
Les arrangements formels de mise en commun des risques maladie en Afrique subsaharienne: pistes de réflexion sur les obstacles rencontrés

Bruno Meessen, Bart Criel et Guy Kegels

Institut de médecine tropicale Prince-Léopold,
Anvers, Belgique

Ces dernières années, les solutions institutionnelles de mise en commun des risques maladie ont été mises en avant dans de nombreuses propositions de réforme pour les pays en développement. Les arguments empiriques pour de telles recommandations ont toute la force de l'expérience accumulée dans des pays à industrialisation ancienne. Mais les réalités rurales d'Afrique ou d'Asie ont bien sûr peu à voir avec la réalité des pays occidentaux, que ce soit celle d'hier ou d'aujourd'hui. Si la communauté opérationnelle et scientifique a une relativement bonne connaissance de la technique, plusieurs expériences récentes en matière de mise en place de mutuelles en Afrique semblent montrer que la formule rencontre actuellement un succès limité. Les faibles taux d'adhésion, tout particulièrement, contraignent à regarder la situation en face. Cet article essaie d'identifier les différentes explications possibles de ce trop faible engouement en Afrique subsaharienne.

91

En matière de financement des services de santé dans les pays en développement, une attention particulière a été accordée ces dernières années aux mutuelles, aux assurances et aux micro-assurances de santé (Griffin et Shaw, 1995; Atim 1998; Bennett et al., 1998; Normand, 1999; Dror et Jacquier, 1999). Sur le plan individuel, ces

solutions institutionnelles sont susceptibles de conforter l'accès aux services de santé et d'offrir une protection contre les événements catastrophiques. Sur le plan de l'équité, elles peuvent contribuer à l'établissement d'un partage plus juste de la charge de la maladie. Du point de vue des services de santé, elles sont présentées comme une option pour accroître et stabiliser les financements et comme un outil pour une allocation plus efficiente des ressources déjà disponibles pour la santé, que ces ressources soient publiques ou privées.

Toutefois, deux faits surprennent si l'on considère les connaissances accumulées jusqu'à aujourd'hui dans la technique des assurances ou mutuelles de santé (Normand et Weber, 1994; ANMC/BIT-ACOPAM/WSM, 1996). Le premier est que la majorité des expériences continue d'avoir une origine extérieure aux communautés bénéficiaires. Pour l'essentiel, l'initiative provient d'organisations multilatérales, d'agences de coopération ou d'organisations non gouvernementales étrangères. Pourquoi y a-t-il si peu de mutuelles spontanées dans les pays en développement? Le deuxième élément notable est qu'un grand nombre de ces expériences ont, au sein des communautés ciblées, un recrutement en deçà des espérances (Atim, 1998; Bennett et al., 1998; Letourmy, 2000; Criel et Waelkens, 2001). Qu'est-ce qui peut expliquer des taux de souscription aussi faibles?

A côté de ces deux observations, nous pensons important d'en relever une troisième, sur laquelle les planificateurs et promoteurs des réformes de santé ont trop vite fait l'impasse: pourquoi les organismes d'assurance privés lucratifs se tiennent-ils tout à fait à l'écart des populations pauvres ou rurales?

Selon nous, ces questions sont à inscrire à l'agenda de recherches. Les attentes politiques pesant sur la mutualisation formelle des risques maladie vont croissant. Plusieurs pays pauvres ont récemment annoncé ou amorcé des réformes du financement de leurs services de santé dans ce sens. Ces réformes sont parfois ambitieuses dans leur planning et les couvertures qu'elles visent. On peut en venir à craindre qu'une précipitation excessive gâche une option qui reste à long terme l'une des meilleures voies de financement des soins de santé (OMS, 2000).

Dans cet article, nous essayons de faire l'inventaire des différents obstacles qui entravent le plein développement des mises en commun institutionnelles des risques en Afrique. La majorité de ces obstacles ont été évoqués par ailleurs. Nous examinerons donc leur

reformulation en termes microéconomiques et le développement des dimensions qui ont été, selon nous, trop peu abordées.

Les alternatives

Pour apprécier la pertinence des arrangements formels de mise en commun des risques liés à la santé, il est important de rappeler les limites et mérites des alternatives dont disposent les ménages face aux coûts de la maladie. En effet, si les ménages décident de ne pas cotiser à une assurance de santé existante, si les communautés ne se lancent pas dans la mise en place d'une mutuelle, c'est qu'ils considèrent, individuellement ou collectivement, les autres options à leur disposition comme supérieures.

Face aux risques économiques liés à la santé, un ménage dispose de plusieurs stratégies¹. Une première option de couverture est l'épargne de précaution. Cette solution a pour elle de pouvoir être mise en œuvre à l'intérieur de l'économie ménagère: il suffit en effet de thésauriser une partie de son revenu sous forme monétaire ou physique² (Sauerborn et al., 1996). L'existence d'autres acteurs économiques peut en outre ouvrir des opportunités d'épargne financière (crédit bancaire ou à particulier). L'autre avantage de l'épargne est sa polyvalence: d'une part, elle peut être investie et offrir un rendement; d'autre part, elle sert à couvrir des risques très divers (mauvaise récolte, chute des cours...). La principale limite de l'épargne est le coût d'opportunité des sommes mises en réserve. Ce sera une option efficiente de couverture pour les petits risques fréquents ou si la tarification des soins est adaptée à la capacité de paiement des ménages (financement des soins de santé par l'Etat)³. Dans les autres cas de figure, l'épargne est une option exorbitante: les ressources rares du ménage ont de bien meilleures utilisations pour des besoins immédiats. Elle sera toutefois le premier choix des ménages si les autres formules se heurtent à des coûts de transaction prohibitifs.

Entrer en interaction avec d'autres individus ouvre de nouvelles opportunités de bien-être. Le crédit, en diluant dans le temps le coût

1. Pour une présentation microéconomique de ces différentes stratégies, voir Meessen et Criel, 2002.

2. Animaux de case ou de trait, céréales, outillage, bijoux.

3. A ce titre, il est à noter qu'il est tout à fait concevable que certains ménages suffisamment riches pour s'auto-assurer décident de ne pas souscrire à une mutuelle, en dépit de la performance de cette dernière. Voir par exemple Criel, Van Dormael et al., 1998, pour un tel phénomène à Bwamanda.

des soins de santé, peut relâcher pour certains la contrainte rencontrée avec l'épargne. Il laisse par contre le ménage seul face à la charge de la maladie. C'est en outre une solution *ex post*: il ne traite pas la perte de bien-être découlant du simple fait que les individus *craignent* le risque. Enfin, dans les faits, à cause des importants coûts de transaction et de la pauvreté, la majorité des ménages n'a simplement pas accès au crédit, sinon au taux usuraire du prêteur sur gage.

L'interaction permet également de se couvrir via le partage des risques. Avec les problèmes de santé, les individus sont confrontés à des risques relativement identiques et indépendants⁴; une mutualisation est donc possible. Le transfert du risque économique sera d'autant plus complet que la mise en commun se fait sur un grand nombre d'individus.

Cette mutualisation peut se mettre en place de façon totalement décentralisée. On parlera alors d'entraide. Cette formule fonctionnera bien quand il sera aisé pour les membres du réseau d'entraide d'identifier les besoins et les ressources pouvant être mobilisées: les hommes du village se réuniront spontanément pour porter en litière jusqu'à l'hôpital un des leurs qui vient d'être mordu par un serpent. Un frère ou un ami remplacera aux champs le chef de famille qui est hospitalisé durant la saison des travaux champêtres. Le besoin est clair, les capacités d'aide incontestables.

Dans la majorité des cas toutefois, une asymétrie d'information existera tant sur les besoins réels de l'individu malade⁵ que sur les capacités contributives des autres. Pour contrer l'aléa moral (non-prévention des épisodes de maladie, surdéclaration de maladies ou de leurs coûts, sous-déclaration de l'aide disponible), des coûts de transaction (contrôle de visu) seront à encourir. Ces coûts seront d'autant plus élevés que l'information est asymétrique entre les parties.

