

# INDICATEURS DE PERFORMANCE EN MICRO-ASSURANCE

Manuel à l'usage des praticiens

John Wipf et Denis Garand



Cette première version des Indicateurs de Performance en Micro-assurance est une publication d'ADA asbl, appuyée par la Coopération au Développement du Luxembourg et la BRS.

Le contenu du présent manuel a été vérifié et débattu lors de deux ateliers regroupant plus de 30 structures de micro-assurance différentes. Nous remercions tout particulièrement Jean de la Croix Mimboab Yangnenam, de 3ASC ; Alicia Govea et Alexandre Berthaud Purata, de l'AMUCSS ; Julio César Herbas, de Bancosol ; D. Sattaiah, de Bhartiya Samrudhi Finance Limited ; Freddy Moens, de CDI-Bwamanda ; Oumar Savadogo, de CIF ; Mariana Torres, de Compartamos ; Das Deba Prashad, de Delta Life ; Sankaralingam Balasubramanyan et Narender Khan, de la DHAN Foundation ; Souleymane Zare, de FCPB ; Soulé Souaïbou, FECECAM ; Fernando Rivas and Roxana Mercado, de Finsol ; Frank Eyii Klutse, de FUCEC – MAFUCECTO ; Shruti Gonsalves, de FWWB ; Mukteshwari Kaushik Bosco et Swathi Gayathri Kuchimanchi, de Healing Fields Foundation ; N.S. Dr Prashanth, de Karuna Trust ; Euloge Segla, de la Mutuelle de Santé Zanninon Wegni Vivo – Gropere ; Coumba N'dèye Dia, de PAMECAS ; Laté Lawson, de PAPME – CARE USA ; Mishra Tripathi, de Prem ; Epifanio Maniebo, de RIMANSI ; William Bojórquez Córdoba, de Servi Peru Murali Mohan Gandham, SHARE ; Peter Palaniswamy, de Shepherd ; Caroline Phily, de Sky Cambodia – Gret ; Vijay Athreye, de Tata-AIG ; Thi Ngoc Linh Duong, de TYM's Mutual Assistance Fund ; François-Xavier Hay, d'Uplift India ; M. G. S. Silva, de YASIRU ; Axel De Ville, d'ADA ; Philippe Matthijs, de BRS ; Graziella Ghesquière, de Louvain Développement ; Henri Marx ; Maria Vargas ; les interprètes Olivier Eryyn ; Beatrice Crabbe ; Paula López et María Estalayo ; ainsi que le technicien Jo Uyttendaele. Pour leurs contributions aux ateliers et au manuel, nous tenons à remercier Ellis Wohlner, consultant de la coopération suédoise (SIDA) ; Gaby Ramm, consultant de GTZ ; Véronique Faber, d'ADA ; Bert Opdebeeck, de BRS. Enfin, nous adressons nos remerciements tout particuliers à Paola Romero Márquez.

Pour cette version en français, nous remercions aussi Carole Small-Diop, Aline Histas, Henri Marx et Souleymane Zare.

Copyright © Denis Garand, John Wipf/ADA septembre 2008

DTP – 123concept.lu

ISBN-13 9782959971532

EAN 2-9599715-3-1



INTRODUCTION .....	3
1. MESURER LA PERFORMANCE EN MICRO-ASSURANCE .....	6
1.1 LES PRINCIPES CLÉ .....	7
Principe 1 : Séparation des données .....	7
Principe 2 : Compilation de données pertinentes et précises .....	8
Principe 3 : Préparation des états financiers .....	9
Principe 4 : Calcul et constitution des provisions .....	10
Principe 5 : Contrôle efficace et régulier des sinistres .....	11
Principe 6 : Politique de placement clairement définie .....	12
Principe 7 : Capacités techniques en matière d'assurance .....	13
Principe 8 : Transparence .....	14
Principe 9 : Approche axée sur le client .....	15
1.2. INDICATEURS DE PERFORMANCE CLÉ .....	16
Indicateur 1 : Ratio de revenu net .....	17
Indicateur 2 : Ratio des dépenses engagées .....	21
Indicateur 3 : Ratio des sinistres encourus .....	23
Indicateur 4 : Taux de fidélisation .....	25
Indicateur 5 : Rapidité de règlement des sinistres .....	28
Indicateur 6 : Ratio de rejets de demandes d'indemnisation .....	31
Indicateur 7 : Ratio de croissance .....	33
Indicateur 8 : Taux de couverture .....	36
Indicateur 9 : Ratio de solvabilité .....	38
Indicateur 10 : Ratio de liquidité .....	40
2. MESURER LA PERFORMANCE : QUESTIONS D'INTERPRETATION .....	41
2.1 Les produits d'assurance vie .....	41
2.2 Les produits d'assurance maladie .....	42
2.3 Les produits de micro-assurance retraite et autres produits connexes .....	42
2.4 Autres produits d'assurance .....	43
2.5 Aspects organisationnels .....	44
3. COMPARER CE QUI EST COMPARABLE : LA QUESTION DU BENCHMARKING .....	46
3.1 C'est quoi, le benchmarking ? .....	46
3.2 Le benchmarking peut-il servir la micro-assurance ? .....	47
3.3 Quelles sont les difficultés ? .....	47
4. ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE SOCIALE .....	49
ANNEXES .....	52
A. FACTSHEET MICRO-ASSURANCE .....	52
B. GLOSSAIRE .....	53
RÉFÉRENCES .....	57

<b>Indicator</b>	<b>Basic formula</b>	<b>Page</b>
1. Ratio de revenu net	Ratio de revenu net = Revenu net / Primes acquises	p. 17
2. Ratio des dépenses engagées	Ratio des dépenses engagées = Dépenses engagées / Primes acquises	p. 21
3. Ratio des sinistres encourus	Ratio des sinistres encourus = Sinistres encourus / Primes acquises	p. 23
4. Taux de fidélisation	Taux de fidélisation = Nombre de reconductions / Nombre de reconductions potentielles	p. 25
5. Rapidité de règlement des sinistres	Retenir uniquement les dossiers qui ont été traités et réglés parmi l'ensemble des sinistres de la période, et répartir l'ensemble des sinistres réglés selon le nombre de jours qu'il a fallu pour régler chacun des sinistres, selon un calendrier établi	p. 28
6. Ratio de rejets de demandes d'indemnisation	Ratio de rejets de demandes d'indemnisation = Nombre de demandes d'indemnisation rejetées / Total des sinistres déclarés	p. 31
7. Ratio de croissance	Ratio de croissance = (Nombre d'assurés n – Nombre d'assurés n-1) / Nombre d'assurés n-1	p. 33
8. Taux de couverture	Taux de couverture = Nombre d'assurés n / Population cible n	p. 36
9. Ratio de solvabilité	Ratio de solvabilité = Actif agréé / passif	p. 38
10. Ratio de liquidité	Ratio de liquidité = Trésorerie disponible ou équivalents de trésorerie / Dettes à court terme (3 mois)	p. 40

## INTRODUCTION

La micro-assurance est considérée par certains spécialistes comme un mécanisme de gestion des risques qui permet aux pauvres de pallier l'absence de structures adéquates de protection sociale financées par l'État. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'une opportunité de fournir, à profit, des services financiers au marché des faibles revenus.<sup>1</sup>

Quel que soit le point de vue, les programmes de micro-assurance doivent viser la viabilité, car les subventions des gouvernements et des bailleurs sont au mieux temporaires, au pire, inexistantes. Or, sans ces subventions, les programmes subissent les mêmes forces économiques et du marché que toute autre entreprise, ce qui nécessite une gestion professionnelle. Toutefois, l'atteinte des objectifs de gestion exige un suivi constant et des mesures de performance transparentes.

En octobre 2006, ADA et BRS, en collaboration avec le groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance, ont organisé le premier de deux ateliers prévus à Luxembourg pour permettre aux praticiens et experts en micro-assurance des différentes régions du monde d'échanger leurs expériences et de lancer des discussions sur l'évaluation de la performance des micro-assurances. A l'issue de l'atelier, le groupe a retenu huit principes clé et dix indicateurs de performance clé, qui sont décrits et brièvement commentés dans le rapport de l'atelier<sup>2</sup>. Les vingt organismes participants (praticiens d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine) ont également apporté des données de leurs activités qui ont servi de base pour les discussions sur les indicateurs.

En juillet 2007, un deuxième atelier a été organisé afin de confirmer les principes et indicateurs retenus et de les vérifier par le biais d'un deuxième ensemble de données fournies par les praticiens participants. A cette fin, la BRS a préparé une feuille de calcul pour la micro-assurance (Factsheet Micro-Assurance) qui sera proposée, accompagnée du présent manuel, comme trousse à outils pour permettre aux praticiens d'utiliser les indicateurs au sein de leurs propres structures. A l'issue de l'atelier, un neuvième principe a été avancé, ainsi que certaines mesures candidates à envisager comme éventuels indicateurs de performance sociale.

Les principes et indicateurs clé établis lors de ces ateliers concernent tous les prestataires de services de micro-assurance, quels que soient leur statut juridique, leur environnement, leur structure organisationnelle ou le type de produits de micro-assurance qu'ils offrent, même si certaines différences peuvent exister au niveau de la mise en œuvre et de l'interprétation. Avec la participation d'un groupe diversifié de plus de trente micro-assureurs, ainsi que le groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance, nous sommes assurés d'établir une nouvelle norme pour l'ensemble du secteur de la micro-assurance.

Nous nous proposons d'illustrer certains de ces indicateurs grâce aux données des structures participant à l'atelier de 2007. Dans le présent manuel et à leur demande, les différentes structures sont désignées sous un nom d'emprunt. Les indicateurs de performance tirés de l'échantillon sont détaillés pour mieux faire comprendre les problèmes et défis liés à leur établissement.

---

1 Churchill, C., 2006 : « What is insurance for the poor? » In Churchill, C. (dir.), Protecting the poor: A microinsurance compendium. BIT/Fondation Munich-Re, Genève, p. 15.

2 Pour consulter le rapport de l'atelier (en anglais) cliquer sur le lien suivant : [www.microfinance.lu/comas/media/onlineindicator-  
sws.pdf](http://www.microfinance.lu/comas/media/onlineindicator-<br/>sws.pdf) ; pour la synthèse en français : [http://www.microfinancegateway.org/files/38641\\_file\\_PISummaryWS2006\\_FR.pdf](http://www.microfinancegateway.org/files/38641_file_PISummaryWS2006_FR.pdf)

Tableau synoptique des données de l'échantillon

Dénomination	Type de structure et programme	Produits / nombre approximatif d'assurés (2006)
ALPHA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau d'institutions financières rurales : caisses d'épargne et de crédit, coopératives, banques rurales etc.</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie individuelle</li> <li>• 15 000</li> </ul>
BETA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banque engagée dans la microfinance et la micro-assurance</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie, assurance accident collectives</li> <li>• 85 000</li> </ul>
GAMMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Source de membres qui sont clients d'une banque et d'une ONG affiliées, IMF toutes les deux</li> <li>• Mutualiste, auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie de crédit collective, assurance vie, assurance maladie limitée, prestations de retraite</li> <li>• +400 000 familles, plus de 1 million de personnes couvertes</li> </ul>
EPSILON	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataire de services techniques pour une IMF appartenant à six réseaux de caisses d'épargne et de crédit</li> <li>• Assistance technique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie de crédit collective</li> <li>• 65 000</li> </ul>
ZETA	Société d'assurance commerciale visant essentiellement le marché des revenus moyens à faibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie mixte individuelle (avec garanties complémentaires)</li> <li>• 1,1million de souscripteurs</li> </ul>
THETA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutuelle</li> <li>• Auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie, assurance invalidité collectives, assurance mortalité du bétail, assurance récolte, assurance habitation</li> <li>• 3 500 assurés</li> </ul>
IOTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau de caisses d'épargne et de crédit</li> <li>• Auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie de crédit individuelle</li> <li>• 36 000</li> </ul>
KAPPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMF</li> <li>• Auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie collective</li> <li>• 85 000</li> </ul>
LAMBDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG de santé</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle (avec assurance accident individuelle)</li> <li>• 3 655</li> </ul>
NU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG</li> <li>• Auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle (prévention, pharmacie et maternité)</li> <li>• 364</li> </ul>
OMICRON	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie</li> <li>• 1 767</li> </ul>
PI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG de développement à la base</li> <li>• Auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle</li> <li>• 76 500</li> </ul>
RHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopérative de deuxième niveau</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie, assurance accident vendues et gérées individuellement mais sous plusieurs contrats collectifs</li> <li>• 16 000 personnes couvertes</li> </ul>
SIGMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMF à but lucratif</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie de crédit collective</li> <li>• Près de 1 million d'emprunteurs et leurs conjoints</li> </ul>

TAU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG / IMF</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie et assurance obsèques collectives, prestations de retraite</li> <li>• 16 051</li> </ul>
UPSILON	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG / IMF</li> <li>• Auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie, assurance des biens individuelle</li> <li>• 10 811</li> </ul>
PSI	Société d'assurance commerciale visant essentiellement le marché des revenus moyens à supérieurs, dotée d'un programme de micro-assurance de petite taille.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie temporaire, assurance mixte</li> <li>• 120 000</li> </ul>
OMEGA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG / IMF de développement</li> <li>• Auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie collectives</li> <li>• 7 455</li> </ul>

Le présent manuel comprend quatre chapitres : le chapitre premier, MESURER LA PERFORMANCE EN MICRO-ASSURANCE, expose les neuf principes et les dix indicateurs. Une grande partie du contenu du rapport de l'atelier de 2006 y figure, ainsi que des réactions et commentaires supplémentaires des participants ; le chapitre 2, MESURER LA PERFORMANCE : QUESTIONS D'INTERPRÉTATION, porte sur certains aspects particuliers dont il faut tenir compte dans l'évaluation de la performance de certains produits et dans le modèle partenaire-agent ; le chapitre 3, BENCHMARKING, comporte une présentation du sujet alors que le chapitre 4 aborde la question de la PERFORMANCE SOCIALE.

Il s'agit de la première version complète du manuel, que nous mettrons à jour au fur et à mesure de la disponibilité d'éléments d'information nouveaux.<sup>3</sup> Notre objectif consiste à traiter brièvement et non pas exhaustivement de l'évaluation de la performance en micro-assurance. Nous avons décidé de ne pas tenir compte de la distinction qui est souvent faite entre l'assurance vie et les autres types d'assurance afin de donner une portée plus générale à la discussion, tout en apportant des exemples spécifiques à titre d'illustration et en soulevant les cas particuliers au besoin. Nous mettrons l'accent essentiellement sur les produits d'assurance vie et d'assurance maladie, car ce sont de loin les produits les plus courants à l'heure actuelle.

#### **Encadré 1 : Trousse à outils pour les indicateurs de performance**

Pris ensemble, le présent manuel et la feuille de calcul à l'usage de la micro-assurance (*Factsheet Micro-Assurance*) constituent la trousse à outils pour les « Indicateurs de performance en micro-assurance ». Ces deux outils ont été mis au point simultanément sur la base des réactions et commentaires des micro-assureurs réunis dans le cadre des ateliers de 2006 et de 2007. Ils sont complémentaires et sont conçus pour être utilisés en synergie.

La *Factsheet Micro-Assurance* est un ensemble de feuilles de calcul Excel qui permet de générer des états financiers adaptés aux besoins des praticiens de la micro-assurance. Ces états financiers permettent, à leur tour, de calculer les dix indicateurs de performance clé présentés dans le manuel. Le manuel vient également compléter la *Factsheet* en aidant l'utilisateur à interpréter les résultats obtenus.

Pour consulter la dernière version de la *Factsheet Micro-Assurance*, cliquer sur le lien suivant : [www.brs-vzw.be/factsheet](http://www.brs-vzw.be/factsheet)

3 Etant donné l'importance de cette question, nous vous invitons d'abord à lire et à utiliser le manuel et la feuille de calcul (*Factsheet Micro-Assurance*) et ensuite à contribuer au projet en nous faisant parvenir vos commentaires et réactions à : [insurance@microfinance.lu](mailto:insurance@microfinance.lu)

## 1. MESURER LA PERFORMANCE EN MICRO-ASSURANCE

Nous présenterons dans ce chapitre les définitions, formules, descriptions et clés d'interprétation des dix indicateurs clé de performance en micro-assurance. Dans la mesure du possible, nous présenterons quelques données préliminaires ainsi qu'une indication de la performance du secteur dans chacun des domaines de performance.

Il est important de souligner que ces indicateurs sont conçus pour être suivis de près par les responsables de la structure et qu'à eux seuls ils n'offrent pas un tableau complet, car il s'agit uniquement des indicateurs clé et non pas de l'ensemble des indicateurs possibles. Chacun des indicateurs peut être décomposé en un ou plusieurs sous-indicateurs permettant de fournir des détails supplémentaires. Par exemple, l'indicateur « ratio des sinistres encourus » peut être décomposé en plusieurs sous-indicateurs, dont notamment « l'incidence par exposition au risque » et le « montant moyen des sinistres ». D'autres indicateurs peuvent être ajoutés au besoin afin de mesurer des domaines de fonctionnement non encore pris en compte.

A la différence de la microfinance, la mise en place d'un programme de micro-assurance implique souvent de multiples partenaires. Par ailleurs, la diversité et la complexité des produits sont généralement plus grandes que dans le cas de la microfinance. Cela complique quelque peu l'analyse, car la performance doit être mesurée pour de multiples partenaires et modes de prestations ainsi que pour différentes gammes de produits. Comme nous le verrons au chapitre 3, cette diversité rend également le benchmarking et la comparaison des performances plus difficiles en micro-assurance qu'en microfinance.

**Le présent manuel s'attache avant tout à envisager la performance du point de vue du consommateur du produit ou du service, c'est-à-dire du point de vue de l'assuré, qu'il soit client ou membre.** Comme l'indique le Principe 9, le programme de micro-assurance se doit d'être au service de l'assuré client ou membre et, de ce point de vue, il est normal de comparer sa performance à celle des pairs en vue de renforcer son efficacité<sup>4</sup>. Pour les programmes qui comptent de multiples partenaires, cela signifie que la performance sera envisagée du point de vue du programme dans son ensemble, sans mettre l'accent sur l'un ou l'autre des partenaires.

Certains programmes de micro-assurance sont mutualistes alors que d'autres ne le sont pas. Dans le premier cas, les assurés sont des membres, alors que dans le deuxième cas, ils sont considérés plutôt comme des clients. Le terme « assuré » est utilisé indifféremment pour désigner les membres comme les clients.

---

4 Envisager la performance du point de vue de l'assuré est également l'approche la plus adéquate pour les entreprises commerciales dans le contexte de l'économie de marché. En effet, au bout du compte, une bonne performance et une grande efficacité consistent purement et simplement à offrir les meilleurs produits et services au consommateur de la manière la plus économique.



## 1.1 LES PRINCIPES CLÉ

Le présent chapitre décrira les neuf principes clé retenus comme principes essentiels à la gestion des programmes de micro-assurance. Dans un sens, on peut les considérer comme des « conditions a priori » ou des exigences présumées sans lesquelles il serait impossible de mesurer la performance avec précision et en toute transparence.

### Les neuf principes clé sont comme suit :

1. Séparation des données
2. Compilation de données pertinentes et précises
3. Préparation des états financiers
4. Calcul et constitution des provisions
5. Contrôle efficace et régulier des sinistres
6. Politique de placement clairement définie
7. Capacités techniques en matière d'assurance
8. Transparence
9. Approche axée sur le client

### Principe 1 : Séparation des données

La micro-assurance est une activité hautement technique fondée sur des principes fondamentaux et des données statistiques. Réussir durablement dans ce secteur exige une gestion performante dans plusieurs domaines clé, dont notamment : la conception des produits, la gestion des risques et des placements, la qualité des services, l'efficacité de la distribution et l'évaluation juste du prix des produits. Pour maintenir une bonne performance dans tous ces domaines, les gestionnaires ont besoin d'informations pertinentes et fiables provenant des données de qualité générées par les activités de micro-assurance. Il est donc essentiel pour le micro-assureur d'élaborer le plus tôt possible un service compétent de collecte des données spécialisé dans la création de systèmes et la gestion de données.<sup>5</sup>

De nombreux organismes proposent des services autres que la micro-assurance. Or, si ces activités multiservices peuvent effectivement être intégrées, les données relatives à la micro-assurance doivent être saisies de telle façon qu'elles puissent être aisément séparées des données générées par les activités hors micro-assurance. Le fait de tenir une comptabilité séparée pour la micro-assurance et pour les autres activités (p. ex. la microfinance), permet de mesurer séparément la performance financière de chaque activité. Pour les micro-assureurs gérant de petites structures, des estimations raisonnables des coûts liés au personnel à temps partiel et à l'utilisation d'autres ressources peuvent s'avérer suffisantes ; en revanche, les micro-assureurs à la tête de structures plus importantes et employant du personnel à temps complet doivent justifier les salaires réels et autres frais liés au déroulement du programme.

Ce principe préconise également de garder des données séparées pour chaque produit, permettant ainsi de réaliser des calculs, d'effectuer un suivi, une gestion et une évaluation des indicateurs de performance pour chacun des produits. Le fait de séparer les indicateurs de performance des produits facilite l'analyse et permet à la direction d'apporter des réponses plus adaptées. Il arrive que les résultats d'un produit très peu performant soient masqués par la performance exceptionnelle d'un produit connexe ; c'est alors une analyse de données spécifiques au produit qui permettra l'identification du phénomène. Sans cette capacité, il est peu probable que le micro-assureur réalisera son plein potentiel.

5 Garand, D. et J. Wipf, 2006 : Pricing microinsurance products. In Churchill, C. (dir.) : Protecting the poor: A microinsurance compendium. BIT/Fondation Munich-Re, Genève, p. 240.

## **Principe 2 : Compilation de données pertinentes et précises**

Le Principe 1 établit des justifications solides pour séparer les données de la micro-assurance de celles des autres activités de la structure. En général, les activités d'assurance se fondent sur des statistiques cumulatives tirées de données empiriques ; la robustesse et la pertinence des données collectées sont donc primordiales. Les bases de données doivent tenir compte de l'apport d'experts chevronnés, dont notamment un actuaire, ainsi que des gestionnaires du régime afin de s'assurer que les informations techniques requises pour l'évaluation des prix, le calcul des provisions et la gestion sont bien saisies pour chaque produit.

