



Manana Mikaberidze, 52 ans, est médecin dans la région de Gori en Géorgie. Elle ne remplit pas les conditions nécessaires pour bénéficier d'une assurance maladie parrainée par le gouvernement et n'a pas les moyens de souscrire à un régime d'assurance maladie privé. On lui a diagnostiqué, plus tôt dans l'année, un cancer du col utérin, et elle n'a pu obtenir son traitement que grâce aux généreux emprunts réalisés auprès de membres de sa famille. Son propre salaire lui sert généralement à fournir en médicaments les patients qui n'ont pas les moyens de se les acheter eux-mêmes. Nous espérons que de nouvelles réformes majeures visant à parvenir à une couverture santé universelle (CSU) en Géorgie, aideront de nombreux citoyens ordinaires comme Manana à bénéficier des soins de santé dont ils ont besoin.

# COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

## Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie

La couverture santé universelle (CSU) peut changer la vie de millions de personnes en permettant à celles qui en ont le plus besoin de bénéficier de soins de santé vitaux. La CSU garantit à tous l'accès aux soins et aux médicaments dont ils ont besoin sans crainte de basculer dans la pauvreté. Malheureusement, sous couvert de CSU, certains bailleurs de fonds et les États de plusieurs pays en développement promeuvent des régimes d'assurance maladie qui excluent la majorité des personnes et laissent les plus pauvres livrés à eux-mêmes. Bien trop souvent, ces programmes privilégient des groupes déjà avantagés dans le secteur formel et exacerbent les inégalités. Plutôt que de chercher à tout prix à prélever des cotisations auprès de personnes trop démunies pour les payer, les pays les plus avancés sur le terrain de la CSU privilégient le financement des dépenses de santé par les recettes fiscales générales (prises isolément ou associées aux impôts sur les salaires du secteur formel et à l'aide internationale). Les bailleurs de fonds et les États doivent abandonner les régimes d'assurance inapplicables et se concentrer sur un financement permettant de proposer des soins de santé universels et équitables pour tous.

**« Une publication d'Oxfam opportune, claire et incontournable. La CSU est souvent promue comme un remède pour lutter contre les inégalités en matière de santé dans le monde, alors qu'il existe des différences notables dans son interprétation et dans sa mise en œuvre, en particulier concernant son financement. Cette publication démontre clairement que les régimes d'assurance maladie, souvent encouragés par la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds, desservent invariablement les plus pauvres et les personnes souffrant d'importants problèmes de santé. Tous les pays doivent promouvoir des approches plus équitables financées par les impôts. Dans le cas contraire, les inégalités en matière de santé ne cesseront de croître et de nous menacer toutes et tous. »**

**Professeur David Sanders**

Professeur émérite, École de santé publique, Université de Western Cape

**« Il n'y aura que très peu, voir pas du tout, de progrès dans l'atteinte de la CSU si les États ne mettent pas en place des réformes pour lever et utiliser des financements domestiques d'une manière à la fois équitable, efficace et durable. Ce rapport met en lumière certaines problématiques majeures liées au financement de la CSU et sera sans aucun doute une contribution positive aux débats actuels »**

**Professeur Di McIntyre,**

unité d'économie de la santé, Université de Cape Town

**« Des éléments probants sur le plan international confirment que la couverture santé universelle ne pourra être atteinte dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires par le biais de régimes d'assurance contributifs ou volontaires. Ce rapport Oxfam souligne clairement la nécessité d'adopter des mécanismes contextuels de financement de la santé qui répondent aux besoins des pauvres comme des riches. Les États, les décideurs politiques, les bailleurs et la communauté internationale doivent soutenir les recommandations stipulées dans ce rapport et encourager les pays à mettre en œuvre des réformes qui assurent à leurs citoyens un accès à des soins de santé de qualité lorsqu'ils en ont besoin, indépendamment de leur niveau de revenus. »**

**Dr Jane Chuma**

chercheuse au KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Nairobi

# RÉSUMÉ

Décrite par Margaret Chan, Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « *le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir* »<sup>1</sup>, la couverture universelle en matière de santé (CSU) est devenue l'une des priorités mondiales en matière de santé. Le principe à la base de la CSU est le droit à la santé. Quiconque, riche ou pauvre, doit avoir accès aux soins dont il a besoin sans s'exposer à des difficultés financières. Pour Oxfam, la CSU implique que tout le monde ait la *même* protection financière et accède au *même* ensemble de services de santé de qualité, quelles que soient sa situation professionnelle et sa capacité à payer.

