

SOUS LA DIRECTION DE
Martine Audibert, Jacky Mathonnat et Éric de Roodenbeke

**Le financement de la santé
dans les pays d'Afrique et d'Asie
à faible revenu**

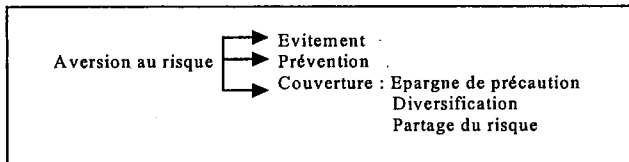
**Éditions Karthala
22-24, boulevard Arago
75013 Paris**

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 traditionnelles

Bruno MEESSEN*

Notre vie est faite d'incertitude : il est possible qu'un jour notre maison brûle, que le mois prochain, le dollar s'apprécie contre l'euro, que demain on ait un accident en rentrant du travail... Si l'individu peut décider de prendre des risques quand un bénéfice potentiel est à la clé, il préférera ne pas être sujet aux aléas susceptibles de compromettre son bien-être. L'aversion au risque dicte alors plusieurs stratégies. L'individu peut décider d'éviter le phénomène aléatoire, de modifier, par la prévention, la loterie à laquelle il est sujet ou de se couvrir (voir schéma).



La couverture ou l'assurance consiste à accepter de subir un coût (la prime) pour rendre certaine, c'est-à-dire sécuriser, une partie de ses ressources, de son bien-être. Pour s'assurer, l'individu a le choix entre trois options : il peut se constituer une épargne de précaution, diversifier ses positions ou partager son risque avec au moins un autre agent.

* Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique.

Se constituer une *épargne de précaution* permet de faire face à des occurrences non certaines. L'épargne peut être investie dans un bien ou service particulier pour conserver un espace de choix. Elle peut aussi être conservée sous la forme d'une encaisse liquide. Le coût de la couverture, qu'on peut assimiler à la prime d'assurance, est constitué par le coût d'opportunité du montant ainsi mis de côté à titre de précaution.

La *diversification* consiste à allouer ses ressources afin qu'elles soient soumises, non pas à une seule loterie, mais à une combinaison optimale de loteries. La perte de revenu (certaine ou attendue) que l'individu est disposé à subir pour remplacer sa loterie initiale contre la nouvelle combinaison correspond au coût de la couverture.

Les deux méthodes de couverture que constituent l'épargne et la diversification sont mobilisables par l'individu de façon autarcique. On dira alors qu'elle relève de l'auto-assurance.

- Maladie et accident génèrent des dommages de trois ordres : la souffrance (physique ou morale), une réduction des revenus du travail suite à l'invalidité temporaire ou définitive, une consommation de ressources pour remédier au problème de santé. Ces dommages peuvent être très importants. Seuls les deux dommages entraînant une perte de ressources peuvent être couverts.
- Beaucoup de maladies, d'accidents ne peuvent être prévus dans leur nature ou leur temporalité pour un individu particulier.
- L'individu dispose rarement d'une expérience personnelle antérieure pour établir ses prévisions.
- Les risques que la science a identifiés sont peu connus du profane. Il ne connaît pas les probabilités qui sont attachées aux différents événements.
- Certains risques liés à la santé sont fortement éloignés dans le temps.
- Pour des raisons génétiques, d'âge, de sexe, de conditions de vie, le profil de risques varie entre les individus.
- L'individu détient une information supérieure à celle qui est accessible aux autres quant à son profil de risques.
- À l'exclusion notable des maladies contagieuses et grandes catastrophes, les maladies et accidents sont non corrélés entre les individus.
- La maladie est un risque portant sur la nature même de l'individu et non sur une possession extérieure. Elle attende à la vie de l'individu, à la définition de sa personne et à ses capacités de choix.
- La maladie est un sinistre qui peut nécessiter une réponse rapide. L'urgence met l'individu en position de faiblesse dans sa négociation avec les prestataires de soins.
- Certaines personnes perçoivent la maladie comme le résultat d'une volonté surnaturelle (divine ou malveillante) et non comme un phénomène aléatoire.

L'autre façon de se couvrir contre le risque nécessite une interaction avec au moins un autre individu. Il s'agit du *partage ou transfert du risque*. L'individu, pour une partie ou l'ensemble des ressources exposées à l'aléa, s'accorde avec un second agent pour échanger la loterie initiale contre une situation certaine. Si une partie seulement des ressources n'est plus exposée à l'aléa, on parlera de partage de risque (ou encore de co-assurance). Le transfert correspond, lui, à une situation de couverture complète : l'individu n'est plus du tout soumis à la conséquence économique du risque, il est indifférent à sa réalisation ou non.

Parmi les aléas auxquels nous sommes soumis, la maladie et l'accident occupent une place particulière (voir encadré).

Ce sont ces différents aspects qui vont façonner les choix individuels face aux problèmes de santé. Mais ces éléments ne sont pas les seuls à rentrer en ligne de compte. Pour une pleine compréhension de la problématique, il est alors nécessaire de se pencher plus attentivement sur la nature des stratégies possibles. On se concentrera ici sur les seules formules de couverture, essentiellement sur le risque pesant sur le financement des soins de santé. Quand ce sera utile, on évoquera le risque pesant sur les revenus suite à l'incapacité de travail.

Intérêts comparés des formules de couverture

Face aux trois méthodes de couverture, on peut bien sûr s'interroger sur l'intérêt relatif de chaque formule. Une question particulièrement intéressante porte sur l'intérêt de partager / transférer du risque, quand on peut déjà se couvrir de façon autarcique.

Avec du bon sens, on peut se dire que si ces différentes stratégies coexistent, c'est qu'elles ont toutes une qualité qui les rend dans une situation ou l'autre plus efficaces que les autres formules. Notre intérêt porte sur la couverture des risques liés à la santé dans les pays en voie de développement. Aussi nous discuterons à chaque fois, d'une part la valeur de la stratégie face aux divers risques prévalant dans ces sociétés, d'autre part la pertinence de la stratégie face aux coûts économiques de la maladie.

L'épargne de précaution : sous forme spécifique ou en encaisse liquide

Un premier mobile pour conserver une épargne est la sauvegarde d'un espace de choix. C'est cette stratégie de conservation de choix qu'un

agent adopte quand il constitue un stock de précaution ou investit de façon à disposer d'un bien « au cas où¹ ». Cette option sera particulièrement pertinente quand le bien ou service risque de ne plus être disponible sur le marché le moment venu (ou de l'être à un coût exorbitant). Acquérir le bien dès à présent (ou s'acquitter d'une option d'achat), c'est s'assurer d'en disposer le cas échéant.

Au vu de la multitude des choix que l'on peut vouloir sécuriser, multiplier les stockages en nature serait bien sûr absurde. D'autant plus que dans la majorité des situations, l'espace de choix n'est nullement compromis par le temps qui passe. Une modalité plus efficace serait de conserver son épargne sous une forme non spécifique : sa flexibilité permettrait alors de répondre à différents risques. L'encaisse monétaire par sa liquidité dispose de cette qualité de flexibilité : elle peut être mobilisée rapidement à un coût minimal.

Par rapport à l'option précédente, cette formule n'est possible que si le fait de postposer la décision sur une acquisition matérielle ne compromet pas l'accès au bien considéré le moment venu. Conserver une encaisse monétaire de précaution, ou de façon plus générale une flexibilité dans ses positions, est une option particulièrement intéressante si on s'attend à recevoir une information ultérieure qui nous permettra d'y voir plus clair : même si on sacrifie certaines opportunités de gains, retarder sa décision peut alors être plus efficient (Jones and Ostroy, 1984).

Cela dit, que notre épargne soit détenue sous une forme physique très spécifique ou sous une forme monétaire, à chaque fois, cette réserve correspond à un renoncement de consommation ou de placement. Le coût d'opportunité sera d'autant plus élevé que le sinistre contre lequel on se protège est important. Étant donné la contrainte de budget et la non-satiété des individus², certains risques³ ne pourront être couverts.

L'inefficacité de l'épargne comme couverture est d'autant plus évidente qu'elle est elle-même soumise à ses propres aléas : quelle que soit sa forme, elle peut être détruite, volée, perdre de sa valeur... C'est une couverture contre le risque qui a sa part de vulnérabilité !

La couverture par l'épargne a donc des limites évidentes, surtout face aux risques importants. En fait, c'est une option souvent choisie par défaut : quand il n'est pas possible ou trop coûteux de trouver un ou plusieurs agents pour partager le risque.

