

MICRO-ASSURANCE

Améliorer la gestion des risques pour les populations pauvres

11
01
N

Novembre 2006

Le Groupe de Travail du CGAP sur la Micro-assurance qui regroupe les représentants de bailleurs, d'agences multilatérales, d'ONG, de compagnies d'assurance privées et d'autres parties intéressées, a été créé en 2001 afin de promouvoir le développement de services d'assurance destinés aux populations pauvres à travers une plus grande coordination des différents acteurs et l'échange d'information. Actuellement, présidé par le Bureau International du Travail (BIT), le Groupe de Travail est structuré en huit sous-groupes. Pour plus d'informations, contactez Craig Churchill, churchill@ilo.org

Contacts des Sous-groupes ► Sous-groupe Opérations et Lignes Directrices pour Bailleurs : mjmccord@microinsurancecentre.org
► Sous-groupe Demande : moniquec@mfopps.org ► Sous-groupe Réglementation, Supervision et Politique : brigitte.klein@gtz.de ► Sous-groupe Diffusion : assurance@microfinance.lu ► Sous-groupe Indicateurs de Performance : denis@garandnet.net; johnwipf@yahoo.com ► Sous-groupe Assurance Santé : bruno.galland@groupecidr.org; Klaus.Fischer@fas.ulaval.ca
► Sous-groupe Assurance Agricole (Rurale) ► Renforcement des Capacités : gramm25652@aol.com



Pour recevoir les prochains numéros de **MICROASSURANCE** en français, anglais ou anglais, inscrivez-vous assurance@microfinance.lu
Visitez notre site internet pour **PLUS D'INFORMATIONS**: http://www.microfinancegateway.org/resource_centers/insurance/

Concept

LA RÉASSURANCE SUBSIDIÉE, UNE OPTION POUR LES UNITÉS DE MICRO-ASSURANCE SANTÉ?

La réassurance subsidiée ?	1
Le rôle de la réassurance	3
Le Partenariat YASIRU, Sri Lanka.....	4
En bref	5
Plus d'Info	5
Nouvelles du Groupe de Travail	6

Dans les pays sans système d'assurance maladie et où l'assurance privée ne propose aucune assurance maladie abordable aux populations pauvres et rurales (c'est le cas dans la plupart des pays à faible revenu), les Unités de Micro-Assurance Santé (UMAS) apparaissent comme une réelle alternative.

Les UMAS sont des initiatives communautaires qui mettent l'accent sur la protection contre les conséquences financières des problèmes de santé. Il s'agit de micro-régimes pour deux raisons: leur volume de sinistres est peu élevé et ils sont associés à de petits groupes dans la hiérarchie sociale (les systèmes «macros» s'expriment au niveau du pays dans son ensemble, les systèmes «mésos» au niveau de la région).

Pour assurer leur solvabilité¹, ces unités doivent disposer d'un capital qui, dans certains cas, peut être considérable. S'il n'est pas disponible, le risque d'insolvabilité est réel.

Il est par conséquent nécessaire d'examiner les possibilités offertes aux UMAS de se doter du capital nécessaire pour assurer leur pérennité. Deux options, qui s'excluent mutuellement, semblent possibles: céder le risque à un réassureur ou obtenir l'aide des autorités (subsidés ou promesse de financement des déficits éventuels).

Le but premier de la réassurance était de permettre aux assureurs primaires de

ne s'exposer qu'aux risques couverts par les polices souscrites (et abordable) et de transférer à d'autres les coûts liés aux changements imprévus pouvant affecter leur portefeuille ou leur environnement professionnel.

Le marché de l'assurance se concentre dans les pays les plus riches du monde. En 2002, les USA, le Japon, le Royaume-Uni, l'Allemagne et la France ont capturé presque 75% de l'ensemble des primes d'assurance du monde. Certains pays en voie de développement, par exemple les Bermudes, ont fait des efforts pour développer les capacités locales en matière d'assurance. Même dans ce cas, les compagnies d'assurance locales ne sont dépositaires que d'une faible proportion des primes souscrites (entre 3 et 5%) et dépendent donc fortement de la réassurance (étrangère), qui fournit une assistance considérable en matière de réaménagement du bilan et de souscription. Avec des taux de cession aussi élevés, on voit difficilement comment les économies émergentes peuvent un jour espérer gérer leurs marchés primaires sans la collaboration des grands groupes de réassurance internationaux.