La plupart des micro-assureurs ne réunissent pas suffisamment de données ou pas assez de données pertinentes, alors que d'autres en collectent en surabondance. Il s'agit de trouver le bon compromis entre les dépenses générées par la collecte de données supplémentaires et les avantages supplémentaires apportés par ces nouvelles informations. Une compilation trop importante de données augmente inévitablement les coûts, alors qu'une compilation insuffisante réduit la capacité de gestion et freine l'évolution de la structure de micro-assurance. Selon le type d'organisme, le système d'information de gestion adapté peut aller d'une série de simples tableurs cumulatifs à un système sur mesure plus complexe, voire à un logiciel de comptabilité financière complet regroupant tous les services.

L'une des erreurs (mauvaises pratiques) les plus fréquemment commises consiste à effacer les données relatives aux polices qui ont expiré ou à celles dont les membres ont abandonné le programme, alors que ces données devraient être archivées et conservées indéfiniment pour servir aux études statistiques ultérieures. Une seconde erreur très fréquente consiste à ne conserver que le total cumulé des données clé (p. ex. le paiement des primes) au lieu d'enregistrer l'historique complet des opérations, décomposé individuellement. Sans l'historique des opérations individuelles, il est pratiquement impossible pour l'actuaire de reconstruire l'historique des profils de risque et de les mettre en rapport avec la base de données portant sur les indemnisations de sinistres en vue de fixer le prix des produits.

L'exactitude des données est un élément essentiel de ce principe. Nombre d'organismes accumulent des bases de données énormes sans prendre de mesures adéquates pour s'assurer que les données sont utilisables et fiables. Les systèmes d'information mis en place doivent permettre de contrôler et de corriger les données dès la saisie ; par exemple, de simples menus déroulants augmentent la précision et la rapidité de la saisie. En enrichissant le système régulièrement de nouveaux logiciels, on peut analyser la cohérence de la base de données à partir de l'historique de la réglementation du secteur. Une bonne gestion des données, au même titre que toute autre ressource précieuse, est cruciale.

### Principe 3 : Préparation des états financiers

Tout programme de micro-assurance doit disposer d'outils permettant de préparer les états financiers suivants :

- a) Compte de résultats (compte de pertes et profits) ;
- b) Bilan financier ;
- c) Etat des flux de trésorerie (sources et applications des fonds).

La présentation des états financiers peut varier d'un pays à l'autre. Par exemple, celle des pays francophones est très différente de celle qui prévaut dans certains autres pays, dont notamment les Etats-Unis<sup>6</sup>. Quelle que soit la présentation, il faut tenir compte – au minimum – des normes suivantes :

- a) Séparation des informations relatives à la micro-assurance ;
- b) Informations ventilées pour chaque produit de micro-assurance ;
- c) Les informations proviennent de bases de données fiables et vérifiées ;
- d) Utilisation de la méthode de la comptabilité d'exercice, avec constatation au fur et à mesure des gains, des dépenses, de l'augmentation des provisions et des sinistres encourus ;
- e) Des états financiers sont produits au moins tous les trimestres ;
- f) Ils sont produits régulièrement, par exemple, dans un délai de X jours après la clôture de l'exercice comptable ;
- g) Ils doivent indiquer le résultat net avant les subventions non permanentes (subventions provisoires devant prendre fin ultérieurement) ;
- h) Ils doivent enregistrer les provisions (voir la définition au Principe 4) sous forme de passif au bilan financier et les augmentations de provisions sous forme de dépenses dans le compte de résultats.

Ces différents états financiers, qui doivent également se conformer à d'éventuelles exigences et normes réglementaires, sont nécessaires pour permettre à la direction d'avoir une vue d'ensemble ponctuelle des performances du régime.

---

6 La feuille de calcul Factsheet Micro-Assurance peut servir de modèle pour le compte de résultats et le bilan.

#### Principe 4 : Calcul et constitution des provisions

Généralement, dans le présent manuel, le terme « provision » renvoie à un fonds ou à une provision comptable constituée pour financer les futurs passifs nets d'un programme de micro-assurance. Il est peu courant qu'un programme de micro-assurance ne nécessite pas de provisions. Dans certains cas, comme dans le modèle partenaire-agent, l'ONG ou l'agent peut ne pas exiger de provision mais l'assureur aura la responsabilité de constituer les provisions appropriées afin de faire face aux obligations futures et d'évaluer les résultats du programme pendant la période comptable considérée. De même, un micro-assureur auto-assuré qui assume seul les risques de son activité devra calculer et constituer les provisions nécessaires.

Du point de vue technique, la définition du terme « provision » peut se résumer par la formule suivante : **la valeur actuarielle courante des passifs prévus moins la valeur actuarielle courante des primes prévues**. Les provisions représentent donc essentiellement la valeur actuarielle courante de dettes exigibles et potentielles de l'assureur envers les souscripteurs. Les provisions exactes sont très difficiles à déterminer dans la plupart des cas car le calcul fait appel à des formules actuarielles complexes. Dans la pratique, on utilise des méthodes et des outils simplifiés qui respectent les normes actuarielles reconnues. Il est primordial de s'assurer que les méthodologies employées permettent de mesurer de façon précise l'encours des engagements à chaque clôture d'exercice comptable. Les provisions doivent couvrir adéquatement les indemnités ainsi que les dépenses liées à des événements prévus et également comprendre une marge pour la plupart des imprévus. Les provisions destinées aux produits à long terme doivent être calculées directement par un actuaire.

Quelques provisions simplifiées et généralement reconnues sont : Provision pour primes non acquises, Provision pour sinistres survenus mais non déclarés, Provision pour sinistres en cours. Certains programmes constituent des provisions pour imprévus afin de reporter la distribution de bénéfices ou d'atténuer les variations statistiques des sinistres. Le niveau des provisions dépend du type de produit de micro-assurance, de sa configuration, de ses caractéristiques et de la manière dont le micro-assureur le met en pratique. Par exemple, les provisions destinées à un produit de micro-assurance vie ne sont pas les mêmes que celles d'un produit de micro-assurance maladie ; de même, des produits identiques proposés par deux micro-assureurs différents peuvent nécessiter des niveaux de provisions différents en raison de leurs différents modes de gestion ou de distribution.

## Principe 5 : Contrôle efficace et régulier des sinistres

Afin de déterminer si une structure de micro-assurance fait un suivi adéquat des sinistres, on peut se poser les questions suivantes :

- a) Est-ce que cette structure effectue un contrôle permanent de l'ensemble des sinistres ?
- b) S'efforce-t-elle d'identifier les tendances émergentes et les tendances profondes des sinistres ?
- c) La structure dispose-t-elle de mécanismes permettant d'identifier les problèmes de contrôle des sinistres ? Quels sont les problèmes existants ?
- d) La structure possède-t-elle une base de données cumulative pour les sinistres, conçue selon les conseils d'un actuaire ?
- e) Quels outils et capacités sont nécessaires pour améliorer le contrôle des sinistres ?

Les sinistres doivent être contrôlés avec soin en vue de comprendre le profil risque des participants, d'identifier les risques d'aléa moral et de anti-sélection, de calculer les provisions pour sinistres et de comprendre certains aspects du programme de micro-assurance. Les sinistres réellement survenus doivent être comparés aux sinistres prévus par profil selon l'âge, le sexe et tout autre critère essentiel utilisé dans le calcul des taux de prime, afin de juger de la pertinence des hypothèses utilisées pour fixer les prix. En étudiant les tendances profondes des sinistres, on peut identifier de nouveaux paramètres importants, permettant ainsi d'améliorer le mode d'établissement des prix. Ce type de contrôle et d'analyse est crucial, même dans le cas de programmes à tarification uniforme, puisqu'une bonne compréhension de la source et des tendances profondes des sinistres permet de réagir aux problèmes émergents.

L'analyste doit toujours chercher à identifier les tendances émergentes et les tendances profondes des sinistres, car elles permettent de prendre des décisions exécutables et mieux éclairées en matière de gestion. Les demandes d'indemnisation rejetées devront être soigneusement épiluchées car elles pourront apporter des pistes d'amélioration à la fois de la conception des produits et de la sensibilisation en matière de micro-assurance. L'incidence (la fréquence) des sinistres et le montant des réclamations doivent être contrôlés séparément, question que nous traiterons plus en détail dans la suite du présent chapitre.

Tout dossier de sinistre doit comporter de nombreux attributs fondamentaux (éléments de données ou champs). Si les éléments d'information nécessaires varient selon le type de produit, tous les dossiers relatifs aux sinistres doivent inclure au minimum les champs suivants :

- a) Date de survenue : quand le sinistre est-il arrivé ?
- b) Date de déclaration : quand le sinistre a-t-il été déclaré au micro-assureur ?
- c) Date de règlement : quand le sinistre a-t-il été définitivement réglé ou rejeté ?
- d) Cause : quelle a été la cause du sinistre ? (par exemple, la cause de la mort / de l'invalidité / de la maladie / des dommages matériels, etc.) Dans le cas de l'assurance maladie, il convient aussi de faire un suivi des types de maladie, au moins selon les catégories principales, telles que le paludisme, etc.
- e) Qui est l'assuré qui a fait la demande d'indemnisation ? Ainsi, on doit pouvoir extraire de la base de données du micro-assureur des détails sur le sinistré.
- f) Quels ont été les frais encourus ? Il ne suffit pas d'enregistrer le montant des indemnités qui ont été finalement réglées. Les informations relatives aux frais encourus sont particulièrement importantes pour l'assurance maladie car elles permettent d'améliorer les produits et de déterminer les quotes-parts appropriées et les tableaux d'indemnités maximales. Pour l'assurance maladie, les frais encourus devraient être ventilés en un tableau détaillé d'actes médicaux.

**Principe 6 : Politique de placement clairement définie**

Les structures de micro-assurance doivent se doter d'une politique de placement prudente et clairement définie qui remplit les conditions ci-dessous :

- a) La politique de placement doit être formalisée ;
- b) Pour les produits d'une durée de plus d'un an, le placement des provisions est étalé de manière à compenser les engagements prévus ;
- c) La politique de placement comporte des règles relatives à la diversification des actifs ;
- d) La politique de placement impose des limites quant aux pourcentages pouvant être placés dans chaque catégorie majeure d'actifs ?
- e) La politique de placement impose des limites quant aux pourcentages ou aux montants pouvant être investis dans un seul actif ou une seule structure ;
- f) La politique de placement précise une qualité minimale pour chaque catégorie d'actifs.

Pour certains produits de micro-assurance, en particulier ceux qui sont caractérisés par une durée plus longue ou une composante d'épargne significative, la viabilité du régime repose presque entièrement sur les décisions de gestion du placement des primes accumulées.

Une politique de placement doit tenir compte, au minimum, des éléments suivants : qualité des actifs (qualité des placements), diversification des actifs, correspondance de l'actif-passif pour des produits à long terme. Le premier point est particulièrement important si le micro-assureur a accumulé de nombreux actifs pour couvrir les produits à long terme ou s'il a obtenu des subventions pour constituer son capital. La diversification des actifs permet de mesurer la concentration des placements ; toutefois, le potentiel de diversification dépend de la situation du pays. Concentrer tous les placements dans une seule structure ou une seule catégorie d'actifs peut entraîner des problèmes. En règle générale, la norme préconise que l'immobilier n'excède pas dix pour cent des placements. La correspondance actif-passif doit être appliquée pour les produits à long terme puisqu'un écart important peut mettre en faillite la structure de micro-assurance. Il convient également de contrôler et gérer efficacement le cash-flow.

## Principe 7 : Capacités techniques en matière d'assurance

La liste de questions-types ci-dessous permet de déterminer si une structure accuse des lacunes en matière de capacités techniques et si elle tirerait profit de l'intervention d'un expert :

- a) A quel rythme sont menés les audits internes et externes ?
- b) Le système d'information de gestion (SIG) est-il conforme aux normes minimales proposées (voir ci-dessous) ?
- c) Quels types d'informations sont capturés ou ignorés par le SIG ?
- d) Outre la compilation de données, quels types d'applications le SIG fournit-il ?
- e) Quelle est l'origine et quel est le contenu des formations des cadres et du personnel en matière de micro-assurance ?
- f) Combien de principes (de 1 à 6) ne sont pas respectés en raison d'un manque de capacités ?

La plupart des praticiens sont nouveaux dans le monde de l'assurance et commencent leur activité sans préparation et sans formation adéquates en matière de principes d'assurance, de gestion de risques et d'investissements, sans oublier d'autres domaines techniques importants. Le secteur de l'assurance est d'une grande technicité et exige une compréhension et une appréciation parfaites des principes qui le régissent, ainsi que des bonnes et mauvaises pratiques de gestion. Ceci est particulièrement vrai pour les régimes auto-assurés ; dans le cas du modèle partenaire-agent, l'assureur a la possibilité (et le devoir) de proposer des formations ainsi qu'un soutien technique.

Le soutien technique peut être financé par des bailleurs, par l'Etat (subventions) ou par un assureur. Tous les points faibles doivent être pris en charge : le marketing, les fondamentaux de l'assurance, la gestion des risques, l'assistance en matière d'audits<sup>7</sup>, la tarification, le perfectionnement du personnel, etc.

Pour réussir son activité de micro-assurance et adhérer à la majorité des principes présentés ci-dessus, il est impératif de posséder un SIG complet et de qualité comprenant : 1) une base de données relationnelle normalisée<sup>8</sup> ; 2) des applications développées pour le contrôle des sinistres et l'évaluation des indicateurs de performance ; 3) des applications de gestion financière et de gestion des risques. Comme nous l'avons souligné au Principe 2, il est important de concevoir le SIG avec l'aide d'un actuaire afin de s'assurer que les données saisies seront utiles pour la révision périodique du prix des produits. Des programmeurs actuariels pourront également développer des applications telles que le calcul des provisions et la réassurance.

---

7 Les audits internes renforcent le contrôle général de la structure et doivent être menés fréquemment (par exemple, tous les trimestres). Les audits externes sont aussi nécessaires mais peuvent être menés moins fréquemment (plutôt une fois par an).

8 Selon la définition proposée par la version anglaise de l'encyclopédie en ligne Wikipédia, dans le cadre d'une base de données relationnelle, la normalisation consiste à restructurer le modèle logique de données afin d'éliminer toute redondance, d'organiser efficacement les données, de diminuer les répétitions de données et de minimiser les possibilités d'anomalies dans leur traitement.  
Lien : [http://en.wikipedia.org/wiki/Relational\\_database](http://en.wikipedia.org/wiki/Relational_database)

### **Principe 8 : Transparence**

Chaque calcul, procédure, compilation de données, rapport, doit respecter le principe de transparence afin de fournir des informations pertinentes et fiables en vue d'améliorer les processus et de renforcer la crédibilité. Il s'agit non seulement de mettre plus de données à la disposition d'un plus grand nombre de parties prenantes et d'assurés, mais aussi de rendre ces données accessibles et de les présenter dans un langage et dans un format plus parlants et compréhensibles, car inonder le public de grandes quantités de données ne favorise pas en soi la transparence.

Ce principe vient compléter les autres principes en favorisant l'application de normes comptables plus strictes, l'établissement des rapports en temps utile, la mise en œuvre des indicateurs de performance, l'amélioration des applications et des bases de données du MIS, le renforcement des capacités de gestion, etc.

Par ailleurs, l'évaluation et la publication périodiques des indicateurs clé permettront de renforcer la transparence. Il est crucial que les ONG et les autres intervenants de la micro-assurance puissent fournir aux bailleurs et aux bénéficiaires des informations claires sur les ressources dont ils disposent. Les subventions ne doivent pas être cachées ; une comptabilité très claire de l'activité de micro-assurance est à l'avantage de tous.

#### **Encadré 2 : Plan d'affaires**

Les neuf principes sont sous-tendus par l'hypothèse que les gestionnaires de la micro-assurance sont guidés par un plan d'entreprise stratégique quinquennal ou septennal qui est régulièrement mis à jour (au moins tous les deux à trois ans). La préparation d'un business plan et la mise en œuvre d'une gestion conforme à ce plan constituent en soi un principe important qui devrait être mis en pratique automatiquement, par toutes les entreprises. Idéalement, le plan d'entreprise stratégique sera conçu de manière interactive avec l'apport des principales parties prenantes dont notamment l'ensemble de l'équipe de mise en œuvre, afin que chacun s'approprie le plan et soit motivé à l'exécuter et à en atteindre les objectifs. Si la structure mène d'autres activités ou offre d'autres services à ses membres, outre la micro-assurance, alors il faudra établir un plan d'entreprise général comportant un sous-plan pour l'activité micro-assurance. Le plan stratégique permettra également de préparer des plans et budgets d'exploitation annuels pour orienter les différents services.

Normalement, tout plan d'entreprise comporte des objectifs de performance qui doivent être mesurés et prévus comme indicateurs clé à partir des sources financières et autres. Puisque la direction contrôle la performance réelle, une attention particulière doit être portée aux écarts entre la valeur réelle et la valeur prévue des indicateurs.



---

## Principe 9 : Approche axée sur le client

La finalité première de la micro-assurance consiste à aider les moins protégés, même s'il existe certains acteurs sans scrupules dans ce marché qui l'exploitent manifestement au profit de leurs actionnaires. De telles structures récolteraient un mauvais score si les indicateurs comportaient un volet de « soutien aux pauvres ». C'est pourquoi nous avons ajouté ce neuvième principe : **la démarche du micro-assureur doit être axée clairement, solidement et uniformément sur la rentabilité et l'efficacité du service pour les clients assurés.**<sup>9</sup> Cela implique une sensibilité aiguë de la part des gestionnaires aux besoins réels des clients. Or, la mission et les objectifs d'un programme de micro-assurance devraient déclarer que la priorité consiste à offrir des produits et services pertinents à un prix optimal, mais durable. Il s'ensuit que toute décision de gestion tiendra d'abord compte de l'impact sur le client. Ce principe renforce également la nécessité d'évaluer la performance du point de vue du consommateur.

Les programmes de micro-assurance mutualistes sont naturellement axés sur les besoins des clients, étant donné qu'ils sont organisés par leurs membres, qui participent régulièrement dans le cadre d'une gouvernance démocratique. Par contre, les sociétés d'assurance ou prestataires de services détenus par des actionnaires qui exigent un rendement compétitif du capital investi focalisent davantage sur les bénéfices et moins sur l'optimisation du service et sa pertinence pour les pauvres. Pourtant, il existe des exceptions plausibles, dont notamment les cas où l'assureur considère la micro-assurance comme une entreprise d'avant-garde visant à gagner la confiance d'une communauté tout en prévoyant l'ajout de services supplémentaires à l'avenir.

---

9 Ce principe a fait l'objet de discussions lors de l'atelier de 2007, suite auxquelles il a été intégré aux principes clé.

## 1.2. INDICATEURS DE PERFORMANCE CLÉ

Comme la performance tient compte de l'ensemble du programme, les dix indicateurs clé que nous proposons concernent tous les types et modèles de structures mais ne sont pas toujours pertinents pour tous les produits. Nous aborderons ce sujet de manière plus détaillée dans la partie portant sur chaque indicateur, mais aussi au chapitre 3, qui porte sur les différentes questions d'interprétation selon le type de produit.

Les dix indicateurs clé portent avant tout sur la viabilité financière, mais leur dimension sociale devient plus évidente si l'on considère la viabilité, non pas comme une fin en soi, mais comme l'un des préalables pour permettre d'offrir des produits de micro-assurance efficaces aux pauvres.

### **Les dix indicateurs clé sont comme suit :**

1. Ratio de revenu net
2. Ratio des dépenses encourus
3. Ratio des sinistres encourus
4. Taux de fidélisation
5. Rapidité de règlement des sinistres
6. Ratio de rejets de demandes d'indemnisation
7. Ratio de croissance
8. Taux de couverture
9. Ratio de solvabilité
10. Ratio de liquidité

## Indicateur 1 : Ratio de revenu net

### Définition

Le ratio de revenu net est défini comme le résultat net pour la période, divisé par les primes acquises au cours de la même période. Cette dernière peut correspondre à l'exercice ou à toute autre période comptable.

### Mode de calcul

La formule est la suivante :

$$\text{Ratio de revenu net} = \text{Revenu net} / \text{Primes acquises}$$

Cette formule est relativement simple mais appelle quelques précisions :

- a) **Revenu net** au cours de la période concernée (avant subventions non permanentes) = **primes acquises** au cours de la période + **revenus de placements** au cours de la période + **autres revenus** au cours de la période – **sinistres encourus** au cours de la période – **dépenses engagées** au cours de la période.
- b) **Primes acquises**<sup>10</sup> = **primes échues** au cours de la période (sauf primes au comptant) - **variation de la provision pour primes non-acquises**.
- c) **Sinistres encourus** = **indemnités réglées lors de la période + variation des provisions pour indemnités à régler après la période**. Le terme général de « provisions » indique ici un montant ou provision comptable constituée pour les indemnités exigibles à l'avenir ; il s'agit d'un terme couramment utilisé par le secteur des assurances. Les variations de la provision peuvent se regrouper dans les trois catégories suivantes :
  - i) Variation des indemnités exigibles pour lesquelles des demandes ont déjà été faites au programme de micro-assurance, alors que, à la fin de la période, ces demandes étaient encore en traitement ;
  - ii) Variations prévues des indemnités exigibles résultant de sinistres couverts déjà survenus ou de polices arrivées à terme, alors que, à la fin de la période, aucune demande en ce sens n'avait été signalée par le programme de micro-assurance ;
  - iii) Variations prévues des provisions pour prestations à échoir mais non encore échues ou exigibles à la fin de la période.

Selon la terminologie couramment utilisée, on peut résumer ce qui précède par la formule suivante : **sinistres encourus** = **sinistres à régler au comptant** au cours de la période + **variations des sinistres en cours** + **variations de la provision pour sinistres survenus mais non encore déclarés** + **variations de la provision pour charges à payer**. La variation d'une provision correspond à la différence entre son niveau à la fin de la période moins celui de la fin de la période précédente.

- d) Les subventions non permanentes sont celles dont on prévoit l'arrêt dans les exercices comptables à venir.
- e) La rubrique des autres revenus comprend toutes les autres sources de revenus, y compris les cotisations des membres. Les micro-assureurs peuvent préférer indiquer les détails des autres revenus dans leurs comptes.