1. C'est bien cette dimension d'« au cas où » qui fait que l'on est face à une situation de couverture. Si l'individu est certain d'avoir besoin en toute circonstance du bien ou service en question, il est plus correct de parler d'investissement.

2. « Garder de l'épargne au cas où » permet de faire face aux imprévus désagréables, mais également de saisir des opportunités inattendues.

3. Ou tout au moins leur addition : il n'est pas exclu que les risques surviennent de façon simultanée ou dans un délai rapproché.

Et dans les sociétés traditionnelles ?

Investir pour maintenir son espace de choix est une stratégie, somme toute, banale. Dans les sociétés traditionnelles, des exemples relativement élaborés ont été documentés⁴. Dans de nombreuses sociétés, les ménages veillent à se constituer des stocks minimaux *via* une épargne de précaution. La communauté dans son ensemble peut également adopter des règles pour garantir l'espace de choix, par exemple en matière d'accès aux moyens de production. La propriété collective de la terre dans de nombreuses sociétés africaines peut être interprétée comme une protection de l'individu contre la faim (Platteau, 1991).

Si l'espace de choix n'est pas compromis par le temps qui passe, le ménage pourra décider de postposer sa décision, notamment s'il attend une information supplémentaire. Ce comportement sera adopté en cas de maladie, en cas de doute sur les premières pluies...

Vu la diversité des risques (mauvaises récoltes, maladies, décès...), il est rationnel pour le ménage de maintenir une flexibilité également au niveau de son épargne. Si une économie d'échange existe sous forme monétarisée, la liquidité sera assurée par la détention de monnaie. Mais il existe d'autres biens aisément stockables et disposant d'une liquidité relativement correcte : songeons aux céréales, aux animaux sur pied, ... De plus, basse-cour et grenier à mil ont l'avantage d'être recyclables non seulement dans l'échange, mais aussi dans la production et la consommation. Les bijoux, comptes d'épargne et tontines sont d'autres options moins liquides⁵.

Face aux risques liés à la santé

Il est évident qu'une part de l'épargne détenue par les ménages dans les pays pauvres est destinée, entre autres, à faire face aux coûts générés par la maladie. Les détentions en nature pour conserver un espace de choix sont relativement rares : on peut ranger dans cette catégorie la détention d'une petite pharmacie familiale d'urgence et certaines for-

4. Platteau et Abraham (1987) donnent des exemples intéressants dans des communautés de pêcheurs au Kerala : durant la saison d'inactivité, les propriétaires de bateaux accordent des prêts (mobilisation d'une épargne) aux pêcheurs pour se garantir leurs services durant la saison de la pêche. De la sorte, les propriétaires s'assurent contre le risque de ne pouvoir embaucher les travailleurs nécessaires le moment venu. Le même système de prêt est utilisé par les commerçants pour sécuriser leurs relations avec leurs fournisseurs en poissons (les propriétaires de bateaux).

5. Un placement dans une tontine ne peut être considéré comme un mode de couverture que si le participant a le droit de solliciter un avancement de son tour de levée. Toutes les tontines n'offrent pas cette flexibilité.

mules d'abonnement. L'épargne sera plutôt détenue sous une forme non spécifique aux soins de santé. Une telle épargne est particulièrement efficace pour financer les soins relatifs aux petits risques fréquents : par exemple, les maladies des différents membres de la famille qui peuvent être traitées au premier échelon. L'épargne est également suffisante si la participation financière demandée aux patients pour recourir aux soins hospitaliers est maintenue en ligne avec leur capacité de paiement. Cela n'est possible que si l'essentiel du coût des soins est assumé de façon budgétaire par l'État ou l'aide extérieure⁶. Par contre, se constituer une épargne de précaution pour couvrir les maladies coûteuses (par les soins qu'elles nécessitent ou les pertes de revenus du travail qu'elles occasionnent), *a fortiori* si les probabilités de survenue sont faibles, aurait un coût d'opportunité exorbitant.

L'alternative offerte par le marché du crédit

Épargner est renoncer à de la consommation présente pour conforter un bien-être futur. Les incertitudes pesant sur ce dernier peuvent, comme nous venons de le voir, justifier de tels transferts sur le temps.

À ce stade, il est également intéressant de considérer le procédé inverse à l'épargne : celui de l'emprunt. Grâce au marché du crédit, l'individu peut sauver son entreprise commerciale, préserver le bien-être de ses dépendants...

Conceptuellement, le crédit correspond à une renonciation d'une consommation future au bénéfice du présent⁷. Par rapport à une occurrence désagréable, ce n'est pas une méthode de couverture, mais une réaction *ex post* : pour faire face au sinistre, l'individu procède à une réallocation de ses ressources sur l'ensemble de sa vie. La nouvelle information qu'il détient l'incite à réexaminer ses plans d'allocations⁸. Le crédit lui permet de diluer le coût sur une plus grande période de temps. Les sommes que le crédit permet de mobiliser peuvent donc, selon la période du cycle de vie dans lequel on se situe, être bien supérieures à l'épargne.

6. On peut dresser une analogie entre une décision de maintenir les tarifs bon marché *via* un financement public et la propriété collective de la terre : à chaque fois la collectivité veille en effet à établir des institutions qui maintiennent l'espace de choix pour le ménage.

7. C'est cette nature inverse à l'épargne qui permet l'existence du marché du crédit.

8. Le changement des plans d'allocation peut aussi se faire au présent. En adaptation à la modification des priorités, l'individu peut substituer une consommation à une autre. Par exemple, réduire la qualité nutritionnelle de ses repas pour financer des soins de santé, ou encore travailler plus (réduction des loisirs) pour accroître ses revenus. La flexibilité ainsi offerte est clairement bien moindre que celle obtenue par l'épargne disponible ou le recours au crédit.

Toutefois, le crédit connaît aussi une limite. Les sommes empruntables sont déterminées par le revenu futur de l'individu. Même dans une économie développée, ce plafond maximal peut être inférieur aux coups du sort auxquels un ménage moyen peut faire face. Bien plus, le sinistre peut avoir compromis ces revenus. La capacité d'emprunt sera alors très faible⁹.

Il est important également de noter que le recours à l'emprunt, à la différence de la thésaurisation qui peut se faire en autarcie, nécessite une interaction. Comme nous le verrons plus loin, celle-ci est sujette à des problèmes de coordination. L'emprunt passe par un accord à négocier, un contrat à conclure, c'est-à-dire des coûts de transaction à déduire des ressources rendues disponibles par le crédit.

Clairement donc, le crédit ne résout pas tous les problèmes rencontrés par l'épargne. Cette dernière restera d'ailleurs supérieure quand les coups du sort sont modestes et les coûts de transaction élevés. Cela dit, l'accès au crédit est bien une solution additionnelle pour l'individu qui veut préserver son bien-être. Cette opportunité supplémentaire a donc une influence sur l'adoption ou non de solutions de couverture par le ménage.

Dans les sociétés traditionnelles

Les sociétés traditionnelles se caractérisent, entre autres, par une faible prévalence des rapports de marché. Or, l'existence d'un marché du crédit, certainement sous sa modalité bancaire, est souvent le signe d'un développement plus élaboré de l'économie. Il s'agit en effet de vaincre, entre autres, le problème d'aléa moral¹⁰ : le banquier doit disposer de mécanismes l'assurant que le créancier remboursera bien son emprunt. Parmi ceux-ci, on retrouve la possibilité pour l'emprunteur d'offrir quelque chose en gage à son créancier en cas d'incapacité de remboursement. Un marché de la terre est la formule la plus adéquate dans une société agricole¹¹.

9. Elle sera en outre restreinte par le fait que les revenus futurs ne sont pas non plus certains. Une part d'aléa pèse sur eux. Le créancier en tiendra compte (par exemple en imposant la souscription à une assurance-vie).

10. Il y a une situation d'aléa moral (« moral hazard ») « lorsqu'une partie d'un contrat peut agir de façon à léser l'autre partie, soit parce que celle-ci est moins bien informée qu'elle, soit parce que le contrat est incomplet (il ne prend pas en compte certaines éventualités) », Guerrien (1996).

11. La vente sur pied de la prochaine récolte d'une culture de rente est aussi une solution. Pour une illustration avec le riz au Burkina Faso, lire Dubuisson (1998). Le micro-crédit, établi sur l'identification de garants parmi les proches de l'emprunteur, est une autre façon de transcender l'aléa moral.

