

MICRO-ASSURANCE

Améliorer la gestion des risques pour les populations pauvres

6
0
N
Mars 2005

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

➤ **Sous-groupe Opérations et Lignes directrices:** essai de faciliter l'émergence de produits d'assurance appropriés pour les populations à faible revenu, en analysant les pratiques courantes et en améliorant les pratiques des bailleurs de fonds dans ce domaine. Contact: mjmccord@bellsouth.net

➤ **Sous-groupe Demande:** recherche à développer des outils que les IMF et les autres organisations pourraient utiliser pour évaluer la demande pour des produits d'assurance et pour d'autres services financiers de gestion des risques. Contact: moniquec@mfopps.org

➤ **Sous-groupe Réglementation:** se focalise sur des questions réglementaires qui affectent le développement de produits de micro-assurance pour les populations pauvres. Contact: Svenja.Paulino@gtz.de

➤ **Sous-groupe Diffusion:** facilite le partage de l'information relative à la micro-assurance auprès des IMF, des compagnies d'assurance, des bailleurs de fonds et des experts. Contact: assurance@microfinance.lu

Pour recevoir les prochains numéros de MICRO-ASSURANCE, contactez assurance@microfinance.lu

Concept

Quelques critères pour réussir en micro-assurance

Les critères présentés ci-dessous sont le fruit d'une réflexion théorique et de l'expérience pratique. Nous ne prétendons en aucun cas que tous doivent être réunis pour assurer le succès d'une entreprise de micro-assurance, ni que d'autres critères ne puissent être ajoutés. Certains, comme la compétence du personnel, son honnêteté, ou une gestion de qualité, sont indispensables au succès de toute entreprise humaine et n'apparaissent donc pas dans la liste.

- Partenariats véritables et intégraux avec les organisations «populaires»

Les organisations populaires comprennent notamment les coopératives, syndicats, organisations communautaires, groupes d'entraide, caisses d'épargne et de crédit. Etablir un partenariat véritable et intégral implique de développer des relations très étroites avec ces organisations.

- Décision/Accord des organisations partenaires sur les produits

Il est important que les produits répondent aux besoins réels des clients et non à des besoins supposés, que l'assureur

aurait identifiés. Les produits doivent être développés avec l'organisation partenaire.

- Confiance et transparence entre le partenaire et l'assureur

Un partenariat véritable et intégral exige ouverture et confiance entre les partenaires.

- Produits simples

Les produits doivent rester aussi simples que possible, compte tenu de la couverture requise.

- Assurances de groupe

L'assurance est par nature une entreprise collective. Il faut disposer d'un (large) pool de vies, biens ou éventualités à couvrir pour que la «loi des grands nombres» et la maîtrise du risque puissent jouer et pour éviter le phénomène d'antisélection. La micro-assurance implique une couverture modeste et des primes basses. Les polices individuelles exigent d'énormes efforts de marketing et de vente, ainsi qu'un important travail administratif et de

Quelques critères pour réussir en micro-assurance.....	1
Micro-assurance et protection sociale	2
Etude de cas: Fond d'Assistance Mutuel TYM, Vietnam	4
Sites Internet	5
Termes et définitions.....	5
A propos d'un produit d'assurance	5
Événements	5
Publications récentes.....	6
Nouvelles du groupe de travail	6
La liste des études de cas du Groupe de Travail	6

souscription. Les coûts induits sont souvent tels qu'ils rendent ce type de produit inefficace ou même irréaliste. Les polices collectives permettent elles de réaliser des économies importantes. L'accès et la distribution du produit sont facilités; des risques qu'un assureur refuserait de couvrir dans le cadre d'une police individuelle peuvent être intégrés dans le produit. Les tâches de sensibilisation et d'éducation du public sont également plus faciles à mettre en place.

- Minimiser les frais de marketing en évitant le versement de commissions

Si les critères présentés ci-dessus sont respectés –produits collectifs simples, définis conjointement par une organisation communautaire et un assureur, sur base d'une relation de confiance et ouverte–, les dépenses de marketing peuvent être minimisées. Aucune commission ne devrait être versée.

