

Outil N° 1 de l'A2ii

Diagnostic du secteur national de la micro-assurance:
cadre analytique et méthodologie d'étude



Ce document a été adapté de :

Chamberlain, D., Bester, H., 2006. *Guidelines for creating a facilitative regulatory environment for microinsurance - a cross-country review. Proposed analytical framework and methodology.* Genesis Analytics.

Le guide méthodologique de 2006 a été élaboré pour le Groupe de travail conjoint sur la micro-assurance IAIS-CGAP (rebaptisé depuis Groupe de travail conjoint sur la micro-assurance IAIS-MIN) pour orienter une série de cinq études nationales de diagnostic en Inde, en Colombie, aux Philippines, en Afrique du Sud et en Ouganda. Le projet a été majoritairement financé par le Centre canadien de recherches pour le développement international (www.idrc.ca) et la Fondation Bill et Melinda Gates (www.gatesfoundation.org), avec le soutien financier et technique de FinMark Trust (www.finmarktrust.org.za) et du ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement, le BMZ (www.bmz.de).

La révision ultérieure de la méthodologie et sa formulation dans un outil de l'Initiative Accès à l'Assurance ont été financées par le BMZ, le Bureau International du Travail (BIT), le Fonds de développement des Nations unies (FENU) et FinMark Trust.

La traduction de ce document en français a été financée par la contribution allemande au Partenariat pour « La finance au service de l'Afrique » (www.mfw4a.org).

Date : novembre 2010, v1
Auteurs : Hennie Bester, Christine Hougaard
et Doubell Chamberlain
University of Stellenbosch Business School
Bellville Park Campus, Carl Cronje Drive,
Bellville, 7530, Afrique du Sud
Tél. : +27 21 918 4390

Sommaire

Sommaire	iii
A propos de la série « Outils » de l'Initiative	iv
1. Introduction	1
2. Cadre analytique	3
2.1. Cadre d'analyse des marchés dans une perspective de renforcement de l'inclusion....	4
2.2. Qu'est-ce que la micro-assurance ?	6
2.3. La demande de micro-assurance.....	10
2.4. L'offre.....	11
2.5. Cadre réglementaire et de contrôle et objectifs des politiques.....	15
2.6. Quels sont les facteurs susceptibles de freiner le développement des marchés de la micro-assurance ?.....	19
2.7. Étendue du diagnostic.....	21
3. Le processus de diagnostic.....	23
4. Méthodologie.....	25
4.1. Analyse de marché	25
4.1.1. Contexte	25
4.1.2. Demande	28
4.1.3. Offre	36
4.2. Analyse réglementaire.....	41
4.3. Synthèse, vecteurs et conclusions.....	45
Conclusion	47
Références.....	48

A propos de la série « Outils » de l'Initiative

Ce document est le premier d'une série d'*Outils* élaborés par l'Initiative Accès à l'Assurance (l'Initiative en abrégé). L'élaboration d'outils pratiques pour le développement de la micro-assurance fait partie des contributions de l'Initiative au Plan d'action d'inclusion financière du G20, en collaboration avec le Groupe de travail conjoint sur la micro-assurance IAIS/AICA-MIN (Association internationale des contrôleurs d'assurance et Microinsurance Network).

- L'*Outil n° 1* expose les bases du cadre analytique et de la méthodologie élaborés par l'Initiative pour mener des études diagnostiques du cadre réglementaire et du marché de la micro-assurance, afin de constituer un outil de référence pour les diagnostics nationaux de micro-assurance.
- Cet outil doit être lu conjointement avec l'*Outil n°2 : Directives pour les processus nationaux de développement du marché de la micro-assurance*. L'outil n°2 s'intéresse au processus plus large de développement de la micro-assurance à l'échelle d'un pays, processus auquel contribue l'étude de diagnostic.
- Un troisième outil sera élaboré pour guider l'autoévaluation réglementaire, en accord avec les premières directives de l'AICA concernant le rôle de la réglementation et du contrôle dans la promotion de marchés d'assurance inclusifs.—

L'Initiative Accès à l'Assurance

L'Initiative Accès à l'Assurance a été créée conjointement en 2009 par l'AICA, le Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement (BMZ), le Groupe consultatif d'assistance aux pauvres (CGAP), le Bureau international du travail (BIT) et FinMark Trust financé par le Département du développement international du Royaume-Uni (DFID). Le Fonds d'équipement des Nations Unies (FENU) s'est, pour sa part, associé à l'Initiative en tant que partenaire en 2010.

L'Initiative est un partenariat global entre les contrôleurs d'assurance et les organismes fondateurs cités ci-dessus. Elle travaille également avec des partenaires régionaux, tels que la Banque asiatique de développement, la Banque interaméricaine de développement (à travers son Fonds multilatéral d'investissement) et l'initiative « La finance au service de l'Afrique » (Making Finance Work for Africa, MFW4A), elle-même partenariat entre le BMZ et d'autres organisations.

L'Initiative soutient l'amélioration des cadres politiques, réglementaires et de contrôle et travaille en partenariat avec les autorités de contrôle d'assurance. Les principaux domaines d'intervention de l'Initiative sont la création et la diffusion de connaissances, le dialogue et l'apprentissage au moyen de diagnostics nationaux et d'études thématiques, la contribution à l'élaboration de normes et d'orientations, l'aide aux processus nationaux de mise en œuvre de réformes de la réglementation et du contrôle, le renforcement des compétences des contrôleurs d'assurance, et le plaidoyer et la participation à des plateformes internationales. Le Secrétariat de l'Initiative est hébergé par la GIZ (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit) au nom du BMZ. Pour plus d'informations, visitez notre site Internet à l'adresse suivante : www.access-to-insurance.org.

1. Introduction

Ce document définit le cadre analytique et la méthodologie à suivre pour réaliser un diagnostic de la micro-assurance à l'échelle nationale. Il est destiné aux personnes souhaitant approfondir leur compréhension du développement des marchés de la micro-assurance, ainsi qu'aux chercheurs, consultants, acteurs du marché de l'assurance, responsables politiques, autorités de réglementation et contrôleurs chargés de l'analyse d'un marché national de l'assurance en vue de définir des stratégies et des recommandations à même de stimuler la croissance de ce marché.

Contexte

Pour l'*Initiative*, les recommandations d'ordre politique et réglementaire en faveur de la croissance des marchés nationaux de micro-assurance doivent être fondées sur les faits. Cela signifie que ces recommandations doivent intégrer une analyse complète de l'état actuel et de l'état potentiel futur du marché de la micro-assurance dans le pays considéré, ainsi que de la dynamique d'évolution de ce marché dans le temps.

Depuis plus de sept ans, l'*Initiative*, ses prédécesseurs et ses promoteurs ont réalisé une série de diagnostics nationaux de micro-assurance en vue de mieux appréhender les dynamiques de développement des marchés. Cela leur a permis de définir un cadre analytique et des outils de diagnostic afin de s'assurer que ce type de diagnostic est suffisamment complet et approfondi pour formuler des recommandations crédibles en matière de stratégie nationale de développement de la micro-assurance (et notamment de changements politiques et réglementaires).

Ce document définit à la fois le cadre analytique élaboré par l'*Initiative* et la méthodologie détaillée permettant de l'appliquer dans le cadre d'un diagnostic. Il comprend donc deux volets principaux :

- la section 2 définit le **cadre analytique** de l'étude, qui permet *in fine* d'en définir l'étendue ;
- les sections 3 et 4 définissent respectivement le **processus** à suivre pour réaliser un diagnostic et la **méthodologie** associée.

Cet outil n'est pas un modèle à appliquer à la lettre ; il s'agit plutôt d'un guide qui permettra à l'utilisateur de s'assurer qu'il tient compte des éléments considérés aujourd'hui comme les principaux facteurs dynamiques influant sur le développement de la micro-assurance. Ainsi, plus le nombre de diagnostics réalisés sera important, plus nos connaissances seront approfondies, ce qui fera naturellement évoluer le contenu de l'outil.

Qu'est-ce qu'un diagnostic national et à quoi sert-il ?

Un diagnostic national est une étude qui analyse la demande et l'offre de produits de micro-assurance dans un pays et l'impact des politiques, de la réglementation et du contrôle sur cette demande et cette offre. L'analyse est statique (elle reflète la situation actuelle) et dynamique (elle reflète l'évolution du marché au fil du temps). En associant un « instantané » et une analyse d'évolution de marché, le diagnostic permet d'appréhender les dynamiques sous-jacentes qui prennent leur origine dans le cadre réglementaire, la structure du marché de l'assurance, les caractéristiques de la demande, et le contexte financier plus large, macroéconomique et socioéconomique. A partir de ces éléments, le diagnostic permet d'identifier les obstacles et les opportunités de développement futur, et donc de formuler des recommandations pour le développement du marché.

Objectif et processus : L'objectif ultime du diagnostic conçu par l'*Initiative* est de susciter des changements dans le fonctionnement du marché national de l'assurance afin de garantir à la population du pays concerné un meilleur accès aux produits d'assurance. Conformément à son mandat, l'*Initiative* s'intéresse tout particulièrement à l'évolution des politiques et des cadres de réglementation et de contrôle au niveau national pour promouvoir les marchés nationaux. Mais le diagnostic ne se concentre pas exclusivement sur les changements réglementaires, il met aussi en évidence les changements qui peuvent être opérés par les acteurs du marché en vue d'améliorer l'accès à l'assurance.

Si l'on garde à l'esprit cet objectif, on comprendra que le processus de diagnostic vise non seulement à produire des recommandations détaillées, mais aussi à favoriser le dialogue entre les différents acteurs du marché et entre les parties prenantes et l'autorité de réglementation. Ce dialogue a pour but de développer des stratégies et des solutions face aux obstacles qui entravent le développement du marché. Voici un exemple de déroulement d'un diagnostic classique :

Étape 1 : Demande de diagnostic par une partie prenante intéressée (par exemple un responsable politique, un contrôleur d'assurance, une association professionnelle ou un bailleur de fond), obtention du financement ainsi que de l'assentiment du contrôleur d'assurance national.

Étape 2 : Finalisation des termes de référence et de l'étendue du diagnostic (voir section 2.7) et désignation des prestataires de services/consultants chargés de réaliser l'étude.

Étape 3 : Lancement du diagnostic¹ dans le cadre d'un forum ou d'un atelier rassemblant le contrôleur d'assurance, les autres autorités publiques intéressées et les autorités de réglementation du secteur financier, les assureurs, les intermédiaires et autres tiers intéressés. Ce rassemblement sert à garantir l'adhésion de toutes les parties prenantes censées participer au diagnostic car susceptibles de tirer profit des résultats du diagnostic ou de devoir appliquer ses recommandations.

Étape 4 : Démarrage du processus de recherche (voir sections 3 et 4 pour plus d'informations). Comporte la collecte de données primaires et secondaires, notamment des entretiens avec le plus grand nombre possible de personnes représentant les parties intéressées et des enquêtes qualitatives sur la demande. Les sondages quantitatifs sont exclus.

¹ Cette étape n'est pas indispensable mais recommandée.

Étape 5 : Présentation des résultats aux parties intéressées citées à l'étape 3. Cette communication vise non seulement à tester les résultats obtenus et à garantir l'intégrité des recommandations finales, mais aussi à commencer à provoquer le changement. Si les conditions le permettent, cette réunion peut aussi servir à adopter un plan national coordonné de développement de la micro-assurance.

Étape 6 : Finalisation du rapport de diagnostic.

Étape 7 : Poursuite du débat sur les recommandations contenues dans le rapport et sur les modalités de leur mise en œuvre.

Le diagnostic fait partie d'un processus plus large de développement de la micro-assurance à l'échelle nationale. Le schéma suivant illustre de manière simplifiée le processus de développement de la micro-assurance dans un pays et le rôle que peut y jouer le diagnostic :

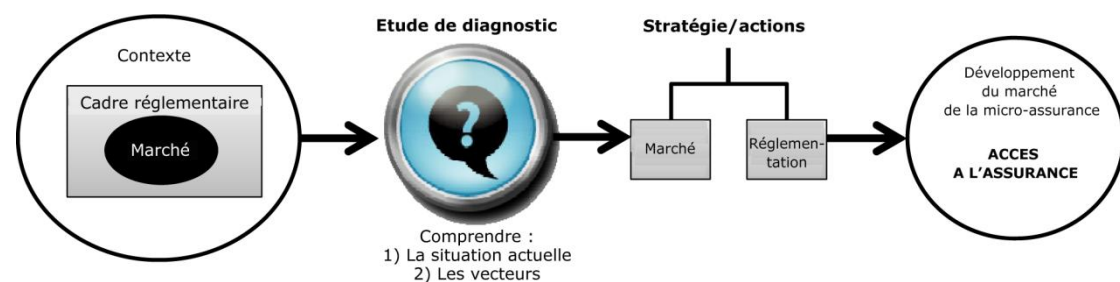


Schéma 1. Rôle du diagnostic dans le processus de développement de la micro-assurance

Source : Les auteurs

Dans ce processus, les rencontres organisées avec les parties prenantes au niveau national constituent autant de points d'interaction stratégiques ; leur but est d'informer les participants des problèmes que rencontre le développement de la micro-assurance et de commencer à créer une adhésion nationale à ce processus.

2. Cadre analytique

Cette section définit le cadre analytique et les concepts de base qui sous-tendent la méthodologie du diagnostic national de micro-assurance. Nous présentons tout d'abord un cadre de compréhension des vecteurs de *l'inclusion financière*, puis le concept de *micro-assurance*. Après cette introduction conceptuelle, nous développons le cadre analytique concernant la demande (section 2.3) et l'offre (2.4) de micro-assurance, ainsi que le cadre réglementaire qui régit traditionnellement la micro-assurance, et les objectifs des politiques financières (section 2.5). La question qui se pose est : « pourquoi les marchés ne se développent pas eux-mêmes de manière optimale ? ». Nous abordons donc dans la section 2.6 la question de la défaillance du marché et des obstacles réglementaires. La partie consacrée au cadre analytique s'achève par une section traitant des aspects de portée (à partir du cadre analytique) à prendre en compte au moment de concevoir un diagnostic (section 2.7).

2.1. Cadre d'analyse des marchés dans une perspective de renforcement de l'inclusion

L'objectif ultime du diagnostic national est de faciliter l'accès à l'assurance via le mécanisme de marché, c'est-à-dire de renforcer l'inclusion financière. Etant donné le rôle central du mécanisme de marché, il est indispensable, pour se donner les moyens d'atteindre cet objectif, de procéder à l'analyse des modes de fonctionnement du marché.

Vecteurs de l'inclusion financière

En matière d'assurance et de services financiers en général, l'inclusion financière est garantie lorsque tous les consommateurs, et notamment ceux disposant d'un faible revenu, peuvent accéder à des services financiers durables répondant à leurs besoins et les utiliser. L'objectif de l'inclusion financière est non seulement de garantir que les utilisateurs ne sont pas exclus du secteur formel, mais encore qu'ils utilisent activement les services financiers. Le diagnostic de l'*Initiative* a pour but de déterminer comment le marché de l'assurance peut contribuer à cet objectif. A cet effet, il est nécessaire de bien comprendre les facteurs liés au contexte, au cadre réglementaire ou au marché, qui favorisent l'inclusion financière du côté de la demande comme du côté de l'offre, ce qu'illustre le schéma ci-dessous :

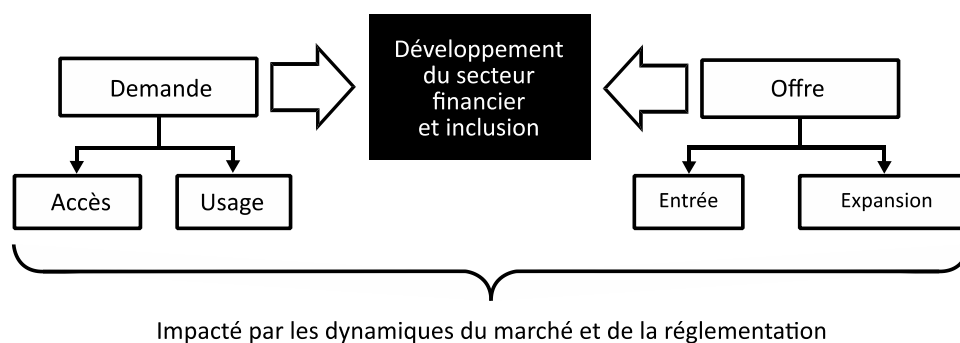


Schéma 2 : Cadre de l'inclusion financière

Source : Bester, Chamberlain (2007)

- **Côté demande**, on peut être en présence d'obstacles à l'accès (c.-à-d. des facteurs sur lesquels les clients n'ont pas de prise, tels que l'accessibilité économique et géographique, qui empêchent le public cible de recourir au service), ou d'obstacles à l'usage (facteurs internes au public cible, par exemple ses préférences ou son niveau de compréhension, qui peut le pousser à ne pas utiliser un service auquel il a techniquement accès).
- **Côté offre**, il peut y avoir des facteurs qui s'opposent à l'entrée de divers acteurs sur le marché, ou des facteurs empêchant l'expansion des acteurs déjà présents sur le marché des faibles revenus.

Les sections 2.3 et 2.4 aborderont dans les détails les facteurs côté demande et côté offre qui favorisent l'inclusion financière.

Schémas d'évolution du marché

Un autre concept essentiel pour comprendre le raisonnement et la logique sous-jacente à l'étude de diagnostic est le *seuil d'accès*. Comme nous le verrons ci-dessous, la micro-assurance est une forme d'assurance ayant pour cible les foyers à faible revenu. Or, dans la plupart des pays en développement, le marché actuel s'adresse essentiellement aux revenus élevés, catégorie dans laquelle se concentre l'essentiel de la clientèle. Pour favoriser l'inclusion financière des faibles revenus, il est donc important de bien comprendre que les marchés s'étendent progressivement, des segments servis aux segments rentables situés juste après. Ils ne vont pas, à moins d'y être incités ou forcés, ignorer le segment de marché situé juste au-dessous du leur pour s'adresser directement aux plus pauvres.