Cette condition n'est pas remplie dans de nombreuses sociétés africaines : la terre est souvent une propriété collective non sujette aux transactions monétaires. L'autre facteur freinant le développement du crédit est la modestie des sommes sollicitées par les ménages ruraux. Les frais des opérations bancaires étant fixes, les intermédiaires bancaires ne peuvent atteindre l'indispensable rentabilité sur des transactions trop modiques. La répartition des coûts fixes sur un grand nombre de transactions ne sera pas non plus possible si la densité de population est faible. Bien souvent donc, le crédit ne sera pas disponible pour répondre à un coup du sort.

Face aux risques liés à la santé

Dans les pays pauvres, l'accès au crédit d'investissement est déjà problématique pour les particuliers. On peut douter que le marché formel du crédit, même sous la forme du micro-crédit, soit disposé à financer des soins de santé¹². Par contre, dans ses modalités plus informelles, le « crédit de dépannage » existe. Une première option serait que le prestataire de soins accepte un paiement différé des soins. Cette facilité est souvent accordée par les tradithérapeutes. Le problème d'aléa moral est par contre moins bien surmonté par les prestataires de la médecine occidentale, probablement à cause des relations plus anonymes et moins « traditionnelles » qu'ils établissent avec leurs patients. Le patient préférera donc solliciter un prêt auprès d'un proche. Certaines tontines permettent que l'ordre de levée d'un individu soit avancé en cas de coup du sort (les levées des premiers tours correspondent à des positions débitrices). Dubuisson (1998) rapporte des ventes sur pied pour financer des soins de santé.

Il est difficile d'apprécier la mesure dans laquelle de telles pratiques constituent un recours efficace contre les coûts de la maladie. La solution n'est d'ailleurs pas sans danger ; l'urgence peut mettre le ménage en situation de faiblesse et lui faire accepter des conditions d'emprunt exorbitantes¹³. Supérieur à l'épargne par les moyens qu'il permet de mobiliser, le crédit accroît les enjeux.

12. Le crédit est bien sûr un recours exclu contre les pertes générées par une invalidité permanente du travailleur.

13. L'autre option pour le ménage étant de vendre une partie de ses facteurs de production (terre, animal de trait...). L'emprunt à taux usuraires et la décapitalisation semblent plus pratiqués en Asie qu'en Afrique.

La diversification

La stratégie de diversification est résumée par la recommandation populaire de ne pas mettre tous ses œufs dans un même panier. Cela n'est bien sûr faisable que si je peux répartir les ressources sujettes à l'aléa donné sur un nombre plus grand de loteries, les moins positivement corrélées possibles. Une condition nécessaire est donc qu'une stratégie d'évitement soit applicable sur la loterie initiale. Tel est le cas pour mes œufs comme mes actifs financiers. De même un producteur évitera d'être dépendant d'un seul client, marché ou produit. Par contre, un individu est incapable de diversifier son capital « santé ».

Il est important de noter le coût d'opportunité de cette diversification. Cette dernière va en effet à l'encontre de la logique de spécialisation. Alors que j'ai d'excellentes aptitudes à élever des poules, me consacrer à cette seule activité me condamnerait à voir mon revenu extrêmement exposé à une épizootie. La prudence m'incite donc à m'impliquer dans d'autres activités génératrices de revenus qui présentent peu de corrélation avec les risques sanitaires pesant sur mon exploitation avicole. Mais ce sont justement des activités pour lesquelles j'ai beaucoup moins d'aptitudes !

Par cet exemple on constate que l'incertain et l'aversion au risque sont bien sources d'une perte de bien-être. Sans eux, je me serais spécialisé dans l'élevage de poules, pour mon plus grand bénéfice et celui de la collectivité¹⁴. Mais pour sécuriser un minimum de mon bien-être, j'ai été forcé de me diversifier¹⁵.

Deux avantages de la diversification sont qu'elle peut être, d'une part, mise en œuvre par un individu isolé et, d'autre part, combinée à la stratégie d'épargne. Pour éviter par exemple que son épargne (y compris celle de précaution) ne soit entièrement sujette à un aléa (le vol, l'inflation...), l'individu la détiendra sous différentes formes. Il faut toutefois relever qu'une telle diversification réduira la liquidité de ladite épargne. Cette stratégie de diversification de l'épargne souffre bien entendu des limites que l'on a relevées chez cette dernière, à savoir le coût d'opportunité des ressources ainsi mises de côté.

14. Il est dans l'intérêt économique de chacun, et donc de tous, de se spécialiser dans la production des biens et services pour lesquels chacun est relativement plus efficace.

15. On peut assimiler le gain espéré sacrifié dans la diversification à la prime d'assurance dont je me suis acquitté pour assurer de façon (plus) certaine une partie de mon revenu.

Dans les sociétés traditionnelles

La diversification est clairement une stratégie adoptée par les producteurs des sociétés traditionnelles. Pour ne pas voir la survie du ménage compromise par un aléa climatique, l'agriculteur veillera à diversifier sa production entre différents types de cultures, à disperser ses zones de plantations, à étaler les semailles dans le temps, à pratiquer également l'élevage... Voilà autant de formules d'assurance possible dans la stricte économie du ménage.

Outre sa diversification des revenus du travail, le ménage a intérêt à diversifier son épargne, y compris celle de précaution. L'épargne sera en partie sous forme monétaire, mais également en nature (mil, animaux de case,...). Les aléas pesant sur les uns et les autres sont clairement différents.

Pour nos ménages traditionnels, on voit donc se dessiner une stratégie d'auto-assurance résidant dans une épargne de précaution suffisamment diversifiée. Le principal avantage de cette stratégie est qu'elle peut être menée en autarcie. Son principal défaut est qu'elle génère un coût d'opportunité exorbitant pour tous les aléas qui se définissent par des sinistres élevés : autant de ressources détournées d'un usage alternatif (consommation, investissement dans un cycle de production, prêt). Un tel renoncement est à apprécier au regard de la pauvreté absolue de ces ménages. Bien plus cette stratégie d'auto-assurance est limitée par le surplus que l'individu a pu mettre de côté par le passé. Ces réserves sont bien insuffisantes au regard de certains aléas particulièrement dommageables. En ne recourant qu'à l'épargne, le ménage se contraint à ne pas couvrir certains risques.

Face aux risques liés à la santé

Il est bien sûr impossible de se départir de sa santé pour ne pas être exposé aux risques qui lui sont liés. Le ménage peut par contre diversifier ses sources de revenus pour ne pas voir son bien-être compromis par l'incapacité de travail du chef de ménage. Les placements financiers étant bien sûr exclus pour l'immense majorité, reste l'élargissement de la force de travail : travail des enfants, de l'épouse... La diversification appliquée à l'épargne est une couverture contre les risques propres à cette dernière et non directement contre l'aléa « maladie ».

Le partage du risque

Nous avons vu que l'individu était prêt à subir des coûts d'opportunité pour bénéficier d'une couverture. En auto-assurance, ces coûts d'opportunité avaient pour nature des biens et services non achetés, des revenus perdus... Pour certains risques, les primes à concéder ainsi étaient exorbitantes ou même inaccessibles. L'individu renonçait alors à sa couverture. L'emprunt était une alternative, mais le coût en était une réduction de la consommation future. Il fallait du reste qu'un marché du crédit existe.

L'auto-assurance confine les opportunités de gains aux stratégies en solitaire. L'existence d'autres agents économiques, avec des dotations de ressources et des goûts différents, est susceptible de générer de nouvelles opportunités. Elles seront saisies par l'échange. Quelles sont les conditions d'existence d'un partage des risques ?

Pour échanger, il faut bien entendu plus d'un individu ; il faut aussi que ces nouveaux venus ne soient pas en tout point semblables au premier individu : c'est la différence qui justifie l'échange. La différence peut se manifester *ex ante* : ce sera le cas si deux individus perçoivent de façon différente une même loterie. Il y aura partage de risque, si le titulaire d'une loterie est disposé à payer une prime suffisamment élevée pour convaincre un second agent moins riscophobe d'assumer une partie du risque.

Cette plus faible aversion au risque peut relever d'une nature psychologique moins craintive ou encore d'une perception différente des probabilités. Mais une différence d'aversion peut aussi exister entre individus identiques ; il suffit que leurs dotations de ressources soient différentes. L'agent considère en effet la loterie à la marge. À la marge de sa richesse absolue (un dommage qui a un coût élevé pour un pauvre peut avoir un impact dérisoire sur un nanti), à la marge des autres loteries auxquelles il est soumis (partager la loterie du premier individu peut être pour le second individu une façon de diversifier ses revenus). Il y a donc là une première opportunité de gains mutuels grâce à l'échange. On notera que ces gains sont saisis sur une loterie unique. Celui qui cède sa loterie, en tout ou en partie, est *l'assuré*, l'autre partie est assureur.