- Couverture du seul risque

Les produits d'assurance-vie vendus dans les pays plus développés intègrent souvent un volet «protection» et un volet «accumulation d'épargne». Ils sont généralement chers et génèrent des frais élevés. Beaucoup de produits de micro-assurance sont vendus par des institutions qui proposent également à leur clientèle des produits d'épargne efficaces. Ces institutions peuvent donc concentrer leurs efforts sur la vente de polices protégeant leurs clients de certains risques (par exemple, décès ou accident), à un coût moindre et avec une transparence plus élevée.

- Couverture «automatique» en lien avec d'autres activités

Un grand nombre de produits d'assuran-

ce peuvent être automatiquement liés à d'autres activités. Ainsi, obtenir un crédit auprès d'une IMF donne souvent droit, sans frais supplémentaires, à une assurance-vie collective couvrant le solde restant dû. Devenir membre d'un syndicat peut également donner droit à une assurance. En Inde, une grande coopérative productrice d'engrais fournit une assurance contre les accidents à tout acheteur d'un sac d'engrais.

- Globalisation du paiement des primes

En micro-assurance, la perception de primes individuelles est extrêmement coûteuse. La méthode la plus efficace consiste à percevoir une prime globale de l'organisation communautaire, correspondant au total des primes individuelles. L'organisation peut la verser en puisant dans ses fonds propres ou la collecter par différents moyens: prélèvement automatique, en l'intégrant dans la cotisation ou dans un autre service, etc.

- Une administration rationalisée

Intégrer l'administration dans les systèmes préexistants d'une organisation peut être très efficace. On peut par exemple annoter le registre des membres pour signifier qu'un individu est ou non couvert par une police d'assurance. L'organisation peut souvent se charger de la tenue des dossiers et n'enverra copie d'une information particulière à l'assureur que lorsqu'une demande d'indemnisation sera faite.

- Procédure simple de traitement et de vérification des demandes d'indemnité

Dans une IMF, les assurances-vie collectives liées à un crédit peuvent être gérées de telle manière que l'assureur n'ait à

manipuler qu'un nombre réduit de documents. Nul besoin pour lui, par exemple, de disposer des dossiers individuels des clients de l'IMF. Lorsqu'un membre cède ou développe un handicap, certaines informations tirées de son compte, le solde dû et ses données personnelles sont envoyées à l'assureur. Dans certains cas, les IMF ou organisations sont autorisées à traiter elles-mêmes de petits sinistres simples et à indemniser l'assuré, sans même devoir contacter l'assureur.

- Paiement rapide des indemnités

Le paiement rapide des indemnités est indispensable au maintien de la confiance envers le système d'assurance, l'assureur et l'organisation populaire elle-même. Le meilleur moyen d'assurer le paiement rapide est de confier à l'organisation la responsabilité d'indemniser le client elle-même, comme dans l'exemple précédent.

- Mécanisme de participation aux bénéfices

Prévoir un mécanisme de participation aux bénéfices entre l'organisation et l'assureur n'est pas une nécessité mais permet de renforcer le partenariat et, pour l'assureur, de s'assurer l'intérêt et la coopération de l'organisation, qui aura intérêt à œuvrer pour le succès et la rentabilité du programme d'assurance.

Le lecteur attentif remarquera cependant un a priori positif pour le «modèle partenarial», l'auteur doutant fortement qu'un microassureur n'ayant pas pour partenaires des organisations populaires puisse véritablement réussir dans son entreprise, c'est à dire se développer, faire des bénéfices, mais aussi fournir des services efficaces et utiles aux assurés (répondre aux besoins véritables de ceux-ci et utiliser au moins 60-70% des primes pour payer les indemnités). L'auteur vous remercie d'avance de vos réactions au texte, que vous souhaitiez exprimer votre désaccord ou lui faire part de critères supplémentaires, susceptibles d'être intégrés à la liste. Ellis Wohlner, consultant auprès de Sida, Novembre 2004, elliswohlner@yahoo.com

Concept

Micro-assurance et protection sociale

La pyramide de l'assurance (illustration 1) illustre la structuration possible du secteur et les relations de complémentarité existant entre les différentes alternatives. La pyramide est divisée en quatre niveaux, qui correspondent aux principaux types d'assurance. Assurance sociale

