

# « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé

**Margot Nauleau, Blandine Destremau, Bruno Lautier**

DANS **REVUE TIERS MONDE** 2013/3 n°215 , PAGES 129 À 148  
ÉDITIONS **ARMAND COLIN**

ISSN 1293-8882

ISBN 9782200928803

DOI 10.3917/rtm.215.0129

Date de mise en ligne : 13/11/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-tiers-monde-2013-3-page-129?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Armand Colin.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# LA SANTÉ GLOBALE, NOUVEAU LABORATOIRE DE L'AIDE INTERNATIONALE ?

## « EN CHEMIN VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE »\*

Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé

Margot Nauleau\*\*, Blandine Destremau\*\*\*, Bruno Lautier\*\*\*\*

Dans la définition qu'en donne l'OMS, « la couverture sanitaire universelle (CSU) consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». Dans une perspective de sociologie de l'action publique, la CSU se définit alors comme un *référentiel de politique publique*, un *référentiel d'objectif*. La première partie de cet article retrace la trajectoire institutionnelle de ce référentiel, produit d'une évolution dans la manière de penser les problèmes de santé publique au niveau international. La seconde partie présente les parcours « vers la CSU » de trois pays, sélectionnés à partir de nos expériences de recherche, et met en lumière trois types d'articulations entre acteurs impliqués : « étatiste », « de marché négocié » et « subsidariste ». Enfin, nous discutons certains enjeux de la mise en œuvre du référentiel de CSU, et tout particulièrement les modes de contrôle et de régulation par les politiques publiques nationales du niveau de marchandisation de la santé, et le caractère politique de la mutualisation des coûts et des risques.

**Mots clés :** Couverture sanitaire universelle, OMS, référentiel, financement de la santé, marchandisation, action publique.

\* Selon le titre du rapport 2010 de l'OMS.

\*\* Mémorante M2R, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, IEDES, UMR 201 « Développement et sociétés », [nauleau.margot@gmail.com](mailto:nauleau.margot@gmail.com)

\*\*\* CNRS, UMR 3320 Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE), [blandine.destremau@gmail.com](mailto:blandine.destremau@gmail.com)

\*\*\*\* Université Paris I Panthéon-Sorbonne, IEDES, UMR 201 « Développement et sociétés ».

Bruno Lautier nous a très malheureusement quittés alors qu'il était en train de travailler avec nous sur ce texte. Nous lui rendons hommage en le publiant comme l'œuvre de trois co-auteurs, en regrettant qu'il n'ait pu le faire sien autant qu'il l'aurait souhaité.

## INTRODUCTION : LA CSU, UN RÉFÉRENTIEL D'OBJECTIF POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Lors de son allocution à la 65<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé à Genève en mai 2012, Margaret Chan, directeur général de l'OMS, affirmait que « la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir ». Rappelant que les années 1980 avaient été qualifiées de « décennie perdue du développement », et que les années 1990 avaient « hérité de ces séquelles », elle voit dans la première décennie du XXI<sup>e</sup> siècle, et se prolongeant dans la seconde, « l'âge d'or du développement sanitaire » : « Pour la première fois, la santé est devenue une priorité du développement »<sup>1</sup>.

Dans la définition qu'en donne l'OMS, « la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir »<sup>2</sup>. L'OMS rappelle ici les trois directions du « cube » (Durairaj, Evans, 2011, p. 6) dans lesquelles il faut progresser en vue d'atteindre la couverture universelle : la proportion de population bénéficiant d'une couverture santé, la gamme de prestations et services essentiels proposés en fonction des besoins, et enfin la proportion des coûts qui seront couverts (OMS, 2008). Dans l'idéal, c'est « l'ensemble de la population » qui devrait être en mesure de recevoir les soins *de qualité* dont elle a besoin à un coût qui ne l'appauvrit pas (Ngabire, 2013).

Cet idéal se caractérise avant tout par son incontestable désirabilité, propice à rallier les adhésions (qui pourrait s'afficher *contre* une couverture universelle de santé ?<sup>3</sup>). Parce qu'il est formulé comme un idéal, précisément, c'est en termes de « transition des systèmes de santé vers la couverture universelle », de cheminement, que sont formulés les cadres stratégiques et opérationnels des organisations parties prenantes. La CSU se définit alors comme un *référentiel de politique publique* (Jobert, Muller, 1987) voire, plus précisément, comme un *référentiel d'objectif*, qui permet une convergence de *forums* (scientifique, politique, de communication...) en un « consensus » faiblement normatif et contraignant (Lautier, 2010).

1. [http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha\\_20120521/fr/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/fr/index.html)

2. [http://www.who.int/health\\_financing/fr/index.html](http://www.who.int/health_financing/fr/index.html)

3. En fait, un certain nombre d'organisations et États membres de l'OMS se positionnent « contre », non pas nécessairement contre l'objectif, qui apparaît vertueux, mais surtout contre ses modalités de mise en œuvre.

Dans cet article, nous analyserons les contours, implications, limites et certains des enjeux du référentiel de couverture sanitaire universelle et de sa mise en pratique. Bien que puisant à l'économie de la santé et à la science politique, nous nous inscrivons dans une démarche de sociologie de l'action publique. Nous mobilisons donc une approche cognitive, prenant son point de départ dans l'idée que « l'objet des politiques publiques n'est plus seulement de résoudre des problèmes, mais de construire des cadres d'interprétation du monde » (Muller, 2000, p. 189). Nous montrerons qu'en tant que référentiel global, l'objectif de CSU se réfère à des systèmes d'action (coalitions d'intérêts, institutions) localisés au plan national, et donc inscrits dans les cadres d'action publique des États concernés.

La première partie sera consacrée à la trajectoire institutionnelle de ce référentiel. Nous montrerons qu'il est le produit d'une évolution dans la manière de penser les problèmes de santé publique au niveau international. Dans une seconde partie, nous évoquerons les parcours de trois pays ayant engagé des réformes de leurs systèmes de santé ou bénéficiant du « label » de cheminement vers la CSU<sup>4</sup>, pour illustrer trois modalités très contrastées d'articulations entre les différentes parties prenantes, et notamment entre autorités publiques et marchés. Enfin, nous discuterons les enjeux qui nous semblent ressortir des débats qui entourent le référentiel de CSU, et tout particulièrement des modes de contrôle et de régulation du niveau de marchandisation de la santé, et du caractère politique de la mutualisation des coûts et des risques. Nous reviendrons ainsi sur le type d'incitation que représente et met en œuvre un référentiel global d'objectifs tel que la CSU à l'égard des politiques nationales.

## **LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : UNE HISTOIRE ANCIENNE, UN CONSENSUS RÉCENT**

Dans l'agenda international du développement, la couverture sanitaire universelle est présentée comme un nouvel outil de lutte contre la pauvreté<sup>5</sup>. Si le nombre de publications sur le sujet a considérablement augmenté depuis la résolution 58A/20 de l'Assemblée mondiale de la santé en 2005, c'est surtout depuis 2010, et la publication du Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, que cette idée est débattue dans les institutions internationales.