Cette première opportunité était saisie sur une différence existant avant que l'aléa considéré ne se produise. On peut maintenant imaginer deux individus en tout point identiques *ex ante* : même perception des risques et dotation de ressources égales et soumises aux mêmes loteries. Demeure pour eux une source de différence *ex post* : celle produite par les loteries mêmes, une fois qu'elles se réalisent.

Il est possible pour ces individus de tirer, de cette différence *ex post*, matière à échange : en s'accordant *ex ante* plutôt qu'*ex post*, les chanceux effectuent un transfert vers celui ou ceux qui s'avèrent être les malchanceux

du groupe. Il y a alors mutualisation des risques : des loteries identiques sont mises pour une même proportion dans un pot commun ; gains et pertes sont équitablement répartis entre les individus¹⁶.

Pour qu'une mutualisation soit possible, il est donc capital qu'une différence *ex post* se manifeste : si nous subissons tous en même temps le coup du sort, il n'existe pas de chanceux à même d'aider les malchanceux. Il faut donc que les occurrences ne soient pas positivement corrélées entre les individus.

On peut tout d'abord imaginer le cas extrême où chaque fois qu'un individu est malchanceux, son vis-à-vis est chanceux. Avec une telle corrélation parfaitement négative, il suffit d'être à deux pour que la mutualisation fonctionne. Quand les risques sont indépendants, la corrélation sera nulle : la chance de l'un est sans lien avec celle d'un autre. Si un phénomène aléatoire identique n'est reproduit que sur quelques personnes, il est encore possible que la malchance frappe simultanément. Mais par la loi des grands nombres, nous savons que plus une même loterie sera répétée, plus la moyenne mathématique observée se stabilisera autour de l'espérance de la distribution théorique.

Supposons un risque de tomber malade de 1/100. Si on observe un individu, il y a peu de chances qu'il soit malade. Le bon sens nous dicte que si on étend l'observation à d'autres individus, nos chances d'observer un malade s'accroissent. La loi des grands nombres va plus loin : elle nous dit que plus la taille du groupe s'accroîtra, plus nos observations tendront vers une proportion de 1/100. Au fil où le groupe croît, il devient donc plus aisé de faire une prévision sur le nombre de maladies que l'on va observer. Ce que l'individu perçoit comme une loterie, le groupe, en tant qu'agrégat, pourra à la limite le traiter comme une certitude. Ainsi, un groupe de 100 000 individus peut s'attendre à un nombre de malades proche de 1 000. Il peut alors établir le coût de ces 1 000 patients et, par une division par 100 000, calculer la valeur d'une « part » individuelle. Par la mutualisation, l'individu remet, contre une telle contribution certaine, son risque initial au groupe¹⁷. Quand le sinistre survient, l'individu n'en supporte pas plus le coût que les autres membres.

Il y a donc bien une seconde opportunité de gains mutuels *via* l'échange. Elle réside dans la mise en commun par plusieurs individus des différents sorts issus de loteries identiques, mais non corrélées positivement. Les

16. Le principe de la mutualisation veut que chaque membre reçoive la garantie d'indemnisation de ses pertes et que la prime à payer dépende de la perte agrégée subie par les membres.

17. Si on mesure le risque par la variance individuelle, on peut voir qu'elle passe de 2 avant mutualisation à $2/n$ après mutualisation. Quand n tend vers l'infini, le risque porté par chacun tend vers 0. Pour une excellente présentation de la théorie du risque et des assurances, voir Eeckhoudt et Gollier (1992).

gains sont d'autant plus importants que les loteries sont répétées sur le temps ou sur un grand nombre d'individus. Par la mutualisation, chacun est à la fois assuré pour son propre risque et assureur, *via* le groupe, pour celui des autres.

Cette formule de couverture paraît particulièrement adaptée face aux problèmes de santé. En effet nous sommes tous sujets à la maladie ou à l'accident¹⁸. Nous craignons les coûts qu'ils génèrent. Pour la grande majorité d'entre nous, l'auto-assurance par l'épargne a un coût d'opportunité excessif. Enfin, hormis le cas particulier des maladies contagieuses, les risques sont non corrélés entre individus.

Contraintes pesant sur le partage de risques

L'interaction accroît donc bien les opportunités pour faire face aux risques, elle est source de bien-être. Mais ce bien-être est vulnérable. Il ne tient que si, une fois que l'occurrence crainte se produit, un transfert s'effectue vers le sinistré. Or ce transfert réduit d'autant le bien-être *ex post* du ou des assureurs. *A posteriori*, ils auraient un intérêt à ne pas respecter leur part du contrat. De fait, si on ne rend pas l'engagement contraignant, c'est ce comportement opportuniste qu'ils adopteront. Dans ce cas, les promesses des assureurs n'ont aucune crédibilité. La conséquence est que personne ne décide de s'assurer ! On retrouve le résultat sous-optimal décrit en théorie des jeux par la situation du dilemme du prisonnier.

Un recours contre cette tentation à dévier est de mettre en place un système de pénalités. Plus la sanction sera lourde, moins les parties en transaction seront tentées de tricher. Faut-il encore que l'on consacre des moyens à détecter ces déviations.

On voit alors combien l'interaction sociale est consommatrice de ressources. L'échange nécessite en effet que les agents se rencontrent, rassemblent l'information nécessaire sur le bien ou service échangé, prennent le temps de négocier, considèrent les différentes contingences possibles, s'accordent sur un contrat et enfin, comme nous venons de le voir, établissent des procédures (pénalités et détection) garantissant le respect des engagements... Ces *coûts de transaction* amputent d'autant le bien-être tiré par les parties en transaction.

18. En fait les profils de risques varient. L'asymétrie d'information induit que l'assureur rencontre des difficultés pour apprécier cette qualité inégale des profils. Cela génère un problème d'anti-sélection qui peut aboutir à une absence de propositions d'assurances pour les bons risques. Pour une excellente présentation microéconomique des imperfections du marché des soins de santé, voir Zweifel et Breyer (1997).

Nous voyons donc que les opportunités de bien-être offertes par un partage de risques sont circonscrites. Il existe deux conditions pour que des marchés ou relations d'assurance s'établissent : (1) l'existence d'une différence entre les parties (*ex ante* ou *ex post*) ; (2) la modicité des coûts de transaction.

Le dilemme de l'assurance

Si nous reprenons le cas des risques identiques indépendants, il est aisé de voir combien ces coûts de transaction peuvent entraver la mise en place d'une mutualisation des risques.

Prenons deux individus ayant des interactions fréquentes (parce qu'ils se sont spécialisés ou ont des intérêts en commun). Au fil des contacts, ils ont appris à se connaître. L'information est quasi parfaite quant aux profils respectifs en termes de ressources et de risques. En outre, ils savent que leurs interactions futures seront encore nombreuses : respecter le contrat sur lequel ils vont s'accorder confortera le capital « confiance ». Le trahir, au contraire, pourrait compromettre les relations ultérieures.

Pour ces deux individus, il est rationnel de s'engager dans une relation d'aide mutuelle. Il est aisé pour chacun de reconnaître si l'autre a besoin ou non de son aide. Chacun est à même d'apprécier la nature et la quantité d'aide nécessaire d'une part, mobilisable de l'autre. Une défection par rapport à l'accord (sollicitation abusive de l'aide, refus de dispenser cette dernière) est donc aisément identifiable. La défection est par ailleurs punissable par le simple non-renouvellement des relations d'aide future. Ces deux individus ont alors intérêt à mettre en commun leurs risques non corrélés. C'est le principe même de l'entraide.

Il est intéressant de noter que cette mutualisation se met en place de façon entièrement décentralisée : aucune institution, c'est-à-dire autorité ou procédure contraignante, n'est nécessaire. En effet chacun sait qu'une déviance serait sanctionnée par la non-reconduction de l'accord. Or les gains délivrés à long terme par ce dernier sont supérieurs au bénéfice obtenu par une déviance à court terme. En effet les risques couverts se présentent suffisamment souvent pour que chacun bénéficie à la longue de leur mutualisation¹⁹. L'entraide peut donc être définie comme une mutualisation des risques gérée de façon *décentralisée*.

19. Si le jeu n'est répété qu'un nombre limité de fois, il devient plus intéressant de dévier. C'est la répétition infinie du jeu, ou de façon plus réaliste, l'incertitude quant à sa date de fin, qui fait qu'il est plus intéressant d'aider l'autre que de dévier. Pour une modélisation mathématique de l'entraide, voir Coate and Ravallion (1993).

