

BIM: Micro-assurance santé et microfinance: quels liens ? 'exemple du projet microassurance du Gret au Cambodge

Mardi 27 Janvier 2004 Christine Poursat

Le GRET a lancé en 1998 au Cambodge un programme de micro-assurance santé en milieu rural ; initialement adossé à une IMF, ce programme est rapidement devenu un projet déconnecté de cette dernière. Quelques années après le lancement de cette expérience, quelques enseignements peuvent contribuer à la discussion actuelle sur les spécificités de la micro-assurance santé et ses liens potentiels avec la microfinance.

Un programme de micro-assurance initialement lié à une IMF...

L'idée initiale de la micro-assurance santé, pour le GRET, était directement liée à son implication en appui à un programme de microfinance cambodgien, et au constat de l'impuissance des outils financiers « classique » (crédit et épargne) à sécuriser les familles paysannes cambodgiennes, face à de lourdes dépenses de santé.

Le GRET avait en effet appuyé dès 1991 le développement d'un programme de microfinance rural, qui s'est transformé en 2000 en une IMF reconnue légalement sous le nom de EMT (EMT couvre actuellement plus de 90 000 clients en milieu rural). Dès 1996, les études d'impact micro-économique du crédit réalisées dans le cadre d'EMT confirmaient par plusieurs éléments l'intuition de la pertinence d'un produit d'assurance. Dans un système où l'épargne monétaire, pour de multiples raisons, restait très limitée, le constat était que face à des dépenses de santé très importantes (de 11% à 22% du budget des ménages, suivant différentes études), les ménages ruraux cambodgiens étaient confrontés au surendettement ou à la décapitalisation dans une partie des difficultés de santé. La conclusion fut la suivante pour le GRET : si le crédit permet effectivement la génération de revenus, il est souhaitable d'agir en complément pour sécuriser les revenus.

Les premières enquêtes (sorte d'étude de marché) sur l'assurance en 1997 ont donc été menées dans le cadre d'EMT (avec deux agents de crédits et un animateur cambodgiens, issus de l'IMF).

...qui devient une expérimentation séparée

Très vite cependant, il a été décidé de séparer clairement le programme de microassurance de l'IMF EMT (bureaux distincts, reprise d'un cadre d'EMT faisant le choix du projet assurance, embauche de personnel hors EMT). Il s'est agi à partir de là d'un projet à part entière, avec un appui expatrié et une équipe locale indépendante d'EMT. L'implication de l'IMF ne s'est faite qu'à la marge (avis sur le choix des zones d'intervention, échanges ponctuels d'informations).

La raison de fond de cette séparation tenait aux priorités de l'IMF : EMT était à l'époque entrée dans une phase explicite de recherche de l'équilibre financier (atteint au niveau opérationnel en 98), de l'institutionnalisation (obtenue en 2000/2001) et du renforcement de l'équipe de cadres. En l'absence de pressions extérieures fortes, des clients ou de la concurrence, la priorité n'était clairement pas encore à la diversification des produits. La croissance et le succès de l'institution avaient reposé jusque-là sur un produit unique de petit crédit solidaire (montant moyen : 40 USD). La seule diversification réellement à l'esprit des cadres d'EMT concernait le crédit individuel déplafonné. L'assurance ne représentait absolument pas une priorité dans ce contexte, au moment où la priorité de l'IMF était de maîtriser de front sa croissance et ses efforts de consolidation.

Quelques éléments confirment la pertinence de ce choix, a posteriori Réfléchir à une diversification vers des produits complémentaires d'assurance peut d'emblée être séduisant pour une institution de microfinance. Au Cambodge, les IMF les plus anciennes sont de plus en plus conscientes de la nécessité d'une diversification de leurs produits pour fidéliser leur clientèle; elles constatent en parallèle l'impact des décès ou des problèmes de santé sur le remboursement des crédits et le budget de leurs clients. Enfin, dans un contexte comme le Cambodge où pour de multiples raisons la collecte de l'épargne volontaire s'avère peu fructueuse en milieu rural, tout système comme l'assurance qui repose sur une collecte préalable de cotisations peut être potentiellement intéressant. Néanmoins, les IMF ne sont pas forcément prêtes à se lancer dans la définition d'un nouveau produit compliqué, de rentabilité incertaine, qu'elles perçoivent comme risqué, comme l'assurance. La volonté d'une diversification des produits nécessite un stade de maturité (maîtrise de la croissance, transformation institutionnelle acquise) que peu d'entre elles ont obtenu encore dans un pays comme le Cambodge ; et la priorité pour ces IMF, en termes de diversification, reste en premier lieu de développer des produits de crédit différents. Enfin, lorsqu'une IMF lance de nouveaux produits, par exemple des crédits plus importants, elle mesure mieux les risques et le coût élevé de toute diversification. Ces points sont illustrés par le cas d'EMT, assez typiquement, lorsque le projet de micro-assurance Cambodge s'est lancé.