Le *seuil d'accès* se déplace donc progressivement au fil du temps, comme le démontre l'illustration ci-dessous :

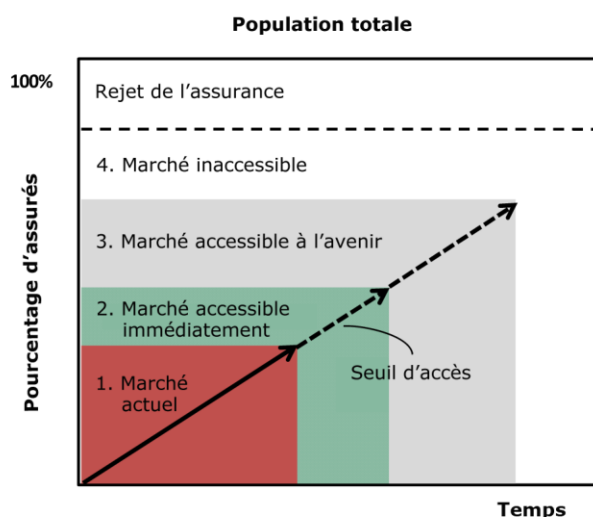


Schéma 3. Le seuil d'accès

Source : Porteous, 2005

L'explication des différentes zones de couleur du Schéma 3 est la suivante :

- « **Marché actuel** » : Ce marché correspond aux personnes qui utilisent actuellement le produit, c.-à-d. qu'il mesure l'accès effectif au produit, ou son usage.
- « **Marché accessible immédiatement** » : La seconde zone rassemble toutes les personnes ayant accès au produit, mais qui ne l'utilisent pas. En l'absence d'obstacles explicites, ce groupe est le mieux à même de contribuer à une amélioration du niveau d'inclusion financière. Pour intégrer ses membres au marché, il faut intervenir sur les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des produits d'assurance, sans avoir besoin d'apporter de changements au niveau réglementaire.
- « **Marché accessible à l'avenir** » : La troisième zone comprend toutes les personnes qui n'ont pas d'accès au produit pour des raisons telles que la proximité, l'accessibilité économique, l'éligibilité, les caractéristiques du produit ou la connaissance du produit. Pour permettre une extension du marché à ce segment de clientèle, on peut avoir

recours à des changements réglementaires ainsi qu'à des innovations en matière de produits et de distribution.

- **« Marché inaccessible »** : La quatrième zone regroupe toutes les personnes qui sont hors de portée du marché du fait de leur extrême pauvreté. Le marché ne peut atteindre durablement ces personnes sans le recours à des aides publiques, et elles sont susceptibles de rester dépendantes de la sécurité sociale.

La diagonale qui traverse le schéma représente le seuil d'accès, soit la limite au-delà de laquelle l'offre du marché ne peut s'établir durablement. Le schéma met en évidence le fait qu'il existera toujours une frange de la population qui ne souhaite pas avoir recours à l'assurance. Il montre aussi la progression naturelle du marché, de la première à la deuxième zone puis finalement à la troisième zone. La logique d'expansion du marché suit donc un mouvement progressif le long du seuil d'accès et ne procède pas par « saut » par-dessus des segments non servis pour s'adresser directement à la population de revenus les plus faibles.

L'objectif d'un processus de développement de la micro-assurance est de faciliter ou d'accélérer cette progression en établissant les conditions de marché et le cadre réglementaire nécessaires à l'expansion du marché le long du seuil d'accès.

2.2. Qu'est-ce que la micro-assurance ?

Le diagnostic porte sur l'inclusion financière dans le marché de l'assurance, ce qui implique de se concentrer sur la *micro-assurance*.

L'assurance² destinée aux personnes à faible revenu. Bien qu'il existe une kyrielle de définitions de la micro-assurance en fonction des différents contextes et objectifs à atteindre, la définition conceptuelle qui a été adoptée pour cet outil est celle du document du Groupe de travail AICA-CGAP (2007) sur la micro-assurance intitulé « Questions sur la réglementation et le contrôle de la micro-assurance ». Celui-ci définit la micro-assurance comme une « assurance accessible à la population à faible revenu, fournie par une variété d'entités différentes, mais mise en œuvre conformément aux pratiques d'assurance généralement admises (notamment les Principes de base d'assurance définies par l'AICA). Cela signifie, notamment, que le risque assuré dans le cadre d'un contrat de micro-assurance est géré sur la base des principes d'assurance et financé par des primes. » Cela implique que les dispositifs de sécurité sociale et d'aide sociale qui ne sont pas financés par des primes ni gérés conformément aux principes de l'assurance n'entrent pas dans le périmètre de la micro-assurance.

La micro-assurance ne se limite pas à l'assurance individuelle, mais peut aussi englober les produits d'assurance destinés à gérer les risques des petites entreprises ou des groupes de personnes et utilisés dans ce but.

Une vision élargie du marché cible. La définition du marché des « faibles revenus » est variable d'un pays à l'autre. Le concept ne s'applique pas forcément aux seules personnes vivant au-dessous d'un seuil de pauvreté spécifique. Selon la logique d'évolution du marché liée au concept de seuil d'accès, il est conseillé d'adopter une méthodologie de diagnostic intégrant *toutes les personnes actuellement non servies par le marché financier*. Elargir ainsi le point de vue

² Une police d'assurance, et donc une assurance, est définie comme un contrat constituant un engagement à payer une somme ou à fournir un avantage convenu au cas où un événement convenu surviendrait, contre le paiement d'une prime convenue.

permet de garantir que le diagnostic englobera le marché des faibles revenus dans sa définition la plus large tout en s'assurant que les recommandations faciliteront effectivement l'élargissement de l'accès pour toutes les catégories de revenus.

Qui fournit des prestations de micro-assurance ? Le champ de la micro-assurance s'étend au-delà de la fourniture de services d'assurance par les institutions de microfinance puisqu'il englobe toutes les catégories d'assureurs, qu'ils soient publics, privés (basés sur l'actionnariat) ou à but non lucratif (ONG, coopératives ou mutuelles). La micro-assurance n'est pas restreinte à un modèle d'assurance unique (par ex. partenaire-agent, ventes directes, etc.) ni à une stratégie de distribution unique ; elle peut intégrer toutes les catégories de produits d'assurance. En outre, les prestataires de micro-assurance peuvent être des entités formelles (assureurs agréés) ou informelles. Les types de fournisseurs de micro-assurance formels auxquels on aura affaire dans un pays donné seront fonction du cadre réglementaire de ce pays. Par exemple, certaines juridictions interdisent aux mutuelles et aux coopératives d'obtenir un agrément d'assureur.

Un secteur faisant partie d'un marché plus large. La micro-assurance n'est pas un concept indépendant, mais un secteur intégré et influencé par l'environnement global de l'assurance et du système financier. Cela comprend le secteur de l'assurance au sens large, ainsi que le secteur bancaire et le système de paiement utilisé par le secteur de l'assurance pour recouvrer ses primes et régler ses sinistres.

Un produit à forte spécificité. Il est important de bien faire comprendre quelles sont les caractéristiques spécifiques des produits de micro-assurance. La micro-assurance ne consiste pas en des produits d'assurance traditionnels dont les montants sont simplement divisés par 5, 10 ou 100 afin de constituer une offre abordable pour les ménages à faible revenu. Car, outre le faible niveau de leur revenu disponible, ces ménages ont des besoins différents de ceux des ménages plus aisés. Leur expérience, et donc leur perception, de l'assurance, est aussi souvent différente de celle des assurés traditionnels et se caractérise souvent par une défiance importante vis-à-vis de l'assurance et des assureurs. Leur situation de vie et de revenu diffère également de celle des clients traditionnels. Dans un souci de viabilité commerciale, les produits de micro-assurance doivent donc être conçus en tenant compte des caractéristiques suivantes :

- Les polices de micro-assurance tendent à offrir de **faibles prestations** contre des **primes également peu élevées**. Certains produits offrent une couverture de quelques centaines de dollars voire moins (même si elles peuvent dans certains cas atteindre plusieurs milliers de dollars) pour des primes allant de moins d'un dollar à plusieurs dollars par mois en fonction du type de couverture.
- Pour pouvoir être assimilés par un marché ayant peu de notions financières de base et ressentant une grande défiance, les produits doivent être plus **simples dans leur conception, comprendre moins d'exclusions** et ne pas imposer de documents contractuels trop longs et complexes.

- L'assurance des biens est souvent proposée selon le principe du **premier risque** (on parle aussi de capital assuré) plutôt que selon le principe de l'indemnisation proportionnelle.³

Le faible montant de prime, inhérent à la micro-assurance, a un certain nombre de conséquences importantes, sur la souscription et l'intermédiation des produits de micro-assurance :

- *Souscription de groupe* : La tarification des produits de micro-assurance se fait généralement sur la base d'un groupe et non pas individuellement, car la souscription individuelle est trop coûteuse. En conséquence, les assureurs souhaitant se positionner sur le marché des faibles revenus évaluent plutôt le profil des groupes que celui des individus. Du fait de leur manque d'expérience du marché cible, les assureurs disposent de peu de données actuarielles pour ce marché, ce qui implique en retour une certaine difficulté à calculer un tarif avec précision. Cette incertitude explique que les assureurs soient généralement (mais pas systématiquement) réticents à l'idée de proposer des garanties de prix ou des contrats à vie ou à long terme, préférant généralement opter pour une couverture reconductible avec une durée de contrat plus courte. Une durée plus courte donne à l'assureur la possibilité de ne pas reconduire le contrat lors de son expiration et d'ajuster le prix à chaque renouvellement en prenant en compte le niveau de risque observé du groupe.
- *Distribution et administration à faible coût* : De faibles primes impliquent de faibles marges, d'où la nécessité d'une grande efficacité dans la distribution et l'administration des produits de micro-assurance. Comme le montre l'expérience des autres produits et services pour le segment inférieur de l'échelle économique, les micro-assureurs qui ont du succès sont forcés d'élaborer de nouveaux « modèles de gestion », notamment sur le plan de la distribution, pour garantir leur viabilité financière. La pression conjuguée de la faiblesse des marges et de la nécessité de recourir à la vente active est le principal moteur de l'innovation en matière de distribution des produits de micro-assurance :
 - Pour atteindre une masse critique, la micro-assurance est souvent vendue à des groupes de clients préexistants par l'intermédiaire d'agents commerciaux tiers et non pas de courtiers ou d'agents d'assurance dédiés. Ces agents commerciaux tiers peuvent être des institutions de microfinance, des banques, des syndicats, des chaînes de magasins ou des groupes communautaires.
 - En outre, la chaîne de distribution et/ou les intervenants extérieurs peuvent jouer un rôle plus important dans l'administration de la police d'assurance. Dès lors, la présence d'un administrateur implique un risque d'allongement de la chaîne de valeur et d'augmentation proportionnelle des coûts de transaction par rapport à l'assurance traditionnelle. Même lorsque leur niveau absolu est faible (par exemple 0,3 dollar), les coûts d'intermédiation peuvent représenter un pourcentage élevé par rapport à la prime lorsque celle-ci est faible (30 % pour une prime de 1 dollar par exemple). Cela signifie que le rapport sinistres-primaires de la micro-assurance peut aussi être inférieur aux niveaux traditionnellement acceptés.

³ L'assurance au premier risque est un type d'assurance prévoyant une prestation d'un montant défini en cas de survenue d'un événement convenu, contrairement au type d'assurance qui indemnise les pertes au prorata de la valeur réelle de la perte encourue.

Produits de micro-assurance les plus courants. Les produits ayant la meilleure pénétration sur le marché des faibles revenus dans de nombreux pays en développement sont les assurances crédit, les assurances obsèques et les assurances individuelles contre les accidents :

- *L'assurance crédit*, soit la forme de micro-assurance affichant la plus forte pénétration sur les marchés mondiaux, couvre la valeur du solde de la dette en cas de décès ou d'invalidité de l'assuré. Ce type de contrat peut comporter des garanties complémentaires de type assurance obsèques pour l'acheteur ou assurance sur la valeur du produit acheté à crédit en cas de perte ou de dommages. La pénétration élevée qui caractérise l'assurance crédit sur le marché des faibles revenus s'explique par le fait que, pour se prémunir contre les défauts de paiement, les prestataires de crédit imposent souvent l'achat d'une assurance crédit comme condition préalable à l'octroi d'un prêt. Dans le même temps, cette assurance protège la famille de l'emprunteur décédé en garantissant le remboursement du solde restant dû.
- *L'assurance obsèques* est une assurance-vie temporaire dont le paiement – en espèces ou en nature – prévoit d'assurer le remboursement des frais d'obsèques. Or, pour la plupart des ménages à faible revenu, notamment dans les sociétés où les obsèques ont une forte importance sociale et culturelle, leur coût est souvent prohibitif. Ainsi, les mécanismes informels de mutualisation des risques visant à couvrir ces frais, frais médicaux et autres coûts, tels que les « fonds funéraires » ou les groupes d'entraide, sont souvent la première forme d'« assurance » que l'on rencontre dans les communautés à faible revenu.
- *Les assurances individuelles contre les accidents* assurent le versement d'argent en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident. Ce type d'assurance est intéressant pour les personnes à faible revenu exposées à un risque élevé d'accident de transport ou travaillant dans un environnement professionnel dangereux.
- La maladie est l'un des risques les plus importants pour les ménages à très faibles revenus. Sur certains marchés, l'offre de *micro-assurance santé* est de plus en plus abondante. Les principaux obstacles tiennent à son coût élevé et à la faiblesse des services de santé, et il est souvent difficile d'imposer des partenariats gagnants avec les prestataires de santé.
- Le coût élevé de l'évaluation des pertes individuelles et le fait que l'assurance de biens ne constitue pas une forte priorité pour les ménages à faible revenu expliquent la rareté des dispositifs spécifiques *d'assurance de biens*⁴ performants dans la sphère de la micro-assurance. La seule exception à cette règle se trouve en Amérique latine où des garanties étendues et différentes formes d'assurance habitation et d'assurance de biens sont proposées à grande échelle.
- *L'assurance agricole* a potentiellement un rôle très intéressant à jouer sur le marché des faibles revenus étant donné la part importante de la population des pays en développement dont les moyens de subsistance sont liés à l'agriculture. L'assurance agricole multirisque traditionnelle reste cependant trop onéreuse pour être intégrée à la micro-assurance. C'est pourquoi le principe de l'assurance indexée contre les intempéries, ayant recours aux technologies innovantes et à des partenariats cruciaux au sein de la chaîne de valeur agricole, retient de plus en plus l'attention. Mais l'accès aux

⁴ L'inclusion d'une composante d'assurance de biens dans d'autres types de police d'assurance, notamment les assurances accident individuelles, est assez courante.

données pose encore problème, et rares sont les projets pilotes qui aient donné des résultats satisfaisants sans le soutien d'organismes donateurs.

Comme l'assurance santé et la plupart des assurances de biens, l'assurance agricole fait donc figure de produit de micro-assurance de « deuxième génération », car elle n'a pas encore pris de l'essor dans la même proportion que les assurances-vie, les assurances obsèques et les assurances accident individuelles.

2.3. La demande de micro-assurance

Le point de départ d'une analyse de la demande est de définir le *profil de la population* (sur le plan démographique, de la distribution des revenus et des situations économiques) ainsi que *l'utilisation actuelle de l'assurance* sur l'ensemble de l'éventail des revenus. A partir de ces données, le diagnostic permettra d'évaluer le *marché potentiel* de la micro-assurance.

Pour livrer ces réponses, le diagnostic doit fournir une évaluation des *vecteurs de la demande* qui sont :

- i. **L'expérience du marché cible en matière d'exposition au risque.** La demande de micro-assurance dépend du type de risques auxquels sont exposés les ménages. Ces risques sont, traditionnellement, le décès d'un soutien de famille, les risques de santé, d'accident, le chômage et les divers risques liés aux biens. Le diagnostic contient des études de marché qualitatives afin de les évaluer et d'identifier leur ordre de priorité, en fonction de leur impact financier, dans l'esprit du public cible.
- ii. **Stratégie d'adaptation.** Il est tout aussi important de bien comprendre comment les ménages font actuellement face à ces risques, les diverses stratégies auxquelles ils ont recours ainsi que le rôle, s'il existe, que joue l'assurance en tant que stratégie d'adaptation.

Les points (i) et (ii) servent de cadre pour l'évaluation des facteurs favorisant (iii) l'accès et (iv) l'usage de l'assurance (soit les vecteurs de la demande qui sous-tendent le cadre de l'inclusion financière tels que définis à la Section 2.1) :

- iii. **Facteurs d'accès.** L'accès est défini comme la capacité des personnes à obtenir et à utiliser, de manière durable, des services financiers abordables, utilisables et adaptés à leurs besoins financiers. La méthodologie d'étude de l'accès prend en compte les facteurs susceptibles d'empêcher des personnes d'utiliser tel ou tel produit. On recense au moins cinq vecteurs d'accès (Porteous, 2004) : la proximité (accès physique), l'accessibilité économique, les conditions d'éligibilité⁵, l'adéquation entre les caractéristiques/conditions d'utilisation du produit et les besoins du public cible, et les contraintes réglementaires⁶.

⁵ Par exemple les clauses n'autorisant à souscrire un contrat d'assurance que des personnes d'une certaine tranche d'âge, ou disposant d'un contrat de travail.