Pour les structures menant des activités multiples, le Principe 1 de la séparation des données rappelle l'importance de la séparation des revenus et des dépenses générés par les activités liées à l'assurance pour permettre d'évaluer cet indicateur et d'établir des rapports précis et transparents. Par ailleurs, le ratio de revenu net se calcule pour chaque produit, ce qui exige la préparation d'un compte de résultat à multiples colonnes (une par produit) et suppose que les dépenses soient réparties de manière réaliste selon les différents produits.

10 Les variations peuvent être positives ou négatives. Exemples : 1) Si la valeur des primes échues est de 1 000 et la variation de la provision pour primes non-acquises est de 100, alors les primes acquises valent 900 (1 000 – 100 = 900). 2) Si la valeur des primes échues est de 1 000 et la variation de la provision pour primes non-acquises est de -50, alors la valeur des primes acquises est de 1 050 (1 000 – 50 = 1 050).

Il est également possible (et souhaitable) de calculer le ratio de revenu net pour les programmes qui fonctionnent en partenariat avec des sociétés d'assurance (modèle **partenaire-agent**). Le micro-assureur doit demander à la société d'assurance un compte de résultat détaillant les charges de la société et celles liées aux indemnisations pour les activités concernant le micro-assureur au cours de l'exercice comptable, pour ensuite y ajouter ses propres charges en vue de calculer le revenu net global. Dans le cas où le micro-assureur couvre une partie du risque (par ex., s'il règle des prestations complémentaires ou des demandes d'indemnisation rejetées par l'assureur), alors il convient de calculer les demandes d'indemnisations et les provisions liées à la partie du risque couvert par le micro-assureur et de l'ajouter à celle de l'assureur pour obtenir le ratio de revenu net de l'ensemble du programme.

Il s'agit de dresser un tableau complet et réaliste du ratio de revenu net global (ainsi que des autres indicateurs de performance). **S'il convient de le préparer globalement, même pour les programmes à partenaires multiples, c'est pour permettre d'évaluer la performance du point de vue des clients (voir ci-dessous). Pour cette même raison, le ratio de revenu net doit être calculé avant réassurance.**

Les revenus de placements se calculent selon la méthode de la comptabilité d'exercice, en tenant compte uniquement des intérêts acquis constatés pendant l'exercice comptable. Par exemple, si un certificat de dépôt est acquis pour une durée de deux ans, alors seulement la partie du rendement correspondant à l'exercice comptable sera comptabilisée, sans tenir compte des flux de trésorerie liés aux intérêts reçus pendant cet exercice.

De nombreux micro-assureurs ne calculent pas toutes les dépenses encourues, omettant notamment l'amortissement des équipements utilisés par le programme ou le coût du personnel d'exploitation consacrant seulement une partie de son temps de travail à la micro-assurance. Il est pourtant essentiel de mesurer toutes ces dépenses afin d'évaluer la performance financière réelle du programme.

La provision pour primes non acquises est souvent mal calculée. Il s'agit en fait de la partie de la prime qui n'a pas encore été acquise à la fin de l'exercice comptable. La comptabilité d'exercice exige que les primes soient acquises de manière à couvrir les dépenses engagées ainsi que les risques de sinistre couvert tout au long de la durée de la couverture. Par exemple, si la prime est de 1 200 par an pour une couverture uniforme aux dépenses uniformes, effective à compter du 1<sup>er</sup> novembre, alors au 31 décembre de la même année la prime non acquise sera de 1 000 ou  $(10 / 12 \times 1\ 200 = 1\ 000)$  puisqu'il reste 10 mois de couverture prévue. En pratique, la prime brute est divisée en deux composantes principales, dont chacune sera acquise de manière à refléter l'expérience réelle du micro-assureur. Pour des produits au capital assuré non uniforme, la partie de la prime associée au risque est acquise selon le même principe que la couverture<sup>11</sup>, alors que les dépenses et les commissions sont acquises au moment où elles sont encourues (ou selon les exigences de l'autorité de réglementation).

Les sinistres survenus mais non encore déclarés et les sinistres en cours sont calculés à partir des données réunies dans la base de données. Les sinistres en cours correspondent tout simplement à la somme des sinistres en instance de règlement pendant l'exercice comptable. La provision pour sinistres survenus mais non encore déclarés correspond aux sinistres encourus mais non encore déclarés à l'assureur à la fin de l'exercice comptable. Comme leur montant est inconnu, il sera estimé. Il existe différentes méthodes pour l'estimer, notamment d'après l'historique des délais de déclaration des sinistres, c'est-à-dire l'écart entre la date de déclaration et la date de survenue du sinistre. La méthode habituelle de calcul des sinistres survenus mais non déclarés consiste donc à étudier les tendances historiques de ces écarts et à les appliquer à l'ensemble actuel de l'activité, ce qui est bien sûr impossible sans avoir recours à la base de données du micro-assureur.

Les provisions pour paiements futurs varient selon le produit de micro-assurance. L'aide d'un actuaire est nécessaire pour préparer le calcul par le micro-assureur ; toutefois, pour les produits dont la durée dépasse un an, l'actuaire doit réaliser le calcul directement. Au nombre des produits courants qui exigent une provision pour paiements futurs on compte ceux qui comportent une composante épargne, dont notamment les prestations de retraite et les assurances mixtes.

11 Un exemple courant de ce genre de produits est l'assurance vie de crédit décroissante, c'est-à-dire dont les indemnités correspondent au solde restant dû au titre du prêt au moment du décès.

### *Pertinence et interprétation*

Le ratio de revenu net démontre la rentabilité du programme de micro-assurance : « Le résultat financier net du micro-assureur, ou revenu net, est un des indicateurs les plus importants car il fait la synthèse de toutes les activités pour la période examinée. Pour mesurer le revenu net, il faut des comptes de résultats précis, dressés conformément à la comptabilité d'exercice et reflétant fidèlement toutes les charges administratives découlant du fonctionnement du régime, ainsi que l'amortissement des équipements et les variations dans les provisions, entre autres. »<sup>12</sup>

Cet indicateur est le plus important des indicateurs clé, puisqu'il résume l'ensemble des résultats des activités de micro-assurance. Comme pour tout indicateur clé, le micro-assureur procédera à une analyse plus poussée des résultats ou développera des sous-indicateurs afin de mieux identifier l'origine du revenu net.

En règle générale, le ratio de revenu net doit être positif et se situer entre zéro et dix pour cent. Une valeur située au-dessus de cette fourchette pendant un certain temps correspondra à un produit qui n'offre pas assez de valeur pour les clients, ce qui peut mener à une perte de clientèle ou à l'entrée de nouveaux concurrents. Une valeur négative récurrente peut indiquer que le programme a besoin de quelques modifications pour être viable. L'origine des pertes financières doit être identifiée et le résultat redressé; elles pourraient être dues par exemple à des dépenses plus élevées que prévues ou des sinistres plus nombreux que prévus. Chaque cause appelle une réponse managériale différente. Il faut également savoir que la plupart des programmes de micro-assurance subiront des pertes les premières années jusqu'à l'atteinte d'une masse critique d'assurés.

Il est important de suivre l'indicateur dans le temps, car une tendance vers des résultats plus positifs devrait se dessiner. Si au contraire cette tendance est négative, il y a sans doute des problèmes à résoudre. Une bonne compréhension de l'origine du revenu net est donc un enjeu crucial pour la direction du programme.

Même si les objectifs de revenu net sont atteints, les bonnes pratiques de gestion exigent une recherche approfondie pour identifier les écarts et les tendances profondes en matière de revenus de placements, de niveaux de dépense, de sinistres, etc. Chacun de ces aspects peut et doit être examiné séparément afin d'identifier les problèmes qui nécessitent une action managériale.

Pour les produits de longue durée assorties d'une composante épargne importante, cet indicateur sera généralement plus élevé, car les primes exigées sont plus petites. Il est important de ne pas perdre cette réalité de vue en comparant les régimes de micro-assurance. Aux fins de benchmarking, il est nécessaire de regrouper les produits par catégorie. Pour plus de renseignements à ce sujet, voir les chapitres 2 et 3.

### *Interprétation sociale*

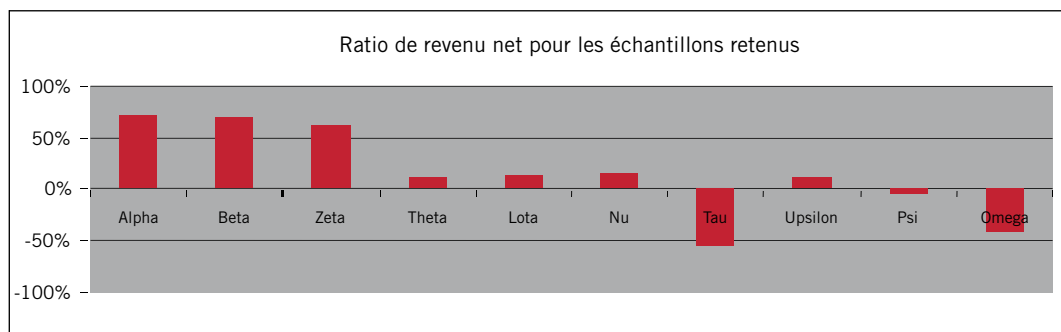
Dans le cas des régimes non mutualistes, un ratio de revenu net élevé peut être considéré comme un signe d'exploitation, toutefois, cela dépend de la durée et des spécificités de la situation. De faibles revenus peuvent indiquer que le programme n'est pas viable ou qu'il a choisi de fonctionner à perte parce qu'il est subventionné par une activité commerciale (ou autre source de revenu) ; une telle situation appelle une interprétation sociale positive. Pour les régimes mutualistes, un ratio de revenu net élevé pourrait révéler la nécessité d'adapter les prix car il y a trop peu de prestations par rapport aux primes ; toutefois dans un tel cas, les bénéfices demeurent la propriété des membres. Il pourrait également s'agir d'une démarche volontaire visant à accumuler un surplus en vue de financer un développement futur ou de faire face à une catastrophe au niveau sinistralité.

---

12 Garand et Wipf, 2006: 327.

*Performance de l'échantillon*

Malgré des lacunes au niveau des données, nous avons procédé aux fins d'illustration à une évaluation approximative du ratio de revenu net pour certains échantillons. Entre autres, la variation de la provision pour primes non acquises faisait souvent défaut et il a fallu en faire une estimation approximative afin de calculer le revenu net.



Etant donné le calcul des revenus nets à partir de données incomplètes, la présente version du manuel ne peut émettre aucune conclusion fiable sur la performance générale du secteur.

Toutefois, nous nous permettons quelques observations :

- Les résultats présentent une forte variation.
- NU et OMEGA sont de petits régimes mutuels dont les produits comprennent une assurance maladie. Au cours des premières années, il n'est pas rare de constater des résultats négatifs chez la plupart des programmes d'assurance maladie auto-assurés.
- Le produit principal de ZETA est une assurance mixte à long terme, de sorte que le rendement des placements a donné lieu à un ratio de revenu net élevé résultant d'une certaine distorsion (voir le chapitre 2). Dans ce cas précis, l'augmentation de la provision pour indemnités n'a pas été comptabilisée, ce qui aurait eu pour résultat de diminuer le niveau des bénéfices.
- Les résultats de PSI, un assureur commercial avec quelques activités dans le secteur de la micro-assurance, portent sur l'ensemble de la société d'assurance ; il est à noter que la société est en phase de démarrage et que le résultat négatif n'est pas forcément un sujet d'inquiétude, car il était peut-être prévu à cette étape du plan d'entreprise.

## Indicateur 2 : Ratio des dépenses engagées

### Définition

Cet indicateur correspond aux dépenses encourues, divisées par les primes acquises au cours de la même période (exercice financier ou toute autre période comptable).

### Mode de calcul

$$\text{Ratio des dépenses engagées} = \text{Dépenses engagées} / \text{Primes acquises}$$

- a) **Les dépenses engagées** (avant subventions) reflètent en principe toutes les charges effectivement encourues pendant l'exercice comptable, y compris l'amortissement du matériel, les amortissements pour dépréciation et les commissions. Elles peuvent être égales aux charges ayant un effet sur la trésorerie mais ce ne sera pas nécessairement le cas.
- b) Il est important de noter que nombre d'assureurs ajoutent les frais de règlement des sinistres à leurs charges de sinistres au lieu de les comptabiliser en frais d'exploitation. Or, pour calculer cet indicateur, ce type de dépenses **doit être compris** dans le numérateur. Selon le même principe, les dépenses de placement et de réassurance doivent également être quantifiées et intégrées, tout en tenant compte du fait que les indicateurs doivent être calculés du point de vue des clients et du programme dans son ensemble, soit avant la réassurance.
- c) Comme ci-dessus, **primes acquises**<sup>13</sup> = **primes échues** au cours de la période (sauf primes au comptant) – **variation des provisions pour primes non acquises**.

Le premier élément à prendre en compte est le montant des dépenses engagées pendant la période considérée. Les dépenses doivent être soit calculées séparément pour chaque produit, soit attribuées aux différents produits à partir du total des dépenses. Cet élément doit suivre le principe comptable de constatation de la partie des dépenses engagées pendant l'exercice comptable, qui ne correspondra pas forcément aux dépenses effectivement réglées pendant la période comptable. Les grands oubliés sont souvent l'amortissement du matériel et/ou le coût de développement des logiciels.

S'il y a plusieurs partenaires, les dépenses de chaque participant doivent être prises en compte. Prenons le cas d'une ONG proposant une assurance maladie avec un assureur qui supporte le risque et une tierce partie administratrice chargée de gérer les indemnités et d'agréer les prestataires de services : dans ce cas, l'ONG encourt les dépenses relatives à la distribution et à l'administration (qu'elle doit séparer des dépenses liées à ses autres activités), l'assureur supporte les dépenses liées à la prise et à la gestion des risques et la tierce partie administratrice supporte les dépenses relatives à la gestion de l'agrément des fournisseurs et du paiement des indemnités. Pour calculer le ratio, les dépenses de chaque partenaire doivent être prises en compte.

À leur démarrage, nombre de programmes de micro-assurance investissent beaucoup de moyens dans la formation, dans la mise au point de systèmes et d'outils, ainsi que dans les honoraires de consultants. L'amortissement de ces frais de lancement exceptionnels devrait être réparti sur plusieurs exercices comptables, car il s'agit d'un investissement qui profitera longtemps au programme et qui est donc assimilable à une charge payée d'avance. Toutefois, la formation ordinaire et le recyclage ou le perfectionnement doivent être inscrits immédiatement en tant que dépense encourue.

### Pertinence et interprétation

Cet indicateur est révélateur du degré d'efficacité de la prestation de la micro-assurance. Le produit sera avantageux « seulement si le ratio de dépenses est bas et qui représente la portion des primes acquises pour une période donnée consommée par les dépenses engagées pendant ladite période<sup>14</sup> ». Le ratio de dépenses correspond donc à la part des primes nécessaire pour couvrir l'ensemble des coûts administratifs, de marketing et de distribution (en ce compris les commissions) du programme de micro-assurance.

13 Cf. la note 10 sur le ratio de revenu net.

14 Garand et Wipf, 2006: 329.

Comme nous l'avons mentionné, les frais de règlement des sinistres sont considérés par certains assureurs comme des frais d'exploitation, alors que d'autres les assimilent aux frais de sinistres.

Un facteur fondamental de réussite à long terme consiste à œuvrer constamment à maintenir et à améliorer l'efficacité, tout en maintenant les autres indicateurs de performance, notamment le niveau de service. Pour continuer d'offrir des produits avantageux et pertinents à la population assurée, le micro-assureur doit trouver un mode de prestation de services efficace.

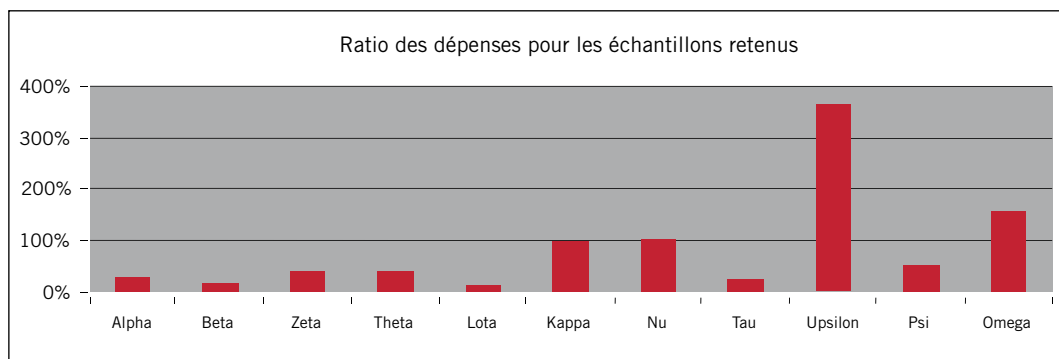
Tout d'abord il est important de juger du montant global de primes nécessaire au bon fonctionnement du programme de micro-assurance ; si ce montant est élevé, il se pourrait que la méthode de distribution manque d'efficacité ou que la fonction de gestion des sinistres accuse des lourdeurs, ou que c'est dû à d'autres raisons. Dans tous les cas, la direction doit sans cesse chercher à faire évoluer son mode de fonctionnement en vue de réduire le montant global des dépenses.

*Interprétation sociale*

Un ratio de dépenses faible ou élevé reflète l'efficacité de la prestation de services aux pauvres. Si les assurés sont globalement satisfaits, l'efficacité de la prestation réduit le poids des dépenses sur les primes. Par contre si la qualité du service et le degré de satisfaction sont insuffisants, il faudra dépenser plus pour améliorer la prestation. Dans le cas de certains programmes, un ratio de dépenses élevé peut être révélateur d'une direction trop gourmande qui bénéficie de gros salaires et d'autres avantages aux dépens des pauvres.

*Performance de l'échantillon*

La plupart des structures qui suivent le modèle partenaire-agent n'ont tenu compte que de leurs propres dépenses et non pas de celles de leurs partenaires. Ainsi, leur ratio de dépenses engagées est indiqué à titre purement illustratif car il ne reflète que vaguement la performance du secteur.



- Habituellement, les programmes d'assurance vie liés à un crédit, comme IOTA, ont un ratio de dépenses plus faible que ceux de l'assurance maladie.
- UPSILON est en phase pilote et reçoit un soutien de bailleurs, toutefois il devra bientôt trouver le moyen de réduire les coûts afin d'assurer sa viabilité à long terme. Le même constat vaut pour OMEGA.
- NU offre une assurance maladie individuelle qui compte moins de 400 membres, et KAPPA est un programme d'assurance vie collective auto-assurée avec plus de 85.000 assurés dans son année de démarrage ; les deux ont beaucoup de chemin à parcourir.
- Les dépenses de PSI (l'un des assureurs commerciaux en phase de démarrage) concernent l'ensemble des activités y compris la micro-assurance ; la vaste majorité de ses activités ne sont pas des activités de micro-assurance.



### Indicateur 3 : Ratio des sinistres encourus

#### *Définition*

Cet indicateur peut être défini comme le total des sinistres encourus pendant une période donnée, divisé par les primes acquises au cours de la même période (exercice financier ou toute autre période comptable).

#### *Mode de calcul*

$$\text{Ratio des sinistres encourus} = \text{Sinistres encourus} / \text{Primes acquises}$$

Les termes « sinistres encourus » et « primes acquises » sont définis plus haut dans le point portant sur le ratio de revenu net. Comme nous l'avons expliqué, les sinistres encourus correspondent au total de toutes les indemnités déboursées pendant la période, ainsi que la variation estimée des indemnités exigibles mais non encore réglées, et la variation estimée pour la période de quelconques prestations à échoir mais qui ne sont dues que dans le futur.

#### *Pertinence et interprétation*

Cet indicateur démontre essentiellement la valeur du programme pour l'assuré puisqu'il mesure la proportion des primes qui est reversée aux participants assurés sous forme de prestation. Le métier d'assureur consiste avant tout à gérer les risques. Pour ce faire, il faut une bonne connaissance du ratio des sinistres encourus. Si le ratio est plus élevé que prévu, il faut chercher à savoir si cela est dû 1) à l'anti-sélection; 2) à l'aléa moral ou à la fraude; 3) à une fluctuation des statistiques; 4) à une mauvaise compréhension des risques et de la population assurée; 5) à tout autre facteur. Toutefois, un ratio de sinistres constamment bas pose également problème dans la mesure où cela peut indiquer le manque de pertinence de certains produits ou des difficultés dans la déclaration des sinistres. Si le ratio de sinistres reste faible, la population assurée pourrait perdre, à la longue, tout intérêt pour le programme, ce qui pourrait laisser le champ libre à un concurrent capable de mieux servir le marché.

Il est essentiel d'analyser les tendances de l'indicateur dans le temps. Par exemple, si le produit est une assurance-vie de crédit, alors un afflux croissant de nouveaux jeunes emprunteurs devrait faire diminuer le ratio des sinistres et inversement. Dans l'optique de mieux comprendre les sinistres, la direction doit se doter de capacités permettant de ventiler les données relatives aux sinistres selon des paramètres importants tels que l'âge, le sexe, la région, la cause du sinistre et tout autre paramètre important qui pourrait avoir un impact.

De manière générale, les indemnités payées au cours d'une période donnée au titre des produits d'assurance vie, d'assurance maladie et d'assurance des biens comportent deux aspects : 1) l'incidence ou la fréquence des sinistres, soit le nombre de demandes d'indemnisation, divisé par le nombre d'expositions au risque<sup>15</sup>; 2) le montant moyen des sinistres. Le produit de ces deux chiffres correspond aux sinistres réglés : sinistres réglés = fréquence X montant moyen des sinistres. Lors du suivi du ratio des sinistres encourus, ces deux aspects doivent être examinés attentivement afin de comprendre l'activité, car même si le ratio des sinistres encourus paraît normal, les deux composantes peuvent être plus élevées ou plus basses que prévues. D'autre part, si le ratio est plus élevé ou plus faible que prévu, il faut en analyser les composantes pour comprendre quelle est la source de cet écart, ce qui permettra de mieux comprendre l'activité et les tendances émergentes.

En ce qui concerne l'assurance maladie, le ratio de sinistres augmente généralement à cause de l'inflation des prix des services médicaux ou à cause d'une prise de conscience et donc d'une utilisation croissante. Il est primordial d'identifier les origines de ces hausses. Les bases de données relatives aux sinistres doivent être conçues de manière à suivre tous les frais encourus, couverts ou non, et comporter assez de détails pour permettre d'évaluer le coût de chaque acte. Pour contenir un ratio de sinistres qui a tendance

15 Une exposition au risque correspond à une unité de risque; dans le cas des produits de micro-assurance il s'agit généralement de la couverture d'une personne pendant un an.