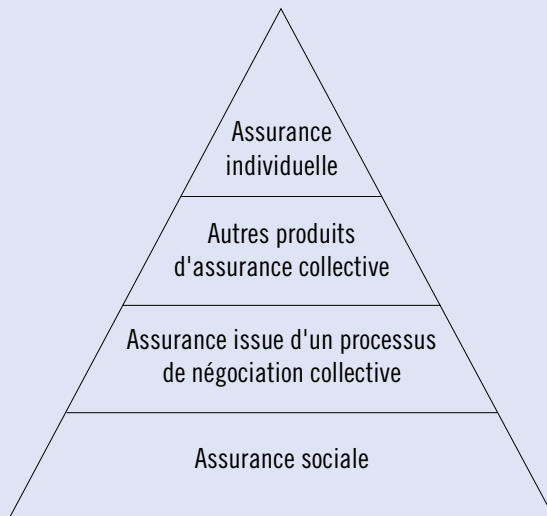
Assurance sociale

Le premier niveau de la pyramide est celui des régimes «d'assurance sociale». Ce régime peut être défini de nombreuses manières mais deux éléments clés doivent être réunis:

- le régime doit avoir été établi par le biais d'un processus politique, et
- le régime doit être obligatoire pour tous les personnes concernées.

Les protections fournies sont généralement conçues pour garantir la sécurité économique de larges pans de la popu-

Illustration 1: Pyramide de l'assurance



lation et souvent considérées comme des «droits» sociaux par les bénéficiaires. Les régimes peuvent être financés par l'impôt, des taxes spécifiques, des prélèvements ou autres charges, et gérés par les institutions publiques, des organismes spécialisés ou le secteur privé.

Le régime le plus courant prévoit le versement d'un revenu de remplacement partiel en cas d'accident professionnel, maladie, handicap, retraite, chômage, congé de maternité (et de paternité), et d'un soutien au revenu pour la réadaptation. Des allocations familiales et des indemnités de logement peuvent également être intégrées dans la sphère de l'assurance sociale.

L'assurance sociale est un outil de protection sociale, défini comme un ensemble de politiques et de programmes destinés à réduire la pauvreté et la vulnérabilité des individus par différents moyens: promotion de marchés de l'emploi efficaces, réduction de l'exposition au risque des individus, amélioration de leur capacité à se protéger des risques et des conséquences d'une interruption ou d'une perte du revenu. La protection sociale couvre cinq grands types d'activité: politiques et programmes applicables au marché de l'emploi, programmes d'assurance sociale, aide sociale, micro-régimes et régimes limités à certaines régions, protection de l'enfance.

Assurance négociée collectivement

Le second niveau de la pyramide est celui des régimes issus de la négociation col-

lective. Beaucoup de groupes d'employés sont couverts par diverses assurances – assurance-vie collective, assurance-maladie et accident complémentaire, retraite, etc. – négociées entre syndicats et organisations patronales. Les travailleurs du secteur informel n'ont généralement pas accès à ces services.

Autres produits d'assurance collective

Le troisième niveau de la pyramide inclut les autres produits d'assurance collective. Ces plans sont accessibles par le biais de divers groupes d'affinité — syndicats, associations professionnelles, coopératives, groupes d'église, etc. La couverture peut prendre des formes diverses et va des plans traditionnels d'assurance-vie collective à toute une série de produits spécifiques, en passant par des polices ne concernant que les membres de certains groupes professionnels (par exemple, les travailleurs de la pisciculture commerciale).

Ces régimes peuvent être structurés de manière extrêmement variée. Certains sont obligatoires, imposés à tous les membres d'un groupe particulier et financés par une prime payée de manière centralisée pour tous les bénéficiaires. D'autres fonctionnent sur une base volontaire, chaque assuré payant lui-même la prime.

Assurance individuelle

Le quatrième et dernier niveau de la pyramide est celui de l'assurance individuelle. Mis en vente par des compagnies

d'assurance publiques et privées, les produits de cette catégorie couvrent généralement la vie, la santé, l'automobile ou d'autres éléments de nature individuelle. Les compagnies perçoivent les primes directement auprès des individus.

