

INDICATEURS DE PERFORMANCE EN MICRO-ASSURANCE

Manuel à l'usage des praticiens de la micro-assurance

2^{ème} Édition

John Wipf et Denis Garand



Cette deuxième version du manuel sur les indicateurs de performance en micro-assurance est publiée par ADA asbl avec le soutien de la Coopération luxembourgeoise au développement, de la BRS et du Microinsurance Network.

Elle a été mise à jour par John Wipf et Denis Garand, et éditée/produite par Bert Opdebeeck, Véronique Faber et Lisa Chassin.

Nous remercions en particulier les participants et organisateurs des précédents ateliers sur les indicateurs de performance en micro-assurance, les membres du Groupe de travail sur les indicateurs de performance du Microinsurance Network, ainsi que tous ceux et celles qui nous ont fait part de leurs commentaires et avis précieux sur les versions actuelle et précédente du manuel.

Nous souhaitons également faire part de notre gratitude à l'INAFI et à la GIZ/Social Protection pour leur contribution précieuse aux ateliers et aux formations sur les indicateurs de performance en micro-assurance.

Droits d'auteur © Denis Garand, John Wipf/ADA Avril 2012

PAO – 123concept.lu



INTRODUCTION	3
1. MESURER LA PERFORMANCE EN MICRO-ASSURANCE	6
1.1 LES PRINCIPES CLÉS	7
I. COMPTABILITÉ	7
Principe 1 : Séparation des données	7
Principe 2 : Préparation des états financiers	8
II. GESTION DES ASSURANCES	9
Principe 3 : Compilation de données pertinentes et précises	9
Principe 4 : Calcul et constitution des provisions	11
Principe 5 : Contrôle efficace et régulier des sinistres	12
Principe 6 : Politique de placement clairement définie	14
III. PRATIQUES OPÉRATIONNELLES	16
Principe 7 : Capacités techniques en matière d'assurance	16
Principe 8 : Transparence	16
Principe 9 : Approche axée sur le client	17
1.2. LES INDICATEURS CLÉS DE PERFORMANCE	18
A. VALEUR DU PRODUIT	20
Indicateur 1 : Ratio des charges engagées	20
Indicateur 2 : Ratio des sinistres survenus	25
Indicateur 3 : Ratio de revenu net	30
B. SENSIBILISATION SUR LES PRODUITS ET SATISFACTION DES CLIENTS	34
Indicateur 4 : Taux de fidélisation	34
Indicateur 5 : Taux de couverture	39
Indicateur 6 : Ratio de croissance	41
C. QUALITÉ DU SERVICE	45
Indicateur 7 : Rapidité de règlement des sinistres	45
Indicateur 8 : Ratio de rejet des demandes d'indemnisation	49
D. PRUDENCE FINANCIÈRE	52
Indicateur 9 : Ratio de solvabilité	52
Indicateur 10 : Ratio de liquidité	57
2. MESURER LA PERFORMANCE : QUESTIONS SPÉCIFIQUES D'INTERPRÉTATION	60
2.1 Produits d'assurance-vie	60
2.2 Produits d'assurance santé	61
2.3 Micro-pensions et produits associés	62
2.4 Produits indexés	62
2.5 Autres produits d'assurance	63
2.6 Aspects organisationnels	64
2.7 Assurance Takaful	66

3. COMPARER CE QUI EST COMPARABLE : LA QUESTION DE L'ÉVALUATION COMPARATIVE	68
3.1 Qu'est-ce que l'évaluation comparative ?	68
3.2 L'évaluation comparative peut-elle servir pour la micro-assurance ?	69
3.3 Quelles sont les difficultés?	69
ANNEXES	71
A. LES SEPT PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'ASSURANCE	71
B. LES PROVISIONS	72
C. GLOSSAIRE	76
RÉFÉRENCES	82

Indicateur	Formule de base	Page
1. Ratio des charges engagées	Ratio de charges engagées $_n = \text{Charges engagées }_n / \text{Primes acquises }_n$	p. 20
2. Ratio des sinistres survenus	Ratio de sinistres encourus $_n = \text{Sinistres encourus }_n / \text{Primes acquises }_n$	p. 25
3. Ratio de revenu net	Ratio de revenu net $_n = \text{Revenu net }_n / \text{Primes acquises }_n$	p. 30
4. Taux de fidélisation	Taux de fidélisation $_n = \text{Nombre de renouvellements }_n / \text{Nombre de renouvellements potentiels }_n$	p. 34
5. Taux de couverture	Taux de couverture $_n = \text{Nombre d'assurés effectifs }_n / \text{Population cible }_n$	p. 39
6. Ratio de croissance	Ratio de croissance $_n = (\text{Nombre d'assurés }_n - \text{Nombre d'assurés }_{n-1}) / \text{Nombre d'assurés }_{n-1}$	p. 41
7. Rapidité de règlement des sinistres	Analyse par ventilation des temps de traitement nécessaires au signalement et au règlement des sinistres	p. 45
8. Ratio de rejet des demandes d'indemnisation	Ratio de rejet des demandes d'indemnisation = Nombre de demandes rejetées / Nombre de demandes dans l'échantillon	p. 49
9. Ratio de solvabilité	Ratio de solvabilité $_n = \text{Actifs admis }_n / \text{Passif }_n$	p. 52
10. Ratio de liquidité	Ratio de liquidité $_n = \text{Trésorerie disponible ou équivalents de trésorerie }_n / \text{Dettes à court terme }_n$	p. 57

INTRODUCTION

Certains voient dans la micro-assurance un mécanisme de gestion du risque que les pauvres peuvent utiliser pour compenser le manque de programmes de protection sociale appropriés financés par l'État. D'autres y voient la possibilité de fournir des services financiers aux populations à bas revenus en contrepartie d'une rémunération.

Quel que soit l'aspect sur lequel on se concentre, l'objectif des programmes de micro-assurance est la viabilité ; en effet, les financements par les bailleurs de fonds ou les gouvernements sont soit uniquement temporaires, soit indisponibles. En l'absence de financements, les programmes sont tous sujets aux mêmes forces économiques et de marché, au même titre que les entreprises ordinaires, ils doivent donc être gérés de manière professionnelle. Toutefois, les objectifs de gestion ne peuvent être réalisés sans un suivi constant et une mesure transparente des performances.

Les principes et indicateurs clés de performance traités dans ce manuel ont été établis au cours de deux ateliers portant sur les Indicateurs de performance en micro-assurance, en 2006 et 2007. Bien qu'il puisse y avoir des différences de performances et d'interprétation, les principes et indicateurs sont applicables à tous les prestataires de micro-assurance, quels que soient leur forme juridique, leur environnement, leur mode d'organisation et les produits qu'ils proposent.

La première version du manuel a été publiée en avril 2008. Étant donné le nombre de commentaires que les participants aux ateliers successifs et les experts nous ont communiqués, il nous a semblé judicieux de publier une version mise à jour et améliorée. Dans cette version, nous donnons plus d'exemples et utilisons des données plus pertinentes pour illustrer chaque indicateur, nous répartissons les principes et indicateurs en catégories, nous élaborons un certain nombre de concepts tels que la correspondance actif-passif, et fournissons un glossaire étendu. Nous avons également modifié la définition de la rapidité de règlement des demandes de sinistres pour refléter toute difficulté que pourrait rencontrer l'assuré dans le processus. Enfin, nous donnons une présentation brève de l'assurance indexée et de l'assurance Takaful, ainsi que des conseils sur la façon d'adapter les principes et indicateurs à ce type de programmes.

Bien que les indicateurs présentés dans ce manuel se concentrent sur la performance financière, nous abordons également la dimension sociale de chaque indicateur et la façon de l'interpréter dans cette perspective.

Les exemples reprennent les données provenant de cinq programmes de micro-assurance différents gérés par quatre organisations d'Afrique et d'Asie du sud. Lorsque les données obtenues étaient incomplètes, nous avons recouru occasionnellement à l'interpolation pour les compléter et rendre les exemples plus parlants.

Les programmes de l'échantillon sont :

Programme	Organisation	Exigences participatives	Catégorie
Assurance-vie crédit	Programme ouest-africain géré par un réseau coopératif, vendu à des coopératives primaires qui participent de façon volontaire.	Obligatoire au sein de la coopérative primaire qui choisit de distribuer le produit.	Groupe
Épargne à vie	Même assureur que ci-dessus.	Automatique au sein de la coopérative primaire qui choisit d'acheter le produit (la prime est payée par la coopérative).	Groupe
Assurance-vie individuelle et à capital différé	Compagnie d'assurance détenue par la coopérative qui s'occupe de satisfaire les besoins du secteur coopératif et du grand public.	Volontaire.	Individuelle
Assurance santé individuelle	Dispositif mutuel d'assurance santé fonctionnant sur la base d'une communauté de 5 ans en zone rurale et couvrant les soins de base.	Volontaire au sein de la communauté.	Individuelle
Assurance-vie de groupe	Assureur mutualiste africain.	Obligatoire au sein de la coopérative primaire qui choisit d'acheter le produit à la compagnie.	Groupe

Ce manuel est structuré de la façon suivante : le chapitre 1 « Mesurer la performance en micro-assurance » décrit neuf principes et dix indicateurs clés. Le chapitre 2 « Mesurer la performance : questions spécifiques d'interprétation » se concentre sur certains des aspects à prendre compte pour évaluer la performance de certains produits. Le chapitre 3 « Évaluation comparative » présente l'évaluation comparative.

La distinction commune entre les produits d'assurance-vie et les autres produits n'est pas opérée car il s'agit plutôt de généraliser les débats, en y apportant des exemples et des cas spéciaux lorsque cela est nécessaire.

FACTSHEET DE LA MICRO-ASSURANCE (Encart 1)

Le factsheet de la micro-assurance (ou fiche technique) et le présent manuel constituent un kit d'outils appelé « Indicateurs de performance en micro-assurance ». Les deux outils se complètent l'un l'autre et sont conçus pour être utilisés ensemble. La fiche technique facilite la détermination des indicateurs de performance, tandis que le manuel aide le lecteur à interpréter les résultats obtenus.

La fiche technique de la micro-assurance est un outil facile à utiliser, il contient des informations financières adaptées aux praticiens de la micro-assurance. Elle permet d'appliquer les principes clés appropriés et de calculer les dix indicateurs de performance traités dans ce manuel. Étant donné que la fiche technique est au format Excel, il suffit que l'utilisateur ait l'application Excel de Microsoft. Pour profiter de toutes les fonctions intégrées, les macros Excel doivent être activées. Ces fonctions comprennent : choix de la langue de l'interface, affichage des menus contextuels avec description de chaque élément à renseigner, personnalisation des états financiers en fonction du nombre de produits de micro-assurance et des conditions d'accès à la réassurance.

Afin de calculer les dix indicateurs de performance clés, l'utilisateur de la fiche technique doit compléter quatre onglets :

Le premier est l'onglet Identification, il ne contient qu'une description courte de l'organisme et des produits de micro-assurance. Selon le nombre de produits indiqués, des lignes supplémentaires seront ajoutées aux états financiers. Cela correspond au principe de « séparation des données » qui veut que les données soient divisées afin de calculer les indicateurs de performance au niveau du produit plutôt que de l'organisme. De plus, les éléments relatifs à la réassurance n'apparaîtront dans le Compte de résultat et le Bilan que si l'utilisateur indique que son organisme dispose d'une couverture de réassurance pour un produit de micro-assurance spécifique.

Les deux onglets suivants, à savoir le Bilan et le Compte de résultat, constituent un état financier de base pour les prestataires de micro-assurance. Ce modèle diffère de celui qu'emploient les compagnies d'assurance ordinaires car il doit correspondre aux principes et indicateurs clés présentés dans ce manuel. Ces différences comprennent: séparation des revenus et des charges au niveau du produit, comptabilisation de la réassurance comme une charge, prise en compte des donations. La division traditionnelle entre les produits d'assurance-vie et les autres n'est pas opérée. L'actif indiqué dans la fiche Bilan est divisé en actifs admis et actifs non-admis afin de calculer correctement le ratio de solvabilité, quel que soit le statut juridique du prestataire de micro-assurance.

Enfin, le dernier onglet est à compléter avec des informations supplémentaires nécessaires au calcul des indicateurs de performance clés qui ne sont pas fondés sur les éléments des états financiers. Les taux de couverture, ratio de croissance, taux de fidélisation, rapidité de règlement des sinistres et ratio de rejet des demandes d'indemnisation sont calculés à partir de certaines données clés relatives à l'assuré.

En fonction des renseignements donnés, les dix indicateurs de performance clés sont calculés dans l'onglet des ratios et peuvent être consultés sur les graphiques apparaissant dans l'onglet correspondant. Chaque graphique montre les interactions entre les différents indicateurs clés en les associant les uns aux autres.

INSCRIVEZ-VOUS SUR WWW.MICROFACT.ORG

Cette inscription gratuite vous permettra non seulement de recevoir la fiche technique avec des conseils pour l'utiliser, mais aussi d'être informé sur les nouvelles éditions de ces fiches et du manuel « Indicateurs de performance en micro-assurance », ainsi que sur les ateliers associés.

1. MESURER LA PERFORMANCE EN MICRO-ASSURANCE

Ce chapitre contient des définitions, formules, descriptions et interprétations des dix indicateurs clés de performance en micro-assurance, ainsi que, dans la mesure du possible, des annexes préliminaires et des discussions sur la performance du secteur pour chaque domaine de performance.

Au fil de la lecture, l'utilisateur gardera à l'esprit que ces indicateurs clés doivent être suivis régulièrement par l'équipe dirigeante et qu'ils ne reflètent pas l'intégralité de la situation ; ce sont juste des indicateurs clés et non un ensemble complet de tous les indicateurs possibles. Chacun d'entre eux peut être subdivisé en un ou plusieurs sous-indicateurs pour apporter des renseignements supplémentaires sur la situation dans un domaine particulier. Par exemple, l'indicateur du ratio de sinistres survenus peut être subdivisé en plusieurs sous-indicateurs, notamment en indicateurs « d'incidence par exposition au risque » et « de montant moyen des sinistres ». L'utilisateur peut ajouter d'autres indicateurs à son gré pour mesurer des domaines opérationnels non encore couverts.

Contrairement à la microfinance, les partenaires impliqués dans la mise en place d'un programme de micro-assurance sont souvent multiples. De même, les produits de micro-assurance sont en général plus diversifiés et plus complexes que les produits de microfinance. Les débats sont donc plus compliqués puisque la mesure des performances doit être effectuée auprès de multiples parties prenantes, pour des systèmes de prestations différents et sur des lignes de produits variées. Comme nous le verrons au chapitre 3, cette diversité rend également l'évaluation comparative et la mise en rapport plus difficile en micro-assurance qu'en microfinance.

Dans ce manuel, nous définissons la micro-assurance comme « ...un outil de protection des personnes à bas revenus contre des dangers spécifiques en contrepartie du paiement de primes régulières, proportionnelles à la probabilité et au coût du risque impliqué. Dans le fond, cette définition est la même que celle que l'on utiliserait pour l'assurance ordinaire, à cette différence près qu'elle s'applique à une population cible clairement définie : les personnes à bas revenus [...] ; en général, la micro-assurance est destinée à ceux que les régimes conventionnels d'assurance commerciale et sociale ignorent, à ceux qui n'ont pas accès aux régimes appropriés ».¹

L'objectif principal de ce manuel est d'étudier la performance du point de vue du consommateur qui utilise le produit ou service, c'est-à-dire du client ou du sociétaire assuré. Comme le décrit le Principe 9, le programme de micro-assurance doit être au service du sociétaire ou du client assuré et dans ce cadre, la comparaison de sa performance avec celle d'autres programmes apparaît sensée car elle vise l'amélioration de son efficacité.

L'étude de la performance sous cet angle est pertinente pour tous les types de prestataires car, en définitive, une bonne performance et une meilleure efficacité permettent de proposer au consommateur les meilleurs biens et services et les plus économiques qui soient. En ce qui concerne les programmes à parties prenantes multiples, il s'agit d'évaluer la performance dans son ensemble, sans qu'un partenaire ne soit visé en particulier.

Certains programmes de micro-assurance sont détenus par leurs membres, d'autres non. Dans le premier cas, nous désignons les assurés comme des membres et dans le second cas, comme des clients. Le terme « assuré » est utilisé dans le sens générique et désigne soit un membre, soit un client. De plus, si nous utilisons indifféremment les termes « produit » et « programme », nous préférons cependant le terme « programme » car il a un sens plus générique et comprend la notion de service. Certains prestataires de micro-assurance, comme les dispositifs mutuels sociétaires par exemple, tendent à voir dans la micro-assurance plus un service qu'un produit.

1 Churchill, Craig, 2006 : « Qu'est ce que l'assurance pour les pauvres » dans Churchill, C. (ed.) : « Protéger les plus démunis: Guide de la micro-assurance. » Fondation Munich Re / OIT, Genève.

1.1 LES PRINCIPES CLÉS

Ce chapitre décrit les neuf principes clés que l'on considère comme faisant partie intégrante de la gestion d'un programme de micro-assurance. Ces principes peuvent être considérés comme des « conditions a priori » ou des exigences supposées sans lesquelles il est impossible de procéder à une évaluation précise et transparente de la performance. Ces principes de performance ne doivent pas être confondus avec les principes fondamentaux de l'assurance ou de la mutualisation des risques (voir Annexe A).

LES NEUF PRINCIPES CLÉS SONT :

I. Comptabilité

1. Séparation des données
2. Préparation des états financiers

II. Gestion des assurances

3. Compilation de données pertinentes et précises
4. Calcul et constitution des provisions
5. Contrôle efficace et régulier des sinistres
6. Politique de placement clairement définie

III. Pratiques opérationnelles

7. Capacités techniques en matière d'assurance
8. Transparence
9. Approche axée sur le client

I. COMPTABILITÉ

Principe 1. Séparation des données

La micro-assurance est une activité très technique qui fonctionne selon des principes et des statistiques fondamentaux. La réussite à long terme nécessite une gestion correcte dans plusieurs domaines primordiaux, notamment : la conception du produit, la gestion des risques et des investissements, la qualité des services, l'efficacité de la distribution et la précision de la tarification. Pour maintenir une bonne performance dans tous les domaines, les gestionnaires ont besoin d'informations pertinentes et fiables sur les opérations de micro-assurance. Il s'en suit que l'une des unités fonctionnelles clés à développer dès le départ est un service statistique compétent dans la conception de systèmes et la gestion de données.²

De nombreux organismes proposent d'autres services que la micro-assurance et, bien que ce type d'activité multiple puisse fonctionner de manière intégrée, les données relatives aux produits de micro-assurance doivent être collectées séparément des données relatives aux autres produits. La séparation comptable entre les activités de micro-assurance et les autres activités, telles que la microfinance, permettra d'isoler les mesures de performance financière pour chaque activité. En ce qui concerne les micro-assureurs de petite échelle, par exemple, une estimation raisonnable des coûts de personnel temporaire et de l'utilisation d'autres ressources pour l'activité de micro-assurance peut suffire, cependant les grands organismes de micro-assurance dotés d'un personnel à temps complet doivent comptabiliser les salaires effectifs ainsi que tous les autres coûts associés à la gestion du programme.

² Garand, D. et J. Wipf, 2006 : « Tarification des produits de micro-assurance » dans Churchill, C. (ed.) : « Protéger les plus démunis: Guide de la micro-assurance ». Fondation Munich Re / OIT, Genève.

Le principe implique également que les données soient collectées séparément pour chaque produit car cela permet de suivre, de gérer et d'évaluer les indicateurs de performance pour chacun d'eux. L'isolation des données de performance pour chaque produit facilite leur analyse et permet une meilleure réactivité dans la gestion ; en effet, il arrive que la performance médiocre d'un produit soit masquée par la performance remarquable d'un produit connexe. L'établissement de données spécifiques à chaque produit est donc nécessaire pour identifier un cas de ce genre. Un programme de micro-assurance ne pourra pas réaliser tout son potentiel tant qu'il ne sera pas en mesure de faire cela.

Principe 2 : Préparation des états financiers

Quel que soit le programme de micro-assurance, les états financiers suivants doivent pouvoir être produits à partir des données relatives à son activité :

- a) Compte de résultat (ou compte de pertes et profits)
- b) Bilan
- c) État des flux de trésorerie (ou sources et emplois des fonds).

La façon dont les états financiers sont préparés varie d'une région du monde à l'autre. Par exemple, dans de nombreux pays francophones, le format est très différent de celui qui est utilisé dans d'autres pays, tels que les États-Unis. Néanmoins, quel que soit le format, certaines normes minimum doivent être observées :

- Les informations relatives à la micro-assurance doivent être séparées de toutes les autres activités ;
- Les informations doivent être segmentées pour chaque produit de micro-assurance ;
- Les informations doivent être extraites de bases de données complètes et auditées ;
- La comptabilité d'exercice doit être employée (cette méthode comptabilise les produits, charges, créances et dettes au fur et à mesure qu'elles se produisent) ;
- Les états financiers doivent être édités au moins une fois par trimestre ;
- Les états financiers doivent être publiés dans les temps, en un nombre de jours prédéterminé³ après la clôture de l'exercice comptable ;
- Le revenu net doit apparaître avant les financements non permanents (c.-à-d. les financements temporaires qui se termineront par la suite) ; et
- Les niveaux de provisions (voir Principe 4) doivent être comptabilisés en tant que passifs dans le Bilan, tandis que les accroissements de provisions doivent l'être en tant que charges dans le Compte de résultat.

Les états financiers préparés de cette manière sont nécessaires pour que l'équipe dirigeante puisse avoir un aperçu ponctuel des performances, mais ils peuvent également être soumis à certaines prescriptions et normes réglementaires supplémentaires.

La Fiche technique, qui constitue une partie du kit d'indicateurs clés de performance, est présentée dans l'encart 1. Le format du Bilan et du Compte de résultat utilisé dans la Fiche technique peut être utilisé comme guide pour élaborer le Bilan et le Compte de résultat d'un programme de micro-assurance.

Ce principe était le Principe 3 dans la version précédente mais il a été permuté avec le principe suivant en raison du processus de catégorisation.

3 Dans l'idéal, aussitôt que possible ; dans la réalité, endéans les 15 jours, mais pas plus tard que 30 jours.

II. GESTION DES ASSURANCES

Principe 3 : Compilation de données pertinentes et précises

Le Principe 1 explique de façon pertinente pourquoi les données relatives à la micro-assurance doivent être séparées des autres données de l'organisme. Étant donné que l'assurance est une activité centrée sur des statistiques cumulées extraites des données empiriques de l'activité, l'exhaustivité et la pertinence des données recueillies est primordiale. Les bases de données doivent être conçues de façon à recueillir les informations de divers professionnels, notamment des actuaires et dirigeants ; cela permet de recueillir correctement, pour chaque produit, les informations techniques nécessaires à la tarification, au calcul des provisions et à la gestion opérationnelle.

Mode d'utilisation des données opérationnelles (Tableau 1)

Domaine de performance	Exigence de bonne performance	Exemples de données opérationnelles primaires requises
Gestion du risque	Compréhension des risques assurés	<ul style="list-style-type: none"> • Vie, invalidité, santé : date de naissance, sexe, profession, etc. de tous les assurés • Santé : maladies / motifs d'hospitalisation • Conditions climatiques : pluviométrie
Gestion des investissements	Combinaison d'actifs visant à optimiser la sécurité, la liquidité et le retour sur investissement du programme	Pour l'assurance-vie et l'assurance santé, les données primaires relatives aux assurés telles que l'âge, le sexe, la profession et d'autres encore, permettent à l'actuaire de projeter le moment de survenance et les montants des futurs sinistres et charges. Ces informations sont ensuite utilisées pour sélectionner les actifs dans lesquels les fonds des provisions pourront être investis (voir Principe 4)
Qualité du produit et du service	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension des préférences du client • Capacité à mesurer les performances 	<ul style="list-style-type: none"> • Date à laquelle les sinistres ont été signalés et indemnisés, pour contrôler la rapidité de règlement des sinistres • Motifs de reconduction / non reconduction
Contrôle des coûts et gestion des sinistres	Compréhension de la cause du sinistre	Informations détaillées sur le sinistre, telles que la date de survenance de l'évènement assuré, le montant du dommage/de la perte, etc.
Gestion d'ensemble	États financiers	Données détaillées sur les transactions, telles que les paiements de primes individuels, le versement de prestations, etc.
Commercialisation	Produits élaborés de façon responsable et ayant une bonne valeur	<ul style="list-style-type: none"> • Évènements qui provoquent la réclamation, en particulier le décès, l'hospitalisation, l'invalidité • Motifs de reconduction / non reconduction
Tarification du produit	Adéquation entre le montant de la prime et les risques couverts, compétitivité de la prime et valeur des prestations	<ul style="list-style-type: none"> • Au minimum, toutes les données indiquées ci-dessus • Détails relatifs aux personnes assurées tels que la date de naissance, le sexe, etc. • Détails relatifs aux actifs assurés, tels que la valeur financière, la composition, le numéro de série, etc.

Si certains micro-assureurs recueillent des données insuffisantes ou non pertinentes, d'autres en recueillent de trop. Il convient de faire la part des choses entre les coûts nécessaires à la collecte de données supplémentaires et les gains additionnels qui en résultent. La collecte de données trop nombreuses peut être coûteuse, tandis que des données insuffisantes peuvent nuire à la gestion de l'activité et à son développement. Selon l'organisme, un système d'information adéquat pourra se traduire soit par le cumul de simples feuilles de calcul informatiques,⁴ soit par un dispositif d'administration élaboré, intégré et personnalisé, soit par un logiciel de comptabilité financière exhaustif s'étendant à tous les services de l'organisme.

De nombreux micro-assureurs ont la mauvaise habitude de supprimer les données relatives aux polices ou aux certificats échus ou aux membres ayant quitté le programme ; toutefois les données doivent être conservées sur une durée indéterminée car elles seront utiles à l'analyse ultérieure de l'historique. Une autre erreur commune est de totaliser les chiffres clés, tels que les paiements de primes, au lieu de conserver des données historiques complètes et individuelles ; il est donc difficile pour l'actuaire de tarifier correctement les produits car il doit faire des hypothèses pour compenser les données manquantes.

La qualité des données est un aspect important de ce principe. Certains organismes accumulent de grands volumes de données mais ne se soucient pas suffisamment de rendre ces données utilisables et précises. Des systèmes doivent être conçus pour contrôler et modifier les données dès leur saisie ; la saisie à l'aide de menus déroulants, par exemple, permet un traitement plus rapide et plus précis. Des applications logicielles doivent être ajoutées au système pour assurer la cohérence de la base de données vis-à-vis des règles du métier à mesure qu'elles évoluent.

Pour les programmes à parties prenantes multiples, les bases de données peuvent être fragmentées. Par exemple, un programme d'assurance santé peut collecter les données auprès de plusieurs parties prenantes : distributeur, gestionnaire des contrats d'assurance, assureur, intermédiaire, prestataires de services, et autres.

Pour assurer une collecte pertinente des données, il conviendra de prendre en compte les différents utilisateurs finaux lors de la conception de la base de données. Les organismes se fient souvent trop à leurs programmeurs pour déterminer le type de données à collecter, or la conception d'une base de données requiert une très bonne compréhension des opérations de micro-assurance et une capacité à prévoir l'évolution des exigences.

Exemples de bases de données de micro-assurance et de conception du contenu (Tableau 2)

Exigences applicables aux programmes	Intervenants à consulter lors de la conception :
Pour l'évaluation des indicateurs de performance, pour une gestion efficace	L'équipe dirigeante et le personnel de soutien
Pour la gestion financière et la comptabilité	L'équipe dirigeante, le comptable et le personnel de soutien
Pour le calcul des provisions, la tarification des produits	L'actuaire, le souscripteur
Pour la mise en conformité avec la réglementation	L'équipe dirigeante, l'actuaire et le personnel de soutien
Pour la gestion des canaux de distribution (par ex. IMF, agents indépendants, etc.)	Les directeurs marketing et le personnel de terrain

⁴ C.-à-d. l'historique cumulé des transactions et des changements de statut, il ne s'agit pas uniquement de calculer des totaux ou de connaître le dernier statut.

Un système d'information et de gestion de la qualité doit comprendre :

- a) une base de données relationnelle au format normalisé ;⁵
- b) des applications pour le suivi des sinistres et l'évaluation des indicateurs de performance ;
- c) des applications pour la gestion financière et des risques.

Pour résumer, les données sont une ressource inestimable qui doit être collectée et gérée correctement pour en extraire des informations pertinentes et de grande valeur.

Principe 4 : Calcul et constitution de provisions

Au fil du temps, tous les programmes de micro-assurance constituent des postes de passif, tels que les Charges à payer et Prestations payables à l'avenir. Ce passif doit être financé à l'avance afin que les prestations puissent être payées rapidement lorsqu'elles sont dues. Les provisions actuarielles, fonds de provision ou provisions techniques, ou tout simplement les provisions, sont des fonds constitués par les assureurs et gérés dans cette optique.

En général, la définition d'une provision dans ce manuel est celle d'un fonds ou d'une provision comptable mis(e) de côté pour financer les engagements nets futurs du programme de micro-assurance. Il est rare de trouver un programme qui n'ait pas besoin de provisions. Dans le cas des modèles partenaire-agent, l'organisme de distribution (l'agent) n'exige habituellement pas de provisions, toutefois l'assureur qui couvre le risque (le partenaire) doit constituer des provisions appropriées pour répondre à ses engagements futurs et évaluer la situation financière du programme (de son point de vue) au cours d'un exercice comptable particulier. De la même façon, un micro-assureur indépendant qui porte le risque doit lui aussi calculer et constituer des provisions.

La définition la plus générale d'une provision est **la valeur actuarielle présente des charges futures diminuée de la valeur actuarielle présente des primes futures**. Il est en général très difficile de calculer exactement les provisions avec cette formule car cela requiert des calculs actuariels et des statistiques complexes. Ce sont donc souvent des méthodes et outils simplifiés, conformes aux normes et pratiques en vigueur, qui sont utilisés en remplacement. Ces méthodes et outils fonctionnent avec les informations extraites des bases de données présentées aux Principes 1 et 3.

QU'EST-CE QUE LA VALEUR ACTUARIELLE PRÉSENTE ? (Encart 2)

En langage de tous les jours, la valeur actuarielle désigne la valeur actuelle estimée d'une somme d'argent susceptible de devenir une créance ou une dette exigible. Pour calculer la valeur présente, l'actuaire ramène le montant futur au jour présent en y incorporant la valeur temps de l'argent (c.-à-d. en considérant que les investissements génèrent des intérêts, des dividendes ou de la valeur), ainsi que les probabilités et la prévision de tous les événements qui déterminent si le montant en question se matérialisera ou non.