Etant donné qu'une part énorme du marché de l'assurance est cédée à la réassurance, il semble évident que les UMAS ne peuvent que tirer profit d'une adaptation de leurs pratiques professionnelles aux normes et standards appliqués par les réassureurs.

On peut cependant se demander si, dans les conditions actuelles, une telle adaptation est possible et réaliste.

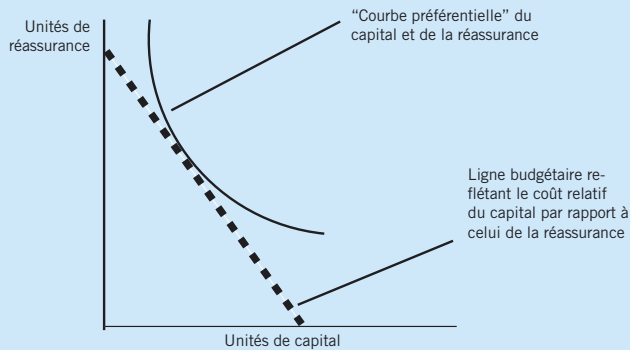
La réassurance est probablement le moyen le moins cher et le plus efficace de soutenir les UMAS et doit donc être le choix prioritaire.

En réalité, la réassurance joue un rôle qui est normalement basé sur le capital accumulé par l'assureur. Il est donc possible de montrer comment optimiser la relation d'arbitrage entre la réassurance et le capital. Le point d'équilibre dépendra du coût relatif du capital et de la réassurance, ainsi que des préférences de chaque UMAS. L'illustration 1 propose une représentation graphique de cette relation d'arbitrage.

Le modèle ne tient compte que du risque associé au profil défavorable des membres et fait abstraction des autres types de risques de souscription, tels que les risques opérationnels dus à des procédures administratives déficientes. On peut conclure que ce modèle sous-estime le risque que représente pour les UMAS la petite taille des groupements.

1 Voir données dans article complet «Why Micro Health Insurance Units Cannot Forego Reinsurance»

Figure 1: expression notionnelle de la relation d'arbitrage entre réassurance et capital



Par conséquent, il faut mettre en place un mécanisme de réassurance qui accepte les risques des UMAS ou fonctionne sur base de primes de réassurance réduites. De tels exemples existent: au Mexique, les petits agriculteurs ont accès à une assurance récolte qui fonctionne avec l'aide d'un réassureur public. En Turquie, un régime de réassurance a été mis en place avec l'aide de la Banque Mondiale et permet d'indemniser les victimes de séismes. Il semble évident que les gouvernements, s'ils collaborent avec les agences de développement, sont capables de mettre en place et de gérer la réassurance des risques de santé que couvrent les UMAS.

Le subventionnement public des primes d'assurance maladie est loin d'être un phénomène nouveau. Ainsi, l'Allemagne subventionne près de 60% du coût total de son assurance-maladie et les Pays-Bas environ 25%. Aux Etats-Unis, le gouvernement subsidie les programmes Medicare et Medicaid qui, ensemble, représentent environ 45% de l'ensemble des dépenses de santé. Dans ces trois pays, le gouvernement ne gère pas le régime à proprement parler mais intervient de manière à en réguler le fonctionnement et à subsidier les parties du système qui n'existeraient pas sans son aide. Cette formule peut fonctionner de manière tout aussi efficace dans les pays à faible revenu.

Si les unités établies au niveau de la base parviennent à rester solvables, la micro-assurance santé est un moyen pour les gouvernements de faire bénéficier d'une assurance-maladie certains segments de populations qui en sont encore exclus aujourd'hui².

Au moins quatre raisons justifient de recourir à des subsides publics pour réduire les primes de réassurance des UMAS:

(i) le coût du risque diminue lorsque la taille du groupe augmente.

Si davantage d'UMAS intègrent le pool de réassurance, la taille du groupe augmente et le montant de la prime communautaire de réassurance diminue. Toutes les UMAS qui font partie du pool de réassurance vont donc bénéficier d'une économie importante en matière de prime, mais n'accepteront pas pour autant d'absorber le coût du risque encouru par les autres unités. Par conséquent, l'accord de pooling fonctionne si la différence entre le taux de prime communautaire (appliqué au pool dans son ensemble) et le taux de risque spécifique à chaque unité est subsidié. Le montant du subside a pour effet de permettre à davantage d'unités plus petites et présentant un risque plus élevé de bénéficier de facto d'un subside plus élevé. Ce système est efficace parce qu'il n'exige aucun ajustement administratif supplémentaire destiné à baser le subside sur les caractéristiques inhérentes du risque de santé réassuré.