Les régimes obligatoires, qui forment la base de la pyramide et couvrent de larges segments de la population, sont les moins coûteux à gérer et ne présupposent aucune des activités traditionnelles de souscription, comme la sélection des risques ou la prévention de l'antisélection. Plus on monte dans les niveaux de la pyramide, plus les coûts sont élevés (marketing et vente, frais de transaction, coûts opérationnels) et les activités de souscription nécessaires.

Sil'on compare les trois niveaux supérieurs, il apparaît que les régimes collectifs sont généralement préférables aux produits individuels. Ils sont souvent moins coûteux, compte tenu de l'élimination d'une grande part des coûts de marketing, de vente, d'adhésion et de distribution, la réduction des autres frais administratifs et le recours à des procédures simplifiées de règlement des sinistres. Les régimes collectifs évitent le risque d'antisélection (càd l'achat d'assurance par un nombre disproportionné de personnes présentant un risque supérieur à la moyenne), permettent une meilleure maîtrise du risque et rendent donc possible le recours à des normes de souscription moins drastiques, facilitant ainsi l'accès à l'assurance. Ils permettent également de réduire ou d'éviter le recours à des techniques de vente agressives et, partant, ne génèrent pas la méfiance qu'éveille parfois le monde de l'assurance en général. Enfin, il est souvent plus facile de déterminer le prix des produits collectifs, qui garantissent également des revenus plus stables et sont donc plus faciles et moins chers à réassurer.

Ils peuvent être vendus sur base d'une souscription obligatoire (tous les membres d'un groupe sont automatiquement assurés) ou volontaire. Dans ce cas, les coûts et le risque d'antisélection sont plus élevés. En général, les régimes collectifs volontaires se situent entre les régimes collectifs obligatoires et l'assurance individuelle sur l'échelle des avantages et inconvénients.

Chapitre «Relation avec la Protection Sociale» des Lignes directrices préliminaires pour le soutien à la micro-assurance, à l'attention des bailleurs de fonds (Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance, octobre 2003).

Pour obtenir davantage d'information, consultez http://www.microfinancegateway.org/files/13836_Draft_Donor_Guidelines.pdf

Etude de cas

Fond d'Assistance Mutuel TYM, Vietnam

Le Fond TYM ou Fond de la Compassion (TYM est l'acronyme de Tao Yeu May, littéralement «Je t'aime») est un projet lancé en 1993 et inspiré du système Grameen. Le fond est géré par le Syndicat des Femmes du Vietnam (VWU), une organisation nationale populaire de promotion du bien-être des femmes. Le TYM travaille surtout dans les communautés rurales et agricoles des provinces situées au nord du pays et travaille prioritairement dans les districts les plus pauvres de cette région. Les membres du TYM sont des femmes de ménages pauvres, dont les revenus sont généralement inférieurs à 100.000 VND (6,50 \$) par mois.

En 1996, le TYM a lancé le Fond d'Assistance Mutuelle (FAM), destiné à protéger les bénéficiaires en cas de décès de l'assuré ou d'un de ses proches. La prime est forfaitaire et ne dépend pas du montant du prêt ou du nombre de membres de la famille couverts. Ainsi, le paiement d'un montant hebdomadaire de 200 VND (1 \$) donne droit, en cas de décès de l'emprunteuse, à l'annulation du solde restant dû et au versement à la famille d'un capital de 400.000 VND (26 \$), destiné à couvrir les frais funéraires. De la même manière, un membre perçoit un capital en cas de décès de son conjoint ou d'un enfant de moins de 18 ans. En juillet 2001, une allocation santé a été introduite, d'un montant de 200.000 VND (13 \$), et le capital versé en cas de décès a été révisé à la hausse pour atteindre 500.000 VND (32 \$).

Le marché cible du Fond d'Assistance Mutuelle (FAM) est le même que celui visé par le TYM dans le crédit. Le FAM permet aux familles des clientes de mieux faire face aux dépenses qu'entraîne le décès d'un proche et leur évite d'avoir à rembourser le solde du prêt. Au niveau institutionnel, le FAM permet au TYM de générer des réserves supplémentaires, utilisables dans le cadre du portefeuille de crédit, sans frais de provisionnement supplémentaire ni réduction des bénéfices nets.