à s'envoler, il faut éventuellement mener des actions telles que la modification de la structure d'indemnisation, l'introduction d'une participation de l'assuré<sup>16</sup>, l'imposition de délais de carence ou l'imposition de sous-limites pour certains actes ; afin de déterminer les mesures appropriées, il est primordial de quantifier la fréquence et le montant des sinistres ainsi que la nature des actes à partir de données extraites d'une base de données de qualité.

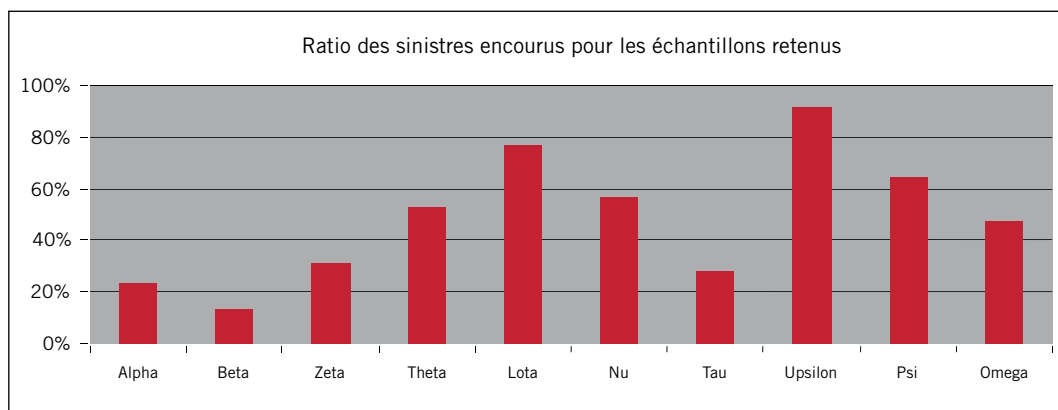
Pour les produits d'épargne à long terme, tels que l'assurance mixte, le ratio des sinistres encourus peut être surfait au fil du temps puisque les sinistres et les polices arrivées à terme sont aussi financés par les intérêts. Nous nous pencherons davantage sur cette question au chapitre 2.

#### *Interprétation sociale*

La finalité des assurances consiste à offrir des indemnités pour compenser des sinistres. Dans un programme viable, un ratio de sinistres plutôt élevé démontre aux clients qu'ils en obtiennent pour leur argent. Par contre, si le ratio est trop élevé, il peut mener à la faillite du programme, résultant finalement dans la défaillance de la protection sociale et la valeur du produit pour les assurés. Un ratio de sinistres très faible pourrait faire croire aux clients qu'on profite de leur situation, toutefois, cela dépend du type de programme et des circonstances.

#### *Performance de l'échantillon*

La difficulté inhérente au calcul de ce ratio est semblable à celle des indicateurs précédents : il a été impossible de déterminer les primes acquises. En outre, suite à un manque d'information sur la variation des provisions, on ne peut calculer les sinistres encourus. Toutefois, les résultats approximatifs donnent une vague indication de la performance réelle.



- Si le calcul du ratio des sinistres encourus est fiable, il semblerait que la plupart des programmes n'ont pas de problème dans ce domaine, avec l'exception possible d'UPSILON.
- Pour les structures dont le ratio des sinistres est inférieur à 60 pour cent, il faudrait analyser les prestations offertes ou les primes exigées si cette tendance persiste.

16 La participation ici renvoie à la fois aux franchises et à la quote-part. La participation peut prendre différentes formes, mais habituellement, il s'agit du paiement par l'assuré d'un pourcentage des actes couverts. Par exemple, une participation de dix pour cent signifie que le programme d'assurance maladie ne prendra en charge que quatre-vingt-dix pour cent du montant des actes couverts (après franchise), alors que les dix pour cent restants seront à la charge de l'assuré.

#### Indicateur 4 : Taux de fidélisation

##### Définition

Cet indicateur correspond au nombre de clients ou de membres qui ont reconduit leur police par rapport au nombre de ceux qui en avaient la possibilité (personnes admissibles). Ce taux est analogue au taux de rétention dans le cas des produits à couverture continue.

##### Mode de calcul

$$\text{Taux de fidélisation} = \text{Nombre de reconductions} / \text{Nombre de reconductions possibles}$$

Le nombre de reconductions, c'est le nombre réel de clients ou de membres ayant reconduit leur police. Le nombre de reconductions possibles, c'est le nombre de clients ou de membres pouvant reconduire leur police. Ce nombre exclut ceux qui sont devenus inadmissibles à cause de leur âge avancé, de leur décès, ou de toute autre raison ayant entraîné leur inadmissibilité au cours de la période en question.

Le taux de fidélisation se calcule sur une période déterminée, habituellement d'un an, car il s'agit de la durée de couverture de la plupart des produits à terme. L'approche consiste à suivre un échantillon choisi au hasard parmi la population des assurés au début de la période concernée. Bien entendu, il est également possible de calculer ce taux pour l'ensemble de la population des assurés.

Il est primordial de bien comprendre les nuances de la définition et d'éviter de trop simplifier le calcul. Dans l'exemple ci-dessous, on compte 15 000 assurés actifs au début de l'année. La table indique le nombre de décès, d'abandons, de nouveaux participants, ainsi que le nombre ayant atteint l'âge limite au cours de l'année. Comme nous le voyons d'après l'illustration, il faut suivre à la fois les clients existants et les nouveaux clients ayant acheté une police au cours de l'année. Les reconductions possibles dans cet exemple correspondent à tous les clients qui ne sont pas décédés ni devenus inadmissibles pour avoir atteint l'âge limite au cours de l'année. Le taux de fidélisation dans cet exemple est de 83,03 %.

Exemple de calcul du taux de fidélisation :

Description	Cohorte 1 (clients existants)	Cohorte 2 (nouveaux clients)	TOTAL
Total des assurés au début de l'année X+1 (ou à la fin de l'année X)	15 000	0	15 000
Nouveaux clients ayant acheté une police au cours de l'année	Aucun, tous avaient déjà une police au début de l'année	5 000	5 000
Nombre d'individus de chaque cohorte décédés au cours de l'année	45 décès au total = 40 avant le délai de reconduction + 5 décédés après le délai	7 nouveaux clients sont décédés	45 + 7 = 52
Nombre ayant atteint l'âge limite au cours de l'année	500 au total = 490 avant le délai de reconduction + 10 après le délai	50 nouveaux client	500 + 50 = 550
Nombre n'ayant pas reconduit leur police = inadmissibles + admissibles ayant choisi de ne pas reconduire leur police	2 985 au total = 490 (âge limite avant délai) + 40 (décédés avant délai) + 2 455 (abandons)	S/o	2 455
Total des assurés en fin d'année X+1	12 000	4 943	16 943
Nombre ayant reconduit leur police au cours de l'année	12 015 au total = 12 000 (assurés en fin d'année) + 5 (décédés après reconduction) + 10 (ayant atteint âge limite après reconduction)	S/0	12 015
Nombre de reconductions possibles	14 470 = 15 000 initial - 490 (ayant atteint âge limite avant le délai de reconduction) - 40 (décédés avant délai)	S/0	14470
Taux de fidélisation	12 015 / (15 000 - 490 - 40) = <b>0.8303</b>	S/0	<b>0.8303</b>

En pratique, les raisons de ne pas reconduire une police sont très variées et leur suivi peut être complexe, toutefois, il est très important de les comprendre et de les enregistrer tant que c'est faisable. Certains micro-assureurs utilisent un questionnaire de sortie simple afin d'identifier la raison de la non reconduction mais cela n'est possible que s'il existe un contact avec l'assuré au moment de l'abandon. Dans tous les cas, les raisons de non reconduction devraient être identifiées et suivies du mieux possible. Si un assuré décide de ne pas reconduire sa police pour une raison inconnue, on peut donc saisir cette résiliation sous la mention « inconnu » dans la base de données. **On peut facilement informatiser le calcul du taux de fidélisation d'une cohorte précise en développant une application compagnon pour le SIG, toutefois, cela sera possible uniquement si les informations nécessaires sont comprises dans la base de données.**

Pour illustrer plus clairement encore, prenons l'hypothèse que le micro-assureur, dans l'exemple ci-dessus, a saisi toutes les raisons de non reconduction dans une base de données et que cette base de données indique que 300 assurés n'ont pas reconduit leur police à cause d'un déménagement ou d'une migration. La direction pourrait ensuite calculer un ratio de taux de fidélisation modifié de  $12\ 000 / (15\ 000 - 40 - 490 - 300) = 0,848$ .

En tenant compte des autres raisons de résiliation de police, on peut modifier la définition du « nombre de reconductions potentielles » ; plus on admet de raisons et plus le taux de fidélisation corrigé sera élevé, puisque le numérateur du ratio sera diminué. **Il faut veiller à déduire uniquement les raisons qui ne sont pas du ressort de l'assuré.** Souvent, la non-reconduction est imputable à un agent de micro-assurance qui ne s'est pas donné la peine de contacter le client à l'expiration de la police. L'objectif principal est de produire un taux de fidélisation permettant de comprendre la performance marketing du programme.

Donc, si possible, pour améliorer la compréhension, il convient de calculer un ensemble de taux de fidélisation corrigés, correspondant à une définition modifiée des reconductions « potentielles ». Il est évident que le taux de fidélisation le plus conservateur (le plus faible) est celui qui tient compte uniquement des décès et de l'inadmissibilité des assurés puisqu'il donne le dénominateur le plus élevé.

Il existe une mesure analogue mais plus générale, à savoir le **taux de maintien** qui « correspond au nombre de clients d'une cohorte toujours titulaires d'une police à une date ultérieure, divisé par le nombre de clients de cette même cohorte détenant une police à l'année X. Ce taux est plus général que le taux de fidélisation puisqu'il porte à la fois sur la couverture à terme fixe et celle permanente. »<sup>17</sup> Le taux de maintien peut s'obtenir par calcul analogue en suivant les assurés actifs au lieu des reconductions de police.

### *Pertinence et interprétation*

Le taux de fidélisation aide à déterminer le niveau de satisfaction des assurés. « Le taux de fidélisation porte spécifiquement sur les produits à terme (couverture à terme fixe, p. ex. un an)... Il reflète, entre autres, le niveau de satisfaction des clients après l'achat du produit à terme. »<sup>18</sup>

Dans les cas de participation obligatoire, comme par exemple les programmes d'assurance-vie liés à un crédit d'IMF, le taux de fidélisation s'interprète différemment, mais son utilité peut se défendre (nous traiterons de ce sujet plus à fond dans la discussion du taux de couverture et au chapitre 2). Le taux de fidélisation peut donner différentes indications à la direction : un taux très élevé (90 % ou plus) peut signifier : i) une bonne compréhension des besoins du marché ciblé ; ii) un prix acceptable pour le marché ciblé ; iii) une bonne qualité de services ; iv) une prestation très appréciée pour la communauté ; v) et/ou d'autres informations importantes. L'inverse est également vrai : « Pour les régimes à participation volontaire, un faible taux de fidélisation est très souvent une indication de l'insatisfaction du client, peut-être due à un manque de communication, à une valeur de produit inacceptable, à des règlements de sinistres non satisfaisants, etc. »<sup>19</sup>

Le taux de fidélisation peut varier mais la direction doit l'interpréter avec prudence et réagir de manière appropriée. La tendance fournissant des précisions supplémentaires, le ratio du taux de fidélisation devrait être surveillé sur plusieurs périodes.

17 Garand et Wipf, 2006: 324.

18 Garand et Wipf, 2006: 324.

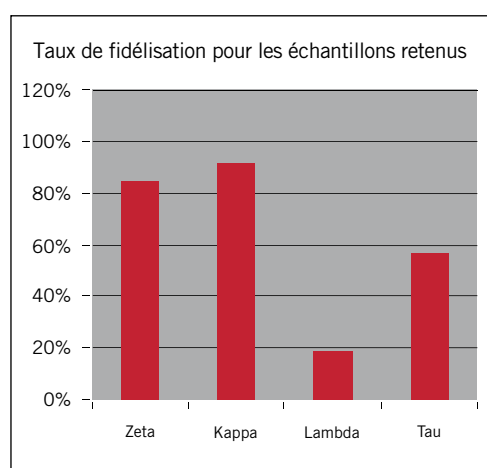
19 Garand et Wipf, 2006: 324.

### *Interprétation sociale*

Comme nous l'avons déjà souligné, un faible taux de fidélisation indique souvent que les assureurs ne se sont pas acquittés de l'obligation sociale d'aider les membres à comprendre le rôle de l'assurance dans la stabilisation de leur situation. D'autres raisons peuvent expliquer un faible taux de fidélisation, telles qu'un produit ne satisfaisant pas les besoins réels des assurés, un mauvais service dans les hôpitaux agréés par le régime d'assurance maladie en raison d'une stigmatisation des clients assurés, etc.

### *Performance de l'échantillon*

Les données permettant de calculer cet indicateur étaient rares et incomplètes, mais nous avons pu fournir quelques exemples.



- Certaines structures, telles que ZETA et KAPPA semblent présenter un très bon taux de fidélisation (dans le cas de ZETA il s'agit de taux de maintien).
- LAMBDA et TAU affichent des taux de fidélisation plus faibles que prévus. Selon LAMBDA, une ONG a retiré son soutien du programme d'assurance maladie, entraînant l'abandon de l'ensemble de la clientèle, ce qui a beaucoup fait baisser le taux de fidélisation.
- Les programmes d'assurance vie de crédit affichent des taux de fidélisation nuls car la couverture prend fin en même temps que les crédits (cf. chapitre 3).

**Indicateur 5 : Rapidité de règlement des sinistres***Définition*

Cet indicateur mesure le temps que prend le micro-assureur pour régler les indemnités payables à l'assuré. Plus précisément, dans le cas de la plupart des produits de micro-assurance dont notamment l'assurance vie et l'assurance maladie, il s'agit du nombre de jours entre la date de déclaration de l'événement et la date à laquelle le bénéficiaire touche effectivement les indemnités. L'indicateur doit se calculer sur un ensemble de sinistres qui sont déjà entièrement traités.

*Mode de calcul*

Plutôt que d'utiliser une simple moyenne arithmétique (qui n'est pas sans utilité), l'indicateur est défini selon une ventilation comme celle présentée dans le tableau ci-dessous. Cette ventilation des délais permet de décrire avec plus de précision la tendance en matière de règlement des sinistres car ce type d'information se perd dans une simple moyenne arithmétique.

Pour faire l'inventaire pour une période donnée, il suffit de suivre trois étapes faciles. Premièrement, il s'agit de définir l'ensemble des sinistres déclarés pendant la période (on peut alternativement se baser sur l'ensemble des sinistres réglés). Deuxièmement, à partir de cet ensemble, on retient uniquement les sinistres traités et réglés. Enfin, on répartit l'ensemble des sinistres réglés selon le nombre de jours qu'il a fallu pour régler chaque sinistre et en fonction de la ventilation définie dans la première colonne du tableau ci-dessous.

Délai	Nombre de sinistres	Pourcentage des sinistres
0 à 7 jours	___	___%
8 à 30 jours	___	___%
31 à 90 jours	___	___%
Plus de 90 jours	___	___%
	Total ___	100%

Remarques :

- Pour remplir ce tableau, on peut facilement utiliser un tableur (p. ex. Excel) si la date de déclaration et la date de règlement de chaque sinistre ont été enregistrées. Il figure également dans la feuille de calcul (Factsheet).
- Si les données ne sont pas disponibles pour tous les sinistres, un échantillon aléatoire suffira, s'il est assez grand.
- Si possible, il est préférable d'examiner cet indicateur séparément pour chaque gamme de produits.
- Dans la mesure du possible, l'échantillon de sinistres doit être ventilé par branche et selon d'autres paramètres importants pour permettre de souligner les inefficacités dans certains domaines.

Comme la finalité de cet indicateur consiste à contrôler la rapidité, il serait également prudent de contrôler le temps écoulé entre la date de l'événement du sinistre et celle où le bénéficiaire le déclare. Cette information permet d'éclairer la capacité des clients de déclarer les sinistres.

*Pertinence et interprétation*

Le délai acceptable dépend à la fois du contexte et du produit, toutefois, plus le délai est court, mieux cela vaut pour l'assuré. Le prompt règlement des sinistres est un aspect important du service et de sa valeur. La plupart des clients/membres d'une micro-assurance ont besoin des indemnités tout de suite afin de gérer la situation d'urgence résultant du sinistre, alors, si le règlement des sinistres est trop lent,

ils peuvent être obligés de vendre leurs actifs productifs ou d'avoir recours à un prêteur, souvent à un taux d'intérêt exorbitant. Manifestement, un long délai de règlement des sinistres diminue la valeur du service de la micro-assurance et dans certains cas peut même aggraver l'état ou la situation de l'assuré, qui aurait peut-être pu gérer la situation autrement s'il connaissait d'avance le délai d'indemnisation. Toutefois, certains assureurs prétendent retarder délibérément le règlement afin d'empêcher l'utilisation des indemnités pour financer des obsèques grandioses au lieu de les investir à long terme de manière plus utile.

Les modèles de micro-assurance maladie qui prévoient une prise en charge directe offrent un secours immédiat aux assurés ; de tels systèmes auraient le meilleur score pour cet indicateur<sup>20</sup> puisque tous les sinistres seraient classés dans la première catégorie.

Des règlements tardifs de sinistres peuvent être la conséquence de plusieurs facteurs et pour en identifier les causes sous-jacentes chez un micro-assureur en particulier, des recherches poussées sont souvent nécessaires. Il arrive souvent que le bénéficiaire ne sache même pas comment déclarer un sinistre. Dans certains cas, le processus de règlement est contraignant ; dans d'autres, les pièces à fournir exigent trop d'effort, trop de temps et trop d'argent. Dans de tels cas, la personne déclarant le sinistre est souvent obligée de rendre un dossier incomplet et il faut donc revenir vers elle pour le compléter.

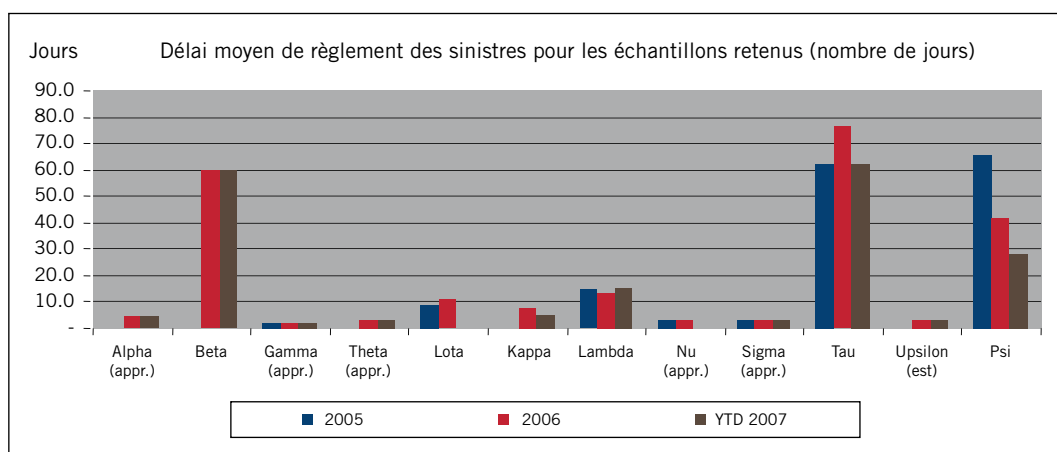
Toute fois cet indicateur ne reflète pas tout l'historique du règlement des sinistres. Par exemple, il ne tient pas compte du nombre de sinistres qui ne sont pas déclarés à cause d'un manque de sensibilisation, de l'analphabétisme ou parce que l'assuré a renoncé ou s'est senti intimidé devant la complexité des formalités administratives. Dans certains cas, la famille de l'assuré habite une zone reculée et les frais de déplacement jusqu'au centre de services le plus proche et/ou les coûts à investir liés au suivi du sinistre dépassent la valeur des indemnités. Pour l'assurance maladie, il peut ne pas exister de fournisseur de soins agréé dans la zone de résidence de l'assuré, qui sera donc peu ou pas enclin à utiliser les services de l'assurance maladie et à déclarer un sinistre.

### *Interprétation sociale*

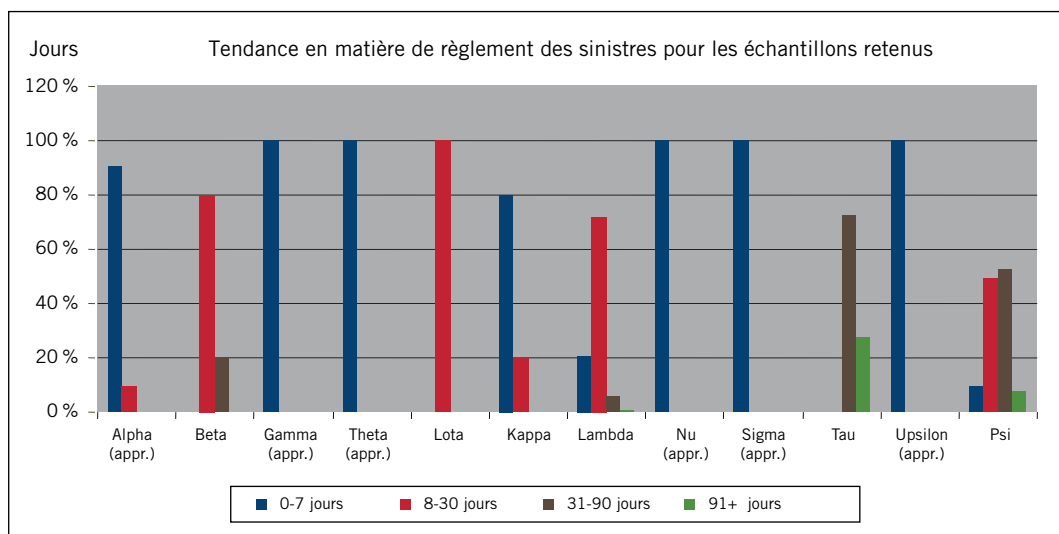
Habituellement, les clients de la micro-assurance ont besoin d'argent tout de suite après la survenance du sinistre. En cas de délais importants, ils peuvent être obligés d'avoir recours à un prêteur, de brader leurs actifs productifs à vil prix ou de prendre d'autres mesures contraires à la finalité de l'assurance ; si cela se produit, alors le programme n'a pas réussi à offrir une protection sociale réelle.