---

4. La liste des pays qui peuvent être qualifiés de « en chemin vers la couverture universelle » ne fait, elle, pas l'objet d'un consensus, illustrant le flou relatif des critères mobilisés. Alors que, dans son rapport sur la santé dans le monde, l'OMS cite une vingtaine de pays à faible et moyens revenus, la Banque mondiale, dans une étude publiée en janvier 2013 sur « l'impact de la CSU dans le monde en développement », identifie un peu plus de trente pays.

5. Selon la résolution « Santé globale et politique étrangère » adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 6 décembre 2012.

## De la santé internationale à la santé globale : une prise en compte accrue de la santé des pauvres

La santé publique s'est progressivement internationalisée au cours du XX<sup>e</sup> siècle grâce à la création de conférences sanitaires internationales, puis d'offices spécialisés en santé, et enfin, de façon plus institutionnalisée, *via* la création de l'OMS en 1948. Une nouvelle discipline, appelée santé internationale ou « santé et développement », a vu le jour et s'est d'abord intéressée aux problèmes de santé spécifiques aux pays du Sud. Alors que les années 1950 à 1970 sont caractérisées par la médecine coloniale et l'hospitalocentrisme, la décennie suivante a été marquée par un certain nombre de chartes et de déclarations promotrices d'une volonté de rendre les soins essentiels « universellement accessibles à tous les individus », transcendant tous les domaines d'action publique (Kerouedan, 2013). La Déclaration d'Alma Ata<sup>6</sup> est emblématique de cette nouvelle orientation politique, qui propose de rompre avec l'idée d'une santé réservée aux élites et promeut une approche participative (c'est-à-dire en collaboration avec les communautés) basée sur les soins de santé primaires.

Cependant, plusieurs critiques ont été formulées à l'encontre de cette politique, d'abord, le caractère essentiellement rhétorique de ces chartes et l'absence de véritables lignes directrices permettant de mettre en œuvre des programmes concrets (Navarro, 1984 ; Fassin, 2000 ; King, 2002), ensuite, son manque de réalisme, tant au niveau du coût que du nombre de professionnels de santé requis pour une telle initiative (Brown, Cueto, Fee, 2006).

Ces deux aspects serviront de support à une proposition alternative, plus sélective, basée sur le contrôle des maladies endémiques. Walsh et Warren ont en effet montré l'importance de se focaliser sur un petit nombre de problèmes graves (en termes de morbidité et de mortalité), touchant une large population et pour lesquels des interventions efficaces peuvent être mises en place à moindre coût. Ils proposent alors de cibler les femmes en âge de procréer et les enfants, et de mettre en place des mesures incluant la vaccination, la promotion de l'allaitement, la distribution d'antipaludéens et la réhydratation orale<sup>7</sup> (Walsh, Warren, 1979). L'Initiative de Bamako (1987), mise en œuvre sous l'égide de l'UNICEF<sup>8</sup>, s'inscrit dans la continuité de cette recherche d'efficacité. Elle est à l'origine de la stratégie du recouvrement des coûts qui s'est avérée lourde de conséquences pour les populations pauvres (Xu *et alii*, 2003 ; Whitehead, Dahlgren, Evans, 2001).

6. Elle sera suivie par de nombreuses autres déclarations telle que la Charte d'Ottawa en 1986.

7. Le VIH/sida n'est pas encore mentionné car il n'a été découvert qu'en 1983.

8. L'UNICEF travaille à ce moment-là en étroite collaboration avec la Banque mondiale.

À la fin des années 1990, l'ampleur des défis sanitaires et l'uniformisation progressive des profils épidémiologiques entre pays riches et pauvres vont conduire à de nouvelles réflexions sur les enjeux de santé liés à la mondialisation. Ces enjeux ne sont plus seulement humanitaires, ils deviennent politiques et sécuritaires. Ce sont surtout les États-Unis qui vont impulser cette nouvelle dynamique en cherchant à protéger la sécurité de leur territoire (Frenk, 2009 ; Owen, Roberts, 2005 ; Fidler, 2005 ; King, 2002) et ainsi faire des questions de santé « mondiales », en particulier du VIH/Sida, un élément essentiel de leur politique extérieure<sup>9</sup>. Les États-Unis imposent rapidement leur leadership, à la fois institutionnel et financier, dans l'élaboration de stratégies sanitaires internationales, grâce à l'appui d'agences de coopération et programmes spécialisés (USAID, PEPFAR...), de fondations (Rockefeller, Gates...) mais aussi de nouveaux partenariats public-privé (GAVI, Fonds mondial...).

Cette dynamique va être labellisée sous le nom de « *global health* ». Ce concept est défini par Koplan et ses collègues comme « *an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide* » (Koplan *et alii*, 2009). À la différence de la santé internationale, la santé globale ou mondiale s'intéresse aux problèmes de santé qui transcendent les frontières, et entend y répondre en proposant des solutions intégrées (incluant prévention et soins) qui requièrent une collaboration au niveau international entre acteurs issus de disciplines variées. Elle s'appuie sur le paradigme de la lutte contre la pauvreté, et les programmes qui en découlent, tels que les OMD, ont pour objectif d'améliorer la santé des populations et en particulier des plus vulnérables.

Le paradigme de santé globale émerge à un moment où les acteurs non étatiques (ONG, fondations, compagnies privées d'assurance, entreprises prestataires de soins, fournisseurs de médicaments, de matériels et d'intrants, etc.) jouent un rôle prépondérant, tant du point de vue du financement de l'aide au développement, qu'au plan de la configuration des systèmes de santé nationaux. Si, dans un premier temps, des tensions entre organisations internationales ont présidé à l'élaboration d'une nouvelle gouvernance de la santé, et notamment entre l'OMS et la Banque mondiale (Brown, Cueto, Fee, 2006), le binôme OMS-Banque mondiale est aujourd'hui le fer de lance de la CSU<sup>10</sup>.

À l'approche de l'échéance des Objectifs du millénaire pour le développement, de nouveaux débats émergent sur ce que devra être l'agenda post 2015. C'est dans ce contexte qu'ont débuté les discussions sur la couverture sanitaire

9. Le rapport de l'Institute of Medicine (IOM, 1997) et celui du National Intelligence Council (NIC, 2000) sont les principaux documents de référence.

10. Le discours du Président de la Banque mondiale à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2013 est de ce point de vue édifiant. Voir <http://www.who.int/mediacentre/events/2013/wha66/fr/>

universelle, qui ont fait l'objet de nombreuses consultations, et dans lesquelles les organisations internationales, leurs États membres mais aussi les ONG et les grandes entreprises du secteur ont été particulièrement actifs, configurant coalitions d'intérêts et blocs en concurrence.