Pour prendre un exemple tout simple, supposons qu'il existe 75 pour cent de chances pour qu'un montant de 1 000 soit payé dans un an exactement.

Si l'on estime que le taux d'intérêt moyen prévalant est de 10 pour cent au cours de l'année, l'actuaire évaluera la valeur actuarielle présente de ce paiement comme suit :

$$1\ 000 \times 0,75 / 1,10 = 681,82$$

5 Selon la théorie des bases de données relationnelles, la normalisation est le processus qui sert à restructurer le modèle de données logiques d'une base pour éliminer les redondances, organiser efficacement les données, réduire les doublons et diminuer le risque d'anomalies lors des opérations sur les données. Définition de wikipedia : http://en.wikipedia.org/wiki/Relational_database.

Étant donné que les provisions représentent le passif à la fin de l'exercice comptable, les méthodes utilisées doivent permettre un calcul précis de tout passif en cours à ce moment. Outre les charges et sinistres relevant des risques habituels (tels que les taux de mortalité et de morbidité normaux), il est nécessaire de constituer également des provisions pour les événements moins probables (tels que les tremblements de terre, les épidémies⁶). Les provisions correspondant aux produits à long terme doivent être calculées directement par un actuaire.

En micro-assurance, les provisions communes calculées pour les produits d'assurance-vie et d'assurance santé sont indiquées dans le Tableau 3 ci-dessous. Elles sont expliquées de façon plus détaillée à l'Annexe B.

Provisions simplifiées constituées pour la plupart des programmes d'assurance vie, santé et invalidité (Tableau 3)

Provisions	Type de passif
Provision pour primes non acquises	Sinistres risquant encore de se produire pendant le reste de la période au titre de laquelle la prime a été payée
Provision pour sinistres survenus mais non déclarés	Sinistres s'étant produits mais n'ayant pas encore été déclarés
Provision pour sinistres en cours	Sinistres ayant été déclarés mais étant encore en cours de règlement
Provision pour charges à payer	Autres charges, sinistres, économies, intérêts futurs

Outre ces éléments, certains programmes constituent également une provision pour risques afin de conserver leurs profits ou d'absorber les fluctuations statistiques des sinistres.

Le niveau des provisions dépend du type de produit de micro-assurance, de sa conception et de ses caractéristiques, et de la façon dont le micro-assureur met en œuvre le programme. Par exemple, les provisions pour produits de micro-assurance-vie ne sont pas les mêmes que celles des produits de micro-assurance santé ; de même, des produits identiques proposés par deux micro-assureurs différents peuvent nécessiter différents niveaux de provision car leurs modèles de gestion ou leurs approches de distribution sont différent(e)s.

Parmi les éléments déterminants qui affectent les niveaux de provision pour un produit particulier figurent notamment :

- Le profil de risque des clients ou des actifs assurés ;
- Le modèle de gestion du programme de micro-assurance ;
- Les taux d'intérêt et d'inflation futurs supposés ;
- La structure des prestations d'assurance et les autres caractéristiques du produit ;
- Les exigences règlementaires ; et
- Les marges servant à compenser les erreurs de tarification.

Principe 5 : Contrôle efficace et régulier des sinistres

Lorsque l'on étudie le principe de contrôle régulier des sinistres, il faut s'attacher à repérer les tendances et les modèles d'évolution des sinistres car cela permettra de prendre des décisions avisées et réalisables. Cela est particulièrement important pour certains types de programmes, tels que l'assurance santé, où n'importe lequel des nombreux facteurs volatiles affectant les sinistres peuvent changer soudainement. L'incidence des sinistres (fréquence) et le montant des indemnités (sévérité) doivent être suivis séparément.

⁶ Chaque assureur et chaque programme auto-assuré doit en plus, si possible, acheter une couverture de réassurance pour se protéger en cas de catastrophe de grande ampleur.

Un suivi continu permettra également de mieux comprendre le degré et la nature des risques assurés, de mieux identifier le risque moral, d'améliorer la tarification et de réduire au minimum l'antisélection. Ce type de suivi et d'analyse est important même pour les programmes communautaires⁷ car il permet d'identifier les problèmes à l'avance. L'étude des rejets de demande d'indemnisation est utile elle aussi car elle donne des informations sur la façon de mieux concevoir les produits et les supports éducatifs.

En ce qui concerne les produits d'assurance vie, santé et invalidité, les sinistres réels doivent être comparés aux sinistres prévus par tranche d'âge, par sexe et pour chaque autre paramètre important utilisé pour le calcul du montant de la prime ; cela permet d'évaluer l'exactitude des prévisions ayant servi à la tarification. La tarification pourra aussi s'améliorer à mesure que d'autres paramètres importants seront identifiés.

Pour évaluer soi-même si ce principe est respecté, il convient de se poser les questions suivantes :

- La base de données de sinistres que l'organisme utilise est-elle cumulative et est-elle alimentée par les informations de l'équipe dirigeante et des experts, notamment des actuaires ?
- Cette base de données est-elle à jour et complète ?
- Les changements de tendance et de modèles de sinistre peuvent-ils être identifiés rapidement ?
- Les outils logiciels sont-ils capables de comparer les sinistres réels aux sinistres prévus pour une période donnée ?
- L'antisélection et le risque moral peuvent-ils être détectés ?

Chaque fiche de sinistre doit contenir de nombreux attributs importants (éléments ou champs de données). Les exigences étant différentes selon le produit, nous retiendrons au moins les attributs indiqués au Tableau 4.

Données de base requises pour le suivi des sinistres (Tableau 4)

Élément	Explication
Date de survenance	Quand l'évènement déclencheur du sinistre est-il survenu ?
Date de déclaration	Quand le sinistre a-t-il été déclaré au micro-assureur ?
Date(s) de paiement	<ul style="list-style-type: none"> • Quand le sinistre a-t-il été indemnisé ? • Quand l'argent est-il parvenu au bénéficiaire ?
Assuré/titulaire de la police	Ceci est le premier élément à renseigner dans la base de données des assurés, il contient tous les attributs importants des assurés.
Risque et cause entraînant une perte/le sinistre	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'évènement de risque qui a entraîné le sinistre ? (par ex. décès / invalidité / maladie / dégâts matériels) • Assurance santé : l'état de santé ou le type de maladie doit aussi être renseigné (par ex. par catégorie de maladie majeure, comme le paludisme, etc.) pour activer les mesures de prévention.
Pertes encourues et couvertes	<p>Il est très important de renseigner À LA FOIS les pertes encourues et les pertes couvertes. Les informations sur les pertes encourues permettent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'adéquation du contrat d'assurance • Calculer le coût d'extension de la couverture • Pour la santé, déterminer les structures appropriées de ticket modérateur et de prestations maximum
Répartition/détail des pertes	Pour l'assurance santé, une division des coûts engagés et couverts permet de mieux gérer les sinistres et de calculer les répercussions financières des exclusions.

⁷ Les programmes communautaires comprennent en général plus de produits et sont donc moins enclins à suivre les sinistres de façon étroite.

Principe 6 : Politique de placement clairement définie

Pour certains produits de micro-assurance, en particulier les produits à long terme ou dotés d'une composante d'épargne importante, la viabilité repose grandement sur les décisions relatives à la gestion des actifs dans lesquels les provisions, le capital et les excédents sont investis. Un organisme de micro-assurance devra donc mener une politique d'investissement formelle, claire et prudente, et observer les exigences minimales suivantes :

- Les règles de diversification des actifs doivent être claires ;
- Les proportions d'investissement dans chaque grande classe d'actifs doivent être limitées ;
- Les proportions et montants d'investissement dans un seul type d'actif ou une seule société doivent être limités ;
- Une note minimale d'investissement doit être indiquée pour chaque classe d'actifs ; et
- Pour les produits dont la durée est supérieure à un an, la correspondance actif et passif doit être appliquée pour le placement des provisions.

Les programmes réglementés doivent souvent adhérer à la réglementation en matière d'investissements, et leur politique d'investissement doit ensuite les dépasser. C'est particulièrement vrai pour les produits d'assurance permanente ou à long terme qui sont surtout sensibles à la façon dont les investissements sont effectués.

De façon plus générale, une politique d'investissement doit au moins aborder les questions suivantes :

- a) **La qualité des actifs** (note de l'investissement) est particulièrement importante si le micro-assureur accumule une grande quantité d'actifs pour soutenir les produits à long terme (provisions pour charges à payer) ou s'il a obtenu une subvention pour constituer un capital.
- b) **La diversification des actifs** doit éviter la concentration des placements ; toutefois le potentiel de diversification dépendra de la situation d'un pays à l'autre. Le fait de concentrer tous les investissements dans une source ou une classe d'actifs unique risque d'amener des problèmes. La règle générale veut que les biens immobiliers ne dépassent pas 10 pour cent des placements.
- c) **La correspondance actif et passif** doit être pratiquée pour les produits à long terme car une confusion importante risque de mener l'organisme à sa perte.
- d) **La gestion des liquidités** est également nécessaire pour les produits à court terme.

QU'EST-CE QUE LA CORRESPONDANCE ACTIF ET PASSIF ? (Encart 3)

Comme nous l'avons expliqué au Principe 4, une provision est constituée pour financer les charges à payer. Même si les provisions pour un produit donné sont correctement constituées au moment présent, il se peut que les types d'actifs dans lesquels elles sont investies ne soient pas appropriés et qu'ils entraînent soit l'illiquidité, soit une insuffisance de revenu à l'avenir. Cela peut se produire même si les actifs sont de bonne qualité. Le problème est dû au fait que les flux de trésorerie entre actif et passif ne correspondent plus à l'avenir.

La correspondance actif et passif vise donc à aligner de façon optimale l'actif et le passif pour réaliser deux objectifs majeurs :

- Assurer une liquidité suffisante à long terme en alignant les flux de trésorerie d'actif prévus avec les flux de trésorerie de passif prévus ; et
- De maximiser les revenus tout en respectant les restrictions de la politique d'investissement.

Pour y parvenir, il convient de :

- 1) Projeter tous les passifs, notamment : indemnisations, charges, annulations (c.-à-d. rachats), etc. dans l'avenir en y incorporant à la fois le moment de survenance et le montant des sinistres. Le résultat est ce que l'on appelle un « flux de charges projetées » ou « flux de décaissements futurs », il peut être calculé par un logiciel informatique qui puisera les données directement dans la base de données de micro-assurance (d'où l'intérêt de bien gérer les données).
- 2) Réorganiser le portefeuille d'investissement dans lequel les fonds de provision sont placés afin que les intérêts des investissements, les dividendes, les autres revenus projetés et les échéances de dépôts à terme et d'obligations (c.-à-d. afflux de trésorerie ou flux de revenu) correspondent approximativement aux flux de charges projetées.

Plus l'activité d'assurance est importante, plus l'assureur peut réaménager souvent les actifs. Un roulement élevé ou une croissance rapide de l'activité peut nécessiter des réaménagements plus fréquents. Le réaménagement peut être rendu plus efficace si le marché des transactions sur les actifs est très liquide et si les choix d'investissement sont extensifs.

Dans les pays moins développés où de nombreux programmes de micro-assurance sont actuellement concentrés, les marchés de capitaux sont habituellement beaucoup plus limités et moins développés. Néanmoins, la correspondance actif et passif peut être assurée de façon plus simple en adaptant les investissements aux actifs de qualité à disposition.

En ce qui concerne la finance islamique, elle ne permet pas d'investir dans des instruments porteurs d'intérêts mais elle autorise la facturation de frais et le partage des profits. Sur la base de ces considérations, les discussions à propos de ce principe peuvent être réorientées et adaptées au contexte islamique (voir chapitre 2.7).

III. PRATIQUES OPÉRATIONNELLES

Principe 7 : Capacités techniques en matière d'assurance

De nombreux praticiens sont novices dans l'activité de l'assurance et débutent sans être correctement préparés ou formés sur les principes de l'assurance, la gestion des risques, la gestion des investissements et d'autres aspects techniques importants. Le métier de l'assurance nécessite de comprendre en profondeur les règles qui le régissent et de maîtriser les principes techniques sur lesquels il est fondé, ainsi que de connaître les bonnes et mauvaises pratiques de gestion. Cela est particulièrement vrai dans le cas des programmes d'auto-assurance. Dans le cas des modèles partenaire-agent, l'assureur peut (et devrait) proposer des formations et un soutien technique.

Comme nous l'avons précisé au Principe 3 au sujet de la nécessité de collecter des données pertinentes et précises, les systèmes de gestion doivent être conçus avec l'aide de l'équipe dirigeante et d'un actuaire pour assurer la collecte de données pertinentes et utiles à la révision périodique de la tarification. Les programmeurs spécialisés en assurance peuvent aussi concevoir des applications spécifiques, comme les calculs de provision et la réassurance.

Ce principe implique de développer des moyens techniques suffisants pour gérer le programme de manière efficace. Les auto-tests suivants permettent d'identifier le manque de moyens et l'éventuelle nécessité de faire intervenir un expert:

- Des audits internes et externes sont-ils menés⁸ ?
- Comment le système d'information et de gestion se situe-t-il par rapport aux normes minimum suggérées ?
- Quel type d'informations sont collectées et comment sont-elles utilisées ?
- Outre le cumul des données, quels types d'informations les systèmes fournissent-ils en matière de gestion ?
- Quelle est la source et quel est le contenu des formations en micro-assurance destinés à l'équipe dirigeante et au personnel ?
- Parmi les six premiers principes, combien ne sont pas satisfaits à cause de moyens techniques insuffisants ?

Le renforcement des capacités peut être financé par des bailleurs de fonds, le gouvernement ou par des assureurs. Tous les domaines présentant des faiblesses doivent être abordés : marketing, fondamentaux de l'assurance, gestion des risques, assistance pour les audits, souscription, développement des compétences, et ainsi de suite.

Principe 8 : Transparence

Tous les calculs, procédures, collectes de données et rapports doivent observer le principe de transparence afin que les informations soient pertinentes et précises, et que les processus et la crédibilité soient améliorés. Cela ne signifie pas seulement qu'il faut mettre plus de données à disposition d'un plus grand nombre de parties prenantes et d'assurés, mais également que ces données soient plus accessibles et qu'elles soient présentées sous un format et avec un vocabulaire compréhensibles. Il ne suffit pas de noyer le public sous une masse de données pour améliorer la transparence.

Ce principe complète bien les autres principes qui encouragent l'amélioration des normes comptables, le respect des délais pour la publication des informations, l'amélioration des applications informatiques et des bases de données, le renforcement des capacités de gestion, et ainsi de suite.

8 L'organisation d'audits internes renforcera le contrôle général du programme et ces audits doivent être menés souvent, tous les trimestres par exemple. Les audits externes sont tout aussi nécessaires mais ils peuvent être menés moins souvent, une fois par an par exemple.

L'évaluation et la publication périodiques des indicateurs clés permettent elles aussi d'améliorer la transparence. De même, il est important que les prestataires de micro-assurance bénéficiant de financements externes indiquent aux bailleurs de fonds et aux financeurs les sources de ces financements ; les subventions, par exemple, ne doivent pas être cachées car il est dans le plus grand intérêt de toutes les parties prenantes que les informations sur les activités économiques du programme soient communiquées de façon responsable.

Principe 9 : Approche axée sur le client

Le premier objectif de la micro-assurance est de proposer des produits aux personnes les moins favorisées, même si certains acteurs du marché exploitent cette activité pour leur propre bénéfice. Cependant les performances des organismes de micro-assurance seraient jugées « médiocres » si un système de notation favorable aux pauvres était appliqué. C'est pour cela qu'un neuvième principe a été ajouté : ce principe exige que le micro-assureur porte une attention constante, claire et cohérente sur la qualité et l'efficacité des services prestés à l'assuré.

Cela implique que les dirigeants aient une connaissance approfondie des besoins des clients. La déclaration de mission du programme doit mentionner que l'attention est portée sur l'offre de produits et de services adaptés à la clientèle, et la tarification doit être optimale et pérenne. Cela signifie que pour chaque décision de gestion, il faut toujours prendre en compte les répercussions pour le client. Ce principe est ainsi une raison supplémentaire à la nécessité d'évaluer la performance du point de vue du consommateur et d'associer un aspect social à l'aspect financier de la performance.

Un programme de micro-assurance détenu par ses sociétaires a plus de chances d'être orienté sur sa clientèle puisqu'il est géré par ses membres, lesquels participent régulièrement au processus de gouvernance démocratique. À l'inverse, les compagnies d'assurance et les prestataires de services détenus par des parties prenantes qui exigent un retour compétitif sur le capital investi doivent davantage se concentrer sur les profits, ce qui les rend moins enclins à optimiser les prestations et la valeur pour les pauvres. Il existe des exceptions, cependant, notamment lorsque l'assureur considère la micro-assurance comme une démarche pionnière dont l'objectif est de gagner la confiance et le crédit d'une communauté, et qu'il y associe un plan de suivi pour introduire d'autres services par la suite.

PLANS D'AFFAIRES (Encart 4)

Ces neuf principes supposent que les dirigeants d'un programme de micro-assurance établissent un plan d'affaires stratégique sur cinq ou sept ans et qu'ils le mettent à jour au moins tous les deux ou trois ans. Le fait de préparer un plan d'affaires et de le gérer en conséquence est un principe important qui devrait être appliqué par tous ceux qui souhaitent créer une entreprise.

Un plan d'affaires stratégique sera plus utile s'il est préparé en concertation avec les principales parties prenantes, notamment l'équipe de mise en œuvre, car cela donne à tous le sentiment d'être propriétaires du projet et la détermination nécessaire pour mener le plan à son terme. Si un organisme a d'autres activités ou s'il propose à ses membres d'autres services que la micro-assurance, son plan d'entreprise sera exhaustif mais il devra comprendre un plan spécifique à l'activité de micro-assurance. L'intérêt du plan stratégique est qu'il permet ensuite d'élaborer des plans et des budgets opérationnels annuels qui serviront de feuille de route pour les différentes unités.

Tous les plans d'affaires contiennent naturellement des objectifs de performance, et certains d'entre eux prendront la forme d'indicateurs clés à calculer sur la base des projections financières et d'autres sources. Parmi les objectifs de ce type, citons par exemple les ratios projetés de revenus nets et de charges engagées. Lorsque l'équipe dirigeante d'un programme suit ses performances au fil du temps, elle doit prêter une attention particulière à la variation des indicateurs réels et projetés.

1.2. LES INDICATEURS CLÉS DE PERFORMANCE

L'objectif principal des indicateurs de performance est de produire une image réaliste des performances du programme de micro-assurance dans des domaines clés. Cela signifie que même pour un programme à parties multiples, les indicateurs doivent être calculés à partir des données de tous les partenaires. Étant donné que la situation est étudiée pour le programme dans son ensemble, les indicateurs sont applicables à tous les types et modèles d'organisation, mais ils ne sont pas toujours pertinents pour tous les produits. Cela apparaîtra plus clairement dans les discussions relatives à certains des indicateurs de performance, ainsi qu'au chapitre 2 où sont posées certaines questions d'interprétation en rapport à différents produits.

Les dix indicateurs clés se concentrent principalement sur la viabilité financière, toutefois l'aspect social devient plus significatif lorsque la viabilité n'est pas considérée comme la seule fin mais comme l'un des critères permettant de proposer aux clients pauvres des solutions de micro-assurance efficaces.

Les indicateurs clés de performance sont regroupés en quatre domaines de performance dans le Tableau 5, mais ne sont pas présentés en ordre hiérarchique. À l'exception des deux indicateurs de prudence financière, tous les indicateurs doivent être calculés au niveau du produit. Les programmes de grande échelle qui affectent des actifs spécifiques aux produits d'assurance peuvent aussi retracer l'historique des ratios de solvabilité et de liquidité⁹.

Les quatre catégories d'indicateurs clés de performance (Tableau 5)

Indicateur	Questions clés	Catégorie
Ratio des charges engagées	Avec quelle efficacité le produit de micro-assurance est-il fourni ?	VALEUR DES PRODUITS
Ratio des sinistres survenus	Quelle est la valeur du produit de micro-assurance pour l'assuré ?	
Ratio de revenu net	Le produit ou programme de micro-assurance est-il viable ?	
Taux de fidélisation	Quel est le niveau de satisfaction de l'assuré ?	SENSIBILISATION SUR LES PRODUITS ET SATISFACTION DES CLIENTS
Taux de couverture	Quel est le niveau d'adéquation entre le produit et les besoins réels ?	
Ratio de croissance	Quel est le niveau de connaissances de l'assuré en matière d'assurance ? Quelle est la compétitivité du produit vis-à-vis des autres produits ou solutions de gestion des risques du ménage ?	
Rapidité de règlement des sinistres	Quel est le niveau de réactivité du service ? Le produit correspond-t-il bien aux besoins réels de l'assuré ?	QUALITÉ DES PRESTATIONS
Ratio de rejet des demandes d'indemnisation	Dans quelle mesure l'assuré comprend-t-il bien le produit ?	
Ratio de solvabilité	Quelle est la capacité de l'assureur à répondre à ses obligations futures ?	PRUDENCE FINANCIÈRE
Ratio de liquidité	Quelle est la disposition de l'assureur à répondre à ses charges à court terme et à ses obligations d'indemnisation ?	

⁹ Pour un programme à grande échelle, il est préférable de gérer les investissements séparément pour chaque produit, en particulier pour les produits de (plus) longue durée. Cela nécessite d'affecter les actifs à chaque produit et d'établir une correspondance actif-passif séparée.

Il faut garder à l'esprit que de nombreux indicateurs sont corrélés et que certains dépendent d'un ou de plusieurs autres. Par exemple, le revenu net d'un programme dont le ratio de charges engagées est élevé sera mathématiquement (et directement) réduit. D'autres effets se ressentent plus à long terme ou indirectement; ainsi un ratio de charges élevé indique généralement un manque d'efficacité et une faible valeur, ce qui réduira au final la satisfaction du marché si aucune solution n'est apportée ; de même, si les clients sont insatisfaits, cela se traduira par la faiblesse des trois indicateurs de la catégorie Sensibilisation.

A. VALEUR DU PRODUIT

Les indicateurs de performance relatifs à la valeur se concentrent sur les prestations que les assurés reçoivent en moyenne en contrepartie des primes qu'ils paient. Comme nous le verrons ultérieurement, un ratio de charges engagées plus élevé signifie qu'en moyenne, les prestations financières versées à l'assuré sont élevées par rapport au montant de la prime (valeur élevée). D'un autre côté, un ratio de revenu net élevé et des charges élevées ont l'effet inverse de réduire la valeur car il y a moins d'argent à disposition pour les prestations. Les changements de valeur du produit influent sur les indicateurs de sensibilisation et de satisfaction, comme dans le cas des programmes détenus par leurs membres, où ces derniers augmentent ou diminuent leur participation en réactions aux changements de valeur.

Les trois indicateurs renseignent clairement sur la viabilité. En l'absence de revenus nets positifs, le programme ne pourra pas être viable et dépendra des subventions pour survivre. D'un autre côté, il est impossible de générer des revenus nets positifs sans faire correspondre correctement les charges et les prestations.

N°	Indicateur	Interprétation générale
1	Ratio des charges engagées	Avec quelle efficacité le produit de micro-assurance est-il fourni ?
2	Ratio des sinistres survenus	Quelle est la valeur du produit de micro-assurance pour l'assuré ?
3	Ratio de revenu net	Le produit ou programme de micro-assurance est-il viable ?

Indicateur 1 : Ratio des charges engagées

Définition

Le ratio des charges engagées se définit par les charges engagées au cours d'une période divisées par les primes acquises au cours de la même période. La période peut correspondre à un exercice fiscal ou à tout autre exercice comptable.

 Un ratio de charges engagées à 25 pour cent signifie que pour chaque volume de 100 primes acquises au cours d'un exercice comptable, 25 sont transformées en charges.

Méthode de calcul

$$\text{Ratio des charges engagées}_n = \text{Charges engagées}_n / \text{Primes acquises}_n$$

Remarques

- Le « n » - charges engagées - est la somme des charges comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice au cours d'une période « n ». Ce montant doit refléter toutes les charges effectivement engagées au cours de la période, y compris les commissions et éléments souvent oubliés tels que l'amortissement du matériel, les dotations pour amortissement et le coût de conception des logiciels. Les charges ne doivent pas être diminuées du montant des subventions ou financements.¹⁰ Notons que les charges engagées peuvent être égales ou non aux charges réelles effectuées au cours de la même période.

¹⁰ Par exemple, si un lieu de formation a été fourni « gratuitement », cette utilisation doit être reflétée dans la comptabilité comme si elle avait payée, elle sera donc reportée sous forme de revenu de subvention en-dessous de la ligne Revenu net dans le Compte de résultat.

-
- Le « n » - primes acquises - est la somme des primes acquises, comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice au cours d'une période « n ». Dans le Compte de résultat, ce montant correspond aux revenus générés par les primes au cours de la période (cela n'est pas exactement la même chose que les primes en espèces)¹¹ moins les variations des provisions pour primes non acquises.¹² Les frais de souscription de police ou d'adhésion éventuellement facturés ne sont pas inclus dans ce poste.
 - Un point important à remarquer est que de nombreux assureurs ajoutent des charges de règlement de sinistres aux coûts des sinistres et ne les traitent pas comme des charges d'exploitation. Ces charges doivent pourtant être incluses dans le numérateur pour calculer cet indicateur.
 - Les frais d'investissement doivent également être quantifiés et inclus dans le calcul ; cela n'est pas reflété dans la Fiche technique par souci de simplification.

11 Les primes en espèces sont littéralement les primes perçues en espèces au cours de la période. Les revenus de primes peuvent désigner tout type de crédit de prime accordé par le service comptable du programme.

12 Pour de plus amples informations sur les primes acquises et non acquises, consultez l'Annexe B.

Ratio des charges engagées

Compte de résultat de l'exercice	
Poste	
P01	Produits d'exploitation
P02	Primes acquises
P03	Primes souscrites brutes
P04	Variation de la provision pour primes non acquises
P05	Autres produits d'exploitation
P06	Frais d'adhésion
P07	Commissions reçues (hors réassurance)
P08	Produits bruts des investissements
P09	Autres produits d'exploitation (non exceptionnels)
P10	Charges
P11	Sinistres survenus
P12	Sinistres indemnisés bruts
P13	Variation de la provision pour sinistres survenus mais non déclarés
P14	Variation de la provision pour sinistres en cours
P15	Variation de la provision pour charges à payer
P16	Charges d'exploitation
P17	Frais de personnel
P18	Frais administratifs
P19	Frais de distribution et de communication
P20	Autres charges d'exploitation
P21	Ajustement pour réassurance
P28	Revenu net
P29	Produits hors exploitation
P30	Charges hors exploitation
P31	Revenu net (non exceptionnel)
P32	Produits exceptionnels
P33	Charges exceptionnelles
P34	Revenu net (avant donations et impôts)
P35	Donations
P36	Impôt sur le revenu et les bénéfices
P37	Revenu net (après donations et impôts)

D'où proviennent les chiffres ? Compte de résultat (Fiche technique BRS02)

$$\text{Primes acquises} = P03 - P04 = P02$$

$$\text{Ratio des charges engagées} = P16 / P02$$

$$\begin{aligned} \text{Charges engagées} &= P17 + P18 + P19 + P20 + P21 \\ &= P16 \end{aligned}$$

Certains programmes considèrent les frais d'adhésion ou d'inscription comme des primes acquises soit immédiatement, soit au cours d'une période fixe. Dans ce manuel, ces frais sont considérés comme des Revenus autres.

Si plusieurs partenaires participent, les charges de chacun d'eux doivent être incluses. Un exemple type est celui d'une ONG proposant une assurance santé en partenariat avec un assureur qui porte le risque et un gestionnaire des contrats qui gère les sinistres et accrédite les prestataires ; dans ce cas, l'ONG prendra à sa charge les frais de distribution et d'administration (lesquels doivent être séparés des frais liés aux autres opérations) ; l'assureur, les charges liées à la responsabilité et à la gestion des risques, et le gestionnaire, les frais correspondant à sa fonction. Les charges de chacun des partenaires doivent être prises en compte pour calculer ce ratio.

Il arrive souvent que les micro-assureurs ne calculent pas toutes les charges engagées et ignorent les coûts tels que les frais de personnel employé à temps partiel. Comme nous l'avons souligné au Principe 1, il est important de calculer toutes les charges au niveau de chaque produit pour évaluer la performance réelle.

De nombreux programmes investissent beaucoup dans la formation, la conception de systèmes et d'outils et les conseils au début de leur création. Ce type de charges d'établissement précoces et exceptionnelles doivent être amorties sur plusieurs exercices comptables ; en effet, ces investissements seront bénéfiques au programme pendant un certain temps et peuvent donc être considérés comme des frais prépayés. Les formations régulières, de rafraîchissement ou de mise à niveau doivent, par contre, être passées en charges engagées.

Signification et interprétation

Le ratio de charges engagées est le premier indicateur d'efficacité. Un produit ne peut avoir de la valeur « que si le ratio de charges est bas, ce ratio correspondant à la proportion de primes acquises au cours d'une certaine période et absorbées par les charges engagées au cours de la même période ». ¹³ Le ratio de charges est la proportion des primes nécessaires au paiement de tous les coûts de commercialisation, de vente (commissions comprises), d'administration, de règlement de sinistres, et de distribution du programme de micro-assurance.

Un ratio de charges engagées bas indique que la charge des dépenses pour l'assuré est réduite grâce au faible montant des primes, mais il peut également indiquer un investissement insuffisant dans l'éducation des consommateurs ou dans le maintien d'un service de qualité. D'un autre côté, si le programme investit trop dans ces domaines, une prime plus élevée risque de réduire la valeur du programme dans son ensemble. Le principal défi est d'arriver à un équilibre optimal entre ces deux valeurs mais cet équilibre est un élément nécessaire pour réussir sur le long terme. L'idéal est d'atteindre un ratio de charges engagées de 20 pour cent, voire moins, tout en maintenant un haut niveau de sensibilisation et de satisfaction.

COMPTE DE RÉSULTAT : COMMENT GÉRER LA RÉASSURANCE (Encart 5)

La pratique comptable actuellement en vigueur dans le secteur consiste à compenser les primes de réassurance et les indemnités des assurés dans le Compte de résultat, mais elle masque l'expérience sous-jacente réellement acquise par le programme, et ce de deux manières :

- Lorsque l'on réduit les primes acquises par les primes de réassurance payées, cela diminue le dénominateur dans les formules de nos trois indicateurs de valeur, ce qui crée une distorsion des valeurs sous-jacentes réelles.
- Lorsque l'on réduit les indemnités versées aux assurés par les indemnités versées par le réassureur, cela crée également une distorsion des valeurs réelles des indicateurs.