### *Performance de l'échantillon*

Les données relatives à cet indicateur sont parfois indisponibles ou incomplètes ; toutefois, nous avons pu établir des chiffres approximatifs (là où le graphique l'indique) à partir de la meilleure interprétation.



20 Garand et Wipf, 2006: 330.



Pour la plupart, la performance est excellente. Parmi les raisons et les expériences les plus courantes avancées pour justifier une mauvaise performance, on compte les suivantes :

- 1) Selon certains micro-assureurs, les clients ne disposent pas des outils financiers nécessaires (p. ex. un compte bancaire) permettant de toucher les indemnités et cette situation constituerait le principal empêchement à la rapidité du service. Il est évident que ces structures de micro-assurance ne se sont pas encore adaptées aux réalités du marché. Il est illogique de s'attendre à ce que des personnes pauvres vivant dans une zone rurale reculée (voire même en zone urbaine) aient un compte bancaire ou des liens formels avec une institution financière.
- 2) Certains assureurs agréés font valoir que les autorités de réglementation et la législation en matière d'assurance les obligent d'exiger de nombreuses pièces aux demandeurs d'indemnités, notamment l'extrait de naissance. Souvent, les pièces exigées n'existent même pas. Dans de tels cas, un plaidoyer est nécessaire pour la simplification de ces exigences pour les populations pauvres.
- 3) D'autres micro-assureurs prétendent que la poste (qui transmet les chèques) est extrêmement lente et inefficace, de sorte que, même si le traitement des demandes est très efficace, le bénéficiaire attend longuement son chèque d'indemnité en raison des lenteurs d'acheminement. Comme on considère que le sinistre est réglé lorsque le bénéficiaire a touché l'argent, les structures en cause doivent chercher d'autres solutions pour faire parvenir les indemnités aux bénéficiaires.
- 4) Pour beaucoup de micro-assureurs, identifier ou trouver le bénéficiaire est déjà un défi. Certaines structures novatrices contournent ce problème en exigeant les pièces du bénéficiaire ou de l'assuré à l'avance, quelques jours après l'acceptation de la demande d'adhésion. L'information est conservée sous format électronique ou photocopiée et archivée dans les succursales. Dès la demande d'indemnisation, les pièces sont rapidement récupérées dans la base de données.

En règle générale, les régimes auto-assurés tels que GAMMA semblent régler les sinistres plus vite que les régimes partenaires d'assureurs commerciaux, parce que leurs processus de décision et de règlement sont plus proches et simplifiés. Certaines structures ayant un partenaire assureur se limitent au contrôle sur place, facilitant la négociation avec l'assureur au nom des demandeurs d'indemnité, alors que d'autres accélèrent le règlement en avançant tout ou une partie des indemnités au demandeur, qu'elles récupèrent ensuite de l'assureur. Cette démarche est beaucoup plus facile pour SIGMA que pour LAMBDA, par exemple, car le produit d'assurance vie crédit du premier paie le solde non remboursé du crédit des emprunteurs décédés à l'activité IMF (le règlement du sinistre est une simple opération interne) alors que LAMBDA vend un produit d'hospitalisation couvrant une liste précise de maladies et comportant plusieurs limitations internes. Le risque évident, surtout pour LAMBDA, c'est le rejet de certaines demandes par l'assureur, obligeant la structure de se faire rembourser les indemnités par le bénéficiaire ou, plus souvent, d'en absorber le coût.



## Indicateur 6 : Ratio de rejets de demandes d'indemnisation

### *Définition*

Cet indicateur correspond à la proportion des demandes d'indemnisation rejetée sur le nombre total des demandes pour un ensemble retenu de demandes d'indemnisation.

### *Mode de calcul*

La formule est la suivante :

$$\text{Ratio de rejets de demandes d'indemnisation} = \frac{\text{Nombre de demandes rejetées}}{\text{Total des sinistres déclarés}}$$

Le calcul de cet indicateur est très simple. D'abord, on sélectionne tous les sinistres déclarés pendant la période examinée ; leur nombre constitue le dénominateur. Ensuite, on détermine le nombre de demandes finalement rejetées ; il s'agit du numérateur.

Il faut s'assurer qu'une décision de payer ou de ne pas payer a été définitive pour chaque sinistre. Ce serait une erreur de calculer cet indicateur à partir d'un échantillon de sinistres qui n'auraient pas été entièrement traités car cela pourrait fausser les calculs. Dans la plupart des cas, les demandes d'indemnisation rejetées sont plus longues à traiter car elles entraînent des demandes de pièces supplémentaires ou des enquêtes.

### *Pertinence et interprétation*

L'indicateur des rejets de demandes d'indemnisation reflète plusieurs aspects, dont le plus important est sans doute celui de la compréhension du produit par les assurés. Si le produit n'est pas bien compris, alors le ratio de rejets de demandes d'indemnisation risque d'être élevé et ce, pour plusieurs raisons : 1) demandes d'indemnisation concernant des événements qui ne sont pas couverts ; 2) demandes déposées avant la fin du délai de carence ; 3) assuré qui n'est plus couvert en raison de l'expiration de sa couverture ou au-delà de l'âge couvert ; (4) demandes d'indemnisation rejetées à cause d'une maladie antérieure, etc.

Pour l'assurance maladie, les raisons les plus fréquentes de rejet, total ou partiel, des demandes d'indemnisation sont les suivantes : 1) le montant maximum d'indemnisation est atteint ; 2) le fournisseur de services n'est pas agréé ; 3) la demande comprend des frais pour des services qui n'ont pas été rendus ; 4) certaines dépenses engagées pendant l'hospitalisation ne sont pas couvertes. Pour les polices offrant des indemnités supplémentaires en cas de décès accidentel, les demandes d'indemnisation sont parfois rejetées parce qu'un décès naturel est déclaré comme décès accidentel.

Il est clair que la bonne compréhension du produit dépend à la fois de l'éducation du consommateur et de la conception du produit. Les produits commerciaux sont souvent inadaptés aux programmes de micro-assurance, ce qui peut donner des produits complexes comportant trop de cas d'exclusion et trop peu clairs pour la population pauvre. Dans certains cas, des assureurs peu scrupuleux rejettent un grand nombre de demandes d'indemnisation pour des raisons techniques ou parce que les assurés ne peuvent pas satisfaire des exigences excessives.

Un ratio élevé de rejets de demandes d'indemnisation a bien souvent un impact négatif sur les taux de fidélisation et de participation. Quand une demande est rejetée, le programme de micro-assurance est souvent mal perçu, et cela, au-delà des limites de la famille du demandeur, en particulier si ce dernier vit au sein d'une communauté très soudée ou s'il est membre d'un groupe d'entraide. Lorsque cela est possible, un représentant du programme devrait rendre visite au foyer sinistré et aux riverains afin d'expliquer les raisons du rejet de la demande d'indemnisation. Toutefois, si le régime est dirigé par ses membres et si la demande est rejetée pour cause de fraude, ce rejet peut accroître la confiance des assurés dans la gestion des risques et le processus de décision en matière de sinistres.

### *Interprétation sociale*

Souvent, un ratio de rejets élevé est signe d'un manque de compréhension de la part des assurés. Par exemple, le micro-assureur a peut-être mal expliqué le fonctionnement d'un régime d'assurance-maladie, de sorte que les clients utilisent des services non couverts (alors qu'ils ne les auraient pas utilisés autrement) alourdissant ainsi les charges des pauvres. Parfois également, c'est à cause d'un programme abusif dont les trop nombreux cas d'exclusion donnent lieu à des bénéfices excessifs. Toutefois, si un ratio de rejets faible est en principe désirable, il peut parfois révéler une mauvaise gestion des sinistres.

### *Performance de l'échantillon*

Le manque relatif de données disponibles sur les rejets de demandes d'indemnisation, rend prématurée toute généralisation sur la performance du secteur ou sur une globalisation des taux de rejet ; dans tous les cas, de telles généralisations ou comparaisons des taux devraient être ventilées par produit au moins et éventuellement selon d'autres paramètres.

D'après nos échanges avec les structures de micro-assurance, ces dernières semblent s'efforcer de maintenir un faible ratio de rejets, car les micro-assureurs sont très sensibles aux conséquences négatives du rejet des demandes d'indemnisation. La structure IOTA a supprimé le délai d'attente de son régime d'assurance vie liée au crédit afin de réduire le taux de rejets en espérant que, à long terme, les effets positifs en termes de marketing compenseraient l'augmentation du nombre de demandes résultant de l'anti-sélection. RHO et d'autres structures contrôlent soigneusement tous les sinistres et négocient activement avec leurs partenaires assureurs pour réduire le taux de rejets.

Toutefois, il existe sans doute de nombreuses structures comme la structure de micro-assurance maladie LAMBDA, qui semblent se féliciter d'un « ratio de rejet nul » résultant de l'autorisation préalable de toutes les hospitalisations. Dans de tels cas, il faudrait également suivre le taux de refus d'autorisation préalable, puisqu'un taux élevé aurait des effets analogues au rejet de sinistres encourus. Donc, si le ratio de refus d'autorisation préalable est élevé, il faut envisager la réévaluation du produit pour élargir la couverture des maladies et des actes médicaux (en adaptant les prix au besoin).

## Indicateur 7 : Ratio de croissance

### Définition

Le ratio de croissance d'un programme de micro-assurance peut se définir de différentes façons. Pour cet indicateur clé, nous avons retenu la croissance du nombre d'assurés sur une période précise, définie comme l'augmentation du nombre d'assurés au cours de la période divisée par le nombre d'assurés au début de la période.

### Mode de calcul

La formule est la suivante :

$$\text{Ratio de croissance} = (\text{Nombre d'assurés}_n - \text{Nombre d'assurés}_{n-1}) / \text{Nombre d'assurés}_{n-1}$$

Pour calculer cet indicateur, il faut déterminer le nombre de participants dont la police demeure active à la fin de la période en question (soit le Nombre d'assurés<sub>n</sub>), ainsi que le nombre de participants dont la police était active au début de la période (ou à la fin de la période précédente, soit le Nombre d'assurés<sub>n-1</sub>). Ces deux valeurs permettent de calculer la formule. À noter :

- a) Une formule analogue permet de mesurer la croissance sur plusieurs périodes. Par exemple, la croissance au cours des trois dernières périodes y compris la période en cours se définit comme suit :

$$\text{Ratio de croissance} = (\text{Nombre d'assurés}_n - \text{Nombre d'assurés}_{n-3}) / \text{Nombre d'assurés}_{n-3}$$

- b) Si la période examinée est l'année, alors le ratio de croissance tel qu'il est défini par la première formule correspond au taux de croissance annuel. Dans le cas où la durée de la période n'est pas d'un an ou la croissance est mesurée sur plusieurs années comme dans la formule ci-dessus, quelques calculs supplémentaires seront nécessaires pour obtenir le taux annuel.
- c) Le ratio de croissance peut également s'exprimer par l'augmentation des primes ou des montants assurés, mais ces derniers déforment la réalité jusqu'à un certain point, car ils tiennent compte de l'augmentation de la couverture par participant. La couverture par participant augmente généralement avec le temps et elle est influencée par le taux d'inflation et la sensibilisation en matière d'assurance.

### Pertinence et interprétation

Peu de généralisations peuvent être émises sur le ratio de croissance. Premièrement, le ratio de croissance est habituellement plus élevé dans les régimes récents et les régimes de petite taille, puisque la base est plus réduite. Deuxièmement, le ratio de croissance diminue avec le temps, alors que le taux de participation approche de 100 pour cent.

L'évolution du ratio de croissance est généralement un indicateur important du succès du programme au cours de la période en question. Cela est d'autant plus vrai que la participation est volontaire, auquel cas un ratio de croissance positif signale souvent un marketing réussi et un produit attractif. Pour rester viable, le régime de micro-assurance doit maintenir au moins un ratio de croissance zéro afin de remplacer les participants qui sont devenus inadmissibles, qui ont abandonné le régime ou dont la police a expiré ; cela dit, selon les circonstances et la démographie, un ratio de croissance zéro est généralement insuffisant pour assurer la viabilité à long terme, surtout si les produits d'assurance sont tarifés sur une communauté.

Pour de nombreux programmes de micro-assurance, les participants proviennent d'institutions partenaires, par exemple d'une IMF qui exige la participation obligatoire de tous les clients ou membres admissibles au programme. Puisque ces programmes sont essentiellement captifs de l'IMF, on pourrait penser que leur ratio de croissance est entièrement déterminé par celui de la structure partenaire et que l'indicateur renseigne peu sur le programme. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas – on compte au moins un exemple

documenté, aux Philippines, où un programme mutualiste a attiré des clients pour l'IMF mère, c'est-à-dire que les participants adhéraient à l'IMF pour pouvoir accéder aux services de micro-assurance.

*Interprétation sociale*

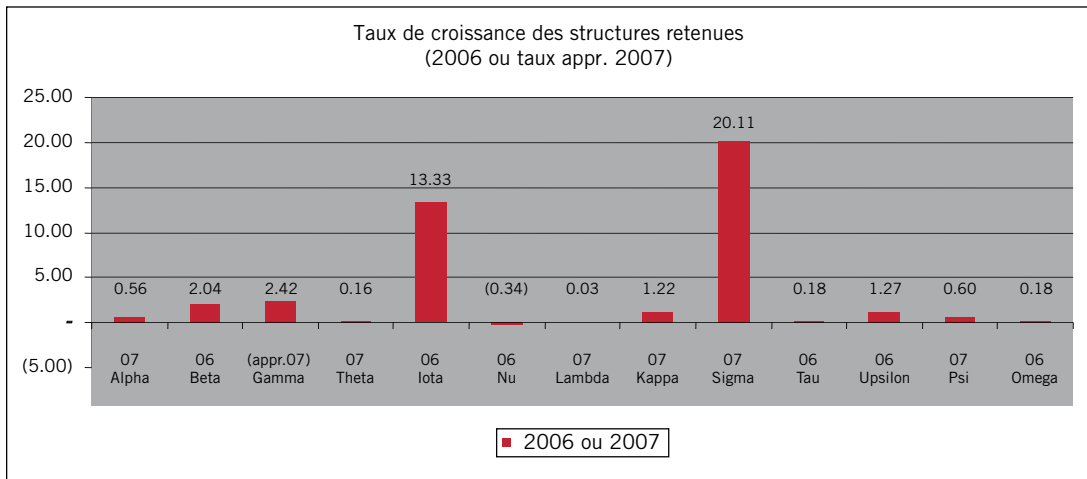
Les programmes à croissance rapide sont souvent d'une grande pertinence sociale pour la population cible. L'inverse est également vrai : une croissance négative montre souvent une perte de valeur et l'existence d'autres solutions de protection qui sont supérieures.

*Performance de l'échantillon*

La micro-assurance est encore une activité relativement nouvelle et il serait prématuré de tirer des conclusions quant à la croissance de l'industrie à partir des échantillons limités et diversifiés qui sont disponibles à l'heure actuelle.

En effet, la croissance varie du faible taux de trois pour cent affiché par la structure LAMBDA, qui offre un produit d'assurance maladie individuelle depuis deux ans, jusqu'au chiffre incroyable de 2011 % enregistré par le programme obligatoire d'assurance vie liée au crédit de SIGMA, une IMF importante qui connaît actuellement une phase de croissance très rapide. Certaines autres structures ont connu des ratios de croissance de plus de 100 % ; il s'agit soit de programmes de micro-assurance très récents (IOTA etOMICRON) soit de programmes propulsés par la croissance d'une IMF affiliée (GAMMA).

Le graphique et le tableau ci-dessous présentent un résumé des résultats :



Structure	Ratio de croissance annuel	Type de structure et de programme	Produits et nombre approximatif d'assurés (2006)
ALPHA	* 2007: 56%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau d'institutions financières rurales, de caisses, de coopératives, de banques rurales, etc.</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie individuelle</li> <li>• 15 000</li> </ul>
BETA	2006 – 204%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banque active dans la microfinance et la micro-assurance</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie, assurance accident collectives</li> <li>• 85 000</li> </ul>
GAMMA	2006 – 56% 2007 – 242%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients provenant de la banque et de l'ONG affiliées, qui sont des IMF.</li> <li>• Mutualiste, auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie collective de crédit, assurance vie, maladie limitée, prestations de retraite</li> <li>• 300 000 familles, plus de 1M personnes</li> </ul>
EPSILON	Non disponible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de services techniques pour une IMF appartenant à six réseaux de caisses</li> <li>• Assistance technique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie collective de crédit</li> <li>• 65 000</li> </ul>
ZETA	2006 – 26%	Société d'assurance commerciale visant essentiellement le marché des revenus moyens à faibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie mixte, individuelle (avec garanties complémentaires)</li> <li>• 1,1M assurés</li> </ul>
THETA	2007 - 16%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutuelle</li> <li>• Auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie collective, vie et invalidité, bétail, récolte, habitation</li> <li>• 3 500 souscripteurs</li> </ul>
IOTA	2006 – 1333%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau de caisses</li> <li>• Auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie individuelle de crédit</li> <li>• 36 000</li> </ul>
KAPPA	2007 - 122%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG de santé</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie collective</li> <li>• 85 000</li> </ul>
LAMBDA	2007 – 3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG de santé</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle (avec assurance individuelle contre les accidents)</li> <li>• 3 655</li> </ul>
NU	Données non disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG</li> <li>• Auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle (prévention, pharmacie et maternité)</li> <li>• 364</li> </ul>
OMICRON	2007 - 122%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie</li> <li>• 1 767</li> </ul>
PI	Données non disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG de développement communautaire</li> <li>• Auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle</li> <li>• 76 500</li> </ul>
RHO	Données non disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure coopérative de deuxième niveau</li> <li>• Partner - agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, maladie, accident, venue et gérée individuellement, mais sous plusieurs contrats collectifs</li> <li>• 16 000 assurés</li> </ul>
SIGMA	2007 – 2011%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMF à but lucratif</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie collective de crédit</li> <li>• Près de 1M d'emprunteurs et conjoints</li> </ul>
TAU	2006 – 18%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG / IMF</li> <li>• Partenaire-agent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie et obsèques collective, prestations de retraite</li> <li>• 16 051</li> </ul>
UPSILON	2006 – 127%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG / IMF</li> <li>• Auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie individuelle, maladie, de biens</li> <li>• 10 811</li> </ul>
PSI	2007 – 60%	Société d'assurance commerciale visant essentiellement le marché des revenus moyens à élevés, dotée d'un programme de micro-assurance relativement petit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie temporaire individuelle, assurance mixte</li> <li>• 120 000</li> </ul>
OMEGA	2006 – 18%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG / IMF de développement</li> <li>• Auto-assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie, assurance maladie collectives</li> <li>• 7 455</li> </ul>

**Indicateur 8 : Taux de couverture***Définition*

Cet indicateur est également connu sous le nom de taux de participation ou de taux de couverture. Certains praticiens et auteurs réservent le terme taux de couverture pour mesurer l'ensemble de la population assurée alors qu'ils utilisent les termes « taux de couverture » et « taux de participation » pour désigner le ratio des personnes couvertes au sein d'une sous-population cible définie. Dans le présent manuel, les trois termes sont utilisés indifféremment et sont définis comme le pourcentage de la « population cible » qui participe à un programme de micro-assurance à un moment donné.

*Mode de calcul*

Dans la discussion comme dans la formule, l'expression « nombre d'assurés » est utilisée de préférence à « polices actives », car cette première est d'une portée plus générale et s'applique mieux aux régimes mutualistes et aux membres des régimes collectifs, entre autres. La formule pour obtenir cet indicateur est :

$$\text{Taux de couverture} = \text{Nombre d'assurés}_n / \text{Population cible}_n$$

L'élément le plus difficile à définir et à quantifier, c'est la population cible. La plupart des micro-assureurs font déjà un suivi rapproché du nombre de participants, car il s'agit d'un indicateur clé pour la gestion ; toutefois, certains trouvent plus difficile d'évaluer avec certitude la taille de leur marché cible.

*Pertinence et interprétation*

« L'efficacité du marketing et de la distribution est une condition fondamentale de la pérennité du régime de micro-assurance. Sans un marketing réussi, la structure a peu de chances d'atteindre et de conserver la masse critique dont dépend sa survie. Un marketing réussi dépend quant à lui grandement de la satisfaction du client relative aux services et de la qualité perçue des produits. (...) Indicateur de l'efficacité du marketing, le taux de participation [taux de couverture] correspond au pourcentage de personnes admissibles au sein d'une population donnée participant à un programme de micro-assurance à un moment donné. »<sup>21</sup>

Dans les cas où le programme de micro-assurance est captif d'une société mère, par exemple une IMF, la population cible de la micro-assurance peut être envisagée de différentes façons. Elle peut être définie comme l'ensemble des clients ou membres admissibles de la société mère et comme il existe presque toujours une participation obligatoire, le ratio de couverture est proche de un (100%). Lorsque cette définition est utilisée, l'indicateur est peu utile pour l'évaluation de la performance marketing de la micro-assurance. Une démarche plus utile pourrait consister à identifier le marché cible tel qu'il est défini dans le plan d'entreprise de la société mère ou celui, commun, des deux sociétés ; si cette définition du marché cible est privilégiée, alors le taux de couverture reflète mieux la performance commune de la société mère et de la micro-assurance en matière de marketing.

Dans les cas où la participation est volontaire, le taux de couverture est manifestement un indicateur clé de la réussite du programme. En l'absence d'un mécanisme de sélection des assurés, un taux de participation très bas entraîne souvent des taux de mortalité plus élevés que prévus en raison de l'anti-sélection. L'idéal, c'est d'obtenir la participation volontaire d'un fort pourcentage de la population cible, car cela témoigne d'une acceptation générale du concept de mise en commun des risques. Il est également vraisemblable que cette population cible comprenne bien le(s) produit(s) et sache profiter des prestations.<sup>22</sup>

*Interprétation sociale*

Un taux de couverture élevé est signe d'un programme bien accepté au sein duquel les participants sont prêts à mettre en commun leurs maigres ressources afin d'obtenir une certaine protection des risques auxquels ils font face.

