Performance and impact of four health insurance programs in rural and urban areas of Zaire", dans R. P. Shaw ; M. Ainsworth (eds) : *Financing health services through user fees and insurance : Case studies from sub-Saharan Africa,* World Bank Discussion Paper No. 294 (Washington, D.C.).

Shetty, N.K. ; Veerashekharappa, D. 2009. "Institutional innovations and access to micro-health insurance for the poor : Evidence from Karnataka", dans *The Icfai University Journal of Risk and Insurance,* Vol. 6, No.1, p. 50–68.

Sigma. 2010. *Microinsurance – Risk protection for 4 billion people* (Swiss Re).

Simanowitz A. ; Sandmark, T. 2011. *Social performance indicators for microinsurance,* Workshop Report 5–7 Oct. (Luxembourg, Microinsurance Network).

Simba, F. 2002. *Assessing the demand for microinsurance in Kenya* (Nairobi, Microsave).

Simkhada, N.J. ; Gautam, S. ; Mishra, M. ; Acharya, I. ; Sharma, N. 2000. *Research on risk and vulnerability of rural women in Nepal* (Nepal, Centre for Micro Finance).

Simões, R.L.G ; Salles, O.R ; Vieira, J.L.N ; de Faria Zettel, C. ; Ramos Wagner Clemenceau Rodrigues, R.O. ; Conceição, A.R. 2010. "SUSEP's Microinsurance Working Group Reports Part 1", dans *Microinsurance in Brazil : Research Series Volume 1* (Rio de Janeiro, Brazil).

Sinha, S. 2007. *Agriculture insurance in India,* CIRM Working Paper Series (Chennai, Inde, CIRM).

Sinha, T. ; Ranson, K. ; Patel, F. ; Mills, A. 2007. "Why have the members gone? Explanations for dropout from a community-based insurance scheme", dans *Journal of International Development,* Vol. 19, p. 653–665.

Skees, J. ; Enkh-Amgalan, A. 2002. *Examining the feasibility of livestock insurance in Mongolia,* World Bank Policy Research Working paper 2886 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

—. 2008. "Innovations in index insurance for the poor in lower income countries", dans *Agricultural and Resource Economics Review,* Vol. 37, p. 1–15.

Skipper, H.D. 1997. *Foreign insurers in emerging markets : Issues and concerns* (Washington, D.C., International Insurance Foundation).

Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP). 2010. *Consumer protection principles in practice : A framework for developing and implementing a pro-client approach to microfinance,* Progress Note No. 14 (Washington, D.C.).

Smit, H. ; Smith, A. ; Chamberlain, D. 2009. *A global survey of passive microinsurance distribution channels* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

—; **Smith, A.** 2010a. *Utility and database microinsurance distribution in Brazil : The case of QBE Brazil Seguros, ACE group and Aon Affinity* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

—; **Smith, A.** 2010b. *Microinsurance distribution through retail stores in Brazil : Insurer Mapfre Seguros, retailer Casas Bahia and cellular provider Vivo* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

Smith, A. ; Camberlain, D. ; Smit, H. ; Ncube, S. ; Chelwa, G. 2010a. *Kenya microinsurance landscape: Market and regulatory analysis* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

—; **Matul, M. ; Ncube, S. ; Bester, H.** 2010b. *South African Insurance Association Consumer Education Programme : 2005–2009* (Genève, OIT, Cenfri).

—; **Smit, H.** 2010a. *Un exemple : Hollard Insurance and Take it Eezi,* sur www.cenfri.org.

—; —. 2010b. *Un exemple : Hollard Insurance and Pep,* sur www.cenfri.org.

—; —. 2010c. *Un exemple : Metropolitan Cover2Go,* sur www.cenfri.org.

—; —. 2010d. *Un exemple : Shoprite,* sur www.cenfri.org.

Smith, K. ; Sulzbach, S. 2008. "Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries", dans *Social Science and Medicine,* Vol. 66, p. 2460–2473.

Smith, V. ; Watts, M. 2009. *Index based agricultural insurance in developing countries : Feasibility, scalability and sustainability* (Fondation Bill & Melinda Gates).