4. Dans les pays tropicaux, en raison de covariances saisonnières, cela n'est que partiellement vrai. Durant la saison des pluies, un pic épidémiologique (malaria, diarrhée...) survient. C'est à la même époque que les ménages sont les plus sollicités par les travaux champêtres. C'est aussi pour eux la difficile période de soudure: les nouveaux revenus sont rares et les réserves s'épuisent (Chambers, 1979; Sauerborn et al., 1996; Criel et al., 1999). La synchronisation de ces différents cycles fait que c'est justement au moment où l'aide est susceptible d'être la plus sollicitée qu'elle est la moins disponible. On touche là une limite importante de l'entraide.

5. Il est difficile pour les autres d'apprécier la nature et la gravité de ma maladie, d'identifier les recours possibles et leurs coûts. Cette asymétrie d'information est non seulement un fait, mais également souhaitable en termes de droit à une vie privée. On relève ici un autre avantage d'une mutualisation anonyme telle que celle offerte par une solution institutionnelle.

Or cette asymétrie s'accroît avec l'extension du groupe. Face aux coûts de la maladie, l'entraide va donc rapidement atteindre ses limites: le coût qui devrait être supporté par chacun pour s'informer sur ses partenaires devient supérieur au bénéfice que l'élargissement du groupe apporte en termes de couverture.

L'entraide échoue donc à s'étendre au-delà du cercle intime, celui où l'opportunisme est contenu par l'altruisme des deux parties et la proximité quotidienne. Dans les sociétés traditionnelles, la prise en charge de la maladie relève largement du domaine privé et beaucoup moins du communautaire⁶. La base de recrutement étant limitée, le «pooling» sera médiocre et la couverture incertaine pour un risque donné. A noter en outre que l'agrégation se faisant sur un petit nombre, la contrainte budgétaire sera serrée: des traitements fort coûteux mais peu fréquents, qui auraient pu être pris en charge si le groupe avait été suffisamment large, resteront hors de portée⁷.

En matière de couverture contre l'impact économique des maladies les plus lourdes, les mécanismes traditionnels tels que l'épargne et l'entraide peuvent donc être défaillants (Gertler et Gruber, 1997; Morduch, 1999). Pour saisir les gains liés à la loi des grands nombres, il faut alors adopter une gestion institutionnelle des risques, c'est-à-dire centraliser l'information et l'administration des sanctions. Tel est l'enjeu que se donnent les différentes formules d'arrangement collectif de mise en commun formelle des risques maladie.

Difficultés rencontrées par les mutualisations formelles des risques maladie

Quand un ménage envisage de souscrire à l'offre d'assurance qu'une mutuelle ou assurance lui soumet, il compare l'avantage

6. A opposer à la prise en charge des décès, dont l'évidence rend les abus impossibles. S'il est dangereux de voir, dans cette différence en matière de preuves, l'explication au caractère paradoxal de la sollicitude en Afrique (une entraide disponible pour les funérailles mais tarie pour les soins), on met certainement le doigt sur un blocage en plus du côté de ces derniers.

7. Soit une population de 1000 personnes pour lesquelles on a la certitude qu'une seule d'entre elles va contracter une maladie; le traitement de cette dernière coûte 20 000 francs. Supposons que chaque individu ait un budget pour les soins de santé de 1000 francs. Jusqu'à 19 membres, un réseau d'entraide ne peut pas offrir une couverture. Avec 20 membres, le réseau est capable de prendre en charge le traitement. Plus le réseau s'accroît, plus la participation individuelle nécessaire devient modique. Si les 1000 personnes adhèrent à un seul et même réseau, une contribution individuelle de 20 francs suffit.

qu'il va en retirer au coût qu'il va devoir supporter. Des ménages qui ne souscrivent pas correspondent donc à autant de perceptions que les bénéficiaires personnels sont trop faibles au vu des sacrifices consentis: aux yeux du ménage, il y a, pour les ressources mobilisées par l'adhésion à la mutuelle, des usages qui seraient sources d'un plus grand bien-être.

Le même questionnement sur la stratégie optimale existe du côté de l'offre d'assurance. Si les assurances privées ne sont pas intéressées à développer leurs activités en zone rurale ou si les communautés ne créent pas des mutuelles en leur sein, c'est que les gains attendus sont insuffisants au vu des coûts des solutions institutionnelles à mettre en place.

En repartant de ces considérations micro-économiques, nous pouvons tenter d'identifier les différentes contraintes limitant les initiatives des uns et des autres. Nombre de ces contraintes sont déjà connues et documentées. Si nous les reprenons toutes, c'est par souci d'exhaustivité. Nous examinons plus longuement les contraintes qui, selon nous, ont jusqu'à présent été trop peu abordées. La contrainte de «moralité restreinte» étant une hypothèse inédite dans la littérature sur les mutuelles de santé, nous lui avons consacré un développement approfondi.

Le déficit d'information

La première explication du peu d'engouement de la part des ménages et des communautés pour les mutuelles est bien entendu le fait que les uns et les autres ignorent l'existence même de la technique et les moyens de la mettre en œuvre. C'est à cette ignorance que s'attaque tout le mouvement actuel de promotion, logiquement supporté par l'aide extérieure. Cet obstacle est effectivement vulnérable à des stratégies développées sous forme de projets. Si nous tenons là probablement une explication de la faiblesse des initiatives spontanées et du rôle prépondérant joué par les intervenants extérieurs, à nos yeux, ce serait toutefois se fourvoyer que d'y voir la seule explication. Il est ainsi manifeste que des ménages bien informés peuvent décider ne pas adhérer à des mutuelles (Criel et Waelkens, 2001).

La contrainte des capacités en gestion et prévision

Si la mutualisation des risques est organisée par période, à priori, on pourrait imaginer une répartition du coût total des maladies en fin

de période: le coût total étant connu, il suffirait de le répartir en parts égales. Nous savons toutefois qu'une telle règle serait propice aux comportements opportunistes de la part de ceux qui n'ont été que peu ou pas touchés par la maladie: contestation de l'accord initial, refus de verser la cotisation promise... A moins que la mutuelle dispose d'un crédit auprès des prestataires de soins, ce report ne règle pas non plus le problème de trésorerie que les dépenses de soins de santé posent aux ménages.

Le paiement des cotisations en début de période rend le contrat plus contraignant. Il rend l'accord de mutualisation crédible. La formule est donc à préférer⁸. Mais cela génère par contre trois nouveautés: 1) une caisse va devoir être gérée; 2) pour que la caisse soit en équilibre, il faut que les cotisations soient au moins égales aux remboursements versés par la caisse d'assurance; 3) une situation d'aléa moral apparaît du côté de l'organisme assureur. Ce troisième aspect est discuté dans la section suivante.

L'existence de la caisse centrale va nécessiter l'identification d'un acteur responsable de sa tenue. Si on est en présence d'une micro-assurance, une personne sachant lire et écrire et digne de confiance, des outils de gestion sommaires, la pression sociale et la tenue de réunions suffiront. Les coûts devraient pouvoir rester modiques. Si le recrutement est anonyme et large, la caisse de mutuelle prendra une forme institutionnelle propre. Elle se retrouvera dans une situation analogue à celle d'une compagnie d'assurances privée. L'institution aura pour mission de rassembler les cotisations, d'identifier les membres et de rembourser, aux particuliers ou aux prestataires de soins, les dépenses des soins de santé. Outre les frais de remboursement, la caisse de mutuelle devra donc être à même de financer ses frais de structure: loyers, salaires⁹, etc. Le financement sera établi sur

8. Elle réduit fortement le problème de trésorerie du ménage: celui-ci pourra se faire rembourser dès qu'il a la facture. Mieux: un accord peut être passé avec les structures de santé pour que l'utilisateur n'ait à s'acquitter que de son copaiement (formule du tiers-payant). Les formations sanitaires se chargent de facturer le solde à la mutuelle à échéance régulière. Cette formule a l'avantage supplémentaire de réduire les coûts de transaction de la mutualisation, puisque l'individu ne doit plus se rendre à sa caisse de mutuelle pour être remboursé. La mise en place de cette solution nécessite toutefois que la structure de santé puisse vérifier que le patient est bien assuré auprès de la caisse de mutuelle. A cette dernière, donc, de mettre en place un système d'identification (carte de membre avec photo d'identité...). Ce dernier génère ses propres coûts.