Ce mécanisme établi entre deux individus peut bien sûr être élargi à un plus grand groupe. Nous savons d'ailleurs que c'est en élargissant le « pooling » qu'on capte les gains liés à la loi des grands nombres. Toutefois, plus la taille du groupe s'accroît, moins les interactions bilatérales sont fréquentes, moins on se connaît²⁰. Une *asymétrie d'information* apparaît si un individu en sait toujours autant sur lui-même, il connaît de moins en moins le profil exact des autres, leurs comportements. Les stratégies opportunistes au détriment du groupe sont moins facilement détectées : l'individu peut dissimuler un profil de risques moins bon, ne pas adopter des stratégies de prévention, exagérer la hauteur des sinistres dont il est victime, dissimuler les moyens réellement à sa disposition pour l'entraide. On se retrouve confronté à une situation d'aléa moral.

Pour déjouer les comportements opportunistes des autres, chacun se doit de rassembler une bonne information sur ses partenaires. Les ressources à y consacrer s'accroissent avec la taille et la dispersion géographique du groupe. À partir d'un certain seuil, ces coûts annulent le bénéfice individuel obtenu de la couverture. L'entraide décentralisée a atteint sa limite. C'est donc la taille, source de bien-être par la loi des grands nombres, qui en est également le frein, par les coûts de transaction.

Plutôt que de laisser chacun rassembler son information et conduire l'entraide *via* ses relations bilatérales, il peut être plus efficace de mettre en place une coordination *centralisée* du partage de risques. La coordination va permettre aux individus de s'entendre sur une formule standard de l'entraide et réduire les coûts d'information. L'institution chargée de la gestion du « pool » de risques sera dotée d'un pouvoir coercitif pour éviter les déviations.

Les limites rencontrées par les réseaux d'entraide dans le recrutement peuvent alors être dépassées. Grâce à l'élargissement du « pool », les bénéfices de la loi des grands nombres seront saisis. L'extension du recrutement permet également de répartir sur un plus grand nombre d'individus les coûts fixes liés à la coordination.

On réservera plutôt le nom de mutuelles aux formules où les individus sujets aux risques sont eux-mêmes les mandants de cette gestion centralisée des risques. Si le « pooling » est l'œuvre d'un agent initialement non soumis aux risques à couvrir, on parlera plutôt d'organisme d'assurance (qu'il y ait ou non un but lucratif)²¹.

Une gestion coordonnée des risques génère toutefois ses propres coûts, notamment en matière de bureaucratisation et de contrats (assurés – organisme assureur, employés – employeur, membres/actionnaires –

20. Songeons par exemple à la seule contrainte de la proximité physique.

21. Une distinction similaire est adoptée par Galland, Kaddar et Debaig (1997). La littérature anglophone est plus confuse, l'anglais n'offrant pas cette subtilité sémantique.

gestionnaire...). S'il y a répartition *ex ante* du coût attendu des sinistres, il faut calculer les primes à même de financer les remboursements aux sinistrés. Une maîtrise du calcul actuariel devient indispensable. Ces coûts fixes constituent une seconde raison pour élargir le recrutement autant que possible.

L'entraide dans les sociétés traditionnelles

Plus haut, nous avons évoqué le faible développement du marché du crédit dans les sociétés dites traditionnelles. Les transactions sur les risques rencontrant les mêmes contraintes que celles freinant le crédit (faibles montants des transactions sur lesquelles répartir les coûts fixes, asymétrie d'information...), on ne sera pas surpris par l'inexistence d'un marché du risque, du type « assurance privée ». Cela ne signifie pas, bien entendu, qu'il n'existe pas de partage du risque dans ces sociétés²².

Les contrats de métayage entre un propriétaire terrien et son métayer poursuivent par exemple cette finalité. Le métayage consiste à établir le paiement de l'usage d'une terre sur base d'une portion de la récolte, par exemple 50 %. Si la récolte est plantureuse, les deux parties en bénéficient. Si la récolte est mauvaise, le métayer et le propriétaire assument solidairement la perte. Contrairement au paiement de l'usage par loyer fixe, on voit donc que le métayage permet à l'agriculteur de ne pas assumer seul les risques de production (Sharma et Drèze, 1996)²³.

Plus communément, on retrouvera le partage de risques au travers de tous les mécanismes d'entraide. Nous avons vu que cette dernière était en fait un « pooling » décentralisé. L'entraide s'établira sur la famille élargie, les réseaux d'amis et de voisinage, le clan... Autant de situations sociales où les interactions sont teintées d'altruisme²⁴ et où l'information n'est pas trop asymétrique. Deux facteurs qui favoriseront la confiance et donc de plus faibles coûts de transaction (moins grande nécessité de formaliser les accords, de vérifier le respect des engagements...). La proximité géographique est un autre facteur favorisant de faibles coûts de transaction.

Nous savons toutefois qu'un « pooling » n'est intéressant que si les risques sont peu corrélés. Les groupes humains susmentionnés risquent alors d'être peu efficaces contre les aléas pesant sur la production. Les

22. Pour des exemples de partages de risques dans les communautés traditionnelles, voir Platteau (1991).

23. D'autres exemples pour le partage d'une même loterie sont les emprunts où le contrat prévoit une révision des conditions de remboursement au cas où le débiteur est victime d'un choc économique, ou encore le tradithérapeute qui n'exige un paiement que dans la mesure où le patient est guéri.

24. Que l'on peut définir comme donner plus que ce que ne dicte le strict intérêt personnel.

facteurs, principalement climatiques, qui font que la récolte d'un ménage soit mauvaise, frappent en effet souvent simultanément les autres membres des réseaux d'entraide. Par contre, l'entraide est un recours pour les risques idiosyncratiques comme la maladie ou les frais de funérailles. La couverture pouvant être offerte dépendra de la taille du « pooling » possible à atteindre compte tenu de l'asymétrie d'information. Des observations récentes indiquent que la couverture ainsi produite est souvent insuffisante (Morduch, 1999). Alors que les coûts des soins de santé augmentent, l'entraide semble même connaître une régression historique, en Afrique comme ailleurs.

En matière de santé, on peut parler de mutualisation des risques si ceux qui sont frappés par la maladie sont assistés par ceux qui en sont épargnés. La décentralisation signifie qu'il n'existe pas d'institution centralisant l'information et infligeant les éventuelles pénalités. L'entraide n'est donc possible que si l'information est parfaitement distribuée entre les individus.

En matière de santé, il n'est pas toujours aisé d'apprécier les situations individuelles. Bien plus, si les capacités contributives de chacun sont relativement bien connues dans les petites communautés et les familles, la quantité d'aide nécessaire n'est pas toujours facile à évaluer.

L'entraide fonctionnera quand ces identifications sont aisées : 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 au champ le chef de famille qui est hospitalisé durant la saison des travaux champêtres. Le besoin est clair, les capacités d'aide incontestables.

Par contre, il est évident qu'une asymétrie d'information peut exister quant aux coûts des traitements délivrés dans les structures de santé²⁵ : ici on sort de la sphère économique traditionnelle de la communauté, les coûts réels sont moins bien connus des ménages. Qu'est-ce qui certifie que l'aide sollicitée par l'un d'entre eux correspond bien à la facture de médicaments, n'est-il pas plutôt en train d'essayer d'abuser du réseau d'entraide²⁶ ?

Au-delà du cercle intime, où l'entraide est soutenue par l'altruisme et la confiance, la mise en commun des risques liés à la santé va souffrir de cette décentralisation. Si le coût des soins n'est pas transparent, les possi-

25. D'où l'avantage d'une tarification forfaitaire, simple et transparente des soins de santé aux différents échelons d'un système de santé ! L'appropriation par la communauté d'une telle information peut faciliter la mise en place de la solidarité.

26. À noter toutefois que le décès de la personne malade constituera une révélation flagrante de la sincérité du sollicitant. Fafchamps (1992) rapporte que certaines communautés pouvaient décider alors de s'infliger une punition collective pour ce déni d'entraide. Reste à apprécier dans quelle mesure de telles pratiques subsistent encore aujourd'hui.

bilités de déviance sont immédiates. La méfiance s'établira et la mise en commun des risques échouera. Du reste, la taille du groupe augmentant, l'asymétrie d'information s'accroîtra également sur les autres dimensions (capacités de contribution, existence et gravité de la maladie, comportement adopté pour prévenir cette dernière). Bien vite, les coûts de transaction pour transcender cette asymétrie de façon décentralisée deviendront excessifs. La base de recrutement du réseau d'entraide sera limitée et ce dernier aura alors des difficultés à faire face aux coûts de traitement des maladies les plus coûteuses.

Une place pour des mécanismes formels et collectifs de couverture contre les risques-maladies ?