21 Garand et Wipf, 2006: 322.

22 Garand et Wipf, 2006: 323.

### Performance de l'échantillon

Dans certains cas, la qualité de la performance est facile à évaluer, mais dans d'autres, moins. Par exemple, PI et TAU affichent un taux de couverture très élevé malgré la participation volontaire. Certains autres programmes, dont notamment celui de LAMBDA, sont encore très récents et il ne faut pas encore préjuger de leur performance. Analyser cet indicateur ensemble avec celui du ratio de croissance permet de mieux saisir les tendances du programme.

Exemples de taux de couverture :

Structure	Population cible assurée, taux de couverture	Type de structure et de programme	Produits
GAMMA	La taille de la population cible est inconnue, mais 100 % des emprunteurs admissibles de l'IMF sont obligés d'adhérer à CARD MBA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients provenant de la banque et de l'ONG affiliées, qui sont des IMF</li> <li>• Mutualiste, auto-assurée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie collective de crédit, assurance vie, maladie limitée, prestations de retraite</li> <li>• 300 000 familles, plus de 1M personnes</li> </ul>
THETA	(2006 appr.) $3045 / 4165 = 0,73$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutuelle</li> <li>• Auto-assurée</li> <li>• Inconnu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie collective, assurance vie et invalidité, bétail, récolte, habitation</li> </ul>
KAPPA	(2007 prévision) $190,000 / 260,000 = 0,73$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMF</li> <li>• Auto-assuré</li> <li>• Inconnu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance-vie collective</li> <li>• 85 000</li> </ul>
LAMBDA	(2006 appr.) $3,189 / 91,648 = 0,0348$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG de santé</li> <li>• Partenaire-agent</li> <li>• Volontaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle (avec assurance individuelle contre les accidents)</li> <li>• 3 655</li> </ul>
NU	(2006 appr.) $549 / 4648 = 0,0783$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG</li> <li>• Auto-assurée</li> <li>• Volontaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle (prévention, pharmacie et maternité)</li> <li>• 364</li> </ul>
PI	La population cible consiste en des villages tribaux dont la population exacte reste inconnue, mais le taux de participation avoisine les 100 % depuis plusieurs années déjà	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG de développement communautaire</li> <li>• Auto-assurée</li> <li>• Volontaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie individuelle</li> <li>• 76 500 assurés</li> </ul>
SIGMA	La taille de la population cible est inconnue, mais 100 % des emprunteurs admissibles de l'IMF sont obligés d'acheter une assurance vie crédit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMF à but lucratif</li> <li>• Partenaire-agent</li> <li>• Obligatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance vie collective de crédit</li> <li>• Près de 1M d'emprunteurs et leurs conjoints</li> </ul>
TAU	89 % de la population cible, estimée à 18 000 personnes, est assurée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ONG / IMF</li> <li>• Partenaire-agent</li> <li>• Volontaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance maladie et obsèques collective, prestations de retraite</li> <li>• 16 051</li> </ul>

**Indicateur 9 : Ratio de solvabilité***Définition*

Cet indicateur est obtenu en divisant les éléments d'actif admis par le passif du programme de micro-assurance. Il peut s'évaluer à tout moment, à condition que la valeur des éléments soit connue. Toutefois, il est préférable de le calculer en fin d'exercice comptable. Pour que le programme soit techniquement solvable, il faut évidemment que ce ratio soit supérieur à 1.

*Mode de calcul*

$$\text{Ratio de solvabilité} = \text{Eléments d'actif admis} / \text{Passif}$$

L'autorité de réglementation fournit généralement la liste des éléments d'actif admis (ou des actifs non admis). Aux États-Unis, l'Insurance Information Institute définit le terme comme suit : « [Les actifs admis sont] reconnus et acceptés par la législation de l'État en matière d'assurance comme éléments permettant de déterminer la solvabilité des assureurs et des réassureurs. Pour faciliter l'évaluation de la situation financière d'une société d'assurance, les règles comptables de l'État n'admettent pas certains éléments d'actif au bilan. Seuls les actifs qui peuvent être facilement vendus en cas de liquidation ou constitués en garantie, et les créances dont le règlement peut être raisonnablement prévu, figurent parmi les actifs admis. »<sup>23</sup>

Les actifs non admis peuvent se regrouper en deux catégories : 1) Ceux dont aucun élément n'est admissible, dont notamment le mobilier, la fraction non amortie des frais de développement de logiciel, les prêts au personnel, les équipements, etc. ; 2) Les catégories d'actifs dont seuls certains éléments sont admis, dont notamment l'immobilier et d'autres placements du même genre. Dans ce dernier cas, les autorités de réglementation fixent généralement un plafond pour chaque catégorie d'actifs.

En l'absence de définitions ou de directives de l'autorité de réglementation, il faut s'appuyer sur le bon sens. Comme l'indique la définition ci-dessus, seuls les actifs de « bonne qualité » pouvant être facilement liquidés sont retenus pour le calcul du ratio de solvabilité (p. ex. les fonds d'État, les obligations et les hypothèques de première qualité, la trésorerie, les intérêts à recevoir sur placements de qualité, et l'immobilier de qualité sur la base d'une évaluation prudente de la valeur actuelle ou de la valeur comptable, selon le plus bas des deux, et ainsi de suite).

Le passif comprend toutes les provisions techniques et autres frais à payer tels que les charges, mais ne comprend ni le capital ni l'excédent (soit les capitaux propres des membres). À défaut de pouvoir déterminer correctement les provisions, le micro-assureur ne pourra pas calculer le passif exact ni, par conséquent, le ratio de solvabilité.

*Pertinence et interprétation*

Simplement dit, le ratio de solvabilité générale indique la solidité financière du programme d'assurance et sa capacité à tenir ses obligations actuelles et futures. Sur le marché commercial, les organismes de réglementation gèrent les questions de solvabilité de plusieurs manières, y compris en fixant des exigences minimales en matière de capital et de réserves additionnelles, des limites en matière d'investissements, des tests d'adéquation du capital, des normes comptables et des exigences d'information.

Une bonne compréhension de ce ratio est importante pour tous les modèles de prestation de micro-assurance. Il va sans dire que, dans le cas d'un programme auto-assuré, le micro-assureur peut le calculer directement, mais seulement s'il a la capacité de calculer ses vrais passifs (voir les chapitres sur les principes clé et les trois premiers indicateurs, soit le ratio du revenu net, celui des dépenses encourus et celui des sinistres encourus). Selon le modèle partenaire-agent, si l'assureur endosse le risque, l'agent doit tout de même se préoccuper de la solvabilité de l'assureur, surtout pour les produits à plus long terme ayant

<sup>23</sup> Extrait du site Web de l'Insurance Information Institute [www.iii.org/media/glossary/](http://www.iii.org/media/glossary/)



un volet épargne conséquent. L'agent doit exiger des états financiers audités ou les obtenir de la part de l'autorité de réglementation – d'ailleurs, un assureur qui ne veut ou ne peut pas présenter des états financiers en temps voulu ne doit pas être choisi comme partenaire. La divulgation des états financiers permet au micro-assureur de s'assurer de l'adéquation du ratio de solvabilité générale de l'assureur – en règle générale, ce ratio doit être de 115 pour cent ou plus. Les assureurs offrant des produits à plus grand risque et les petits assureurs devraient viser un ratio de solvabilité nettement plus élevé. Un ratio plus bas que le minimum recommandé n'est pas forcément préoccupant ; tout dépend du plan d'entreprise de l'assureur et de l'évolution du ratio de l'année en cours et des années précédentes. Par contre, à terme, un ratio de solvabilité trop élevé est un indicateur négatif puisqu'il soulève une utilisation inefficace du capital.

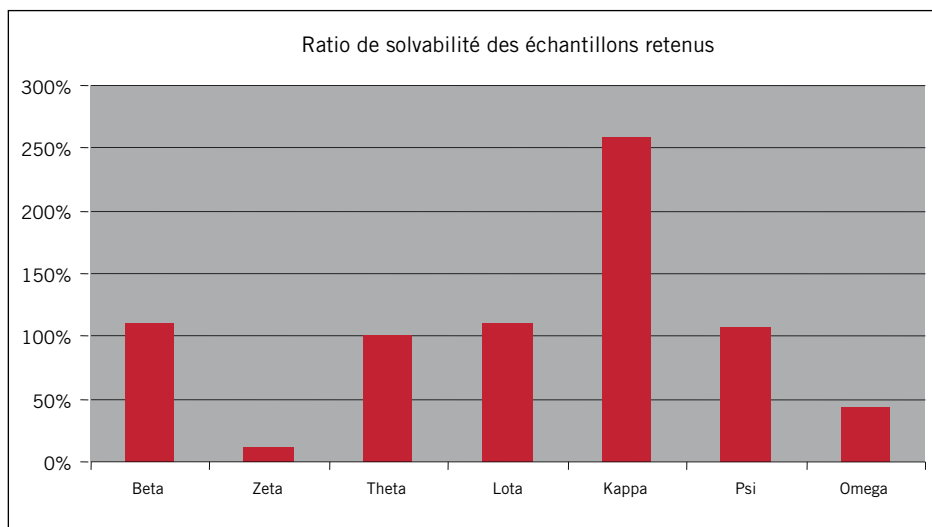
Dans le cas d'une structure partenaire-agent, si le micro-assureur offre des garanties supplémentaires en couvrant des sinistres exclus par l'assureur ou s'il augmente le forfait offert par l'assureur, il faut suivre séparément le ratio de solvabilité de l'agent qui agit comme assureur en plus de celui de la société d'assurance partenaire.

#### *Interprétation sociale*

Quel que soit le programme d'assurance, la solvabilité à long terme est une garantie de protection pour ses clients. Un défaut de paiement par un programme de micro-assurance aurait un impact négatif sur la confiance des clients ainsi que sur leur intérêt pour les services d'assurance, même s'ils en ont besoin.

#### *Performance de l'échantillon*

En l'absence de certaines provisions, la plupart des programmes affichent un ratio de solvabilité positif.



- Dans le cas de ZETA, il y a certainement erreur, car le ratio est beaucoup trop bas – or, comme il s'agit d'une société d'assurance commerciale, elle est suivie annuellement par une instance de réglementation ; il y a donc forcément une erreur de calcul.
- Dans le cas d'OMEGA, le ratio est faible et il faudra faire des efforts pour dépasser le seuil des 100 pour cent.
- PSI est également un assureur et le ratio fourni mesure aussi ses activités d'assurance ordinaires, qui sont beaucoup plus importantes que son programme de micro-assurance. Il semble que cette société gère activement son ratio de solvabilité.

**Indicateur 10 : Ratio de liquidité***Définition*

L'indicateur du ratio de liquidité mesure la trésorerie disponible permettant de satisfaire les obligations à court terme du programme de micro-assurance.

*Mode de calcul*

$$\text{Ratio de liquidité} = (\text{Trésorerie disponible ou équivalents de trésorerie}) / \text{Dettes à court terme (3 mois)}$$

Pour calculer cet indicateur, il faut d'abord obtenir le total de la trésorerie disponible et des placements à court terme qui peuvent être convertis immédiatement en liquide (p. ex. fonds d'État). Ensuite, on calcule les dépenses prévues, les sinistres à payer, les échéances et rachats et toutes autres dettes payables au cours des trois mois à venir pour obtenir le dénominateur du ratio.

Ici, l'indicateur est défini sur une période de trois mois. Les micro-assureurs doivent également évaluer et suivre des périodes plus longues et plus courtes. Pour ces périodes, la formule du ratio de liquidité sera analogue à la précédente.

*Pertinence et interprétation*

La mesure de la liquidité est un indicateur simple mais très important, qui doit être suivi en permanence par les personnes responsables de la gestion des placements. Même s'il affiche un ratio de solvabilité robuste, un programme de micro-assurance peut avoir des difficultés à régler les sinistres et payer les dépenses s'il n'a pas suffisamment de liquidité.<sup>24</sup> L'illiquidité affectera la capacité de règlement rapide des sinistres et, comme nous l'avons déjà souligné, tout retard de traitement des sinistres handicape la promotion des programmes de micro-assurance.

La fonction principale des gestionnaires de fonds consiste à s'assurer que l'argent provenant de l'encaissement des primes, d'intérêts échus, de placements arrivés à terme, etc. sont (ré)investis dans des instruments appropriés qui généreront des intérêts mais qui arriveront à terme au moment le plus proche possible de l'échéance des obligations futures du micro-assureur, tout en maximisant les revenus des placements. En cas de surconcentration des placements dans des actifs à long terme tels que l'immobilier et les obligations à long terme, le micro-assureur peut souffrir de problèmes de liquidité à court terme. Par contre, un excès de trésorerie ou de placements à court terme entraîne une liquidité excessive et des opportunités de placement perdues. Si le rendement des placements diminue, il sera peut-être nécessaire d'augmenter les primes ou de diminuer les prestations.

*Interprétation sociale*

Trop de liquidité entraîne des coûts plus élevés ou des prestations réduites pour les clients, car le rendement des placements est ainsi plus faible. Inversement, trop peu de liquidité retardera le règlement des sinistres, voire entraînera la faillite, ce qui aura un impact catastrophique sur les clients en attente des indemnités respectivement des prestations.

*Performance de l'échantillon*

En règle générale, les programmes auto-assurés ne font pas une gestion systématique du ratio de liquidité et ne le calculent pas sur la base des sinistres à payer et d'autres dépenses prévus. Nombre d'entre eux sont surliquides, en partie parce qu'ils éprouvent de la difficulté à trouver des placements adéquats ou parce qu'ils ne sont pas conscients des conséquences.

<sup>24</sup> Garand et Wipf, 2006: 328.

## 2. MESURER LA PERFORMANCE : QUESTIONS D'INTERPRETATION

Les programmes de micro-assurance varient et diffèrent énormément à travers le monde, en termes de produits, de modes de distribution, de capacité de gestion et de nombreuses autres façons. De la même manière, le contexte et l'environnement dans lesquels évoluent les programmes influencent leur développement et leur performance. Cette diversité rend les comparaisons de performance entre les programmes difficiles et parfois artificielles. C'est pourquoi une certaine prudence devrait accompagner toute conclusion sur la performance relative. Certaines de ces questions ont déjà été évoquées dans le chapitre précédent mais exigent d'être abordées de façon plus détaillée dans le présent chapitre.

### 2.1 Les produits d'assurance vie

Il existe de nombreux produits différents de micro-assurance vie. Les principales catégories de produits comprennent notamment l'assurance vie temporaire, l'assurance vie entière, l'assurance mixte et l'assurance vie de crédit. Toutes donnent lieu à un paiement en cas de décès de l'assuré. Beaucoup d'entre elles offrent des garanties complémentaires telles que l'assurance invalidité, la couverture décès par accident, la couverture des frais d'obsèques ou un volet épargne.

Les produits d'assurance vie se différencient principalement par leur durée, le montant et le modèle de la couverture, les modalités de paiement de primes, les exigences de souscription, entre autres. Il existe deux grandes catégories de produits d'assurance vie : les produits individuels et les produits collectifs. L'assurance vie de crédit est un des produits d'assurance vie collective les plus populaires.<sup>25</sup> La période de garantie varie d'un jour à plusieurs années, car elle s'achève généralement en même temps que le crédit qui lui est associé. Le montant de la garantie de l'assurance vie de crédit est soit fixe, soit indexé au solde à payer au moment du décès de l'emprunteur.

La plupart des indicateurs de performance s'appliquent à tous les types de produits d'assurance vie. Cependant, certains cas d'exception méritent d'être soulignés. Premièrement, l'indicateur du taux de fidélisation ne s'applique pas vraiment aux programmes d'assurance vie de crédit, où la souscription est obligatoire pour accéder au crédit. Dans un tel cas, la reconduction de la police dépend presque entièrement du renouvellement ou non du prêt, qui est lui-même déterminé par d'autres facteurs tels que la satisfaction par rapport aux prestations du prêteur, les antécédents de crédit, les taux d'intérêt, etc. Néanmoins, il est concevable que la non-reconduction d'un prêt soit liée aux expériences négatives d'autres sinistrés. Deuxièmement, et de la même façon, le taux de couverture présente une valeur interprétative limitée pour les programmes d'assurance vie de crédit (ainsi que pour d'autres produits à participation obligatoire), mais il peut toujours apporter quelques informations utiles comme indiqué au chapitre 1.

Troisièmement, pour l'assurance mixte et les produits d'assurance vie similaires qui permettent la constitution d'une importante valeur d'épargne, les indicateurs dont la formule comporte les primes acquises dans le dénominateur (ratio de revenu net, ratio des dépenses engagées et ratio des sinistres encourus) peuvent varier avec le temps selon l'ancienneté du programme et la manière dont il évolue depuis son démarrage. Au fil du temps, le ratio des sinistres encourus commence à augmenter étant donné qu'une assurance mixte est financée en grande partie par les intérêts accumulés d'année en année. Selon le modèle de croissance du nombre de nouvelles polices d'assurance mixte vendues au fil des ans, le ratio des sinistres encourus peut même atteindre 100 %, voire plus. De la même façon, pour ce type de produit, le ratio des dépenses engagées est généralement beaucoup plus bas que celui d'un produit d'assurance vie pur proposant une garantie décès similaire.

En règle générale, les produits de micro-assurance vie sont plus difficiles à vendre que, par exemple, l'assurance maladie, dans la mesure où les avantages de cette dernière sont « plus tangibles ». De nombreuses raisons peuvent expliquer cette situation, allant des préjugés culturels au fait de ne pas envisager la possibilité d'une mort prématurée. Cela a clairement un effet négatif sur les indicateurs commerciaux (taux de fidélisation, taux de couverture) qui peuvent, toutes choses égales par ailleurs, avoir tendance à être plus bas que ceux d'autres produits mieux perçus. Cette analyse, si elle paraît évidente, sous-entend néanmoins une séparation des programmes de micro-assurance vie des autres programmes lors de l'établissement de valeurs

25 L'assurance vie de crédit individuelle est également disponible sur le marché commercial.

de référence (benchmarks) pour ces deux indicateurs. En outre, il faudrait séparer les programmes d'assurance vie à participation obligatoire des programmes à participation volontaire en comparant les indicateurs de ratio de croissance, de taux de couverture et de taux de fidélisation.

Habituellement, l'assurance vie est proposée dans un produit groupé et doit par conséquent être isolée et analysée séparément, comme précisé au chapitre 1. Pour les produits groupés, l'ensemble des dépenses engagées doit être réparti de façon appropriée entre les différents produits du groupe.

Pour les produits à plus long terme et pour ceux qui comportent un volet épargne, le principe d'une politique de placement claire est particulièrement important. Le prix des produits d'assurance mixte, par exemple, est établi en supposant des revenus financiers à taux fixe étalés sur la durée de la garantie ; si ce taux fixe n'est pas réalisé, le produit perdra de l'argent. En plus, il y aura des décès, des rachats et des échéances. Tous ces sinistres doivent être envisagés et des provisions constituées en conséquence afin de limiter au maximum le risque d'illiquidité. Inversement, un excès de liquidité résulte normalement en une baisse des revenus financiers, voire en une insuffisance de fonds pour honorer l'assurance mixte lorsqu'elle arrivera à échéance. D'où l'importance cruciale de l'adéquation de l'actif et du passif pour ce type d'assurance, au même titre que la mise en œuvre d'une politique de placement claire. L'indicateur de liquidité doit aussi être contrôlé.

## 2.2 Les produits d'assurance maladie

Si la micro-assurance maladie est souvent plus facile à vendre que l'assurance vie, elle est sans doute plus difficile à gérer. La plupart des compagnies d'assurance à but lucratif ne proposent pas d'assurance maladie, sauf en matière d'accidents. Il existe aujourd'hui une très grande variété de programmes de micro-assurance maladie à travers le monde. La plupart d'entre eux sont relativement récents et encore en phase expérimentale. Seuls quelques-uns sont viables, mais beaucoup se montrent très prometteurs et novateurs.

L'une des principales difficultés liées à l'assurance maladie, c'est que les services sont généralement fournis par un tiers. De ce fait, il n'est pas aisé d'en assurer la bonne qualité, de contrôler les coûts des services, d'empêcher la fraude et la surfacturation, voire le recours abusif, etc. Pour surmonter cette difficulté, il est important de collecter de façon continue des données propres et fiables sur les sinistres et les expositions aux risques pour assurer une analyse et un suivi permanents afin de détecter rapidement toute anomalie ou tendance défavorable. Pour s'assurer de la fiabilité de l'image de l'activité, les tendances en matière de fréquence (incidence) et des montants des sinistres doivent être contrôlées séparément pour chaque catégorie de garantie. Une analyse des sinistres au niveau de chaque prestataire de services permettra de détecter tout abus ou traitement inapproprié de sa part. Il est donc évident que les principes relatifs à la collecte des données et au suivi permanent des sinistres, ainsi que l'indicateur « ratio des sinistres encourus », sont particulièrement importants pour la micro-assurance maladie.

Les principes et indicateurs clé s'appliquent aussi aux produits d'assurance maladie. En effet, pour assurer de la viabilité et d'une large adhésion, il faut garantir un bon taux de satisfaction qui peut seulement s'obtenir grâce à un service de qualité à prix raisonnable, ainsi qu'à une bonne sensibilisation de la clientèle. Une telle approche aura des résultats visibles pour les indicateurs suivants : taux de couverture, taux de fidélisation, taux de croissance.

## 2.3 Les produits de micro-assurance retraite et autres produits connexes

Sur les marchés d'assurance matures, la plupart des prestations de retraite sont des instruments d'épargne-retraite et ces produits comportent généralement deux phases : une phase d'accumulation au cours de laquelle l'épargne et les revenus des placements alimentent un fonds de pension personnel, et une phase de paiement pendant laquelle l'épargne accumulée au titre de la pension est déboursée à compter de la date de la retraite, et ce, sous forme d'indemnité forfaitaire, de rente à terme fixe ou d'une rente

viagère. Depuis peu, l'on note une multiplication des produits de micro-assurance retraite. Ces produits comportent habituellement une phase de paiement simplifiée se limitant au paiement d'une indemnité forfaitaire ou d'une rente à terme fixe sur une très courte durée. En effet, les rentes à long terme et les rentes viagères sont extrêmement risquées et ne peuvent être supportées que par des assureurs ayant accès, au plan national, à un marché obligataire et hypothécaire secondaire bien réglementé, ce qui est rarement le cas dans les pays en développement.

Les indicateurs dont le dénominateur comporte les primes acquises ne s'appliquent pas aux produits comportant uniquement des prestations de retraite, car ces derniers n'ont pas de primes acquises. Là où il existe une composante « assurance vie », ces types d'indicateurs sont déformés pour les mêmes raisons que les assurances mixtes. Pour les produits de retraite purs, le ratio de revenu net et le ratio des dépenses peuvent toujours être calculés comme un ratio des montants de cotisation tel que décrit au chapitre 1.