9. L'assurance privée doit en plus rétribuer son capital, c'est-à-dire être à même de dégager un bénéfice pour rémunérer les investisseurs. Sous peine de n'attirer aucun fonds, le rendement offert doit être comparable à celui des autres secteurs d'activité.

les cotisations des membres. La caisse de mutuelle se retrouve donc confrontée aux problèmes de gestion communs à toute entreprise: elle doit être efficiente dans sa gestion des ressources, sous peine de perdre le marché. En effet, si les cotisations servent essentiellement à financer la structure, les remboursements offerts par l'assureur seront médiocres. La couverture perdra alors tout intérêt pour les ménages qui se rabattront sur les autres stratégies possibles. Dans de nombreux pays pauvres, les capacités gestionnaires sont rares. Le marché ou l'Etat les alloue à des besoins perçus comme plus prioritaires.

Si les sinistres sont financés par des primes payées en début de période, une capacité de gestion supplémentaire est nécessaire: le gestionnaire de la mutuelle doit être à même de prévoir les remboursements auxquels il va être tenu. A moins de disposer de réserves suffisantes pour faire face aux conséquences des approximations de calcul, un minimum de sciences actuarielles est alors indispensable. Sans une maîtrise de base, la caisse risque d'être en déséquilibre financier et de perdre sa crédibilité par une incapacité de remboursement.

Ces contraintes sur les compétences pèsent lourdement dans certaines sociétés africaines où l'analphabétisme prévaut largement. Ces collectivités sont trop pauvres (en ressources humaines ou financières) pour assumer les coûts de la coordination. C'est là une des hypothèses majeures d'explication de la faible génération spontanée d'arrangements formels au sein des communautés rurales, même à petite échelle. Le peu d'application en matière de gestion est également une source de soucis pour la viabilité à long terme d'expériences qui ont pu se développer dans des contextes humains plus favorables (Atim, 1998).

Des gestionnaires compétents peuvent bien sûr être recrutés à l'extérieur, mais les salaires susceptibles de les attirer en zone rurale risquent de peser lourdement sur l'équilibre de la caisse de mutuelle. Pour maintenir l'équilibre, des primes élevées seront réclamées aux assurés. Ce qui réduit d'autant l'attractivité de la formule de couverture.

La difficulté à punir les tricheurs

La mutuelle tente de maîtriser l'aléa moral du côté de la prestation, d'une part en fixant des conditions strictes pour le remboursement des soins, d'autre part en contrôlant prestataires et assurés. Si un tri-

cheur est détecté, l'organisme assureur pourra le punir en l'excluant des accords futurs. De ce côté donc, la solution décentralisée est normalement suffisante.

L'aléa moral sur les contributions des ménages est, lui, évacué par l'exigence d'un paiement des primes en début de période. Impossible alors pour le ménage de revenir sur son accord à soutenir ses semblables dans le besoin. Ce paiement préalable crée par contre un aléa moral du côté des remboursements.

Quelle garantie en effet ont les ménages que l'organisme assureur va respecter ses engagements? Ne va-t-il pas contester certains remboursements, ne risque-t-il pas d'être en incapacité de paiement suite à une mauvaise gestion ou des promesses trop généreuses? A priori, il est moins coûteux de s'assurer qu'une institution respecte ses engagements que de vérifier le respect des promesses par une multitude de membres. D'où l'intérêt d'un paiement en début de période, plutôt qu'en fin. Mais pour qu'une entreprise d'assurance respecte ses engagements, il faut qu'elle y soit incitée.

Dans de nombreux pays pauvres, l'environnement incitatif de mise n'est pas présent. Les gérants de ressources collectives ont peu de comptes à rendre à ceux qui apportent leurs ressources, que ces derniers soient des contribuables, des actionnaires ou des assurés. La transparence, indispensable au contrôle, n'est pas instaurée. Les négligences, erreurs de gestion et détournements sont peu sanctionnés en interne. Un environnement juridique existe bien dans la forme, mais il est peu appliqué dans les faits. Souvent, l'entreprise publique ou privée qui ne respecte pas ses engagements ne sera pas poursuivie. En ne pouvant recourir à la justice, le ménage perd toute menace crédible contre un assureur frauduleux. L'alternative de la sanction décentralisée (le non-renouvellement de la prochaine cotisation) sera en effet dérisoire étant donné l'atomicité du ménage et la position souvent monopolistique de l'organisme assureur. Si l'on ne peut offrir aux ménages une garantie que les services auxquels ils souscrivent seront bien livrés le moment venu, les ménages seront réticents à cotiser¹⁰.

La confiance des ménages passe donc, entre autres, par la capacité à sanctionner les individus ou organismes qui frauderaient. Avant de punir, il faut d'abord détecter. La faible transparence de la gestion

10. Il est à noter que la possibilité qu'il y ait des assureurs malhonnêtes contrarie non seulement les ménages en quête de couverture, mais également les assureurs disposés à être honnêtes: comment peuvent-ils en effet envoyer des signaux crédibles aux ménages sur le fait qu'ils ont, eux, décidé de ne pas tricher?

et la complexité que celle-ci présente aux yeux d'une population en partie illettrée sont des facteurs qui vont rendre la population méfiante¹¹. Le seul recours est clairement un pouvoir de tutelle fort sur les organismes et gestionnaires de mutuelles: une instance capable d'identifier les fraudes et de sévir. A noter que l'acte de la sanction sous-entend une vulnérabilité chez le coupable éventuel. Cette vulnérabilité peut se situer au niveau du capital physique, financier ou même social (la réputation).

C'est ce principe qui fait que, lorsqu'un groupement de micro-assurance doit choisir un trésorier, le groupement optera souvent pour un individu rigoureux dans sa comptabilité, mais également solvable: par exemple un commerçant, riche et soucieux de sa réputation. Choisir quelqu'un d'«intouchable» quand le pouvoir est arbitraire sera par contre maladroit. De même, quand le ménage envisagera de souscrire de façon plus anonyme à une mutuelle de grande taille, il vérifiera si un pouvoir de tutelle existe, si l'organisme est solvable, en termes financiers ou en termes de capital «confiance» à préserver.

Dans de nombreux pays pauvres, l'Etat, ses institutions et ses fonctionnaires ne correspondent plus à ces différents critères: il n'y a plus de réputation à sauvegarder; le pouvoir de tutelle est inopérant. Les entreprises privées sont soit informelles, soit trop peu contrôlées; la justice sanctionne peu celui qui l'achète; il est du reste facile pour l'escroc ou le failli de disparaître de la circulation si les plaignants deviennent pressants. Il est notable par contre que les expériences réussies en Afrique sont souvent celles menées par l'Eglise catholique¹². Soit une institution aux lignes hiérarchiques fortes, qui a prouvé sa capacité à gérer la complexité et, enfin, qui est soucieuse de sa réputation morale!