En théorie, les primes de réassurance et les indemnités des assurés devraient finir par être presque équivalentes avec le temps, à l'exception des charges et de la marge bénéficiaire du réassureur. La différence entre les primes de réassurance et les indemnités versées par le réassureur est une dépense pour le programme de micro-assurance. Si l'on présente correctement les transactions de réassurance dans le Compte de résultat (voir la Fiche technique), le coût de la réassurance se reflètera bien dans les indicateurs de valeur.

13 Garand et Wipf, 2006 : page 329.

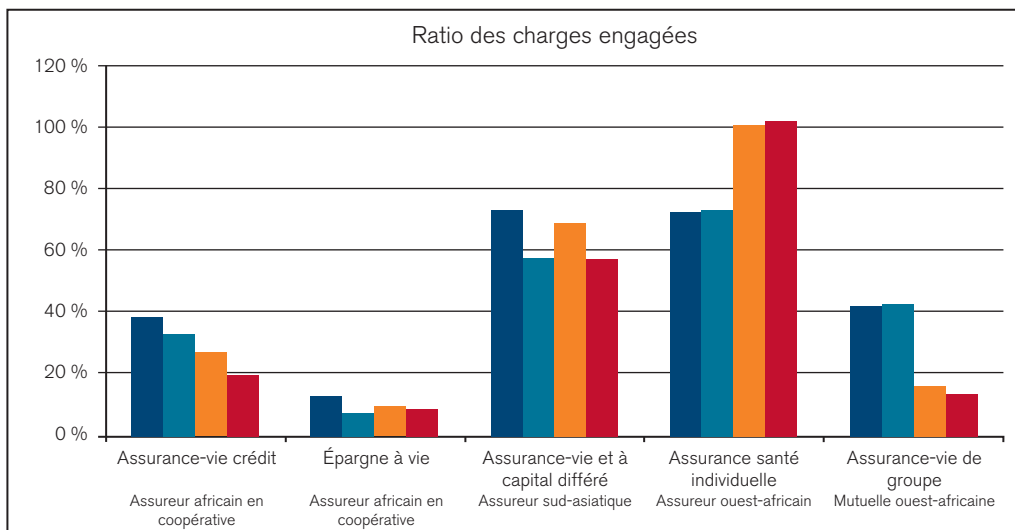
Le second dilemme auquel font face les programmes auto-assurés est celui de la réassurance. La réassurance est un coût, certes, mais si le contrat est bien conçu, c'est un coût pertinent car il réduit les contraintes de capital et les risques de ruine financière. Une question se pose donc : dans quel type de réassurance faut-il investir, et combien ? Il est impossible d'y répondre ici car chaque programme a des exigences différentes, on peut néanmoins généraliser en disant que certains programmes n'investissent pas dans la bonne couverture, que certains investissent trop, et que d'autres pas du tout. Pour de nombreux programmes, une couverture contre les événements naturels rares et de grande envergure (tremblements de terre, épidémies, etc.) qui entraîneraient des sinistres covariants est suffisante. Outre le fait qu'une mauvaise réassurance accroît inutilement le ratio de charges engagées, elle ne permet pas non plus d'améliorer la solvabilité du programme.

Si le micro-assureur doit apporter de la valeur à long terme et de la pertinence à ses assurés, il doit trouver les moyens de le faire efficacement. Pour ce faire, il est important de comprendre d'abord quel niveau de prime correspond à un service efficace. Si ce montant est « élevé », il est possible que la méthode de distribution ne soit pas optimale, ou que le traitement des sinistres soit trop lourd, ou que d'autres raisons soient en cause. Dans tous les cas, l'équipe dirigeante doit constamment chercher à modifier le fonctionnement du programme pour réduire les niveaux généraux de charges.

Interprétation sociale

Pour certains programmes, un ratio de charges élevé peut indiquer que l'équipe dirigeante est trop gourmande en salaires et en avantages, au détriment de la clientèle pauvre. Mais cela indique plus souvent une nécessité de restructurer les processus ou d'améliorer les prestations. Dans tous les cas, le manque d'efficacité a des répercussions sociales importantes puisqu'il sollicite directement des ressources qui pourraient, dans d'autres circonstances, être employées à l'amélioration des prestations et des services.

Exemple de performance



Le graphique ci-dessus indique les ratios de charges engagées de cinq programmes différents:

- Le premier est un programme d'assurance-vie crédit proposé par un réseau coopératif ouest-africain à ses membres institutionnels primaires. Ce programme a connu une croissance rapide en quatre ans et l'accroissement de son chiffre d'affaires, associé à des augmentations minimales de ses coûts fixes, a réduit le ratio de charges engagées au fil du temps.


- Le deuxième programme est un produit d'épargne à vie géré par le même réseau coopératif. Le ratio de charges était encore plus bas que celui du programme d'assurance-vie crédit car l'assurance est achetée en grands volumes par des coopératives participantes.
- Le troisième programme est un produit individuel d'assurance-vie et d'assurance à capital différé dont l'envergure a été réduite pour l'adapter au marché de la micro-assurance par l'intermédiaire d'un assureur en Asie du sud. Le produit est très complexe et difficile à appréhender par les consommateurs de ce marché. La mise en place est lente et, en raison de la faible pénétration et des frais de commercialisation du produit élevés la première année, le ratio de charges est resté très élevé (près de 60 pour cent).
- Le quatrième programme est un produit individuel d'assurance santé qui semble avoir subi l'antisélection ou connu une croissance insuffisante. En conséquence, le programme est dans une situation critique car le ratio de charges de son dernier exercice est de 100 pour cent.
- Le cinquième programme est un dispositif mutuel ouest-africain qui propose une assurance-vie de groupe. Le programme a reçu l'assistance technique d'un prestataire étranger et a investi dans le renforcement des capacités. Cela a permis d'améliorer les produits et services, puis au final de générer une croissance modeste et de réduire considérablement le ratio de charges.

Les deux programmes à participation volontaire (N° 3 et N° 4 en partant de la gauche) ont des ratios de charges plus élevés que les autres, dont la participation est automatique ou obligatoire. Cette situation reflète ce que l'on observe habituellement en micro-assurance. D'autre part, comme le cas N° 4 semble l'indiquer, la micro-assurance santé a en général un ratio de charges plus élevé que les programmes d'assurance-vie en raison de frais administratifs supplémentaires, mais ce n'est pas toujours vrai.

Indicateur 2 : Ratio des sinistres survenus

Définition

Le ratio de sinistres survenus se définit par les sinistres survenus au cours d'une période, divisés par les primes acquises au cours de la même période. La période peut correspondre à un exercice fiscal ou à tout autre exercice comptable.

 Un ratio de sinistres survenus de 70 pour cent signifie que pour chaque volume de 100 primes acquises au cours d'une période comptable, 70 sont restituées sous forme de prestations (indemnités).

Méthode de calcul

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

Remarques

- L'élément $\text{Sinistres survenus}_n$ est égal aux prestations versées au cours de la période plus la variation des provisions.
- De même que pour le ratio de charges engagées, le « n » - primes acquises - est la somme des primes acquises comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice au cours d'une période « n ». Sur le Compte de résultat, le ratio est égal aux produits des primes pour la période moins la variation de la provision pour primes non acquises.

Il y a trois catégories de provisions¹⁴ à prendre en compte :

- Provisions pour sinistres en cours de règlement (SCR) - Variation effective des sinistres déclarés mais non indemnisés ;
- Provisions pour sinistres survenus mais non déclarés (SSND) - Variation estimée des sinistres non déclarés à la date de comptabilisation ; et
- Provisions pour charges à payer (CP) - Variation estimée des prestations, charges, intérêts, etc. engagés de toute sorte (c.-à-d. toutes les charges à payer) qui ne sont pas encore payables ou échus à la fin de l'exercice comptable.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces provisions doivent être calculées comme si aucune réassurance n'était prévue, puis ajustées en conséquence dans la section Charges du Compte de résultat.

Une variation de chacune de ces trois provisions correspond au niveau de provision à la fin de la période en cours, moins le niveau de provision à la fin de la période précédente.¹⁵ Pour résumer cela en une formule comptable, le ratio des sinistres survenus est égal aux sinistres payés au cours de la période, plus la variation des sinistres en cours de règlement (SCR), plus la variation des sinistres survenus mais non déclarés (SSND), plus la variation de la provision pour charges à payer (CP).¹⁶

14 Pour de plus amples informations sur ces trois provisions, consultez l'Annexe B.

15 Les variations de provisions peuvent être positives ou négatives. Exemples : 1) Si la valeur SCR présente est de 1000 et que la valeur précédente était de 900, la variation SCR est égale à $1000 - 900 = +100$. 2) Si la valeur SCR présente est de 900 et que la valeur précédente était de 1000, la variation SCR est égale à $900 - 1000 = -100$.

16 En bref : Sinistres survenus_n = Sinistres en liquide_{n+} - Variation SCR_{n+} - Variation SSND_{n+} - Variation CP_n.

Ratio des sinistres survenus

Compte de résultat de l'exercice		D'où les chiffres proviennent-ils ? Compte de résultat (Fiche technique BRS02)
Réf. poste		
P01	Produits d'exploitation	
P02	Primes acquises	
P03	Primes souscrites brutes	} Primes acquises = P03 – P04 = P02
P04	Variation de la provision pour primes non acquises	
P05	Autres produits d'exploitation	
P06	Frais d'adhésion	
P07	Commission reçues (hors réassurance)	
P08	Produits bruts des investissements	
P09	Autres produits d'exploitation (non exceptionnels)	Ratio des sinistres survenus = P11 / P02
P10	Charges	
P11	Sinistres survenus	
P12	Sinistres indemnisés bruts	} Sinistres survenus = P12 + P13 + P14 + P15 = P11
P13	Variation de la provision pour sinistres survenus mais non déclarés	
P14	Variation de la provision pour sinistres en cours	
P15	Variation de la provision pour charges à payer	
P16	Charges d'exploitation	
P17	Frais de personnel	
P18	Frais administratifs	
P19	Frais de distribution et de communication	
P20	Autres charges d'exploitation	
P21	Ajustement pour réassurance	
P28	Revenu net	
P29	Produits hors exploitation	
P30	Charges hors exploitation	
P31	Revenu net (non exceptionnel)	
P32	Produits exceptionnels	
P33	Charges exceptionnelles	
P34	Revenu net (avant donations et impôts)	
P35	Donations	
P36	Impôt sur le revenu et les bénéfices	
P37	Revenu net (après donations et impôts)	

Certains programmes considèrent les frais d'adhésion ou d'inscription comme des primes qui sont soit acquises immédiatement, soit au cours d'une période fixe. Dans ce manuel, ces frais sont considérés comme des Revenus autres.

Signification et interprétation

Dans le fond, ce ratio indique si le programme est bénéfique pour l'assuré car il mesure la proportion moyenne des primes qui lui sont restituées sous forme de prestations.

L'assurance consiste à gérer les risques, et pour le faire correctement, le micro-assureur a besoin de bien comprendre son ratio de sinistres survenus. Si la valeur de ce ratio est supérieure aux attentes, il est nécessaire d'approfondir la question pour déterminer si cela est dû :

- à l'antisélection ;
- au risque moral et à la fraude ;
- à une variation normale ou anormale des statistiques ;
- à une mauvaise compréhension des risques et des besoins des assurés qui a entraîné une tarification erronée ;
- à une covariance supérieure aux attentes ; ou
- à autre chose.

D'un autre côté, si le ratio de sinistres est bas en permanence, c'est aussi un problème car cela pourrait indiquer une offre inadaptée ou des procédures de demande d'indemnisation difficiles. Si le ratio reste bas en permanence, les assurés risquent de ne plus s'intéresser au programme au fil du temps car il ne leur apporte pas suffisamment, ce qui peut laisser le champ libre à un concurrent qui proposerait de meilleurs services.

Il est très important d'analyser les tendances de cet indicateur au fil du temps. Par exemple, s'il s'agit d'une assurance-vie crédit, l'afflux croissant d'emprunteurs nouveaux et jeunes devrait réduire le ratio de sinistres, et vice versa. Pour mieux comprendre la situation, l'équipe dirigeante doit développer ses capacités pour analyser les données relatives aux sinistres à l'aide de paramètres fondamentaux tels que l'âge, le sexe, la région, les causes des sinistres, ainsi que tous autres paramètres susceptibles d'avoir une influence sur les sinistres.

En général, les indemnisations versées au cours d'une période donnée au titre d'une assurance-vie, santé ou de protection des biens, dépendent de deux facteurs : 1) l'incidence ou la fréquence des sinistres, c'est-à-dire le nombre de sinistres divisé par le nombre d'expositions au risque, et 2) le montant moyen des indemnisations pour tous les sinistres. Si l'on multiplie les deux, on obtient le produit des sinistres indemnisés : Sinistres payés = fréquence X montant moyen des indemnisations. Lorsque l'on fait le suivi du ratio de sinistres survenus, il convient d'étudier ces deux composantes avec soin pour comprendre ce qui se passe. Même si le ratio de sinistres survenus semble normal, ces deux composantes pourraient être soit supérieures, soit inférieures aux attentes. À l'inverse, si le ratio de sinistres survenus est supérieur ou inférieur aux attentes, ses composantes doivent être analysées pour comprendre l'origine de la déviation car cela permettra d'approfondir la question.

Pour l'assurance santé, le ratio augmente en général en raison de l'inflation des prix des soins médicaux ou de l'augmentation de la sensibilisation et de leur utilisation. Il est important de vérifier l'origine de ces augmentations. Les bases de données relatives aux sinistres survenus doivent être conçues pour donner un historique suffisamment détaillé de tous les coûts engagés, qu'ils soient couverts ou non, pour évaluer le coût de chaque procédure. Pour contenir un accroissement exponentiel du ratio, certaines actions peuvent être nécessaires, comme la modification de la structure des prestations, l'introduction d'un ticket modérateur¹⁷, de périodes d'attente, ou de limites à certaines procédures ; les mesures appropriées ne peuvent être déterminées qu'en quantifiant la fréquence, le montant des sinistres et la nature des procédures.

Pour les produits d'épargne à long terme tels que l'assurance à capital différé, le ratio de sinistres survenus peut subir une distorsion au fil du temps car les sinistres et les échéances sont également financés par les revenus d'intérêts.¹⁸

17 Le terme « ticket modérateur » désigne ici à la fois la franchise et la co-assurance. La co-assurance peut avoir de nombreuses formes mais elle indique habituellement que l'assuré devra payer une partie des procédures couvertes. Par exemple, une co-assurance de 10 pour cent signifie que l'assurance santé ne paiera que 90 pour cent des procédures couvertes, après franchises, et que les 10 pour cent restants seront à la charge de l'assuré.

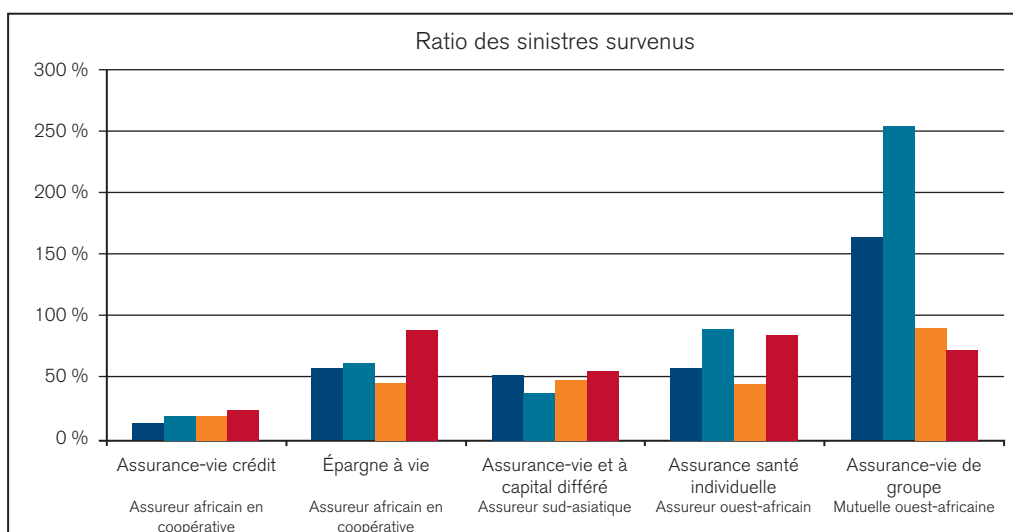
18 Ce sujet sera traité dans les détails au chapitre 2.

Interprétation sociale

L'objectif de l'assurance est de verser des prestations pour compenser les pertes. Un ratio des sinistres plus élevé signifie pour un programme viable que ses clients bénéficient de bonnes prestations pour les primes qu'ils payent. D'un autre côté, un ratio trop élevé peut indiquer que le programme s'effondre, ce qui détériorera en définitive la protection sociale et financière. Un ratio très bas pourrait être interprété par les clients comme un signe que le programme profite de leur situation ; toutefois cela dépend du type de programme et des circonstances.

Exemple de performance


- Le programme d'assurance-vie crédit géré par le réseau coopératif d'assurance ouest-africain a affiché des ratios de sinistres survenus très bas, ce qui reflète une situation typique de l'assurance-vie crédit : les participants ne remettent pas en question la valeur de la couverture puisque c'est une exigence pour accéder au crédit.
- Le deuxième programme est un produit d'épargne à vie géré par le même prestataire. Il semble que quelque chose se soit produit au cours de la quatrième année car ce produit est d'une certaine façon sujet à l'antisélection. De plus, étant donné l'absence d'âge de sortie, on observe une tendance à accumuler certaines charges à payer non provisionnées de la part d'anciens déposants.
- Le produit d'assurance-vie et à capital différé individuelle affiche un ratio de sinistres survenus bas, avec 50 pour cent. Remarquons que ce ratio peut subir des distorsions pour ce type de produit (voir chapitre 2).
- Le ratio de sinistres survenus du produit d'assurance santé connaît une évolution très erratique et peut avoir fait l'objet d'une spirale de cotisations. Si on l'associe à un ratio de charges engagées élevé, cela signifie que le programme a subi de lourdes pertes.
- En ce qui concerne le programme d'assurance-vie de groupe, le fait d'avoir investi dans le renforcement des capacités a permis de redresser la situation grâce à une meilleure gestion des risques au cours des troisième et quatrième années.



Indicateur 3 : Ratio de revenu net

Définition

Le ratio de revenu net se définit par le revenu net au cours d'une période divisé par les primes acquises au cours de la même période. La période peut correspondre à un exercice fiscal ou à tout autre exercice comptable.

 Un ratio de revenu net de 5 pour cent signifie que pour chaque volume de 100 primes acquises au cours d'une période comptable, le revenu net (bénéfices) est de 5. De la même façon, un ratio négatif de 5 pour cent signifie que pour chaque volume de 100 primes acquises, il y a une perte de 5 pour cent.

Méthode de calcul

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

Remarques

- Le poste Revenu net n au cours de la période « n » (avant subventions non permanentes et avant produits et charges hors exploitation) est égal aux produits d'exploitation n au cours de la période, moins les charges de sinistres n au cours de la période, moins les charges d'exploitation n au cours de la période.
- Comme nous l'avons expliqué dans les remarques sur le ratio des sinistres survenus, les primes acquises n sont égales à la somme des primes acquises comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice pour la période « n ». Dans le Compte de résultat, il s'agit des produits de primes n au cours de la période moins la variation de la provision pour primes non acquises n .
- Les subventions non permanentes sont temporaires dans la mesure où leur fin est programmée ou attendue au cours des quelques exercices comptables qui suivent. Le but est d'évaluer la viabilité du dispositif avant l'obtention des subventions.
- Les autres revenus sont tous les autres produits, frais d'adhésion compris. Les micro-assureurs peuvent choisir d'individualiser les autres revenus s'ils souhaitent avoir des états comptables plus détaillés.

Pour les organismes engagés dans de multiples activités, le Principe 1 de séparation des données souligne l'importance d'isoler les produits et charges générés par les activités d'assurance pour évaluer cet indicateur et publier des informations précises et transparentes.

Le ratio de revenu net peut aussi et devrait être adapté aux programmes travaillant en partenariat avec des compagnies d'assurance (c.-à-d. dans une configuration partenaire-agent). Si la compagnie d'assurance est invitée à communiquer les charges et indemnités effectuées pour l'activité qu'elle mène avec le programme pendant l'exercice comptable, l'agent peut ensuite y ajouter ses propres charges pour calculer son revenu net d'ensemble. Dans les cas où le micro-assureur couvre partiellement certains risques¹⁹, les indemnités et provisions doivent être calculées pour la partie du risque que le micro-assureur supporte, puis combinées à celles de l'assureur pour calculer le ratio de revenu net du programme.

¹⁹ Pour reprendre l'exemple de nombreux organismes de premier ordre, il s'agit de verser des prestations supplémentaires ou d'effectuer les indemnités initialement rejetées.

Ratio de revenu net

Compte de résultat de l'exercice	
Réf. poste	
P01	Produits d'exploitation
P02	Primes acquises
P03	Primes souscrites brutes
P04	Variation de la provision pour primes non acquises
P05	Autres produits d'exploitation
P06	Frais d'adhésion
P07	Commissions reçues (hors réassurance)
P08	Produits bruts des investissements
P09	Autres produits d'exploitation (non exceptionnels)
P10	Charges
P11	Sinistres survenus
P12	Sinistres indemnisés bruts
P13	Variation de la provision pour sinistres survenus mais non déclarés
P14	Variation de la provision pour sinistres en cours
P15	Variation de la provision pour charges à payer
P16	Charges d'exploitation
P17	Frais de personnel
P18	Frais administratifs
P19	Frais de distribution et de communication
P20	Autres charges d'exploitation
P21	Ajustement pour réassurance
P28	Revenu net
P29	Revenus hors exploitation
P30	Charges hors exploitation
P31	Revenu net (non exceptionnel)
P32	Produits exceptionnels
P33	Charges exceptionnelles
P34	Revenu net (avant donations et impôts)
P35	Donations
P36	Impôt sur le revenu et les bénéfices
P37	Revenu net (après donations et impôts)

D'où les chiffres proviennent-ils ?
Compte de résultat (Fiche technique BRS02)

$$\text{Primes acquises} = P03 - P04 = P02$$

$$\text{Ratio de revenu net} = P28 / P02$$

$$\text{Revenu net} = P02 + P05 - P11 - P16 = P28$$

Certains programmes considèrent les frais d'adhésion ou d'inscription comme des primes qui sont soit acquises immédiatement, soit au cours d'une période fixe. Dans ce manuel, ces frais sont considérés comme des Revenus autres.

ÉCHANGE DES DONNÉES DANS LE MODÈLE PARTENAIRE-AGENT (Encart 6)

Dans un modèle partenaire-agent, l'organisme distributeur doit, dans l'intérêt de la clientèle, s'engager de manière transparente dans sa relation avec l'assureur. Les deux parties bénéficieront du partage des informations relatives aux primes, aux sinistres, aux charges et aux autres éléments. Il convient donc d'établir, au commencement du programme, une Lettre d'intention que les deux parties signeront et par laquelle elles énonceront leurs attentes et s'engageront à échanger leurs informations. Pour plus de détails sur le type de données échangées, consultez le chapitre 2.6.

L'objectif est d'obtenir un ratio de revenu net complet et réaliste pour l'ensemble de l'activité. La raison pour laquelle il doit être préparé de manière combinée, même pour un programme à partenaires multiples, est qu'il faut évaluer la performance du point de vue du client. C'est pour cette même raison qu'il faut calculer le ratio avant de prendre en compte la réassurance.

Les revenus d'investissement doivent être calculés à mesure qu'ils sont générés, les intérêts et autres plus-values étant comptabilisés au titre des exercices comptables correspondants. Par exemple, si un certificat de dépôt est acheté pour une durée de deux ans, seule la partie des revenus d'investissement acquise pendant l'exercice comptable donné doit être considérée comme une recette quel que soit le montant des liquidités reçues au cours de la période entière.

Signification et interprétation

Le ratio de revenu net est la clé des indicateurs de performance car il mesure la viabilité ou la rentabilité du programme. « 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 de la période examinée ».²⁰

Comme avec les autres indicateurs clés, le micro-assureur doit analyser les résultats en profondeur ou élaborer des sous-indicateurs pour mieux comprendre la source de son revenu net. La règle approximative veut qu'un ratio de revenu net positif soit compris entre zéro et dix. Les valeurs constamment supérieures à cette plage indiquent que les prestations aux clients sont insuffisantes, ce qui peut entraîner une chute dans l'activité ou l'arrivée d'autres concurrents. Les valeurs négatives persistantes indiquent que le programme doit être modifié pour être viable. La source de la perte doit être identifiée et traitée ; il peut s'agir par exemple de charges ou de sinistres plus importants que prévu. Chaque raison nécessitera une réaction différente de la part de l'équipe dirigeante.

Il est important de comparer la tendance de cet indicateur, laquelle doit toujours évoluer vers une valeur positive. De nombreux programmes de réassurance subissent des pertes au cours des premières années jusqu'à ce qu'ils se constituent un portefeuille de clients suffisant et qu'ils fonctionnent efficacement. Les programmes d'assurance-vie crédit sont habituellement rentables en un an et le restent ensuite, tandis que le revenu net d'une assurance santé varie davantage et peut rester négatif pendant plusieurs années. Si la tendance est négative, il y a probablement des problèmes à résoudre. Un des objectifs majeurs de l'équipe dirigeante est de comprendre la cause d'une tendance particulière ; si elle n'est pas en mesure de le faire, elle devra certainement investir dans le renforcement des capacités (voir le Principe 7 sur la capacité technique de l'assurance).

Même si les objectifs de revenu net sont atteints, les bonnes pratiques de gestion veulent que la question soit approfondie afin d'identifier les déviations et les modèles des revenus d'investissement, des niveaux de charges, des sinistres, etc. Chacun de ces segments peut et doit être étudié séparément afin d'identifier les questions qui nécessitent une action des dirigeants.

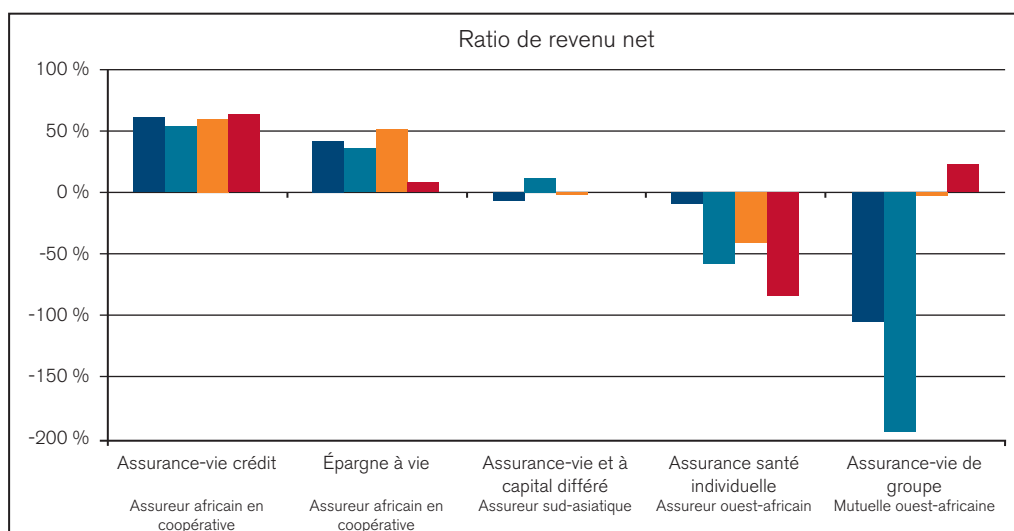
Le ratio de revenu net fonctionne bien pour la plupart des produits à court terme. Pour les produits à long terme dont la composante d'épargne est importante, cet indicateur sera en général plus élevé car les primes requises sont plus basses. Il est important de garder cela à l'esprit lorsque l'on compare différents dispositifs. Pour les besoins de l'évaluation comparative, il est nécessaire de regrouper ces produits en catégories similaires (voir les chapitres 2 et 3).

²⁰ Garand et Wipf, 2006 : page 327.

Interprétation sociale

Dans le cas des dispositifs non détenus par leurs membres, un ratio de revenu net élevé pourrait être interprété comme un signe que les clients sont exploités ; toutefois, cela dépend de la durée de cette tendance et du contexte. Un ratio bas pourrait signifier que le programme n'est pas viable ou qu'il fonctionne délibérément à perte parce qu'il est alimenté par une activité commerciale (ou une autre source) ; l'interprétation est donc positive sur le plan social. En ce qui concerne les dispositifs détenus par leurs membres, un ratio de revenu net élevé pourrait indiquer que la tarification doit être ajustée car les prestations sont insuffisantes par rapport aux primes, et que les profits restent entre les mains des membres. Il pourrait aussi indiquer une tentative délibérée de constituer un excédent pour financer une expansion future, enregistrer le programme comme assureur formel, ou protéger le dispositif contre des chocs potentiels dus à des sinistres importants.

Exemple de performance



- Le programme d'assurance-vie crédit, avec un taux réduit de sinistres et de charges, génère trop de profits : en effet, son ratio de revenu net est de 50 %. Le réseau a utilisé les profits pour financer certaines de ses activités autres que l'assurance. Ces subventions croisées ne sont pas perçues d'un bon œil par les régulateurs de l'assurance, et le réseau ne pourra pas continuer dans cette voie s'il poursuit ses opérations d'assurance comme il le prévoit.
- Le programme d'épargne à vie a généré lui aussi trop de profits au cours des trois premières années, mais il a été affecté par l'augmentation soudaine des sinistres la quatrième année.
- Le produit d'assurance à capital différé de l'assureur sud-asiatique s'est maintenu à flot malgré un démarrage lent. Le produit a été conçu sans étude de marché et a eu du mal à se développer sur ce marché. Comme nous allons le voir ci-dessous, la croissance s'est néanmoins améliorée suite à certains changements. Ces changements ont eu un effet sur le revenu net qui avait chuté la même année, probablement en raison des commissions plus élevées de la première année et des provisions supplémentaires qu'il a fallu constituer suite à la vente de nouvelles polices.
- Le produit d'assurance santé individuelle est dans une situation très difficile, comme nous l'avons déjà vu, et la tendance va en empirant.
- Le programme d'assurance-vie a profité du renforcement des capacités, ses charges ont été diminuées, les sinistres ont été maîtrisés et la situation s'est redressée au cours des troisième et quatrième années.