Solomon, S. ; D. Qin, M. Manning, Z. Chen, M. Marquis, K.B. Averyt, M. Tignor and H.L. Miller. (eds). 2007. *Contribution of Working Group I to the fourth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, Royaume-Uni et New York, NY, États-Unis).

Srinivasan, N. 2010. *Microfinance India : State of sector report 2010* (New Delhi, Inde, Sage Publications).

Stålhammar, N.O. 1996. "An empirical note on willingness to pay and starting-point bias", dans *Medical Decision Making,* Vol. 16, No, 3, p. 242–247.

Sterling, R. 2000. *Insurance and private pensions compendium for emerging economies. Book 1, Part 2 (1)b : Insurance regulation and supervision in OECD countries, Asian economies, Latin-American countries and CEEC and NIS countries* (Paris, Organisation de coopération et de développement économiques).

Swiss Re. 2010a. *Natural catastrophes and man-made disasters in 2009 : Catastrophes claim fewer victims, insured losses fall,* Sigma Report No. 01 (Zurich).

—. 2010b. *Microinsurance – Risk protection for 4 billion people,* Sigma Report No. 06 (Zurich).

—. 2011. *Swiss Re and partners break new ground with cholera protection for women micro-entrepreneurs in Haiti and weather insurance for farmers in Senegal,* sur http://www.swissre.com/media/news_releases/nr_20110920_CGI_Commitments.html.

Tarazona, A. ; Trivelli, C. 2005. *Situación del financiamiento rural en Piura,* Rapport de projet (Lima, Instituto de Estudios Peruanos).

Tendulkar, S. ; Radhakrishna, R. ; Sengupta, S. 2009. *Report of the Expert Group to Review the Methodology for Estimation of Poverty* (Inde, Government of India Planning Commission).

Thaler, R.H. 1990. "Anomalies : Saving, fungibility, and mental accounts", dans *Journal of Economic Perspectives,* Vol. 4, No. 1, p. 193–205.

—; **Sustein, C.** 2008. *Nudge : Improving decisions about health, wealth, and happiness* (New Haven, CT, Yale University Press).

Thomas, D. ; Frankenberg, E. 2002. "The measurement and interpretation of health in social surveys", dans C. Murray et al. (eds): *Measurement of the global burden of disease* (Genève, Organisation mondiale de la santé), p. 387–420.

Thornton, R. L. 2008. "Climate change and poverty in Africa : Mapping hotspots of vulnerability", dans *Journal of Agricultural and Resource Economics,* Vol. 2, No. 1.

—; **Hatt, L. E. ; Field, E. M. ; Islam, M. ; Solis Diaz, F. ; Azucena Gonzalez, M.** 2010. "Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua : A randomized evaluation", dans *Health Economics,* Vol. 19, p. 181–206.

Trommershäuser, S. ; Lindenthal, R. ; Krech, R. 2006. "Le rôle promotionnel des gouvernements", dans C. Churchill (ed.) : *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 508–523.

Trujillo, A. ; Portillo, J. ; Vernon, J. 2005. "The impact of subsidized health insurance for the poor : Evaluating the Colombian experience using propensity score mat-

ching", dans *International Journal of Health Care Finance and Economics,* Vol. 5, No. 3, p. 211–239.

Trustco Group Holdings Limited. 2011. *Financial Results 2011,* Windhoek, 26 mai 2011, sur http://www.tgi.na/downloads/Financial_results_31_March_2011.pdf.

Tversky, A. ; Kahneman, D. 1991. "Loss aversion in riskless choice. A reference-dependent model", dans *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 106, p. 1039–1061.

UNAIDS. 2008. *2008 Report on the Global AIDS Epidemic : Executive summary* (Genève).

Nations unies (ONU). 1998. *Kyoto Protocol to the United Nations Framework Convention on Climate Change.*

Nations unies, Département pour les affaires économiques et sociales (UNDESA), Population Division. 2009. *International Migration, 2009 : Wallchart,* United Nations publication Sales No. E.09.XIII.8 (Nations unies).

Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) 2008. "Fighting climate change : Human solidarity in a divided world", dans *Human Development Report* (New York).

Fonds de développement des Nations unies pour la femme (UNIFEM), sur http://unwomen-nc.org.sg/gender_issues_datasheet_1.shtml.