Nous reviendrons plus loin sur le rôle stratégique de la confiance pour le développement des assurances et mutuelles de santé. Cet

11. Par contre, pratiquer une transparence maximale pourrait être une façon pour un assureur honnête de se démarquer.

12. Observer le succès obtenu par les assurances développées dans le cadre de diocèses catholiques, par exemple à Bwamanda (République démocratique du Congo) ou, dans une moindre mesure, à Nkoranza (Ghana). L'expérience de Bwamanda s'est adossée à un projet de développement intégré construit sur plusieurs décennies. Au vu des résultats impressionnants (agriculture, infrastructures, services de santé...), la population avait toutes raisons de faire confiance au Centre de développement intégré quant à son initiative d'assurance santé. Le soutien de la mission catholique à l'ONG, ne fût-ce qu'en termes de capital «confiance» et de garantie financière, a probablement également joué un rôle important. Voir Ilunga et al., 1995.

aspect est, selon nous, trop peu présent dans la littérature. Nous avons vu ici que la confiance reposait notamment sur la possibilité de sanctionner les tricheurs. Une justice crédible est la réponse la plus adéquate. Une instance d'autorégulation fiable (par exemple, un office de contrôle des assurances) pourrait constituer un signal alternatif, mais elle devrait probablement être financée par le secteur, c'est-à-dire par les assurés!

Sans un environnement sécurisant, les ménages seront méfiants devant les solutions qu'on leur propose. On a peut-être là une explication des taux relativement faibles d'adhésion de nombreuses expériences, notamment certaines de celles qui s'appuient sur l'Etat. De façon plus générale, cela explique pourquoi l'initiative sociale (mutuelle) ou lucrative (assurance privée)¹³ n'aura pas beaucoup de chances de se développer actuellement dans de nombreux pays pauvres.

Des coûts physiques de transaction trop élevés

Nous savons que les mutuelles sont supérieures aux réseaux d'entraide grâce au «pooling» de risques plus large qu'elles permettent d'établir. L'élargissement du «pool» a toutefois son prix.

Dans de nombreux pays d'Afrique, la population rurale est fortement dispersée. Recruter de nouveaux adhérents consomme alors beaucoup de ressources en termes de déplacements. Dans le même ordre d'idées, la faible prévalence du salariat rend impossible le prélèvement des cotisations à la source. Ce mode peu coûteux de collecte étant indisponible, les candidats à l'assurance ou l'organisme assureur vont devoir consacrer des ressources à gérer le paiement dispersé des primes (déplacement, suivi administratif individuel, rappel pour les retardataires...).

Ces coûts, le ménage les assume soit directement (quand c'est lui qui se déplace vers la permanence de l'organisme assureur), soit indirectement par l'entremise de la prime versée à la mutuelle (paiement des indemnités des volontaires ou les salaires des employés qui viennent collecter les primes à domicile). Quoi qu'il en soit, ces coûts de souscription sont autant de ressources non disponibles pour le financement des sinistres eux-mêmes. L'assurance perd donc de son attractivité pour les ménages.

13. La carence d'une justice garante du droit décourage également l'investisseur: quel recours aura-t-il contre les malversations des personnes à qui il confie les fonds qu'il veut voir fructifier?

Dans certaines situations, il sera possible de réduire ces coûts en s'appuyant sur des acteurs existants (le réseau de centres de santé, les volontaires de la mutuelle, une coopérative villageoise gérant les recettes annuelles du coton, un réseau de caisses d'épargne...). Le plus souvent, malheureusement, la faible densité de population et les infrastructures routières déplorables grèveront les budgets «couverture». Les ménages les plus éloignés ne souscriront pas; la mutuelle sera privée d'un bassin de recrutement suffisamment large pour financer les différents coûts fixes de la structure (location et équipement du bureau, formations, comptable...). C'est en partie pour cette raison que les assureurs privés négligent les zones rurales des pays pauvres.

Des coûts fixes élevés pour les contrats d'assurance

Même en contexte urbain, où les densités de population sont élevées et les compétences humaines disponibles, on observe peu de création de mutuelles de santé. A l'exception d'une offre destinée à la couche aisée de la société, les assurances privées ne développent pas le secteur de l'assurance santé: le créneau n'est pas rentable¹⁴.

L'explication se trouve, entre autres, dans l'importante composante de coûts fixes qu'il y a dans la signature d'un contrat d'assurance. Pour l'assureur, établir un contrat d'assurance coûte en frais administratifs (temps de l'employé, papeterie, suivi du dossier...) un montant assez similaire, que la couverture soit pour 1000 ou 100 000 francs. Les contrats aux primes élevées permettent donc de dégager une marge bénéficiaire bien plus importante. Seuls les riches, qui présentent par ailleurs souvent des risques plus faibles, peuvent souscrire aux polices d'assurance rentables pour les assureurs.

La masse urbaine, elle, a des ressources bien trop étiquées. Même si le ménage consacrait tout son budget «santé» à la souscription d'une assurance, cela resterait modeste en termes de primes. La marge de gestion que l'organisme pourra prélever sur un tel contrat sans compromettre l'adhésion du ménage sera inférieure à ce que l'investisseur considère être le minimum de rentabilité pour son capital. Sans compter tous les coûts administratifs supplémentaires qu'entraînerait un public de pauvres: explications plus longues, suivi de dossiers incomplets, retard dans le renouvellement des primes...

14. Le contraste est saisissant avec le lobbying que les compagnies d'assurances font dans les pays de l'OCDE pour voir leur part s'accroître sur le marché de la santé.

La pauvreté de la majorité de la population au regard des coûts élevés à charge des assureurs rend le secteur de l'assurance santé non rentable dans de nombreux pays pauvres.

Des gains attendus trop faibles, trop incertains ou trop éloignés dans le temps

Entre la survenue de la maladie et les dépenses en soins de santé, il ne faut pas oublier que s'intercale une décision du ménage: celle de recourir aux services de santé ou non. La demande pour les soins de santé dépend d'une part des gains attendus, d'autre part des capacités de paiement de l'individu.

Les gains attendus dépendent bien entendu de la qualité et de l'efficacité des services de santé. Les individus ne sont intéressés de se couvrir contre les coûts des soins que s'ils perçoivent ces soins comme susceptibles de contribuer à leur santé¹⁵. Si la population déserte une offre de soins parce qu'elle la considère, à tort ou à raison, médiocre et sans efficacité, l'assurance ne solutionne rien: on ne se couvre pas, que ce soit par l'épargne ou un contrat d'assurance, contre des dépenses de toute façon non envisagées!

Les gains attendus doivent être importants, mais doivent aussi ne pas être trop incertains. Les ménages seront réticents à s'investir dans la constitution d'une mutuelle ou même à y cotiser si cette dernière ou l'offre des soins à laquelle elle donne accès paraissent vulnérables aux aléas. Nous avons déjà abordé la question de l'aléa moral du côté de l'organisme assureur. Nous avons montré combien l'impunité dont l'assureur disposait rendait les ménages méfiants. Même si l'assureur est honnête, d'autres aléas peuvent survenir: la mutuelle peut être vue comme vulnérable (faiblesse des réserves financières, dépendance par rapport à un partenaire extérieur...), la qualité des soins peut être perçue comme tributaire de la présence d'un médecin reconnu pour son dévouement et sa compétence (Letourmy, 2000), la situation économique ou politique peut être lue comme allant vers de profonds changements...

Enfin les gains attendus ne doivent pas être, aux yeux des individus, trop éloignés dans le temps. Dans une situation économique

15. A noter que la santé des différents membres de la famille peut ne pas être mise sur le même pied par le chef du ménage: un membre actif peut valoir plus qu'un dépendant, un garçon plus qu'une fille... Une offre de couverture pourrait être dédaignée parce qu'elle s'adresserait avant tout aux individus les moins valorisés économiquement.

proche de la survie, on peut en effet soupçonner que la préférence pour le présent soit particulièrement forte. Plus un bénéfice sera lointain, moins sa valeur escomptée aujourd'hui sera grande. Etant donné la forte prégnance des cycles saisonniers sur la vie rurale, il est probable que la majorité des ménages d'Afrique subsaharienne se projettent dans un futur d'au moins un an (durée habituelle des couvertures offertes par les mutuelles). Notre hypothèse est que cela n'est toutefois pas vrai pour les plus pauvres.