## **La couverture sanitaire universelle : une nouvelle étape dans la lutte contre la pauvreté**

S'il n'y a pas eu de consensus sur la définition de la couverture sanitaire universelle entre les années 1990 et 2008, une définition « institutionnelle » (par opposition à une définition opérationnelle qui proposerait des pistes concrètes de mise en œuvre) a été actée en 2012, suite à la résolution « Santé globale et politique étrangère » de l'ONU, adoptée le 6 décembre. La CSU renvoie donc aux notions d'équité, de justice sociale, et de qualité des soins, mais elle ne précise pas quel doit être le « paquet minimal » de la couverture. Elle énonce de grands principes généraux, formulés comme une rhétorique, qui fait l'objet de mises en récit plus qu'elle ne se traduit par des dispositifs concrets ou contraignants : il s'agit avant tout de *soft power*. Il existe en effet diverses façons d'y tendre, et l'OMS valorise différents cheminements, selon des modalités désormais courantes d'échanges de bonnes pratiques, de *benchmarking* et d'expérimentation<sup>11</sup>. Selon le site de l'Organisation dédié au « Financement de la santé et couverture universelle » :

« Les réformes du financement de la santé et les mesures permettant aux pays de s'approcher de la couverture universelle peuvent prendre de nombreuses formes, mais elles doivent surtout être adaptées au contexte. Il n'existe pas de modèle en la matière »<sup>12</sup>.

Et la réunion de l'ECOSOC consacrée en juillet 2013 à la CSU réitère :

« *There was agreement on a "no one-size-fits-all" approach to universal health coverage. Rather, approaches should be country-specific, taking into account local circumstances and conditions* »<sup>13</sup>.

Les moyens à mettre en œuvre sont donc laissés à la souveraineté des États (conseillés et soutenus par les organisations internationales, grandes ONG, fondations, firmes, etc.) en fonction des priorités et contextes nationaux. Les États ne sont redevables que de leur progression, voire de l'évocation qu'ils font de l'objectif de CSU. Ces lacunes en termes de définition d'objectifs et d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés vers la couverture universelle sont d'ailleurs exploitées par un petit groupe d'États membres de l'OMS qui n'adhèrent pas à ce concept. Koplan, quelques années plus tôt, avait formulé des mises en garde à propos de la définition de la santé globale :

11. Ce qui peut expliquer qu'il n'existe pas encore d'indicateurs dédiés explicitement à la CSU. La Banque mondiale est en train de mettre au point un outil UNICAT destiné à aider les pays à mesurer leurs forces et faiblesses dans leur cheminement vers la CSU.

12. [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/fr/](http://www.who.int/health_financing/strategy/fr/)

13. ECOSOC Panel: Science, Technology, Innovation Essential For Universal Health Coverage, <http://www.ip-watch.org/2013/07/04/ecosoc-panel-science-technology-innovation-essential-for-universal-health-coverage/>

« *if we do not clearly define what we mean by global health, we cannot possibly reach agreement about what we are trying to achieve, the approaches we must take, the skills that are needed, and the ways that we should use resources* » (Koplan *et alii*, 2009, p. 1993).

La couverture sanitaire universelle semble cependant être une option intéressante pour instaurer des modifications en profondeur et assurer une couverture pour les populations vulnérables. Sa mise en œuvre encourage à plus d'équité et de justice sociale, mots d'ordre de « la dimension sociale de la globalisation »<sup>14</sup>. Le renouveau des débats internationaux sur les stratégies de développement, ainsi que le caractère général de la définition, ont facilité dans un premier temps le processus d'adhésion d'une large palette d'organisations internationales et d'États. L'inscription de la couverture sanitaire universelle comme élément fédérateur des questions de santé dans l'agenda post 2015 constituerait une étape supplémentaire dans la construction du « consensus ». Cette idée est débattue au cœur du système des Nations Unies, tant à l'OMS qu'à l'ECOSOC, et sans doute prochainement à l'Assemblée générale.

Enfin, la CSU pourrait jouer un rôle dans la transformation du concept de « santé globale » en un concept plus positif, en le faisant évoluer vers un objectif commun de couverture sanitaire pour tous. Il ne s'agirait plus de lutter contre des problèmes de santé qui transcendent les frontières (en particulier les maladies infectieuses), mais de promouvoir des systèmes de santé nationaux robustes et efficaces, intégrant la prévention comme dimension intrinsèque. Cela impliquerait de repenser l'aide au développement en santé et de réorienter une partie des fonds vers le renforcement des systèmes de santé.

## DES ARTICULATIONS DIVERSES ENTRE ÉTAT ET MARCHÉ : L'UNIVERSALITÉ AU RISQUE DES INÉGALITÉS

L'objectif de couverture sanitaire universelle formulé par les organisations internationales se décline en termes d'aide technique, notamment dans le domaine du financement, et en termes de labellisation. La labellisation concerne plus des trajectoires et l'adoption de dispositifs, ou de combinaisons de dispositifs, en vertu de certaines *valeurs*, que des états de fait mesurables par des indicateurs de réalisation. Ainsi des pays aux performances très disparates, en termes de couverture effective, modes de prise en charge, profils épidémiologiques, etc., se retrouvent labellisés « en chemin... »<sup>15</sup>.

Dans cette section, à partir de certaines de nos expériences de recherche, nous évoquons diverses politiques nationales qui ont été qualifiées de « en chemin

14. Elle rejoint à cet effet l'objectif de socle de protection sociale, promu par l'OIT avec la collaboration de l'OMS, depuis 2010.

15. Ainsi, un pays tel le Yémen, dont le système de santé est devenu indigent depuis les conflits et ajustements structurels des années 1990, mais qui est engagé dans plusieurs programmes d'extension de la couverture de protection sociale en santé.

vers la couverture sanitaire universelle ». Sur cette base, nous mettons en lumière trois profils : un profil « étatiste » (Cuba), un autre « de marché et d'assurance » (l'Inde) et un troisième « subsidariste » (le Sénégal). Le statut méthodologique de cette section n'est pas celui d'une typologie ; à cette fin, un grand nombre d'autres études de cas aurait également pu être mobilisé, ce qui n'est pas l'objet ici. Il s'agit plutôt d'illustrer la diversité de combinaisons de facteurs politiques, économiques et sociaux, intégrés dans des histoires nationales spécifiques, qui détermine la progression des composantes du « cube »<sup>16</sup>. L'étude d'autres cas pourrait démontrer l'existence de modalités encore différentes, notamment par l'extension de l'assurance maladie articulée à l'emploi par subvention des régimes destinés aux travailleurs à revenus irréguliers et à faibles ressources (Colombie) ; ou encore par l'instauration de programmes d'assistance incluant un accès à des prestations de santé fournies par l'État, pas toujours suffisantes pour satisfaire les besoins ou objectifs de développement social (Mexique) (voir par exemple Lautier, 2006a).

### **Cuba : une voie étatiste d'universalisation de la couverture de santé à la viabilité menacée**

Il est de notoriété publique que le système cubain de santé est étatiste, égalitariste et universaliste. Financé par le budget public, il s'est considérablement développé depuis la révolution de 1959. Formation de personnels médicaux, mise en place de politiques de prévention et d'éducation à la santé, déploiement de cliniques, hôpitaux, pharmacies, organisation d'un service de proximité de médecins de famille, ouverture d'établissements spécialisés pour personnes handicapées, atteintes de maladies psychiatriques et âgées dépendantes, ont tenté de couvrir l'ensemble de la population, selon ses besoins. L'accès aux soins est entièrement gratuit, les démarches échelonnées (passage obligé par le médecin de famille) régulent l'accès aux divers niveaux de soin. L'accès aux médicaments est limité aux ordonnances (très peu d'automédication en pharmacie), à un coût très modique.