Le Fond d'Assistance Mutuel n'est pas un produit de micro-assurance à proprement parler. Depuis le début, il a été conçu comme un outil de soutien financier communautaire plutôt que comme un produit financier destiné à mitiger les risques auxquels sont confrontés les ménages pauvres. A la fin mars 2004, le FAM assurait 68.157 vies, réparties comme suit: 18.951 membres, 16.372 conjoints et 32.834 enfants. Le solde du fond d'assistance était de 469 millions VND (30.300 \$).

Résultats

- **Conception d'un produit adapté aux ménages ruraux à bas revenus:** la structure de prime est simple —chaque cliente paie le même montant, quel que soit son âge, le nombre personnes à charge et la situation de famille—, ce qui garantit une participation de tous les membres. La prime est abordable pour les ménages pauvres.

- **Lancement simple et gestion facile:** l'équipe chargée de gérer le FAM était intégrée dans la structure opérationnelle du TYM. La simplicité du produit a permis de ne pas devoir engager du personnel ayant des connaissances en matière d'assurance et n'a requis qu'une formation minimale du personnel existant.

- **Procédures rationalisées de traitement des demandes d'indemnisation:** les indemnités sont prédéterminées, ce qui simplifie le traitement des demandes d'indemnisation et assure le paiement rapide de celles-ci. Les fraudes sont rares, grâce à des procédures étudiées et qui orientent précisément les intéressés quant aux documents à fournir.

- **Satisfaction des clients et impact sur les communautés:** les clients considèrent que le FAM est un produit qui vaut son prix. Il contribue à la solidarité des communautés et groupes, les clientes sachant qu'elles pourront recourir au FAM pour couvrir d'éventuelles dépenses en cas de maladie ou de décès.

Défis

- **Durabilité à long terme de la structure de prix actuelle:** la prime de 200 VND n'a pas évolué depuis le lancement du produit et devra être ajustée pour refléter la hausse du volume d'indemnités à verser et l'augmentation du montant des prêts. Evoluer vers une structure de prix différenciée permettra au TYM de travailler avec des primes plus ajustées mais impliquera également une refonte substantielle des procédures opérationnelles.

- **Une couverture répondant aux besoins des clients mais abordable:** la décision prise par le TYM en 2001 de proposer une assurance-maladie dans le cadre du FAM répond à un besoin véritable des clientes. Cependant, le montant de 200.000 VND versé aux bénéficiaires ne couvre qu'un pourcentage minime des dépenses de santé. En outre, les clientes ne peuvent faire jouer la police qu'une seule fois et les maladies et procédures médicales éligibles n'ont pas été clairement définies au départ, ce qui donne lieu à des interprétations variables chez les directeurs des différentes filiales.

- **Formation du personnel et sensibilisation des clients:** les responsables techniques du TYM font aux nouveaux membres une présentation générale des produits disponibles, y compris le FAM, mais cette présentation n'est suivie d'aucune discussion susceptible de renforcer les acquis de la formation. D'autre part, les membres ne comprennent pas toujours la différence entre les produits d'épargne du TYM et le FAM.

Leçons tirées de l'expérience

- **Ajustement périodiques des primes et indemnités:** un produit d'assurance doit être régulièrement adapté pour refléter l'évolution du profil de risque du client. Dans le cas du TYM, les membres vieillissent et risquent donc davantage de tomber malades que des individus jeunes. L'augmentation du nombre de clientes souscrivant le crédit spécial de 15 millions VND (1.000 \$) signifie que si elles venaient à décéder, le FAM serait confronté à un risque financier énorme. Toute institution doit régulièrement procéder à une révision des indemnités prévues, mais seulement sur la base d'un processus systématique, intégrant des études de marché, une analyse actuarielle et une planification prudente des activités d'affaires.

- **Service à la clientèle:** les membres du TYM apprécient le FAM surtout parce qu'elles bénéficient d'un service personnalisé. Elles ne doivent pas se déplacer sur de longues distances pour verser leur contribution, puisque ce sont les responsables techniques du TYM qui viennent à elles. De la même manière, le versement des indemnités par le directeur et le responsable technique de la succursale ajoutent une touche personnelle et génèrent une bouche à oreille positive. Le personnel rend régulièrement visite aux clientes, chez elles, ce qui renforce les relations et permet d'éviter de possibles fraudes.