Convention-Cadre des Nations unies sur les Changements Climatiques (CCNUCC). 2011. *Risk management approaches to address adverse effects of climate change – Insurance,* sur http://unfccc.int/adaptation/adverse_effects_and_response_measures_art_48/items/4971.php.

United States Agency for International Development (USAID). 2006. *Assessment on how strengthening the insurance industry in developing countries contributes to economic growth* (Washington, D.C.).

U.S. Climate Change Science Program. 2008. *Our changing planet* (US Climate Change Science Program, the Subcommittee on Global Change Research).

Valvekar, H.K. 2007. *Innovative finance for sustainable development,* présenté au UNDESA Expert Group Meeting, sur http://www.un.org/esa/sustdev/sdissues/finance/egm2007/presentations.htm [Oct. 2007].

Vaughan, E. 1989. *Fundamentals of risk and insurance* (New York, États-Unis, John Wiley and Sons).

Villegas, C.C. 2010. *Microinsurance Regulation in Peru,* presented at Microinsurance – Promoting Successful Regulatory and Supervisory Approaches for Increased Access to Insurance, Bâle, juillet 2010.

Virani, A. 2009. *Health microinsurance experience of Grameen Koota* (Chennai, Inde, CIRM).

Vollbrecht, J. 2000. *Insurance and private pensions compendium for emerging economies. Book 1, Part 2 (1)a: Insurance regulation and supervision in OECD countries, Asian economies, Latin-American countries and CEEC and NIS countries* (Paris, Organisation de coopération et de développement économiques).

Waddington, H. 2009. *Financing better healthcare for all,* International Initiative for Impact Evaluation Brief Number No. 11 (New Delhi, Inde, 3ie).

Wagstaff, A. ; Pradhan, M. 2005. *Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country,* Policy Research Working Paper 3563 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

—. 2007. *Health insurance for the poor : Initial impacts of Vietnam's health care fund for the poor,* Policy Research Working Paper Series 4134 (Washington, D.C., Banque Mondiale).

—; **Lindelow, M. ; Jun, G. ; Ling, X. ; Juncheng, Q.** 2009. "Extending health insurance to the rural population : An impact evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme", dans *Journal of Health Economics,* Vol. 28, No. 1, p. 1–19.

Walravenm, G. 1996. "Willingness to pay for district hospital services in rural Tanzania", dans *Health Policy and Planning,* Vol. 11, No. 4, p. 428–437.

Walton, D. ; Bathurst, J. 1998. "An exploration of the perceptions of the average driver's speed compared to perceived driver safety and driving skill", dans *Accident Analysis and Prevention,* Vol. 30, No. 6, p. 821–830.

Wall Street Journal. 2010. "Max New York Life's lesson in insuring a rural foothold", sur http://online.wsj.com/article/SB127296921636786509.html [Sept. 2011].

Warner, D.C. ; Schneider, P.G. 2004. *Cross-border health insurance : Options for Texas,* Policy Research Project on Cross-Border Health Insurance (Austin, Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, Université du Texas à Austin).

Warner, K. ; Zissner, M. ; Kref, S. ; Höppe, P. ; Bals, C. ; Linnerooth-Bayer, J. ; Haas, A. ; Gurenko, E. ; Loster, T. ; Burton, I. 2010. *Solutions for vulnerable countries and people : Designing and implementing disaster risk reduction and insurance for adaptation* (Bonn, Allemagne, Munich Climate Insurance Initiative).

Weigand, C. ; Grosh, M. 2008. *Levels and patterns of safety net spending in developing and transition countries,* SP Discussion Paper No. 0817 (Washington D.C., Banque Mondiale).

Weinstein, N.D. 1980. "Unrealistic optimism about future life events", dans *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 39, No. 5, p. 806–870.

Werner, W.J. 2009. "Micro-insurance in Bangladesh : Risk protection for the poor?", dans *Journal of Health Population and Nutrition,* Vol. 27, No. 4, p. 563–573.

Wiedmaier-Pfister, M. ; Chatterjee, A. 2006. "Un environnement réglementaire favorable à la micro-assurance", dans C. Churchill (ed.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 488–507.