Surtout, la micro-assurance santé est un secteur relativement complexe de l'assurance, qui exige des compétences spécifiques, et pose des contraintes particulières, réglementaires en particulier. Ces contraintes ont été soulignées par un document de synthèse publié par MBP fin 2001 (« Note de mise en garde à l'intention des IMF souhaitant développer des produits de microassurance », Microentreprise Best Practices, 2001) concluant sur la difficulté pour des IMF de s'engager dans des services d'assurance complexes, tels que l'assurance santé.

Le choix initial de mener l'expérimentation assurance santé au Cambodge en dehors du cadre de l'institution de microfinance EMT, se trouve de fait confirmé par l'identification de difficultés et risques réels pour les IMF dans ce secteur :

(a) le cadre réglementaire de l'assurance au Cambodge - très récent - ne permet pas aux IMF d'exercer cette activité sans licence spécifique. Les autorités de tutelle (Ministère des

Finances) et les grandes compagnies d'assurance sont prêtes à accepter, en échange d'un minimum de transparence sur les activités, la mise en place de projets de « micro-assurance » ; elles seraient probablement moins tolérantes vis-à-vis de l'entrée dans ce secteur d'institutions de micro-finance établies.

(b) en assurance santé en particulier, mettre en place des partenariats avec des structures de soins, souvent fragiles ou de qualité insuffisante, est un travail complexe et long. La lenteur de la mise en place des partenariats implique une rentabilité plus tardive que pour d'autres types d'assurance. Au Cambodge, en milieu rural, la seule offre de soins est en général publique à ce stade : il y a donc en amont un travail important de discussions / négociations avec les autorités locales, le Ministère de la santé, pour pouvoir obtenir les accords nécessaires. Cela nécessite une compréhension de la politique de santé publique, des interlocuteurs du secteur de la santé, que n'ont pas les IMF.

(c) Comme le note le texte de MBP, nous avons fait l'expérience qu'il existe des compétences techniques spécifiques au métier de l'assurance, que les IMF doivent acquérir pour se lancer sur ce secteur : définition de tarifs réalistes, anticipation des pertes futures, critères d'admissibilité des assurés, prévention des fraudes, vérification des demandes d'indemnisation. Par ailleurs, les services d'assurance sont beaucoup moins attractifs que des services financiers, crédit en particulier. Il faut un minimum d'effet de 'démonstration', et des techniques 'marketing' spécifiques, pour convaincre les assurés potentiels - ce qui peut être assez décourageant pour des agents de crédits formés exclusivement à la microfinance. Or au Cambodge par exemple, il n'existe pas de formation locale adaptée permettant de maîtriser ces aspects techniques.

(d) L'activité d'assurance exige la constitution de réserves complémentaires, pour préserver l'assureur de demandes d'indemnisation anormalement élevées ; or les IMF comme EMT ont des réserves limitées. Par ailleurs au Cambodge les possibilités de réassurance ne sont pas ouvertes à ce stade aux IMF, peu connues des rares assureurs de la place (qui n'excluent cependant pas de s'intéresser à ce marché à terme).

(e) La gestion de la trésorerie et des placements réalisés après collecte des primes est essentielle en assurance ; or si les IMF ont besoin de capitaux, en revanche les crédits ne sont pas des investissements suffisamment liquides en cas de sinistres massifs pour la compagnie d'assurance.

Des interactions encore à creuser entre microassurance et IMF Il reste important de creuser la réflexion sur les complémentarités possibles entre les services d'assurance (lorsqu'ils seront validés) et les IMF (EMT ou d'autres IMF présentes en milieu rural au Cambodge). Du point de vue du système de micro-assurance lui-même, une collaboration avec des IMF peut être intéressante sur plusieurs points. Il est nécessaire par exemple de sécuriser les transferts d'argent, au moment de la collecte des cotisations, puis de placer ces montants collectés - or en milieu rural au Cambodge, seules les IMF sont présentes. Les IMF ont également une pénétration et une connaissance du milieu rural également impressionnantes (en moyenne, EMT a pour clients 80% de la population d'un village où l'institution est implantée) ; pour l'assureur, sous-traiter une partie de l'activité d'information ou de marketing du produit pourrait être pertinent, de même que l'ouverture d'un guichet assurance dans des agences provinciales ou de district des IMF.

Cette réflexion n'en est toutefois qu'à ses prémices - la validation d'un service d'assurance « standard » pouvant être développé à plus grande échelle est un préalable évident, ce qui dans le cas du projet de micro-assurance Cambodge ne sera pas atteint avant 2005.

Christine Poursat pour Espacefinance