B. SENSIBILISATION SUR LES PRODUITS ET SATISFACTION DES CLIENTS

Les indicateurs de sensibilisation et de satisfaction servent à déterminer si le marché cible s'engage facilement dans le programme et achète ses produits d'assurance. Si l'adhésion est volontaire, la performance des produits de cette catégorie ne sera bonne que si les clients ont connaissance du programme, s'ils le comprennent bien (ou s'ils pensent au moins bien le comprendre), s'ils sont satisfaits du rapport prix-prestations, et s'ils peuvent se permettre de payer les primes (contributions) prévues. Si l'adhésion est obligatoire (c'est-à-dire si c'est une condition pour accéder au crédit ou à d'autres services), ces facteurs restent déterminants mais leur effet est quelque peu réduit.


Ces trois indicateurs sont cruciaux pour évaluer la viabilité. Une participation insuffisante et un roulement trop élevé signifient en général une situation d'antisélection, ce qui entraîne des ratios de sinistres et de charges plus élevés et un ratio de revenu net réduit, voire même l'échec du programme si les problèmes ne sont pas résolus.

N°	Indicateur	Interprétation générale
4	Taux de fidélisation	Quel est le niveau de satisfaction de l'assuré ?
5	Taux de couverture	Quel est le niveau d'adéquation entre le produit et les besoins réels ?
6	Ratio de croissance	Quel est le niveau de sensibilisation vis-à-vis de l'assurance ? Quelle est la compétitivité du produit vis-à-vis des autres produits ou solutions de gestion des risques du ménage ?

Indicateur 4 : Taux de fidélisation

Définition

Pour une période ou un échantillon donné(e), le taux de fidélisation est le rapport entre les clients ou membres qui renouvellent leur couverture et ceux qui sont admissibles au renouvellement. Le taux de fidélisation mesure la proportion d'assurés qui maintiennent leur inscription au programme après l'expiration de leur couverture.

 Un taux de fidélisation de 90 pour cent signifie que sur chaque effectif de 100 assurés, 90 renouvellent leur couverture et 10 ne la renouvellent pas.

Méthode de calcul

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

Remarques

- Ceux qui ne renouvellent pas sortent du programme. On pourrait aussi mesurer le taux d'abandon.
- Le nombre de reconductions n est le nombre de clients ayant effectivement renouvelé leur couverture au cours de la période ou dans l'échantillon « n ».
- De même, le nombre de reconductions potentielles n est le nombre de clients qui auraient pu renouveler leur couverture. Ce nombre exclut les clients qui ne sont plus admissibles pour des motifs d'âge, de décès ou autres (entraînant leur inéligibilité), au cours de la période.

Le taux doit être calculé pour une période prédéterminée et un échantillon pris au hasard. Il est habituellement mesuré sur une année car c'est la durée de couverture de la plupart des produits de micro-assurance temporaires. L'approche correcte consiste à suivre un groupe de clients spécifique ou un échantillon pris au hasard au sein de la clientèle au début de la période étudiée. Il va de soi que le taux peut aussi être calculé pour toute la clientèle.

Il convient de bien comprendre les détails de la définition et de ne pas trop simplifier les calculs. L'exemple qui suit reprend un effectif de 15 000 assurés actifs au début de l'année. Au cours de l'année, 5 000 nouveaux clients s'inscrivent au programme. Le tableau montre, pour l'année, le nombre de clients décédés, sortis, nouvellement inscrits et devenus inéligibles en raison de leur âge. Comme nous le voyons, ces nombres doivent être suivis tant pour les clients existants que pour ceux qui ont acheté une assurance pendant l'année.

Exemple de calcul du taux de fidélisation (Tableau 6)

Description	Groupe 1 (clients existants)	Groupe 2 (clients nouveaux)	TOTAL
Effectif total des assurés au début de l'année	15 000	0	15 000
Nouveaux assurés ayant acheté une assurance au cours de l'année	Aucun, tous les clients avaient une couverture au début de l'année	5 000	5 000
Nombre de décès dans chaque groupe au cours de l'année	50 décès au total = 40 avant la date buttoir de reconduction	7	$50 + 7 = 57$
Nombre de clients ayant atteint l'âge maximum au cours de l'année	500 au total = 490 avant la date buttoir de reconduction + 10 après la reconduction	50	$500 + 50 = 550$
Nombre de clients étant sortis du programme	2 450	n.d.	2 450
Nombre de clients n'ayant pas renouvelé = clients qui ne pouvaient pas renouveler + clients qui pouvaient renouveler mais ne l'ont pas fait	490 clients trop âgés avant la date de reconduction + 40 clients décédés avant la reconduction + 2 450 clients sortis = 2 980 au total	n.d.	530 clients ne pouvaient pas renouveler 2 450 clients sont sortis
Effectif total des assurés à la fin de l'année	12 000	4 943	16 943

Dans cet exemple, on considère que les reconductions potentielles comprennent, pour la période, tous les clients qui ne sont pas décédés ou ne sont pas devenus inéligibles en raison de leur âge. D'après les informations ci-dessus, comment faudrait-il calculer le taux de fidélisation ? La méthode est illustrée dans le tableau ci-après ; le taux de fidélisation correct est de 83,07 pour cent.

Description	Groupe 1 (clients existants)	Groupe 2 (clients nouveaux)	TOTAL
Nombre de reconductions au cours de l'année	12 020 au total = 12 000 (toujours couverts à la fin de l'année) + 10 (décédés après la reconduction) + 10 (ayant atteint l'âge maximum après la reconduction)	n.d.	12 020
Nombre de reconductions potentielles	15 000 (au début) – 490 (âge maximum atteint) – 40 (décédés avant la reconduction)	n.d.	14 470
Taux de fidélisation	$12\,020 / (15\,000 - 490 - 40) = 0,8307$	n.d.	0,8307

Dans la pratique, les raisons des non reconductions sont très variées et il devient difficile de les analyser ; toutefois, si cette information est utile, elle doit être comprise et enregistrée. Certains micro-assureurs mènent de simples entretiens de sortie pour déterminer la raison de la non reconduction, mais ils ne peuvent le faire que s'ils sont en contact avec les assurés au moment de leur sortie. Dans tous les cas, les raisons des non reconductions doivent être suivies aussi soigneusement que possible. Si un assuré sort du programme pour une raison inconnue, celle-ci peut être codée comme « inconnue » dans la base de données.

Le calcul du taux de fidélisation pour un groupe sélectionné peut être aisément automatisé à l'aide d'un logiciel mais cela n'est possible que si la base de données contient ces informations.

Pour illustrer davantage ce propos, supposons que le micro-assureur de l'exemple ci-dessus ait codé toutes les raisons des non reconductions dans la base de données, et que cette base indique que 300 clients n'ont pas reconduit car ils ont migré (dans une autre région ou un autre pays). L'équipe dirigeante peut ensuite calculer un taux de fidélisation modifié comme suit : $12\,020 / (15\,000 - 40 - 490 - 300) = 0,8483$ (84,83 %).

EST-IL POSSIBLE DE SUIVRE DES TAUX DE FIDÉLISATION MULTIPLES POUR LES PRODUITS DE COUVERTURE DES MÉNAGES? (Encart 7)

Les produits de micro-assurance vie et santé qui couvrent tout ou partie d'un ménage sont de plus en plus souvent proposés sur le marché. Habituellement, l'un des soutiens de famille est l'assuré principal (le candidat à l'assurance) tandis que les autres membres du ménage sont considérés comme personnes à charge ou comme clients secondaires, avec une couverture moindre. Un aspect important de cette configuration est que la décision de reconduction est prise au niveau du ménage, bien qu'elle puisse se répercuter sur certains membres. Par exemple, un produit peut couvrir automatiquement l'emprunteur d'une IMF, son épouse, et deux enfants éventuellement indiqués. Il serait alors préférable de préciser une règle, telle que « les deux enfants les plus âgés parmi ceux de moins de 21 ans et habitant au domicile familial sont couverts ». Dans d'autres cas, les personnes à charge peuvent bénéficier d'une couverture facultative si un supplément de prime est payé pour chacune d'elles.

Il est possible d'établir plusieurs taux pour un produit d'assurance du ménage :

- a) le nombre de ménages ayant reconduit doit toujours être suivi ;
- b) dans le cas où les personnes à charge bénéficient d'une couverture facultative, il est utile de suivre le nombre d'enfants et/ou d'époux ayant reconduit car cela reflètera la satisfaction des clients vis-à-vis de la couverture des personnes à charge.

Il est possible d'ajouter d'autres raisons de résiliation si l'on souhaite modifier la définition du terme « nombre de reconductions potentielles n » ; à mesure que d'autres raisons sont acceptées, le taux de fidélisation modifié augmente car le dénominateur de la fraction diminue. Il convient de ne déduire que les raisons qui ne relèvent pas du contrôle de l'assuré. La raison d'une non reconduction provient souvent du micro-assureur (que les clients soient des particuliers ou des institutionnels) qui a fait l'erreur de ne pas contacter le client lorsque sa couverture arrivait à échéance. L'objectif principal de ces opérations est de calculer un taux de fidélisation pertinent permettant de comprendre la performance commerciale du programme.

Si possible, un lot de taux de fidélisation, avec des définitions différentes de la reconduction « potentielle », devrait être calculé pour affiner l'analyse. Le taux de fidélisation le plus conservateur (le plus bas) est un indicateur qui ne prendra en compte que les décès et la non admissibilité puisque son dénominateur sera le plus élevé.

La notion de fidélité s'applique également davantage aux produits à long terme dont les clients peuvent sortir à tout moment en cessant de payer les primes périodiques.

Il existe un ratio analogue et plus général : le « taux de fidélité », qui désigne le nombre de clients d'un groupe donné qui reconduisent leur couverture à une date ultérieure, divisé par le nombre de clients du même groupe qui avaient une couverture au cours d'une année précédente. Ce taux est plus général que le taux de fidélisation car il s'applique à la fois aux couvertures temporaires et permanentes. Le taux de fidélité peut être calculé de la même façon que le taux de fidélisation, c.-à-d. en suivant non pas le nombre d'assurés ayant renouvelé leur couverture mais le nombre d'assurés ayant un statut actif.

Signification et interprétation

Le taux de fidélisation aide à définir le niveau de satisfaction des assurés : « Le taux de fidélisation s'applique spécifiquement aux produits temporaires (durée de couverture fixée à un an, par exemple)... Il reflète (entre autres) la satisfaction du client une fois que le produit a été acheté ».²¹

L'interprétation du taux de fidélisation est différente mais elle demeure utile lorsque la participation est obligatoire, comme dans le cas des assurances-vie crédit liées à des services de microfinance (nous aborderons cette question en détail lorsque nous traiterons le taux de couverture dans le chapitre 2).

Le taux de fidélisation peut indiquer plusieurs choses à l'équipe dirigeante. Si le taux est très élevé (c'est-à-dire de 90 pour cent ou plus), cela peut signifier :

- que les besoins du marché cible sont bien compris ;
- que le prix est acceptable pour le marché cible ;
- que le niveau de service est raisonnable ; et/ou
- que les prestations sont très appréciées de la communauté.

Le contraire est vrai aussi : « pour les dispositifs à participation volontaire, un taux de fidélisation bas indique souvent que les clients ne sont pas satisfaits, probablement en raison d'une mauvaise communication, de mauvaises prestations, d'indemnités insuffisantes, ou d'autres causes ».²² Cela peut aussi indiquer que les assurés ne savent pas comment et quand reconduire leur couverture. La reconduction devrait être automatique autant que possible, notamment par le biais d'une autorisation de prélèvement de la prime sur l'épargne de l'assuré.

Quel que soit le taux de fidélisation, l'équipe dirigeante doit l'interpréter avec soin et déterminer la réponse à donner. Le taux de fidélisation doit être suivi sur plusieurs périodes car la tendance ainsi observée apportera des informations précieuses.

Un taux de fidélisation élevé aura en général un effet positif sur les indicateurs de valeur du produit. Par exemple, puisqu'il est généralement moins coûteux de reconduire une couverture que d'en acheter une nouvelle, un taux de fidélisation élevé devrait diminuer le ratio de charges et améliorer le revenu net. Un taux de fidélisation d'au moins 85 pour cent doit être considéré comme une norme minimale.

21 Garand et Wipf, 2006 : page 324.

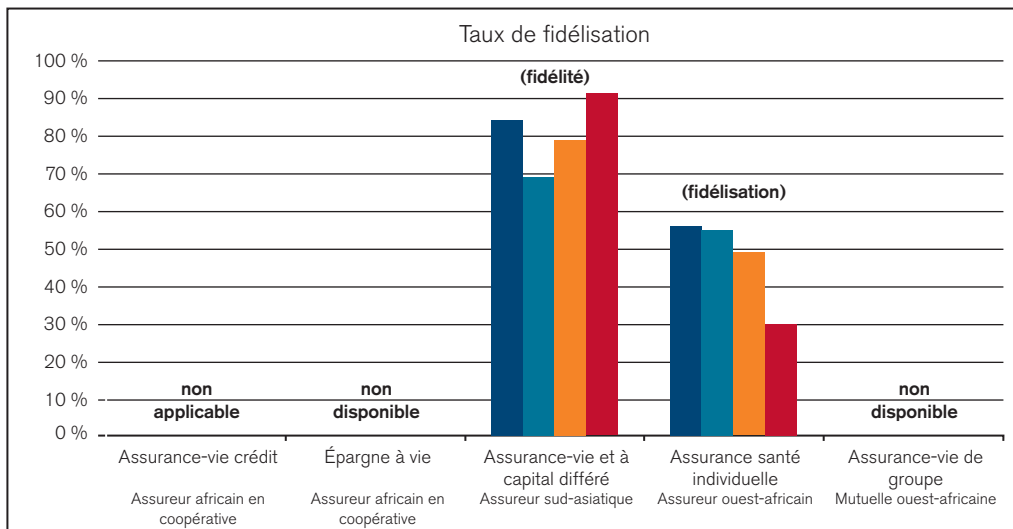
22 Garand et Wipf, 2006 : page 323.

Interprétation sociale

Un taux de fidélisation bas pourrait signaler que l'assureur n'a pas rempli son obligation sociale consistant à aider les clients / membres à comprendre le rôle que l'assurance joue dans la gestion de leurs risques.

Un taux de fidélisation bas peut avoir d'autres raisons, telles que l'inadéquation des services par rapport aux besoins des assurés, la médiocrité des services d'assurance santé dans les hôpitaux partenaires due à la stigmatisation des clients, etc.

Exemple de performance




Les données tirées de cinq programmes sont présentées ici :

- Pour les programmes d'assurance-vie crédit, les reconductions ne s'appliquent que rarement car cette assurance est liée à des prêts et est conçue pour protéger les deux parties contre le décès prématuré de l'emprunteur. S'il est concevable que certains emprunteurs ayant eu une mauvaise expérience avec un programme d'assurance décident de ne plus emprunter auprès de la même source, il est cependant fort peu probable que les emprunteurs ayant eu une bonne expérience décident d'emprunter à nouveau juste pour retrouver une couverture. Il y a toutefois des exceptions à cela : certaines IMF ont amélioré leurs produits d'assurance-vie crédit pour y inclure divers types de couverture pour la famille entière.
- Aucune donnée n'était à disposition pour calculer la fidélité du produit d'épargne à vie. Étant donné que ce produit a été acheté par des coopératives de crédit pour encourager les déposants à épargner, les décisions de reconduction sont prises au niveau de l'institution. Au niveau du déposant individuel, la non reconduction est assimilée à un retrait d'épargne de l'institution.
- Le taux de fidélité du produit d'assurance à capital différé de l'assureur sud-asiatique est élevé, ce qui peut indiquer que les services sont très bons et que les clients les comprennent bien. Le marché ciblé par l'assureur est très variable en termes de niveaux de sensibilisation et d'éducation ; il se peut donc, si le produit est très complexe, que ce soient les clients éduqués qui l'aient acheté et conservé parce qu'ils l'apprécient. Mais à l'opposé, il se peut tout à fait qu'ils soient incités à le conserver par de lourdes pénalités en cas de sortie.
- Le déclin du taux de fidélisation observé pour le produit d'assurance santé indique qu'une spirale de cotisations est en cause.
- Aucune donnée n'est à disposition pour le produit d'assurance de groupe. Les taux de fidélisation de groupe peuvent être analysés de la même manière mais leur interprétation est très différente. Ainsi, pour les assurances de groupe achetées par des employeurs, les reconductions sont fondées sur la décision de l'employeur et dépendent surtout du prix et du service.

Indicateur 5 : Taux de couverture

Définition

Le taux de couverture est la proportion de la population cible qui participe au programme de micro-assurance.

 Chaque programme de micro-assurance cible un groupe de personnes, de ménages ou d'actifs à couvrir. On parle alors de marché cible. Le taux de couverture correspond à un certain moment à la proportion du marché cible qui est activement couverte par le programme.

Méthode de calcul

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

Remarques

- Dans la formule, le nombre « d'assurés actifs $_n$ » est utilisé plutôt que le nombre de « polices actives » car cette variable comprend tout et peut être utilisée lorsque les programmes sont détenus par leurs membres, pour les régimes de groupe, ou lorsqu'ils fonctionnent autrement.²³
- Le nombre d'assurés actifs est facile à évaluer tant que la base de données est mise à jour. Certains micro-assureurs font automatiquement un suivi aussi précis que possible du nombre d'assurés car c'est en soi un indicateur crucial pour la gestion.
- La population cible $_n$ de ce produit n'est pas facile à définir mais elle devrait être incluse dans le projet d'entreprise de l'organisme. Le tableau ci-dessous reprend de nombreux cas communs.

Exemples de populations cibles (Tableau 7)

Exemple	Participation	Définition du marché cible
Clientèle d'IMF	Volontaire	Clientèle entière d'une IMF.
	Obligatoire	Marché cible de l'IMF tel qu'il est défini dans le projet d'entreprise. Il s'agit habituellement d'un secteur du grand public précis au sein d'une zone géographique définie.
Programme communautaire d'assurance santé	Volontaire	Tous les membres admissibles de la communauté peuvent y prétendre. Cependant, seuls certains groupes de la communauté peuvent être admissibles ; ce sont ces groupes, et non la communauté entière, qui sont définis comme le marché cible.
	Obligatoire	
Produit individuel d'assurance à capital différé vendu par un assureur.	Volontaire	Tous les membres admissibles du public peuvent y prétendre. Cependant, seuls certains groupes de la population ou certaines zones peuvent être admissibles ; dans ces cas le marché cible peut être défini plus clairement et au moins quantifié dans les grandes lignes.

Le taux de couverture est aussi appelé « taux de participation » ou « taux de pénétration ». Certains praticiens et souscripteurs utilisent le terme de taux de couverture pour décrire la proportion de la population entière couverte, et les deux autres termes pour décrire la proportion des personnes couvertes au sein de segments spécifiques de la population. Dans ce manuel, les trois termes ont la même signification.

²³ Le terme « polices actives » est équivalent au « nombre d'assurés actifs » uniquement dans le cas d'un produit individuel où chaque personne souscrit une police.

Signification et interprétation

L'efficacité de la commercialisation et de la distribution est l'une des exigences les plus importantes pour la pérennité d'un programme de micro-assurance, et en l'absence de ces composantes, il y a peu de chances que la masse de clientèle nécessaire à sa viabilité soit atteinte. L'efficacité de la commercialisation dépend grandement, à son tour, de la satisfaction des clients vis-à-vis des services et de la valeur des produits. Le taux de couverture peut être considéré comme un indicateur clé de l'efficacité de la commercialisation.²⁴

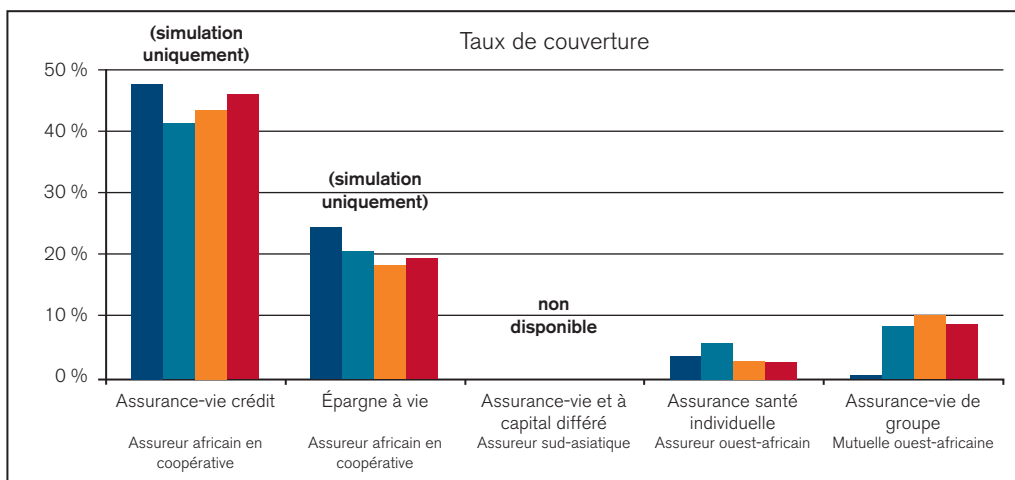
Dans les cas où le programme de micro-assurance est l'entité fille²⁵ d'un organisme parent, tel qu'une IMF, la population cible peut être vue sous de nombreux angles différents. Une approche consiste à considérer le marché cible de la micro-assurance comme la masse entière de clients/membres admissibles de l'organisme parent ; puisque la participation est en général obligatoire dans ce type de configuration, le taux de couverture est proche de 1 (c.-à-d. 100 pour cent). Si cette définition devait être utilisée, l'indicateur aurait une valeur inférieure en termes d'évaluation de la performance de la commercialisation. Il serait donc peut-être préférable de considérer le marché cible tel qu'il est défini dans le plan d'entreprise de l'organisme parent ou dans le plan d'entreprise conjoint ; si cette définition est utilisée, le taux de couverture peut alors être interprété comme le reflet de la performance de la commercialisation conjointe.

Dans les cas où la participation est volontaire, il est clair que le taux de couverture est un indicateur crucial de la réussite du programme. En l'absence d'un mécanisme de sélection, un taux de participation très bas entraîne des taux de morbidité et de mortalité supérieurs aux prévisions en raison de l'antisélection. Dans l'idéal, il faudrait qu'une grande proportion d'une population cible participe volontairement car cela traduirait la popularité du concept de mutualisation des risques. Il est aussi probable que la population cible comprenne bien le(s) produit(s) et sache comment bénéficier des avantages.²⁶

Interprétation sociale

Un taux de couverture élevé signifie que le programme est acceptable pour la majorité des participants qui mettent facilement en commun leurs quelques ressources afin de se protéger contre les risques auxquels ils font face.

Exemple de performance



24 Garand et Wipf, 2006 : page 322.

25 Par ces termes, nous voulons dire que la participation est automatique en raison de l'affiliation à l'organisme parent.

26 Garand et Wipf, 2006 : page 323.

Les taux de couverture de quatre des cinq programmes sont décrits dans le graphique ci-contre.


- Le taux de couverture de ce programme reflète la proportion des coopératives participantes au sein du réseau, et non la proportion d'emprunteurs individuels couverts au sein du réseau. Le marché cible correspond donc, dans ce cas, aux coopératives du réseau. Les taux tels qu'ils sont indiqués ici ne sont qu'une simulation des taux de couverture individuels qui pourraient être calculés. En ce qui concerne le programme d'assurance-vie crédit, les conseils d'administration ou les assemblées générales de chaque coopérative décident si la coopérative s'approvisionnera ou non en micro-assurance-vie crédit auprès de la coopérative d'assurance détenue par le réseau (bien que ce soient les emprunteurs individuels qui paient les primes). La tendance observée sur les trois dernières années est à la hausse, en dépit de la rentabilité excessive du programme. Néanmoins, on observe qu'une proportion inférieure à 50 % du réseau participe, ce qui indique un potentiel de croissance remarquable si la tarification des produits était plus compétitive (le ratio de revenu net élevé et le ratio de sinistres bas indiquent que les prix sont trop élevés).
- Les mêmes commentaires s'appliquent au programme d'épargne à vie (il s'agit là d'une simulation également). Les coopératives de ce programme supportent le coût des primes pour inciter leurs membres à épargner davantage (les particuliers ayant un certain niveau d'épargne reçoivent une assurance-vie gratuite correspondant à une partie de cette épargne). Le taux de couverture, qui mesure également la proportion de coopératives participantes, est à la baisse car : a) le réseau s'agrandit en taille mais les coopératives ayant rejoint ce programme au cours de la même période sont fort peu nombreuses ; b) en général, le produit jouit d'une plus grande popularité auprès des petites coopératives ; une fois qu'elles grandissent et qu'elles gagnent en compétitivité, elles tendent à en sortir. Le dernier fait indique que le produit n'est pas compétitif vis-à-vis d'autres segments du marché pour attirer l'épargne; cela confirme les observations précédentes, à savoir que le ratio de revenu net est bien trop élevé et que le ratio de sinistres est trop bas. Il faudrait revoir la conception et la tarification du produit.
- Le taux de couverture du produit d'assurance à capital différé de l'assureur asiatique n'a pas pu être calculé car le marché cible n'a pas été quantifié.
- Le déclin du taux de couverture observé pour le produit d'assurance santé confirme la présence d'une spirale de cotisations.
- Le produit d'assurance-vie de groupe reflète la vraie proportion d'individus couverts au sein du marché cible, et non la proportion des groupes participants. Ceci est la bonne méthode pour calculer le taux de couverture. Les détails sur la façon dont l'organisme définit son marché cible n'ont pas été communiqués.

Les deux premiers exemples montrent qu'avec des données peu satisfaisantes, les simulations peuvent tout de même être utiles à certains moments pour aider à repérer les problèmes importants.

Indicateur 6 : Ratio de croissance

Définition

Le ratio de croissance est défini ici comme le taux d'augmentation du nombre de clients. Il mesure la rapidité avec laquelle le nombre de clients augmente ou diminue.

 Un programme affichant un ratio de croissance annuel de 10 pour cent passe de 100 à 110 clients d'une année sur l'autre.

Méthode de calcul

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

L'indice « n » dénote une période particulière et n'est qu'un marqueur. Pour calculer le ratio de croissance au cours d'une période particulière, il faut déterminer le nombre de participants actifs dotés d'une couverture valide à la fin de la période en question (nombre d'assurés n), ainsi qu'à la fin de la période précédente (c.-à-d. le nombre d'assurés $n-1$). Ces deux chiffres doivent être utilisés dans la formule.

Pour mesurer la croissance sur plus d'une période, une formule semblable peut être utilisée. Par exemple, la formule de calcul de la croissance sur les trois dernières périodes, période actuelle comprise, est la suivante :

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

Le ratio de croissance défini dans la première formule est aussi le ratio de croissance annuel si la période en question est d'un an. Dans les cas où la longueur de la période n'est pas égale à un an, ou si la croissance est mesurée sur plusieurs années, des calculs supplémentaires sont nécessaires pour annualiser le ratio de croissance. Les deux exemples qui suivent illustrent très bien cela.

Description	2005	2006	2007	2008	2009
Population cible (assurés, fin d'année)	350 000	450 000	550 000	700 000	750 000
Effectif total des assurés (nouveaux et reconduits), fin d'année	70 000	90 000	100 000	125 000	140 000
Reconductions totales		24 400	35 000	50 000	70 000

Le ratio de croissance pour 2007 est calculé comme suit :

$$\begin{aligned} \text{Ratio de croissance}_{2007} &= (\text{Nombre d'assurés}_{2007} - \text{Nombre d'assurés}_{2006}) / \text{Nombre d'assurés}_{2006} \\ &= (100\,000 - 90\,000) / 90\,000 \\ &= \mathbf{0,111} \text{ (11,1\%)} \end{aligned}$$

Description	2005	2006	2007	2008	2009
Population cible (assurés, fin d'année)	350 000	450 000	550 000	700 000	750 000
Effectif total des assurés (nouveaux et reconduits), fin d'année	70 000	90 000	100 000	125 000	140 000
Reconductions totales	n/a	24 400	35 000	50 000	70 000

Le ratio de croissance sur les trois années de 2007 à 2009 est :

$$\begin{aligned} \text{Ratio de croissance}_{07-09} &= (\text{Nombre d'assurés}_{2009} - \text{Nombre d'assurés}_{2006}) / \text{Nombre d'assurés}_{2006} \\ &= (140\,000 - 90\,000) / 90\,000 \\ &= \mathbf{0,556} \text{ (55,6\%)} \end{aligned}$$

Le ratio de croissance moyen sur les années 2007 à 2009 est de $55,6\% / 3 = 18,5\%$. Ce ratio est supérieur au ratio de croissance annuel moyen composé, il est plus utile mais un peu plus compliqué à déterminer car il nécessite plus de calculs et implique des exposants. Étant donné qu'il nécessite également une formule différente, nous avons mis l'exemple dans un encart pour les lecteurs éventuellement intéressés par son calcul.

RATIO DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN COMPOSÉ (Encart 8)

Formule : $\text{Nombre d'assurés}_n / \text{Nombre d'assurés}_{n-x} = (1+g)^x$

où l'indice « n » correspond à la période finale, « x » au nombre de périodes pour lesquelles la croissance doit être calculée, et « g » le ratio de croissance annuel moyen composé.

Le ratio de croissance annuel se calcule avec les mêmes chiffres, de la façon suivante :

Étape 1 : poser l'équation :

$$\text{Nombre d'assurés}_{2009} / \text{Nombre d'assurés}_{2006} = (1+g)^3 \rightarrow 140\ 000 / 90\ 000 = (1+g)^3$$

Étape 2 : trouver le ratio de croissance annuel composé g :

$$(140\ 000 / 90\ 000)^{1/3} = (1+g)^{3/3} \rightarrow (140\ 000 / 90\ 000)^{1/3} - 1 = g$$

Étape 3 : évaluer : $g = 0,159$ (15,9% par an)

Le ratio de croissance d'un programme de micro-assurance peut être défini de plusieurs manières. Par exemple, il peut refléter l'augmentation du nombre de polices actives. D'une certaine manière, ces deux ratios provoquent une distorsion de la « véritable » image de la croissance du programme car ils capturent l'augmentation des couvertures par participant. Au fil du temps, la couverture par participant augmentera en raison de l'inflation et de la sensibilisation accrue vis-à-vis de l'assurance.

Pour une période donnée, les données utilisées pour calculer les divers ratios de croissance doivent être préparées à l'avance à partir de la base de données du programme, laquelle doit être à jour au niveau des nouveaux clients, des reconductions, des non reconductions, des expirations et des rachats.

Signification et interprétation

Quelques observations à caractère général peuvent être faites à propos du ratio de croissance. En premier lieu, par exemple, la croissance sera généralement plus forte pour les dispositifs nouveaux ou plus petits en raison d'une base moins importante au départ. En second lieu, le ratio de croissance diminuera au fil du temps à mesure que le taux de couverture se rapproche des 100 pour cent.