- **Propension des clientes à payer:** des entrevues réalisées avec des membres du TYM ont montré que les clientes étaient disposés à payer davantage en échange d'une couverture plus étendue. En effet, elles estiment que le FAM est un outil utile pour leur propre ménage mais également pour la communauté en général, parce qu'il renforce les liens de solidarité au sein du groupe. Cette propension à payer vient également du fait que le TYM est le seul programme qui fournisse ce genre de produit à des ménages pauvres.

Pour en savoir plus: Nhu-An Tran et Tan See Yun. *Le Fonds d'Assistance Mutuelle du TYM au Vietnam. Bonnes et Mauvaises Pratiques en Micro-assurance, Etude de Cas n°3. Groupe de Travail sur la Micro-assurance.* Info : <http://microfinancegateway.org/content/article/detail/22460>

Plus d'info

Sites internet

Le site miroir français de Microfinancegateway, www.lamicrofinance.org, donne un **coup de projecteur sur la micro-assurance**. L'adaptation française du Micro-Insurance Focus sera disponible en avril. Infos : <http://www.lamicrofinance.org/content/article/detail/15372>

L'OIT a lancé un **nouveau site web** sur la microfinance, dont les Thèmes de Travail intègrent une **catégorie consacrée à la micro-assurance**. Vous y trouverez des documents de travail, des études de cas et diverses informations sur le projet Renforcement des Capacités en Micro-assurance (Inde). Visitez : <http://www.ilo.org/public/english/employment/finance/vulnerab/micro/index.htm>

Termes et définitions

Modèle partenaire-agent : Approche qui permet à une IMF de fournir des services de micro-assurance en courant un minimum de risques. L'IMF agit en qualité d'agent d'assurance, elle vend les polices et en assure le service après-vente. La compagnie d'assurance, le partenaire, « manufacture » le produit d'assurance

Source : L'assurance et les Institutions de Microfinance, Guide technique pour le développement et la prestation de services de micro-assurance, OIT, 2003

En bref

A propos d'un produit d'assurance

CEMK, Mutuelle Santé SOFAC, RD Congo

La mutuelle de santé Solidarité et Fraternité dans l'Action (SOFAC), Goma, RD Congo, a commencée en 2000 la Caisse d'Entraide Mutuelle de Katindo (CEMK).

Ayant pris conscience des conditions de vie, les promoteurs se sont unis pour résoudre les problèmes liées à l'inaccessibilité financière aux soins médicaux, comme la mortalité non assisté. Il a été remarqué que malgré l'existence des comités de santé au sein des centres de santé, la participation communautaire aux soins de santé primaires est insignifiante. Aussi, les promoteurs avaient voulu exploiter la solidarité de la population congolaise pour partager le coût des soins. Cette solution présente plusieurs avantages : elle est participative, solidaire dans le coût des soins et le partage des risques, responsabilisante et enfin, auto promotionnelle.

La Mutuelle offre à ses membres la consultation, les examens de laboratoire, les soins infirmiers, les médicaments et l'hospitalisation.

Les maladies pour lesquelles la Mutuelle accepte de prendre en charge (60 %) sont les maladies dites évolutives et vulnérables, c'est-à-dire celles une fois non soignées ou mal soignées conduisent à la mort.

Par exemple : la malaria, les infections respiratoires, les verminoses, les diarrhées non sanglantes et sanglantes, le choléra, le méningite, la rougeole, les maladies de la peau, etc. Les cas des accidents sont aussi concernés.

Il convient de noter que l'accessibilité aux soins de santé primaires devient de plus en plus hypothétique pour les populations du Nord-Kivu profondément affectées par les conflits armés. La Mutuelle de santé est perçue par les promoteurs comme étant un cadre qui favorise l'union inter-ethnique et recrée la cohésion sociale.

Plus d'info : mutusantesofac@yahoo.fr

Evénements

KfW accueillera une **Conférence sur la titrisation, la micro-assurance et la technologie** les **23 et 24 juin 2005** à Francfort/Main (**Allemagne**). Un panel sur la micro-assurance sera organisé sous la direction de Michael McChord et avec pour invitée Monique Cohen. Contactez Martin Hagen à l'adresse martin.hagen@kfw.de

KfW organisera avec le **Microassurance Center** et avec le **Service de supervision publique d'assurance de la Géorgie**, un **Atelier régional sur la micro-assurance** les **9 et 10 mai 2005** à Tbilisi (**Géorgie**). Le séminaire est ouvert à des participants (IMF, assurance, supervision d'assurance) du Caucase et d'Asie Centrale. Contactez Michael McChord à l'adresse mjmcchord@bellsouth.net pour plus d'info.