⁶ Il peut arriver que la réglementation constitue, involontairement, un obstacle à l'accès aux services financiers. C'est notamment le cas lorsqu'elle exclut certains groupes de personnes ou renchérit les coûts des prestations à destination de certaines communautés, où en l'absence de l'infrastructure réglementaire de base nécessaire pour créer les conditions propices au développement de l'activité (par ex. en l'absence de tout système d'identification national fiable et efficace). La réglementation peut aussi affecter l'offre en dressant des obstacles à l'entrée sur le marché de l'assurance.

- iv. **Facteurs d'usage.** Alors que le concept d'accès met en avant les obstacles explicites, le concept d'usage se concentre sur les facteurs susceptibles de décourager le public d'adopter ou d'utiliser les services financiers formels, et ce même s'ils ne sont pas explicitement exclus d'accès aux services financiers. L'accès des populations à faible revenu à des produits d'assurance appropriés n'a guère d'intérêt en termes de politiques publiques si la plupart des personnes concernées choisissent de ne pas y avoir recours.

Avant toute décision d'achat, les clients potentiels jugent la valeur du produit et sa capacité à répondre à leurs besoins. Cette décision est soumise à un certain nombre de considérations, de contraintes et de priorités. Les facteurs qui influencent l'usage peuvent être les suivants : la proposition de valeur du produit formel (un produit d'assurance techniquement accessible ne sera pas utilisé s'il est jugé insuffisamment intéressant par rapport à la prime acquittée), son coût relatif (par exemple en comparaison des alternatives informelles), le facteur « complications » et la perception des produits et institutions formels (par exemple les réticences vis-à-vis des systèmes officiels ou l'idée que les institutions financières sont réservées aux riches). Le niveau de connaissances financières de base du public cible a également une incidence sur l'usage, de même que le recours possible à d'autres mécanismes de gestion du risque (par exemple la sécurité sociale, la famille/les amis). Bien que ces facteurs soient difficiles à quantifier, l'expérience indique qu'ils ont un impact significatif sur l'adoption et l'usage des produits financiers.

La méthodologie d'évaluation des taux d'usage et d'analyse du profil de la population et des vecteurs de la demande est présentée à la Section 4.1.2.

2.4. L'offre

L'offre de micro-assurance regroupe toutes les institutions et tous les processus impliqués dans le développement et la distribution des produits d'assurance. Ces institutions et ces processus forment une chaîne de valeur et peuvent aussi relever du secteur informel. Cette section commencera par une énumération des différentes fonctions liées à la prestation de services d'assurance, puis se poursuivra par une description de la chaîne de valeur de la micro-assurance et des différences qu'elle présente par rapport à la chaîne de valeur de l'assurance traditionnelle. On rappellera ensuite brièvement l'importance d'évaluer l'offre d'assurance informelle dans le cadre du diagnostic. Après avoir évalué l'état réel de l'offre, le diagnostic doit également prendre en considération différents facteurs présents, passés et à venir qui influent sur l'offre. Cette section se terminera donc par un bref exposé de ces facteurs.

Les fonctions de l'assurance

Le marché de l'assurance regroupe un certain nombre de fonctions :

- **Souscription.** Qui dit assurance dit gestion du risque. L'assureur doit déterminer quels risques il est prêt à assumer et à quel taux avant d'accepter une police. A l'échelle d'un portefeuille entier de polices, la gestion du risque exige une parfaite compréhension de la nature et du degré des différents risques couverts par les polices. Ces risques doivent être quantifiés (cette tâche est généralement exercée par un actuaire) et cette quantification doit permettre de déterminer les provisions techniques et le capital

nécessaires pour garantir la pérennité à long terme d'une opération de micro-assurance⁷.

- *Investissement*. La fonction d'investissement exige le placement des primes et autres revenus au sein d'un portefeuille d'actifs afin d'optimiser les revenus de placements tout en garantissant un niveau approprié de liquidité et de sécurité des actifs pour honorer, le cas échéant, les obligations liées aux polices⁸.
- *Réassurance*. La réassurance est une forme d'assurance que les assureurs contractent pour leur propre protection. Le principe est le suivant : une ou plusieurs compagnies d'assurance assume(nt) tout ou une partie du risque pris par une autre compagnie d'assurance⁹. Cela permet de mutualiser le risque à une échelle plus large que celle de l'assureur seul (ce qui est par exemple intéressant pour les risques liés aux catastrophes). La réassurance peut jouer un rôle capital en garantissant l'assurabilité de certains types de risques pour les populations à faible revenu.
- *Développement des produits*. Le développement d'un produit implique de conceptualiser le besoin auquel il correspond, de réaliser des études de marché, de déterminer les caractéristiques du produit et de tester la viabilité du projet par un test pilote sur la base duquel les caractéristiques du produit peuvent être modifiées. Cela exige une bonne connaissance de la réalité du marché et des principes de l'assurance.
- *L'intermédiation*. L'intermédiation désigne toutes les activités qui se passent entre l'assureur et le client. Cela comprend la vente, la perception des primes, la gestion et le règlement des sinistres, l'administration des polices et « l'agrégation » des clients¹⁰. Sur un plan plus formel¹¹, l'intermédiation peut être définie comme toute action qui aboutit à la souscription d'un contrat par un client auprès d'un fournisseur de produits, ou toute démarche visant à acheter, vendre ou traiter, gérer, administrer, détenir ou assurer le service d'un produit financier acheté à un fournisseur de produits.

La chaîne de valeur de la micro-assurance

Les fonctions définies ci-dessus sont assurées par différentes entités qui ensemble forment la chaîne de valeur de l'assurance. Traditionnellement, la souscription du risque, la tarification, la gestion financière, le développement de produits et l'essentiel de l'administration des polices sont intégralement pris en charge par des assureurs, les réassureurs se chargeant de la réassurance, sachant que dans beaucoup de cas, ils apportent aussi leur expertise en matière de gestion du risque, par exemple en soumettant des propositions de tarification. La plupart des fonctions d'intermédiation et certaines fonctions d'administration sont traditionnellement assurées par les courtiers et les agents.

⁷ Voir Garand, D et Wipf, J, *Risk and Financial Management*. Dans : C. Churchill (ed), 2006., *Protecting the Poor: a Microinsurance Compendium*, p. 254.

⁸ Voir Garand et Wipf (ibid) : 265-267.

⁹ Définition tirée du lexique du Microinsurance Network, www.microinsurancenet.org.

¹⁰ Ce terme désigne la création de groupes de clients auxquels on peut vendre des produits d'assurance, ou les regroupements existants utilisés à des fins de distribution de l'assurance.

¹¹ Conformément à la définition proposée par le Financial Advisory and Intermediary Services Act en Afrique du Sud.

Le marché de la micro-assurance connaît néanmoins actuellement un allongement de la chaîne de valeur et une augmentation du nombre d'entités impliquées. La chaîne de valeur de la micro-assurance peut être représentée de la manière suivante :

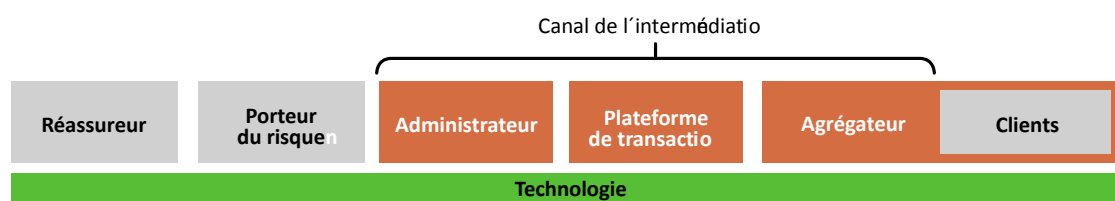


Schéma 4. La chaîne de valeur de la micro-assurance

Entre le réassureur et le porteur de risque ou l'assureur (chargé de la souscription, de la gestion financière et en partie du développement de produit) d'un côté et le client de l'autre côté, on rencontre les entités suivantes :

- Un administrateur professionnel (il peut s'agir aussi d'une société de courtage) chargé du développement des produits ou qui y contribue et qui assure toutes les fonctions de « back-office » liées à l'administration de la police.
- Un fournisseur de systèmes de paiement qui propose une plateforme de transactions destinée au recouvrement des primes et au règlement des sinistres.
- Souvent, on a aussi affaire à un « agrégateur » de clients (par ex. une IMF, un détaillant ou une organisation communautaire) qui, comme son nom l'indique, regroupe des individus au sein d'un groupe de clients et assure la promotion et la vente des polices (c.-à-d. les fonctions de « front-office »).
- Dans certains cas, la chaîne de valeur peut même encore s'allonger afin d'intégrer, par exemple, un courtier en vue de gérer la relation entre l'agrégateur et l'assureur, ou des agents individuels chargés de vendre la police.

L'action de toutes ces entités de la chaîne de valeur est rendue possible par la technologie et les systèmes qui permettent de mettre en œuvre les différentes fonctions.

Il est donc évident qu'un grand nombre d'entités doivent être considérées comme contribuant à l'offre de micro-assurance. De même, il peut exister des coûts et goulets d'étranglement faisant obstacle au développement – ou à l'inverse des opportunités – à différents niveaux.

Rôle joué par les marchés informels

La plupart des pays comptent un marché formel et un marché informel de la micro-assurance.

Qu'entend-on par « informel » ? Les services financiers formels peuvent être définis comme ceux proposés par des prestataires de services financiers enregistrés auprès d'un organisme réglementaire officiel aux fins de fournir le service financier en question. Dans certains cas, ces entités sont officiellement enregistrées (par ex. auprès d'un organisme réglementaire régissant les coopératives ou des entreprises), mais ne sont pas agréées ou ne sont pas soumises à une surveillance par un contrôleur d'assurance. On considère dans ce cas qu'il s'agit encore de prestataires d'assurance de type informel. Dans d'autres cas, des activités particulières de mutualisation des risques seront délibérément considérées comme

extérieures au champ de l'assurance pour des raisons réglementaires. C'est notamment le cas des groupes communautaires de mutualisation des risques informels qui n'offrent pas de garantie des prestations et qui sont souvent autorisés à exercer sous une forme non réglementée. Outre le fait qu'ils agissent en tant qu'assureurs informels, les groupes informels peuvent aussi jouer un rôle de distribution d'assurances proposées par des assureurs formels.

Rôle et position des prestataires informels. Il est important de bien comprendre la dimension et la nature du marché informel, car l'existence de marchés informels importants peut signaler qu'il existe une demande de produits d'assurance non satisfaite et des obstacles potentiels à la formalisation et au développement du marché. Le secteur informel joue souvent un rôle crucial pour l'accès aux services financiers. Les prestataires informels peuvent soit fournir une alternative à faible coût, de type communautaire, aux produits formels, soit assurer des services à une population que les acteurs formels n'atteignent pas.

La taille et le nombre des prestataires d'assurance informels peuvent aussi donner des informations sur les difficultés de la tâche de formalisation confiée aux contrôleurs. Fréquemment, le contrôle du secteur informel dépasse tout simplement la capacité du contrôleur.

Développement du marché et informalité. Quand on parle de faciliter le développement du marché, on se réfère habituellement au développement et à l'accessibilité du secteur financier formel. Mais les obstacles à la « formalisation » peuvent être nombreux, et les clients peuvent aussi être confrontés à divers obstacles à l'accès lorsqu'ils souhaitent avoir recours aux services des institutions formelles. La formalisation implique donc de surmonter ces obstacles et de faire appliquer le cadre réglementaire de manière effective afin de garantir que tous les prestataires d'assurance respectent les mêmes règles et offrent donc aux consommateurs une protection homogène. Mais la volonté d'assurer le développement du marché doit aussi reconnaître, de manière réaliste, que la formalisation prend du temps et que la prestation de certains services fondamentaux par le secteur informel doit être préservée.

Facteurs et conditions qui impactent l'offre à long terme

Après avoir étudié les différentes institutions qui composent la chaîne de valeur de la micro-assurance dans un pays, il faut considérer les vecteurs ou facteurs qui ont modelé le secteur et qui continueront à le faire dans le futur. Comme nous l'avons vu dans la partie consacrée au cadre de l'inclusion financière (section 2.1), on parle dans ce cas de « facteurs liés à l'offre ». On en distingue deux catégories : les facteurs qui excluent toute possibilité d'**entrée** dans le secteur de l'assurance, et les facteurs qui empêchent les acteurs déjà présents d'**étendre** leurs activités au marché des faibles revenus :

- **Les facteurs d'entrée** s'exercent au niveau de l'institution financière et affectent la nature et l'étendue des services proposés aux clients à faible revenu ainsi que la dynamique concurrentielle du marché. Les forces du marché et les contraintes réglementaires peuvent empêcher l'entrée de certains acteurs sur le marché des faibles revenus. Ainsi, la réglementation peut opérer une restriction sur le type d'entité juridique habilitée par exemple à proposer des produits d'assurance ou des services d'intermédiation.

- **Facteurs d'expansion.** Certains facteurs n'empêchent pas explicitement l'entrée de tel ou tel type d'institution sur le marché des faibles revenus mais peuvent avoir un effet dissuasif. Il peut, par exemple, s'agir de coûts réglementaires accrus qui augmentent les coûts de transaction, et qui peuvent donc rogner les marges bénéficiaires déjà faibles des transactions portant sur de faibles montants. S'ils ne rendent pas impossible toute prestation visant les ménages à faible revenu, ces facteurs contribuent à en réduire l'attrait pour les assureurs et les intermédiaires.

Mis à part ces vecteurs réglementaires et de marché, le *contexte macroéconomique et socio-économique* peut affecter à la fois l'entrée et l'offre. Par exemple, le marché ne peut pas se développer de la même manière dans un pays dont l'essentiel de la population est pauvre, ou qui vient de connaître un épisode d'hyperinflation, que dans une économie où prédominent les revenus moyens ou un contexte stable.

2.5. Cadre réglementaire et de contrôle et objectifs des politiques

L'*Initiative* met avant tout l'accent sur l'impact des politiques, de la réglementation et du contrôle sur l'accès à l'assurance. Le diagnostic cherche à identifier cet impact dans le pays en question. Cette section passe en revue les objectifs et instruments de politiques publiques à prendre en compte, le champ d'application de la réglementation (appelée « régime réglementaire ») influant sur le développement du marché de la micro-assurance, ainsi que les deux mécanismes principaux utilisés par la réglementation pour agir sur les marchés : (1) les obstacles explicites, et (2) l'augmentation ou la baisse des coûts.

Objectifs des politiques. Toute recommandation issue du diagnostic doit tenir compte des objectifs spécifiques des politiques adoptées par le pays concerné et s'y conformer. Il est donc important de bien comprendre les objectifs des politiques sous-jacentes à la réglementation de l'assurance. Bien qu'il n'y ait aucune liste unique d'objectifs à respecter en matière de politiques de réglementation du secteur de l'assurance, nous vous proposons ci-dessous une série d'objectifs universellement considérés comme les plus pertinents (dans l'ordre de priorité généralement admis)¹²:

1. Préservation de la solvabilité des entreprises proposant des polices d'assurance (en d'autres termes préservation de la stabilité du secteur) ;
2. Protection des consommateurs ou des assurés ;
3. Garantie de l'efficacité du marché (moyennant l'ouverture aux nouvelles technologies et, d'une manière générale, à l'innovation) ;
4. Développement du marché, avec notamment l'extension des services financiers formels aux clients à faible revenu ; et
5. Soutien à d'autres objectifs stratégiques (non liés à l'assurance) tels que le respect des normes internationales ou l'application de la loi (par ex. contrôles concernant la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme).

Si, dans la plupart des juridictions, les principaux objectifs sont la préservation de la solvabilité et la protection des consommateurs, de nombreux pays ont récemment fait du développement du marché un objectif explicite, un objectif qui a un poids particulier dans

¹² Voir, par exemple, « Prudential Supervision of Insurance Undertakings », rapport sur la Conférence des services de contrôle des assurances des États membres de l'Union européenne (2002). Disponible en anglais à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/internal_market/insurance/docs/solvency/solvency2-conference-report_en.pdf (accédée le 13 octobre 2006).

les marchés émergents et dans les pays en développement où le marché de l'assurance et sa pénétration demeurent souvent limités. Dans le même temps, les pays en développement sont fortement incités à aligner leur régime réglementaire sur les standards internationaux afin de garantir la solvabilité et la stabilité du marché. Cette incitation suppose souvent des mesures draconiennes qui, au premier abord, peuvent sembler compromettre le développement du marché. Les autorités de réglementation font donc face à une série complexe d'objectifs tout en disposant de ressources limitées.

Instruments de politique publique. Pour atteindre les objectifs fixés, les gouvernements disposent de trois catégories d'instruments en vue d'influencer les marchés : les politiques, la réglementation et le contrôle.

1. **Les politiques** expriment les intentions déclarées d'un gouvernement quant au type d'organisation du secteur financier qu'il souhaite instituer.
2. **La réglementation** fait référence à toutes les dispositions législatives et réglementaires, les directives et autres législations déléguées visant à réaliser les objectifs des politiques. Le contenu de la réglementation dépend des conditions et des pratiques locales. En outre, différents instruments réglementaires seront utilisés à différents stades en fonction des orientations des politiques et du parcours de développement du pays concerné.
3. **Le contrôle** désigne les tâches visant à la mise en œuvre de la réglementation et à la vérification de la conformité. La formulation des politiques est, en principe, du ressort du ministère des Finances, tandis que le rôle de l'autorité de réglementation est assuré par la banque centrale, par un organisme dépendant du ministère des Finances ou une autorité réglementaire indépendante. Souvent, le régulateur joue également le rôle du contrôleur.