La tendance du ratio de croissance est en général un bon indicateur de la réussite du programme au cours de la période en question. Cela est particulièrement vrai si la participation est volontaire, auquel cas un ratio de croissance positif indique souvent une commercialisation réussie, un produit de grande valeur et une bonne attractivité. Pour rester viable, un programme de micro-assurance doit conserver un ratio de croissance d'au moins 0 pour cent, ceci afin de remplacer les participants qui ne sont plus admissibles, qui sont sortis ou dont la couverture a expiré ; cependant, en fonction des circonstances et de la démographie, un ratio de croissance de 0 pour cent est en général insuffisant pour une viabilité à long terme.

De nombreux programmes de micro-assurance constituent leur masse de clients à l'aide d'une institution partenaire, telle qu'une IMF, et imposent une participation obligatoire à tous leurs clients ou membres admissibles au programme. Étant donné que le programme dépend essentiellement de l'IMF, il semblerait que son ratio de croissance soit entièrement déterminé par celui de l'organisme partenaire, et qu'il soit donc peu significatif pour le programme.

Toutefois cela n'est pas toujours le cas, et certaines fois les programmes détenus par leurs membres attirent les clients de l'IMF parente, c'est-à-dire que les participants adhèrent à l'IMF pour accéder aux services de micro-assurance.

Un ratio de croissance faible peut être dû à de nombreux facteurs tels que :

- Produits inférieurs en termes de valeur et d'adéquation ;
- Manque général de sensibilisation vis-à-vis de l'assurance ;
- Primes trop élevées pour la population cible ; et/ou
- Investissement insuffisant dans la promotion / la commercialisation.

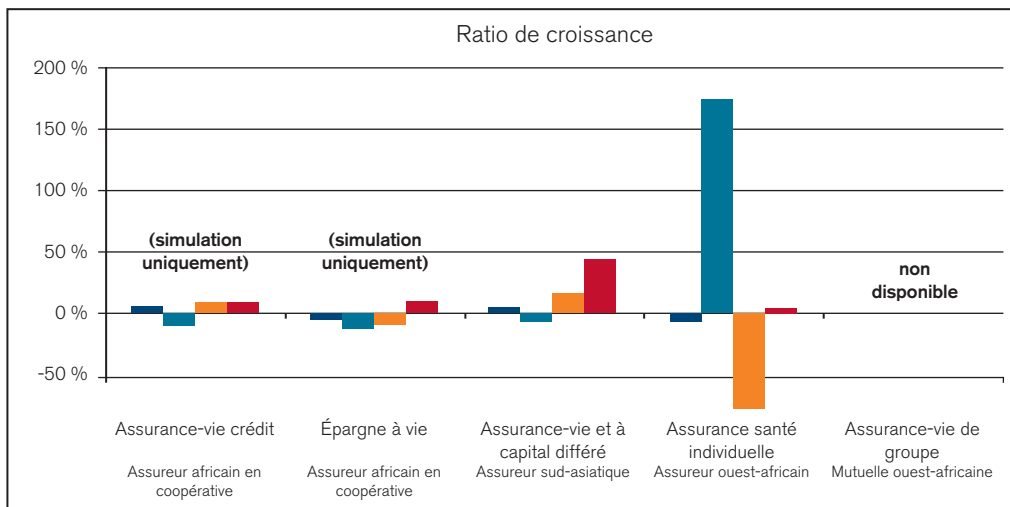
Les tendances du ratio de croissance sont particulièrement importantes. En théorie, le ratio de croissance envisagé pour un programme volontaire doit décrire la courbe en S classique - légèrement bas au début, puis élevé à mesure que la sensibilisation s'améliore et que la commercialisation est plus efficace, puis réduit à nouveau à mesure que le marché se sature.

À l'inverse des autres indicateurs, il est difficile de parler d'un niveau de croissance acceptable car il dépend grandement du contexte. En général, une croissance faible accroît l'antisélection et diminue la viabilité, ce qui se traduit par des ratios de charges engagées et de sinistres survenus plus élevés. Une croissance forte continue peut aussi amener des problèmes si le programme ne renforce pas assez rapidement ses capacités pour gérer le volume d'affaires accru et s'il laisse la qualité de ses prestations se détériorer.

Interprétation sociale

Un ratio de croissance élevé indique souvent que le programme est bénéfique à la population cible sur le plan social. Mais le contraire est aussi vrai : un taux en déclin implique une perte de valeur et la présence de concurrents.

Exemple de performance



- Comme pour le taux de couverture, le ratio de croissance réel défini dans ce chapitre n'a pas pu être calculé pour le programme d'assurance-vie crédit. Nous avons donc procédé à une simulation en utilisant l'augmentation annuelle moyenne du nombre de coopératives participant au programme d'assurance-vie crédit, qui a affiché un ratio de croissance annuel moyen composé de 4,7 pour cent. Cela ne donne pas une image entièrement exacte de l'augmentation totale du nombre de personnes assurées, mais cela permet de faire une estimation. L'indicateur de croissance du nombre de coopératives est particulièrement utile car la décision de participer au programme d'assurance-vie crédit est prise directement par les membres lors de l'assemblée générale ou, dans certaines coopératives, par l'équipe dirigeante.
- À nouveau, le chiffre présenté ici n'est qu'une estimation. En moyenne, le programme d'épargne à vie a perdu 2,7 pour cent de ses coopératives par an. Comme nous l'avons vu précédemment, le produit n'est pas compétitif et est trop cher.
- Le produit d'assurance à capital différé a affiché un ratio de croissance annuel moyen composé de 14,5 pour cent. Cette croissance s'est manifestée surtout la quatrième année suite à l'amélioration de la stratégie de distribution.
- La croissance erratique du produit d'assurance santé individuelle est due à sa petite taille et à des problèmes d'antisélection.

C. QUALITÉ DU SERVICE


Les indicateurs de qualité du service quantifient directement deux des aspects les plus importants concernant les prestations des programmes de micro-assurance. Ces deux aspects ont un effet direct sur le niveau de satisfaction des participants, et influent à leur tour sur les trois indicateurs présentés dans la catégorie Sensibilisation et satisfaction. Le ratio de rejet des demandes d'indemnisation reflète également le degré de compréhension et d'utilité du produit.

N°	Indicateur	Interprétation générale
7	Rapidité de règlement des sinistres	Quel est le niveau de réactivité du service ?
8	Ratio de rejet des demandes d'indemnisation	Le produit correspond-t-il bien aux besoins réels de l'assuré ? Dans quelle mesure l'assuré comprend-t-il bien le produit ?

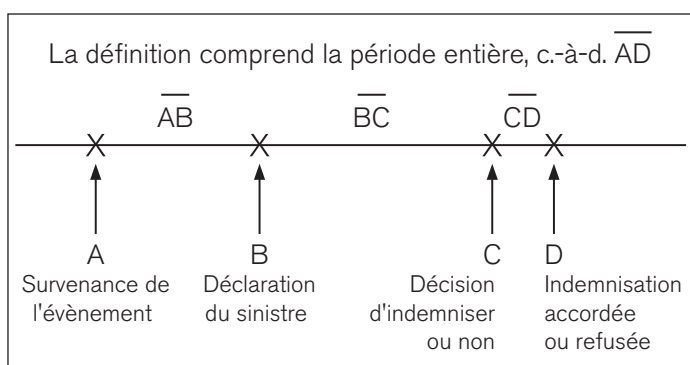
Indicateur 7 : Rapidité de règlement des sinistres

Définition

Cet indicateur analyse par ventilation le temps de traitement nécessaire au signalement et au règlement des sinistres.

 Il est calculé pour un ensemble de sinistres ayant été traités en totalité, c.-à-d. payés comme rejetés. La mesure commence à la date de survenance de l'évènement assuré et se termine à la date à laquelle le client reçoit la(les) prestation(s) ou se la(les) voit refuser. Remarque : lorsque l'indemnisation d'un sinistre est refusée, il faut quand même communiquer avec le client et l'en informer.

Dans le graphique ci-dessous, le temps de traitement mesuré est le segment entier entre le point A et le point D. Dans la première version du manuel, la mesure commençait à la date de déclaration du sinistre (point B sur le graphique) et se terminait à la date de réception de l'indemnisation (point D). En d'autres termes, le segment de A à B a été rajouté afin de mesurer le temps nécessaire au client pour déclarer le sinistre (c.-à-d. le segment de A à B).



Méthode de calcul

Au lieu d'utiliser une moyenne arithmétique (ce qui est utile aussi), nous utilisons un calendrier tel que celui qui est présenté dans le tableau ci-après. Cette méthode permet de mieux décrire le modèle de traitement des sinistres car les informations de ce type sont perdues avec la simple moyenne arithmétique.

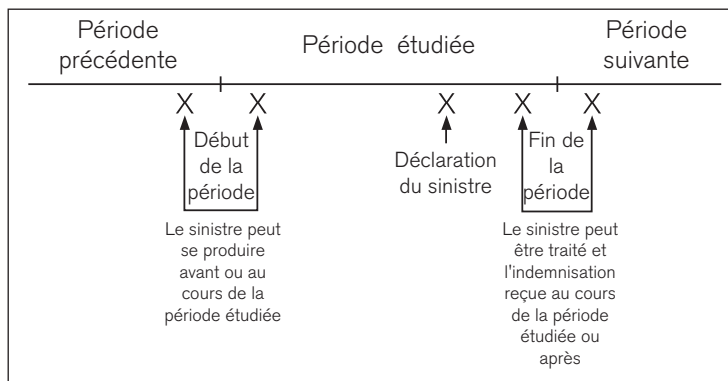
Pour compléter le tableau pour une période donnée, il suffit de suivre deux étapes. En premier lieu, déterminer l'ensemble des sinistres traités au cours d'une période donnée, ou sélectionner un échantillon aléatoire suffisamment grand (50 ou plus) sur cette période. En second lieu, répartir les sinistres en fonction du nombre de jours nécessaires au traitement de chaque sinistre selon le calendrier défini dans la première colonne du tableau.

Nombre de jours	Nombre de sinistres	% sur le total des sinistres
Moins de 8 jours	___	___%
8 à 30 jours	___	___%
31 à 90 jours	___	___%
Plus de 90 jours	___	___%
Total	___	100%

Remarques

- a) Le tableau peut être complété facilement à l'aide d'un tableur informatique tel qu'Excel, à condition que les dates de survenance, de déclaration, d'indemnisation et de réception de l'indemnisation soient indiquées pour chaque sinistre.
- b) Il n'est pas toujours possible de savoir le temps que prend le paiement pour parvenir au bénéficiaire (c.-à-d. la date de réception de l'indemnisation). Dans ce cas, il faut l'estimer à partir de la date à laquelle le paiement est émis.

Dans l'exemple étudié, certaines procédures de traitement peuvent avoir commencé au cours de la période précédente, tandis que d'autres se prolongeront sur la période suivante. Il est très important d'attendre que tous les sinistres aient été traités une fois que l'échantillon a été sélectionné car si l'on supprime les sinistres non traités, les résultats risquent d'être biaisés.



Si possible, il faudrait diviser l'échantillon de sinistres en différentes sections en fonction d'autres paramètres importants car cela ferait ressortir les insuffisances dans certains domaines. Comme pour les autres indicateurs, il faudrait également calculer celui-ci pour chaque produit, dans la mesure du possible.

Signification et interprétation

Le délai acceptable dépend du contexte et du produit ; néanmoins, plus le délai est court, plus l'assuré en bénéficiera. Le paiement rapide des indemnisations est un aspect important du service et de la valeur. Certains clients ont besoin d'être indemnisés immédiatement pour faire face à une situation d'urgence due à l'évènement qui a déclenché le sinistre, sinon ils risquent de devoir vendre leurs biens de production ou d'emprunter de l'argent à des taux (souvent) exorbitants. Il est clair que la lenteur de l'indemnisation diminue la valeur de la micro-assurance, voire même aggrave, dans certains cas, l'état et la situation de l'assuré qui aurait pu gérer la situation d'une autre façon s'il(elle) avait connu le délai de l'indemnisation. Cependant, certains assureurs allongent les délais de paiement délibérément en expliquant qu'ils évitent ainsi que les indemnisations soient utilisées pour financer des cérémonies funéraires de grande envergure.

Les modèles d'assurance santé qui utilisent un système de monnaie scripturale peuvent indemniser les assurés immédiatement ; l'indicateur de ces modèles serait le plus élevé²⁷ car tous les sinistres seraient admissibles à la première catégorie.

Il existe de nombreuses raisons à la lenteur du règlement des sinistres, et un examen minutieux est nécessaire pour les identifier :

- Il arrive souvent que le bénéficiaire ne sache même pas comment déclarer un sinistre
 - √ Soit parce qu'il (elle) est analphabète ;
 - √ Soit parce qu'il n'y a aucun assistant, aucun formulaire de déclaration, ou que les connaissances sont insuffisantes, etc.
- La déclaration est un processus lourd qui requiert une gestion administrative importante et donc beaucoup d'efforts, de charges et de temps.
- Les déclarants n'ont souvent pas les actes de naissance à disposition au moment de la déclaration.

Pour identifier le problème, il faut analyser tous les aspects du processus de déclaration repris dans l'exemple ci-dessous. Les délais nécessaires à la déclaration des sinistres, à leur examen et à leur règlement, puis à l'acheminement de l'indemnisation jusqu'au bénéficiaire sont analysés afin de détecter les éventuels problèmes. Le micro-assureur doit prévoir un délai standard pour chaque étape, cela lui permettra de détecter les problèmes.

N°	Évènement	Déclaré	Réglé	Indemnisation reçue	Statut	Délai de déclaration	Délai de traitement	Délai d'acheminement de l'indemnisation	Temps total (jours)
1	26 déc	1 ^{er} janv	17 janv	19 janv	Payé	5	14	1	20
2	5 fév	15 fév	20 mai	-	Rejeté	10	90	n/a	100
3	28 fév	4 mars	20 avr	20 avr	Payé	5	45	0	50
4	30 mars	11 avr	25 avr	30 avr	Payé	5	15	5	25
5	23 avr	17 mai	30 mai	7 juin	Payé	25	15	10	50
Délais moyens						10,0	35,8	3,2	49,0

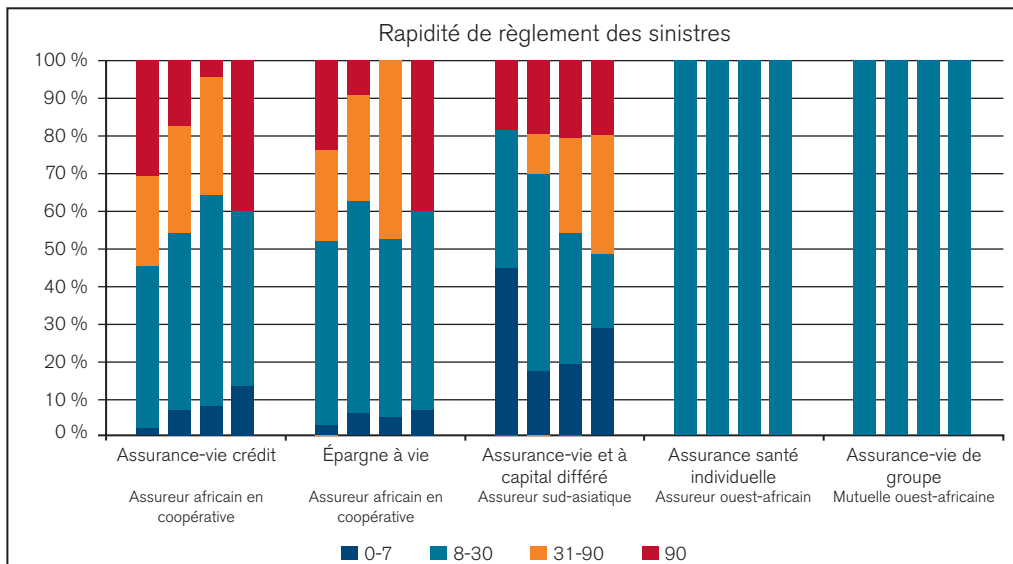
Néanmoins, l'indicateur ne renseigne pas sur l'historique total du traitement des sinistres. Par exemple, il n'indique pas le nombre de sinistres qui ne sont pas déclarés en raison du manque de sensibilisation, de l'analphabétisme, de l'abandon par le déclarant ou de son découragement face aux exigences administratives excessives. Dans d'autres cas, les familles assurées habitent des zones reculées et le coût du trajet jusqu'à l'agence la plus proche et/ou le coût d'opportunité du suivi de la procédure dépasse les avantages qu'elles pourraient tirer de la déclaration. Pour l'assurance santé, il arrive qu'il n'y ait aucun prestataire à proximité de la zone où habite l'assuré, ce qui explique que le recours aux soins de santé et les demandes de remboursement sont considérablement réduits.

Interprétation sociale

Les clients des programmes d'assurance santé demandent en général à être remboursés immédiatement après la survenance de l'évènement assuré. Si les délais sont trop longs, ils peuvent être forcés à recourir à des prêteurs, de vendre leurs biens de production à prix réduit, ou de prendre d'autres mesures qui vont à l'encontre de l'objectif du produit d'assurance ; dans ce cas le programme aura échoué dans sa mission de protection sociale.

²⁷ Garand et Wipf, 2006 : page 330.

Exemple de performance



Ce tableau présente la rapidité de traitement des demandes d'indemnisation des cinq programmes. Les raisons spécifiques à chacune de ces performances sont inconnues mais des commentaires généraux peuvent être faits. On constate par exemple que la coopérative d'assurance africaine a raccourci ses délais de traitement au cours des 4 années car la proportion des traitements en 0-7 jours et 31-90 s'est accrue chaque année, tandis que la proportion de traitements en 90 jours et + s'est réduite régulièrement.

D'autres commentaires sur la mauvaise performance du secteur peuvent être faits :

- Certains micro-assureurs prétendent que leurs clients n'ont pas les outils financiers requis, tels que des comptes bancaires, pour se faire indemniser et que c'est la raison principale à la lenteur du service. Ces organismes ne se sont pas encore adaptés aux réalités du marché de la micro-assurance. Il est pourtant insensé d'attendre des personnes pauvres des zones rurales reculées (ou même des zones urbaines) qu'elles aient un compte bancaire ou des accords formels avec des institutions financières.
- Certains assureurs licenciés reprochent au régulateur et au législateur de les obliger à recueillir un volume de documents trop important, tels que les actes de naissance des déclarants. Il arrive souvent que les documents demandés n'existent même pas. Dans ces cas, il est nécessaire de prendre la défense des pauvres en revendiquant la simplification des procédures.
- Un autre défi pour de nombreux micro-assureurs est d'identifier ou de trouver le bénéficiaire. Certains micro-assureurs à l'esprit novateur contournent ce problème en recueillant les documents du bénéficiaire et de l'assuré à l'avance, dans les premiers jours qui suivent l'acceptation du contrat. Ces documents sont stockés sur des supports électroniques ou photocopiés et conservés dans les agences. Ils seront ensuite retrouvés facilement en cas de déclaration de sinistre.


En général, les dispositifs auto-assurés indemnisent les sinistres plus rapidement que les partenariats avec des assureurs commerciaux car les processus de traitement et de paiement sont plus localisés et simplifiés.

Certains organismes fonctionnant avec un partenaire assureur se limitent à faire le suivi des procédures, à les faciliter et à négocier avec l'assureur au nom de chaque déclarant, tandis que d'autres assurent un règlement rapide en avançant tout ou partie de l'indemnisation, puis en se faisant rembourser par l'assureur. Le risque évident pour le second est que l'assureur rejette certains sinistres, l'organisme est alors forcé de se faire rembourser autrement ou d'absorber le coût. Certains d'entre eux facturent donc des suppléments de primes et constituent un fonds spécial pour se couvrir.

Indicateur 8 : Ratio de rejet des demandes d'indemnisation

Définition

Le ratio de rejet des demandes d'indemnisation reflète, pour une période donnée ou un échantillon représentatif, la proportion de sinistres dont l'indemnisation a été refusée, qu'elle qu'en soit la raison.

 Un ratio de 10 pour cent signifie que pour chaque ensemble de 100 sinistres déclarés, seuls 90 sont indemnisés et les 10 restants ne le sont pas.

Méthode de calcul

La formule de calcul est la suivante :

$$\text{Ratio de rejet des demandes d'indemnisation} = \text{Nbre de demandes rejetées} / \text{Nbre de demandes dans l'échantillon}$$

La procédure est simple. Sélectionner d'abord les sinistres déclarés pour la période en question, ce chiffre sera le dénominateur de la fraction. Ensuite, déterminer le nombre de sinistres de l'échantillon dont l'indemnisation a finalement été refusée, ce chiffre sera le numérateur.

Les informations requises sont plus simples à recueillir que pour l'indicateur de rapidité de règlement ; il suffit juste de savoir si le sinistre a été indemnisé ou non.

Il faut toutefois s'assurer que chaque sinistre a fait l'objet d'une décision d'indemnisation ou de rejet. Si l'échantillon contient des sinistres dont le traitement n'a pas été mené jusqu'au bout, les résultats risquent d'être biaisés; en effet, de nombreux sinistres rejetés mettent plus de temps à être traités car cela nécessite une documentation plus fournie ou des enquêtes supplémentaires.

Dans cette définition, les rejets partiels ne sont pas considérés comme des demandes rejetées. Ce sont des demandes pour lesquelles seule une partie de l'indemnisation a été payée, et le reste refusé. Dans le cas de l'assurance santé, par exemple, les rejets partiels sont en général dus aux limites de couverture, aux exclusions de certains éléments, tels que les compléments alimentaires, aux plafonds annuels de prestations, et à d'autres raisons. Il serait bon de suivre également l'évolution des rejets partiels car cela aide à identifier les besoins en assurances supplémentaires et en compréhension du produit.

L'exemple qui suit donne le calcul du ratio de rejet d'un petit programme, il porte sur tous les sinistres déclarés en 2008.

Remarques

- Il n'est pas nécessaire d'inclure la date de survenance et la date de règlement dans la période étudiée, c.-à-d. 2008 ;
- Le ratio de rejet des demandes d'indemnisation est très variable d'un trimestre à l'autre en raison de la petite taille du programme ; et
- Le ratio peut être exprimé de différentes façons : 11,3 pour cent ; 0,113 ou 113 pour mille.

Trimestre 2008	Déclaré 2008	Survenu 2008	Réglé 2008	Réglé 2009	Rejeté	Ratio
1	50	30	50	0	5	10,0%
2	55	45	54	1	4	7,3%
3	65	63	55	10	7	10,8%
4	60	60	35	25	10	16,7%
TOTAL	230	198	194	36	26	11,3%

Signification et interprétation

Le ratio de rejet des demandes d'indemnisation reflète plusieurs caractéristiques d'un programme, la plus significative d'entre elles étant certainement le niveau de compréhension du programme par l'assuré. Si le produit n'est pas bien compris, le ratio de rejet peut être élevé pour l'une ou l'autre de ces raisons :

- Les sinistres sont déclarés suite à des événements qui ne sont pas couverts ;
- Les demandes de remboursement sont déposées avant que la période d'attente ne soit terminée ;
- L'assuré n'est plus couvert car la période de couverture est terminée ou l'assuré a atteint l'âge maximum admissible ;
- Les demandes sont rejetées en raison de maladies pré-existantes et cela n'avait pas été compris.

Dans le cas des produits dotés de prestations supplémentaires pour accidents mortels, les demandes sont parfois rejetées lorsqu'un décès naturel est déclaré comme décès accidentel.

Dans le cas de l'assurance santé, les demandes sont rejetées en totalité ou en partie pour les raisons communes suivantes :

- Le plafond général des prestations, ou un plafond subsidiaire pour les charges d'une certaine catégorie a été dépassé ;
- Le prestataire n'a pas été accrédité ;
- La demande concerne des frais pour des services qui n'ont pas été rendus ; et
- Certaines charges engagées pendant l'hospitalisation n'étaient pas couvertes.

Les demandes sont souvent rejetées pour des raisons légitimes de fraude. En ce qui concerne l'assurance santé, les connivences avec les prestataires sont souvent problématiques ; pour prévenir ce type de problèmes, les dirigeants du programme doivent appliquer le Principe 5 qui prône un suivi continu des sinistres.

La bonne compréhension d'un produit est une affaire d'éducation des consommateurs et de conception adaptée du produit. Les produits commerciaux sont parfois adossés à des programmes de micro-assurance et cela peut augmenter la complexité et le nombre d'exclusions qui sont une source de confusion pour les clients pauvres. Dans certains cas, des assureurs peu scrupuleux rejettent un trop grand nombre de demandes pour des raisons techniques ou parce que l'assuré ne peut pas se conformer à des conditions irréalistes.

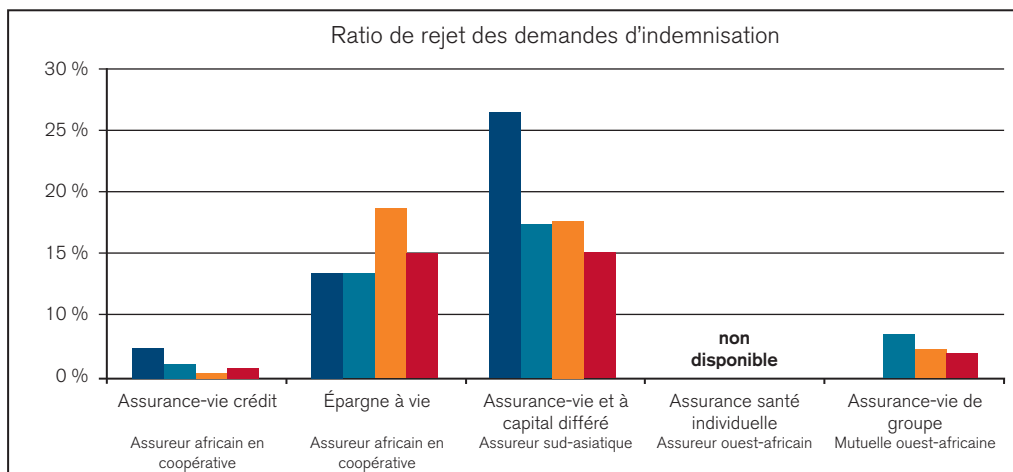
Parfois, la volonté de réduire les coûts conduit à un manque de rigueur dans l'examen des candidatures, ce qui résulte en un grand nombre de demandes non admissibles. La non admissibilité n'est ensuite découverte qu'au moment de la déclaration du sinistre, et entraîne l'augmentation du ratio de rejet.

Quelles qu'en soient les causes, un ratio de rejet élevé a un effet négatif sur les ratios de renouvellement, de croissance et de couverture. Si une demande est rejetée, le programme de micro-assurance est perçu de manière négative et cela se propage au-delà de la famille du déclarant, surtout s'il vit au sein d'une communauté étroitement liée ou s'il est membre d'un groupe d'entraide. Chaque fois que cela est possible, un représentant du programme doit rendre visite au ménage affecté et à l'entourage immédiat pour expliquer les raisons du rejet. D'un autre côté, si le programme est géré par ses membres et si la demande est rejetée pour cause de fraude, ce rejet devrait améliorer la confiance dans la gestion des risques et dans le processus d'évaluation des demandes.

Interprétation sociale

Un ratio de rejet élevé est souvent dû à un manque de compréhension de la part des assurés. Il se peut, par exemple, que le micro-assureur n'ait pas expliqué correctement la façon dont son programme fonctionne, ce qui amène les clients à utiliser des services qui ne sont pas couverts (et qui n'auraient pas été utilisés dans le cas contraire), ce qui rend leur situation plus difficile encore. Parfois, le ratio indique également que le programme exploite ses clients en instaurant trop d'exclusions et en générant trop de profit. D'un autre côté, s'il peut être souhaitable d'avoir un ratio de rejet bas, cela peut aussi signaler une gestion inadaptée des demandes.

Exemple de performance



Les ratios de rejet n'ont été communiqués que pour quatre des cinq programmes.

- Le programme d'assurance-vie crédit affiche de bonnes performances dans ce domaine, contrairement au programme d'épargne à vie proposé par le même assureur. Les ratios de rejet élevés associés aux profits excessifs sont deux problèmes sérieux qui ont rendu le second produit non compétitif et non attractif. En outre, les nombreux rejets de demandes d'indemnisation ont probablement provoqué de graves problèmes relationnels entre les coopératives principales et leurs membres. La plupart des rejets s'explique par la disqualification rétroactive de la couverture due à la période d'attente (d'élimination) instaurée pour les nouveaux dépôts d'épargne. Un examen plus minutieux des dossiers et une meilleure communication auraient été souhaitables.
- En plus de certaines améliorations que l'assureur sud-asiatique a opérées et dont nous avons parlé précédemment, le ratio de rejet du produit d'assurance à capital différé est à la baisse, mais il est toujours trop élevé avec 15 pour cent.
- Le produit d'assurance de groupe s'est lui aussi amélioré de façon continue dans ce domaine, mais le ratio doit diminuer encore.

La plupart des micro-assureurs expérimentés veulent absolument maintenir ce ratio en bas car ils savent pertinemment que le rejet des demandes a des répercussions négatives.

D. PRUDENCE FINANCIÈRE

Les indicateurs de prudence financière reflètent la résistance et la liquidité financières d'un programme de micro-assurance. Ces aspects sont rarement retracés au niveau du produit, mais plutôt au niveau de l'organisme qui supporte le risque d'assurance. Les compagnies plus importantes peuvent cependant affecter des ressources spécifiques au suivi des provisions et charges pour chaque produit, ainsi qu'au maintien d'une bonne correspondance entre actif et passif ; cela permet de suivre la solvabilité et la liquidité pour chaque produit. Ces compagnies peuvent avoir à disposition des actifs supplémentaires sur lesquels elles pourront se reposer si le produit connaît des problèmes de solvabilité ou de liquidité.


La liquidité et la solvabilité ont un effet réel sur les autres domaines d'un programme de micro-assurance. Par exemple, une liquidité excessive réduit les revenus d'investissement, ce qui diminue ensuite le revenu net général. À l'opposé, une liquidité insuffisante risque de causer des retards dans le paiement des indemnités.

N°	Indicateur	Interprétation générale
9	Ratio de solvabilité	Quelle est la capacité de l'assureur à répondre à ses obligations futures ?
10	Ratio de liquidité	Quelle est la disposition de l'assureur à répondre à ses charges à court terme et aux obligations d'indemnisation ?

Indicateur 9 : Ratio de solvabilité

Définition

Le ratio de solvabilité se définit comme le rapport entre les actifs admis et les passifs.