En termes de qualité, le système cubain fait l'objet d'âpres batailles de chiffres, d'images et de témoignages, où s'affrontent preuves de sa décrépitude accélérée depuis les années 1990 et « la période spéciale », d'une part, et, de l'autre, signes de sa qualité sans faille, malgré les difficultés budgétaires de l'État. La qualité du système de soins cubain est néanmoins manifestée par les

---

16. Une démarche équivalente a été entreprise par Ceballos et Lautier (2013), par exemple, concernant les programmes de transferts conditionnels. À l'aide d'une étude des conditions de mise en œuvre de ce qui apparaît comme un consensus international et un référentiel relativement homogène, ils montrent que les déterminants des politiques nationales engendrent des différences significatives. C'est aussi en vertu de ce cadre méthodologique que nous ne mentionnons pas de chiffres sur les « réalisations » de l'un ou l'autre des pays : le sens d'un taux de couverture devrait être accompagné de nombreux détails sur ce qui est effectivement accessible, dans quelles conditions concrètes, avec quelles différences et inégalités, pour prendre son sens ici.

progrès démographiques et sociaux réalisés depuis les années 1960 : espérance de vie, mortalité infantile et maternelle, etc. Surtout, sa dimension universelle et égalitariste est constatable dans les faibles inégalités de santé à Cuba : complétant des statistiques fréquemment suspectées de biais propagandistes, des travaux de chercheurs en attestent. Alors que les difficultés budgétaires se font pressantes depuis les années 1990, ces inégalités tendent néanmoins à s'accroître. Ainsi de certains établissements et pharmacies réservés aux patients qui paient en devises, ou des inégalités engendrées par la pénurie de médicaments et consommables, qui oblige les familles à se les procurer de l'extérieur de l'Île (surtout par des parents émigrés).

L'extension récente des sphères de marchandisation, en particulier en ce qui concerne l'emploi, la petite restauration, et toute une série de services, est strictement maîtrisée dans l'éducation et la santé. La gratuité de tous les services de santé pour tous n'est pas – officiellement – remise en cause par les projets de réforme et d'amélioration du système de soins cubain, tant elle est centrale pour le système social, lui-même un pilier fondamental de la légitimité du régime. Plus largement encore, les progrès sociaux, en particulier ceux permis par l'élargissement de l'accès aux soins de santé de qualité, constituent une forme de contrepartie (sous forme de droits sociaux égalitaristes) à la soumission de la population aux règles imposées par le régime et à sa formulation de l'intérêt collectif. Il s'agit donc d'une transaction de nature politique, fondée sur une acception spécifique de la justice sociale, issue des principes de la Révolution (Destremau, 2012a, 2012b). La couverture universelle de santé n'est donc pas remise en cause en tant que telle, bien qu'ébréchée dans ses dimensions de satisfaction des besoins et d'égalitarisme.

Le fait que Cuba figure dans la liste des pays « en chemin vers une CSU » est intéressant et contestable à plus d'un titre : le « chemin » fut en fait entamé il y a plusieurs décennies, et la progression de la couverture sanitaire cubaine satisfait aux critères d'universalité depuis plusieurs décennies déjà. Ce cas illustre la pratique de « labellisation » de politiques qui n'ont rien à voir avec le « consensus » proclamé depuis le début de la décennie 2010. Aujourd'hui, dans un contexte de restriction des ressources publiques et d'évolution des pathologies et besoins (particulièrement du fait du vieillissement de la population), c'est plutôt d'ajustements nécessaires à sa pérennité qu'il faudrait parler que de chemin vers l'universalisation.

La voie « étatiste » a été empruntée par de multiples pays dont l'État a adopté une posture développementaliste et socialiste dans les années 1960 (l'on pense particulièrement à de nombreux pays arabes). Si ces modèles ont été fortement remis en cause au cours des décennies d'ajustement structurel et de désétatisation, et que la diversification de l'offre (publique/privée, marchande/non marchande) est devenue la règle, l'on ne peut pour autant les reléguer au rang de fossiles, tant

ils ont représenté une voie vers l'universalisation, commandée par des impératifs nationalistes et politiques.

### **L'Inde : la progression vers une « universalité restreinte » par des dispositifs assurantiels de marché contrôlés par l'État**

L'Inde, elle aussi qualifiée de « en chemin... », présente un profil fort différent : selon une étude du *Lancet* (Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011), le système de santé indien accroît les inégalités. 40 millions d'Indiens seraient plongés dans la pauvreté chaque année par des dépenses et des dettes de santé. Les inégalités d'accès aux soins sont liées aux écarts dans les situations socio-économiques des ménages, aux disparités géographiques d'offre, aux inégalités de genre, à la faiblesse des investissements publics, et se traduisent par des dépenses privées très élevées, et qui ne cessent de s'accroître : les coûts de la santé pèsent pour plus des trois quarts sur les ménages. Ces déséquilibres sont renforcés par le fait que les Indiens les plus riches souffrent de maladies « du premier monde » (maladies chroniques, obésité, diabète, affections cardiovasculaires), alors que les plus pauvres sont exposés aux maladies du « tiers monde », liées à la malnutrition, aux infections, et aux mauvaises conditions d'hygiène et de vie.

Le constat de crise du système de santé indien, menaçant la cohésion sociale et la légitimité des politiques publiques, a suscité une mobilisation récente. Cette dernière a conduit à l'adoption de différents dispositifs visant à accroître l'accès financier de certains groupes sociaux largement demeurés non assurés et en marge de l'accès aux soins de santé (Mahal, Fan, 2011). Certains de ces dispositifs émanent des États, d'autres de l'État central : ainsi de l'Universal Health Scheme destiné aux pauvres et lancé en 2003, ou du National Rural Health Mission (NRHM) lancé en 2005. Certains de ces dispositifs font un large recours au secteur privé, dans le cadre d'accords cadre et de conventions avec les gouvernements, qui peuvent également subventionner des organisations non gouvernementales, comme le Self Employed Women Association (SEWA).

L'un des dispositifs les plus ambitieux est le Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), lancé en 2007, et financé pour les trois quarts par le gouvernement central, et pour un quart par les gouvernements locaux. Une prime d'assurance est payée par le budget public à des compagnies d'assurance privées, de façon à couvrir, pour les frais d'hospitalisation, une population pauvre qui peut dès lors se faire soigner, sur présentation d'une carte à puce, dans un réseau de cliniques et d'hôpitaux affiliés. L'objectif de ce régime est de garantir une sécurité financière aux bénéficiaires en offrant des indemnités pour les frais d'hospitalisation à hauteur de 30 000 roupies (environ 650 dollars US) par an par famille de cinq personnes. Il s'agit également d'améliorer l'accès aux soins de qualité en prenant en charge les frais de transport à hauteur de 1 000 roupies (environ 22 dollars US). Le but fixé était de couvrir l'ensemble de la population

vivant en dessous du seuil de pauvreté, 300 millions de personnes d'ici 2012, ce qui a été largement atteint. Le programme est actuellement en phase d'extension vers des couches plus solvables de la population<sup>17</sup>.