Régime réglementaire. On distingue, dans le domaine de l'assurance, six catégories de réglementation :

1. *Politiques/réglementation régissant l'inclusion financière.* Cela désigne les politiques ou la réglementation visant à développer l'accès et le recours aux services financiers formels. Cette réglementation peut prendre plusieurs formes, par exemple des quotas obligatoires ou consensuels visant des segments spécifiques de la population, des initiatives d'éducation financière, des incitations fiscales, ou des mesures visant à élargir la portée du système de paiement formel. Certains gouvernements choisissent de ne pas réglementer l'inclusion financière, se contentant d'adopter une position de principe sur cette question afin d'inciter les institutions financières à agir volontairement dans le sens de l'inclusion. Bien que ces dispositions n'aient pas force de loi, elles exercent néanmoins une influence directe sur les prestataires.
2. *La réglementation prudentielle* vise à garantir que les assureurs ont la capacité d'honorer leurs obligations contractuelles vis-à-vis de leurs clients. Cela consiste, par exemple, à définir des règles minimum d'entrée telles qu'un capital minimum, ou à imposer aux assureurs le respect de diverses réglementations prudentielles, notamment des marges de solvabilité et des ratios de capital. Les règles régissant la souscription (notamment l'exigence de certification actuarielle des polices) garantissent que les engagements pris sont en rapport avec les risques encourus. La délimitation des services, qui consiste à interdire aux compagnies proposant des assurances-vie de proposer également des

assurances générales et des assurances de biens et *vice versa*, ou à interdire à tous les autres assureurs de proposer des assurances santé, permet de garantir l'intégrité des différents secteurs d'activité de l'assurance.

3. *La réglementation des pratiques du marché* s'applique à la distribution ou à l'intermédiation des produits d'assurance. Ce type de réglementation peut prévoir des restrictions quant au type de personne habilitée à assurer un service d'intermédiation, des obligations de compétence et d'honorabilité visant les agents, courtiers et autres intermédiaires, un encadrement des processus de vente, notamment une obligation d'information et de conseil, ainsi qu'une réglementation concernant le niveau et la structure des commissions versées. Les autres obligations relevant de la réglementation des pratiques du marché peuvent porter sur le traitement des clients par les assureurs, les modalités d'annulation des polices, l'autorisation ou non des périodes de grâce, et les types de recours accessibles aux clients, pour ne citer que quelques exemples. Ces règles ont pour objectif de garantir la protection des consommateurs, dans un contexte d'asymétrie de l'information et de déficit de l'éducation financière.
4. *La réglementation des produits* se distingue de la réglementation prudentielle et de la réglementation des pratiques du marché en ce qu'elle ne s'attache pas à l'assureur ou au processus de vente/intermédiation, mais au produit. Si les dispositions concernant la réglementation des produits sont généralement inscrites dans la législation prudentielle, institutionnelle ou de réglementation des pratiques du marché, elles relèvent d'un angle réglementaire propre. L'objectif de la réglementation des produits est de garantir la stabilité et la protection du consommateur en réglementant la nature et la structure des produits d'assurance. Dans leur expression la plus simple, les systèmes réglementaires s'articulent souvent autour de définitions de produits ou de catégories de produits spécifiques.
5. *La réglementation institutionnelle*, qui inclut une réglementation de la gouvernance des entreprises, correspond aux règles statutaires qui définissent les différentes entités juridiques et personnes morales, par exemple les entreprises publiques et les coopératives, habilitées à proposer des produits d'assurance, mais aussi les obligations de gouvernance qui s'appliquent à ces entités juridiques et les exigences de reporting qu'elles doivent respecter. Les contenus de la réglementation institutionnelle et de la réglementation de la gouvernance des entreprises ne sont généralement pas spécifiques au secteur de l'assurance mais communs à de nombreux secteurs.
6. *Autres formes de réglementation* : Différentes autres obligations réglementaires peuvent aussi affecter le développement du marché de la micro-assurance. Bien qu'elles ne soient pas propres à l'assurance, ces obligations affectent la souscription et l'intermédiation des produits d'assurance. Il peut s'agir, par exemple, de dispositions anti-blanchiment d'argent, de mesures fiscales, de la réglementation des systèmes de paiement (qui rend plus complexe le versement des primes), de la réglementation du secteur de la microfinance ou de la réglementation du crédit en général.

Le schéma ci-dessous représente ces catégories :

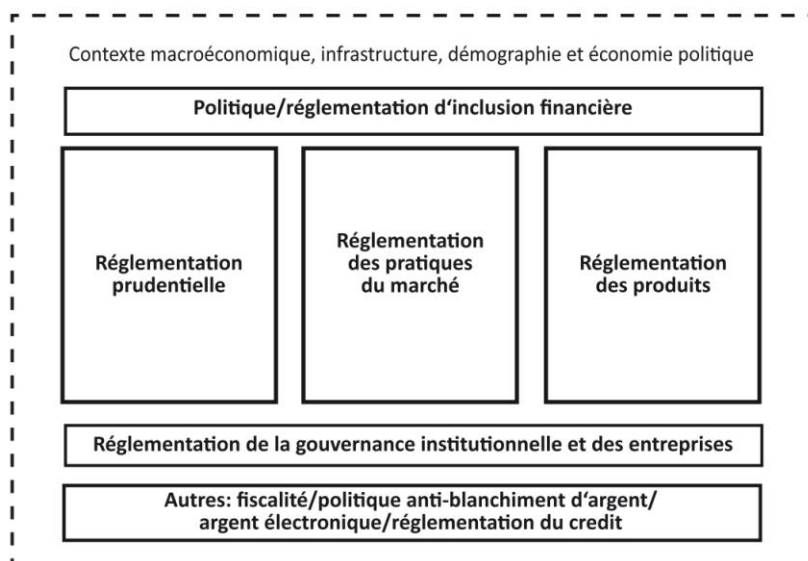


Schéma 5: Le régime réglementaire de l'assurance

Impact des politiques, de la réglementation et du contrôle. Les politiques, la réglementation et le contrôle ont deux principaux effets sur le marché :

- **Barrières** : En premier lieu, la réglementation définit qui sont les acteurs habilités à intervenir sur le marché de l'assurance, que ce soit en tant que prestataires ou intermédiaires. Pour cela, elle impose différentes barrières à l'entrée sous la forme d'agrément (dont les contraintes de capital) et d'obligations de conformité opérationnelle.
- **Coûts** : La réglementation affecte aussi le marché en influant sur la structure des coûts. Les obligations de conformité réglementaire ont, en effet, des répercussions sur les coûts. Dans les environnements à faibles marges et faibles primes caractéristiques de la micro-assurance, la réduction des coûts liés à la conformité peut faire pencher la balance en faveur de la micro-assurance. De même, des coûts élevés liés à la conformité peuvent freiner l'entrée des acteurs sur le marché ou leur développement.

L'impact de la réglementation sur les différents acteurs de la chaîne de valeur est lié à un certain nombre de facteurs dont les plus importants, mais certainement pas les seuls, semblent être :

- L'autorité et la capacité de l'organisme chargé de contrôler la réglementation, à quoi s'ajoute la capacité générale du pays concerné à faire appliquer la loi. L'Etat est-il capable de faire respecter dans tous les secteurs du pays les lois et réglementations qu'il met en place? Si la réponse est non, on a affaire à une réglementation « à deux vitesses », où les entreprises respectueuses de la loi portent seules le fardeau des coûts liés à la réglementation et sont mises en concurrence avec d'autres entreprises qui se soustraient à la réglementation.
- Les contradictions (réelles ou apparentes) générées par les différents instruments réglementaires. Par exemple, des règles coûteuses de protection du consommateur

peuvent saper le développement d'institutions dont le modèle d'entreprise s'articule autour de produits à bas coût, ce modèle étant par ailleurs encouragé par des politiques publiques incitant l'inclusion financière. Or, il est essentiel de bien cerner les vrais et les faux arbitrages¹³ entre les différents instruments réglementaires si l'on veut être en mesure d'atteindre les objectifs fixés par les politiques publiques. Même si le développement du marché peut, dans certains cas, générer des risques sur les marchés, il est de plus en plus admis que, sur le long terme, c'est indéniablement un facteur de stabilité et d'inclusion (et de protection) d'effectifs plus importants de consommateurs.

- L'absence, dans d'autres domaines de la réglementation ou de l'économie, des conditions nécessaires à une mise en œuvre effective de la réglementation de l'assurance. Par exemple, l'absence d'infrastructures de paiement généralisées permettant de percevoir les primes peut entraver le développement des modèles d'assurance reposant sur le paiement électronique des primes par opposition au paiement en espèces.

2.6. Quels sont les facteurs susceptibles de freiner le développement des marchés de la micro-assurance ?

Le postulat de l'étude de diagnostic est que le développement du marché de la micro-assurance dans un pays donné n'est pas optimal et doit être amélioré voire totalement relancé au moyen d'une série de mesures stratégiques. Le diagnostic débouche donc naturellement sur une série de recommandations s'attachant au marché et à la réglementation dans le but de favoriser le développement de la micro-assurance. Mais pourquoi l'inclusion financière ne s'opère-t-elle pas naturellement ?

Le diagnostic, qui est censé faire l'état des lieux de la micro-assurance sur le plan de la demande, de l'offre et de la réglementation, doit impérativement reconnaître les possibles défaillances inhérentes au marché et les obstacles réglementaires qui sont susceptibles de freiner le développement des marchés de la micro-assurance.

Défaillances du marché

Il n'existe pas de marchés parfaitement efficaces et équitables tels qu'ils peuvent être définis dans les manuels d'économie, et la micro-assurance ne fait pas exception à cette règle. Les défaillances du marché sont liées à une incapacité de celui-ci à répartir efficacement les ressources. La théorie économique distingue quatre causes de défaillance du marché, dont deux sont particulièrement pertinentes pour la micro-assurance (Bishop, 2004)¹⁴ :

- *Le pouvoir de marché* : Dès lors que la concurrence est insuffisante, l'offre de produits, les caractéristiques et la valeur proposée sont forcément inférieures à leur niveau optimal. Il peut aussi arriver que la diversité des acteurs du marché soit insuffisante. Lorsque la concurrence est insuffisante, les assureurs existants peuvent se limiter à leurs clients actuels et n'ont aucun intérêt à aller conquérir de nouveaux marchés.
- *L'asymétrie de l'information entre les fournisseurs et les clients*. Les cas d'asymétrie de l'information peuvent être liés à la connaissance qu'a l'assureur du profil du client ou à la culture financière du client et à sa compréhension de l'assurance et de la nature de son contrat :

¹³ Voir Porteous (2006) pour un débat sur les faux arbitrages entre le développement de l'accès et la stabilité.

¹⁴ Les deux autres sont l'existence d'externalités et l'existence de biens publics.

- Dans certains cas, des acteurs indécidés peuvent exploiter à leur avantage le manque de connaissances de certains clients en ne fournissant pas des prestations à la hauteur de la valeur annoncée ou en fournissant purement et simplement des prestations de mauvaise qualité. L'assurance étant, par essence, un engagement à fournir une utilité future en échange d'une prime, la confiance y joue un rôle très important et peut se trouver gravement entachée par les défaillances du marché.
- Par ailleurs, lorsque l'assureur ne dispose pas de données historiques suffisantes concernant le profil et l'expérience du risque du public cible, il n'est pas en mesure de calculer ses tarifs et de concevoir des produits adéquats.

La troisième forme potentielle de défaillance du marché concerne l'investissement :

- *Obstacles à l'investissement.* Dans certains cas, les assureurs du marché formel sont réticents à investir dans la micro-assurance. Avant d'investir, les entreprises étudient attentivement le rapport risque-rendement. Lorsque l'analyse de rentabilité d'un nouveau marché n'est pas démontrée, ou s'il subsiste un certain nombre d'incertitudes concernant le marché ou son environnement extérieur, les arguments susceptibles d'emporter la décision d'investissement du conseil d'administration ne sont pas faciles à trouver. Par contre, lorsque des tiers prennent une part du risque, par exemple par le cofinancement de l'innovation, cela peut contribuer à surmonter cet obstacle à l'investissement.

Obstacles réglementaires et liés aux politiques

Un marché peut aussi subir des « défaillances réglementaires » de différents ordres :

- *Restrictions.* Les cadres politiques ne prennent que rarement en compte la micro-assurance, un domaine que les responsables politiques connaissent généralement mal. Les barrières à l'entrée sont aussi souvent trop élevées et hors de proportion avec la réalité de la micro-assurance.
- *Un fardeau réglementaire général trop lourd.* L'activité de la micro-assurance ne bénéficie généralement que de faibles marges et sa viabilité exige des volumes importants et une efficacité de distribution. La micro-assurance est donc très sensible aux obligations de conformité qui affectent fortement ses coûts de transaction. En augmentant indûment les frais d'exploitation, la réglementation peut ainsi par inadvertance remettre en cause la rentabilité des produits de micro-assurance.
- *Incertitude réglementaire.* Les obstacles à l'investissement cités plus haut sont augmentés lorsqu'il y a incertitude sur le caractère acceptable, du point de vue réglementaire, d'un produit ou d'une initiative de distribution. L'incertitude réglementaire intervient souvent dans le contexte d'innovations (élément incontournable pour s'adresser au marché des faibles revenus), car, dans ce cas, aucune disposition réglementaire n'est encore applicable.
- *Obstacles réglementaires secondaires.* Les obstacles réglementaires et politiques concernent non seulement le domaine de l'assurance, mais aussi d'autres domaines comme le secteur financier ou la réglementation des coopératives. En outre, dans des domaines tels que le financement de la santé, impliquant plusieurs autorités de réglementation ou autorités publiques, le manque de coordination peut avoir des conséquences graves susceptibles de mettre à mal le développement de la micro-assurance.

- *Absence de réglementation ou de contrôle.* L'absence de réglementation ou d'application des règles en vigueur peut aussi poser problème. Dans les cas où la capacité à mettre en œuvre les contrôles afin de formaliser les activités informelles est limitée, la réglementation ne peut garantir qu'une protection limitée aux consommateurs. La présence d'acteurs et de réseaux informels peut, en outre, fausser les conditions de marché au détriment de ceux qui respectent les règles de conformité et en assument les coûts.

2.7. Étendue du diagnostic

Le cadre analytique est défini de manière aussi large que possible afin de fournir des orientations adaptées au plus grand nombre de situations nationales. On comprend donc que certains des facteurs recensés ci-dessus seront sans objet dans certains pays. Si quelques-uns de ces facteurs ne peuvent être écartés qu'après analyse, d'autres pourront l'être *a priori*. Quelle sera donc l'étendue de l'étude et comment la déterminer ?

L'étendue réelle de l'étude sera déterminée par les ressources financières disponibles, les préférences et les priorités de l'autorité de contrôle des assurances du pays, et par la présence ou non de travaux antérieurs permettant d'avoir une idée partielle de la situation. L'étendue sera définie par les organismes de financement lors de la phase de conception du diagnostic afin de garantir que les ressources disponibles suffiront à couvrir les travaux et seront allouées de manière optimale en fonction des priorités du pays.

L'étendue du diagnostic devra être définie en fonction des paramètres suivants :

1. **Produits à couvrir.** D'une manière générale, l'étendue du diagnostic est soumise aux recommandations suivantes :

- *Produits de risque plutôt que produits d'épargne.* L'accent est mis avant tout sur les produits d'assurance portant exclusivement sur les risques, même si les produits d'épargne liés à l'assurance peuvent aussi être pris en compte le cas échéant. Une étude complète de l'environnement de l'épargne devra couvrir de nombreux autres produits d'épargne n'incluant pas de couverture d'assurance, elle dépasse donc la sphère des diagnostics de l'assurance.
- *L'assurance-vie avant tout mais pas exclusivement.* L'assurance-vie (y compris l'assurance crédit et l'assurance obsèques) est, d'une manière générale, la plus développée des catégories de micro-assurance à l'échelle mondiale et doit donc faire l'objet d'une analyse détaillée dans le cadre d'un diagnostic national. Les événements constituant un risque lié au décès sont facilement identifiables et gérables (par rapport, notamment, aux risques liés à la propriété ou à la santé). Ils sont donc adaptés à l'environnement de la micro-assurance qui exige simplicité et volumes importants. Mais l'assurance-vie n'est pas le seul produit adapté à la réalité du marché des faibles revenus. L'assurance invalidité, l'assurance des biens et l'assurance agricole entrent aussi dans le champ de l'analyse dans la mesure où chacune d'entre elles est pertinente par rapport au contexte national.
- *Complications inhérentes à l'assurance santé.* Il est important d'inclure l'assurance santé, mais elle présente certaines difficultés particulières et une certaine sensibilité sur le plan politique qui ne doivent pas être négligées. Le cadre réglementaire de l'assurance santé est souvent peu développé et peut poser un

problème de délimitation des compétences réglementaires dans de nombreux cas quant à savoir si la question relève des compétences du ministère de la Santé ou du ministère des Finances. Lorsque l'assurance santé (et notamment les questions d'indemnisation) est gérée par le ministère de la Santé, il est souvent difficile d'intégrer l'assurance santé dans une stratégie de développement de la micro-assurance, sauf si le ministère de la Santé est lui-même impliqué dans ce processus. En fin de compte, la participation du ministère de la Santé est liée aux politiques qu'il applique et au fait qu'elles prévoient ou non d'accorder une place aux mécanismes d'assurance dans le financement de la santé publique.

- *Prise en compte des mécanismes de l'assurance exclusivement.* Au vu de la définition de la micro-assurance exposée à la Section 2.2, la sécurité sociale et autres mécanismes de gestion du risque pris en charge par le gouvernement mais ne reposant pas sur les principes de l'assurance ne sont pas pris en compte par le diagnostic de la micro-assurance. Cela n'empêche pas, cependant, de faire une analyse de ces domaines afin de déterminer le contexte général d'atténuation des risques pour un pays donné.