 Un programme (ou un organisme porteur du risque) affichant un ratio de solvabilité de 130 pour cent possède 130 éléments d'actifs admis pour chaque volume de 100 éléments de passifs.

Méthode de calcul

$$\text{Ratio de solvabilité}_n = \text{Actifs admis}_n / \text{Passif}_n$$

Remarques

Ce ratio peut être calculé à tout moment; toutefois on le calcule habituellement à la fin d'un exercice comptable. Il doit être supérieur ou égal à 1 pour que le programme (ou l'entreprise) soit en théorie solvable.

Comme nous l'avons décrit au Principe 4 relatif au calcul et à la constitution de provisions, les programmes de micro-assurance constituent au fil du temps un passif qui devient par la suite exigible. Ce passif doit être financé à mesure qu'il survient et c'est pour cela que les assureurs constituent des provisions. La réglementation en matière d'assurance précise le type d'actifs qui peuvent être utilisés pour la constitution des provisions. Ces actifs sont appelés « actifs admis ».

L'Insurance Information Institute (Institut d'information sur les assurances) explique le terme tel qu'il est applicable aux États-Unis : « [Les actifs admis sont] reconnus et acceptés par les lois sur les assurances au niveau des États comme outil d'évaluation de la solvabilité des assureurs et réassureurs. Pour évaluer plus facilement la situation financière d'une compagnie d'assurance, les règles comptables ayant force de loi dans les États interdisent d'inclure certains actifs dans le bilan. Seuls les actifs qui peuvent être facilement vendus en cas de liquidation ou utilisés comme garantie de prêt, et les créances dont le paiement peut être raisonnablement anticipé, sont inclus dans les actifs admis ». ²⁸

²⁸ Source : Insurance Information Institute www.iii.org

Les actifs non-admis peuvent être classés en deux catégories :

- 1) les actifs dont aucune partie n'est admise, tels que les meubles, les coûts non amortis de conception de logiciels, les prêts aux employés, le matériel, etc. ; et
- 2) les actifs dont seule une partie est admise, tels que les biens immobiliers et les investissements similaires. Dans le second cas, les régulateurs indiquent en général les montants admissibles pour chaque type d'actif.

En l'absence de définition ou de ligne directrice de la part du régulateur, il convient de se fier à son propre jugement. Comme la définition ci-dessus l'indique, seuls les actifs de « qualité supérieure » qui peuvent être facilement liquidés doivent être pris en compte pour déterminer le ratio de solvabilité : titres du gouvernement, obligations et hypothèques à grade élevé, espèces ou quasi-espèces, intérêts accrus des investissements de grade élevé, biens immobiliers de qualité évalués selon une méthode conservatrice ou à la valeur comptable, la moins élevée prévalant, et ainsi de suite.

Les éléments de passif comprennent les provisions actuarielles et autres engagements futurs tels que les charges payables, mais excluent le capital et les excédents (c.-à-d. les capitaux propres apportés par les membres). Si le micro-assureur ne peut pas déterminer les provisions correctement, il ne pourra pas quantifier ses engagements réels ni calculer son ratio de solvabilité.

Ratio de solvabilité

Bilan à la fin de l'exercice

Poste	
Actif	
B01	Actifs admis
B02	Espèces et quasi-espèces
B03	Investissements (facilement convertibles en liquidités)
B04	Autres actifs admis
B05	Actifs non-admis
B06	Primes à recevoir
B07	Sinistres prépayés
B09	Effets à recevoir
B10	Investissements (difficilement convertibles en liquidités)
B11	Immobilisations ou actifs nets
B12	Autres actifs non-admis

Passif et capitaux propres

Provisions

B14	Provision pour primes non acquises
B17	Provision pour sinistres survenus mais non déclarés
B20	Provision pour sinistres en cours
B21	Ajustement pour réassurance
B23	Provision pour charges à payer

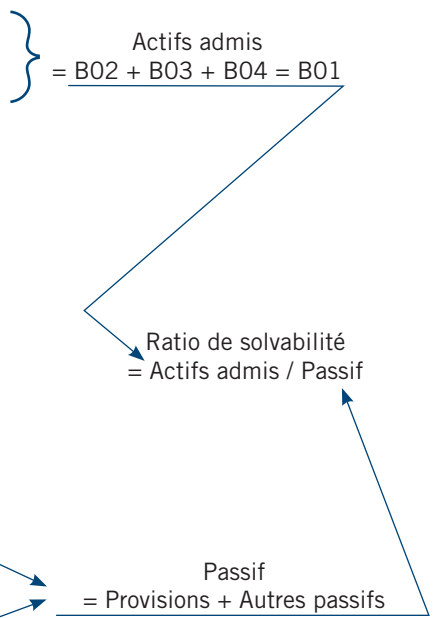
Autres passifs

B25	Autres passifs < 3 mois
B26	Engagement des assureurs < 3 mois
B28	Autres passifs < 3 mois
B29	Autres passifs > 3 mois
B30	Engagement des assureurs > 3 mois
B32	Autres passifs > 3 mois

Capitaux

B33	Capital social versé par les actionnaires
B34	Donations en capitaux propres
B35	Bénéfices/pertes de l'exercice en cours
B36	Bénéfices non distribués (pertes reportées)
B37	Autres comptes de capital

D'où proviennent les chiffres ? Compte de résultat (Fiche technique BRS01)



QUELQUES APPROCHES DE L'ÉVALUATION DE LA SOLVABILITÉ EN ASSURANCE COMMERCIALE (Encart 9)

Les normes relatives à la solvabilité sont un élément clé de la réglementation internationale en matière d'assurance. Elles indiquent que le capital d'une compagnie d'assurance doit être robuste en raison de son exposition aux risques. La solvabilité, telle qu'elle est définie dans ce manuel, serait appelée « taux de couverture » par les assureurs internationaux, pour éviter toute confusion avec les règles de Solvabilité I et Solvabilité II.

Les règles **Solvabilité I** sont un ensemble de directives qui sont entrées en vigueur en 2005 et sont applicables aux assureurs européens. Elles contiennent :

- des règles plus strictes en matière de capital pour les divers métiers de l'assurance ;
- une exigence d'augmentation du capital minimum à 3 millions d'euros ;
- d'autres restrictions et règles importantes conçues pour renforcer la solvabilité des assureurs.

Les règles **Solvabilité II**, dont le cadre d'application est plus étendu que pour les règles Solvabilité I, doivent entrer en vigueur en novembre 2012 et s'appliqueront aux assureurs qui exercent au sein de l'Union Européenne.

Si un assureur a un ratio de solvabilité élevé, il sera en mesure de mener ses affaires dans tous les pays de l'Union Européenne avec une seule licence. La méthode d'évaluation est très complexe, la quantification du risque est fondée sur un ensemble constant de principes économiques et d'exigences de capital dont le but est de couvrir le risque quantifié. Les calculs sont effectués à l'aide de modèles informatiques qui prennent en compte un ensemble de scénarios économiques prescrits.

Capital fixé sur la base du risque²⁹ (CBR) : cette méthode se rapporte aux approches générales utilisées dans plusieurs pays pour déterminer le montant de capital nécessaire à la solvabilité. Le CBR est le montant de capital calculé sur la base de l'évaluation des risques, qu'une entreprise doit maintenir pour protéger ses clients contre les difficultés. Il est utilisé à la fois dans le secteur de la finance et de l'assurance. Les régulateurs, agences de notation et l'équipe dirigeante d'une entreprise peuvent utiliser des méthodes, procédures et formules différentes pour estimer le CBR. En tant qu'indicateur de la solidité financière d'une entreprise, le CBR présente aussi un intérêt pour les clients, créanciers et investisseurs. Pour calculer le CBR, on applique habituellement des facteurs à des agrégats comptables qui représentent les divers risques auxquels une entreprise est exposée. Mais il existe d'autres méthodes pour calculer la totalité ou une partie du CBR.

Le CBR est souvent exprimé sous la forme d'un ratio du capital fixé sur la base du risque. Ce ratio correspond au capital total (tel que déterminé par la formule du CBR) d'une entreprise, divisé par le capital fixé sur la base du risque de l'entreprise (tel que déterminé par la formule). Par exemple, une entreprise dont le ratio de CBR est de 200 % détient un capital deux fois plus important que son capital fixé sur la base du risque.

Signification et interprétation

Pour faire simple, le ratio de solvabilité générale reflète la solidité financière du programme d'assurance (ou de l'entreprise) et sa capacité à payer ses engagements présents et futurs. Si un programme échouait, cela se répercuterait sur tous les autres acteurs du secteur car les clients ou membres perdraient confiance.

Dans le domaine commercial, les régulateurs abordent les questions de solvabilité de différentes manières, et prescrivent notamment des exigences de capital minimum et d'excédents, des limites d'investissement, des tests d'adéquation des fonds propres, des normes comptables, des méthodes de fixation du capital sur la base du risque, et des règles de communication.

29 Source : <http://www.soa.org/files/pdf/03-RMTF-RiskBasedCap.pdf>

Tous les dirigeants de programmes de micro-assurance, quel que soit le modèle, doivent bien comprendre ce ratio. Il est clair que pour un programme auto-assuré, le micro-assureur pourra calculer ce ratio directement mais uniquement s'il a la capacité d'estimer son passif véritable. En ce qui concerne les modèles partenaire-agent, c'est l'assureur qui supporte le risque ; cependant l'agent doit aussi se préoccuper de la solvabilité de l'assureur lorsqu'il distribue des produits à long terme avec une composante d'épargne importante. L'agent doit demander les états financiers révisés ou se les faire acheminer par l'intermédiaire du régulateur. En tout état de cause, un assureur qui ne veut pas ou ne peut pas communiquer ses états dans les délais ne devrait pas être choisi comme partenaire.

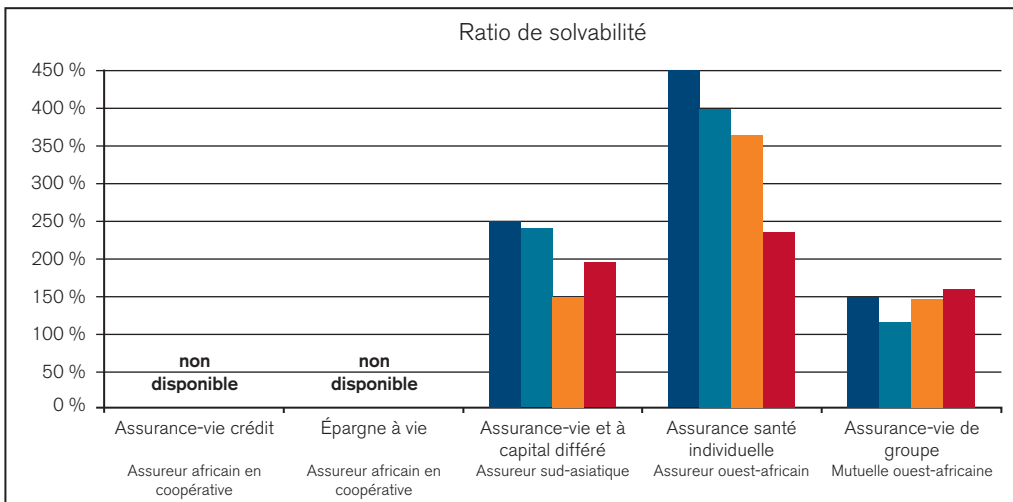
Lorsque le micro-assureur examine les états financiers publiés, il doit vérifier que le ratio de solvabilité générale de l'assureur est adéquat - la règle générale veut que ce ratio soit de 120 pour cent ou plus. Les assureurs dont les produits présentent un plus grand risque, ou les petits assureurs, doivent viser un ratio de solvabilité encore plus élevé. Un chiffre inférieur au minimum préconisé pourra être préoccupant, mais cela dépend du plan d'entreprise de l'assureur et de l'évolution du ratio au cours de l'année et des années passées. D'un autre côté, un ratio excessivement élevé à long terme n'est pas bon non plus car il indique que le capital n'est pas utilisé de manière efficace.

Dans les configurations partenaire-agent, lorsque le micro-assureur propose des prestations supplémentaires en couvrant les événements exclus par le partenaire assureur ou lorsqu'il améliore le forfait proposé par le partenaire, deux ratios de solvabilité devront être calculés : pour l'agent et l'assureur à la fois, d'une part, et pour le partenaire assureur seul, d'autre part.

Interprétation sociale

Quel que soit le programme d'assurance, la solvabilité à long terme garantit la protection des clients. L'échec d'un programme de micro-assurance aurait des répercussions négatives sur la confiance et l'intérêt que les clients portent sur l'assurance et la protection qu'elle offre, et ce même s'ils en ont besoin.

Exemple de performance




Les ratios de solvabilité n'étaient disponibles que pour trois des cinq programmes cités en exemple.

- Le ratio de solvabilité de l'assureur asiatique se rapporte à l'ensemble de l'entreprise et non juste au produit. L'évolution du ratio est un peu erratique, ce qui peut indiquer des problèmes avec les données ou un reclassement des actifs.
- Le produit d'assurance santé affiche un ratio de solvabilité très élevé même pour la quatrième année, mais il finira par être à court de trésorerie si ses problèmes ne sont pas résolus.
- En ce qui concerne le produit d'assurance-vie de groupe, il affiche un ratio à la hausse, ce qui correspond à l'amélioration de son efficacité, de sa gestion du risque et de sa rentabilité.

Indicateur 10 : Ratio de liquidité

Définition

Le ratio de liquidité se définit comme le rapport entre les «espèces et quasi-espèces» (ou «Trésorerie disponible ou équivalent de trésorerie»; les deux termes peuvent être utilisés), et les passifs « à court terme» du programme.

 Un ratio de liquidité de 120 pour cent signifie que le programme détient 120 éléments de trésorerie pour chaque volume de 100 passifs « à court terme » projetés.

Méthode de calcul

$$\text{Ratio de liquidité}_n = \text{Trésorerie disponible ou équivalent de trésorerie}_n / \text{Dettes à court terme}_n$$

Cet indicateur mesure le montant d'espèces disponibles pour couvrir les obligations « à court terme ». Dans ce manuel, les passifs à court terme sont définis comme les dettes projetées au cours des trois prochains mois. Pour le calculer, il faut décompter les espèces disponibles et les placements à court terme qui peuvent être convertis immédiatement en espèces (par exemple titres gouvernementaux, effets de commerce, fonds monétaires). Ensuite, il faut projeter les charges, indemnisations, valeurs de rachat et autres effets à payer dans les trois prochains mois, ce chiffre sera le dénominateur du ratio.

Il existe trois approches de base pour estimer les passifs à court terme :

- Une application logicielle peut être conçue pour projeter les indemnisations et charges sur la base de l'activité en cours. En outre, il est possible d'y ajouter le flux de trésorerie projeté sur la base des nouvelles affaires, on obtient alors l'estimation totale des flux de trésorerie futurs pour chaque période. Les sorties de trésorerie projetées peuvent ensuite être calculées pour les trois prochains mois.
- En l'absence de cette application, on peut prendre 25 pour cent des sinistres des 12 derniers mois comme repère, cependant il faut ajouter des marges supplémentaires si le programme a connu une croissance forte récemment.
- Une troisième méthode consiste à utiliser le Bilan, comme cela est indiqué ci-dessous.

Les informations contenues dans le Bilan peuvent être utilisées pour estimer les passifs à court terme. Il faut procéder avec précaution ; en effet, bien que le Bilan contienne tous les passifs, il se peut que la répartition entre passifs à court terme et à long terme ne convienne pas. Les provisions présentées au Principe 4 doivent représenter au total la valeur actuarielle présente des passifs à court terme et à long terme du programme, cependant il n'existe pas de formule générale pour séparer les passifs dont l'échéance est inférieure à trois mois car chaque programme est différent. Avec l'aide de l'actuaire, l'équipe dirigeante pourra élaborer des facteurs adaptés au programme pour estimer les passifs à court terme à partir des provisions de chaque exercice comptable.

Type de passif	Description	Charges Incluses ?	Provision totale	Proportion estimée à payer dans 3 mois	Montant approximatif payable à court terme
Provision pour primes non acquises	Sinistres et charges non encore survenus	Oui	1 000 000	25 %	250 000
Provision pour sinistres en cours	Sinistres déclarés mais non encore payés	Non	300 000	100 %	300 000
Provision pour sinistres survenus mais non déclarés	Sinistres survenus mais non déclarés	Non	500 000	50 %	250 000
Provision pour charges à payer	Sinistres et charges non encore payables	Oui	2 000 000	5 %	100 000
Autres passifs	Autres passifs	Oui	1 000 000	75 %	750 000
Total			4 800 000		1 650 000

Le tableau suivant est purement artificiel et ne doit pas être utilisé comme tel : il sert juste à donner un aperçu de la manière d'utiliser le Bilan pour déterminer les passifs à court terme en vue de la gestion des liquidités. Les facteurs de la colonne 5 sont artificiels dans cet exemple, mais dans la réalité ils doivent être calculés à l'aide d'un actuair et sur la base de la situation réelle.

Remarque : cette estimation ne couvre pas toutes les charges à payer. Un montant supplémentaire doit être ajouté aux passifs à court terme.

Dans le présent cas, l'indicateur a été défini pour une période de trois mois. Le micro-assureur doit aussi évaluer et contrôler les périodes plus courtes et plus longues. Une approche plus précise qui couvre toutes les périodes est la correspondance actif-passif, présentée au Principe 6 (Politique de placement clairement définie).

Signification et interprétation

L'indicateur est simple mais il est très important pour mesurer la liquidité, il doit faire l'objet d'un suivi continu par les gestionnaires des placements. Même si un programme de micro-assurance affiche un ratio de solvabilité élevé, il peut quand même avoir des problèmes pour indemniser les sinistres s'il n'a pas suffisamment de liquidités.³⁰

L'illiquidité affectera la capacité du programme à indemniser les sinistres rapidement et, comme nous l'avons déjà vu dans ce chapitre, les retards de traitement des sinistres rendront sa promotion plus difficile.

La principale fonction des gestionnaires d'investissements est de s'assurer que les fonds générés par les recettes de primes, les revenus d'intérêts, les échéances des placements, etc. sont (ré)investis dans les bons instruments qui produiront des revenus d'intérêts et arriveront à échéance de la façon la mieux synchronisée avec les obligations futures du micro-assureur, tout en maximisant les revenus des placements. Si les investissements sont trop concentrés sur des actifs à long terme tels que l'immobilier et les obligations à long terme, le micro-assureur peut avoir des problèmes de liquidités à court terme. D'un autre côté, un excès de trésorerie ou d'argent bloqué dans des investissements à court terme peut résulter en une liquidité excessive et une perte d'opportunités de placement. Enfin, des revenus d'investissements insuffisants peuvent entraîner une tarification plus élevée ou des prestations moins avantageuses (voir Encart 3 sur la correspondance actif-passif).

³⁰ Garand et Wipf, 2006 : page 328.

Interprétation sociale

Une liquidité excessive augmente les coûts ou diminue les prestations aux clients car elle réduit les revenus d'investissements. Une liquidité insuffisante retarde l'indemnisation des sinistres et risque d'entraîner la faillite de plusieurs façons, ce qui serait fâcheux pour les clients en période de besoin.

Exemple de performance

Aucune donnée n'est à disposition pour calculer les ratios de liquidité. En général, les programmes auto-assurés ne gèrent pas toujours bien leur liquidité et ne la calculent pas en fonction des sinistres et charges projetés. Nombre d'entre eux ont une liquidité excessive en partie parce qu'ils ont des problèmes à trouver les bons placements et/ou parce qu'ils ne comprennent pas suffisamment les implications.

2. MESURER LA PERFORMANCE : QUESTIONS SPÉCIFIQUES D'INTERPRÉTATION

Les programmes de micro-assurance sont très différents d'un pays à l'autre en fonction des produits, des modes de distribution, des capacités de gestion, de la maturité institutionnelle et de nombreux autres facteurs. De même, le contexte et l'environnement dans lesquels ils évoluent influencent leur développement et leur performance. En raison de cette diversité, il est difficile, voire insensé, de comparer les programmes entre eux ; il convient donc de procéder avec prudence lorsque l'on tire des conclusions sur les performances relatives. Certains de ces problèmes ont déjà été soulevés dans le chapitre précédent mais ils vont être approfondis dans ce chapitre.

2.1 Produits d'assurance-vie

Il existe de nombreux produits de micro-assurance-vie différents. Parmi les grandes catégories de produits que nous avons présentées figurent l'assurance-vie temporaire, l'assurance-vie entière, l'assurance à capital différé et l'assurance-vie crédit. Toutes prévoient le versement d'une indemnité si l'assuré décède. Nombre d'entre elles prévoient des prestations supplémentaires, telles qu'une pension d'invalidité, une assurance décès accidentel, une couverture des charges d'obsèques, ou une composante d'épargne.

Les produits d'assurance-vie sont différents en termes de durée, de montant et de modèle de couverture, d'options de paiement des primes, d'exigences de souscription, et d'autres critères. Il en existe deux grandes catégories, les produits individuels et les produits de groupe. L'assurance-vie crédit est la plus répandue (elle est en général vendue comme produit de groupe, mais pas toujours) ; ses durées de couverture peuvent s'étendre d'une journée à plusieurs années car elles ont habituellement la même échéance que le prêt auquel elles sont associées. Le montant de l'assurance-vie crédit peut correspondre au solde du prêt au moment du décès de l'emprunteur, ou être limité.

Un grand nombre d'indicateurs de performance s'appliquent à tous les types d'assurance-vie. Toutefois, certaines exceptions méritent d'être distinguées. La première concerne le ratio de renouvellement, qui ne s'applique pas vraiment aux programmes d'assurance-vie crédit car la couverture est obligatoire pour avoir accès au crédit proposé par une institution de prêt. Dans ce cas, la reconduction de la couverture de l'assurance dépend presque entièrement de la reconduction du prêt, laquelle dépend elle-même d'autres facteurs tels que la satisfaction du client vis-à-vis du prêteur, les antécédents financiers, les taux d'intérêt, etc. Néanmoins, il est concevable qu'un prêt ne soit pas reconduit en raison d'expériences négatives d'autres emprunteurs ayant traité avec le programme.

La deuxième exception a déjà été indiquée au chapitre 1, elle concerne le taux de couverture, dont la valeur interprétative est faible pour les programmes d'assurance-vie crédit (ainsi que pour les autres programmes à participation obligatoire) ; toutefois cet indicateur peut, dans certains cas, donner des informations intéressantes.

La troisième concerne les assurances à capital différé et produits semblables à forte composante en liquidités: les indicateurs dont le dénominateur comprend les primes acquises (ratio de revenu net, ratio de charges engagées, ratio de sinistres survenus) peuvent être sujets à une distorsion avec le temps, mais l'envergure de cette distorsion dépend de l'âge du programme et de son évolution depuis son commencement. Avec le temps, le ratio de sinistres survenus commencera à augmenter car une grande proportion du capital différé sera financée par les revenus d'intérêt accumulés au fil des années. Selon la manière dont le nombre de nouvelles polices d'assurance à capital différé augmente, le ratio de sinistres survenus peut même atteindre 100 pour cent, voire plus. De la même façon, pour le même produit, le ratio de charges engagées sera généralement bien inférieur à celui d'un produit d'assurance-vie pure offrant une couverture semblable.

Un autre commentaire général peut être fait à propos de la micro-assurance-vie, à savoir que ces produits sont souvent plus difficiles à vendre que l'assurance santé par exemple, car les prestations sont moins tangibles que celles de l'assurance santé. Il y a de nombreuses raisons à cela : des croyances culturelles au décès prématuré et inattendu. Cela a évidemment un effet sur les indicateurs de sensibilisation et de satisfaction qui, toutes choses égales par ailleurs, tendent à être inférieurs à ceux des produits mieux perçus. Si cette observation générale semble évidente, elle implique pourtant que les programmes de micro-assurance-vie soient séparés des autres programmes lorsque l'on étudie ces deux indicateurs.

De plus, les programmes d'assurance-vie à participation obligatoire doivent être séparés des programmes à participation volontaire lorsque l'on compare les indicateurs de croissance, de couverture et de renouvellement.

L'assurance-vie est habituellement comprise dans des produits assemblés et doit donc être séparée pour être analysée. Pour ces produits assemblés, les frais généraux doivent être répartis de façon appropriée entre chacune des composantes de l'assemblage.

Pour les produits à plus long terme et les produits dotés d'une composante d'épargne, le principe de politique d'investissement claire est particulièrement important. Premièrement, les produits d'assurance à capital différé sont tarifés selon un taux de revenus d'investissement estimé, appliqué tout au long de la période de couverture. Si ce taux n'est pas atteint, le produit perdra de l'argent. Deuxièmement, tous les sinistres de type décès, rachats et échéances doivent être projetés, et les provisions d'investissement correspondantes doivent être structurées pour que le risque d'illiquidité reste minimale. À l'inverse, si les liquidités sont trop importantes, les revenus d'investissement peuvent diminuer, voire devenir insuffisants pour couvrir les capitaux différés lorsqu'ils arriveront à échéance. La correspondance actif-passif est donc une pratique essentielle et une compétence cruciale pour ce type de produits, tout comme la clarté de la politique d'investissement. L'indicateur de liquidité doit aussi faire l'objet d'un suivi.

2.2 Produits d'assurance santé

Bien que la micro-assurance santé soit (parfois) plus facile à commercialiser que l'assurance-vie, elle est probablement plus difficile à gérer. De nombreux assureurs commerciaux ne proposent pas d'assurance santé à moins qu'elle ne soit liée à des accidents. Il existe de nos jours une diversité considérable de programmes de micro-assurance dans le monde; de nombreux dispositifs sont relativement jeunes ou encore au stade expérimental. Seuls quelques programmes sont actuellement pérennes mais ils sont très prometteurs et novateurs.

L'une des difficultés principales de l'assurance santé est que les services sont en général fournis par un tiers, ce qui rend difficile le suivi de la qualité, le contrôle des coûts des services, et la prévention de la fraude et des excès de tarification ou d'utilisation. Pour surmonter ce problème, il est important d'accumuler de façon continue des données claires et précises sur les sinistres et sur l'exposition au risque pour une analyse et un suivi efficaces, et pour une détection rapide de toute anomalie ou tendance néfaste. Pour obtenir une image sincère de la situation, il faut suivre l'évolution de la fréquence et des montants des sinistres de manière isolée, pour chaque catégorie de prestations. Pour détecter, entre autres, les abus des prestataires et les traitements inappropriés, la fraude des consommateurs et des prestataires, il est nécessaire d'analyser les sinistres au niveau de chaque prestataire. Tout cela suggère que les principes s'appliquant à la collecte des données, ainsi qu'au suivi constant des sinistres et du ratio des sinistres survenus, sont particulièrement importants pour la micro-assurance santé.

Les autres principes et indicateurs clés s'appliquent aussi à ce type de produits. La viabilité et l'étendue de la participation requiert un haut niveau de satisfaction, lequel ne peut être atteint que par des services de qualité, des prix raisonnables et des actions persistantes d'éducation des consommateurs. Les résultats de ces efforts seront évidents et se traduiront dans les indicateurs de sensibilisation et de satisfaction.

2.3 Micro-pensions et produits associés

Sur les marchés matures de l'assurance, les produits d'assurance retraite sont les principaux instruments d'épargne retraite. Ils ont un développement en deux phases : une phase d'accumulation pendant laquelle l'épargne et les revenus d'investissements contribuent conjointement à la croissance d'un fonds de pension personnel, puis une phase de paiement pendant laquelle l'épargne retraite ainsi accumulée est utilisée pour le versement du capital en une fois, ou plus communément, sous forme de rente viagère ou à terme fixe, à la date de départ en retraite.

Les produits de micro-pensions connaissent une forte croissance récemment. Ces produits comprennent en général une phase de versement simplifiée qui se limite au paiement d'un capital ou d'une rente de durée très courte. Cela est dû au fait que les rentes viagères ou à long terme sont extraordinairement risquées et ne peuvent être supportées que par les assureurs qui ont accès à un marché bien développé et liquide en obligations nationales et en hypothèques secondaires, or ces aspects sont souvent absents dans les pays en développement.

Les indicateurs comprenant les primes acquises dans leur dénominateur ne s'appliquent pas aux produits de retraite purs car il n'y a pas de primes acquises. S'il y a une composante d'assurance-vie, ces indicateurs sont biaisés de la même manière que les indicateurs des assurances à capital différé (voir chapitre 2.1). Pour les produits de retraite purs, les ratios de revenu net et de charges engagées peuvent toujours être calculés comme un ratio de montants de cotisation retraite, de la façon décrite au chapitre 1.

Étant donné que les retraites sont en général des produits de longue durée, il convient de substituer au taux de fidélisation un taux de fidélité. Les indicateurs de sensibilisation et de satisfaction restent utiles et reflètent, entre autres, la présence d'une culture épargnante, une offre de produits de retraite alternatifs, ainsi que le degré de confiance dans l'institution chargée de placer l'argent.

Les politiques d'investissement et autres principes associés, ainsi que le ratio de solvabilité, revêtent une importance particulière ; dans le cas de l'assureur, ils doivent faire l'objet d'un suivi d'ensemble d'une part, et d'un suivi spécifique au produit de retraite d'autre part.

L'une des pratiques les plus dangereuses pour les programmes auto-assurés et les assureurs est de garantir des taux d'intérêts à long terme pendant la phase d'accumulation sans détenir réellement d'actifs pour soutenir ces garanties. Les taux d'intérêts d'accumulation doivent tous être liés aux retours réels sur investissement dans le portefeuille d'investissement des provisions. Toute autre pratique serait hasardeuse car personne ne peut prédire l'orientation des taux d'intérêts futurs. S'il existait un ensemble d'indicateurs et un mécanisme de notation associé pour évaluer la qualité de la gestion, l'un des premiers indicateurs à envisager serait celui qui permettrait d'évaluer cette pratique.

2.4 Produits indexés

Les produits d'assurance-vie, santé, invalidité et de protection des biens présentés jusqu'à maintenant dans ce chapitre sont des exemples de ce que l'on appelle l'assurance traditionnelle, qui indemnise les clients subissant des pertes réelles à raison d'un montant correspondant à la perte en question. L'assurance indexée, qui n'a été introduite que récemment sur le marché, est différente : elle utilise un indice auquel est associée la couverture souscrite et qui sert à estimer la perte moyenne d'un ensemble de clients (ayant pu être) affectés par la survenance d'un événement couvert. L'indemnisation individuelle est calculée d'après une formule plutôt que d'après l'étendue et le montant de la perte réelle éventuellement subie par l'assuré.