(ii) un moyen de réduire la prime de réassurance et la contribution de l'UMAS consiste à réduire le chargement pour les conditions de capital avec les intérêts à zéro.

Ceci est possible si le capital nécessaire est fourni par une autre source, soit sous la forme d'un paiement initial en liquide ou de droits de prélèvement en cas de besoin. Ce subside peut être limité dans le temps aux premières années d'activité de l'UMAS et du réassureur social.

(iii) les UMAS n'ont aucune expérience de la réassurance. Plus la prime de réassurance est élevée, moins elles seront disposées à la payer.

Pourtant, c'est précisément pendant leurs premières années de fonctionnement que les UMAS sont le plus vulnérable, financièrement parlant, et qu'elle ont

le plus besoin de réassurance, à la fois pour réaménager leur bilan et disposer de l'assistance technique nécessaire. Un subside peut limiter leur tendance au statu quo.

(iv) l'un des arguments souvent avancés contre le soutien aux petites UMAS est leur faiblesse en matière de capacités administratives.

Les UMAS ont des besoins évidents en matière d'assistance technique et de renforcement de leurs capacités. Elles n'ont pas les moyens d'acheter ces services, qui peuvent être fournis efficacement et pour un prix modique par le réassureur. Ce type de soutien est relativement courant dans le secteur de la réassurance, à la fois pour des raisons économiques évidentes mais également parce qu'il s'agit d'un moyen d'encourager les assureurs à respecter les règles du secteur en matière de reporting et d'audit. Traditionnellement, les responsabilités sont partagées comme suit: les activités «front office» sont confiées aux UMAS (pour tirer profit de leurs compétences en matière de collecte à coût réduit des contributions et de la pression sociale qu'elles exercent sur d'éventuels tricheurs), les fonctions «back-office» sont à la charge du réassureur, qui les réalise au sein d'un centre de services commun au pool (traitement des demandes d'indemnisation, analyse des coûts actuariels, tarification, développement de produits, négociations avec les fournisseurs de soins de santé, etc.).

Les UMAS n'ayant pas la capacité d'accumuler et de détenir des capitaux importants, ni de financer des déficits grâce à des fonds externes, elles doivent recourir à la réassurance pour couvrir leurs besoins en capital et mettre en commun leurs risques. Les réassureurs peuvent leur fournir des services d'assurance technique, et le faire de manière très efficace, à long terme, puisqu'ils doivent de toute manière maintenir la capacité de souscription. Fournir une assistance ponctuelle, dans le cadre de projets de courte durée, qui commencent et se terminent sans que le réassureur ne puisse tirer profit du succès du projet, est forcément moins efficace.

De plus, le rôle de la réassurance sociale est de permettre aux UMAS d'avoir accès à ces services aussi longtemps que nécessaire, c'est-à-dire tant que le secteur privé ou public ne les leur fournit pas, puisque les unités qui essaient d'assurer leur pérennité ne peuvent se passer de la réassurance.

Source: Extrait de «Why Micro Health Insurance Units Cannot Forego Reinsurance» (David M. Dror, John Armstrong and Vijay Kalavakonda, in *Journal of Insurance & Risk Management*, Vol. IV, Issue 07, Décembre 2005, p.1-29)

2 Voir S. Bennett; The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. *Health Policy and Planning* 2004, 19(3), 147-158.

Réponse

LE RÔLE DE LA RÉASSURANCE

A la lecture de l'article précédent, on peut considérer que la thèse principale avancée par l'auteur se compose de plusieurs propositions distinctes. L'une porte sur la fourniture de services de réassurance subsidiée aux UMAS; une autre concerne la subvention des opérations et de la gestion de ces unités; une troisième s'intéresse au subventionnement de l'assurance maladie.