La combinaison d'une fenêtre fiscale favorable, portée par la croissance indienne, et d'une forte volonté politique, a rendu possible cet engagement, qui vaut au pays la reconnaissance, de la part de l'OMS, d'être « en chemin vers une couverture universelle ». En 2010, l'Inde ne consacre que 1,1 % de son PIB aux dépenses de santé ; c'est 6 % qui seront nécessaires pour parvenir à l'objectif de couverture universelle d'ici 2020. Une loi de Santé nationale (National Health Bill) a été promulguée en 2009 par le ministère de la Santé et du bien-être des familles, afin de « procurer la protection et la satisfaction des droits afférents à la santé et au bien-être, à l'équité et à la justice sanitaire, y compris ceux liés à tous les déterminants sous-jacents de la santé aussi bien que les soins de santé ; et pour accomplir l'objectif de la santé pour tous »<sup>18</sup>. La progression de la couverture assurantielle en santé, parallèlement à l'élargissement continu de l'offre (privée surtout), est prévue – et en cours – de se réaliser par l'extension progressive des formules d'assurance à des groupes sociaux solvables, qui pourront bénéficier de subventions publiques partielles de leurs cotisations.

Les réformes entreprises en Inde illustrent le poids des facteurs politiques dans une démocratie, les tensions issues de très fortes inégalités dans une économie émergente, mais aussi la capacité budgétaire d'action d'autorités publiques gouvernant un pays de revenu moyen. Le rôle important aménagé aux acteurs privés marchands et aux mécanismes de contractualisation et de partenariat, tout comme l'encadrement public auquel est soumis le processus de marchandisation de la santé, sont parties prenantes des modes de gouvernance désormais promus au plan international. Pour autant, si l'Inde est dite « en chemin... », elle suscite une réflexion sur le sens de l'universalisation dans un tel contexte : si un accès de tous à quelque chose est visé, on est loin d'une couverture universelle des besoins : le RSBY ne cible aujourd'hui que les frais d'hospitalisation et contient de nombreuses limitations.

### **Le Sénégal : des dispositifs ciblés sur les pauvres pour élargir la couverture en santé**

Un troisième type d'articulation entre États, marché et autres parties prenantes, que nous qualifions de « subsidiariste », correspond à la prise en charge par l'État – et/ou des organisations non gouvernementales, l'aide

17. De très nombreux documents existent sur ce programme. Ces informations sont issues de communications présentées par Nishant Jain, conseiller du gouvernement indien pour son programme national d'assurance de santé, dans le cadre de rencontres du GIP-SPSI (groupe d'intérêt public Santé et protection sociale international), Paris, décembre 2012.

18. [http://mohfw.nic.in/NRHM/Draft\\_Health\\_Bill/General/Draft\\_National\\_Bill.pdf](http://mohfw.nic.in/NRHM/Draft_Health_Bill/General/Draft_National_Bill.pdf) . Traduction libre.

internationale, etc. – de certaines catégories de population du fait de leur incapacité à avoir recours au marché et/ou aux dispositifs d'assurance (social, professionnelle, d'entreprise, privée...) existants.

Dans la plupart des pays africains, les gouvernements ont décidé d'introduire des mécanismes de financement de la santé visant spécifiquement à lever des barrières financières à l'accès aux soins de santé pour certaines catégories de patients ou de groupes socio-économiques. En ce qui concerne la couverture médicale pour les plus pauvres et vulnérables, diverses stratégies ont été expérimentées et mises en œuvre à différentes échelles : exemption de paiement pour des groupes ou pathologies spécifiques, différenciation des prix et subventions ciblées pour les activités qui produisent un niveau élevé d'externalités (vaccination, traitement des maladies infectieuses...).

Au Sénégal, selon le BIT, moins de 20 % de la population dispose d'une assurance maladie, et les coûts de la santé pèsent pour près de 40 % sur les budgets des ménages. Le gouvernement poursuit une stratégie en trois volets : développement d'un système de santé d'assurance sociale pour les salariés du secteur formel, à la fois du public et du privé ; extension d'assurance santé communautaire (mutuelles de santé) pour les travailleurs informels qui disposent d'une capacité de payer ; et pilotage d'un ensemble disparate de régimes spécifiques pour les plus pauvres et les plus vulnérables. L'objectif de l'État est maintenant de créer un Fonds d'équité qui prendrait en charge les personnes « pauvres et vulnérables » *via* une subvention à l'adhésion à une mutuelle. Ce Fonds viendra donc en complément de ceux déjà existants (pour les traitements antirétroviraux, les césariennes et le programme élargi de vaccination principalement) et sera alimenté par différentes ressources, comme des taxes sur le tabac et l'alcool mais aussi une partie du budget national du pays, ce qui permet, selon la ministre de la Santé, de montrer l'engagement du chef de l'État sur la question de la couverture santé. Le gouvernement espère ainsi pouvoir passer à un taux de couverture de l'ordre de 50 % d'ici 2015.

Cependant, plusieurs études, dont certaines spécifiques à ce pays, ont montré les limites des politiques de gratuité ciblée et des mutuelles de santé. Ce sont les difficultés de mise en œuvre inhérentes aux politiques de gratuité ciblée qui diminuent leur impact potentiel sur l'accès aux soins (Witter *et alii*, 2010). Concernant les mutuelles de santé communautaires, il apparaît que ces modèles d'assurance n'ont pas suscité de véritable adhésion de la part des populations les plus vulnérables, par manque de confiance mais aussi du fait de la faiblesse des capacités contributives (Waelkens, Criel, 2004). Dans un article paru en 1999, Criel et Van Dormael, montrent que, pour que ce type d'assurance santé ait un impact sur l'accessibilité, l'intervention d'une autorité publique régulatrice est incontournable (Criel, Van Dormael, 1999 ; Carrin, Waelkens, Criel, 2005).

Ainsi, bien que le Sénégal figure sur la liste des pays « en chemin vers une couverture sanitaire universelle », tout démontre que ce chemin sera long et semé d'embûches. De surcroît, dans l'éventualité où l'ensemble de la population pourra avoir accès, d'une façon ou d'une autre, à certains soins, prestations et produits de santé, rien ne dit qu'ils correspondront à leurs besoins ou que le maintien d'un bon état de santé ne leur restera pas inaccessible parce que trop coûteux. Ou encore, que la distribution de cet accès se réalisera selon des principes partagés d'équité ou de justice sociale.