Les produits indexés ont été élaborés pour les risques climatiques et autres qui affectent les actifs et la production agricoles. Nombre de ces risques ont un caractère très covariant car la survenance d'un seul événement peut affecter de nombreux clients à la fois. Ces produits doivent donc être pris en charge par des assureurs dotés d'un capital solide et d'une réassurance très importante, ils exigent donc un ratio de solvabilité « très élevé ». Pour un assureur en charge d'un programme d'assurance indexée unique, les ratios de sinistres survenus et de revenu net seront probablement volatiles d'une année sur l'autre en raison de la covariation des sinistres. Pour un assureur en charge de plusieurs programmes sur une zone géographique étendue, le cumul des sinistres sera plus stable.

L'avantage de l'approche indexée est qu'elle réduit le risque moral et l'antisélection. De même, puisque les experts n'ont pas à rendre visite à chaque déclarant pour estimer les pertes individuelles, l'indicateur de rapidité du règlement des sinistres devrait être bien plus attractif que celui des produits traditionnels. Le ratio de rejet des demandes d'indemnisation, quant à lui, devrait être bas car l'admissibilité d'un sinistre est prédéterminée et fondée sur la formule indexée ; les déclarations erronées doivent être peu nombreuses si les consommateurs sont suffisamment sensibilisés dans ce domaine. Enfin, étant donné que les expertises individuelles sont très onéreuses, le ratio de charges engagées des produits indexés devrait être bien plus bas que celui des produits traditionnels. Grâce à ces avantages, la micro-assurance indexée s'avère être adaptée aux situations auxquelles la micro-assurance traditionnelle ne l'est pas.

L'inconvénient de l'assurance indexée est que les prestations ne correspondent pas aux pertes réelles. Cet inconvénient est particulièrement visible dans le cas de l'assurance contre les précipitations qui indemnise les paysans en cas de sécheresse. Ainsi, certains paysans peuvent subir des pertes de récolte et ne pas recevoir une indemnisation suffisante pour couvrir leurs pertes réelles. D'autres, au contraire, peuvent recevoir une indemnisation même s'ils n'ont pas subi de pertes réelles. C'est ce que l'on appelle le risque de base, qui se divise en trois catégories :

- Le risque de base spatial : les précipitations peuvent être suffisantes au point de mesure préétabli mais insuffisantes pour une ferme située à quelques kilomètres de là. L'assurance traditionnelle, quant à elle, permettrait au paysan de se faire indemniser si ses récoltes avaient été endommagées.
- Le risque de base temporel : l'indice peut indiquer des précipitations suffisantes sur la durée totale de croissance des plantes, mais il ne reflète pas qu'une sécheresse s'est produite et que la pluie est arrivée au mauvais moment, endommageant ainsi les cultures. À nouveau, l'assurance traditionnelle permettrait au paysan de se faire indemniser correctement.
- Le risque de base spécifique aux pertes : l'indice utilisé peut être inadéquat ou mal corrélé aux pertes réelles. Par exemple, certaines cultures ont besoin de plus de pluie que d'autres et si l'on applique un seul indice à tous les paysans, il sera mieux adapté à certains qu'à d'autres en fonction des plantes qu'ils cultivent.

Le risque de base peut avoir comme effet soit de détériorer, soit d'améliorer les indicateurs de sensibilité et de satisfaction. Par exemple, les clients qui ont été indemnisés lorsqu'ils n'auraient pas dû l'être seront plus disposés à renouveler leur contrat, tandis que ceux qui ne l'ont pas été suffisamment risquent d'en sortir.

2.5 Autres produits d'assurance

En général, les produits tels que la protection des actifs sont appelés produits d'assurance non vie (l'assurance santé est habituellement considérée comme une assurance-vie et non vie). La plupart des produits d'assurance-vie, santé et retraite peuvent être auto-assurés sans problème si les gestionnaires ont les compétences professionnelles et techniques requises, si le pool de risques est suffisamment grand et si des économies d'échelles sont réalisées. Certaines couvertures, telles que la protection des récoltes et des actifs, doivent être gérées par un assureur ou un réassureur en raison de la covariance importante des risques et autres causes de variabilité des sinistres.

Les couvertures telles que l'assurance des récoltes et la protection contre les intempéries nécessitent des pools de risques dotés d'une réassurance adéquate pour être viables longtemps. Ces produits couvrent normalement les événements susceptibles d'affecter les grandes zones et d'entraîner un nombre considérable de sinistres en peu de temps. Ces événements ralentissent souvent le règlement des sinistres car des expertises peuvent être nécessaires pour chaque sinistre, cependant un plan efficace de règlement de sinistres en cas de catastrophe peut résoudre ce problème. Par contre, si l'organisme n'est pas préparé, il évaluera mal la rapidité de règlement des sinistres.

Dans le cas des assurances de protection des actifs, les problèmes sont dus au manque de compréhension de ce qui est couvert et des événements qui sont indemnisables, ainsi qu'au mauvais montage des dossiers avant la survenance de la perte. En cas de catastrophe affectant une zone étendue, telle qu'un tremblement de terre ou une inondation, ces problèmes de sensibilisation augmenteront le ratio de rejet des demandes, et l'insatisfaction qui en résultera se répercutera à son tour sur les indicateurs de sensibilisation et de satisfaction pour la période de renouvellement suivante.

2.6 Aspects organisationnels

Comme nous l'avons expliqué précédemment dans ce manuel, la performance d'un programme de micro-assurance doit être tout d'abord considérée du point de vue du membre ou du client assuré. À cause de cela, les principes et indicateurs de performance clés ont été abordés au sens général, et bien que les méthodes de calcul soient très diverses, l'interprétation des indicateurs est à peu près la même pour les différents modèles. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les modèles auront les mêmes performances. En fait, chaque modèle a ses avantages et inconvénients, et cela se reflètera probablement dans les indicateurs de performance. La comparaison des performances entre programmes est abordée au chapitre 3.

Il y a de nombreuses façons de classer les programmes de micro-assurance, selon celui qui porte le risque, la façon dont l'organisme fonctionne, le mode de distribution, la structure juridique, et ainsi de suite. L'un des principaux critères de classification est celui qui se rapporte au porteur de risque ; soit l'organisme principal est auto-assuré, soit il cède la gestion du risque à une autre entité telle qu'une compagnie d'assurance licenciée (modèle « partenaire-agent »). De nombreux programmes sont une combinaison des deux, c'est-à-dire qu'ils portent une partie du risque pour certains produits et transfèrent l'autre partie pour les autres produits. Par exemple, l'organisme agent peut assumer certains des sinistres exclus par l'assureur ou ajouter d'autres prestations pour améliorer le produit de l'assureur. Dans ce cas, l'agent pourrait tout aussi bien être appelé le micro-assureur principal, et l'assureur être appelé le réassureur. Dans d'autres cas, l'organisme sponsor peut assumer tous les risques d'un produit et transférer tous les risques d'un autre produit.

Les organismes qui transfèrent les risques à l'assureur illustrent la façon dont les indicateurs doivent être calculés dans le cas du modèle à partenaires multiples ou du modèle partenaire-agent. Habituellement, la distribution est prise en charge par l'agent (le sponsor du programme), tandis que la gestion du risque est confiée au partenaire porteur du risque, qui sera ici une compagnie d'assurance licenciée. Dans le cas de l'assurance santé, le traitement des demandes de remboursement peut être pris en charge par un gestionnaire des contrats d'assurance. Dans d'autres cas, les demandes sont traitées par l'assureur ou par l'agent, ou par tous les partenaires participants. Dans de nombreux programmes, l'agent est un organisme ayant déjà un portefeuille de clients ou de membres dont les familles ont besoin de gérer leurs risques. Il peut s'agir d'un employeur, d'une association, d'une coopérative, d'une IMF ou d'un autre type de groupe. La participation au programme de micro-assurance peut être volontaire ou obligatoire.

L'agent reçoit habituellement une commission pour couvrir ses coûts de distribution. Il peut aussi en tirer profit si ses actifs sont protégés des conséquences du décès, de l'invalidité, de la maladie du client ou d'autres risques.

Il a été établi précédemment que pour évaluer la performance du point de vue des clients, tous les partenaires doivent coopérer et se faire une image générale des performances du programme de micro-assurance avant de penser à se réassurer. Cela suppose de consolider leurs différentes bases de données et leurs états financiers relatifs au programme afin de pouvoir calculer les indicateurs. En général, c'est l'agent qui est chargé de mener cette coopération étant donné que la qualité des services prestés à ses clients est d'une importance primordiale.

Les dix indicateurs clés de performance sont utiles pour tout programme de gestion du risque, et donc tout modèle partenaire-agent. Le tableau ci-dessous présente brièvement les éléments habituellement requis pour leur calcul :

Indicateur	Exigences communes de collecte de données et de calcul
Ratio de revenu net	<ol style="list-style-type: none"> 1) L'assureur doit établir un bilan et un compte de résultats spécifiques au programme, c.-à-d. pas uniquement pour l'ensemble de la compagnie d'assurance. 2) Il doit communiquer les primes acquises. 3) Si un gestionnaire de contrat d'assurance participe, ses coûts doivent être inclus dans le poste Charges. 4) Le gestionnaire de contrat d'assurance peut être en charge de la base de données des sinistres ; cette base est utilisée par l'assureur pour déterminer les coûts des sinistres et les provisions correspondantes. 5) L'agent/sponsor doit séparer les données relatives à son programme des données relatives à ses autres activités, comme le décrivent les Principes 1 (Séparation des données) et 3 (Collecte de données pertinentes et précises), et préparer les états financiers du programme dans le respect du Principe 2 (Production des états financiers).
Ratio des charges engagées	Les charges de tous les partenaires doivent être combinées.
Ratio des sinistres survenus	Les sinistres indemnisés et les provisions correspondantes doivent être calculés en fonction d'une base de données des sinistres audité. Si l'agent propose des prestations supplémentaires, celles-ci doivent être prises en compte.
Taux de fidélisation	Le taux de fidélisation doit être calculé régulièrement à l'aide d'une application logicielle qui sera associée à la base de données des couvertures et des clients. Cette base de données est gérée par l'agent dans la plupart des cas.
Rapidité de règlement des sinistres	La base de données des sinistres et les autres sources doivent être utilisées pour calculer cet indicateur.
Ratio de rejet des demandes d'indemnisation	La base de données des sinistres et les autres sources doivent être utilisées pour calculer cet indicateur.
Ratio de croissance	Le ratio de croissance doit être calculé régulièrement à l'aide d'une application logicielle qui sera associée à la base de données des couvertures et des clients. Cette base de données sera probablement gérée par l'agent.
Taux de couverture	L'agent doit définir son marché cible pour calculer cet indicateur (voir chapitre 2).
Ratio de solvabilité	Le ratio de solvabilité doit être calculé pour l'assureur ainsi que pour le programme. Si l'agent propose d'autres prestations, il devra constituer d'autres provisions qui devront être aussi prises en compte dans le ratio de solvabilité.
Ratio de liquidité	Tous les partenaires doivent surveiller leur propre liquidité. Dans le cas d'un organisme porteur du risque, cet indicateur est crucial pour indemniser les sinistres dans les délais, ce qui nécessite de projeter les passifs à court terme.

En résumé, la performance est influencée par de nombreux paramètres différents, tels que le contexte culturel, le type de produit, les aspects organisationnels, la situation et la dispersion géographique, l'âge du programme, et ainsi de suite. Ces paramètres ne sont pas traités ici mais le lecteur du manuel et le praticien doivent se rappeler leur importance et les garder à l'esprit pour interpréter et comparer les performances de divers programmes.

2.7 Assurance Takaful

Pour de nombreux musulmans, l'assurance conventionnelle n'est pas acceptable en raison de trois éléments contraires aux principes de l'Islam: ³¹

- Le Gharar (incertitude) désigne une situation où le montant et la chronologie des prestations futures ne sont pas connus, et lorsqu'il n'y a aucune certitude qu'une quelconque prestation soit payée.
- Le Maisir (jeu de hasard) désigne une situation où l'on paye une petite prime pour avoir la possibilité de recevoir une prestation bien plus importante, comme lorsque l'assureur risque d'avoir à payer plus en prestations que ce qu'il ne reçoit en primes ; cela est considéré comme un jeu de hasard.
- Le Riba (intérêt) désigne une situation où de nombreux produits d'assurance conventionnelle sont constitués sur la base d'investissements qui rapportent des intérêts.

Pour prendre en compte ces éléments tout en permettant la protection de l'assurance, les universitaires musulmans ont accepté l'idée d'une assurance islamique fondée sur le concept d'Al-Takaful. Cette assurance est pratiquée en principe depuis le début du deuxième siècle, lorsque les commerçants arabes musulmans voyageant en Inde s'accordèrent pour contribuer mutuellement à un fonds qui couvrirait les pertes dues aux aléas ou aux vols au cours de leurs nombreux voyages en mer. Ce système est fondé sur les principes de la mutualisation et de la coopération, il regroupe les valeurs de responsabilité partagée, d'indemnisation conjointe, d'intérêt commun et de solidarité. Les investissements sont réalisés dans le respect des principes de la finance islamique.

Les principes de l'assurance Takaful sont les suivants :

- a) les participants coopèrent les uns avec les autres pour le bien commun ;
- b) chaque participant contribue à aider ceux qui ont besoin d'assistance ;
- c) les pertes et passifs sont divisés au sein d'un système communautaire de mutualisation des risques ;
- d) l'incertitude est éliminée ;
- e) aucun assuré ne peut profiter des autres.

Les principes fondamentaux du concept Takaful sont très semblables à ceux de la coopération et de l'assurance mutuelle dans la mesure où les fonds sont investis dans des actifs conformes à l'Islam et dans le respect de la chariah, la loi islamique.

QU'EST-CE QUE LA FINANCE ISLAMIQUE (CONFORME À LA CHARIAH) ? (Encart 10)

La finance islamique est une norme d'activité bancaire/de prêts conforme à la chariah et aux grandes traditions prônant un système financier islamique profondément éthique, presque philanthropique. Ces valeurs qui régissent la finance islamique interdisent les jeux de hasard, l'ambiguïté et les revenus d'intérêts. Dans les grandes lignes, c'est une version plus stricte de l'investissement éthique et de la responsabilité sociale des entreprises. La finance islamique cherche à éliminer l'avarice et l'élitisme inhérents au prêt à crédit, et à promouvoir un système où l'esprit d'entreprise et le crédit sont récompensés sur la base du partage des bénéfices et des risques. Elle cherche à identifier les besoins de crédit et à y répondre par une solution conforme aux principes de la chariah.

De manière plus spécifique, les principes fondamentaux de la finance islamique exigent que :

- Les droits et obligations soient énoncés de manière transparente et claire ;
- Les revenus des titres aient un lien avec l'objectif dans lequel les fonds sont utilisés, qu'il ne s'agisse pas uniquement de percevoir des intérêts ;
- Les titres représentent des actifs sous-jacents plutôt que de simples dérivés.³²

³¹ La majeure partie de ce texte est tirée de Patel, Sabbir, 2005 : Takaful and Poverty Alleviation, ICMIF publications.

³² Idem, Consultancy : Introduction to Islamic Finance: www.ubiqconsultancy.com/docs/islamic_finance.pdf

Le principal objectif des systèmes d'assurance Takaful (et coopératifs) n'est pas de générer des bénéfices mais de répartir les risques entre les participants. Cela suggère qu'ils aient le contrôle de leurs propres fonds et qu'ils distribuent les bénéfices (et pertes) éventuellement générés. Dans la pratique, cependant, les sociétés commerciales (opérateurs Takaful) gèrent les fonds pour le compte de clients et appliquent les principes du Takaful de différentes façons. Les approches peuvent être classées en plusieurs modèles de base :

Modèle	Description
Modèle Ta'awuni (assurance coopérative)	Le modèle Ta'awuni pratique le concept du Mudharabah pur dans ses opérations quotidiennes en encourageant les valeurs de l'Islam telles que la fraternité, l'unité, la solidarité et la coopération mutuelle. La compagnie Takaful et ses assurés ne partagent que les revenus directs des investissements ; l'excédent est rendu sans prélèvement aux participants.
Modèle non lucratif	Les programmes sont gérés sur une base non lucrative et dépendent à 100 % des contributions volontaires (Tabarru, ou « donation ») des participants qui donnent volontairement aux membres les moins fortunés de leur communauté.
Modèle Al-Mudharabah	Les excédents sont partagés entre les assurés et le gestionnaire Takaful sur la base d'un ratio consenti par tous. En général, les dispositifs de partage des risques permettent au gestionnaire Takaful de partager les revenus issus des souscriptions, ainsi que les retours d'investissement positifs sur les primes investies.
Modèle Al-Wakala	Les risques sont partagés de façon coopérative entre les participants, un gestionnaire Takaful encaisse des frais pour les services qu'il rend (en qualité de « wakeel », ou agent), ou bien il a sa part dans les résultats des souscriptions. Étant donné que ces résultats appartiennent aux participants en tant que bénéfices ou pertes, selon le modèle Al-Wakala, le gestionnaire peut aussi facturer des frais de gestion de portefeuille et des commissions de performance.

Même avec l'approche différente de l'assurance Takaful, tous les principes s'appliquent et les dix indicateurs clés conservent leur pertinence. Toutefois certaines questions sont à approfondir, notamment :

- Le Principe 6, qui exige une politique d'investissement claire, doit être adapté à la finance islamique (voir l'encart 10).
- Lorsque l'on calcule les ratios de revenu net et de charges engagées, les frais du gestionnaire Takaful doivent être considérés comme des charges.
- Même si le ratio de revenu net est « élevé », les bénéfices/excédents dans certains programmes sont rendus aux clients en proportion de leur contribution. Pour ces programmes, un ratio de revenu net élevé ne peut être considéré comme un signe d'exploitation de la même façon que si les investisseurs/sponsors/gestionnaires Takaful conservaient tout ou partie des bénéfices excessifs.

3. COMPARER CE QUI EST COMPARABLE : LA QUESTION DE L'ÉVALUATION COMPARATIVE

3.1 Qu'est-ce que l'évaluation comparative ?

Dans les chapitres précédents, les propos étaient centrés sur la description et la rationalisation des indicateurs clés de performance pour les programmes de micro-assurance. Les données disponibles relatives à cinq exemples de programmes ont été utilisées, dans la mesure du possible, pour calculer les indicateurs clés. Pour certains indicateurs, comme le ratio de solvabilité, une valeur minimum était suggérée. Dans le chapitre 2, ces indicateurs ont fait l'objet de considérations spéciales pour diverses lignes de produits et diverses prestations.

Certains lecteurs se demanderont : « quelles valeurs de ces indicateurs désignent une performance mauvaise, moyenne, bonne et excellente ? » La réponse dépend de nombreux facteurs, notamment du type de produit, du mode de fonctionnement, de la situation, de la taille, de l'âge du programme, etc. Cependant, l'évaluation de la performance d'un programme donné doit être faite relativement à celle des programmes semblables au sein du secteur, des valeurs de référence sont donc nécessaires. Étant donné que le secteur est encore jeune, la mise à jour régulière des informations sur les bonnes pratiques et les performances est importante car cela permettra aux micro-assureurs de s'orienter. Si les indicateurs peuvent être comparés aux valeurs de référence établies par des organismes semblables dans des situations semblables, ils aideront les dirigeants à envisager d'autres systèmes de gestion et à se demander pourquoi les autres ont éventuellement de meilleures performances. Cela incitera des changements et amènera au final à de meilleures performances et à de meilleures prestations pour les assurés.

Dans le secteur de l'assurance commerciale, « de nombreuses [...] compagnies utilisent des valeurs de référence pour comparer leurs performances avec celles de leurs concurrents, cela leur permet de comprendre quels aspects sont à améliorer. Un ensemble pertinent d'indicateurs, associé à des valeurs de référence acceptées par les acteurs du secteur (normes de performance) peuvent être un bon repère pour les équipes dirigeantes, les conseils d'administration et autres parties prenantes qui souhaitent assurer la solvabilité et l'amélioration des performances de leur compagnie ».³³

Dans le monde de l'entreprise, on reconnaît en général l'influence que l'évaluation comparative exerce sur le développement des secteurs. Une plateforme d'évaluation comparative dénommée « Benchmarking Exchange » décrit, sur son site Internet, l'évaluation comparative comme un outil, un processus et une pratique très respectée : « L'évaluation comparative est le processus consistant à mesurer les procédures internes d'un organisme, puis à identifier, comprendre et adapter les excellentes pratiques d'autres organismes considérés comme étant de premier ordre ».³⁴

Les objectifs de l'Insurance Industry Association for Benchmarking™ (Association pour l'évaluation comparative dans le secteur de l'assurance) aux États-Unis est de communiquer sur la façon dont elle met en œuvre l'évaluation comparative :

- « Pour créer un environnement coopératif où la parfaite compréhension des performances et les meilleurs procédés peuvent être communiqués et partagés à un coût raisonnable ».
- « Pour utiliser l'efficacité du consortium [d'assureurs participants] afin d'obtenir des données sur les performances et des informations sur les meilleures pratiques de sociétés exerçant à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de l'assurance ».
- « Pour encourager le recours à l'évaluation comparative afin de faciliter l'amélioration des procédés et la réalisation des objectifs de qualité ».³⁵

33 Garand et Wipf, 2006 : page 321.

34 Visiter www.benchmark.com/wib.htm

35 Visiter www.iiab.org

3.2 L'évaluation comparative peut-elle servir pour la micro-assurance ?

Les praticiens de la micro-assurance pourraient, comme le font les assureurs, constituer des réseaux de collaboration pour s'évaluer mutuellement au niveau du pays et/ou à l'échelle internationale. Des centres de ressources en micro-assurance ont déjà été créés dans plusieurs pays pour offrir une assistance technique; ce sont de très bons exemples de collaboration. Ce modèle peut être répété pour les centres de ressources déjà établis par des groupes de micro-assureurs car ils sont déjà habitués à ce type de collaboration.

Dans tous les cas, un répertoire de données peut être mis en place pour recueillir les images instantanées des bases de données que les utilisateurs enverraient régulièrement, et tant que chaque base contient les informations requises, des utilitaires de migration de données peuvent être facilement programmés pour envoyer et cartographier les données au format standard requis par le répertoire. Le volume de données partagées doit être limité ou partiellement masqué pour protéger la confidentialité de certains éléments - par ex. noms des clients ou membres, et leurs coordonnées doivent être supprimées. Une fois les données cartographiées au format requis, les indicateurs de performance peuvent être calculés et, si possible, publiés en ligne.

3.3 Quelles sont les difficultés ?

Certains acteurs de la micro-assurance sont réfractaires à l'idée de l'évaluation comparative car ils sont préoccupés par l'idée que les bailleurs de fonds favorisent les programmes dont la performance est la meilleure. Certains craignent que pour entrer dans la compétition et obtenir les financements des bailleurs de fonds, ils soient contraints d'abandonner leurs innovations et d'évoluer dans une direction qui ne leur permettrait plus de satisfaire les besoins particuliers de leurs clients ou membres. Ils estiment que les programmes seront forcés de rentrer dans un moule pour entrer dans la compétition, à l'instar de ce qui semble s'être passé dans la microfinance.

De plus, ils appréhendent que les régulateurs prennent en compte les performances de certains des meilleurs programmes et les définissent comme des valeurs de référence minimum, lesquelles seraient alors trop élevées pour la majorité des programmes. Ces risques sont plausibles mais ils peuvent être surmontés par un travail d'influence persistant, une communication et la constitution d'une documentation présentant la diversité des caractères, besoins et réussites du secteur.

Un deuxième défi à noter est celui du coût de l'évaluation comparative. Au final, en l'absence du soutien des bailleurs de fonds, ces coûts seront transférés sur les assurés mais ils devraient être minimes s'ils sont répartis sur une masse importante de clients ou de membres. Il est nécessaire d'acquérir et d'élaborer, au départ, des outils tels que le matériel informatique, les logiciels de gestion de données, les utilitaires de migration de données et d'analyse, ce qui permettrait ensuite de réduire au maximum les coûts de calcul et de communication des résultats si la participation est suffisante. Pour obtenir un apport en capital important, il est nécessaire d'analyser les coûts et avantages et d'y associer une campagne de commercialisation persistante, ainsi qu'un leadership visionnaire et solide en provenance des acteurs du secteur.

LA BASE DE VALEURS DE RÉFÉRENCE DE LA MICRO-ASSURANCE MONDIALE (Encart 11)

Au cours des cinq dernières années, la sensibilisation, l'intérêt et les actions de toutes les parties concernées par la micro-assurance se sont considérablement accrus. En conséquence, la micro-assurance s'est diffusée sous de multiples formes, permettant aux clients à bas revenu dans le monde de se protéger contre les risques.

Cependant, l'envergure, la profondeur et la qualité de cette diffusion ne sont pas encore bien définies. Il est donc nécessaire de mettre en place une plateforme d'information en ligne fiable et accessible pour y enregistrer les changements, les manques, la valeur des produits d'assurance, la taille du marché, ainsi que la performance financière et opérationnelle des différents types de prestataires de micro-assurance.

C'est ainsi qu'a été créée la Base mondiale de valeurs de références en micro-assurance. L'objectif de cette base de données est de recueillir, d'analyser et de communiquer des données non orientées par de quelconques modèles, méthodes, porteurs de risque, canaux de distribution ou produits.

C'est avec l'objectif indiqué ci-dessus que le département d'Assurance pour les Pauvres de la Banque Mondiale s'est adressé à 161 prestataires de micro-assurance dans six pays entre 2009 et 2010, et qu'il projette d'inclure d'autres prestataires et pays à l'avenir à l'aide d'un comité de pilotage à parties prenantes multiples.

ANNEXES

A. LES SEPT PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'ASSURANCE

Les produits d'assurance commerciale sont fondés sur certains principes de base en rapport avec la notion de perte économique. Pour qu'un évènement de risque susceptible d'entraîner une **perte économique** soit assurable, il doit avoir les caractéristiques de base suivantes :

1. L'évènement doit être aléatoire (c.-à-d. par pur hasard). Dans le cas d'un programme de micro-assurance, cela implique que l'évènement couvert ne subisse aucune influence de la part de l'assuré. Des outils sont donc nécessaires pour empêcher toute influence de l'assuré sur l'évènement.

2. La perte doit être certaine en temps et en montant. Cela implique que les prestations et les conditions relatives aux indemnisations soient formulées clairement et comprises dès le départ, dans l'intérêt de l'assureur comme de l'assuré.

3. La perte assurée doit être importante. Le fait de couvrir des pertes mineures qui ne provoquent pas de difficultés majeures pour le ménage ne serait pas pertinent au niveau économique car les coûts administratifs seraient trop élevés.

4. Le montant de la perte doit être prévisible. La dimension de la perte doit pouvoir être calculée pour chaque risque couvert avant de lancer le produit, ceci afin de déterminer une prime équitable avec suffisamment de fiabilité. C'est pour cela qu'un programme doit recueillir les données opérationnelles aussi tôt que possible, comme nous l'avons déjà indiqué. Au début, les dimensions des pertes doivent être estimées à partir des statistiques nationales ou de l'expérience acquise par certains programmes (qui peuvent avoir différentes caractéristiques).

5. La perte ne doit pas être catastrophique pour l'assureur. Deux aspects sont à prendre en compte : a) une simple perte de l'assuré ne doit pas anéantir le programme, ce qui implique que les prestations soient limitées et qu'un grand nombre de ménages participe au programme ; et b) que les évènements catastrophiques (c.-à-d. un seul évènement covariant) soient exclus ou « réassurés ».

6. Un « grand » nombre de personnes (ou actifs) aux caractéristiques semblables doit participer. Dans le fond, cela implique que le programme d'assurance regroupe suffisamment de participants pour chaque évènement particulier, et que la probabilité de survenance du risque soit à peu près la même pour chaque assuré. Cette exigence est fondée sur des statistiques et est nécessaire pour l'établissement des résultats financiers du programme. Les petites primes des nombreux ménages assurés financent les pertes (sinistres) des quelques ménages affectés.

7. Le montant des primes doit être raisonnable, sinon le service financier n'est pas accessible. Pour y parvenir, la probabilité de survenance de l'évènement doit être très petite, le montant de la couverture doit être limité, et les indemnisations doivent être efficaces.

Les auteurs estiment qu'il faut ajouter un autre principe important, à savoir la nécessité d'ajouter des mesures préventives de réduction des pertes. Ces mesures doivent réduire les risques et l'envergure des pertes avant qu'elles ne se produisent. Elles peuvent avoir la forme de campagnes de santé publique d'éducation sur la nutrition, de stages de préparation aux situations de catastrophes, et de politiques de gestion du risque.

B. LES PROVISIONS

La signification générale de la provision est expliquée au Principe 4. Nous y avons indiqué que dans la pratique, il est très difficile de calculer des provisions exactes pour un produit, et qu'en général, des méthodes simplifiées sont donc utilisées. Les provisions simplifiées les plus communes sont énoncées dans le Tableau 3 et traitées de façon plus détaillée dans l'Annexe.

Les quatre provisions en question sont :

- 1) Provision pour primes non acquises
- 2) Provision pour sinistres survenus mais non déclarés
- 3) Provision pour sinistres en cours
- 4) Provision pour charges à payer

1) Provision pour primes non acquises

Une provision pour primes non acquises est exigée pour tous les produits dont les primes sont payables périodiquement. Quel que soit le mode de paiement et de perception de la prime, la prime est acquise pour la période au titre de laquelle elle a été payée de façon à refléter la manière dont les charges et les sinistres sont engagés.

À la fin de chaque exercice comptable, les primes non acquises correspondent aux produits de primes moins les primes acquises pour chaque assuré actif. Cela revient à une estimation simulée des « sinistres + charges non encore engagées pour le reste de la période au titre de laquelle la prime a été payée ». Il est nécessaire d'inclure ce chiffre dans les états financiers pour se conformer aux principes de base de la comptabilité d'exercice.

Pour mieux comprendre la façon dont cela fonctionne, il sera utile d'analyser la prime annuelle d'une police d'assurance-vie à période unique, comme nous l'avons fait au Tableau 8. Nous partons de l'hypothèse que cette prime est payée au départ par l'assuré à un agent, lequel la remet ensuite à un assureur.