La protection de la santé, quelle que soit la population et le pays concernés, est confrontée au défi de la qualité et de l'efficacité des soins. Les consommateurs exigent des services parfois inutiles et consomment à l'excès les services disponibles, par peur, ignorance, parce qu'ils sont incapables d'abandonner certaines mauvaises habitudes ou encore parce qu'ils ont une perception erronée de ce qui est vraiment nécessaire. De la même manière, les prestataires de soins de santé contribuent à l'inefficacité du système en recourant de manière excessive à certaines procédures et certains tests, ou en prescrivant parfois sans raison un trop grand nombre de médicaments non génériques.

Le développement de protocoles de traitement efficaces et appropriés est indispensable pour garantir une bonne gestion des coûts. Par exemple, les thérapies de réhydratation orale sont un moyen abordable et rentable de traiter les problèmes gastro-intestinaux. Ce type de thérapie coûte environ 30% du revenu quotidien d'une personne vivant sous le seuil de la pauvreté, contre 12 jours de revenu pour une réhydratation en goutte-à-goutte.

De plus, la gestion de l'assurance-maladie doit intégrer les stratégies publiques de promotion de la santé et d'éducation sanitaire, qui peuvent contribuer positivement à l'état de santé général d'une population sans impliquer de dépenses importantes. Dans l'exemple précédent, éduquer la population sur les questions d'approvisionnement et de gestion de l'eau potable ou sur les techniques de réhydratation orale sera plus rentable que de vendre à cette population une assurance «réhydratation en goutte-à-goutte».

Pour qu'un programme d'assurance maladie fonctionne à long terme, il faut tenir compte de ces problématiques et de beaucoup d'autres qui, dans de nombreux cas, ont une dimension émotionnelle. A défaut, ni la réassurance ni les subsides n'auront le moindre impact substantiel à long terme.

Les subsides doivent être utilisés pour financer l'éducation sanitaire et les soins destinés aux plus pauvres, mais leur utilisation doit être ciblée et leur efficacité doit être soumise à un suivi strict. Si une UMAS reçoit des subsides, elle risque de ne pas s'attaquer immédiatement à la résolution de certaines difficultés susceptibles de l'empêcher d'être efficace et rentable. Les auteurs de cet article estiment qu'il faut établir une distinction claire entre la réassurance et les subsides, de manière à permettre une gestion qui mette l'accent sur l'efficacité des prestations de santé.

La réassurance est un outil de gestion fondamental pour les compagnies d'assurances. Les directions de ces compagnies achètent de la réassurance pour plusieurs raisons principales³:

- 1) pour gérer des risques tels que les catastrophes, les risques de sévérité, d'incidence des sinistres, d'escalade des prestations, ainsi que les risques de durée pour certains produits. La réassurance permet également de gérer l'irrégularité des cycles d'indemnisation.
- 2) pour améliorer leur gestion et leurs compétences actuarielles, grâce aux connaissances du réassureur.
- 3) pour assurer le réaménagement de leur bilan.

Le niveau et le type de réassurance choisie par une compagnie dépend avant tout de l'importance qu'elle accorde à chacun de ces trois facteurs. Sur certains marchés, comme celui de l'assurance-maladie au Canada, moins de 1% de la prime est utilisée pour réassurer le risque. Pour l'assurance créance, la seule réassurance achetée est celle pour catastrophe. Son coût est minime pour la compagnie d'assurances. Dans d'autres contextes, comme par exemple l'assurance d'une raffinerie, l'assureur procédera à la réassurance de la plupart des risques.

Dans le cas d'une start-up, lorsque la capacité du microassureur est limitée, la réassurance est davantage un moyen d'obtenir une assistance technique qu'une manière de céder certains risques. Des modèles mathématiques peuvent être développés sur base des sinistres enregistrés pour aider la direction à décider du niveau de réassurance nécessaire. Cependant, les modèles mathématiques sont peu utiles lorsqu'un nouveau

produit est développé et que le risque sous-jacent est méconnu.

Avant de voir apparaître un marché de la réassurance, il faut qu'il existe un marché de l'assurance actif, bien géré et viable, ou la possibilité de voir un tel marché se développer. Apporter des subsides sur ce marché, par le biais de la réassurance, peut empêcher les assureurs de respecter la discipline nécessaire pour arriver à être viables.

