

# BIM : Micro-assurance au Bangladesh

Christine POURSAT mardi 4 mai 2004

*Il y a quelques semaines, un BIM vous présentait quelques éléments de réflexion sur le lien entre microassurance santé et microfinance, à partir de l'exemple du Cambodge. L'étude de cas présentée dans ce pays avait abouti à la séparation des deux activités, initialement intégrées. Le BIM d'aujourd'hui revient sur ce thème du lien assurance-microfinance avec une approche très différente, celle de plusieurs institutions reconnues du Bangladesh en microfinance. L'originalité de ce pays est qu'à une large échelle, plusieurs institutions de microfinance ont lancé en parallèle ou dans le cadre de leur programme de microfinance des produits de micro-assurance santé, avec systématiquement une intégration de l'offre de soins médicaux.*

*Ce BIM s'appuie sur une étude menée fin 2003 par l'AFD en collaboration avec le CNRS, sur la micro-assurance dans le secteur de la santé. Cette étude, réalisée par Aude et Alain Letourmy et intitulée « La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu : vue d'ensemble, analyse d'expériences et apport au développement social » (à paraître) analyse plusieurs études de cas, au Mali, en Afrique du Sud et au Bangladesh. Le travail de terrain réalisé dans ce cadre offre en particulier une perspective intéressante du lien entre microfinance et microassurance dans ce pays, sur la base de trois études de cas : BRAC, Grameen, DSK.*

## 1. Le contexte particulier du Bangladesh

Le Bangladesh est connu pour son dynamisme dans le domaine de la microfinance, et la multiplicité des expériences reconnues dans ce domaine. C'est un pays où les indicateurs de portée des IMF sont impressionnants, en raison notamment d'une forte densité et d'une mobilisation sociale forte : la Grameen Bank, à elle seule, couvre plus de deux millions de personnes.

Les différents domaines du développement (microfinance comme santé) se caractérisent par la présence d'un tissu impressionnant d'ONG de tous types, avec une tutelle de l'Etat assez faible. Le secteur de la santé, en particulier, est essentiellement organisé par les ONG, relais des grands programmes d'état et initiatrices d'une offre de soins de proximité. L'objectif central évoqué en général dans ces programmes est la lutte contre la pauvreté, et le ciblage des plus pauvres est une préoccupation affichée de la plupart des ONG.

## **2. BRAC : un programme de microassurance distinct de la microfinance, adossé à une offre de soins intégrée**

Il s'agit de l'ONG la plus ancienne dans le pays (création en 72). BRAC est une ONG de taille impressionnante, qui emploie à elle seule 27 000 salariés et couvre une échelle nationale, dans trois grands domaines : développement économique (microfinance notamment), santé et éducation. L'approche de BRAC repose sur une stratégie de ciblage des groupes pauvres et sur une approche intégrée du développement. Se définissant comme une « organisation de développement privée », BRAC est à la fois opérateur privé et partenaire du gouvernement sur de grands programmes nationaux, de santé notamment.

L'engagement de BRAC dans la santé date de 1980. Quatre types de programmes sont actuellement menés en parallèle : promotion des soins de santé de base, offre de soins de santé secondaires, participation aux programmes nationaux (ex contrôle de la tuberculose), et quelques programmes pilotes, dont le programme de microassurance santé. Le programme de microassurance MHIB (Micro Health Insurance Bangladesh) a été lancé en 2001, sur la base d'expériences communautaires mises en place par BRAC à la fin des années 70. En juin 2003, le MHIB comptait 6 209 assurés.

L'assurance est ouverte à tous (et non aux seuls clients de microfinance).

Le niveau des primes est établi en fonction de la catégorie socio-économique des familles.

Trois garanties sont proposées :

- 1) couverture générale (essentiellement consultation de médecine générale avec copaiement, check up gratuit, réductions sur les analyses et médicaments),
- 2) prise en charge des femmes enceintes (suivi anténatal, vaccinations, accouchements à prix réduits, prise en charge des grossesses compliquées et visites post-natales),
- 3) « Equity package » pour la prise en charge des plus pauvres (financée par un fonds spécial).

Plusieurs points apparaissent aujourd'hui :

- une difficulté à vraiment couvrir les plus pauvres par l'assurance,
- l'utilité d'un réseau social pré-établi pour encourager l'affiliation,
- des résultats inégaux suivants les garanties : faible taux d'affiliation et de ré-adhésion pour la garantie standard, succès des produits ciblant les femmes enceintes.

### **3. Grameen Kalyan : l'assurance à l'appui du financement de l'offre de soins**

La Grameen Bank compte aujourd'hui plus de deux millions de clients. Grameen a développé en parallèle de nombreuses activités dans d'autres domaines (téléphonie mobile notamment).