En définitive, la décision du ménage de souscrire ou non dépend du bénéfice obtenu pour le sacrifice concédé (soit le paiement aujourd'hui de la prime d'assurance mais aussi tous les coûts non assurés qui seront à la charge de la famille une fois qu'un des siens recourra aux services de santé: copaiement, transport, coût d'opportunité des accompagnants...). Des soins *accessibles* et de *qualité* sont absents en de trop nombreuses contrées. Prendre une couverture, que ce soit par l'épargne, l'entraide ou une assurance, n'a alors pas de raison d'être. La médiocrité des soins est probablement une explication majeure du faible développement des mutuelles de santé dans ces pays (Letourmy, 2000; Criel et Waelkens, 2001). En termes opérationnels, on se retrouve face au dilemme de l'œuf ou la poule. Si on ne veut pas trancher en termes de conditions préalables, le minimum est au moins que la promotion des formules d'assurance aille de pair avec une amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des prestations.

Un conflit d'intérêts

Outre le meilleur accès, un des arguments traditionnels en faveur des assurances et des mutuelles est qu'elles permettent de stabiliser et accroître les revenus des services de santé. Un autre argument est que l'organisme assureur peut, s'il le souhaite, exploiter sa position d'acheteur de prestations pour contribuer à rationaliser et améliorer des soins. On en a déduit que les ministères de la santé ne pouvaient qu'être intéressés par le «produit» et qu'ils seront de bons agents de promotion.

En fait, si la stabilisation et l'accroissement des revenus est une bonne chose pour le système de soins de santé, la réussite de la mutuelle peut être contradictoire avec les intérêts des individus qui tirent profit de la vulnérabilité des usagers (exigence de dessous-de-table, surprescription...). Pour les prestataires individuels, l'introduction de la mutuelle peut constituer une révision profonde des

rapports de force qu'ils ont avec les usagers (Criel, Wiegandt et al., 2000). La menace est évidente si la mutuelle se construit avec la volonté ferme de constituer un contre-pouvoir (négociation des tarifs, rationalisation des prescriptions, chasse aux abus...).

Comme cela a été le cas avec les comités de santé et la participation communautaire en général, on peut craindre que les mutuelles de santé reçoivent peu de soutien de la part des personnes qui travaillent au quotidien dans les services publics de santé. Au mieux, ce que l'on peut espérer d'eux, c'est qu'elles ne soient pas des agents d'obstruction. Mais on ne doit pas attendre de leur part un engagement fort dans la promotion.

De façon générale, on peut se demander si on ne se trompe pas de partenaires quand on veut développer les mutuelles de santé par l'entremise des ministères de la santé (Letourmy, 2000). La société civile (églises, groupements professionnels, communautés...) et même les agents de développement ruraux d'autres ministères (ou tout au moins indépendants des services de santé eux-mêmes) sont, à nos yeux, des acteurs de changement plus crédibles. Pour le reste, les promoteurs des mutuelles doivent intégrer dans leur stratégie d'action les résistances et éventuels sabotages qu'ils rencontreront.

Une autre rationalité?

Une autre raison pouvant expliquer la faible acceptation de propositions de couverture pourtant séduisantes est à aller chercher du côté de la rationalité prévalant dans les sociétés traditionnelles.

Dans certaines cultures, le fait de tomber malade n'est pas perçu comme le produit d'un hasard: l'individu est souffrant parce que quelqu'un de malveillant lui a jeté un sort ou encore parce que c'était la volonté divine. Plus généralement, la chance et la malchance ne sont pas perçues comme des événements aléatoires, mais comme des phénomènes qui se maîtrisent et se provoquent. Avec une telle perception, adopter une couverture *formelle* de façon délibérée et explicite constituera au mieux une stratégie inefficace, au pire une provocation.

Un fort taux d'abandon peut être lui le résultat d'une insatisfaction chez le ménage au regard de ce qu'il a reçu en retour de son adhésion. Selon Platteau, quand les ménages des communautés traditionnelles participent à des arrangements informels de couverture contre les risques, le principe qui les guide n'est pas une véritable logique d'assurance mais plutôt un principe de *réciprocité équilibrée*:

il leur importe de recevoir à terme quelque chose, même de valeur inférieure, en retour de toute contribution (Platteau, 1997). Ce principe n'est pas incompatible avec l'existence de mécanismes informels ou formels de partage des risques. Il suggérera toutefois certains aménagements à nos assurances et mutuelles de santé pour qu'elles deviennent plus acceptables: notamment l'élargissement de la couverture aux petits risques plus fréquents¹⁶ et l'extension de la couverture à certains risques en dehors de la santé (frais de funérailles...).

*Des normes morales inadéquates:
l'explication du paradoxe africain?*

Pour tout échange économique, y compris l'adhésion à une mutuelle ou à une assurance, la confiance est indispensable. Pour soutenir cette dernière, nous avons déjà abordé l'impérieuse nécessité d'avoir des mécanismes à même de sanctionner les opportunistes. Ces mécanismes de sanction ont toutefois un coût pour la société (rédaction des lois, financement de la justice, mise en place d'organes de contrôle...) et pour l'individu (par exemple quand il décide de ne pas renouveler une transaction parce qu'il n'a plus confiance en l'autre partie).

L'idéal pour la société serait bien entendu de disposer de la confiance à un coût moindre. C'est la fonction même des normes morales. Par normes morales, nous entendons les standards de comportements qu'un individu a intégrés et auxquels il lui est intrinsèquement valorisant d'être conforme: l'individu respecte la règle non pas à cause d'une gratification ou punition externe, mais parce qu'elle est conforme à ses valeurs. L'infraction à la norme conduit au contraire à des émotions désagréables telles que la culpabilité ou la honte.

Ces normes nous sont transmises par les autres en deux étapes de socialisation. La socialisation primaire de l'individu est faite à l'enfance: l'éducation consiste en grande partie en une transmission de ce qui est bien et de ce qui est mal par l'entremise de l'affectif des parents. La socialisation secondaire veillera à renforcer et maintenir ce bagage de normes (religion, scolarité...) ainsi qu'à transmettre certains savoirs plus spécifiques (code professionnel, protocole, règles du club...).

16. Et de fait, on rejoindra ainsi une revendication souvent entendue quand la couverture est limitée aux gros risques hospitaliers.

Pour les économistes soucieux des coûts de transaction, la norme morale est précieuse: étant donné que l'individu la respecte même quand la violer ne serait pas détecté par les autres, on fait l'économie de coûteux systèmes de contrats, de surveillance et de pénalités. L'individu ne dévie pas, non parce qu'il craindrait la sanction d'une agence centrale (la justice) ou la sanction décentralisée de ses partenaires (le non-renouvellement de la transaction), mais parce qu'il considère cela comme bon. Pour que le principe tienne, il est toutefois important de noter que le groupe se doit de mettre en place des mécanismes confirmant qu'il tient à ces différentes valeurs. Il s'agit en effet de maintenir les normes et si possible de les conforter. A ce titre, des modèles seront mis en avant, des récompenses éventuellement remises aux vertueux, des sanctions certainement administrées aux déviants. La confiance indispensable aux interactions économiques est donc le résultat combiné d'une justice qui fonctionne et de normes morales propices à ces interactions. Notre hypothèse est que les normes actuellement en place dans de nombreuses sociétés africaines restent favorables à une entraide décentralisée, mais sont défavorables à une mise en commun institutionnalisée.

Dans les communautés traditionnelles, les valeurs de don, de solidarité, du sens commun sont mises en avant. Les normes de comportement qui en découlent confortent la confiance entre les membres de la communauté qui, elle-même, réduit les coûts de transaction et facilite donc la mise en place de l'entraide. Vu le nombre d'aléas attachés aux conditions de vie précaires dans des milieux souvent très pauvres, l'intérêt de cette dernière est évident.