Sur base de leur expérience professionnelle, les auteurs estiment que la plupart des polices solde restant dû, des assurance-vie temporaire et des produits d'épargne que proposent les programmes de microassurance n'ont pas vraiment besoin d'une réassurance autre que pour catastrophe (dans certains cas, on peut prévoir une réassurance en excédent). Avec le soutien d'un centre de ressources techniques tel que RIMANSI («Risk Management Solutions») aux Philippines, ces programmes peuvent devenir viables et accumuler un capital important assez rapidement. Bien qu'ayant été lui-même subsidié, RIMANSI estime qu'il peut fournir un soutien technique continu et d'autres services à ses clients microassureurs pour un coût équivalent à 1-2% des primes générées dans le réseau. Ceci est un moyen très rentable d'assurer la viabilité du microassureur et une bonne alternative à un subside permanent.

Les auteurs estiment que cette approche peut également fonctionner dans la micro-assurance santé et ont produit des modèles qui en démontrent la faisabilité.

En fin de compte, comment utiliser au mieux la réassurance? Trop de réassurance peut être coûteux et inefficace pour la micro-assurance. Le rôle de la direction et de déterminer les objectifs de la réassurance et de s'assurer que ceux-ci sont effectivement atteints. Les sinistres inhabituels (tsunamis, tremblements de terre, catastrophes naturelles) doivent être réassurés. Ce type de réassurance est relativement peu coûteux et assez facile à obtenir pour une compagnie d'assurance reconnue.

Pour la plupart des régimes de microassurance, la réassurance est peu utile si le coût des sinistres est hautement prévisible (frais d'hospitalisation) et le montant des indemnités relativement modeste. En Inde, où les programmes de microassurance santé couvrent des frais d'hospitalisation peu élevés (5.000 roupies, soit \$111) et où le taux d'incidence de l'hospitalisation est de 3% de la population, les coûts sont prévisibles

3 Pour en savoir plus, voir: "Chapitre 3.6. Financial Management" de Churchill, C. (ed.), "Protecting the poor: A microinsurance compendium", publié par l'OIT, Genève (2006).

et varient assez peu. En général, les événements présentant une probabilité de survenance élevée mais qui donnent lieu à des indemnités faibles n'exigent qu'une réassurance pour catastrophe.

La réassurance est également un moyen d'obtenir une assistance technique qui permet à la direction du microassureur d'améliorer ses compétences. Le réassureur a intérêt à accompagner et aider l'assureur à mieux gérer ses activités. La relation peut donc être gagnant-gagnant. Comme indiqué plus haut, des solutions alternatives existent, comme la création de fédérations de micro-assureurs et de centres de ressources qui se consacrent au développement des compétences et au renforcement des capacités (par exemple, le centre RIMANSI établi par

des organisations de microfinance aux Philippines).

Enfin, la réassurance peut être utilisée pour le réaménagement du bilan. Le recours à la réassurance est ici efficace si le réaménagement est limité par rapport à la taille de l'organisation. Cependant, le coût de cette opération doit être comparé à celui d'autres alternatives. Sur base de leur expérience, les auteurs estiment qu'il s'agit souvent du moyen le plus coûteux de réunir du capital.

On entend parfois dire que les réassureurs ne s'intéressent pas au marché de la micro-assurance. Même si une étude doit être réalisée pour déterminer les raisons exactes de cette attitude, nous savons que parmi celles-ci on trouve l'insuffisance des volumes, le

manque de compréhension des risques, le manque de confiance envers les équipes de direction et leurs capacités de gestion, et l'idée que le marché n'est pas viable et ne peut pas le devenir.

En conclusion, la réassurance peut être un outil utile au développement de la micro-assurance et doit être utilisée de manière appropriée, pour atteindre les objectifs définis par la direction. Des subsides permanents ne doivent être envisagés que lorsque la gestion est efficace. Si ce n'est pas le cas, ils peuvent nuire à la stabilité à long terme de l'organisation.

Denis Garand FSA, FCIA, denis@garandnet.net et John J. Wipf, johnwipf@yahoo.com

Etude de cas

LE PARTENARIAT YASIRU, SRI LANKA

Yasiru a été créé au milieu des années 90 en tant que service d'assurance interne d'une fédération d'ONG appelée All Ceylon Community Development Council (ACCDC). En 2000, Yasiru a été enregistré sous le statut de société spéciale et ACCDC est devenu son partenaire dans la mise en œuvre des activités d'assurance. Au bout de deux ans, Yasiru a établi des partenariats avec d'autres ONG locales. Aujourd'hui, Yasiru travaille avec 8 partenaires actifs et 60.000 membres.