Nous avons vu que la gestion centralisée du « pool » de risques était une solution pour éviter l'écueil contre lequel s'échoue l'entraide. La réalité des pays en voie de développement, notamment celle de l'Afrique subsaharienne, donne de nombreux exemples de caisses collectives, à paiements réguliers ou non, ayant pour fonction de financer les dépenses de funérailles, de baptêmes ou de fêtes religieuses²⁷.

Un premier pas vers la centralisation et la coordination est ainsi fait. Pour le financement des soins de santé²⁸, la pratique semble moins établie, ou tout au moins plus neuve. Comme l'ont montré différentes études passant en revue les initiatives récentes dans les pays pauvres, les mécanismes formels et collectifs de couverture contre les risques-maladies peuvent prendre des formes très diverses (Creese et Bennett, 1997 ; Criel, 1998). Le « pooling » peut être le fait des individus sujets aux risques, comme être mis en œuvre par un organisme d'assurance. Ce dernier peut poursuivre une finalité de profit, comme être à fin non lucrative. Les rapports avec les services de santé peuvent être lâches, privilégiés ou même exclusifs. Le recrutement peut être circonscrit à une catégorie définie de personnes, comme être ouvert à tous. Les assurés peuvent se connaître entre eux ou se retrouver dans une relation anonyme avec un organisme assureur. Les engagements assureurs-assurés peuvent être souples et incertains ou extrêmement codifiés et complets. La seule nécessité pour ces formules, c'est de transcender les problèmes dans lesquels l'entraide

27. Pour ce dernier cas non aléatoire, il ne s'agit pas d'une couverture, mais plutôt du financement d'un bien collectif. Pour une illustration sénégalaise de l'épargne associative, voir Dupuy (1990).

28. Le problème d'asymétrie d'information est encore plus important quant aux pertes de revenus dues à l'incapacité de travail. Cela est essentiellement dû à la faible prévalence du salariat. On notera qu'en Europe des XVIII^e et XIX^e siècles, c'est d'abord pour couvrir ce risque sur les revenus que les caisses de secours ont été créées.

se retrouvait coincée. Les aménagements pratiques peuvent différer, mais résoudre le dilemme de l'assurance s'impose à toutes²⁹.

Nous avons vu qu'un premier problème d'aléa moral pouvant contraindre l'entraide se posait quant à la réalité de la maladie et au coût du traitement. L'asymétrie d'information incitait un individu à « surconsommer » les soins de santé, à faire de fausses déclarations sur son état de santé ou sur le coût des soins. La caisse de mutuelle peut traiter ce problème d'aléa moral en conditionnant sa contribution à l'existence de signaux confirmant l'existence d'une maladie, la rationalité de l'utilisation et la véracité de la facture. La mutuelle remboursera les soins sur présentation d'une facture certifiée et à un taux prédéterminé. Pour lutter contre les factures abusives ou fausses, elle sélectionnera les prestataires et les soins donnant droit à un remboursement. Ces différents éléments seront fixés dans le contrat que la mutuelle nouera avec ses assurés. Elle établira éventuellement des relations privilégiées avec certains fournisseurs de soins, s'accordant avec eux sur la nature des prestations (médicaments essentiels, protocoles...) et les prix pratiqués. La mise en place d'un co-paiement réduira enfin les consommations excessives.

L'autre aléa moral condamnant l'entraide réside au niveau des capacités contributives respectives. Il est dans l'intérêt de chacun de contribuer pour un montant inférieur à ce à quoi il est tenu. Quand les communautés étaient rurales, autarciques et réduites, il était facile pour tous de jauger les capacités contributives des différents ménages. Le résultat était que l'entraide s'instaurait aisément et que l'épargne était peu favorisée³⁰. Avec la pénétration du marché, les sources de revenus se sont diversifiées, la richesse peut être détenue de façon plus discrète. Il est donc possible à un ménage sollicité de prétendre qu'il n'a pas les moyens d'aider ceux dans le besoin. La mutuelle évacue cet aléa moral en fixant les contributions par contrat³¹, en tenant une comptabilité des cotisations et en exigeant leur paiement en début de période. Ces solutions ont toutefois leurs revers.

29. Pour la clarté de l'argumentation, on se limitera ici à traiter le cas des mutuelles. À maints égards, les problèmes que nous soulevons peuvent être élargis aux assurances, qu'elles soient à but lucratif ou non.

30. Celui qui accumulait de trop se condamnait en effet à voir les sollicitations consommer son surplus. La règle n'était toutefois pas draconienne : la communauté devait favoriser l'épargne un minimum, puisque cette dernière était la seule couverture possible contre les risques collectifs (famine...). Pour un développement des relations de patronnage comme résultat de cette nécessité, lire Fafchamps (1992).

31. Les formules les plus solidaristes établiront les cotisations en fonction des revenus, les assurances privées tiendront compte des profils de risques pour le calcul des primes.

Un risque de régression de la solidarité

L'établissement d'un contrat formel entre la mutuelle et ses membres permet à cette dernière de définir les critères d'exclusion. Ne pas avoir payé sa cotisation est un critère valable pour qu'un ménage soit exclu.

Dans les pays en voie de développement, l'inscription de l'individu dans les réseaux d'entraide se fait essentiellement par héritage social. Celui qui se reconnaît comme un contributeur net (par exemple, le jeune riche en bonne santé) sait que le prix d'une stratégie individualiste sera la perte de son identité sociale (pour éviter les sollicitations, il devra couper les liens). La communauté, en exerçant un « chantage à l'exclusion » sur les plus riches et meilleurs profils de risques, est à même d'organiser, par l'obligation d'entraide, un transfert de ressources vers les plus malchanceux : pauvres, malades chroniques, vieux.

La pérennité d'une mutuelle nécessite certaines capacités intellectuelles et gestionnaires (écriture, contrat, comptabilité, calcul actuariel). Ces dernières n'étaient souvent pas présentes dans les sociétés traditionnelles. C'est là une des raisons du confinement à l'entraide. L'introduction d'une mutuelle marque une rupture avec la tradition. Nouvelle formule pour la mise en commun des risques, elle est aussi une opportunité pour redistribuer les cartes, revoir la solidarité à la baisse. Cette révision peut se faire notamment en fixant des critères d'admission plus stricts. En établissant un montant minimal de cotisation, il sera possible de restreindre l'enrôlement des plus pauvres, souvent plus malades. En excluant les malades chroniques, les bons profils savent qu'ils écartent des bénéficiaires nets. Il est « rationnel » de n'aider que ceux qui un jour pourront vous aider.

La rationalité économique de la mutuelle dicte donc à ses membres d'être sélectifs dans leur solidarité, de mettre en place des mécanismes contre l'anti-sélection. Cette vigilance est en effet pour eux le gage d'une meilleure couverture et donc d'un meilleur accès aux services de santé. C'est l'intérêt personnel bien compté et non la générosité qui va soutenir la mutuelle. Si vous êtes bien portant, avez-vous envie de voir votre mutuelle submergée de malades du sida ?

Par elle-même, la mutuelle n'est donc pas une solution équitable. Il est par contre possible d'adapter les règles pour que l'inéquité ne soit pas accrue par les mutuelles qui se mettraient en place. Une première option adoptée par les promoteurs extérieurs est de soutenir le développement de mutuelles parmi les groupes les plus pauvres. Une seconde est de s'adresser à l'ensemble d'une communauté. La mutuelle consiste alors à conforter par une formule institutionnelle la solidarité traditionnelle. En principe, l'amélioration du « pooling » et de la couverture générera du bien-être pouvant être réparti sur tous. Le fait que tout le monde puisse être mieux après qu'avant, est un argument facilitant l'acceptation d'un nouveau contrat social.

Une fois que l'intervenant extérieur ne sera plus là pour influencer par ses ressources les options politiques, on peut par contre craindre que des coalitions plus restreintes s'établissent : pourquoi s'embarrasser des plus faibles, alors que la meilleure couverture on l'obtiendra en n'étant solidaires qu'entre nous ? C'est déjà ce sillon que creusent les mutuelles à recrutement professionnel.

Pour brider cette tentation de n'être solidaires qu'entre bien portants, des règles doivent être mises en place par le gouvernement. Interdire par exemple la mise en place de primes ou critères de recrutement fondés sur les profils de risques. La solution à plus long terme consistera à remplacer l'adhésion volontaire par un système obligatoire et universel. L'histoire occidentale semble toutefois montrer que l'acceptation de tels nouveaux contrats sociaux passe par des « fenêtres historiques » particulières (fin de conflits...).