Historiquement, d'autres facteurs ont facilité la mise en place de l'entraide. Tel était le cas de la proximité physique au village (visibilité des moyens et des besoins) et de la multiplicité des interactions dans le temps (le passé commun faisait que l'on se connaissait, le futur commun faisait que l'on avait intérêt à maintenir la relation) et dans leur nature (outre l'entraide, ces mêmes individus se rencontraient pour l'échange de biens et services mais aussi pour financer, produire et gérer les biens collectifs et autres interdépendances). Enfin une certaine égalité économique entre les ménages (en termes de profils de risques et de ressources) évitait qu'un trop grand nombre d'entre eux soient tentés par des stratégies d'auto-assurance.

Pour confirmer la moralité de ses normes, la communauté disposait enfin, au travers de l'*opprobre social*, d'un signal puissant. Moyen de pression d'autant plus ferme que dans de nombreuses cultures, la honte afflige non seulement le fautif, mais rejait aussi sur les siens.

Souvent, une fois que l'entraide était en place dans un tel contexte, il n'était pas nécessaire au groupe de recourir à l'arme ultime de l'*ostracisme* ou même de l'exclusion temporaire: le sens du bien commun et du don, les normes de comportement, codes et rituels correspondants étaient bien intégrés par chacun.

Au cours de ces dernières décennies, cet ordre des choses s'est bien sûr partiellement modifié en Afrique¹⁷. Le monde occidental a diffusé ses valeurs plus individualistes et libérales. La pénétration du marché accentue la spécialisation, génère des différences sociales, offre des opportunités de survie autonomes de la communauté d'origine. L'épargne devient ainsi possible puisqu'il est plus facile, notamment sous sa forme monétaire, de la soustraire du regard des autres et donc des réseaux d'entraide. Mais si l'épargne et l'investissement sont un cap obligé vers la croissance, nous avons vu que l'épargne est un mécanisme de couverture avec d'importantes limites. La mutualisation des risques est bien plus intéressante. Pourtant, comme nous l'avons déjà relevé, il y a bien peu d'initiatives spontanées visant à mettre en place de nouveaux arrangements collectifs d'assurance. Il est paradoxal que les sociétés africaines, qui ont développé un tel ethos de la solidarité, rencontrent autant de difficultés à constituer des mutuelles de santé.

Une bonne part de l'explication réside probablement dans cet ethos de la solidarité: il est le plus souvent familial, clanique ou tribal. Dans de nombreuses sociétés traditionnelles¹⁸, l'espace social est compartimentalisé et hiérarchisé. Les normes de la conduite sociale sont différentes selon qu'on est en interaction avec son frère, un voisin membre d'un autre lignage, un étranger d'une autre ethnie ou encore un non-national (Platteau, 1994). Par endroits, la rouspaderie, le vol et la prédation sont conformes à la moralité, pour peu que la victime soit un étranger. Au contraire, l'individu a appris que refuser d'aider un proche parent était mal et indigne. Les sentiments désagréables que sont la culpabilité ou la honte ne seront pas d'abord liés au fait de détourner des ressources «anonymes» (l'argent froid

17. Comme il l'a été précédemment, sur une période beaucoup plus longue, dans les sociétés occidentales: les solidarités de village (parfois en opposition au village voisin!) ont disparu; les obligations familiales sont confinées au premier degré, nos relations se sont anonymisées, nos obligations institutionnalisées. Loin de nous l'idée de louer en bloc la mutation qu'apporte une individualisation de la vie sociale!

18. Bien sûr en Afrique; mais on peut lire selon cette clé, avec d'autres modalités, d'autres sociétés qu'elles soient d'Asie (Yémen, Afghanistan...) ou d'Europe (pays du Caucase...).

de l'Etat, de l'entreprise, du projet, de l'étranger), mais bien plus au fait de manquer de compassion à l'égard du proche dans le besoin.

Ce que l'individu ressent personnellement est renforcé par les mécanismes mis en œuvre par son groupe de référence pour confirmer les prescrits moraux. Ce dernier fera clairement sentir à l'individu que sa réticence à léser l'étranger peut être interprétée comme un abandon de la famille, une hostilité au réseau d'entraide, un reniement de l'aide qu'il a lui-même reçue précédemment. De façon plus générale, refouler l'obligation du don par laquelle l'entraide se réalise sera perçu comme un signe d'avarice; l'individu sait d'ailleurs que cela attire le mauvais œil (Olivier de Sardan, 1999).

Sentiment de culpabilité, honte et intérêts invitent alors l'individu à s'en tenir au respect des fidélités traditionnelles. Aller contre la tradition et les obligations est non seulement une faute morale lourde à porter mais aussi un mauvais calcul: quand la situation économique se dégrade, le capital social est une des dernières ressources sur laquelle les ménages peuvent compter (Woolcock et Narayan, 2000).

Ces obligations fortes et chaleureuses envers un groupe petit et faible face au plus grand nombre constitue un frein important à une activité économique prospère¹⁹. Celle-ci est de fait grandement fondée sur l'extension du groupe de référence: c'est cet élargissement qui dégage de nouvelles différences et donc de nouvelles opportunités d'échange entre les individus. Cet élargissement sera d'autant plus facile qu'une certaine moralité (respect de la parole donnée, empathie et honnêteté à l'égard de l'étranger...) est partagée dans ce plus grand groupe. Il y aura par contre peu de création de richesses si, à cause de la méfiance, l'entrepreneur se voit restreint dans ses échanges avec l'investisseur, les travailleurs, les fournisseurs d'équipements ou d'intrants, les inconnus susceptibles de consommer son produit²¹. Clairement, le marché se porte mieux si une *moralité générale*

19. On doit à J.-Ph. Platteau la mise en avant de la *limited-group morality* comme obstacle au développement économique. Sur la relation entre normes morales, confiance et marché, lire Platteau (1994) et le débat qui a suivi dans les numéros ultérieurs du *Journal of Development Studies*.

20. Pour que certaines activités aient lieu, les normes morales devront être plus spécifiées. Songeons au rôle capital de la déontologie professionnelle dans les secteurs d'activité où il existe une importante asymétrie d'information entre les parties en échange. Les soins de santé sont bien entendu le meilleur exemple.

21. C'est cette méfiance qui explique par exemple pourquoi il y a si peu de partenariats entre entrepreneurs de groupes ethniques différents en Afrique. Sur la perte d'efficacité due à ce confinement des collaborations à son propre groupe ethnique, lire Kennedy (1988) et Faschamps (1999).

ralisée prévaut: l'honnêteté des parties conforte la confiance qui réduit elle-même les coûts de transaction.

Cette moralité généralisée est également nécessaire pour le financement et la production des biens collectifs. Un grand nombre d'entre eux vont effectivement de pair avec un groupe de référence large: la communauté urbaine, la région, le pays... Une extension de la moralité est alors également indispensable: le financement de l'Etat est d'autant plus simple que le contribuable est civique, la non-dégradation des infrastructures collectives et de l'environnement passent par le respect qu'en a la population, la défense nationale repose sur le patriotisme et l'obéissance, la justice est fondée sur le respect quotidien des droits de chacun, l'administration des services publics passe par un sens de l'Etat, l'aide humanitaire découle d'un sens de responsabilité envers l'humanité entière²²...