2. Publics cibles particuliers. La catégorie des revenus qui seront considérés comme « faibles » aux fins du diagnostic sera fonction du contexte national considéré. Dans les grands pays, et en tenant compte des objectifs des responsables politiques et des autorités de réglementation et de contrôle, le groupe de population considéré pourra aussi être défini en termes de différenciation urbain/rural.

3. Étendue géographique. Dans les grands pays, il est parfois impossible de prendre en compte la totalité de la population, notamment pour procéder à l'analyse du marché cible et à l'étude des produits et réseaux de micro-assurance propres aux différentes régions. Il est donc essentiel de procéder à une priorisation géographique pour élaborer le diagnostic.

4. Types d'acteurs rencontrés. Le diagnostic porte généralement sur la totalité des acteurs, qu'ils soient formels ou informels, de type mutualiste/communautaire ou entreprises privées. Mais dans certains cas, lorsque l'état du marché et les objectifs réglementaires l'imposent, il peut être nécessaire de réduire l'étendue de l'étude au marché formel ou au marché formel plus une partie du marché informel.

5. Canaux/modèles de distribution à intégrer. Dans les petits pays, il est souhaitable de tenir compte de tous les canaux de distribution actuels et potentiels. Dans les grands pays complexes, cela est parfois tout simplement impossible dans les limites du budget et on se contentera alors d'identifier les modèles de distribution les plus pertinents.

6. Faut-il évaluer tel produit spécifique ou projet pilote de micro-assurance ? Il en va de même des produits de micro-assurance. L'idéal est toujours d'obtenir une image complète, mais au gré du développement de la micro-assurance dans tel ou tel pays, cette image globale a des chances d'être extrêmement complexe. Il est donc important de sélectionner des modèles représentatifs. Dans certains pays, le contrôleur d'assurance peut souhaiter évaluer dans le cadre du diagnostic certains projets pilotes de micro-assurance auxquels il a accordé un agrément ou qu'il a validés.

3. Le processus de diagnostic

Dans les sections précédentes, nous avons abordé le contexte à prendre en compte avant de se lancer dans une étude de diagnostic national, ainsi que le cadre analytique de cette analyse. Nous allons maintenant nous intéresser aux contenus et au déroulement de l'étude de diagnostic elle-même. Avant de vous proposer des conseils pratiques sur la manière de réaliser un diagnostic national (Section 4), nous allons présenter dans cette section un processus de recherche « type » du point de vue de l'équipe qui entreprend le diagnostic. Ce processus de recherche s'inscrit dans le processus de diagnostic général tel qu'il est défini dans la section 1 ci-dessus.

Pour que l'analyse soit complète, chaque étude nationale devra se conformer à un certain nombre d'étapes comme indiqué sur le schéma 6 ci-dessous :

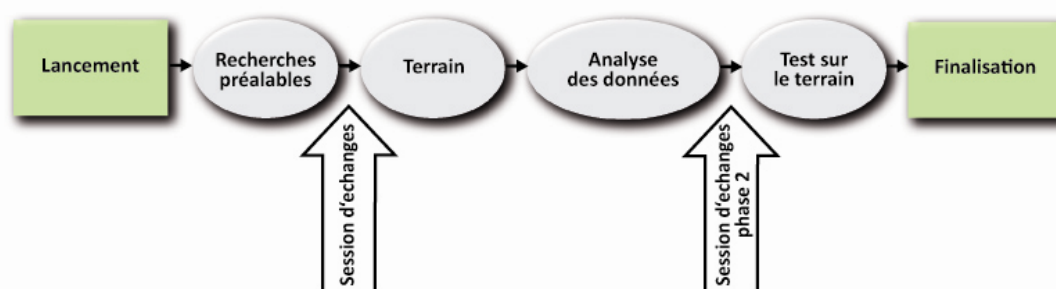


Schéma 6. Processus d'étude de diagnostic national

Source : Les auteurs

Bien que ces étapes ne soient pas toujours toutes pertinentes et nécessitent parfois quelques aménagements en fonction du contexte national, elles sont autant d'éléments de base qui vous permettront de créer un processus débouchant sur un diagnostic crédible et d'alimenter le processus d'élaboration de la stratégie nationale.

1. Lancement :

- La session de lancement marque la mise en route du projet. Elle doit identifier clairement les divers éléments du projet et les résultats escomptés, solliciter les participants pour réfléchir sur toutes les questions à traiter, pour identifier les sources de données potentielles, les personnes à consulter et les difficultés auxquelles il faut s'attendre.

2. Recherches préalables :

- Étudier de manière exhaustive la totalité des ressources documentaires existantes, répertorier les textes réglementaires en vigueur et identifier toutes les sources possibles de données quantitatives.
- Préparation des consultations nationales : mise en place du programme et organisation de réunions de préparation (par téléphone ou en personne).

3. Session d'échanges :

- Il peut être intéressant, à ce stade, d'organiser une séance de « brainstorming » de l'équipe pour chercher à identifier les problèmes potentiels et l'ensemble des

éléments à couvrir. Chaque consultant doit décider, à partir de sa propre méthode de travail, si une telle séance est justifiée et quelle forme elle doit prendre.

4. Le terrain :

- L'élément central de l'étude est une visite dans le pays, destinée à rassembler des informations, visiter des projets pilotes, et à consulter/interviewer toutes les parties intéressées. Des réunions doivent être organisées avec les parties prenantes représentant l'ensemble de la chaîne de valeur de l'assurance (assureurs, courtiers, agrégateurs actuels et potentiels), le responsable politique chargé du domaine de l'assurance, les autorités de réglementation et de contrôle, ainsi que les représentants des autres agences gouvernementales directement ou indirectement concernées par le marché de l'assurance (par ex. l'autorité en charge des coopératives ou le ministère de la Santé). La rencontre avec les organismes et les agences d'aide au développement impliqués dans le domaine de l'assurance dans le pays peut aussi s'avérer utile. Pour une présentation plus approfondie des parties prenantes, voir l'outil n° 2.

5. Analyse des données :

- La visite dans le pays est suivie d'une phase d'analyse des études existantes et autres sources de données susceptibles de fournir des informations quantitatives. On exploitera également tous les points de vue potentiellement utiles à l'étude.
- Les perspectives et informations recueillies lors de la visite dans le pays, permettent, grâce à l'analyse des informations secondaires, d'aboutir à une synthèse des éléments identifiés. La phase de synthèse peut nécessiter de nouveaux échanges à des fins de vérification ou de complément.

6. Session d'échanges :

- Pour accélérer le processus de synthèse, on organisera une nouvelle séance de « brainstorming » de l'équipe. Celle-ci aura pour but de discuter des grandes tendances et vecteurs émergents et de leurs implications stratégiques afin d'apporter des éléments en vue de la rédaction du rapport provisoire. Une fois de plus, le bien-fondé de l'organisation d'une telle réunion et son format sont à la discrétion des consultants.

7. Test des conclusions préliminaires sur le terrain :

- Une fois les premières conclusions rédigées par les consultants, celles-ci doivent être testées auprès des parties prenantes locales. Un atelier permettra de présenter ces conclusions préliminaires et les vérifier auprès des parties prenantes nationales, notamment les autorités de réglementation et de contrôle ainsi que les acteurs du marché.

8. Finalisation :

- Rédaction d'un rapport contenant les conclusions finales et formulant des recommandations stratégiques.

A ce stade, les questions suivantes se posent : Quelles sont les sous-étapes que l'on trouve à l'intérieur des étapes présentées ci-dessus ? Quels contenus doivent être développés relativement aux différents aspects de l'analyse ? Pour y répondre, nous vous proposons ci-dessous une méthodologie adaptée à chacun des aspects de l'analyse réglementaire et du marché.

4. Méthodologie

Les études de diagnostic national ont pour but de révéler une image intégrée des dynamiques – réglementaires et de marché – qui ont façonné et continueront à façonner le développement du marché de la micro-assurance au niveau national. Chaque diagnostic doit comporter les différentes étapes suivantes :

1. *Réalisation d'une analyse de marché* : l'analyse de marché étudie le contexte national et le panorama de l'assurance et de la micro-assurance du point de vue de la demande et de l'offre afin d'identifier les vecteurs, les opportunités et les difficultés spécifiques au développement du marché de la micro-assurance.
2. *Réalisation d'une analyse réglementaire* : l'analyse réglementaire vise à identifier les dispositions réglementaires essentielles qui affectent la micro-assurance, que cette réglementation concerne l'assurance ou d'autres secteurs tels que la banque.
3. *Formulation de recommandations stratégiques* : à partir des conclusions de ces exercices d'évaluation de la portée du marché, le diagnostic proposera diverses stratégies concernant toutes les parties impliquées et visant à soutenir le développement du marché de la micro-assurance dans le pays concerné.

Le présent document définit la méthodologie pratique permettant de mener à bien les analyses décrites ci-dessus. Il propose des orientations et des conseils sur les éléments qu'il faut prendre en compte, que chaque consultant peut librement adapter au contexte national. Chacune des sections ci-dessous comprend quatre parties :

1. l'objectif de l'analyse considérée ;
2. le contenu ou les domaines importants que l'analyse doit couvrir ;
3. les institutions et les parties prenantes à consulter ;
4. les sources d'information à consulter et les questions spécifiques à poser.

4.1. Analyse de marché

4.1.1. Contexte

Chaque marché s'inscrit dans un contexte ou dans un environnement plus large. Le marché de la micro-assurance ne fait pas exception à cette règle.

Le secteur financier au sens large, le contexte macroéconomique, socio-économique et démographique général ainsi que l'infrastructure physique, constituent la toile de fond sur laquelle s'inscrit le développement du marché de la micro-assurance. Et comme n'importe quel autre produit ou service, la micro-assurance est, en outre, soumise aux forces de l'économie politique.

Prenons un exemple : dans un pays dont l'essentiel de la population est pauvre, l'éducation du consommateur, la conception des produits et les enjeux de leur distribution seront différents de ce que l'on peut rencontrer dans les pays à revenus essentiellement intermédiaires. Si la plus grande partie de la population du pays est rurale, il faudra, pour

pouvoir l'atteindre, miser sur l'innovation en matière de distribution. Si le pays a connu des épisodes de crise financière ou d'hyperinflation dans le passé qui ont entamé la valeur de l'assurance-vie, il sera plus difficile d'établir de la confiance parmi le public cible. La culture du pays affecte également les besoins en assurance ainsi que la structure du marché. Ainsi, dans certains pays, l'exigence culturelle impose un certain niveau de dignité des obsèques qui, à son tour stimule la demande de services d'assurance-vie, et plus précisément d'assurance obsèques, alors que dans d'autres contextes culturels, la répugnance à parler de la mort aura tendance à éloigner le public de l'assurance-vie.

Objectif : L'objectif de l'analyse du contexte est d'appréhender le fonctionnement du secteur financier et de l'économie politique du pays, ainsi que le contexte socio-économique et macroéconomique dans lequel s'inscrit le secteur de l'assurance, mais aussi le profil démographique et les autres facteurs spécifiques susceptibles d'affecter le développement du marché de l'assurance.

Quels éléments prendre en compte ?

1. *Contexte économique :* Quelles sont les tendances et les dynamiques économiques susceptibles d'affecter le développement de la micro-assurance ? Le pays a-t-il connu, par le passé, des épisodes d'hyperinflation ou une instabilité macroéconomique qui pourraient avoir façonné le marché ? Les problématiques à étudier sont liées à la conjoncture macro-économique, aux grands processus de restructuration économique et à la part de l'économie informelle par rapport à l'économie formelle (par ex. dans une économie où le secteur informel est dominant, les revenus ont tendance à être moins sécurisés et plus irréguliers. Il faut savoir par ailleurs qu'il sera plus difficile d'établir des partenariats de distribution avec des employeurs informels.)
2. *Économie politique :* Quel est le type de régime politique du pays, c.-à-d. quel est l'équilibre des pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire, et en quoi cette organisation des pouvoirs affecte-t-elle le développement du marché ? Par exemple, le vote de la loi dans un régime parlementaire bicaméral peut imposer des délais importants, d'où une incapacité à adopter des mesures législatives nouvelles sur le court terme. Dans ce cas, la micro-assurance devra plutôt miser sur la modification de la réglementation si toutefois cela entre dans le champ de compétence du contrôleur d'assurance ou de l'autorité de réglementation. On peut aussi se demander s'il existe des politiques publiques ou des objectifs politiques généraux susceptibles d'affecter l'assurance, par exemple des politiques générales de développement social ou d'autonomisation des populations. Quels sont les principaux organismes qui interviennent dans la définition des politiques ? Ces acteurs devront être consultés et leurs décisions dûment examinées. Dans quelle mesure le gouvernement est-il directement impliqué dans l'économie du secteur, par exemple par le biais de prestataires publics d'assurance ou par des subventions ou autres programmes de prestations sociales ? Les sociétés d'assurance étrangères sont-elles légalement autorisées à opérer sur le marché national ? Cette règle a-t-elle été récemment modifiée ? Ces questions ne sont que quelques-unes des pistes d'économie politique à explorer, chacun de ces éléments pouvant affecter à sa manière propre le développement du marché de l'assurance.
3. *Profil démographique et socio-économique du pays :* Voici quelques-unes des questions pertinentes sur ce point : Quelle est la taille de la population et sa structure par âge ?

Quels sont les niveaux de revenus et leur répartition ? Quel est le niveau d'urbanisation ? Plus la population est rurale, plus la distribution est difficile. Quel est le niveau d'emploi, le type d'emplois et les sources de revenu ? Ainsi, plus l'activité économique informelle est importante, plus les revenus sont imprévisibles et plus il est important de tenir compte de cette réalité pour structurer le paiement des primes.

4. *Portée des programmes de sécurité sociale* : Quelle est la nature, l'ampleur et la diffusion des programmes de sécurité sociale ? Ces programmes, comme les systèmes de santé publique, ont pour objectif d'atténuer les risques auxquels sont exposés les ménages pauvres et, dans la mesure où ils sont efficaces, ont pour effet de réduire la demande de services d'atténuation des risques du secteur privé.
5. *Structures communautaires, réseaux d'entraide et cohésion sociale* : Des structures de gestion des risques de type mutualiste ou coopératif se sont-elles développées dans les communautés ? Dans quelle mesure répondent-elles aux besoins de gestion du risque des ménages pauvres ?
6. *Le secteur financier dans lequel s'inscrit le secteur de l'assurance* : Les problématiques pertinentes dans ce domaine sont le taux de pénétration des comptes en banque et les coûts d'utilisation de ces comptes pour la collecte des primes ; la nature et le développement du marché du crédit (aspect important pour les assurances crédit) ; l'état du système de paiement, notamment les modes de paiement accessibles aux ménages à faible revenu, les conditions d'utilisation de la monnaie électronique et la présence ou non de partenaires offrant des solutions de paiement non bancaires (par ex. le règlement par téléphone mobile).

Qui consulter ?

Si la liste des organismes à consulter peut varier d'un pays à l'autre, on y retrouve généralement les organisations suivantes :

- *Contexte général et profil démographique et socioéconomique* : organismes universitaires et de recherche ; instituts de statistiques ; agences de développement.
- *Environnement du secteur financier* : ministère des Finances ; banque centrale ; institutions financières, par ex. les banques et les organismes de microcrédit ; les sociétés de conseil et les consultants dans le domaine financier.
- Les questions concernant *l'économie politique et la cohésion sociale* doivent être abordées dans les entretiens prévus avec toutes les parties prenantes afin d'obtenir différents points de vue. Il est aussi possible de consulter les services gouvernementaux en charge de la sécurité sociale.

Où se procurer l'information ?

- Dans les publications statistiques officielles (études sur les ménages, sur les revenus et les dépenses ou sur la main-d'œuvre et l'emploi) et dans les sondages socio-économiques publiés.

- Dans les publications de la banque centrale, les rapports annuels des institutions financières, les études réalisées par les agences multilatérales, par ex. la Banque mondiale et dans les autres études de moindre importance. Les rapports sur l'état de l'inclusion financière dans le pays seront également d'une lecture très utile.

Chercher les bonnes informations...

Dans les différents rapports statistiques et autres publications que vous parcourez, recherchez toujours des données permettant de mieux comprendre le profil socio-économique et démographique du pays :

- Quelle est la composition de la population ?
- Où vit-elle ?
- Comment gagne-t-elle sa vie ?
- Quel est son profil de revenus ?
- Quel est l'état des infrastructures ? Existe-t-il des informations sur la proximité de la population rurale par rapport aux magasins de détail/marchés et autres infrastructures ?

Demandez également aux personnes que vous rencontrez si elles disposent d'informations sur ces questions.

Dans les différents rapports annuels des institutions financières et autres études sur le secteur financier, ou pendant les entretiens que vous avez avec les parties prenantes du secteur financier, recherchez toujours des informations susceptibles de vous faire mieux comprendre la réalité financière du pays :

- État de développement du secteur financier
- Nombre d'acteurs et leur type
- Nombre de personnes ayant un compte en banque, nombre de comptes en banque et de cartes de crédit
- Infrastructures du secteur financier : nombre de guichets automatiques/terminaux de paiement électronique
- État du système de paiement, y compris les paiements mobiles.

4.1.2. Demande

Le second volet de l'exercice d'évaluation de la portée du marché est une analyse, du point de vue de la demande, du besoin d'assurance et de l'image de l'assurance auprès du public cible.

Objectif : L'objectif de l'analyse de la demande est : (1) de comprendre les *réalités* économiques du marché cible ; (2) de comprendre les *besoins* les plus pressants en termes d'atténuation des risques des clients potentiels de la micro-assurance ; (3) d'évaluer les *connaissances*, la *compréhension* et l'*image* des produits d'assurance auprès de la clientèle potentielle ; et (4) de déterminer s'il existe une *demande* de micro-assurance non satisfaite que les pauvres chercheraient à satisfaire en dehors des prestations assurées par l'État ou des solutions familiales (c.-à-d. en se tournant vers le marché). L'existence de marchés d'assurance informels importants est souvent, mais pas systématiquement, un signe indiquant une demande non satisfaite. C'est pourquoi une bonne compréhension des besoins de ces marchés permettra d'établir des priorités dans la formulation de politiques d'intervention.