Il est bien sûr impossible d'émettre un jugement sur l'évolution, tant en termes de couverture que d'équité, que les arrangements collectifs de couverture vont prendre dans les pays en voie de développement. Il faut toutefois être conscient que les progrès en termes d'équité ne sont pas automatiques. Cela explique la vigilance que de nombreux acteurs accordent à l'approche communautaire, aux mécanismes d'exemptions de cotisation pour les plus pauvres...

Nouveaux besoins, nouveaux coûts

Si la mutualisation des risques est organisée par période, *a 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 pas été touchés par la maladie : contestation de l'accord initial, refus de verser la cotisation promise... À moins que la mutuelle dispose d'un crédit auprès des prestataires de soins, ce report ne règle en outre aucunement 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 préférer³². Mais cela génère par contre trois nouveautés : (1) une

32. 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 co-paiement. 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

caisse va devoir être gérée ; (2) une situation d'aléa moral apparaît du côté de l'organisme assureur ; (3) pour que la caisse soit en équilibre, il faut que les cotisations soient au moins égales aux remboursements versés par la caisse d'assurance.

L'existence de la caisse centrale va nécessiter l'identification d'un acteur responsable de sa tenue. Si la mutuelle est de taille réduite, une personne 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. 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, salaires... Leur financement sera établi sur 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. Si les cotisations servent en effet essentiellement à financer la structure, les prestations offertes 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, la gestion des entreprises laisse souvent à désirer. De nombreuses caisses publiques d'assurance ont ainsi sombré sous leurs frais de structures. Le détournement des ressources à des fins privées est un problème fréquent. Il afflige même les initiatives communautaires. Mal implanté, le droit moderne ne constitue pas une menace crédible pour conforter l'exécution des contrats. Tout acteur du « terrain » sait que la gestion de caisse, notamment dans les sociétés africaines, n'est pas un problème à évacuer du revers de la main.

En exigeant le paiement des primes en début de période, on évacue l'aléa moral sur les contributions, mais on en crée un autre du côté des remboursements. Quelle garantie a-t-on que l'organisme assureur respecte 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

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. À cette dernière donc, de mettre en place un système d'identification (carte de membre avec photo d'identité...). Ce dernier génère ses propres coûts.

paiement avant, plutôt qu'en fin de période. Mais pour garantir qu'une entreprise d'assurance respecte ses engagements, il faut que des règles de transparence, des mécanismes de sanction existent. Dans de nombreux pays pauvres, cet indispensable environnement juridique existe dans la forme, mais bien peu dans les faits. Sachant qu'ils n'auront pas de recours en cas de défaillance de l'organisme assureur, les ménages sont alors réticents à s'assurer. Selon nous, le rôle de la confiance a été jusqu'à présent sous-estimé dans la littérature³³. On a probablement là une des explications des relativement faibles taux d'adhésion de nombreuses expériences.

La dernière conséquence du paiement des primes en début de période est que l'organisme assureur doit, pour fixer le montant des primes, être à même d'évaluer les remboursements auxquels il va être tenu. À moins de disposer de réserves suffisantes pour faire face aux imprévus ou approximations de calcul, un minimum de sciences actuarielles est alors nécessaire. Sans une maîtrise de base, la caisse risque d'être en déséquilibre financier et de perdre sa crédibilité par une incapacité de remboursement. Cette contrainte sur les compétences peut peser lourdement dans des sociétés où l'illettrisme est fortement prévalent.

Des obstacles structurels

Le développement des solutions formelles de mutualisation des risques est entravé par d'autres obstacles. Nous savons que ces dernières sont supérieures aux réseaux d'entraide par l'élargissement du recrutement de risques. Dans de nombreux pays d'Afrique, la population rurale est toutefois fortement dispersée. L'élargissement du « pooling » ne se fera donc pas à un coût nul. Autant de ressources qui ne seront pas disponibles pour le financement des soins de santé. Le paiement des cotisations peut également poser problème. La forte saisonnalité des revenus, la faible prévalence du salariat et un statut économique proche de la survie (impliquant une forte préférence pour le présent, c'est-à-dire la satisfaction des besoins immédiats) sont autant de facteurs pouvant contraindre les ménages dans leur souscription de l'assurance.

33. 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 intégral quant à son initiative mutuelliste. 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).

Plus fondamentalement, les ménages ne seront intéressés de se couvrir contre les frais des soins de santé, que si ces derniers sont perçus comme efficaces. Si les structures de santé sont désertées par un personnel sous-payé, si les médicaments sont en rupture de stock, si les soins sont de qualité médiocre, les ménages seront peu intéressés à recourir aux services de santé. Se couvrir contre le coût de services que l'on n'utilise de toute façon pas serait bien sûr absurde.

Une autre rationalité ?

Une autre raison pouvant expliquer la faible acceptation de propositions de couverture pourtant séduisantes doit être cherchée du côté de la rationalité prévalant dans les sociétés traditionnelles.

Dans certaines cultures, la « chance » n'est pas perçue comme un phénomène aléatoire, mais comme le résultat de forces divines ou surnaturelles, contre lesquelles on ne peut ou on ne doit se couvrir. Faire la démarche de prendre une assurance formelle paraît alors comme une action inutile ou même 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 inférieur, en retour de toute contribution. « The idea that such a return is uncertain (it might come but it might just as well not come) is unacceptable to them : balanced rather than conditional reciprocity is the principle that motivates their actions » (Platteau, 1997, p. 768). 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, notamment l'élargissement de la couverture aux petits risques plus fréquents³⁴ et l'extension de la couverture à certains risques en dehors de la santé (frais de funérailles...).

D'autres normes morales ?

Pour comprendre pourquoi les mutuelles « exogènes » ont des difficultés à s'établir ou plus fondamentalement pourquoi il y a si peu de généra-

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

tion spontanée, il est important de relever les conflits de normes que connaissent aujourd'hui des sociétés traditionnelles en pleine mutation.

Nous avons vu qu'étant donné l'espace restreint pour la vie privée et la forte visibilité des revenus, il était relativement aisé d'instaurer des mécanismes d'entraide dans des petites communautés rurales. La mise en commun des risques sur un même pied était facilitée par l'inégalité relativement réduite. Enfin, le sens communautaire était déjà fortement sollicité pour le financement ou la production de tous les biens publics et autres interdépendances : gestion des eaux, défense contre les animaux prédateurs ou les ennemis, justice et gestion des conflits.

La communauté pouvait alors aisément transmettre les valeurs du « sens commun » et imposer à ses membres la solidarité. En effet, elle disposait, au travers de l'opprobre social ou plus radicalement de l'ostracisme, d'un pouvoir de sanction hautement dissuasif : il était dans l'intérêt de chacun de se conformer aux règles (maximisant le bénéfice pour le groupe) sous peine de ne pouvoir jouer le jeu à nouveau. Dans un monde où la survie était précaire, cette menace d'exclusion était convaincante !

Outre les restrictions sur les libertés individuelles posées par le contrôle social, cette primauté de la communauté était susceptible également d'avoir des conséquences économiques. L'obligation morale d'aider les autres pouvait avoir notamment un effet désincitatif sur l'épargne. Or sans épargne, pas d'investissement et donc pas d'accès aux opportunités de croissance.

Ces dernières décennies, cet ordre des choses a été grandement perturbé. Le monde occidental a diffusé ses valeurs plus individualistes et libérales. La pénétration du marché accentue la spécialisation, génère de la différenciation sociale, offre des opportunités de survie autonome de la communauté d'origine. L'épargne ainsi devient 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 nous avons vu que l'épargne est un mécanisme de couverture avec d'importantes limites. Après observation, on peut donc s'étonner qu'il n'y ait pas plus d'initiatives spontanées pour établir de nouveaux arrangements collectifs de couverture. N'est-il pas paradoxal que les sociétés africaines, qui ont développé un tel éthos de la solidarité, rencontrent autant de difficultés à mettre en place des mutuelles de santé ?

Une bonne part de l'explication réside probablement dans cet éthos de la solidarité : il est familial, clanique ou tribal. Ayant fait leurs preuves dans le passé, les fidélités traditionnelles, qui soutiennent les réseaux d'entraide, sont tenaces. Bien plus, face à une situation économique qui se dégrade à maints endroits, ce capital social « privé » est une des dernières ressources sur laquelle les ménages peuvent compter. Or nous savons que la mise en commun des risques est logée à la même enseigne

que l'action publique : pour être efficiente, elle doit dépasser ces cercles restreints. Pour maîtriser les coûts liés à l'asymétrie de l'information, de nouvelles loyautés doivent alors être établies : envers l'État, les autres citoyens, la loi formelle, les employeurs, les caisses d'assurances, les souscripteurs, les malades...