Cette extension du groupe de référence est également la source d'efficacité des arrangements formels de mise en commun des risques. Un «pooling» formalisé des risques ne saisit en effet les gains de la loi des grands nombres que si l'on dépasse les cercles sociaux restreints. Pour maîtriser les coûts liés à l'asymétrie de l'information, de nouvelles loyautés doivent alors être établies: l'organisme assureur, ses employés, les assurés, les prestataires de soins doivent se respecter les uns les autres et adopter une honnêteté commune. Dans le cas contraire, la confiance ne prévaudra pas spontanément et une quantité excessive de ressources devra être allouée aux contrôles. Si l'organisme assureur doit passer son temps à vérifier que les assurés et les prestataires ne sont pas en train de frauder, si les membres de la mutuelle doivent continuellement surveiller les gestionnaires et si ces derniers doivent étroitement superviser les employés, il est évident que peu de ressources resteront disponibles pour financer la couverture! Une seconde dimension morale est propice à une large mise en commun des risques: c'est bien entendu le sens de la solidarité. Plus celui-ci débordera du cadre étroit de la famille et se voudra universel, plus le «pooling» de risques sera facile à mettre en œuvre.

On voit alors comment les normes morales qui soutiennent les réseaux d'entraide peuvent être défavorables au développement des

22. Cette longue liste, qui interpellera le lecteur des pays industrialisés, prouve que les normes ne sont nulle part immuables: il est manifeste que plusieurs de ces dimensions se sont érodées ou renforcées au cours de ces dernières décennies dans les sociétés occidentales.

arrangements formels de partage de risques, en tout cas ceux de grande ampleur: ce sont les mêmes normes morales et loyautés qui réduisent les coûts de transaction de l'entraide traditionnelle qui accroissent les coûts de transaction des solutions institutionnelles.

Il est bien sûr difficile de savoir dans quelle mesure ce problème de normes morales contribue au non-développement des mutuelles de santé. Notre hypothèse est que l'environnement moral prévalant aujourd'hui dans plusieurs sociétés africaines n'est pas nécessairement aussi propice aux mutuelles qu'on l'a pensé jusqu'à présent.

La dynamique de formation et d'érosion des normes ne se pilotant guère, il est difficile d'identifier les mécanismes susceptibles de favoriser le passage d'une *limited-group morality* à une *generalised morality* (Platteau, 1994). L'école, la religion, la société civile, la presse, les ordres professionnels ont certainement un rôle à jouer. La justice, nécessaire pour elle-même, est capitale également pour confirmer les nouvelles normes en élaboration.

La société peut conforter des normes non seulement par les sanctions, mais aussi par les récompenses. Il est impossible de mesurer la vertu et de gratifier les individus en conséquence. Par contre, la société peut veiller à ce que ceux qui sont récompensés, y compris de façon décentralisée par le jeu social²³, soient bien des exemples de comportements. Les détenteurs du pouvoir politique, économique ou social doivent pouvoir être mis en avant comme des modèles de référence. Si les plus hautes instances de l'Etat pratiquent la prédation et le népotisme au détriment de la collectivité, s'il est manifeste que les riches le sont parce qu'ils ont pipé les dés, le message donné par ces exemples est bien sûr inverse: c'est en fraudant que l'on gagne, l'honnêteté est bonne pour les naïfs ou les idiots. Inutile de développer combien la situation est dramatique à ce titre, dans nombre de pays pauvres et d'économies en transition.

Outre l'honnêteté, les mises en commun institutionnelles de risques se verront confortées par une seconde norme: celle d'un sens élargi de la solidarité. En Europe, c'est en partageant des conditions de travail et de vie misérables que l'importante population ouvrière du XIX^e siècle a pris conscience de sa communauté de destin. C'est sur cette identité, d'autant plus forte qu'elle se construisait en opposition à la «classe exploitante», qu'un profond ethos de solidarité

23. C'est en fait le principal canal de gratification. Les honneurs et médailles remises par le pouvoir central sont bien sûr des récompenses dérisoires en face de la richesse économique.

s'est développé. Par sa cohésion, son poids dans la société et la menace qu'il constituait pour l'ordre établi, le mouvement ouvrier a pu imposer ou susciter des réformes sociales concrétisant une solidarité élargie; celle-ci est incarnée aujourd'hui par l'Etat providence et les droits sociaux (de Swaan, 1988; Vanthemsche, 1994). Nous devons garder à l'esprit que l'environnement politique, social et économique des pays africains n'offre pas actuellement un tel creuset au changement²⁴.

Pistes

Les raisons pouvant expliquer qu'aux yeux des ménages, les solutions que nous leur proposons ont un rapport «bénéfice perçu/sacrifice» insatisfaisant sont donc multiples. Quels sont les types de projets à développer pour s'attaquer à ces obstacles, les pistes de solutions à explorer, les recherches complémentaires à mener?

Selon nous, il est primordial que les promoteurs (bailleurs et ONG) gardent les pieds sur terre. Dans nombre de régions d'Afrique, les contraintes restent excessivement fortes. La dynamique doit s'en tenir alors à des projets-pilotes dans les zones les plus favorables. Nos recommandations seraient d'opter de préférence pour des initiatives se destinant à des zones à haute densité démographique où la majorité des ménages disposent d'une activité économique stable et où la population bénéficie déjà d'un système de santé performant. Idéalement, l'assurance devrait prendre appui sur une institution communautaire, économique ou sociale qui a déjà prouvé qu'elle était digne de confiance (Carrin et al., 2001). Si l'extension de la couverture est le premier objectif politique, l'appui sur les réseaux confessionnaires est une piste à moins dédaigner.

Ne nous leurrons pas: avant d'être une source fiable de financement, les mutuelles nécessiteront l'injection de ressources supplé-

24. Il nous paraît également important de noter l'extrême précarité dans laquelle était placé le prolétaire au XIX^e siècle. L'exode rural et la fin du compagnonnage avaient disloqué les réseaux d'entraide; la perte du contrôle de l'outil de production (la terre ou l'échoppe) et la médiocrité des salaires le privaient de toute couverture par l'épargne (Vanthemsche, 1994). En cas de licenciement ou de maladie, l'ouvrier perdait tout moyen de subsistance. Le besoin de créer des mécanismes d'assurance institutionnels tels que l'assurance chômage, les caisses de secours était donc fort... Sans en induire que le développement des mutuelles doive nécessairement passer par une précarité radicale de type prolétarien (suffisamment d'expériences réussies prouvent le contraire), nous devons admettre que le fait que les ménages africains aient, en matière de couverture, des alternatives même partielles, n'est pas un atout.

mentaires. La dynamique devra être subventionnée sur une période de plusieurs années: les besoins vont en effet de la promotion au suivi, en passant par la phase de mise en place et la rédaction des textes législatifs. La promotion est à continuer, des formations doivent être prodiguées, des compétences rassemblées, une expertise technique nationale rendue disponible (Carrin et al., 2001). Même les initiatives les mieux menées seront confrontées à des maladies de jeunesse. Le soutien financier devra donc aussi consister en d'habiles mécanismes de secours aux institutions en difficulté.

Ce besoin d'appui et de financement est un appel du pied non ambigu à l'aide extérieure, mais également aux autorités nationales. Ces dernières doivent être conscientes que les mutuelles et les assurances ne seront pas une *magic bullet* ou un moyen de se défaire de leur obligation financière. Bien au contraire: ce sera aussi leur rôle de cotiser au nom des plus pauvres, de tous ceux qui sont incapables de s'acquitter eux-mêmes des cotisations (Carrin et al., 2001). Les systèmes de mutualisation des risques n'ont d'ailleurs réellement décollé en Europe que lorsque l'Etat y a vu une de ses responsabilités (de Swaan, 1988).

Selon nous, l'obligation qui pèse sur les autorités nationales africaines va encore plus loin. Nous ne devons pas oublier que si l'on a besoin aujourd'hui de nouvelles institutions pour la mutualisation des risques liés à la santé, c'est parce que la solution beveridgienne a échoué. Aussi, quand nous préconisons une mise en commun des risques via des assurances ou mutuelles privées, nous devons nous assurer que les causes sous-jacentes aux échecs de l'Etat opérateur de services ne vont pas affliger également le développement institutionnel des mutuelles.