Les partenaires de Yasiru jouent un rôle crucial dans la prestation des services. Ce sont des ONG locales qui sont présentes sur le terrain et recrutent des clients/membres, collectent les primes et gèrent les demandes d'indemnisation. Leurs structures et objectifs varient mais elles s'impliquent toutes auprès des couches les plus pauvres de la population rurale. Les partenaires de Yasiru ne maintiennent pas une comptabilité séparée de leurs activités d'assurance, ce qui rend impossible toute analyse de la rentabilité de leur coopération avec Yasiru.

Ce système permet cependant à Yasiru d'atteindre son principal groupe cible, les populations rurales pauvres. Grâce à ses partenaires, Yasiru assure 9.000 membres. Ses fonds propres et réserves accumulés atteignent 50.000\$. Le produit d'assurance couvre le décès, l'invalidité et l'hospitalisation et a le profil type des produits destinés aux populations à bas revenus. Les primes mensuelles varient de 10 à 150 LKR (0,1 à 1,5\$) et les indemnités de 3.000 à 120.000 LKR (30 à 1.200\$).

Lorsque ACCDC s'est lancée dans l'assurance, avant que ne soit créé Yasiru, elle coopérait avec SLIC, qui lui fournissait réassurance et assistance technique. Yasiru a ensuite été créée en tant qu'entité distincte et a coopéré avec le groupe néerlandais Rabobank et son réassureur Interpolis NV. Rabobank a aidé Yasiru à différents niveaux: know-how technique, matériel informatique et logiciels, contributions financières. Interpolis NV a mis en œuvre des activités de soutien technique et fourni les services de réassurance. Un accord a été signé prévoyant une relation de réassurance et d'assistance technique à long terme.

L'accord prévoit une réassurance en quote-part à 100%, avec un maximum de 120.000 LKR (1.200\$) par risque. La prime annuelle versée à Interpolis s'élève à 20% de la prime brute mais 95% de la prime de réassurance reste chez Yasiru au titre de commission pour non sinistre. Ceci signifie que seulement 1% de la prime est effectivement dû au titre de la réassurance. Yasiru ne pourrait trouver ailleurs sur le marché un accord à ce point favorable.

A ce jour, l'accord de réassurance n'a donné lieu à aucun transfert financier entre les partenaires. Selon la direction de Yasiru, le solde des opérations n'a jamais été en faveur de l'un ou de l'autre des partenaires. Le coût de la réassurance n'est pas mentionné dans le rapport annuel de Yasiru.

L'indemnisation de l'hospitalisation n'est pas couverte par l'accord de réassurance. Cependant, Yasiru examine aujourd'hui différentes possibilités de couverture.

En 2005, les partenaires ont commencé à adapter leur accord de réassurance pour qu'il soit plus en phase avec les conditions généralement disponibles sur le marché, mais l'accord reste favorable à Yasiru. Dès le début de leur coopération, Yasiru et Rabobank avaient prévu une réduction graduelle du soutien du réassureur. Yasiru vit aujourd'hui une période difficile et essaie de renforcer son indépendance et sa viabilité. Le soutien à l'UGP a été réduit en 2004 mais représentait encore près de 60% des dépenses du programme (y compris certains investissements extraordinaires et des activités de formation). En 2005, ce soutien a totalement cessé. En 2006, l'accord de réassurance deviendra plus conventionnel. Pour faire face à la réduction du soutien et continuer à accumuler les réserves nécessaires, Yasiru devra doubler le revenu de ses primes dans les années à venir, réduire ses coûts et améliorer son efficacité.

Le siège de Yasiru ne compte que 8 employés et l'organisation base fortement ses activités sur la participation de ses partenaires. La force de Yasiru est son intérêt réel pour le développement des plus pauvres. C'est là que se situe également sa principale faiblesse, à savoir le risque de sous-estimer certains éléments financiers importants tels que la rentabilité et la viabilité à long terme. A moins de parvenir à réduire substantiellement ses coûts, Yasiru devra faire croître de 60% ses ventes annuelles pour compenser pleinement la réduction du soutien financier. L'un des facteurs clés sera sa capacité à trouver de nouveaux partenaires fiables.