—; **Klein, B. ; Denker, H. ; Wagner, J. (eds).** 2009. *BMZ Concepts 176 : Small premiums – high level of security. Microinsurance and the development of financial systems* (Bonn, Federal Ministry of Economic Cooperation and Development (BMZ)).

Wiesmann, D. ; Jütting, J. 2000. "The emerging movement of community-based health insurance in sub-Saharan Africa : Experiences and lessons learned", dans *Afrika Spektrum,* Vol. 35, No. 2, p. 193–210.

Wipf, J. ; Liber, D. ; Churchill, C. 2006. "Conception du produit et gestion des risques d'assurance", dans C. Churchill (ed.): *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 146–173.

—; **Garand, D.** 2006. "Tarification des produits de micro-assurance", dans C. Churchill (ed.) : *Protéger les plus démunis Guide de la micro-assurance* (OIT Genève et Munich, en association avec la Fondation Munich Re), p. 238–253.

—. 2008. *Performance indicators for microinsurance : A handbook for microinsurance practitioners,* 1st Edition, Appui au Développement Autonome (Luxembourg).

—. 2010. *Performance indicators for microinsurance : A handbook for microinsurance practitioners,* 2nd Edition, Appui au Développement Autonome (Luxembourg).

Women's World Banking (WWB). 2003. *WWB Savings Report with ADOPEM* (République dominicaine).

—. 2005. *WWB Gender Report with Al Amana* (Maroc).

—. 2006a. *WWB Savings Report with PADME* (Bénin).

—. 2006b. *WWB Savings Report with Mi-Bospo* (Bosnie-Herzégovine).

—. 2006c. *WWB Gender Report with MFW* (Jordanie).

—. 2006d. *WWB Gender Report with ADOPEM* (République dominicaine).

—. 2007a. *WWB Healthcare Financing Report with MFW* (Jordanie).

—. 2007b. *WWB Healthcare Strategy with MFW* (Jordanie).

—. 2007c. *WWB Savings Report with Kashf Foundation* (Pakistan).

—. 2008a. *WWB Healthcare System Analysis with FMMB* (Colombie).

—. 2008b. *WWB Gender Report with ADOPEM* (République dominicaine).

—. 2008c. *WWB Gender Report with Kashf Foundation* (Pakistan).

Woodruff, R. B. 1997. "Customer value : The next source for competitive advantage", dans *Journal of the Academy of Marketing Science,* Vol. 25, No. 2, p. 139–153.

Banque Mondiale. 2005. *Managing agricultural production risk : Innovations in developing countries* (Washington, D.C.).

—. 2007. *Vietnam Development Report 2008 : Social protection* (Hanoi, Banque Mondiale).

—. 2009. *The global financial crisis : Assessing vulnerability for women and children* (Washington, D.C.).

—. 2011a. *Country and lending groups,* sur http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups (aaccédé le 28 sept. 2011).

—; 2011b. *Weather index insurance for agriculture : Guidance for development practitioners* (Washington, D.C.).

Fédération internationale des intermédiaires d'assurances (WFII). 2010. *WFII policy position paper on Microinsurance* (WFII, Washington, D.C.).

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2000. *World Health Report 2000 : Health systems improving performance* (Genève).

Organisation météorologique mondiale (WMO). 2010. "2010 equals record for world's warmest year", Press Release No. 906, sur http://www.wmo.int/pages/mediacentre/press_releases/pr_906_en.html [20 janv., 2010].

Wright, G. ; Mutesasira, L. 2001. *The relative risks to the savings of poor people* (Nairobi, MicroSave).

Xu, K. ; Klavus, J. ; Kawabata, K. ; Evans, D.B. ; Hanvoravongchai, P. ; Ortiz, J.P. ; Zeramdini, R. ; Murray, C.J.L. 2003. "Household health system contributions and capacity to pay : Definitional, empirical, and technical challenges", dans C.J.L. Murray ; D.B. Evans (eds) : *Health Systems Performance Assessment : Debates, methods and empiricism* (Genève, Organisation mondiale de la santé).