Il est important de noter que l'échec des modèles organisationnels hiérarchiques en Afrique ne se limite pas à l'Etat. L'échange décentralisé domine également le secteur privé: par crainte de l'opportunisme des partenaires potentiels, les entrepreneurs et commerçants s'en tiennent à des pratiques minimisant les risques de fraudes et de défaillance. En caricaturant à peine, le commerçant africain investit ses seuls propres fonds, vérifie personnellement la qualité du mil qu'il achète, dort sur ses sacs, conduit lui-même son camion et ne vend que comptant (Fafchamps, 1999). Difficile alors de saisir les économies d'échelle en bâtissant des entreprises de grande taille!

Comme le secteur public et les entreprises privées, le développement de l'économie sociale passera par un Etat de droit, garant des contrats et de la propriété, par des normes morales favorables à la

confiance dans les transactions. Sans ces institutions, les services délivrés en Europe par le secteur privé non marchand resteront en Afrique du domaine des solutions décentralisées telles que l'épargne de précaution ou une entraide reposant sur une solidarité trop restreinte.

Ce que nous attendons donc des autorités politiques, c'est un appui subtil du mouvement en cours (Letourmy, 2000), mais aussi le renforcement des institutions suscitant la confiance. La recommandation vaut également pour les opérateurs extérieurs: tous les mécanismes susceptibles de nourrir cette confiance doivent être soutenus. Nous songeons à des financements d'appui disponibles sur un relatif long terme, à des mécanismes de réassurance pour les groupes qui optent pour la micro-assurance (Dror et Jacquier, 1999), à la mise en place d'organes de contrôle et d'audit, au soutien à une presse indépendante et aux groupes professionnels impliqués.

Quel agenda pour la recherche à venir? Selon nous, les faibles taux d'adhésion et le petit nombre de créations spontanées de mutuelles ou micro-assurances méritent plus d'attention. Dans l'enthousiasme, nous sommes peut-être passés trop vite sur les réalités humaines préexistantes. Nos hypothèses sur la perception des risques maladie, la notion de réciprocité équilibrée, la place de la confiance et de la moralité restreinte gagneraient à être documentées et validées ou invalidées. Les travaux des économistes du développement portant sur les contraintes institutionnelles qui pèsent sur le développement du marché ou des institutions «modernes» pourraient être un point d'ancrage et une source d'inspiration.

En termes de recherche-action, compte tenu des contraintes rencontrées par les mutuelles et les assurances dans certains contextes, des solutions telles que l'épargne, le crédit ou même le mont-de-piété sont peut-être à considérer, ne fût-ce que comme étape intermédiaire. Dans les projets de mutuelles en cours, il devrait enfin être aisé de mieux documenter les raisons pour lesquelles certains individus décident d'adhérer à une mutuelle, d'autres dédaignent l'option ou décident de ne pas renouveler leur adhésion.

Bibliographie

ANMC/BIT-ACOPAM/WSM. 1996. *Mutuelles de santé en Afrique: Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Bruxelles, Solidarité mondiale.

- Atim, C. 1998. *The contribution of mutual health organisations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African countries*. Bethesda, MD, PHR.
- Bennett, S.; Creese, A.; Monasch, R. 1998. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment* (ARA Paper n° 16). Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Carrin, G.; Desmet, M.; Basaza, R. 2001. «L'assurance maladie dans les pays en développement à faibles revenus: nouveaux rôles des pouvoirs publics et des organisations d'assurance maladie sans but lucratif en Afrique et en Asie», dans X. Scheil-Adlung (sous la direction de): *Construire la sécurité sociale: la privatisation en question*. Berne, P. Lang.
- Chambers, R. 1979. *Health, agriculture and rural poverty: Why seasons matter* (IDS Discussion Paper 148). Brighton, Institute of Development Studies, University of Sussex.
- Criel, B.; Sylla, M.; de Béthune, X.; Yansané, M.; Camara, Y.; Condé, S.; Gody, M. 1999. «Impact of financial exclusion on health care utilization: Is insurance the answer? The case of Kissidougou in rural Guinea-Conakry», dans H. T. O. Davies, M. Tavakoli, M. Malek et A. Neilson (sous la direction de): *Controlling costs: Strategic issues in health care management*. Aldershot, Ashgate.
- Criel, B.; Van Dormael, M.; Lefèvre, P.; Menase, U.; Van Lerberghe, W. 1998. «Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo: An exploration of its meanings to the community», dans *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 8.
- Criel, B.; Waelkens, M. P. 2001. *The social perception of a mutual health organisation in Guinea-Conakry, West Africa* (document préparé pour la conférence «Livelihood, savings and debt in a changing world: Developing anthropological and sociological perspectives»). Wageningen, 14-16 mai.
- Criel, B.; Wiegandt, A.; Van der Venet, J.; Diallo, A. A. 2000. *La Mutuelle de santé Maliando en Guinée forestière: une tentative d'approche partenariale entre communauté et services de santé* (rapport de projet). Anvers, ITM.
- De Swaan, A. 1988. *In care of the State: Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. Cambridge, Polity Press.
- Dror D.; Jacquier, C. 1999. «Micro-assurance: élargissement de l'assurance maladie aux exclus», dans *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 52, n° 1.
- Fafchamps, M. 1999. *Networks, communities, and markets in sub-Saharan Africa: Implications for firm growth and investment* (document de travail).
- Gertler, P.; Gruber, J. 1997. *Insuring consumption against illness* (NBER Working Papers n° 6035). Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.

- Griffin, C. G.; Shaw, R. P. 1995. «Health insurance in sub-Saharan Africa: Aims, findings, policy implications», dans R. P. Shaw et M. Ainsworth (sous la direction de): *Financing health services through user fees and insurance: Case studies from sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Banque mondiale.
- Ilunga, T. B.; Contandriopoulos, A.-P.; Fournier, P. 1995. «Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda (Zaire): comment a-t-il été mis en place?», dans *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 8.
- Kennedy, P. 1988. *African capitalism: The struggle for ascendancy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Letourmy, A. 2000. «Les mutuelles de santé en Afrique: conditions d'un développement», dans *Afrique contemporaine* (numéro spécial).
- Meessen B.; Criel, B. 2002. «Quelles stratégies de couverture face aux risques liés à la santé? Quelques points de repère microéconomiques pour la réflexion sur les stratégies disponibles dans les sociétés africaines et asiatiques», dans M. Audibert, J. Mathonnat et E. De Roodenbeke (sous la direction de): *Financer la santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie* (à paraître). Paris, Karthala.
- Morduch, J. 1999. «Between the State and the market: Can informal insurance patch the safety net?», dans *World Bank Research Observer*, vol. 14, n° 2.
- Normand, C. 1999. «Using social health insurance to meet policy goals», dans *Social Science and Medicine*, vol. 48, n° 7.
- Normand, C.; Weber, A. 1994. *Social health insurance: A guidebook for planning*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Olivier de Sardan, J. P. 1999. «A moral economy of corruption in Africa», dans *Journal of Modern African Studies*, vol. 37, n° 1.
- OMS. 2000. *Rapport de la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Platteau, J.-P. 1994. «Behind the market stage where real societies exist. Part II: The role of moral norms», dans *Journal of Development Studies*, vol. 30, n° 3.
- . 1997. «Mutual insurance as an elusive concept in traditional rural communities», dans *Journal of Development Studies*, vol. 33, n° 6.
- Sauerborn, R.; Nougara, A.; Diesfeld, H. J. 1996. *Les coûts économiques de la maladie pour les ménages en milieu rural du Burkina Faso*. Francfort, P. Lang.
- Vanthemsche, G. 1994. *La sécurité sociale: les origines du système belge, le présent face à son passé*. Bruxelles, De Boeck Université.
- Woolcock, M.; Narayan, D. 2000. «Social capital: Implications for development theory, research, and policy», dans *World Bank Research Observer*, vol. 15, n° 2.