L'aide des bailleurs à la microassurance doit être bien planifiée et inclure un plan de retrait. Des budgets réalistes et à long terme doivent être préparés pour montrer comment l'organisation assurera sa pérennité. Un suivi continu est nécessaire pour assurer le retrait en douceur du soutien. Les produits, les frais, la manière dont sont constituées les réserves, etc., doivent être analysés par des actuaires au début de la coopération.

Le moment où le bailleur cesse de soutenir l'organisation est généralement un moment de grande vulnérabilité. L'accord de coopération, notamment dans le cas des organisations qui fournissent des services sur une base professionnelle, doit contenir un plan de retrait qui montre comment l'activité deviendra autonome et viable. Selon Rabobank, un tel plan existe mais a été affecté par la non réalisation de certains objectifs et attentes. Yasiru n'est pas totalement prêt à gérer ce mo-

ment important dans son développement. Ceci est un problème sérieux, puisque les services d'assurance de la branche vie sont une activité à long terme. Ils ne peuvent s'arrêter lorsque le bailleur met un terme à son soutien.

Source: Almas and Yasiru (Sven Enarsson and Kjell Wirén, CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices Case Study No. 21, January 2006) http://microfinancegateway.org/files/31892_file_cstudy21.pdf

En bref

A propos d'un produit assurance

Assurance-Vie du CIF, Afrique de l'Ouest (avec ADA)

Le CIF (Centre d'Innovation Financière) est une entreprise créée par des caisses de crédit et d'épargne du Burkina Faso et dont l'objectif est d'aider ses membres par l'innovation et le développement de nouveaux produits. Avec l'aide d'ADA, spécialiste de la microfinance, et d'experts en assurance internationale de la KBC (Belgique) et de DSF (Canada), le CIF a lancé en 2003 la phase pilote d'un régime d'assurance-vie.

Ce Régime de Prévoyance Crédit (RPC) avait auparavant déjà été testé au Togo, avec la FUCEC, et au Burkina Faso, avec RCPB.

Le RPC prévoit une protection de base de 100.000 CFA en cas de décès ou d'invalidité pendant la durée du crédit, ainsi que le remboursement du solde restant dû. La contribution mensuelle équivaut à 0,075% du volume total du crédit et un versement unique initial de 1.500 CFA.

Les statistiques enregistrées sur les 12 premiers mois de fonctionnement du régime au Togo ont confirmé la réalité d'une demande de microassurance dans la région: FUCEC (Togo) a assuré 13.983 clients pour un montant total de 17.495.500 USD et 325.090 USD de primes reçues. Pendant cette même période, 42 demandes d'indemnisation ont été validées, pour un montant total de 40.942 USD.

Après une première évaluation de la phase de test, le produit va maintenant être mis en œuvre chez les autres membres partenaires, après quelques adaptations mineures destinées à l'adapter aux contextes locaux.

Pour en savoir plus, contactez Luc Vandeweerd: luc.ada@microfinance.lu

Glossaire

Table de mortalité

Table actuarielle, basée sur les statistiques de mortalité de plusieurs années, qui montre combien de membres d'un groupe, à partir d'un certain âge, seront vivants à chaque âge successif. Pour être valable pour un groupe spécifique, la table doit concerner des individus partageant les mêmes caractéristiques, comme le sexe ou l'activité professionnelle.

Source: Making Insurance Work for Microfinance Institutions (ILO 2003), http://www.microfinancegateway.org/files/13832_glossary.pdf

Plus d'info

Publications récentes

Micro-Insurance in Rajasthan: Issues, Experiences and Challenges (Rapport d'atelier). Shah, J., Centre for micro-Finance (CmF), 2006

Voir: http://www.microfinancegateway.org/files/34587_file_10.pdf

Sur internet

Plate-forme Mondiale sur la Micro-Assurance: nouvelle plate-forme internet d'échange et d'information sur la microassurance et la protection sociale. Disponible en français (prochainement en anglais et en espagnol également)

Visit: <http://www.ilo.org/gimi/ShowMainPage.do>

Conférence et formations

Concevoir et mettre en œuvre des produits de microassurance et d'épargne: Formation organisée du 21 au 23 juin 2007 à Quezon City (Philippine).