Notons que :

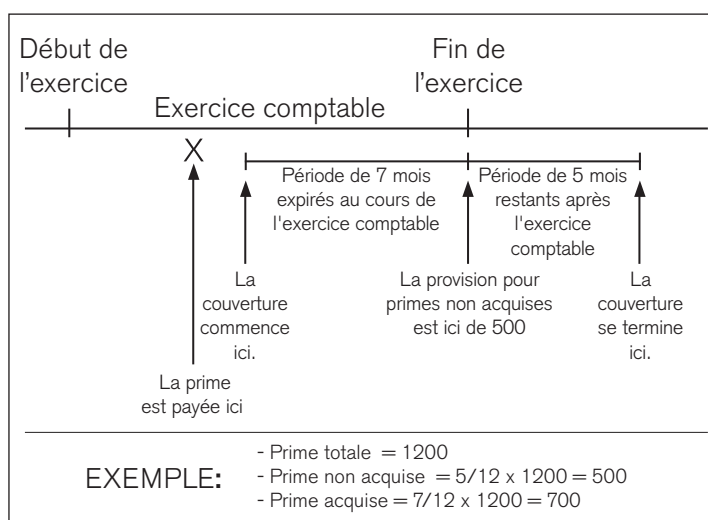
- La prime annuelle est divisée en quatre composantes principales (bien qu'il y en ait plus en réalité) : la prime nette qui sert à financer les sinistres estimés, les frais de l'assureur, les charges de l'agent (commissions), et le revenu de l'assureur.
- Chacune de ces composantes est perçue comme revenu indépendant.
- Des composantes spécifiques, telles que les commissions, peuvent être perçues différemment d'un partenaire à l'autre et selon le point de vue adopté pour le calcul des indicateurs clés.

Les trois modes de perceptions de la prime annuelle (Tableau 8)

Composante de la prime	Point de vue 1 L'assureur	Point de vue 2 L'agent	Point de vue 3 Vue d'ensemble pour le calcul des indicateurs de performance
Composante servant à financer les prestations (c.-à-d. les sinistres) - appelée également « prime nette »	Perçue soit au pro rata par souci de simplicité, soit de façon à refléter le risque de mortalité estimé de l'assureur.	n.d.	Comme pour l'assureur
Frais administratifs de l'assureur	Perçus soit au pro rata par souci de simplicité, ou de façon à refléter les charges engagées estimées de l'assureur.	n.d.	Comme pour l'assureur

Commissions payées à l'agent pour couvrir ses frais de distribution	Perçues au départ par l'assureur si l'agent reçoit sa commission en entier au moment de la remise à l'assureur.	Perçues soit au pro rata par souci de simplicité, soit de façon à refléter les charges de l'agent.	Comme pour l'agent
Bénéfice de l'assureur	Perçue soit au pro rata par souci de simplicité, soit à l'expiration de la police, soit d'une autre façon.	n.d.	Comme pour l'assureur

Pour simplifier, la plupart des assureurs adoptent l'approche la plus simple et perçoivent la prime entière au pro rata ; bien que cette approche ne soit pas toujours la plus pertinente pour tous les produits, elle est généralement acceptable et même indiquée par de nombreux régulateurs.



Étant donné que tous les clients particuliers peuvent acheter une couverture à différents moments, les primes non acquises varient pour chacun d'entre eux à n'importe quel moment. Des applications logicielles sont donc associées à une base de données d'opérations de micro-assurance à la fin d'un exercice comptable, et les primes non acquises sont calculées pour chaque assuré actif. La somme totale est ensuite utilisée comme provision pour primes non acquises dans les états financiers.

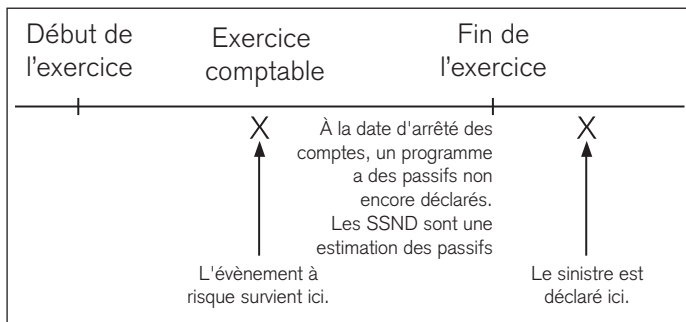
Les assureurs non équipés de systèmes efficaces estiment les primes non acquises en gros en regroupant les primes par mois échu. Cette méthode convient aux produits simples.

2) Provision pour sinistres survenus mais non déclarés

À tout moment, certains événements peuvent se produire et entraîner une perte couverte par l'assurance mais dont l'assureur n'a pas connaissance. La raison est qu'en général, les sinistres ne sont pas déclarés à l'assureur avant quelques heures, quelques jours, quelques semaines, voire quelques mois. Cela se vérifie aussi à la fin d'un exercice comptable. On peut attendre que tous les sinistres soient déclarés avant de préparer les états financiers, cependant, conformément au Principe 2 relatif à la production des états financiers, cela n'est pas possible car les états financiers doivent être préparés dans les délais pour une gestion efficace.

Pour ce faire, les assureurs constituent une provision pour sinistres survenus mais non déclarés qui permettra de répondre à tous les sinistres à indemniser mais non encore déclarés à la fin d'un exercice comptable. Le niveau de la provision doit être estimé et différentes méthodes sont disponibles pour faire ces estimations. La plupart de ces méthodes sont fondées sur l'expérience passée, c'est pour cela que la date de survenance comme la date de déclaration de chaque sinistre doivent être renseignées dans la base de données correspondante.

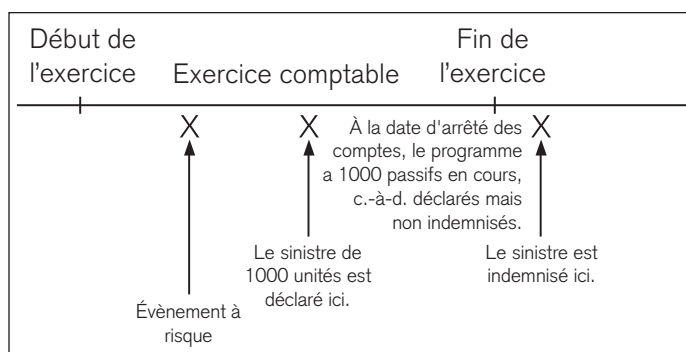
L'observation de l'historique de ces écarts et leur application aux activités actuelles est une approche commune pour l'estimation des sinistres.



3) Provision pour sinistres en cours

Même lorsqu'un sinistre a été déclaré, son indemnisation peut prendre un certain temps en fonction de plusieurs raisons (consulter les discussions relatives à la rapidité de règlement des sinistres). L'assureur peut donc, à tout moment, avoir des sinistres non réglés en cours de traitement. Certains de ces sinistres peuvent finir par être rejetés mais il n'est pas possible de savoir ce qui se passera pour certains sinistres à la date d'arrêt des comptes.

Conformément au Principe 2, il n'est pas possible d'attendre que tous les sinistres aient été réglés pour produire les états financiers. Cependant, l'assureur doit quand même comptabiliser les indemnisations non effectuées pour ces sinistres. L'approche la plus conservatrice est de considérer que tous les sinistres seront indemnisés et qu'aucun ne sera rejeté. La provision comptable et le fonds ainsi constitué sont simplement appelés « provision pour sinistres en cours », à savoir la somme (ou une partie de cette somme) de tous les sinistres non payés à la fin de l'exercice.



4) Provision pour charges à payer

Les provisions pour charges à payer sont aussi nombreuses et variées que les produits de micro-assurance. Pour certains produits, le calcul des provisions pour charges à payer est aussi simple que celui de l'épargne et des intérêts futurs, mais pour la majorité des produits, il est plus complexe. Dans le cas d'assurance-vie entière, par exemple, les primes sont fixées pour la vie au moment de l'achat du contrat et les augmentations ne sont pas permises par la suite. Il en ressort que pour une assurance-vie entière, les excédents de primes payés au cours des premières années doivent être investis pour financer le coût de la mortalité, plus élevée pendant les dernières années ; cela équivaut à la provision pour charges à payer relatives à ce produit et son niveau doit être recalculé au moins une fois par an par un actuinaire.

En fait, étant donné que la plupart des charges à payer concernent des produits dont la durée dépasse un an, il est nécessaire de faire calculer cette provision par un actuinaire. Même si les outils logiciels sont en place pour faire ces calculs, les résultats doivent être vérifiés et certifiés par un actuinaire.

Exigences relatives aux provisions pour certains produits de micro-assurance (Tableau 9)

Type de produit	Provision requise pour charges à payer?	Provision requise pour primes non acquises ?	Provision requise pour sinistres survenus mais non déclarés ?	Provision requise pour sinistres en cours?
Assurance-vie crédit pure	Non.	En fonction du mode de paiement des primes.	Oui, à moins que tous les sinistres ne soient « immédiatement » déclarés.	Oui, à moins que tous les sinistres ne soit « immédiatement » réglés.
Assurance-vie crédit avec épargne	Oui - épargne accumulée avec intérêt.			
Assurance-vie entière	Oui si les primes sont nivelées, puisqu'un capital est constitué pour financer les futures augmentations du taux de mortalité.			
Assurance à capital différé (temporaire ou à vie, ou une combinaison des deux)	Oui, au moins deux types : <ul style="list-style-type: none"> • Identique à l'assurance-vie entière ; • Constitution future d'un capital différé, payable si l'assuré est toujours vivant à la fin de la période. 			
Retraite	Oui, épargne future avec intérêts, ou prestations définies.			
Santé (temporaire)	En général, aucune n'est requise puisque les primes peuvent être ajustées au moins une fois par an si la situation se détériore.			

C. GLOSSAIRE

A	
Actifs admis	Actifs admis par un régulateur dans le but d'évaluer la solidité financière d'un assureur/micro-assureur. Ces actifs sont en général de bonne qualité et peuvent être vendus facilement en cas de liquidation et/ou utilisés comme garantie de prêt.
Actuaire	Expert technique de l'assurance et des mathématiques appliquées qui applique les théories des probabilités, de l'économie et de la finance au métier de l'assurance, et qui est chargé de calculer les primes, provisions et autres évaluations.
Annuité annuelle à terme fixe	Contrat prévoyant une indemnité périodique payable au titre d'une période spécifique, que le bénéficiaire de l'annuité soit en vie ou qu'il soit décédé.
Antisélection	L'antisélection désigne la tendance générale des personnes présentant un grand risque à rechercher une couverture plus importante car elles anticipent une plus grande probabilité de subir l'(les) événement(s) assuré(s).
Assurance à capital différé	L'assurance-vie à capital différé est un produit d'assurance-vie temporaire qui paie une indemnité soit si (a) l'assuré décède au cours de la période de couverture, soit (b) si l'assuré est toujours en vie à la fin de la période. L'indemnité de décès ou la prestation de survie ne doivent pas forcément être égales.
Assurance-vie entière	Assurance-vie dont la couverture reste en vigueur pendant toute la vie de l'assuré à condition que les primes soient payées selon les instructions contenues dans la police.
Assurance-vie temporaire	Assurance-vie contractée pour une certaine durée, en général un an.
Assurés	Participants assurés par un dispositif de micro-assurance.
Assureur commercial	Compagnie d'assurance exerçant une activité d'assurance dans le but de faire des bénéfices.
C	
Capital fixé sur la base du risque	Montant de capital calculé sur la base des risques qu'assume un assureur. En théorie, ce montant doit être suffisant pour protéger les assurés contre les différentes catégories de risques qui pourraient menacer la compagnie. Pour protéger la compagnie contre certains événements catastrophiques et d'autres types de risques covariants, l'assureur doit aussi acheter une réassurance.
Charges engagées	Les charges engagées au cours d'une période donnée sont celles qui doivent être imputées à la période conformément aux principes et méthodes de la comptabilité d'exercice. Pour les programmes de micro-assurance, ce poste comprend toutes les charges engagées pendant la période, notamment l'amortissement du matériel, les dotations correspondantes, ainsi que les commissions, sans être diminué du montant des subventions et financements divers. Les charges engagées peuvent ou non être égales aux charges en liquide pour la même période.
Classe d'actifs	Catégorie d'actifs tels que l'immobilier, les actions, les obligations, etc.

Client	Assuré participant à un programme de micro-assurance non détenu par les assurés. Dans ce manuel, les clients sont désignés comme des « assurés », qui est un terme plus général.
Coassurance	Dans son sens le plus général, la coassurance désigne la situation où l'assuré prend à sa charge une partie du risque assuré. Elle peut avoir de nombreuses formes mais elle indique habituellement que l'assuré devra payer une partie des charges engagées. Dans le cas d'une assurance santé, par exemple, un taux de dix pour cent indique que le programme ne paiera que quatre-vingt-dix pour cent des procédures couvertes, et que l'assuré paiera le reste.
Compagnie de micro-assurance directe indépendante	Micro-assureur portant l'intégralité des risques des assurés.
Comptabilité d'exercice	La comptabilité d'exercice comptabilise le revenu généré au cours de l'exercice même si il est effectivement perçu au cours d'un autre exercice. De la même façon, elle comptabilise les charges engagées au cours de l'exercice même si elles sont payées au cours d'un autre exercice.
Coûts de liquidation des sinistres	Frais administratifs relatifs à l'expertise et à l'organisation du paiement des indemnités à l'assuré.
Correspondance actif et passif	Processus consistant à projeter les flux de charges à payer tels que les sinistres, charges et rachats futurs, et à structurer les investissements correspondants qui soutiennent ces passifs pour s'assurer que les flux de trésorerie du revenu et échéances futures soient synchronisés avec les obligations de paiement futures.

D

Dépenses engagées	Autre terme pour Charges engagées
Dispositif mutuel	Dispositif d'assurance où les personnes sont également les propriétaires du dispositif.
Durée de couverture	Durée pendant laquelle la couverture est effective avant son renouvellement. Cette notion s'applique surtout aux produits temporaires. Certains types d'assurance n'ont pas besoin d'être renouvelés, ils sont en général appelés « assurances permanentes ».

E

Échéance des investissements	Investissements dont le paiement est arrivé à échéance au bénéfice de l'investisseur.
Exigences de capital et/ou d'excédents	Montant d'actifs exigé par un régulateur ou une personne prudente pour réaliser des opérations d'assurance. Dans l'idéal, ce montant doit être calculé par un actuinaire, il doit être fondé sur les activités actuellement réalisées et prendre en compte la qualité des actifs.
Exposition au risque	L'éventualité selon laquelle un assuré risque d'être affecté par un événement couvert au cours d'une période couverte ; on parle également d'unité de risque.

Évènement de risque covariant	Évènement affectant un grand nombre de personnes ou d'actifs au même moment. Par exemple, un tremblement de terre affecte tous les habitants de la région dans laquelle il se produit, cependant le degré des effets est différent. À l'opposé, les évènements de risques aléatoires tels que les accidents de circulation n'affectent que certaines personnes lorsqu'ils se produisent.
-------------------------------	--

F

Frais d'adhésion	Certains programmes détenus par leurs membres font payer des frais d'adhésion initiaux et/ou périodiques. Certains programmes considèrent les frais d'adhésion ou d'inscription comme des primes qui sont soit acquises immédiatement, soit au cours d'une période fixe. Dans ce manuel, ces frais sont considérés comme des Revenus autres.
Fréquence de survenance des sinistres	Il s'agit, pour un échantillon d'assurés pris au cours d'une période particulière, du nombre de sinistres ou de déclarants divisé par le nombre d'assurés. Ces statistiques sont souvent utilisées par les actuaires pour estimer la probabilité réelle sous-jacente que l'assuré d'un échantillon déclare un sinistre.

G

Gestionnaire de contrats d'assurance (GCA)	Partie extérieure aux parties contractantes d'origine (assuré et compagnie d'assurance) en charge de la fonction administrative. Par exemple, dans le cas de l'assurance santé, le traitement des demandes de remboursement est habituellement pris en charge par un gestionnaire des contrats d'assurance (GCA).
--	---

M

Membres	Participants assurés par un dispositif de micro-assurance détenu par les assurés. Dans ce manuel, les membres sont désignés comme des « assurés », qui est un terme plus général.
Modèle partenaire-agent	Mode de fonctionnement de certains programmes d'assurance. L'assureur porte le risque et conclut un contrat avec un partenaire ou un agent pour offrir les prestations ou services administratifs sur le marché cible.

P

Pool de risques	Du point de vue de l'assureur, un pool de risques est un ensemble de contrats d'assurance vendus avec les mêmes caractéristiques et regroupés en un compte financier unique. Il peut être aussi utilisé pour décrire un fonds qui a été constitué entre deux assureurs ou plus pour partager un risque en commun. Du point de vue de la communauté, un pool de risques est un fonds auquel plusieurs acteurs contribuent régulièrement afin de se faire indemniser pour certains types de pertes, en d'autres termes, c'est un programme auto-assuré.
Prestataire de services	Organisme fournissant un service à caractère administratif, de traitement de données, de gestion de sinistres ou toute autre fonction nécessaire à la réalisation de prestations d'assurance. Cet organisme peut être l'assureur ou un autre agent ne portant aucun risque.

Prime	Montant payé à un assureur pour bénéficiaire d'une couverture au cas où l'évènement de risque ne se produise. Ce montant peut être payé en une seule fois dans le cas d'une couverture à vie, ou périodiquement par paiements réguliers (même hebdomadaires dans le cas de la micro-assurance) afin de maintenir la couverture de l'assurance.
Prime acquise	Recette générée par les primes au cours d'une période moins les variations de la provision pour primes non acquises au titre de la même période (voir Annexe B).
Prime acquise brute	Prime acquise sans aucune déduction (commissions et autres charges). La prime acquise brute représente la partie de la prime qui aurait dû financer tous les sinistres survenus dans le passé, les charges et tous les autres passifs engagés du début de la période de couverture pour laquelle la prime a été payée, jusqu'à la date d'arrêt des comptes pour laquelle la prime acquise est calculée. D'un point de vue mathématique, c'est la différence entre les primes payées et les primes non acquises à la date d'arrêt des comptes.
Prime acquise nette	Prime acquise de laquelle sont déduites les différentes composantes, telles que les commissions. La prime acquise nette représente la partie de la prime qui aurait dû financer tous les sinistres survenus dans le passé du début de la période de couverture pour laquelle la prime a été payée, jusqu'à la date d'arrêt des comptes pour laquelle la prime acquise est calculée. Ce poste peut être utilisé pour simuler les sinistres survenus passés pour cette période, mais il ne sera pas précis dans la mesure où le produit n'était pas bien tarifé en raison, entre autres, des fluctuations statistiques.
Prime en liquide	Prime reçue au cours d'un exercice comptable, qu'elle soit perçue au titre de l'exercice ou non.
Prime souscrite	Lorsqu'un assureur conclut un contrat d'assurance temporaire, les primes dont on attend le paiement pendant la durée du contrat sont appelées primes souscrites brutes. Une fois la prime de réassurance soustraite à ce montant, on parle de primes souscrites nettes.
Provision pour charges à payer	Cette provision permet de couvrir la valeur actuarielle présente des charges, sinistres, épargne et intérêts futurs qui sont supérieurs aux passifs couverts par d'autres provisions telles que les provisions pour primes non acquises, sinistres survenus mais non déclarés et sinistres en cours.
Provision pour risques	Provision permettant de reporter les bénéfices ou d'absorber les fluctuations statistiques des sinistres. Seuls certains assureurs recourent à cette technique.
Provision pour sinistres survenus mais non déclarés	Cette provision couvre les sinistres qui se sont produits mais qui n'ont pas encore été déclarés à l'assureur à la fin de l'exercice comptable.
Provision technique	Fonds ou dotation comptable mis(e) de côté pour financer les charges à payer nettes d'un programme de micro-assurance.

R

Revenu net	Montant de l'excédent ou du bénéfice réalisé au cours d'une période. Dans le cas d'un Compte de résultat produit conformément à la comptabilité d'exercice pour une période donnée, il s'agit, pour cette période, des primes acquises, plus les autres revenus, moins les sinistres survenus, moins les charges engagées.
Répertoire de données	Support ou base de données servant à l'accumulation de grandes quantités de données au cours d'une longue période ou en permanence.

Réserve	Certains préfèrent le terme de «réserve» à celui de provision technique (voir la définition de «provision technique» dans ce glossaire).
Répertoire de données	Pour l'assurance indexée, il s'agit du risque que certains assurés affectés reçoivent une indemnisation insuffisante, voire aucune, et que d'autres assurés n'ayant subi qu'une perte mineure soient trop indemnisés. Cette situation est due au fait que l'indemnisation n'est pas fondée sur la perte réelle de chaque assuré mais sur un indice qui sert à estimer les pertes moyennes de tous les assurés.
Revenus de primes	Tout type de prime reçue en paiement suite à la vente d'un produit d'assurance. Ce terme ne doit pas être confondu avec « prime en liquide » car le second désigne littéralement une prime reçue en liquide au cours d'un exercice comptable.
Risque moral	En assurance, le risque moral désigne le changement de comportement d'un assuré ayant pour effet d'augmenter les coûts pour l'assureur. Cela risque de se produire puisque l'assuré ne supporte plus l'intégralité des coûts comme il le ferait s'il n'était pas assuré. Par exemple, une personne dotée d'une assurance automobile pourrait être moins prudente sur la route puisqu'elle ne supporte plus l'intégralité du coût des dégâts si elle est impliquée dans un accident.

S

Sinistres covariants	Sinistres se produisant à partir d'un évènement de risque covariant. Un grand nombre de sinistres peuvent être déclarés suite à la survenance d'un seul évènement.
Sinistres en cours de règlement	Sinistres ayant été déclarés à l'assureur et pour lesquels une expertise est encore en cours.
Sinistres survenus	Les sinistres survenus sont ceux qui font suite à la survenance de l'évènement assuré et que l'assureur peut avoir à indemniser si une demande est déposée. En général, un assureur n'a pas connaissance de tous les sinistres à un moment donné ou pour un exercice comptable en cours. Pour estimer les sinistres survenus au cours d'un exercice comptable, les calculs suivants sont à faire : indemnités payées pendant la période plus variation des provisions mises de côté pour le paiement des indemnités après la période. Les provisions couvrent typiquement les sinistres survenus mais non déclarés, les sinistres en cours et les charges à payer.
Spirale de cotisations	Également appelée « spirale de décès », la spirale de cotisations se produit lorsque la participation à un programme (pool de risques) continue à diminuer tandis que les primes continuent à augmenter. Les clients les moins exposés au risque sortent en premier car les primes qu'ils paient ne correspondent pas à la protection qu'ils obtiennent, tandis que les clients les plus exposés restent dans le programme. La spirale de cotisations est donc une série d'évaluations de sinistres suivie par des augmentations de primes, lesquelles incitent à leur tour les participants les moins exposés au risque à quitter le programme, provoquant la faillite du programme.

Subventions non permanentes	Subventions dont la fin ultérieure est prévue ou très probable.
-----------------------------	---

T

Taux d'abandon	Pour une période ou un échantillon donné(e), le taux d'abandon est le rapport entre les clients ou membres qui ne renouvellent pas leur couverture (ne restent pas dans le programme) et ceux qui sont admissibles au renouvellement (qui peuvent y rester). Le taux d'abandon est l'opposé du taux de fidélisation ou du taux de fidélité.
Test d'adéquation de fonds propres	Cette méthode actuarielle consiste à projeter les résultats futurs de l'activité d'un assureur selon divers scénarios afin de déterminer les fonds propres qui lui permettront de remplir ses obligations dans n'importe lequel de ces scénarios.
Taux de fidélité	Le taux de fidélité est analogue au taux de fidélisation, il se définit par le nombre d'assurés d'un échantillon donné qui renouvellent leur couverture ultérieurement, divisé par le nombre d'assurés du même échantillon dotés d'une couverture au cours de la période X. Par exemple, si un échantillon se définit par tous les assurés qui ont acheté une couverture en janvier 2010, le taux de fidélité peut être calculé à tout moment après cette période. Si le taux de fidélité au 15 février 2011 est de 75 pour cent, cela signifie que sur 100 clients ayant acheté une assurance en janvier 2010, 75 ont conservé leur assurance au 15 février 2011. Le taux de fidélité peut être calculé de la même façon pour l'échantillon des assurés restants à partir du 15 février 2011.
Taux de participation	Autre terme utilisé pour désigner le taux de couverture ou le taux de pénétration.
Taux de pénétration	Autre terme utilisé pour désigner le taux de couverture ou le taux de participation.
Ticket modérateur	Pourcentage des coûts assurés qui sont à la charge de l'assuré (voir également « coassurance » et « franchise »). Un ticket modérateur peut avoir la forme d'une franchise et/ou d'une coassurance.

U

Souscripteur	Personne travaillant pour un assureur et estimant les risques à couvrir ; certains risques peuvent ne pas être acceptés ; et pour les risques qui peuvent l'être, le montant adéquat des primes et les conditions de la police sont définis avec l'aide d'un actuaire.
--------------	--

V

Valeur actuarielle présente (VAP)	Pour simplifier, la valeur actuarielle présente désigne la valeur présente estimée d'une somme d'argent susceptible d'être exigée comme créance ou dette à l'avenir. Pour calculer la valeur présente, l'actuaire ramène le montant futur au jour présent en y incorporant la valeur temps de l'argent (c.-à-d. en considérant que les investissements génèrent des intérêts, des dividendes ou gagnent en valeur), ainsi que les probabilités et la prévision de tous les événements qui déterminent si le montant en question se matérialisera ou non.
Valeur de rachat	Somme d'argent que le titulaire d'une police recevra en remboursement si il/elle annule la couverture.

RÉFÉRENCES

Tableaux

Tableau 1 : Mode d'utilisation des données opérationnelles	9
Tableau 2 : Exemples de bases de données de micro-assurance et de conception du contenu	10
Tableau 3 : Provisions simplifiées constituées pour la plupart des programmes d'assurance vie, santé et invalidité	12
Tableau 4 : Données de base requises pour le suivi des sinistres	13
Tableau 5 : Les quatre catégories d'indicateurs clés de performance	18
Tableau 6 : Exemple de calcul du taux de fidélisation	35
Tableau 7 : Exemples de populations cibles	39
Tableau 8 : Les trois modes de perception de la prime annuelle	72
Tableau 9 : Exigences relatives aux provisions pour certains produits de micro-assurance	75

Graphiques

Graphique 1 : Ratio des charges engagées – fiche technique	22
Graphique 2 : Ratio des charges engagées– exemple	24
Graphique 3 : Ratio des sinistres survenus – fiche technique	27
Graphique 4 : Ratio des sinistres survenus – exemple	29
Graphique 5 : Ratio de revenu net – fiche technique	31
Graphique 6 : Ratio de revenu net – exemple	33
Graphique 7 : Taux de fidélisation – exemple	38
Graphique 8 : Taux de couverture – exemple	40
Graphique 9 : Ratio de croissance – exemple	44
Graphique 10 : Rapidité de règlement des sinistres – fiche technique	45
Graphique 11 : Rapidité de règlement des sinistres – fiche technique	46
Graphique 12 : Rapidité de règlement des sinistres – exemple	48
Graphique 13 : Ratio de rejet des demandes d'indemnisation – exemple	51
Graphique 14 : Ratio de solvabilité – fiche technique	54
Graphique 15 : Ratio de solvabilité – exemple	56
Graphique 16 : Provision pour primes non acquises	73
Graphique 17 : Provision pour sinistres survenus mais non déclarés	74
Graphique 18 : Provision pour sinistres en cours	74

Encarts

Encart 1 : Factsheet de la micro-assurance	5
Encart 2 : Qu'est-ce que la valeur actuarielle présente ?	11
Encart 3 : Qu'est-ce que la correspondance actif et passif ?	15
Encart 4 : Plans d'affaires	17
Encart 5 : Compte de résultat : comment gérer la réassurance	23
Encart 6 : Échange des données dans le modèle partenaire-agent	32
Encart 7 : Est-il possible de suivre des taux de fidélisation multiples pour les produits de couverture des ménages	36
Encart 8 : Ratio de croissance annuel moyen composé	43
Encart 9 : Quelques approches de l'évaluation de la solvabilité en assurance commerciale	55
Encart 10 : Qu'est-ce que la finance islamique (conforme à la chariah) ?	66
Encart 11 : La base de valeurs de référence de la micro-assurance mondiale	70

Bibliographie

Churchill, Craig, 2006 : « Qu'est-ce que l'assurance pour les pauvres ? » dans Churchill, C. (ed.) : « Protéger les plus démunis: Guide de la micro-assurance ». Fondation Munich Re et OIT, Genève.

Garand, Denis et John wipf, 2006 : « Tarification des produits de micro-assurance » dans Churchill, C. (ed.) : « Protéger les plus démunis: Guide de la micro-assurance ». Fondation Munich Re et OIT, Genève.

Patel, Sabbir, 2005 : « Takaful and Poverty Alleviation », ICMIF publications.

Rutkowski, Michal, 2007 : Présentation donnée lors d'un séminaire sur la protection sociale en Iran du 4 au 7 juin 2007, Banque Mondiale.

Département du Développement International du Royaume-Uni, janvier 2006 : Social Protection in Poor Countries. Protection Briefing Note Series, Number 1.

Sources internet référencées

Asian Development Bank www.adb.org

Benchnet www.benchnet.com/wib.htm

IADB www.iiab.org

Insurance Information Institute www.iii.org

Mix Market www.mixmbb.org/en/our_methodology.aspx

Soa www.soa.org/files/pdf/03-RMTF-RiskBasedCap.pdf

Social Protection Facility <http://spf.anu.edu.au>

Ubiq Consultancy www.ubiqconsultancy.com/docs/islamic_finance.pdf

Wikipedia http://en.wikipedia.org/wiki/Relational_database

Appui au Développement Autonome (ADA), Luxembourg, est une ONG spécialisée dans la microfinance, elle collabore avec les institutions de microfinance dans le monde entier par le biais de soutiens et d'échanges financiers et non financiers. Site Internet : www.microfinance.lu

La Belgian Raiffeisen Foundation (BRS, Fondation belge Raiffeisen), basée en Belgique, soutient les initiatives locales d'épargne, de prêt et d'assurance en conformité avec les principes de la coopération. La BRS offre une assistance technique en profondeur, des formations et des soutiens financiers. Site Internet : www.brs-vzw.be

Le Microassurance Network cherche à promouvoir le développement et la diffusion de services d'assurance pour les personnes à bas revenus par la coordination des parties prenantes et le partage des informations. Site Internet : www.microinsurancenetwerk.org

Toute opinion et tous commentaires peuvent être envoyés à info@microfact.org

Pour de plus amples informations sur cette initiative, visitez www.microfact.org

Les opinions exprimées ne sont pas nécessairement celles d'ADA, de la BRS ou du Microassurance Network.

Cette publication est protégée par la loi luxembourgeoise du 18 avril 2001 sur les droits d'auteurs et les bases de données, et par les lois associées.

La reproduction en totalité ou en partie d'un article de cette publication est interdite sans le consentement de l'auteur ou de l'éditeur. Les articles représentent les opinions des auteurs ; les auteurs assument donc l'entière responsabilité de leurs travaux.