Le programme de santé de Grameen Kalyan a été développé par Grameen Trust depuis 1997. GK a depuis mis en place 19 centres de santé primaires en milieu rural ; l'objectif était de proposer un accès aux soins adapté et viable pour les salariés et les clients de la Grameen. Les services de ces centres de santé sont d'un coût abordable pour les familles pauvres.

Grameen a développé conjointement à ces services une assurance de santé, pour faciliter l'accès aux soins et sensibiliser les populations. Les objectifs de ce programme sont à la fois d'augmenter la participation aux services de santé, et de davantage financer les centres de santé Grameen. Le programme de microassurance est ouvert aux non-membres également, pour une cotisation un peu supérieure. L'adhésion est volontaire et familiale, et donne accès aux consultations médicales dans les centres de santé (avec co paiement), avec bilan de santé et vaccinations, et donne droit à des réductions sur les médicaments et analyses.

Le système de micro-assurance compterait 47 600 ménages en février 2003, soit 261 800 personnes, et connaîtrait une croissance rapide.

### **4. DSK : une assurance santé obligatoire, intégrée au microcrédit**

DSK (Dushta Shasthya Kendra) est une ONG créée en 1989, active dans les quartiers urbains pauvres. Ses activités couvrent divers secteurs : santé, microfinance, éducation..., dans une approche de développement intégré.

L'offre de soins de santé, la microfinance et l'assurance sont trois activités étroitement reliées :

DSK a mis en place un réseau d'offre de soins primaires dans les bidonvilles de Dhaka, moyennant une très faible contribution financière :

- des « community health workers » sensibilisent les populations, et des centres de santé offrent des soins de base. Une structure de soins secondaire a été créée en 2000 en complément, à des tarifs abordables pour les pauvres.

La micro-assurance a été lancée en 1995 pour faciliter l'accès aux soins. Initialement il s'agissait d'une assurance volontaire, mais conditionnée par l'octroi d'un crédit. L'organisation de la microassurance était calquée sur celle des crédits, avec un centre de santé rattaché à chaque agence de crédit. La prime d'assurance était réglée chaque semaine, en même temps que les remboursements de crédit. elle donnait accès aux soins primaires et à des services d'éducation à la santé (planification familiale, prévention...). Ce produit s'est avéré peu viable, sans être suffisamment attractive.

Un nouveau produit a été lancé en 2002; pour le rentabiliser, l'assurance est devenue obligatoire pour les clients du micro-crédit : l'assurance sécurise le crédit, et le paiement de la prime devient automatique, intégré dans les remboursements du crédit. L'assurance reste accessible aux non-membres, mais à des tarifs plus élevés. Les garanties comprennent les soins de base et la prévention. En juillet 2003, DSK comptait 16 000 clientes (à la fois emprunteuses et assurées, donc).

L'activité est trop récente pour qu'un bilan puisse être fait véritablement. Il semble que les plus pauvres restent exclus malgré tout de l'accès aux soins. Il serait intéressant de savoir si l'assurance obligatoire est perçue comme un coût supplémentaire du crédit, ou comme ayant véritablement un intérêt en tant que service en soi.

## **5. Quelques réflexions issues de ces exemples**

Le réseau social impressionnant dont bénéficient ces ONG du Bangladesh, notamment grâce aux activités de microfinance attractives, facilite manifestement la diffusion de l'assurance. Dans le cas de BRAC comme dans celui de Grameen, où le système d'assurance de santé est ouvert aux clients de microfinance comme aux non-clients, la proportion d'assurés par ailleurs emprunteurs reste significative (65% dans le cas de Grameen). La logistique calée sur le remboursement des crédits est aussi un facteur facilitant le paiement des cotisations.

L'impact de ces programmes de microassurance, malgré les chiffres de couvertures élevés, reste d'une portée limitée dans le contexte du Bangladesh. De fait, l'assurance reste un produit moins attractif que le crédit. Par ailleurs, comme le souligne l'étude, les organisations se montrent prudentes sur la définition des produits d'assurance, mais en contrepartie les garanties proposées aux assurés sont relativement limitées. De ce fait, les services de microassurance ne s'avèrent pas toujours attractifs, comme l'indiquent les taux de réadhésion faibles enregistrés par BRAC, ou la nécessité d'intégrer l'assurance dans le crédit pour toucher une population suffisante, dans le cas de DSK.

Les éléments financiers disponibles ne permettent pas de se faire une idée claire de la viabilité des différents services. Toutefois il semble bien que les services d'assurance soient difficilement rentables, et restent financés par les autres activités des ONG, ce qui soulève quelques craintes pour la pérennisation de ces activités.

Christine Poursat  
pour Espacefinance