MFC tiendra sa **8^{ème} Conférence Annuelle** intitulée **Comment utiliser le succès de la microfinance pour maximiser les prestations fournies aux clients?** du **26 au 28 mai 2005**, à Bucarest (**Roumanie**). L'ordre du jour inclut notamment des ateliers et un débat en panel sur la micro-assurance avec Michael McChord, Monique Cohen et Craig Churchill. Visitez <http://pg.mfc.org.pl/conference/main.htm>

Publications récentes

«Des leçons durement apprises» (**Lessons Learnt the Hard Way**), étude de cas sur les «pires pratiques» en micro-assurance. (Groupe de Travail du CGAP sur la micro-assurance, Bonnes et mauvaises pratiques, Etude de cas n°6, janvier 2005). Téléchargeable à l'adresse <http://www.ilo.org/public/english/employment/finance/download/worst.pdf>

Les «yeux dans le ciel» aident les assureurs de récoltes (**Eyes in the Sky Aid Crop Insurers**), article consacré à l'utilisation des données collectées par satellite dans le secteur de l'assurance récoltes (ICMIF World N° 51, Janvier 2005, par Erich Kasten). Téléchargeable à l'adresse http://www.eomd.esa.int/files/docs/131-176-149-30_2005124141630.pdf

Qu'est-ce que la micro-assurance ?, article consacré à des questions et réponses sur la micro-assurance (Lettre du MBA, Janvier 2005, par Marc Nabeth). Contact : mnabeth@planetfinance.org

Micro-assurance et catastrophes: quelles mesures prendre pour mitiger les risques à l'avenir?, (**Microinsurance and Disasters: Steps to Take to Mitigate Risk Next Time**), article sur la nécessité d'approfondir rapidement la gestion des risques en micro-assurance (Microfinance Matters, N°9, février 2005, par Michael McChord et Monique Cohen). Disponible à l'adresse http://www.unCDF.org/english/microfinance/newsletter/pages/2005_02/news_insurance.php

Nouvelles du groupe de travail

Sous-groupe Demande

Le **sous-groupe Demande** a réuni un grand nombre de documents et procèdera à leur examen afin de préparer les lignes directrices relatives à la réalisation d'études de marché en micro-assurance. Jennefer Sebstad, experte en évaluation des clients et en étude de marché et qui, il y a quelques années, a développé des lignes directrices sur l'évaluation d'impact, travaillera sur ce projet avec Microfinance Opportunities. Une première version des lignes directrices devrait être disponible à la fin du printemps ou au début de l'été; elle sera envoyée aux membres du Groupe de Travail pour examen. Pour obtenir davantage d'information, contactez Sarah Pearlman, qui travaille avec Microfinance Opportunities sur ce projet : Pearlman@econ.umd.edu

Sous-groupe Opérations

Etudes de cas	Pays	Produit
1. ServiPeru	Peru	Assurance-maladie, assurance funéraires
2. TUV SKOK	Pologne	Décès accidentel et incapacité, propriété, assurance épargne
3. Delta Life	Bangladesh	Dotation (épargne à long terme avec assurance-vie)
4. Columna	Guatemala	Protection crédit, assurance-vie épargne
5. TYM	Vietnam	Protection crédit, assurance funéraires et hospitalisation
6. MUSCCO	Malawi	Protection crédit, assurance-vie épargne
7. CARD Mutual Benefit Association	Philippines	Protection crédit, à long terme, fonds provident
8. AIG	Afrique de l'Est	Accident personnel groupe
9. Des leçons durement apprises	Global	Divers

Ces études de cas ont été faites dans le cadre du projet **Bonnes et mauvaises pratiques de la microassurance**, géré par le Groupe de Travail. D'autres études de cas seront disponible prochainement. Plus d'info : <http://www.microfinancegateway.com/section/resourcecenters/microinsurance>