En effet, par-delà le problème que représente la population non solvable (au regard de la capacité de s'acquitter d'une prime d'assurance), un des écueils à la réduction des inégalités réside dans la démultiplication des dispositifs et mécanismes de financement, qui obscurcit la perspective que l'ensemble d'une population puisse accéder aux mêmes prestations et à des soins de même qualité. Et la multiplication et la fragmentation des dispositifs rendent techniquement plus ardu l'objectif de mutualisation des risques, notamment entre riches et pauvres. En outre, les « fonds spéciaux », dispositifs localisés et « micro », et mesures ciblées pour les populations pauvres et vulnérables, particulièrement prisés dans la voie « subsidiariste », risquent fort de demeurer une poche sous financée de « soins pour les pauvres », que leur désaffectation par les couches moyennes, capables de choisir une offre de meilleure qualité par un circuit de financement accessible pour leurs revenus, expose à des formes de ghettoïsation (Deacon, Cohen, 2011)<sup>19</sup>.

On est ici face à l'une des principales incertitudes, voire opacités, de la notion d'universalité. Si la lutte contre la pauvreté semble avoir fait son deuil du potentiel des dispositifs ultra-ciblés, l'universalisation de l'accès aux soins de santé peine à se penser en termes de mutualisation à large échelle. D'un côté, le BIT et certaines organisations défendent l'idée que promouvoir la réduction des inégalités d'accès à la santé, et non seulement une couverture nominale étendue aux plus pauvres grâce à des dispositifs spécifiques ciblés, requiert la mise en place d'un système de mutualisation des risques à large échelle et *entre* les dispositifs. De l'autre, cependant, cette mutualisation se heurte à des visions selon lesquelles seule la santé de base constituerait un bien public, alors que les soins plus sophistiqués, réservés aux personnes solvables (ou solvabilisées par l'assurance ou par l'État), répondraient à une logique marchande.

---

19. L'augmentation des inégalités de santé et de l'inéquité de systèmes fragmentés, à plusieurs vitesses, est le lot de nombreux pays (voir notamment Valencia Lomelli (2012) sur le Mexique, Diaz Pedregal (2011) sur le Cambodge. Bien au-delà d'ailleurs des pays dit « en développement », le phénomène touche des pays occidentaux et démocratiques, dans lesquels il se construit en « question » sociale et politique, ainsi que le reflètent les débats sur la couverture maladie aux États-Unis, ou les problèmes d'accès aux soins en France.

## **SANTÉ POUR TOUS OU SANTÉ POUR LES PAUVRES ? DÉMARCHANDISATION ET MUTUALISATION, LES ENJEUX FONDAMENTAUX DE LA CSU**

L'objectif d'universalisation de la couverture sanitaire pose directement la question de l'accès des « pauvres » aux services de santé, en tout cas de ceux dont les ressources personnelles ne leur permettent ni de payer leurs propres soins, ni de cotiser individuellement à une assurance qui leur en garantisse l'accès. Comme l'illustrent les voies brièvement explorées ci-dessus, alors que deux modalités se fondent sur l'élargissement de la mutualisation des risques et des coûts dans le cadre d'un système tendanciuellement unifié (le type « étatique » et le type « assurantiel »), la troisième envisage plutôt des dispositifs complémentaires ciblés sur les pauvres, comme des pièces qui manqueraient au puzzle de la couverture.

Tendu entre une conception en termes de marché, et une vision en termes de bien public, le référentiel de CSU est traversé d'enjeux stratégiques et de conflits latents ou explicites. L'objectif d'élargissement de la couverture promet en effet une considérable extension du marché, qui suscite des stratégies de négociation et de pression de la part de firmes, investies dans la production et la distribution de médicaments, de services et d'équipements, ou encore d'assurance ; mais aussi de la part d'organismes privés non lucratifs, églises, ONG et autres fondations, qui occupent de larges pans du « marché » de la santé.

Pour la plupart des parties prenantes au « consensus » sur la couverture sanitaire universelle, les prestataires privés sont nécessaires au secteur, essentiellement pour contribuer à une offre satisfaisante. Pour l'OCDE :

*« governments must work with, and not against, the private sector. Lack of health care suppliers is the biggest problem countries face in moving towards universal health coverage, so any possible source of health service provision should be considered »<sup>20</sup>.*

Pour l'OMS :

« Les incitations pour fournir des services efficaces, équitables et de qualité sont essentielles, que les prestataires de services appartiennent au secteur public ou privé. Il n'existe aucune preuve que les prestataires de services financés/détenus par des intérêts privés soient plus ou moins efficaces que les alternatives financées/détenues par les gouvernements. Du point de vue de la politique de financement de la santé, la décision sur une offre optimale des services nécessite une approche pragmatique plutôt qu'une approche idéologique » (OMS, 2010).

La marchandisation des soins de santé doit être strictement réglementée afin de garantir la protection du consommateur et « la confiance des usagers dans les services de santé et dans la capacité des autorités sanitaires à protéger la population » (OMS, 2008, pp. 14-15).

---

20. <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/differentpathstowardsustainableuniversalcoverage.htm>

En outre, ainsi que le réitère l'OMS depuis une dizaine d'années et, plus récemment, l'OIT dans la Recommandation n° 202 concernant les socles nationaux de protection sociale<sup>21</sup>, il est fondamental de réduire la partie des coûts qui doivent être pris en charge directement par le patient, causant dépenses catastrophiques et appauvrissement, au bénéfice de dispositifs de prépaiement. Or la mise en œuvre d'assurances financées par des cotisations assises sur les revenus du travail se heurte *de facto* à l'existence d'une proportion importante de personnes âgées, inactives, ou de travailleurs informels très pauvres. À partir de ce constat, la déclaration finale de la 58<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé en 2005 se positionne clairement en faveur de systèmes qui mutualisent les risques et les coûts, que ce soit par le biais de la fiscalité ou d'un dispositif assurantiel qui inclue différents groupes de revenus, type d'emploi, état de santé, âge, etc. :

« Deux options principales s'offrent pour la collecte des ressources devant assurer la couverture universelle et la protection contre les risques financiers connexes. L'une d'elles est un système dans lequel les services de santé sont financés principalement par les recettes fiscales générales. Les fonds, centralisés essentiellement par les pouvoirs publics, servent à l'achat de services de santé, d'ordinaire à des prestataires tant publics que privés. L'autre est l'assurance-maladie universelle, qui repose sur une ou plusieurs caisses approvisionnées par les cotisations obligatoires des travailleurs, des professions indépendantes, des entreprises et des pouvoirs publics ».

Le défi réside donc en partie dans le degré de démarchandisation du secteur de la santé. La conception même de la CSU incorpore en effet l'objectif de « réglementer et (...) maintenir les fonctions fondamentales de répartition des risques, d'achat et de fourniture des services de base »<sup>22</sup>. Freiner la réduction des prestations de santé à des marchandises, en particulier à l'égard des pauvres, par définition peu solvables, exige l'intervention de mécanismes de régulation, de conciliation, qui soumettent le degré de marchandisation de la santé aux objectifs d'équité et d'universalité. Les questions de financement sont donc centrales aux perspectives et aux choix qui orientent les différents « chemins » vers l'universalisation de la couverture en santé : financement de l'offre, financements solidaires de la couverture des risques, financement propre des ménages pauvres.