Quels éléments prendre en compte ?

L'objet de l'analyse sera de dresser le tableau de l'usage actuel des produits de micro-assurance, mais aussi de la demande potentielle dans la population à faible revenu du pays étudié. L'exercice d'évaluation du marché du point de vue de la demande doit s'attacher à comprendre :

1. *l'usage actuel* : Quelle est l'utilisation qui est faite actuellement des produits de micro-assurance ? Il s'agit ici de réaliser une analyse quantitative indiquant le pourcentage de la population adulte qui a recours à des produits de micro-assurance, ainsi que les catégories spécifiques de produits, lorsque cette information est disponible. Sont concernés à la fois les produits formels et informels.
2. *le profil des clients de micro-assurance potentiels* : Le diagnostic devra établir le profil du public cible de micro-assurance. Les questions à se poser sont notamment les suivantes :
 - Quel est leur profil socio-économique et de revenus ? Quelles sont leurs dépenses prioritaires ?
 - Quels sont les risques spécifiques auxquels sont exposés les ménages à faible revenu et quels sont ceux qu'ils redoutent le plus ?
 - Comment les personnes à faible revenu gèrent-elles les risques et quelles sont les différentes stratégies utilisées dans la communauté ?
 - Existe-t-il des éléments culturels spécifiques qui affectent la demande de micro-assurance ?
 - Quelle perception et quelle compréhension les clients potentiels ont-ils des institutions financières formelles et plus spécialement de l'assurance ?
 - Dans quelle mesure les produits d'assurance existants répondent-ils aux besoins des clients à faible revenu ? Identifier les lacunes potentielles.
3. *la demande potentielle de micro-assurance* : Après avoir évalué la perception des risques parmi les ménages à faible revenu, de même que leur usage et leur compréhension de l'assurance, on estimera le marché de la micro-assurance potentiel et on identifiera quels sont les segments de ce marché les plus accessibles. Dans cette partie de l'analyse, on associera la recherche sur la demande à l'analyse des acteurs, des produits et des circuits de distribution du marché afin de se faire une idée des perspectives de croissance à venir.

Il est important d'approfondir la connaissance non seulement des personnes qui sont actuellement servies par le marché de l'assurance, mais également de celles qui ne participent pas encore au marché, afin de mieux comprendre quels sont les facteurs susceptibles de favoriser le recours aux produits d'assurance et quels sont les obstacles auxquels sont actuellement confrontées ces personnes.

Qui consulter ?

Aux résultats des recherches dédiées à la demande (voir ci-dessous), s'ajoutent les éléments recueillis lors des consultations nationales. D'une manière générale, on sera toujours à

l'affût, pendant les entretiens, de déclarations concernant des profils de clientèle, portant sur des aspects culturels ou concernant tout autre élément pertinent du point de vue de la demande. En outre, il sera toujours judicieux d'intégrer des questions spécifiques liées à la demande dans les entretiens avec les autorités de réglementation et les acteurs de la chaîne de valeur. Il est, cependant, important de bien faire la différence entre opinion, faits anecdotiques et faits pertinents. N'hésitez pas à remettre en cause les hypothèses et, chaque fois que cela est possible, confrontez les opinions aux faits.

Exemples de questions à poser lors des entretiens

Aux acteurs de la chaîne de valeur :

1. Quel est le profil de revenu de votre clientèle/marché cible ?
2. Avez-vous procédé à des études de marché afin de mieux cerner la réalité des clients à faible revenu ? Dans l'affirmative, quels enseignements en avez-vous tiré ?
3. Quelles caractéristiques du marché cible ont été prises en compte dans la conception de vos produits ou de votre réseau de distribution et/ou quels aspects spécifiques de la demande vous ont poussé à modifier les caractéristiques de vos produits ?
4. Quels sont vos produits les plus populaires, et pourquoi ?

Pour les autorités de contrôle/agences de développement :

1. Quelles sont, à votre avis, les principales difficultés à surmonter, du point de vue de la demande, pour garantir la croissance du marché de l'assurance ?
2. Quels sont les vecteurs, notamment culturels, qui influent sur les comportements vis-à-vis de l'assurance dans le pays ?
3. Quelle est la nature des plaintes que vous enregistrez concernant les produits de micro-assurance ?
4. Avez-vous réalisé/entendu parler d'éventuelles études portant sur la culture financière des consommateurs, ou d'initiatives d'éducation du consommateur ?

Où se procurer l'information ?

Outre les enseignements tirés des entretiens, on pourra obtenir des informations sur la demande au moyen (i) d'une analyse des sondages déjà existants sur les ménages (lorsqu'ils sont disponibles), ainsi que (ii) d'études de marché qualitatives spécifiques portant sur les consommateurs à faible revenu. Notez qu'à l'exception des discussions de groupe ou d'autres techniques d'études de marché qualitatives, les études de diagnostic national ne comprendront pas d'enquêtes primaires. Les équipes chargées de la mise en œuvre devront donc se contenter des données quantitatives existantes.

1. Analyse des données recueillies par les études de marché et sources secondaires

On veillera à consulter, lorsqu'elles sont disponibles, les données des études qui révèlent les différentes tendances du recours à l'assurance. Il est important d'évaluer la nature des

données contenues dans les études générales sur les ménages, les études sur la main-d'œuvre ou sur les revenus et les dépenses, ainsi que dans tout autre type d'études pertinentes (par ex. en lisant les rapports de synthèse ou les questionnaires d'enquête). Le but de l'analyse des données d'étude sera d'analyser et de synthétiser toutes les informations disponibles de sources primaires et secondaires concernant la taille actuelle et future du marché, ainsi que les tendances du recours aux produits d'assurance dans le temps.

Dans certains pays, notamment en Afrique, des études spécifiques sur l'usage des services financiers du point de vue de la demande sont disponibles. Ailleurs, il faut rechercher quelles sont les données retenues par les études traditionnelles sur les ménages, les dépenses, ou sur d'autres sujets, réalisées par les services des statistiques. Il faut, par ailleurs, tenir compte du risque que les données de l'étude soient obsolètes, qu'elles n'enregistrent que des usages avoués (et non pas réels)¹⁵, ou qu'elles ne reflètent pas les usages liés au secteur informel. Quoi qu'il en soit, l'analyse d'études quantitatives demeure un outil essentiel pour la compréhension de la pénétration du marché. Souvent, les données des sondages indiquent aussi la répartition géographique et en termes de revenus des personnes détentrices ou non d'une assurance, ainsi que leur niveau d'éducation voire leur culture financière ou leur compréhension de certains concepts.

Éléments à relever dans les données d'enquêtes disponibles ou les rapports secondaires

- Nombre d'assurés dans le secteur de l'assurance, répartis par catégorie de polices proposées si possible
- Toute information concernant le profil des clients (lorsque cela est possible, comparer ces données entre le public assuré et le public non assuré)
- Revenu
- Sources de revenu
- Répartition de la population entre zones rurales et zones urbaines
- Usage des autres services financiers, par ex. épargne ou crédit. Les personnes concernées ont-elles un compte en banque ?
- Appartiennent-elles à des associations ou autres réseaux pouvant servir de relais à des prestations d'assurance ?
- Possèdent-elles un téléphone mobile ?
- Toute information concernant l'expérience du risque au niveau de l'économie

Comment analyser les données ?

- S'il est utile d'avoir des compétences dans le domaine des statistiques et de l'économétrie, il n'est pas nécessaire de procéder à des analyses statistiques ou de régression dans le cadre de l'étude de diagnostic national.

¹⁵ Par exemple, les personnes sondées sont souvent réticentes à révéler qu'elles ont contracté un crédit, ou à communiquer leur niveau d'endettement. Il peut aussi arriver qu'elles n'aient pas conscience de bénéficier de certains services financiers (par exemple lorsqu'elles bénéficient de la couverture d'une assurance contractée par un membre de leur famille). Dans les enquêtes portant sur les ménages, on constate parfois que le chef de famille ou le membre de la famille qui fait l'objet de l'enquête n'est pas forcément bien informé du statut financier des autres membres du ménage.

- Une simple mise en tableau, ou en tableau à double entrée, des données est suffisante pour obtenir une représentation précise des usages et des profils.
- Le tableau à double entrée¹⁶ est un outil puissant qui permet de mieux comprendre les liens et les tendances qui peuvent exister au sein d'un même segment. Ainsi, après avoir établi l'usage de l'assurance d'une manière générale, il peut être intéressant de réaliser un tableau à double entrée afin de préciser l'usage de l'assurance par sexe, par zone d'habitation (rural par opposition à urbain), par catégorie de revenu, ou en fonction de l'utilisation ou non du téléphone mobile.

Lorsqu'aucune donnée d'étude fiable n'est disponible, il faut, pour obtenir une image fidèle des besoins du marché, procéder par triangulation des différentes sources disponibles. On peut, pour ce faire, demander aux assureurs et aux autres acteurs du marché de fournir les estimations de leur nombre de clients, ainsi que les enseignements qu'ils ont pu tirer de leurs études de marché ou autres études passées du point de vue de la demande. Ce type d'exercice produira au mieux une vision générale, mais dans certains cas, il n'y aura pas d'autre choix possible. En l'absence de données ou d'estimations de référence, le consultant pourra se forger une opinion, fondée ou approximative, sur la base des éléments tirés des réunions et de différentes autres sources. Dans tous les cas, il est important de ne pas faire passer des estimations par approximation ou des opinions pour des faits avérés.

2. Études de marché qualitatives¹⁷. Les études de marché qualitatives, qui s'appuient sur des discussions de groupe (« *focus group discussions* ») ou autres méthodologies telles que les entretiens individuels, jouent un rôle important dans les études de diagnostic de micro-assurance. Si les résultats des études quantitatives de type enquête sont généralisables à la population en général en fonction de la technique d'échantillonnage utilisée, cela n'est pas le cas des études qualitatives (Sebstad, Cohen & McGuinness, 2006) qui visent à une meilleure compréhension des motivations qui sous-tendent les phénomènes de marché observés. Les études qualitatives fournissent, en effet, des éléments plus précis quant aux « raisons » qui motivent les choix et les comportements des consommateurs. Elles dévoilent les priorités et les perceptions spécifiques au public cible, et permettent donc aux acteurs du marché de motiver leurs décisions concernant la stratégie, le cadre réglementaire et les opportunités et impératifs à prendre en compte.

Le rôle des études de marché qualitatives dans la perspective du diagnostic est de comprendre la réalité du public cible (les réalités économiques et les risques auxquels il est confronté ainsi que les implications financières de ces risques, les stratégies utilisées pour y faire face, ses connaissances et sa compréhension des produits d'assurance) afin de livrer une image fidèle du versant de la demande. Divers outils d'études de marché sont disponibles, par exemple les discussions de groupe, les évaluations participatives rapides, les entretiens individuels ou l'immersion dans une communauté. Pour approfondir la question des outils utilisables et le rôle de chacun d'entre eux, voir Sebstad, Cohen & McGuinness (2006).

¹⁶ Les tableaux à double entrée servent à établir des correspondances entre deux variables ; ils indiquent la répartition d'une variable dans l'ensemble des catégories d'une seconde variable.

¹⁷ Pour une présentation détaillée du rôle et de la méthodologie des études de marché de la micro-assurance, voir Sebstad, Cohen & McGuinness (2006).

Le choix des outils les plus appropriés dépend du contexte national et de la réalité du budget du projet. Nous allons étudier ici un outil fréquemment utilisé pour les études de diagnostic national, à savoir les discussions de groupe.

Les discussions de groupe comme outil de compréhension des questions liées à la demande

Définition du concept de discussion de groupe : les discussions (thématiques) de groupe sont un des nombreux outils disponibles pour organiser des études de marché qualitatives. La méthodologie de base consiste à former de petits groupes (de 8 à 10 personnes généralement) et d'étudier leur point de vue et leurs perceptions sur certaines questions au moyen de discussions interactives entre le groupe et un modérateur professionnel. Les résultats obtenus étant de nature qualitative, ils ne peuvent pas être extrapolés à la population dans son ensemble, ne constituant qu'une indication du point de vue d'un échantillon de personnes.

Les membres du groupe sont sélectionnés en fonction de leur sexe, âge et catégorie socio-économique. On peut signaler, au moment du recrutement, si la personne concernée est détentrice d'une assurance et d'un compte en banque afin de permettre une analyse désagrégée et des comparaisons entre les personnes détentrices et non détentrices d'assurance. De même, les groupes peuvent être segmentés selon un critère géographique (zone rurale, urbaine ou périurbaine).

Rôle des discussions de groupe. L'objectif des discussions de groupe est de comprendre le profil de revenus et de dépenses des personnes à faible revenu, leur expérience du risque (le degré de gravité des différents risques) et la relation qu'ils entretiennent avec le concept d'assurance. Autre objectif poursuivi : susciter le débat sur les critères de décision des membres du groupe (décision de contracter ou non une assurance) et sur leur perception du marché de l'assurance. Bien que les données recueillies par les enquêtes livrent parfois des informations sur ces facteurs, elles n'apportent pas le niveau de détail nécessaire, du point de vue qualitatif, pour comprendre les perceptions et les motivations dissimulées derrière certains comportements. Les discussions de groupe permettent d'aborder ces questions au travers de débats. Le modérateur aborde un thème, par exemple « Quels aléas de la vie sont susceptibles de vous affecter financièrement ? » pour susciter le débat sur différents risques (généralement le décès, la maladie ou la perte de revenus), la manière d'y faire face (l'entraide au niveau de la communauté, le soutien familial, l'emprunt, la vente de biens) avant de, finalement, évoquer l'assurance et ce qu'elle peut apporter aux participants.

Comme l'organisation de discussions de groupe exige l'intervention d'un modérateur spécialisé, il est préférable de faire appel à un spécialiste en se tournant vers les instituts d'études de marché. Cela est également vrai pour les autres techniques d'études de marché qualitatives. Cela signifie que le consultant doit prendre le temps de définir les termes de référence de l'étude de marché qualitative visée, de communiquer avec les instituts d'études de marché auxquels il pourra faire appel, d'évaluer les propositions qu'ils lui feront, et de désigner le prestataire retenu. Les consultants chargés du diagnostic devront, lorsque cela est possible, assister à quelques-unes ou à la totalité des séances de discussions de groupe et s'impliquer auprès des prestataires d'études de marché après ces premières séances afin de fournir des commentaires et de contribuer à structurer les séances restantes.

Le questionnaire sur lequel l'animateur devra s'appuyer pour organiser les discussions lors des séances de discussions de groupe, appelé *guide de discussion*, peut s'inspirer des exemples utilisés dans de précédentes études nationales. Il devra, cependant, être systématiquement adapté au contexte local, à la langue et aux spécificités culturelles locales. Nous vous proposons un exemple de guide de discussion à l'Annexe 1. Vous trouverez aussi des exemples plus approfondis dans les annexes de Sebstad, Cohen & McGuinness (2006).

Principaux éléments à prendre en compte dans le guide des discussions de groupe

Le guide de discussion a, en principe, quatre objectifs (rappelons qu'il ne s'agit pas là d'un impératif, et que ces objectifs devront être adaptés en fonction du contexte national) :

1. *Présentation/contexte*. Comprendre le contexte économique des participants : leur profil d'emploi et de revenu, leurs priorités en matière de dépenses, le fait qu'ils soient ou non détenteurs d'un compte en banque ou utilisateurs d'autres services financiers, le fait qu'ils épargnent ou non, et de quelle manière. Lorsqu'ils travaillent dans le secteur de l'économie informelle, appartiennent-ils à un quelconque réseau ?
2. *Expérience du risque*. Il faut, dans un deuxième temps, inciter les participants à décrire les principaux risques auxquels ils sont exposés et se concentrer sur les aléas de la vie qui peuvent avoir des conséquences financières pour eux, en précisant l'ordre de grandeur de ces conséquences (mais il ne faut à aucun moment indiquer que la discussion va porter sur l'assurance).
3. *Dispositifs permettant de faire face aux risques*. L'étape suivante consiste à identifier la manière dont ces personnes font face aux conséquences de ces événements. Laissez-les exprimer spontanément les stratégies mises en œuvre dans ce but. On retrouvera en principe dans cette liste l'entraide familiale, l'emprunt, l'utilisation de l'épargne, la vente de biens, les groupes informels de mutualisation des risques tels que les fonds funéraires, les groupes d'entraide, etc. Le principe est d'identifier la perception des risques et les moyens mis en œuvre pour y faire face. Cette étape aura aussi pour intérêt de vérifier si les participants évoquent l'assurance, et d'établir, dans ce cas, le niveau de priorité de ce moyen à leurs yeux. Il sera également intéressant d'évaluer le déficit de protection concernant les risques « assurables » qui pourraient être couverts par l'assurance.
4. *Perception de l'assurance*. Enfin, le recours à une discussion de groupe permettra de mieux cerner la compréhension et les perceptions que les participants ont de l'assurance : qu'est-ce que l'assurance, quels peuvent être ses avantages, les participants font-ils confiance aux assureurs ? Comprennent-ils ce que signifie payer une prime, régler un sinistre, etc. ? Quelle est leur expérience de l'assurance, quelle image de l'assurance est véhiculée dans le cercle familial et dans les autres sphères de la communauté ? Quelles sommes sont-ils prêts à consacrer à l'assurance et quelles garanties exigent-ils en retour (en termes de gamme de produits, de caractéristiques des produits, de distribution, etc.) pour décider d'acquiescer une police ? Cette partie du débat doit, là encore, faire l'objet d'une expression spontanée, sachant que si la connaissance de l'assurance est insuffisante de la part des participants, le modérateur pourra toujours apporter des éléments d'information complémentaires et poser des questions propres à creuser le sujet.