Plus d'info: <http://www.sedpi.com>

Nouvelles du Groupe de Travail

Sous-groupe Opérations

Protéger les pauvres: compendium de la microassurance, publié par l'OIT, partage avec le lecteur les leçons importantes tirées du projet «étude de cas» qui a permis au sous-groupe d'analyser le fonctionnement de multiples projets de microassurance, dans le monde entier. Le résultat de ce travail est un outil pratique et complet, qui offre l'une des descriptions du secteur les plus complètes jamais réalisées à ce jour.

Le livre aborde également les différents modèles institutionnels qu'adoptent les institutions: approche communautaire, compagnies d'assurance dont sont propriétaires des réseaux de coopératives de crédit et d'épargne ou des institutions de microfinance. Les rôles des principaux preneurs d'enjeux sont également abordés et l'ouvrage propose des stratégies permettant d'arriver au bon équilibre entre couverture, coûts et prix.

Contactez: pubvente@ilo.org



Sous-groupe Réglementation, Supervision et Politiques (RSP)

En plus de son premier projet («Microinsurance Issues Paper», développé conjointement par le sous-groupe et l'Association Internationale des Contrôleurs d'Assurance, AICA), le sous-groupe RSP travaille sur un second projet, également avec le soutien de l'AICA, dont l'objectif est la mise en œuvre d'**Etudes nationales de la réglementation et de la supervision de la microassurance**.

Cinq études nationales sont prévues dans le cadre de ce projet, coordonné par FinMark Trust (Afrique du Sud) et financé par le CRDI (Centre de Recherches pour le Développement International, Canada), le GTZ (coopération technique allemande) au nom du BMZ (Ministère Fédéral Allemand de la Coopération Economique et du Développement) et Finmark Trust. Le projet est également soutenu par l'OIT (Organisation Internationale du Travail). Un soutien supplémentaire «en nature» sera apporté par les membres du groupe de travail conjoint.

Les pays choisis sont l'Afrique du Sud, l'Inde, les Philippines, l'Ouganda et la Colombie. Cette diversité importante d'expériences et de pratiques de la microassurance devrait permettre de développer à l'horizon 2008 un ensemble de **Principes Directeurs en matière de Réglementation, Supervision et Politiques de Microassurance**.

L'objectif des études nationales est de mieux comprendre la manière dont les politiques et les cadres juridiques, réglementaires et de supervision facilitent ou non la commercialisation de services d'assurance vie auprès des pauvres (microassurance). Sur cette base, des principes réglementaires et de supervision devraient être développés. Pour lancer le projet, un atelier méthodologique a été organisé à Beijing les 23 et 24 octobre 2006, en présence des participants du sous-groupe et des agences d'exécution sélectionnées dans chaque pays.

Dans le cadre du groupe de travail conjoint (GTC CGAP-AICA), le sous-groupe travaille également sur un **Plan d'Action**, destiné à organiser le travail futur, et sur une **Proposition de Financement** qui devrait motiver d'autres agences d'appui à collaborer avec le groupe et permettre de trouver de nouvelles sources de financement. Le GTC est conscient que les contrôleurs d'assurance doivent bénéficier d'un soutien technique plus important pour pouvoir réglementer et contrôler la microassurance de manière efficace. C'est pour cette raison que la proposition de financement intègre des activités de sensibilisation et de conscientisation (séminaires consacrés aux publications et au dialogue politique, coûts de diffusion), des mesures de renforcement des capacités (visites sur le terrain, comme en Inde, séminaires et formations) et des activités de recherche (par exemple sur la supervision de la microassurance ou sur la microassurance santé).

Pour en savoir plus sur les Groupes de Travail, visitez http://www.microfinancegateway.org/resource_centers/insurance/

Sous-groupe Indicateurs de Performance

Le sous-groupe Indicateurs de Performance a organisé un **atelier sur les indicateurs de performance en microassurance** en octobre 2006 (Luxembourg). L'objectif de l'atelier était de définir un ensemble d'indicateurs de performance en microassurance et ensuite de les tester et de les analyser sur base de données réelles fournies par les participants, pour ainsi sensibiliser les institutions présentes à l'importance de l'analyse des performances et de la gestion des risques. Les résultats de cet atelier seront disponibles prochainement.

Pour en savoir plus sur les Groupes de Travail, visitez http://www.microfinancegateway.org/resource_centers/insurance/