La démarchandisation totale, illustrée dans le cas cubain, a également prévalu dans le cas de nombreux États « développementalistes ». Considérée comme un échec, elle n'est plus préconisée aujourd'hui. En revanche, le recours au marché peut favoriser l'objectif d'universalité de l'accès à la santé avec réduction des inégalités si se construit conjointement un cadre de conventions qui soumet les prestataires privés aux objectifs politiques établis de la puissance publique, et qui servent cet objectif : barèmes de tarification, égalité de qualité de l'offre et de traitement des malades, offre de contrats d'assurance, etc. Les non solvables

21. Recommandation n° 202 adoptée le 14 juin 2012 lors de la 101<sup>e</sup> session de la Conférence internationale du travail.

22. 64<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé WHA64.9. Point 13.4 de l'ordre du jour 24 mai 2011, « Structures durables de financement de la santé et couverture universelle ».

par le marché deviennent ainsi bénéficiaires de droits sur la collectivité, et spécifiquement sur la prestation de soins de santé, que celle-ci soit publique ou privée. Une évaluation à moyen terme du cas indien serait de ce point de vue intéressante. Les systèmes mis en œuvre par le gouvernement indien permettraient-ils vraiment de réduire les inégalités entre segments de la population ?

Le Sénégal, en comparaison, apparaît comme disposant de peu de moyens politiques et budgétaires pour mettre en œuvre une politique progressant vers l'universalisation *et* la réduction des inégalités. Si la marchandisation demeure circonscrite à une frange de personnes solvables, la fragmentation entre de nombreux prestataires constitue le principal défi de cette voie.

C'est le niveau de progression de ces formes de redistribution de modes d'accès et de droits, illustrée par les trois paramètres du « cube » de la CSU – population couverte, services concernés et reste-à-payer pour les patients – qui détermine l'effectivité de la couverture, au-delà de sa dimension théorique : l'offre de soins et de protections qui devient accessible par l'universalisation, le niveau de satisfaction de différents besoins et la qualité des services offerts. Le degré de démarchandisation et de mutualisation détermine fondamentalement l'ampleur des inégalités structurelles entre groupes sociaux, de résidence, de capacités de financement et de statuts d'emploi, au regard de l'accès aux soins, par-delà le mot d'ordre de l'universalisation.

En effet, la carte des inégalités de santé tend à reproduire celle des différents modes d'accès : entre clients solvables, dépendants de l'assistance conditionnelle, bénéficiaires de services publics gratuits et de bonne qualité, assurés sociaux..., le fossé peut être bien profond. Ces inégalités reflètent un éclatement des droits sociaux : entre droits fondés sur la capacité de payer une cotisation, ou directement des biens et services, droits fondés sur la citoyenneté, et droits conditionnés à divers états et comportement, notamment à l'état de pauvreté, l'écart est large et menace la cohésion sociale. La nature différenciée des droits sur lesquels sont assis les modes d'accès aux soins de santé introduit ou reproduit en effet des statuts différenciés de citoyenneté (Lautier, 2012 ; Destremau, 2008), particulièrement sensibles lorsqu'ils renforcent des divisions sociales et politiques (populations indigènes, groupes confessionnels, groupes sociaux marginalisés...). S'y articulent aussi des inégalités dans les rapports sociaux de sexe, qui se nouent autour de l'accès aux soins de santé, et aux droits reproductifs (Gautier, 2012). Sortir les femmes des dépendances à l'égard des hommes reconnus comme actifs et/ou chefs de famille, leur assurer un accès aux soins adapté à leurs besoins, leur donner la maîtrise sur leur corps et leur fécondité, sont des questions peu intégrées aux débats portant sur la couverture sanitaire universelle, peut-être dans un souci de consensus.

L'aménagement de transitions, ou l'organisation de la progression vers l'universalité, procède *in fine* de choix politiques, faisant intervenir des ordres de priorités :

« *Regardless of the institutional arrangement chosen and how well countries are able to raise funds and achieve efficiency gains, "pooled funds will never be able to cover 100% of the population for 100% of the costs and 100% of needed services" (WHO, 2005, p. 2). This is reflected in the fact that "no country, no matter how rich, is able to provide its entire population with every technology or intervention that may improve health or prolong life" (WHO, 2010, p. 21). This fact implies that societies must choose what to give precedence to "in three core areas: the proportion of the population to be covered; the range of services to be made available; and the proportion of the total costs to be met" (WHO, 2010, p. 12 ; Giedion, Andrés Alfonso, Díaz, 2013).*

Au terme de cette réflexion, nous ne pouvons donc que souligner le rôle fondamental des États, financeurs du processus d'élargissement de la couverture sanitaire, et régulateurs de la marchandisation de la santé et des fragmentations et inégalités qu'elle engendre inéluctablement. Même si, comme dans le cas indien, le secteur privé est largement sollicité comme prestataire de biens et services, les autorités publiques sont très explicitement sollicitées pour réguler les systèmes de prix et de primes, abonder le financement de l'offre de soin accessible gratuitement ou à prix modique aux populations démunies, et/ou subventionner les primes d'assurance des pauvres.

« C'est à la puissance publique qu'il revient en dernière analyse de donner sa forme définitive au système de santé. Cela ne veut pas dire que les pouvoirs publics devraient – ou même pourraient – réformer l'ensemble du secteur sanitaire à eux seuls. Des acteurs nombreux et divers ont un rôle à jouer : responsables politiques nationaux et administrations locales, professions de santé, communauté scientifique, secteur privé, organisations et associations de la société civile, sans oublier la communauté sanitaire mondiale. Néanmoins, les pouvoirs publics ont, en matière de santé, des responsabilités fondées autant sur des principes politiques que sur des attentes largement partagées » (OMS, 2008, p. 86).

Finalement, si le référentiel de couverture sanitaire universelle n'est pas une idée nouvelle, il se définit comme un référentiel transnational qui vise à constituer de nouvelles configurations d'acteurs et d'objectifs, au plan global, selon un consensus éthique et faiblement normatif. C'est d'autant plus le cas que « la contrainte », dans ce cas, est essentiellement incitative, et illustre bien « une forme de découplage entre, d'une part, les fonctions de construction des cadres généraux d'interprétation du monde et, d'autre part, les fonctions de construction du compromis social sur lequel reposent les systèmes politiques modernes » (Muller, 2000, p. 204). La mise en œuvre de l'objectif de CSU dépend ainsi de cadres nationaux de politiques publiques et de la reproduction de l'ordre politique au plan national. La mesure dans laquelle le triple objectif du référentiel de CSU pourra se traduire par des réalisations effectives dépend donc *in fine* de l'engagement des États nationaux, accompagnés techniquement et financièrement par les organisations internationales (OMS et Banque mondiale en tête) et d'autres partenaires donateurs, dans leur propre « chemin », de leurs interprétations de leurs impératifs et marges de manœuvre, et