Mais les différents acteurs ne souscriront à tous ces contrats sociaux plus ou moins explicites que s'ils ont confiance dans les parties en présence, que si les institutions qui doivent les faire respecter sont crédibles³⁵. Il est inutile de s'étendre sur combien peu crédibles sont les institutions publiques quand les gouvernants sont cupides et népotiques, quand la justice s'achète ou la corruption prévaut. Les guerres civiles, qu'elles soient de prédation ou ethniques, sont fatales à l'indispensable confiance. Or, pour les mutuelles de santé, comme les rapports de marché ou la gestion des biens collectifs, une nouvelle éthique d'interaction, fondée sur la citoyenneté, le droit et la liberté individuelle à contracter, est nécessaire. Dans de nombreuses régions du monde, le délabrement économique et politique ne fait que rendre encore plus difficile l'indispensable transition vers cette modernité des normes morales.

Enseignements

Face aux risques économiques liés à la santé, un ménage dispose de plusieurs stratégies. L'épargne de précaution a pour elle de pouvoir être mise en œuvre à l'intérieur de l'économie ménagère. Son importante limite 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. Dans les autres cas de figure, l'épargne ne permet pas un accès aux soins de santé.

Entrer en interaction avec d'autres individus ouvre de nouvelles opportunités de bien-être. Le crédit, en diluant dans le temps le coût des soins de santé, relâche en partie la contrainte rencontrée par 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'ont simplement pas accès au crédit.

L'interaction permet également de se couvrir *via* le partage des risques. Avec les problèmes de santé, les individus sont confrontés à des

35. Sur la relation entre normes morales et marché, lire Platteau (1994).

risques relativement identiques et indépendants, 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. L'interaction ne se fait toutefois pas à coût nul. Les coûts de transaction seront d'autant plus élevés que l'information est asymétrique entre les parties. L'offre de soins de la médecine moderne est peu compréhensible pour les villageois, *a fortiori* si leur instruction a été sommaire. Si la tarification est peu transparente, les ménages peuvent être tentés de mentir sur les coûts de la maladie. Plus le groupe de participants à l'entraide s'élargit, plus ils pourront en outre dissimuler leurs réelles capacités contributives.

Face aux coûts de la maladie, l'entraide va donc rapidement atteindre ses limites. Le coût supporté par l'individu pour rassembler l'information le dissuadera vite de pousser plus loin la mutualisation. Pour saisir les gains liés à la loi des grands nombres, il faut alors adopter une gestion institutionnelle des risques, c'est-à-dire coordonner l'information et créer un pouvoir coercitif. Tel est l'enjeu que se donnent les différentes formules d'arrangement collectif de couverture contre les risques-maladies.

Les solutions techniques que les mutuelles et autres solutions institutionnelles apportent à la gestion des risques ne fonctionneront que si certaines conditions sont vérifiées. L'organisme assureur doit être efficient dans la gestion des ressources qu'on lui confie. La croissance passe par une capacité à respecter les règles de fonctionnement d'une institution. Les capacités techniques pour une telle gestion ne sont malheureusement pas toujours présentes dans les contrées rurales des pays pauvres. Une autre condition est l'existence d'un environnement juridique à même d'imposer le respect des nombreux contrats sous-jacents. Cette règle est trop peu satisfaite dans les pays en voie de développement.

Les ménages souscriront d'autant plus facilement à une assurance qu'ils ont confiance dans la pérennité de la formule. Un contexte économique et politique serein, une offre de soins fiable, un organisme assureur aux reins financiers solides, des gestionnaires reconnus pour leur compétence et leur honnêteté sont autant de facteurs contribuant à cette confiance. L'adhésion du membre sera d'autant plus ferme qu'il bénéficie d'un retour fréquent en termes de prestations. Élargir la couverture à des risques non sanitaires ou aux petits risques, normalement couverts par l'épargne et l'entraide, est une façon de satisfaire le principe de réciprocité équilibrée.

Le succès des arrangements collectifs dépendra enfin de la vérification de conditions pesant aussi sur les autres modes de couverture. Les ménages ne se couvriront que s'ils perçoivent la maladie comme un aléa et si le mal peut être solutionné : une offre de soins efficace doit donc être

disponible ! Comme l'entraide, l'efficacité des arrangements formels sera freinée dans le « pooling » par la dispersion géographique des ménages. Dans de nombreuses régions rurales, la faible densité de population constitue un obstacle important pour tout projet tentant de saisir un bénéfice du grand nombre.

Tous ces éléments doivent selon nous être gardés à l'esprit quand on considère la promotion des mutuelles de santé dans les pays en voie de développement. Si on ne peut contester que l'existence d'une mutuelle peut améliorer le financement des services de santé et même la qualité de leurs prestations, le ménage, lui, valorise la mutuelle en tant que stratégie de couverture. Fondée sur l'adhésion volontaire, la mutuelle se doit d'être supérieure aux formules alternatives à la disposition des particuliers. La mise en place de nouveaux mécanismes de solidarité ne peut faire abstraction des stratégies ou des réalités sociales préexistantes. Une telle prise en compte permet alors de comprendre, d'une part, le relatif faible nombre de mutuelles à génération spontanée, d'autre part, les résultats mitigés obtenus par certaines expériences « exogènes ».

Bibliographie

- Coate S. et M. Ravallion, 1993, « Reciprocity without commitment : characterisation and performance of informal insurance arrangements », *Journal of Development Economics*, 40 : 1, p. 1-24.
- Creese A. et S. Bennett, 1997, « Rural Risk-Sharing Strategies », in Schieber, G. J. (ed.), *Innovations in Health Care Financing* (World Bank Discussion Paper n°. 365), p. 163-82.
- Criel B., 1998, « District-based health insurance in sub-Saharan Africa, Part II : case-studies », *Studies in Health Services Organisation & Policy*, n° 10.
- Dubuisson D., 1998, *Dynamique des mécanismes informels d'assurance en milieu rural*, Rapport de recherche en appui à la politique AGCD/CIUF, Centre de recherche en économie du développement, Facultés universitaires Notre-Dame-de-la-Paix, Namur.
- Dupuy C., 1990, « Les comportements d'épargne dans la société africaine : études sénégalaises », in M. Lelart (éd.), *La Tontine, pratique informelle d'épargne et de crédit dans les pays en voie de développement* (John Libbey Eurotext : Paris), p. 31-51.
- Eeckhoudt L. et C. Gollier, 1992, *Les Risques financiers. Évaluation, gestion et partage*, Paris, : Ediscience International.
- Fafchamps, M., 1992, « Solidarity networks in preindustrial societies :

- rational peasants with a moral economy », *Economic Development and Cultural Change*, 41 : 1, p. 147-74.
- Galland B., Kaddar M. et G. Debaig, 1997, « Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique sub-saharienne », *L'Enfant en milieu tropical*, 228, p. 9-21.
- Guerrien B., 1996, *Dictionnaire d'analyse économique*, Paris, La Découverte.
- Ilunga T. B., Contandriopoulos A.-P. et P. Fournier, 1995, « Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda (Zaïre), comment a-t-il été mis en place ? », *Social Science and Medicine*, 40 : 8, p. 1041-52.
- Jones R. A. et J. M. Ostroy, 1984, « Flexibility and uncertainty », *Review of Economic Studies*, LI, p. 13-32.
- Morduch J., 1999, « Between the state and the market : can informal insurance patch the safety net ? », *The World Bank Research Observer*, 14 : 2, p. 187-207.
- Platteau J.-P., 1991, « Traditional Systems of Social Security and Hunger Insurance : Past Achievements and Modern Challenges », in Ahmad E., Drèze J., Hills J. et A. K. Sen (eds), *Social Security in Developing Countries* (Clarendon : Oxford), p. 112-70.
- Platteau J.-P., 1994, « Behind the market stage where real societies exist, Part II : The role of moral norms », *Journal of Development Studies*, 30 : 3, p. 753-817.
- Platteau J.-P., 1997, « Mutual insurance as an elusive concept in traditional rural communities », *Journal of Development Studies*, 33 : 6, p. 764-96.
- Platteau J.-P. et A. Abraham, 1987, « An inquiry into quasi-credit contracts : the role of reciprocal credit and interlinked deals in small-scale fishing communities », *Journal of Development Studies*, 23 : 4, p. 461-90.
- Sharma N. et J. Drèze, 1996, « Sharecropping in a North Indian village », *Journal of Development Studies*, 33 : 1, p. 1-39.
- Zweifel P. et F. Breyer, 1997, *Health Economics*, Oxford : Oxford University Press.