Ying, X.H. ; Hu, T.W. ; Ren, J. ; Chen, W. ; Xu, K. ; Huang, J.H. 2007. "Demand for Private Health Insurance in Chinese Urban Areas", dans *Journal of Health Economics,* Vol. 16, No. 10, p. 1041–1050.

Yip, W. ; Wang, H. ; Hsiao, W. 2009. *"The impact of Rural Mutual Health Care on access to care : Evaluation of a social experiment in rural China"* (Cambridge, MA, Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing).

Young, P. ; Mukwana, P. ; Kiyaga, E. 2006. *Microinsurance : Exploring ways to assess its impact* (Microfinance Opportunities).

Young, S. 2010. *CCRIF : Demonstrating the utility of risk pooling as a climate change adaptation tool,* présenté a l'événement parallèle du MCII, COP-16, Cancún, Mexique, 7 déc. 2010.

Zeleke, T. 2011. *Insurance for all,* presented at MFW4A conference, Addis Abeba.

Zingales, L. 2009. "The future of securities regulation", dans *Journal of Accounting Research,* Vol.47, No. 2, p. 391–425.

Zuluaga, S. 2010. *Case studies on the use of alternative models for the distribution of microinsurance in Colombia* (Bellville, Afrique du Sud, Cenfri), sur www.cenfri.org.

Zurich Financial Services Group. 2010. *Insurance and technology to better serve emerging consumers : Learning to improve access and service* (Zurich).

—. 2011. *Insurance and technology to better serve emerging consumers : Learning to improve access and service* (Zurich).

Zweifel, P.; Eisen, R. 2000. *Versicherungsökonomie* (Springer Verlag, Berlin).

La micro-assurance est un outil essentiel pour aider les personnes démunies à gérer les risques efficacement. Du fait de l'intérêt croissant pour l'assurance à la base de la pyramide, les produits innovants et les mécanismes de distribution qui combinent durabilité et valeur pour les clients se développent de plus en plus rapidement. Ce volume arrive au bon moment pour rassembler les enseignements clés dégagés à ce jour et résumer les dernières innovations d'une liste impressionnante de leaders du marché.

Tilman Ehrbeck
P.D.G., Consultative Group to Assist the Poor (CGAP)

Ce volume renforce notre expérience selon laquelle la micro-assurance fonctionne bien quand elle repose sur quatre piliers solides. Premièrement, le produit doit apporter une valeur tangible à la base de la pyramide à un prix abordable. Deuxièmement, l'activité doit avoir un sens commercial pour assurer la durabilité à long terme. Troisièmement, le programme doit être aligné sur les politiques nationales en matière de protection sociale et d'inclusion financière. Une bonne relation de travail entre le gouvernement et la compagnie d'assurance, qui partagent la même vision, constitue un grand facilitateur. Enfin et surtout, la micro-assurance doit tirer parti de la technologie pour accroître la diffusion, pour réduire les coûts de distribution, pour simplifier les processus et améliorer la qualité et l'uniformité de la prestation.

Bhargav Dasgupta
P.D.G., ICICI Lombard

Ce recueil instructif contribue de manière essentielle à la promotion de l'inclusion financière et à l'impact de la micro-assurance dans le monde entier, à l'approfondissement des connaissances et des discussions entre les régulateurs, les superviseurs et intervenants clés en vue de l'amélioration des marchés d'assurance inclusive.

Yoshi Kawai
Secrétaire général, International Association of Insurance Supervisors (IAIS)

Ce second volume de *Protéger les plus démunis* est une collection unique de pratiques récentes et d'idées émergentes en micro-assurance. Il aborde les nombreuses innovations qui ont émergé au cours des dernières années pour répondre aux défis liés à la fourniture d'assurance aux personnes à faible revenu, allant des nouveaux produits et canaux de distribution aux outils d'éducation des consommateurs, tout en examinant les changements réglementaires, les fournisseurs et les régimes. Étant donné que la communauté de micro-assurance évolue de façon spectaculaire et que des millions d'autres ménages à faible revenu ont accès à une meilleure couverture d'assurance, ce deuxième volume, sera une ressource inestimable pour les décideurs, les assureurs, les universitaires et les ONG.

OIT et la fondation Munich Re, *Éditeurs*
ISBN 978-92-2-225744-7

Soutenu par