La réussite de la discussion de groupe repose aussi sur un autre élément clé : le *questionnaire de recrutement*. Le tableau ci-dessous recense les questions que doit traiter ce

questionnaire ainsi que les principaux éléments que l'on retrouve dans le guide de discussion.

Recrutement des participants

Le recrutement des participants est une étape capitale qui conditionne la pertinence des résultats obtenus par le biais des discussions de groupe et la possibilité de les segmenter en différentes catégories de participants. L'institut d'études de marché désigné pour organiser la discussion de groupe est chargé du recrutement. Il est donc important d'élaborer un questionnaire de recrutement afin de s'assurer que l'institut sélectionne les bons participants. Un questionnaire de recrutement comprend quelques questions qui permettront de sélectionner les participants des groupes. Ces questions doivent permettre d'obtenir des informations sur les sujets suivants :

- l'âge ;
- le sexe ;
- le revenu mensuel ;
- la détention ou non d'une assurance ;
- la détention ou non d'un compte en banque ou d'un téléphone portable ;
- la zone d'habitation : rurale ou urbaine.

La composition du groupe est alors établie en fonction de ces critères de recrutement afin de permettre une comparaison entre des personnes de profils différents, par exemple : point de vue des groupes féminins par opposition aux groupes masculins ; des groupes ruraux par opposition aux groupes urbains ; différence de perception par groupes d'âge ; etc. D'une manière générale, il faut disposer d'au moins deux groupes d'un même profil pour pouvoir établir une comparaison pertinente.

Le tableau ci-contre propose une méthode possible de segmentation par groupes. Là encore, il ne s'agit pas d'un modèle universellement applicable dans tous les pays. La segmentation exacte dépendra du nombre de groupes (qui dépendra lui-même du budget disponible) ainsi que du profil du pays concerné.

Sexe	Groupe d'âge	Revenu	Ville 1	Ville 2	Ville 3	Zone rurale
Caractéristiques			Groupes			
Hommes	Âge A	Catégorie de revenu 1	1. Pas d'assurance		9. Ont une assurance	13. Pas d'assurance
		Catégorie de revenu 2		5. Pas d'assurance		
	Âge B	Catégorie de revenu 1		6. Pas d'assurance		14. Pas d'assurance
		Catégorie de revenu 2	2. Ont une assurance		10. Pas d'assurance	
Femmes	Âge A	Catégorie de revenu 1		7. Ont une assurance	11. Pas d'assurance	15. Pas d'assurance
		Catégorie de revenu 2	3. Pas d'assurance			
	Âge B	Catégorie de revenu 1	4. Pas d'assurance			16. Pas d'assurance
		Catégorie de revenu 2		8. Pas d'assurance	12. Ont une assurance	
Total			4 groupes	4 groupes	4 groupes	4 groupes

Les conclusions tirées des études qualitatives, accompagnées du plus grand nombre possible de citations des participants destinés à illustrer les points abordés, feront l'objet d'un rapport rédigé par l'institut d'études de marché, auquel seront jointes les transcriptions des discussions de groupe ou des entretiens. Les consultants chargés de réaliser le diagnostic

fourniront des commentaires sur le projet de rapport afin d'en garantir la qualité. Une fois le rapport d'étude de marché finalisé, les consultants chargés de réaliser le diagnostic intégreront les principaux résultats du rapport d'étude de marché à la partie demande de l'étude de diagnostic. Il est important de bien comprendre que, si les discussions de groupe et les autres outils peuvent fournir des informations concernant les besoins des populations, **ces besoins ne se transforment pas forcément en demande**. Les discussions de groupe et les enquêtes peuvent évaluer la propension à l'achat mais ils ne sont pas toujours à même de prédire une adhésion effective à l'assurance et les résultats obtenus ne doivent donc pas être présentés comme tels¹⁸.

4.1.3. Offre

Le troisième volet de l'exercice d'évaluation de la portée du marché consiste à cartographier l'offre de produits d'assurance, et notamment de produits de micro-assurance.

Objectifs

Les objectifs de l'analyse du versant de l'offre sont les suivants :

1. Acquérir une bonne compréhension des acteurs et des produits du marché de l'assurance ainsi que du contexte dans lequel ils s'inscrivent. Pour ce faire, l'analyse doit apporter des éléments suffisamment détaillés concernant les acteurs clés présents à tous les stades de la chaîne de valeur et les produits caractéristiques du marché des faibles revenus. Il n'est pas nécessaire de faire une analyse détaillée de chaque produit et institution. L'essentiel est de se concentrer sur les informations pertinentes, exploitables dans le cadre de l'analyse réglementaire.
2. Identifier et décrire les dynamiques et tendances principales qui définissent le marché de l'assurance en général et celui de la micro-assurance en particulier.

Quels éléments prendre en compte ?

L'analyse du versant de l'offre a traditionnellement quatre facettes : les prestataires, les produits, la distribution et le niveau de recours aux services. Les tâches à entreprendre et les questions à se poser sont les suivantes :

Prestataires de (micro-)assurance

1. Identifier et catégoriser les acteurs formels et informels présents sur le marché des faibles revenus et assurant les différentes fonctions de la chaîne de valeur. Lorsque cela est possible, on relèvera leur importance et leur position relatives sur le marché. On étudiera, pour les différentes catégories, les éléments suivants :

¹⁸ La décision de contracter une assurance est conditionnée par plusieurs facteurs. Selon une hypothèse, cette décision ne peut être prise que si la valeur perçue dépasse le coût perçu de l'assurance. Le mot « perçu » est important dans la mesure où, en l'absence de connaissances concrètes, ce sont les perceptions qui motivent les choix. Pour les personnes à faibles revenus qui doivent faire quotidiennement des choix de dépenses difficiles, le coût d'opportunité lié au fait de consacrer des ressources au versement de primes d'assurance sera plus élevé. La valeur perçue du produit est fonction de la connaissance de l'assurance et de la confiance en l'assurance propres à chaque personne. La confiance est généralement plus forte lorsque le prestataire de l'assurance est un organisme mutualiste/coopératif bien établi dans la communauté.

- *Rôle et position* : Décrire la position des différentes catégories d'acteurs de la chaîne de valeur ainsi que leur rôle dans le secteur de la micro-assurance. Ainsi, on identifiera les réassureurs et le rôle qu'ils jouent sur le marché des faibles revenus (par ex. sont-ils capables de faire directement le lien avec les non-assureurs ? Sont-ils autorisés à réassurer les assureurs mutualistes agréés ?).
 - *Description et types* : Fournir une description adéquate des caractéristiques des catégories ainsi que des variations à l'intérieur des catégories.
 - *Défaillances et dynamique du marché* (y compris les abus) : Les défaillances du marché et les abus sont souvent l'occasion d'un changement de la réglementation. Il est donc important de se faire une idée de la réalité de ces pratiques sur le marché.
 - *Gestion et gouvernance d'entreprise* : Il ne doit pas s'agir d'une analyse générale de la gouvernance d'entreprise, mais d'une étude focalisée sur la dynamique et les caractéristiques de la gouvernance qui auront un effet sur la nature de la réglementation (notamment les lacunes de gouvernance). Cela est particulièrement intéressant pour les assureurs informels et les autres catégories d'institutions qui ne sont pas encore réglementées.
2. Analyser le rôle et l'impact de l'implication de l'État sur le marché (par ex. les programmes gouvernementaux, la fiscalité, etc.).
 3. Identifier et décrire les associations importantes du secteur, leurs membres et leur rôle dans le développement du secteur de la micro-assurance (y compris les associations d'assureurs informels, par exemple les coopératives).
 4. Identifier les facteurs de marché et les tendances affectant le développement de l'assurance (y compris les obstacles à l'entrée et les obstacles à la « formalisation », la structure concurrentielle du marché, etc.).

Distribution :

1. Évaluer les différents modèles de distribution de la micro-assurance et leurs aspects réglementaires. Décrire et évaluer ces modèles par rapport aux caractéristiques mentionnées dans le cadre analytique.
2. Identifier les grandes options et moyens de collecte des primes, en faisant la synthèse des principaux avantages et désavantages.
3. Identifier les acteurs, les produits et les technologies particulièrement innovants présents sur le marché des faibles revenus (ou qui pourraient l'être).

Caractérisation des produits et accès

1. Recenser les principales caractéristiques de l'ensemble des catégories de produits disponibles qui sont destinés au plus bas échelon de l'échelle économique et, si possible, fournir une estimation de la taille du marché et des parts de marché. Si le nombre de prestataires et de produits est trop élevé, proposer des produits et institutions (ou catégories) appropriés sur lesquels on pourra se concentrer.

2. A partir de l'analyse des produits, identifier les caractéristiques communes des produits de micro-assurance du pays. Par exemple : Les produits de micro-assurance sont-ils généralement basés sur le principe du premier risque ? Privilégient-ils les tarifs de groupe à une tarification individuelle ? Les contrats proposés sont-ils des contrats à court terme renouvelables ?
3. Identifier les contraintes réglementaires qui affectent la conception des produits et leur distribution, ainsi que les obstacles spécifiques en termes d'accès susceptibles d'empêcher la population d'utiliser ces produits.
4. Identifier les difficultés d'accès spécifiques au marché (par ex. complexité des produits, produits peu accessibles dans des zones où vit la plus grande partie de la population).
5. Lorsque cela se justifie, compléter le tableau général par des études de cas des produits et institutions, notamment des projets pilotes, illustrant des dynamiques ou des dilemmes réglementaires et de marché intéressants.

Recours au produit (dans la perspective de l'offre) et valeur du produit

Pour compléter et corroborer l'analyse de l'usage de la micro-assurance dans la perspective de la demande, on évalue l' « adhésion » à l'assurance du point de vue de l'offre et la valeur des produits :

1. Combien de clients/polices d'assurance existe-t-il ? A combien de personnes couvertes par des polices d'assurance cela correspond-il ?
2. Quelle proportion de ces chiffres représente la micro-assurance ? Si les données ne sont pas collectées spécifiquement pour la micro-assurance, quelles sont les catégories de produits les plus susceptibles d'inclure la micro-assurance ?
3. Quelle est la composition des primes, notamment en ce qui concerne les frais de gestion, les commissions (si elles sont indiquées en tant que telles) et le rapport sinistres-primes des produits de micro-assurance ou des catégories d'assurance les plus à même d'inclure la micro-assurance ?
4. Existe-t-il un marché informel hors du domaine de l'assurance agréée, et si oui, à combien est estimé le nombre de personnes qu'il touche et de quelle manière les touche-t-il ?

Qui consulter ?

Il est important de consulter un échantillon représentatif des acteurs impliqués dans l'ensemble de la chaîne de valeur de l'assurance, afin d'obtenir des indications sur la gamme complète des produits de micro-assurance pertinents et des mécanismes de distribution qui s'y rapportent. Les parties prenantes à consulter sont les suivantes :

- les assureurs commerciaux ;
- les administrateurs d'assurance/responsables de la souscription ;
- les associations d'assureurs ;
- les organismes de microcrédit ;
- les associations de microfinance ;
- les courtiers/agents et/ou les associations de courtiers ;
- les banques ayant des activités de bancassurance ;
- des associations professionnelles, services publics, chaînes de magasins, réseaux de téléphonie mobile et autres agrégateurs de clients ayant actuellement des activités de distribution d'assurance ou pouvant jouer le rôle de réseaux de distribution d'assurance.

Exemples de questions à poser et d'éléments auxquels il faut être attentif

- Nature de l'activité, principaux produits proposés, produits aux particuliers ou aux entreprises
- Nombre de clients/d'assurés/de membres
- Activités actuelles sur le marché des faibles revenus et intérêt de leur présence sur ce segment spécifique du marché
- Difficultés/opportunités de développement de la clientèle au bas de l'échelle des revenus, ou raisons invoquées pour justifier qu'il ne s'agit pas d'une priorité stratégique
- Aperçu des produits adaptés au marché des faibles revenus – éléments et niveaux de couverture, options des produits, primes, options de paiement, autres caractéristiques ?
- Activités envisagées/produits à l'état de projet ?
- Rapport sinistres-primes : en cas de refus de divulguer ces informations, demandez un ordre de grandeur et les différences rencontrées entre les diverses catégories de produits
- Taux de commission : en cas de refus de divulguer ces informations, demandez un ordre de grandeur et les différences rencontrées entre les diverses catégories de produits
- Tendances en matière de solvabilité, situation financière de la société/du secteur, principales difficultés
- Principales difficultés réglementaires/obstacles rencontrés
- Réseaux de distribution utilisés et réseaux envisagés pour atteindre une taille critique sur le marché des faibles revenus ?

Comment obtenir les informations nécessaires ?

Il est important de rechercher des informations sur les performances et les tendances générales du secteur de l'assurance, et notamment sur les catégories et la nature des acteurs et des produits du marché, la nature de la distribution et des entités qui y participent, et la présence éventuelle d'acteurs étrangers. Intéressez-vous également à la participation de l'État en tant que prestataire ou intermédiaire ou en tant qu'agrégateur de clients.

1. Entretien et sources secondaires. La principale méthode de collecte d'informations du point de vue de l'offre consiste en des entretiens avec les parties prenantes, qui seront complétés par tous types d'informations documentaires disponibles :

- Les assureurs et les autres acteurs du marché constituent une source d'informations essentielle et il est important de savoir de quels types de documents ils disposent et de faire en sorte d'y avoir accès.
- Dans certains cas, il peut aussi exister d'autres sources « secondaires » porteuses d'informations générales intéressantes.

On veillera à effectuer une recherche documentaire initiale en interrogeant un moteur de recherche sur Internet afin d'identifier les documents pertinents. En outre, il peut être intéressant de prévoir un entretien préalable à la visite dans le pays avec une ou deux parties prenantes importantes ayant une vision synthétique du marché, et de leur demander quels sont les documents à consulter. De même, essayez d'identifier, pendant les entretiens, les documents pertinents à consulter. Ce sont des pistes que vous pourrez ensuite approfondir lors des phases d'analyse et de synthèse qui suivront la visite dans le pays.

Documents utiles à obtenir :

- Rapports annuels et états financiers annuels (afin d'évaluer la solvabilité, la rentabilité, le rapport sinistres-primés et la performance des lignes de produit) des assureurs
- Rapport annuel de l'autorité de réglementation ou base de données d'informations fournies par les assureurs
- Rapports de recherche internes émis par les assureurs
- Brochures produits : il est important de se procurer le plus grand nombre de brochures de produits pertinents pour la micro-assurance afin de pouvoir recenser les caractéristiques des produits.
- Rapports réglementaires produits par l'assureur
- Rapports généraux internationaux sur l'assurance traitant du pays étudié
- Rapports nationaux existants sur le secteur financier ou de l'assurance, notamment les rapports commandés par des agences multilatérales telles que la Banque mondiale

2. Analyse des données du contrôleur. Dans tous les pays où existe un contrôleur d'assurance, les prestataires d'assurance agréés doivent obligatoirement soumettre au contrôleur des informations dans un format précis afin de lui permettre d'assurer ses fonctions de surveillance. Ces informations doivent concerner leur situation financière, le nombre de produits offerts et de polices vendues (souvent en fonction de catégories spécifiées), leurs primes brutes, leur rapport sinistres-primés, les commissions versées, la réassurance, etc. Le contrôleur reprendra certaines de ces informations sous une forme synthétique dans ses rapports annuels ou trimestriels qui seront rendus publics, généralement sur son site Internet. Mais le contrôleur peut également être sollicité pour divulguer d'autres données au cas où les données accessibles au public s'avèreraient insuffisantes pour étayer les analyses. L'objectif de l'analyse doit être clairement annoncé au contrôleur, c'est-à-dire l'obtention des informations décrites dans la partie intitulée « Quels éléments prendre en compte » ci-dessus. Dans certains cas, le contrôleur aura les moyens d'extraire les informations demandées. Dans d'autres, l'analyse devra porter sur des

données brutes mises à disposition et il faudra veiller à ce que ces données soient fournies dans un format facilement exploitable électroniquement.

4.2. Analyse réglementaire

Le quatrième volet de l'exercice de diagnostic s'intéressera à la manière dont, de par ses caractéristiques et son rôle, le cadre réglementaire façonne le marché de la micro-assurance. La réglementation joue un rôle critique en ce sens que : (i) elle décide qui sont les acteurs autorisés à accéder au marché ; (ii) elle implique des coûts, à travers les règles de conformité qu'elle impose, dont les assureurs qui souhaitent développer leur activité sur le marché des faibles revenus doivent tenir compte ; (iii) elle peut imposer la prestation de certains types d'assurance ; (iv) elle peut créer des régimes d'assurance obligatoires tels que l'assurance-maladie sociale ; et (v) elle a une incidence sur le développement des systèmes de paiement.

L'analyse réglementaire a pour objet de collecter des informations, mais aussi d'inciter l'autorité de réglementation et les autres parties prenantes à réfléchir au développement du marché de la micro-assurance et au rôle que doit jouer la réglementation en ce sens. Mais il ne faut pas oublier que la réglementation n'est pas le seul facteur qui affecte le développement du marché ; l'absence de réglementation peut avoir une influence tout aussi déterminante. Et même lorsqu'une réglementation existe, si le contrôle s'exerce selon une approche d'« indifférence bienveillante » ou de « tolérance », le marché a des chances de se développer dans des directions que le régulateur ne peut anticiper.