Étant donné que les produits retraite sont habituellement des produits de longue durée, le taux de fidélisation sera remplacé ici par le taux de maintien (voir chapitre 1). Les indicateurs commerciaux s'appliquent toujours et reflètent, entre autres, l'existence d'une culture d'épargne, la qualité des autres offres sur le marché et le degré de confiance dans l'institution chargée de placer l'argent. La politique de placement et les principes connexes, ainsi que le ratio de solvabilité, sont d'une importance capitale. Ils doivent être suivis à la fois dans l'ensemble, pour l'assureur, et séparément, pour le produit retraite.

L'une des pratiques les plus dangereuses pour les programmes auto-assurés et les sociétés d'assurance consiste à offrir des taux d'intérêt garantis à long terme pendant la phase d'accumulation, sans posséder d'actif pour couvrir ces garanties. En effet, le taux d'intérêt de la phase d'accumulation doit toujours correspondre à des revenus de placements réels dans le portefeuille des provisions ; toute autre pratique de la part de l'institution de placement relève du pari, car nul ne peut prévoir l'évolution future des taux d'intérêt. D'ailleurs, si l'on devait mettre en place des indicateurs et un mécanisme d'évaluation pour mesurer la qualité de la gestion, un indicateur signalant cette pratique constituerait une priorité.

## 2.4 Autres produits d'assurance

Généralement, les produits tels que l'assurance des biens sont appelés des « produits d'assurance de dommages » (sur certains marchés, l'assurance maladie est traitée comme un produit d'assurance de dommages). La plupart des produits d'assurance vie, maladie et retraite peuvent être auto-assurés sans risque en supposant l'existence des aptitudes professionnelles et techniques nécessaires, d'un groupe d'assurés suffisant important et des économies d'échelle. Certains risques aux résultats financiers plutôt variables, comme l'assurance récolte ou l'assurance des biens, devraient être gérés de préférence par une société d'assurance ou de réassurance.

Pour être viables à long terme, les produits tels que l'assurance récolte, l'assurance mauvais temps et l'assurance des biens exigent des groupes d'assurés beaucoup plus importants, avec une réassurance adéquate. Ces produits assurent habituellement des événements qui peuvent toucher des zones très vastes, résultant parfois en une grande accumulation de sinistres en peu de temps. De tels événements retardent généralement le règlement des sinistres, car il peut s'avérer nécessaire qu'un expert en sinistres visite chaque site concerné ; dans ce cas, un bon plan de règlement des sinistres en cas de catastrophe permet d'assurer un règlement rapide. Par contre, une structure mal préparée obtiendra un score médiocre au titre de l'indicateur de rapidité de règlement des sinistres.

Pour l'assurance des biens, la cause des problèmes provient d'une mauvaise compréhension des risques couverts et des événements donnant lieu une demande d'indemnisation ainsi que d'une description insuffisante des biens assurés avant le sinistre. En cas de catastrophe touchant une zone importante (p. ex. tremblement de terre ou inondation), ces problèmes de compréhension augmentent le taux de rejets de demandes d'indemnisation et l'insatisfaction qui en résulte affectera les indicateurs commerciaux au cours de la période de renouvellement suivante.

## 2.5 Aspects organisationnels

Comme nous l'avons déjà indiqué, la performance d'un programme de micro-assurance doit être envisagée avant tout du point de vue du membre assuré ou du client. De ce fait, nous avons abordé les principes et indicateurs de performance de manière générique et, malgré la grande diversité des modes de prestation, l'interprétation des indicateurs est similaire pour les différents modèles, d'où l'intérêt, encore une fois, de mesurer la valeur du programme du point de vue du client. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les modèles affichent la même performance. Chaque modèle présente en effet des avantages et des inconvénients, qui s'exprimeront sans doute à travers les indicateurs de performance. La comparaison entre les programmes est abordée dans le chapitre consacré au benchmarking (chapitre 3).

Il existe différents critères de classement des programmes de micro-assurance (p. ex. selon la partie qui supporte le risque, la structure de l'organisation, le mode de distribution, le statut juridique, etc.). La prise en charge du risque demeure un des critères les plus importants ; en effet, soit l'organisation principale est auto-assurée, soit elle cède le risque à une autre entité de gestion de risque telle qu'une société d'assurance agréée (cas du modèle partenaire-agent). Beaucoup de structures relèvent des deux catégories, en ce qu'elles supportent une partie du risque pour un produit donné et cèdent la partie restante. Par exemple, l'agent peut prendre en charge certains événements exclus par l'assureur ou rajouter des garanties pour améliorer le produit de l'assureur. Dans ce cas, on peut très bien considérer l'agent comme le micro-assureur principal et l'assureur comme le réassureur. Dans d'autres cas, la structure promotrice peut supporter la totalité du risque pour un produit donné, tout en cédant la totalité du risque pour un autre produit.

Si nous abordons ici les structures qui cèdent le risque à un assureur, c'est pour illustrer le mode de calcul des indicateurs de performance du modèle de prestation à partenaires multiples ou « modèle partenaire-agent », comme on l'appelle communément. Habituellement, la distribution est gérée par un agent (le promoteur du programme) et la gestion du risque est confiée au partenaire supportant le risque, que nous supposons ici être une société d'assurance agréée. Dans le cas de l'assurance maladie, le traitement des sinistres peut être assuré par une tierce partie administratrice (TPA). Dans d'autres cas, les sinistres sont traités par l'assureur, par l'agent ou par toutes les parties prenantes. Dans la plupart des programmes, « l'agent » est une structure ayant une clientèle ou des membres dont la famille a besoin de services de gestion de risques. Cette structure pourrait correspondre à un employeur, une association, une coopérative, une IMF ou tout autre type de groupe. La participation au programme de micro-assurance peut être volontaire ou obligatoire (automatique). En général, l'agent bénéficie d'une commission pour couvrir les frais de distribution. Il peut aussi être bénéficiaire si ses actifs sont protégés contre les conséquences du décès, de l'invalidité, de la maladie du client ou contre d'autres sinistres éventuels.

Nous avons déjà noté qu'afin de favoriser l'évaluation des performances du point de vue du client, tous les partenaires doivent coopérer et préparer un tableau global des performances du programme de micro-assurance avant de tenir compte de la réassurance. Pour que le calcul des indicateurs soit possible, il faut donc consolider leurs différentes bases de données et états financiers liés au programme. Il est sans doute préférable que l'agent dirige cet effort de collaboration, dans la mesure où la qualité des prestations offertes à sa clientèle lui tient à cœur.

Les dix indicateurs clé sont pertinents pour tout programme qui supporte des risques, dont notamment les programmes partenaire-agent. Le tableau suivant résume les principaux éléments exigés pour le calcul de ces indicateurs :

<b>Indicateur</b>	<b>Données et autres éléments nécessaires au calcul des indicateurs</b>
Ratio de revenu net	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'assureur doit fournir un bilan et un état des résultats pour le programme, c'est-à-dire pas seulement pour l'ensemble de la société d'assurance.</li> <li>2) L'état des primes acquises doit être fourni par l'assureur.</li> <li>3) Si une TPA est impliquée, ses frais doivent être inscrits au chapitre des dépenses.</li> <li>4) La TPA peut être responsable de la base de données des sinistres ; l'assureur se servira de cette dernière pour prévoir les charges et les provisions pour sinistres.</li> <li>5) L'agent/le promoteur doit séparer ses données de micro-assurance des données de ses autres activités tel qu'indiqué dans les principes 1 et 2, et dresser des états financiers conformément au Principe 3.</li> </ol>
Ratio des dépenses engagées	Les dépenses de tous les partenaires doivent être prises en compte.
Ratio des sinistres encourus	Les sinistres réglés et les provisions pour sinistres se calculent à partir d'une base de données de sinistres vérifiés. Si l'agent verse des indemnités supplémentaires, celles-ci doivent être mentionnées.
Taux de fidélisation	Il convient de calculer régulièrement le taux de fidélisation grâce à une application SIG rattachée à la base de données des clients et l'historique des garanties. Cette base de données sera probablement gérée par l'agent.
Rapidité de règlement des sinistres	Le calcul de cet indicateur fait appel à la base de données des sinistres ainsi qu'à d'autres sources.
Ratio de rejets de demandes d'indemnisation	Le calcul de cet indicateur fait appel à la base de données des sinistres ainsi qu'à d'autres sources.
Ratio de croissance	Il convient de calculer régulièrement le ratio de croissance grâce à une application SIG rattachée à la base de données des clients et l'historique des garanties. Cette base de données sera probablement gérée par l'agent.
Taux de couverture	Pour calculer cet indicateur, l'agent doit définir son marché cible (voir chapitre 2).
Ratio de solvabilité	Il convient de calculer le ratio de solvabilité pour l'assureur, d'une part, et pour le programme, d'autre part. Si l'agent verse lui-même des indemnités, il a besoin de provisions. Celles-ci doivent être prises en compte dans le calcul du ratio de solvabilité des programmes.
Ratio de liquidité	Le ratio de liquidité doit être déterminé autant pour l'assureur que pour l'agent si ce dernier participe au paiement des indemnités.

En résumé, les performances sont influencées par de nombreux paramètres différents tels que le contexte culturel, le type de produit, les aspects organisationnels, l'emplacement et la répartition géographiques, l'ancienneté du programme, etc. Ces paramètres ne seront pas abordés ici, mais le lecteur et le praticien doivent tenir compte de leur importance et les avoir à l'esprit en comparant les performances de différents programmes.

### 3. COMPARER CE QUI EST COMPARABLE : LA QUESTION DU BENCHMARKING

#### 3.1 C'est quoi, le benchmarking ?

Les chapitres précédents portent essentiellement sur la description et l'explication des indicateurs de performance clé pour les programmes de micro-assurance. Dans la mesure du possible, les données des échantillons disponibles ont été examinées au cours de l'atelier et utilisées pour calculer les indicateurs clé. Pour certains indicateurs, notamment le ratio de solvabilité, une valeur minimum cible a été suggérée. Au chapitre 2, des considérations particulières liées à certaines gammes de produits et modes de prestation ont été examinées.

Pour certains lecteurs et praticiens, la question demeure : « Quelles valeurs des différents indicateurs reflètent des performances médiocres ou moyennes, bonnes ou excellentes ? » La réponse dépend de nombreux facteurs, parmi lesquels le type de produit, le mode de fonctionnement, l'endroit, la taille et l'ancienneté du programme, etc. Cependant, pour tout programme, l'évaluation de la performance doit se situer par rapport à celle des pairs. C'est tout l'intérêt des benchmarks ou valeurs de référence. Comme le secteur est encore très récent, il est nécessaire de disposer en permanence d'informations à jour sur les bonnes pratiques et la performance du secteur afin de guider les gestionnaires dans leur pratique. Comparer leurs indicateurs aux benchmarks établis pour des structures similaires dans des situations analogues permet aux responsables d'envisager la possibilité de procéder autrement et de s'interroger sur les raisons des performances supérieures d'autres structures. Une telle réflexion peut susciter des changements qui généreront en fin de compte une meilleure performance et plus d'avantages pour l'assuré.

Dans le secteur de l'assurance commerciale « de nombreuses sociétés [...] utilisent les benchmarks du secteur pour comparer leur performance à celle de leurs concurrents, et cela les aide à savoir dans quels domaines ils doivent s'améliorer. Un ensemble pertinent d'indicateurs associé à des benchmarks reconnus par le secteur (normes de performance) peut servir de repère à la direction, au conseil d'administration et aux autres parties prenantes, leur permettant de s'assurer que la société reste solvable et que ses performances continuent de s'améliorer. »<sup>26</sup>

Les leaders des entreprises reconnaissent l'impact du benchmarking sur le développement du secteur. Le site Web du service de benchmarking « The Benchmarking Exchange » le décrit comme un outil, un processus et une pratique très respectée :

- « **Le benchmarking est un outil** qui vous permet d'améliorer vos processus d'affaires. **Tout** processus d'affaires peut faire l'objet d'un benchmarking.
- **Le benchmarking est un processus** qui consiste à identifier, comprendre et adapter les meilleures pratiques de structures du monde entier, pour aider votre société à améliorer ses performances.
- **Le benchmarking est une pratique très utilisée par le monde des affaires.** C'est une activité qui se tourne vers l'extérieur pour chercher les meilleures pratiques et performances, puis mesure les entreprises à l'aune de ces objectifs. »<sup>27</sup>

Les objectifs de l'**Insurance Industry Association For Benchmarking™** des États-Unis nous renseignent sur son utilisation du benchmarking :

- « Créer un environnement de coopération permet la mise à disposition et le partage à coût raisonnable d'une bonne compréhension de la performance et des démarches favorisant la mise en œuvre des meilleurs processus commerciaux.
- Mettre à profit l'efficacité du consortium [d'assureurs participants] pour obtenir, de la part de sociétés du secteur des assurances et d'autres secteurs, des données sur la performance des processus et sur les meilleures pratiques connexes.
- Favoriser le recours au benchmarking pour faciliter l'amélioration des processus et l'obtention d'une qualité absolue. »<sup>28</sup>

26 Garand et Wipf, 2006: 321.

27 Voir [www.benchmark.com/wib.htm](http://www.benchmark.com/wib.htm)

28 Voir [www.iiab.org](http://www.iiab.org)



## 3.2 Le benchmarking peut-il servir la micro-assurance ?

Par analogie aux entreprises commerciales, les responsables de la micro-assurance peuvent créer des réseaux de collaboration en matière de benchmarking dans chaque pays et/ou au niveau international. Par exemple, des centres de recherche en micro-assurance ont déjà été créés aux Philippines et en Inde - l'utilité de ces centres pour la collaboration dans le secteur n'est plus à démontrer et peut être considérée comme une valeur ajoutée desdits centres. Cela vaut tout particulièrement pour les centres de recherche fondés par un groupe de micro-assureurs dans la mesure où ces groupes sont déjà habitués à collaborer dans d'autres domaines.

Dans tous les cas, il est possible de créer un référentiel de données où les utilisateurs enverront périodiquement des « photos » ou des « copies instantanées » de leurs bases de données et, pour peu que chaque base de données contienne les informations requises, on peut facilement programmer des utilitaires de migration de données pour les convertir au format normalisé du référentiel de données consolidées. Les données partagées doivent être partiellement masquées pour protéger la nature privée de certains éléments (p. ex. en supprimant les noms et coordonnées des clients ou des membres). Une fois les données converties au format requis, les indicateurs de performance peuvent être évalués et éventuellement publiés ou mis en ligne.

## 3.3 Quelles sont les difficultés ?

Certains acteurs de la micro-assurance sont réticents à l'idée du benchmarking de crainte que les bailleurs de fonds n'orientent plus leur aide que vers les programmes affichant les « meilleures performances » au regard des indicateurs. Certains redoutent en effet d'être « obligés », pour « décrocher » le financement des bailleurs de fonds, d'abandonner leurs innovations sur mesure et de se développer d'une façon qui serait moins optimale pour gérer les exigences particulières de leurs clients ou de leurs membres. Comme l'a indiqué l'un des participants à l'atelier, « pour être compétitifs, tous les programmes devront se conformer à un moule unique, exactement comme dans le secteur de la microfinance ». En outre, on peut craindre que les organismes de réglementation adaptent les valeurs des indicateurs de programmes parmi les plus performants pour les ériger en benchmarks de performance minimale, imposant ainsi un niveau trop difficile à atteindre pour la majorité des programmes. Ces possibilités présentent effectivement un risque, mais on peut contourner ces risques grâce à un lobbying, une communication et une documentation efficaces et soutenues portant sur la diversité, les besoins et les réalisations du secteur.

Une deuxième difficulté réside dans le coût du benchmarking. Au bout du compte, en l'absence de subventions, ces coûts seront répercutés sur l'assuré. Toutefois, ils seront minimes s'ils sont répartis entre de nombreux clients ou membres des programmes de micro-assurance. Une fois le matériel informatique acquis et les logiciels de gestion de données, les utilitaires de migration de données et les logiciels d'analyse mis en place, les frais de calcul et de diffusion des résultats sont très limités si la participation est assez importante. Pour assurer une adhésion importante, il faut allier une analyse coûts-bénéfices à un marketing soutenu, ainsi qu'un leadership fort et visionnaire émanant du secteur.

### Encadré 3 : Enseignements à retenir de la microfinance

Le secteur de la microfinance fait du benchmarking depuis plus de dix ans et son expérience offre des pistes utiles pour le benchmarking en micro-assurance. Par exemple, l'extrait suivant du site Web MIX, géré par The Microbanking Bulletin (MBB), décrit les progrès accomplis au fil des années :

« Les IMF évoluent dans des environnements variés et diffèrent par leurs champs d'activité et leur marché cible. Par le passé, les IMF avaient du mal à établir des benchmarks adéquats et comparables. Le MBB contourne le problème de la comparabilité des données en utilisant sa base de données (la source d'informations financières et d'indicateurs sociaux la plus complète) pour :

- Créer des groupes similaires appropriés et utiles ;
- Corriger les données afin de les rendre comparables ;
- Offrir des benchmarks fiables et pertinents au secteur de la microfinance.

Pour établir des benchmarks comparables, MIX regroupe les IMF en groupes similaires fondés sur un certain nombre de critères. Ces groupes similaires sont suffisamment spécifiques pour fournir des outils essentiels aux responsables des IMF, leur permettant de comparer leurs performances à celles d'institutions similaires. En même temps, les groupes similaires de MIX comptent assez d'institutions pour assurer la sécurité des données. »<sup>29</sup>

Le site Web explique que le regroupement de micro-assureurs similaires est basé sur trois critères principaux : échelle des opérations, région et marché cible. Les regroupements qui en résultent sont ensuite affinés à l'aide de critères secondaires. Par exemple, le groupe Amérique latine est réparti entre les coopératives d'épargne et de crédit (qui sont mutualistes et essentiellement orientés vers l'épargne) et les IMF (généralement à but lucratif et tournés vers le crédit). La raison principale de ce fractionnement est que la structure des coûts de ces deux modèles est très différente. Un deuxième critère de classement du groupe Amérique latine distingue le niveau de revenu du pays, chaque groupe étant subdivisé en pays à revenu élevé, intermédiaire et faible. En effet, « les conditions de fonctionnement des pays à revenu élevé tels que l'Argentine, le Brésil et le Chili sont très différentes de celles des pays à revenu faible ou intermédiaire de la région, en termes de marché du travail, de niveau de productivité et de caractéristiques de la clientèle. Le grand nombre d'institutions offrant des micro-crédits justifie la division en plusieurs groupes. »<sup>30</sup>

De la même façon, on peut regrouper les micro-assureurs dans un premier temps par type de produit, comme suit : assurance vie de crédit, assurance vie volontaire, produits d'assurance mixte, assurance décès et invalidité accidentelle, assurance des biens, assurance maladie, et assurance bétail, récolte, mauvais temps. Un deuxième critère de regroupement serait basé sur le type de modèle : modèle partenaire-agent, modèle communautaire, etc. Plus les structures participantes sont nombreuses, plus il est possible d'affiner les regroupements sur la base d'une étude minutieuse. De même, on peut corriger les données financières en fonction du taux d'inflation de chaque pays et les comparer dans une devise commune, comme le dollar américain ou l'euro.

<sup>29</sup> Voir [www.mixmbb.org/en/our\\_methodology.aspx](http://www.mixmbb.org/en/our_methodology.aspx).

<sup>30</sup> Ibid.

## 4. ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE SOCIALE

Pour beaucoup, la micro-assurance constitue vaguement un mécanisme de gestion de risques et de protection sociale pour les personnes défavorisées. Toutefois, certains estiment qu'il est nécessaire de définir plus clairement cette activité en la distinguant de la protection sociale. Ils soutiennent en effet que tous les programmes de micro-assurance n'offrent pas de protection sociale. D'autres décrivent la micro-assurance comme un ensemble de programmes à l'usage des pauvres et comportant un volet protection sociale.

Qu'est-ce donc que la protection sociale ? Il existe de nombreuses définitions. Selon la Banque mondiale, « [c']est un ensemble d'interventions qui aident les individus, les ménages et les communautés i) à mieux gérer le risque économique et ii) à offrir un soutien aux plus pauvres et aux plus vulnérables ».<sup>31</sup>

L'agence britannique d'aide au développement (UK Department for International Development) « privilégie une définition plus restreinte de la protection sociale, qui met l'accent sur un sous-ensemble de mesures publiques visant à faire face au risque, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique. Ces mesures comprennent trois types d'instruments :

- **L'assurance sociale**, qui se rapporte à la mise en commun de cotisations individuelles à travers des structures publiques ou privées en vue d'apporter un appui financier en cas d'un choc ou d'un changement de situation ;
- **L'assistance sociale**, qui comprend des transferts non-contributifs d'aide aux personnes jugées vulnérables par la société en raison de leur vulnérabilité ou de leur pauvreté ;
- **L'établissement et l'application de normes minimales** de protection des citoyens sur le lieu de travail. »<sup>32</sup>

Le chapitre du manuel du Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance consacré à la protection sociale offre la définition suivante : « La protection sociale représente bien plus qu'un instrument de gestion des risques individuels. C'est un outil complet et collectif de réduction de la pauvreté, de l'inégalité et de la vulnérabilité. Elle favorise l'équité et la solidarité par la redistribution. [...elle] comprend non seulement des régimes publics de sécurité sociale, mais aussi des programmes privés et non statutaires ayant des objectifs similaires, tels que les sociétés mutuelles et les régimes de retraite professionnels, à condition que les cotisations versées au titre de ces programmes ne sont pas entièrement déterminées par la pression du marché. »<sup>33</sup>

Évidemment, de nombreuses structures communautaires et populaires à travers le monde ont organisé des régimes de micro-assurance comme moyen d'atténuer les risques auxquels les familles les plus pauvres sont confrontées au quotidien et de compenser les limites ou l'absence de programmes de protection sociale financés par l'État. Le site Web GIMI du BIT-STEP définit même la micro-assurance comme « un système qui utilise (entre autres) le mécanisme de l'assurance et dont les bénéficiaires sont au moins en partie des personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, en particulier les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Il se distingue des systèmes créés pour assurer la protection sociale légale des travailleurs de l'économie formelle. »<sup>34</sup>

S'ils sont très utiles pour atténuer le risque de sinistre pour les pauvres, les produits de micro-assurance couvrant les actifs, le bétail et le solde non remboursé des crédits ne protègent pas les risques principaux (maladie, chômage, vieillesse, etc.) faisant l'objet des normes de protection sociale minimale de la convention n°102 du BIT sur la sécurité sociale, adoptée en 1952.<sup>35</sup> Ainsi, ces produits et d'autres produits connexes ne sont pas considérés comme des produits de protection sociale au sens strict de la définition du BIT. Toutefois, ce n'est pas l'avis de nombreux acteurs de la micro-assurance. La définition du site GIMI du BIT, suivant cette logique, ne classerait même pas ces produits comme relevant de la micro-assurance.