de leur capacité de jouer des différentes coalitions d'intérêts pour mettre en œuvre leurs stratégies politiques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Balarajan Y., Selvaraj S., Subramanian S. V., 2011, « Health Care and Equity in India », *Lancet*, vol. 377, n° 9764, pp. 505-515.
- Brown T. M., Cueto M., Fee E., 2006, « The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 1, pp. 62-72.
- Carrin G., Waelkens M.-P., Criel B., 2005, « Community-based Health Insurance in Developing Countries: A Study of Its Contribution to the Performance of Health Financing Systems », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 10, n° 8, pp. 799-811.
- Ceballos M., Lautier B., 2013, « Les CCTP en Amérique latine : entre modélisation internationale et conjonctures politiques nationales », *Revue Tiers Monde*, n° 214, dossier « Bruno Lautier, un sociologue engagé » (coord. Destremau B., Jamard E.), pp. 219-245.
- Criel B., Van Dormeal M., 1999, « Mutual Health Organizations in Africa and Social Health Insurance Systems: Will European History Repeat itself? », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 4, n° 3, pp. 155-159.
- Deacon B., Cohen S., 2011, « From the Global Politics of Poverty Alleviation to the Global Politics of Social Solidarity », *Global Social Policy*, vol. 11, n° 2-3, pp. 233-249.
- Destremau B., 2008, « Les droits humains, des droits sociaux pour les plus pauvres des pays en développement ? » in Domin J.-P. (dir.), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?*, Paris, L'Harmattan/Association d'économie sociale, pp. 109-124.
- Destremau B., 2012a, « Cuba : l'enjeu du social », *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, mai, Paris, Fondation Gabriel Péri, pp. 63-71.
- Destremau B., 2012b, « Les réformes de la protection sociale à Cuba : les principes de contrepartie et de droits sociaux sont-ils investis de nouvelles significations ? », Communication au colloque UNIL-RT6 « Politiques sociales et contreparties : un nouveau schème des politiques sociales à l'échelon global ? », Lausanne, 2-3 octobre.
- Diaz Pedregal V., 2011. *La construction des politiques publiques dans les pays sous régime d'aide, Le cas de la politique de protection sociale en matière de santé au Cambodge*, Nogent-sur-Marne, GRET, <http://www.gret.org/publication/la-construction-des-politiques-publiques-dans-les-pays-sous-regime-daide-le-cas-de-la-politique-de-protection-sociale-en-matiere-de-sante-au-cambodge/>
- Durairaj V., Evans D. B., 2011, *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, Calgary, Health Care Forum.
- Fassin D., 2000, « Comment faire de la santé publique avec des mots, Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, pp. 58-78.
- Fidler D., 2005, « Health as Foreign Policy: Between Principle and Power », *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, pp. 179-194.
- Frenk J., 2009, « Strengthening Health Systems to Promote Security », *Lancet*, vol. 373, n° 9682, pp. 2181-2182.
- Gautier A., 2012, *Genre et biopolitiques, L'enjeu de la liberté*, Paris, L'Harmattan.

- Giedion U., Andrés Alfonso E., Díaz Y., 2013, *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*, UNICO Studies Series 25, Washington D. C., The World Bank.
- IOM, 1997, *America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests*, Washington D. C., Institute of Medicine, 62 p.
- Jobert B., Muller P., 1987, *L'État en action*, Paris, PUF.
- Kerouedan D., 2013, « Géopolitique de la santé mondiale », *Contours, ambivalences et risques de la notion de « global health »*, Leçon n° 1, Cours au Collège de France, 21 février, <http://www.college-de-france.fr/site/dominique-kerouedan/index.htm#|m=course|q=/site/dominique-kerouedan/course-2012-2013.htm|p=../dominique-kerouedan/course-2013-02-21-11h00.html>
- King N. B., 2002, « Security, Disease, Commerce Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science*, vol. 32, n° 5-6, pp. 763-789.
- Koplan J., Bond T. C., Merson M. H., Reddy K. S., Rodriguez M. H., Sewankambo N. K., Wasserheit J. N., for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board, 2009, « Towards a Common Definition of Global Health », *Lancet*, vol. 373, n° 9679, pp. 1993-1995.
- Lautier B., 2006a, « Towards Universal Social Security and Protection of the "Most Vulnerable" » in *International Labour Office/STEP, Social Protection and Inclusion: Experiences and Policy Issues*, Genève, International Labour Office/STEP, pp. 77-103.
- Lautier B., 2010, « "Qui ne dit mot consent, qui consent ne dit mot", L'usage du mot "consensus" dans le vocabulaire du développement », *Économies et institutions*, n° 14, pp. 41-67.
- Lautier B., 2012, « La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine : une proposition de méthode d'analyse des configurations de droits sociaux », *Revue de la régulation, Capitalisme, institutions, pouvoirs* (revue en ligne), n° 11.
- Mahal A., Fan V., 2011, « Achieving Universal Coverage in India: An Assessment of the Policy Challenge », Draft, 10 juillet, [http://www.ncaer.org/popuppages/EventDetails/IPF\\_2011/Ajay\\_Mahal&Victoria\\_Fan.pdf](http://www.ncaer.org/popuppages/EventDetails/IPF_2011/Ajay_Mahal&Victoria_Fan.pdf)
- Muller P., 2000, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique » *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, pp. 189-208.
- Navarro V., 1984, « A Critique of the Ideological and Political Positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration », *Social Science & Medicine*, vol. 18, n° 6, pp. 467-474.
- Ngabire E., 2013, « Éditorial, Couverture sanitaire universelle : ce que pensent certains auteurs », *Politiques internationales de santé*, n° 196, 15 février, <http://www.santemondiale.org/ihpfr/2012/couverture-sanitaire-universelle-ce-pensent-certains-acteurs/>
- NIC (National Intelligence Council), 2000, *The Global Infectious Diseases Threats and its Implications for the United States*, Washington D. C., NIC.
- OMS, 2008, *Primary Health Care: Now more than Ever*, Genève, World Health Organization.
- OMS, 2010, *Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Owen J. W., Roberts O., 2005, « Globalisation, Health and Foreign Policy: Emerging Linkages and Interests », *Globalization and Health*, vol. 1, n° 1, pp. 12-17.
- Valencia Lomeli E. (dir.), 2010, *Perspectivas del universalismo en México*, Guadalajara, ed. ITESO/Fundacion Konrad Adenauer.

- Waelkens M.-P., Criel B., 2004, *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, Washington D. C., World Bank.
- Walsh J. A., Warren K. S., 1979, « Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries », *The New England Journal of Medicine*, vol. 301, n° 18, pp. 967-974.
- Whitehead M., Dahlgren G., Evans T., 2001, « Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap? », *Lancet*, vol. 358, n° 9284, pp. 833-836.
- WHO (World Health Organization), 2010, *The World Health Report, Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, World Health Report, <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>
- Witter S., Dieng T, Mbengue D., Moreira I, De Brouwere V., 2010, « The National Free Delivery and Caesarean Policy in Senegal: Evaluating Process and Outcomes », *Health Policy and Planning*, vol. 25, n° 5, pp. 384-392.
- Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C. J., 2003, « Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis », *Lancet*, vol. 362, n° 9378, pp. 111-117.