Objectif : Les objectifs de l'analyse réglementaire sont les suivants :

1. Comprendre les *objectifs actuels des politiques* du gouvernement ainsi que leur évolution au fil du temps.
2. Esquisser le profil du *régime réglementaire* actuel. Le régime réglementaire est l'approche globale du gouvernement en matière de réglementation de l'assurance. Le régime réglementaire peut dépendre de plusieurs textes législatifs ou réglementaires jouant chacun un rôle particulier dans le régime général. Ces différentes composantes de la réglementation doivent être interprétées ensemble afin de bien comprendre la vision d'ensemble du secteur.
3. Présenter les *détails pertinents* des éléments législatifs/réglementaires à respecter. Il ne s'agit pas de recenser tous les aspects réglementaires, mais uniquement ceux qui sont significatifs par rapport aux objectifs du projet ou qui définissent le contexte applicable.
4. Comprendre les *processus de contrôle* qui sont à l'œuvre ainsi que la capacité de contrôle qui peut être mise en œuvre à l'échelle nationale.

Quels éléments prendre en compte ?

Ce volet concerne l'ensemble des éléments de réglementation et des politiques qui peuvent affecter le développement du marché de l'assurance, ainsi que la capacité d'intervention et

l'approche du contrôleur. Les tâches à entreprendre et les questions à se poser sont les suivantes :

Objectifs des politiques

Quels sont les objectifs explicites des politiques menées par le gouvernement ? Certains gouvernements peuvent ne pas poursuivre nécessairement tous les objectifs politiques susceptibles de bénéficier au secteur financier (comme la stabilité, la protection du consommateur, l'efficacité du marché, le développement du marché). Pour beaucoup de gouvernements, le développement du marché n'est pas forcément un objectif explicite ou clair à ce stade. Afin de pouvoir faire un état des lieux du paysage réglementaire, il faudra d'abord identifier quels sont les objectifs réels du gouvernement.

Les objectifs des politiques menées par les gouvernements sont généralement inscrits dans les documents suivants :

- textes de loi ;
- documents politiques officiels ;
- déclarations publiques des responsables politiques ;
- entretiens avec les responsables chargés de la réglementation du secteur.

Instruments réglementaires

- Quels sont les instruments réglementaires utilisés ?
- Législation/réglementation qui définit ces instruments.
- Éléments pertinents des dispositions statutaires relatives à chacune des composantes du régime réglementaire, par ex. l'obligation d'agrément, les procédures obligatoires, les accords de gouvernance, etc. Les formes institutionnelles que les prestataires d'assurance sont habilités à revêtir doivent également être étudiées dans ce rapport.
- Comment les instruments réglementaires sont-ils contrôlés ?
- Autres régimes réglementaires pertinents, par ex. ceux qui régissent les systèmes de paiement, les infrastructures télécoms ou les banques, ayant une incidence directe sur le secteur de l'assurance ;
- Autres instruments réglementaires susceptibles d'affecter le secteur de l'assurance-vie comme par exemple la réglementation sur la protection de la vie privée, la réglementation de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme (qui peut imposer des coûts rédhibitoires aux opérations d'identification des clients ne possédant pas les justificatifs nécessaires).
- Principales évolutions de la réglementation au cours du temps, par ex. un aperçu historique des changements qui ont abouti au régime actuel.
- Quelles sont les questions débattues actuellement au niveau politique qui, à terme, sont susceptibles de faire évoluer la réglementation ? Ces débats peuvent transparaître dans les propositions politiques, les projets de législation/réglementation, les déclarations aux médias ou plus simplement dans les

conversations avec des responsables gouvernementaux, des responsables du secteur ou des décideurs politiques.

Impact de la réglementation

Il s'agit, à ce stade, de préciser l'impact réel et potentiel de la réglementation évoquée à la section précédente, qui peut être très variable. En voici quelques exemples :

- un secteur de la micro-assurance dynamique et non réglementé s'est développé parce que le gouvernement poursuit une politique de tolérance réglementaire vis-à-vis des prestataires relevant d'une forme institutionnelle particulière, par exemple les coopératives communautaires ;
- les assureurs formels s'implantent sur le marché des faibles revenus parce qu'une obligation leur en est faite par le gouvernement ;
- des catégories prometteuses d'organismes proposant de la micro-assurance n'ont pas vu leur activité véritablement décoller en raison d'un problème d'accès à la réassurance, etc.

On aura soin, ici, de bien garder en mémoire les facteurs susceptibles de conditionner l'impact des politiques.

Il pourrait être très utile, dans la poursuite de l'objectif ultime du projet, de dresser un tableau général de l'impact dynamique de la réglementation dans le temps, en faisant apparaître la manière dont telle ou telle initiative réglementaire a orienté l'évolution du marché.

Qui consulter ?

Le contrôleur d'assurance sera la première partie prenante à consulter et il faudra prendre le temps de mener des entretiens approfondis avec lui. Il faudra, par ailleurs, rencontrer les personnes suivantes :

- le responsable politique chargé du secteur de l'assurance/secteur financier : généralement le ministère des Finances ou la banque centrale.
- le cas échéant : l'organisme ou l'autorité chargé(e) d'une stratégie ou d'un plan de développement du secteur financier, par exemple une stratégie de développement de l'inclusion financière ou de la microfinance. Le plus souvent, cet organisme n'est autre que la banque centrale.
- les ministères ou autorités chargées de réglementer certains domaines pouvant concerner le développement du secteur de l'assurance, par exemple les ministères compétents dans le domaine des coopératives, de la santé, du développement social et économique, ainsi que les autorités fiscales.

Exemples de questions à poser lors des entretiens

Les questions à poser lors des entretiens peuvent porter sur les sujets suivants (liste non exhaustive) :

- Existe-t-il une politique d'inclusion financière ?
- Quels sont les différents textes législatifs qui régissent l'assurance dans le pays ?
- De quel organisme dépend la réglementation prudentielle ?
- Existe-t-il une délimitation entre l'assurance-vie et l'assurance non-vie ?
- De quel organisme dépend l'assurance médicale/santé et quel traitement lui est réservé vis-à-vis des autres formes d'assurance ?
- Qui est habilité à devenir assureur agréé et dans quelles conditions ?
- Qui est habilité à vendre des assurances et dans quelles conditions ?
- L'approbation des produits est-elle obligatoire ?
- Quels domaines réglementaires en dehors de la réglementation de l'assurance peuvent concerner le marché de la micro-assurance, et de quelle manière ?

Où se procurer les informations nécessaires ?

Pour obtenir les éléments nécessaires pour réaliser l'analyse réglementaire, on pourra se tourner vers les sources suivantes :

- études documentaires portant sur la législation en vigueur ;
- éléments tirés des consultations ;
- tous types de rapports établis sur la base de sources secondaires dressant un tableau général de la réglementation, par exemple un rapport d'évaluation du secteur financier (FSAP) réalisé par la Banque mondiale/FMI ou des études antérieures couvrant des domaines connexes et contenant une présentation générale de la réglementation du secteur financier ou de l'assurance.

Après une étude documentaire initiale visant à identifier les textes réglementaires, on pourra contacter le contrôleur d'assurance afin de vérifier que la liste est complète et de demander l'accès aux différents textes législatifs et aux législations déléguées, ainsi qu'aux autres documents politiques, notes d'orientation, etc. qui pourraient s'appliquer. On pourra aussi solliciter les acteurs du secteur qui ont, en principe, une bonne connaissance de la réglementation en vigueur pour obtenir les références de ces documents. Dans de nombreux pays, la réglementation ou la législation primaire ne seront sans doute pas disponibles dans la langue de travail des consultants. Il est donc nécessaire d'évaluer à l'avance la disponibilité des instruments juridiques dans la langue souhaitée et de faire traduire les documents les plus importants préalablement à la visite dans le pays.

Aspects de la réglementation auxquels il faut être attentif

Même s'ils ne constituent pas une liste exhaustive, les éléments énoncés ci-dessous devront être attentivement étudiés afin de couvrir la totalité du régime réglementaire :

- La partie de la loi sur les assurances qui définit le statut de l'assureur, et notamment les dispositions relatives aux différents statuts juridiques autorisés et aux contraintes de séparation des activités
- Les définitions des différentes catégories de polices d'assurance
- Les obligations concernant la solvabilité et le niveau de capital
- La partie du droit primaire ou des législations déléguées régissant les commissions (le cas échéant)
- La partie du droit primaire ou des législations déléguées précisant qui est habilité à jouer un rôle d'intermédiation de l'assurance et établissant les obligations qui s'y rapportent
- Les dispositions du cadre réglementaire de la banque relatives à la bancassurance, et les dispositions du cadre réglementaire de la microfinance définissant les fonctions que peuvent assurer les prestataires de microfinance
- Les dispositions du cadre réglementaire des coopératives définissant les fonctions que peuvent assurer les coopératives

Pour aller plus loin

Une étude formelle des différentes composantes du cadre réglementaire ne suffira pas pour analyser en profondeur les vecteurs réglementaires et les obstacles au développement du marché. L'étude de diagnostic n'a de sens que si elle introduit un élément d'interprétation. Pour ce faire, il est important de :

- cerner la charge réglementaire globale. Il faudra pour cela obtenir une vision large du régime réglementaire dans son ensemble puis d'en évaluer l'impact en prenant du recul. Il sera utile de demander aux parties prenantes de la chaîne de valeur comment elles perçoivent, elles, la charge réglementaire globale. Il est tout à fait possible de tenir compte des points de vue subjectifs dans la mesure où ils ne sont pas présentés comme des faits avérés.
- établir quels sont les aspects du cadre réglementaire qui créent des incertitudes, des difficultés ou des obstacles sur le marché. Une fois de plus, cela implique de dépasser l'analyse de la lettre de la loi et de comprendre comment le marché assimile la réglementation et interagit avec elle.
- déterminer de quelle manière les incertitudes réglementaires sont exploitées à des fins d'arbitrage ou d'évitement réglementaire par les acteurs du marché. Il est aussi important d'identifier les défauts de coordination entre les différents services gouvernementaux, par exemple les cas où des dispositions de la législation sur les banques ou sur les coopératives peuvent être en contradiction avec le droit des assurances.

Tous ces aspects seront importants à prendre en compte pour cerner les vecteurs réglementaires du développement du marché et formuler des recommandations stratégiques concernant les changements politiques, réglementaires ou de contrôle susceptibles de stimuler le développement du marché de la micro-assurance.

4.3. Synthèse, vecteurs et conclusions

L'analyse de marché et l'étude des dispositions réglementaires/de contrôle doivent déboucher sur une série de conclusions et de recommandations.

Objectif : L'objectif de l'exercice de synthèse sera de rassembler les enseignements tirés de l'analyse du contexte, de la demande, de l'offre et de la réglementation pour en tirer une série de faits suffisamment circonstanciés et substantiels pour justifier un ensemble de

recommandations en vue de modifier la politique et la réglementation nationales et/ou l'orientation stratégique du secteur.

Quels éléments prendre en compte ?

Généralement, la synthèse des conclusions est organisée en quatre catégories :

1. *Le point de départ.* Présenter les aspects fondamentaux de l'état actuel du marché de la micro-assurance, de sa portée et de ses caractéristiques, et les tendances clés observées du point de vue de la demande, de l'offre et de la réglementation.
2. *Les vecteurs.* Identifier les vecteurs du développement du marché de la micro-assurance. Soyez attentif aux tendances de fond qui sous-tendent les phénomènes observés et les tendances du marché. Les vecteurs peuvent se rattacher aux quatre volets de l'analyse, à savoir le contexte, le point de vue de la demande, le point de vue de l'offre et la réglementation, et il est important de bien distinguer ces différentes sphères. Les vecteurs peuvent se situer à l'intérieur ou au-delà de la sphère d'influence des parties prenantes. Ils peuvent être positifs (par ex. la croissance économique contribue à faire reculer la pauvreté, ce qui, en retour, favorise l'adhésion à l'assurance) ou négatifs (par ex. l'absence de système de paiement électronique fonctionnel est un facteur d'inefficacité du secteur de l'assurance).
3. *Direction du marché, opportunités immédiates et obstacles.* Estimer la taille du marché potentiel et la direction qu'il prend. Ces informations peuvent être recoupées en fonction des analyses du niveau de recours et de la demande. Pour déterminer la direction du marché, il faut impérativement prendre en compte les opportunités qui s'offrent au développement et les difficultés auxquelles il doit faire face :
 - Identifier les principales opportunités de développement du marché, par exemple les créneaux les plus porteurs en termes de croissance, les réseaux qui peuvent être utilisés pour assurer la distribution, les produits spécifiques pour lesquels il existe une demande latente qui ne demande qu'à être exploitée, ou des domaines dans lesquels une réforme réglementaire pourrait avoir un effet prometteur sur le développement du marché. Essayer de cerner les opportunités évidentes, c'est-à-dire les avancées qui sont « à portée de main », de même que les opportunités à plus long terme ou exigeant des changements ou des efforts plus importants.
 - Identifier les difficultés ou les obstacles au développement, par exemple les cas où le secteur de l'assurance est sous-développé ou bien où la réglementation interdit aux organismes mutualistes de se livrer à des activités d'assurance. Il est également important de bien prendre en compte l'économie et le paysage politiques.
4. *La feuille de route.* En se fondant sur ces éléments (1-3), formuler des recommandations stratégiques en faveur du développement du marché. Elles peuvent se rapporter à la chaîne de valeur, aux interventions sur le versant de la demande et à la modification de la réglementation, respectivement, ou elles peuvent être transversales. Une partie peut consister à mettre en lumière des manques d'information importants et à formuler des recommandations visant à combler ces lacunes. L'étude de diagnostic *ne doit pas formuler la stratégie*, car celle-ci sera élaborée dans le cadre d'un processus participatif local à la suite de l'étude de diagnostic. Le diagnostic devra néanmoins formuler des recommandations stratégiques basées sur les résultats obtenus et qui alimenteront le processus d'élaboration de la stratégie.

Conclusion

Le présent document a pour but de proposer une feuille de route aux équipes qui réalisent un diagnostic de la micro-assurance dans le cadre de l'Initiative Accès à l'Assurance. Il explique la logique inhérente au diagnostic, son objet ainsi que les étapes traditionnelles de la réalisation d'un diagnostic. Il expose ensuite le cadre analytique des concepts et des raisonnements qui sous-tendent une étude de diagnostic, introduisant la définition et les vecteurs de l'inclusion financière, la définition de la micro-assurance, la demande, l'offre et les composantes réglementaires de l'analyse, et donnant à comprendre les défaillances réglementaires et de marché à surmonter et les enjeux de l'étendue du diagnostic.

Ces éléments servent de base à la présentation du processus d'étude de diagnostic et de la méthodologie à appliquer à chacune des composantes de l'analyse. Cette méthodologie n'est ni prescriptive ni exhaustive. De fait, l'étendue du diagnostic et le choix de la méthodologie la plus appropriée sont toujours dictés, en dernier ressort, par le contexte national et les priorités nationales. Cet « outil » vise donc avant tout à fournir aux équipes de recherche des conseils pratiques qui leur permettront de mener leur diagnostic de la manière la plus complète et la plus pertinente possible.

Bonne chance !

Références

Bester, H. & Chamberlain, D., 2007. *Unpublished presentation at Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA)*. 4 septembre 2007.

Chamberlain, D., Bester, H., 2006. Guidelines for creating a facilitative regulatory environment for microinsurance – a cross-country review. Proposed analytical framework and methodology. Document de recherche de Genesis Analytics pour le Groupe de travail Conjoint AICA-CGAP sur la Micro-assurance. (v7.2)

Chamberlain, D., Bester, H., Walker, R., et al, 2004. *Making Insurance Markets Work for the Poor – scoping study*. Projet de Genesis Analytics pour FinMark Trust.

Chamberlain, Bester, Short & Walker, 2005. *A regulatory review of formal and informal funeral insurance markets in South Africa*. Article de Genesis Analytics pour FinMark Trust.

Chamberlain, D., 2005. *Measuring Access to Transaction Banking Services in the Southern African Customs Union– an Index Approach*. Projet de Genesis Analytics pour FinMark Trust.

Chamberlain, Bester Short, Smith and Walker, 2006. *Brokering Change in the Low-income Market – Threats and Opportunities to the Intermediation of Microinsurance in South Africa*. Projet de Genesis Analytics pour FinMark Trust.

GTZ, 2004, *Regulation & supervision of Microinsurance*.

<http://www.microfinancegateway.org/content/article/detail/21435>

Kane, E. J., 1997, *Ethical foundations of financial regulation*, Journal of Financial Services Research 12, 51–74.

Porteous, D., 2005. *Making Financial Markets Work for the Poor*. Article de FinMark Trust. www.finmarktrust.org.za

Sebstad, J., Cohen, M. & McGuinness, E., 2006. *Guidelines for market research on the demand for microinsurance*. Rapport élaboré pour le Projet AMAP (Accelerated Microenterprise Advancement Project) de l'USAID par Microfinance Opportunities and Abt Associates. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.microinsurancenet.org/publication/fichier/Guidelines for Market Research on the Demand for Microinsurance.pdf](http://www.microinsurancenet.org/publication/fichier/Guidelines_for_Market_Research_on_the_Demand_for_Microinsurance.pdf)

Porteous, D, 2006a. *Access Frontier*. www.finmarktrust.org.za

Porteous, D, 2006b. *The New Regulator's Dilemma*. www.finmarktrust.org.za

Ce document a été adapté de :

Chamberlain, D., Bester, H., 2006, Guidelines for creating a facilitative regulatory environment for microinsurance – a cross-country review. Proposed analytical framework and methodology. Document de recherche de Genesis Analytics élaboré pour le Groupe de travail Conjoint AICA-CGAP sur la Micro-assurance. (v7.2)



The Initiative is
a partnership
between:



CGAP

BMZ



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development



International
Labour
Office



Hosted by:

giz