31 Michal Rutowski, 2007 : « Presentation at the Iran Social Protection Seminar », juin 4-7, 2007. Banque Mondiale.

32 UK Department of International Development, 2006 : Social Protection Briefing Note Series, No. 1.

33 Jacquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. et V. Schmitt-Diabate, 2006 : The social protection perspective on microinsurance. In Churchill, C. (dir.) : Protecting the poor: A microinsurance compendium. BIT/Fondation Munich-Re, Genève, p 45. Ce chapitre est une adaptation d'une publication BIT-GTZ qui explique comment la protection sociale favorise les principes de solidarité, de dignité et d'égalité.

34 Voir [www.ilo.org/gimi/ShowFAQ.do?sid=24\\_a31\\_170](http://www.ilo.org/gimi/ShowFAQ.do?sid=24_a31_170)

35 Jacquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. et V. Schmitt-Diabate, 2006 : 53.

La protection sociale et la micro-assurance sont donc définies différemment par les diverses parties prenantes. Pour les besoins du présent manuel, nous définissons la micro-assurance comme une assurance pour les pauvres et considérons qu'elle a une fonction de protection sociale ; à cet égard, les programmes « doivent être évalués non seulement quant aux aspects techniques (p. ex. la viabilité financière), mais aussi en fonction de leur capacité à atteindre des objectifs de protection sociale ; l'impact socio-économique de ces programmes sur les membres et les non-membres doit être pris en compte. »<sup>36</sup>

En partant de l'idée que les indicateurs doivent mesurer la capacité à atteindre des objectifs de protection sociale, les indicateurs clé « candidats » en matière de performance sociale comprennent des indicateurs des catégories suivantes, évidemment non exhaustives :

- 1) Indicateurs mesurant la réduction des obstacles à l'accès, qu'ils soient géographiques ou financiers. Par exemple, on peut considérer que certains programmes qui offrent la prise en charge des services de santé locaux et d'hospitalisation atteignent des objectifs de protection sociale. Il convient de mettre au point des indicateurs pour comparer les programmes de micro-assurance maladie selon ce type de critères ;
- 2) Indicateurs mesurant l'amélioration de la qualité des prestations de protection sociale ;
- 3) Indicateurs mesurant la portée au-delà des barrières géographiques, culturelles et ethniques ;
- 4) Indicateurs mesurant le degré de redistribution. Pour un programme de micro-assurance, il s'agit de faire subventionner (entièrement ou en partie) les cotisations des couches les plus défavorisées de la population assurée, soit par les assurés plus aisés ou par les contribuables. On parle aussi de redistribution interne lorsque les assurés plus âgés et à risque paient la même prime que les plus jeunes pour un régime d'assurance vie ou maladie.

Par ailleurs, certains des dix indicateurs clé tels que le ratio des dépenses engagées pourraient sans doute être considérés comme des indicateurs sociaux, et l'interprétation de chacun des dix permet d'évaluer la performance sociale.<sup>37</sup>

#### Encadré 4 : Propositions d'indicateurs de performance sociale

Nous avons demandé aux participants à l'atelier de juillet 2007 d'élaborer quelques indicateurs de performance sociale pour la micro-assurance. Il n'y a eu aucun débat préalable sur la définition de la protection sociale. Plusieurs indicateurs ont été recommandés à la suite de cette réflexion, mais seuls quatre ont été retenus comme « candidats » en vue de leur éventuelle adoption en tant qu'indicateurs de performance sociale clé :

- 1) **Le ratio d'investissement social**, défini comme les dépenses totales d'information, d'éducation et de communication (IEC) divisé par le total des dépenses du programme. Certains participants souhaitaient y inclure d'autres dépenses, dont notamment celles relatives à la promotion des moyens de subsistance.
- 2) **Le pourcentage des assurés vivant sous le seuil de pauvreté**, défini comme le nombre d'assurés vivant sous le seuil de pauvreté divisé par le nombre total des assurés du régime. Pour cet indicateur, une définition précise de la pauvreté sera nécessaire, ainsi qu'un outil permettant d'évaluer le niveau de pauvreté des assurés.
- 3) **La valeur des sinistres encourus comparée au revenu annuel des clients**. Dans la pratique, il faudrait définir clairement ce qui doit être pris en compte dans le revenu annuel dans la mesure où beaucoup d'assurés bénéficient d'avantages en nature ou de prestations de services plutôt que de revenus en espèces.

<sup>36</sup> Jacquier, C., Ramm, G., Marcadet, P. et V. Schmitt-Diabate, 2006 : 46.

<sup>37</sup> En outre, la question se pose de savoir si tous les indicateurs doivent être quantitatifs. Il est possible de définir des indicateurs qualitatifs associés à un système de points permettant de comparer les programmes.

**4) Le coût des indemnités versées comparé au coût de la prime annuelle (assurance maladie).**  
Cet indicateur est très proche du ratio des sinistres encourus.

Certaines autres recommandations ont également été émises, notamment l'application de la tarification uniforme. Une telle pratique mériterait un bon score au titre des indicateurs sociaux, car elle favorise l'inclusion et la redistribution interne.

La mission des participants consistait à proposer une série d'indicateurs préliminaires. Leurs conclusions serviront de point de départ à l'atelier sur les indicateurs sociaux qui sera organisé ultérieurement.

Quels que soient les indicateurs clé finalement retenus, l'évaluation de la performance sociale doit également tenir compte de la fidélité du programme de micro-assurance à son objectif, qui consiste à offrir une protection aux pauvres et aux presque pauvres. En cela, la micro-assurance ne diffère guère de l'assurance commerciale et mutuelle au moment de son émergence au début des années 1900. Ces sociétés d'assurance pionnières comptent aujourd'hui parmi les plus grandes sociétés d'assurance du monde. Cependant, au cours de leur développement certaines ont abandonné leurs marchés initiaux pour faire fortune en desservant des populations aux revenus plus élevés. C'est une tendance naturelle étant donné qu'il est plus facile et plus rentable de s'occuper de populations aisées. La micro-assurance étant très difficile à gérer, notamment en ce qui concerne les volets maladie et protection des biens, les praticiens doivent s'efforcer de continuer à servir les populations à faible revenu.

Un autre aspect à ne pas perdre de vue, c'est la valeur des produits offerts pour la population cible, qui doit y trouver son compte sans être manipulée par des tactiques alarmistes. L'indicateur du ratio des sinistres sert à évaluer dans quelle mesure le produit offre des avantages et services de valeur raisonnable aux clients cibles. Par ailleurs, nous espérons aussi que les bénéfices seront raisonnables, le but de la micro-assurance n'étant pas de tirer profit des pauvres en remplaçant les prêteurs locaux, avec des pratiques et des marges bénéficiaires semblables. Les bénéfices doivent être limités pour favoriser l'atteinte des objectifs et la protection des clients. Enfin, un micro-assureur poursuivant des objectifs sociaux doit logiquement viser à rationaliser la distribution dans la mesure où il a le devoir de protéger les pauvres des produits inadaptés et trop chers.

En résumé, la performance sociale, c'est aussi ce que l'on appelle le résultat social ou « second bottom line ». Pour évaluer la performance, une bonne gestion ne suffit pas ; il faut aussi tenir compte de la capacité à aider les pauvres à atténuer les risques auxquels ils font face. Pour obtenir de bons résultats à ce niveau, l'organisation doit se donner un objectif social clairement énoncé dans sa déclaration de mission et son plan d'entreprise.

## ANNEXES

### A. FACTSHEET MICRO-ASSURANCE

La « Factsheet Micro-Assurance » est un classeur Excel comportant six onglets, un certain nombre d'onglets cachés et un outil facile à utiliser avec des tableaux et des graphiques permettant le suivi des performances financières de la micro-assurance.

Voici la liste des six onglets ou feuilles de calcul :

**Feuille BRS00 : Identification**

**Feuille BRS01 : Bilan**

**Feuille BRS02 : Compte des résultats**

**Feuille BRS03 : Extras**

**Feuille BRS04 : Indicateurs financiers**

**Feuille BRS05 : Graphiques**

#### **Pour la micro-assurance ?**

La « Factsheet Micro-Assurance » reprend les termes et les définitions du présent manuel pour le secteur de la micro-assurance. Néanmoins, du fait qu'il n'existe pas encore une normalisation de l'ensemble du secteur, certains termes et définitions peuvent varier à certains endroits.

La version la plus récente de la Factsheet Micro-Assurance est disponible sur [www.brs-vzw.be/factsheet](http://www.brs-vzw.be/factsheet)

#### **Choix de langues ?**

La « Factsheet Micro-Assurance » est actuellement disponible en trois langues : l'anglais, le français et l'espagnol. À tout moment, l'utilisateur peut passer d'une langue à l'autre, en la choisissant dans le menu déroulant au coin supérieur gauche de toutes les feuilles.

#### **Facilité d'utilisation ?**

Chaque élément figurant sur les feuilles correspond à une référence (p. ex. A10). La plupart de ces éléments sont accompagnés d'explications qui apparaissent dans une fenêtre contextuelle si l'on double-clique sur la référence. Des informations supplémentaires sur les différents indicateurs figurent dans ce manuel.

La saisie de données dans la « Factsheet Micro-Assurance » est simple et évidente pour toute personne possédant des connaissances générales en matière d'établissement de rapports comptables et de micro-assurance. Il faut deux à trois heures pour créer un premier rapport à partir d'une feuille vierge ; il suffit de 15 minutes pour une mise à jour. Il est fortement recommandé à ceux qui l'utilisent pour la première fois de commencer par la lecture du manuel fourni à la dernière page de la « Factsheet Micro-Assurance ».

## B. GLOSSAIRE

### A

Actifs admis	Actifs agréés par un régulateur dans le cadre de l'évaluation de la santé financière d'un assureur/micro-assureur. Ces actifs sont généralement de bonne qualité et peuvent facilement être vendus en cas de liquidation et/ou constitués en garantie.
Actuaire	Expert en assurance, plus précisément en mathématiques, qui applique la théorie de la probabilité aux assurances et se charge du calcul des primes, provisions mathématiques et autres évaluations.
Aléa moral	L'aléa moral correspond généralement au risque de demandes d'indemnisation frauduleuses.
Assurance mixte	Forme d'assurance vie au titre de laquelle le capital assuré est versé (a) si le décès intervient pendant une période définie ou (b) si, à la fin de ladite période, l'assuré est toujours en vie.
Assurance vie entière	Assurance vie au titre de laquelle la garantie reste effective pendant toute la vie de l'assuré, à condition que les primes soient versées comme prévu dans la police.
Assurance vie temporaire	Assurance vie au titre de laquelle l'indemnité n'est payable que si l'assuré décède pendant une période précise. Aucune indemnité n'est versée si l'assuré survit au-delà de cette période.
Assureur commercial	Société menant une activité d'assurance dans le but de réaliser des bénéfices.

### C

Capital et/ou excédent exigés	Montant des actifs exigés par un régulateur ou une personne prudente pour contracter une assurance.
Catégorie d'actifs	Type d'actifs (p. ex. immobilier, actions, obligations, etc.).
Coassurance	Signifie que plusieurs assureurs participent au risque. Ici est visée la participation de l'assurée, resp. la franchise proportionnelle. Au sens le plus général, la coassurance renvoie à la couverture d'une partie du risque par l'assuré. Elle peut prendre différentes formes, mais habituellement, il s'agit du paiement d'un pourcentage des dépenses engagées par l'assuré. Par exemple, une coassurance de 10 % pour un programme d'assurance maladie signifie que ce dernier ne paiera que 90 % du coût des actes couverts, alors que les 10 % restants seront à la charge de l'assuré.
Comptabilité d'exercice	Méthodologie comptable constatant les revenus dans la période au cours de laquelle ils sont acquis, même s'ils sont encaissés au cours d'une autre période. De la même façon, elle constate les dépenses dans la période en cours même si elles sont décaissées pendant une autre période.
Co-paiement	Pourcentage d'un coût encouru qui est payé par l'assuré (voir aussi Coassurance).

Correspondance actif-passif	Processus qui consiste à prévoir les flux de passifs (sinistres, dépenses, etc.) et à mettre en place des placements correspondants pour couvrir les passifs en s'assurant que les rendements et échéances coïncident avec les obligations résultant des flux de trésorerie prévues.
Cotisation des membres	Certains programmes mutualistes exigent une cotisation initiale et/ou périodique.

**D**

Dépenses encourues	Les dépenses engagées (avant subventions) reflètent en principe toutes les charges effectivement encourues pendant l'exercice comptable, y compris l'amortissement du matériel, les amortissements pour dépréciation et les commissions. Elles peuvent être égales aux charges ayant un effet sur la trésorerie mais pas forcément.
Durée de couverture	Conditions définies par la compagnie d'assurance pour le versement d'indemnités aux assurés

**E**

Échéance de placement	Placement arrivé à échéance et devant être payé à l'investisseur.
-----------------------	---

**F**

Frais de rachat	Somme que l'assuré reçoit en guise de remboursement sur annulation de la garantie.
Frais de règlement des sinistres	Frais administratifs relatifs à l'examen et à l'organisation du paiement des indemnités aux assurés

**I**

Incidence des sinistres	Probabilité pour un assuré de subir un sinistre qui l'autorise à demander des indemnités.
-------------------------	---

**M**

Micro-assureur autonome	Micro-assureur supportant la totalité du risque assuré.
Modèle partenaire-agent	Mode de prestation d'assurance utilisé par certaines structures. L'assureur couvre le risque, mais il a recours à un partenaire ou agent pour fournir le produit ou les services administratifs au marché cible.



## P

Prestataire de services	Structure fournissant un service (p. ex. un service administratif, le traitement des données, la gestion de sinistres ou toute autre fonction nécessaire pour des prestations d'assurance). Il peut s'agir de l'assureur ou d'une autre entité ne supportant aucun risque.
Primes acquises	Primes échues au cours de la période (sauf primes au comptant) moins la variation de la provision pour primes non acquises (voir explication ci-dessous).
Provision	Provision ou fonds comptable constitué pour financer les futurs passifs nets d'un programme de micro-assurance.
Provision pour charges à payer	Provision couvrant la valeur actuarielle courante des charges à payer.
Provision pour imprévus	Provision permettant de reporter la distribution des bénéfices ou d'atténuer les variations statistiques liées aux sinistres. Seuls quelques assureurs ont recours à cette pratique.
Provision pour sinistres survenus mais non déclarés	Cette provision correspond aux sinistres qui ont eu lieu mais n'ont pas encore été déclarés à l'assureur à la fin de l'exercice comptable.

## R

Référentiel de données	Entrepôt de données.
Régime mutualiste	Régime d'assurance dont les assurés sont également les propriétaires
Rente à terme fixe	Contrat prévoyant une rente à verser au cours d'une période déterminée, que le souscripteur soit vivant ou décédé
Revenu net	Primes acquises au cours de la période concernée + revenus de placements au cours de la période + autres revenus au cours de la période – sinistres encourus au cours de la période – dépenses engagées au cours de la période

## S

Anti-sélection	Tendance des personnes les plus à risque à rechercher une protection plus importante que la moyenne en prévision d'une plus grande probabilité de subir un ou plusieurs sinistres.
Sinistres en cours	Sinistres déclarés à l'assureur et toujours en cours d'examen.
Sinistres encourus	Les indemnités réglées lors de la période plus la variation des provisions pour les indemnités à régler après la période.
Subventions non permanentes	Subventions dont on prévoit l'arrêt à un moment donné.

**T**

Taux de maintien	Nombre de clients d'une cohorte qui sont toujours titulaires d'une police à une date ultérieure, divisé par le nombre de clients de cette même cohorte titulaires d'une police à l'année X.
Taux de participation	Synonyme de taux de couverture ou taux de pénétration.
Taux de pénétration	Synonyme de taux de couverture ou taux de participation.
Test d'adéquation du capital	Méthode actuarielle qui consiste à prévoir les résultats commerciaux futurs de l'assuré selon divers scénarios défavorables afin de juger du capital qui lui permettra de remplir ses obligations dans toute situation plausible.
Tierce partie administratrice	Partie autre que les parties contractantes initiales, à savoir l'assuré et les compagnies d'assurance, chargée d'un volet de l'administration de la police d'assurance. Par exemple, dans le cas de l'assurance maladie, le traitement des sinistres peut être assuré par une tierce partie administratrice (TPA).

**V**

Valeur actuarielle courante	Estimation financière d'un montant futur compte tenu de la valeur temps de l'argent et de la probabilité de survenue d'événements susceptibles de l'influencer.
-----------------------------	---

## REFERENCES

### Tableaux

Tableau 1 : Résumé des dix indicateurs de performance clé .....	2
Tableau 2 : Tableau synoptique des données de l'échantillon .....	4
Tableau 3 : Exemple de calcul du taux de fidélisation .....	25
Tableau 4 : Tableau de calcul de la rapidité de règlement des sinistres .....	28
Tableau 5 : Exemple de ratio annuel de croissance basé sur l'échantillon .....	35
Tableau 6 : Exemples de taux de couverture .....	37
Tableau 7 : Données et autres éléments nécessaires au calcul des indicateurs .....	45

### Graphiques

Graphique 1 : Ratio de revenu net pour les échantillons retenus .....	20
Graphique 2 : Ratio des dépenses pour les échantillons retenus .....	22
Graphique 3 : Ratio des sinistres encourus pour les échantillons retenus .....	24
Graphique 4 : Taux de fidélisation pour les échantillons retenus .....	27
Graphique 5 : Délai moyen de règlement des sinistres pour les échantillons retenus .....	29
Graphique 6 : Tendances en matière de règlement des sinistres pour les échantillons retenus .....	30
Graphique 7 : Taux de croissance des structures retenues .....	34
Graphique 8 : Ratio de solvabilité des échantillons retenus .....	39

### Encadrés

Encadré 1 : Trousse à outils pour les indicateurs de performance .....	5
Encadré 2 : Plan d'affaires .....	14
Encadré 3 : Enseignements à retenir de la microfinance .....	48
Encadré 4 : Propositions d'indicateurs de performance sociale .....	50

## Bibliographie

ADA, Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance, BRS, 2006 : Performance Indicators for Microinsurance Practitioners. Rapport d'atelier. ADA, Luxembourg.

ADA, Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance, 2006 : Indicateurs de Performance à l'usage des praticiens de la micro-assurance : Synthèse. ADA, Luxembourg.

Churchill, C. (dir.), 2006 : Protecting the poor: A microinsurance compendium. BIT/Fondation Munich-Re, Genève.

Churchill, C., What is insurance for the poor? In Churchill, C. (dir.) : Protecting the poor: A microinsurance compendium. BIT/Fondation Munich-Re, Genève.

Garand D. et J. Wipf, 2006 : Pricing microinsurance products. In Churchill, C. (dir.) : Protecting the poor: A microinsurance compendium. BIT/Fondation Munich-Re, Genève.

Jacquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. et V. Schmitt-Diabate, 2006 : The social protection perspective on microinsurance. In Churchill, C. (dir.) : Protecting the poor: A microinsurance compendium. BIT/Fondation Munich-Re, Genève.

Rutowski, M., 2007 : « Presentation at the Iran Social Protection Seminar », juin 4-7, 2007. Banque Mondiale.

UK Department of International Development, 2006 : Social Protection Briefing Note Series, Number 1.

---

## Referenced internet sources

ADA - [www.microfinance.lu/comas/media/onlineindicatorsws.pdf](http://www.microfinance.lu/comas/media/onlineindicatorsws.pdf) (*version anglaise*)

Benchnet - [www.benchnet.com/wib.htm](http://www.benchnet.com/wib.htm) (*en anglais seulement*)

Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance - [www.microinsurancefocus.org](http://www.microinsurancefocus.org) (*en anglais seulement*)

GIMI - [www.microinsurance.org](http://www.microinsurance.org)

Insurance Information Institute - [www.iii.org/media/glossary/](http://www.iii.org/media/glossary/) (*en anglais seulement*)

Mix Market - [www.mixmbb.org/en/our\\_methodology.aspx](http://www.mixmbb.org/en/our_methodology.aspx) (*en anglais seulement*)

Wikipedia - [http://en.wikipedia.org/wiki/Relational\\_database](http://en.wikipedia.org/wiki/Relational_database) (*en anglais*)

Appui au Développement Autonome (ADA), Luxembourg, est une ONG spécialisée dans la microfinance. Elle collabore avec des institutions de microfinance dans le monde entier à travers un soutien et des échanges financiers et non financiers. Site Web : [www.microfinance.lu](http://www.microfinance.lu)

La Fondation Raiffeisen Belge (BRS), Belgique, soutient des initiatives locales en matière d'épargne, de crédit et d'assurance suivant des principes coopératifs. Le soutien offert par la BRS comprend l'assistance technique approfondie, la formation et l'aide financière. Site Web : [www.brs-vzw.be](http://www.brs-vzw.be)

Le Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance vise à promouvoir la création et la multiplication de services d'assurance pour les personnes à faible revenu grâce à la coordination des parties prenantes et l'échange d'informations. Site Web : [www.microinsurancefocus.org](http://www.microinsurancefocus.org)

Les opinions exprimées ici ne reflètent pas forcément celles de l'ADA, du Groupe de travail du CGAP sur la micro-assurance ou de la BRS.

Faire parvenir vos réactions ou commentaires à : [insurance@microfinance.lu](mailto:insurance@microfinance.lu)

Publication protégée par la loi du 18 avril 2001 du Grand-Duché de Luxembourg en matière de droits d'auteur et de bases de données, ainsi que par les lois connexes.

Toute reproduction complète ou partielle d'un article extrait de la présente publication est formellement interdite, sauf accord écrit de l'auteur ou de l'éditeur. Ces articles reflètent les opinions des auteurs ; ces derniers sont donc seuls responsables de leurs travaux.

Publication réalisée avec le soutien de la Coopération au Développement du Luxembourg et de la BRS.