La CSU ne saurait suivre un modèle unique, et les États devront élaborer des approches adaptées au contexte social, économique et politique de leur pays. Cela étant dit, l'absence de « mode d'emploi de la CSU » ne signifie pas qu'il faille faire « n'importe quoi »<sup>2</sup>. L'OMS a clairement indiqué que les pays devaient privilégier quatre actions clés pour financer la CSU : réduire les paiements directs, maximiser les prépaiements obligatoires, mutualiser les risques à grande échelle et recourir aux recettes publiques générales pour couvrir les personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer.

Trop souvent, ces principes de base sont ignorés. Les frais de soins de santé facturés aux patients existent encore dans la majorité des pays en développement. Chaque année dans le monde, 150 millions de personnes font face à des dépenses de santé catastrophiques du fait des paiements directs, et 100 millions basculent dans la pauvreté, soit trois personnes à chaque seconde<sup>3</sup>. Sous couvert de CSU, de nombreux États et bailleurs de fonds promeuvent et mettent en place des régimes d'assurance santé volontaires privés et communautaires qui offrent en fait une couverture restreinte, coûtent cher en gestion et excluent les plus démunis. En Inde, le programme d'assurance RSBY pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté est accueilli comme une grande réussite, mais il offre une protection financière limitée, est rongé par la corruption, les abus et la hausse des coûts, et mobilise des ressources publiques pour les soins curatifs plutôt que préventifs<sup>4,5,6,7</sup>. Aucun pays au monde n'est jamais parvenu à une véritable CSU en s'appuyant sur un système d'assurance volontaire.

L'assurance-maladie sociale (AMS) devient une option de plus en plus appréciée par les personnes reconnaissant les limites des programmes volontaires. Toutefois, si l'AMS a pu contribuer à la CSU dans plusieurs pays à hauts revenus, les tentatives de reproduction des mêmes types de modèles fondés sur les salaires dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires ont échoué. Les régimes d'AMS s'accompagnent généralement d'une forte exclusion. Dix ans après le lancement des régimes d'AMS en Tanzanie, seulement 17 % de la population est couverte.<sup>8</sup> Même les pays riches ont du mal à étendre rapidement la

**Chaque seconde, trois personnes basculent dans la pauvreté car elles doivent payer de leur propre poche pour leurs soins de santé**

couverture à grande échelle par le biais de régimes d'AMS. Il a ainsi fallu 127 ans à l'Allemagne pour mettre en place une véritable CSU. Les habitants des pays pauvres ne peuvent pas et ne devraient pas attendre si longtemps.

Même lorsque l'AMS est obligatoire, il est quasiment impossible de contraindre les personnes à y participer. L'AMS devient alors de fait « volontaire » et connaît les mêmes problèmes de couverture restreinte, d'anti-sélection et de faible mutualisation des risques. Le programme ghanéen d'assurance obligatoire, largement considéré comme une réussite en termes d'AMS, ne couvre aujourd'hui que 36 % de la population.<sup>9</sup>

Les approches « le secteur formel avant tout » augmentent et exacerbent les inégalités et doivent être évitées. Même avec les meilleures intentions, la quasi-totalité des pays à bas revenus et à revenus intermédiaires ayant mis en place des régimes d'AMS en commençant par le secteur formel se sont retrouvés incapables d'étendre la couverture sur une base contributive. Cela crée généralement un système de santé à deux niveaux avec un programme pour les employés du secteur formel et un autre programme affilié au ministère de la Santé (généralement moins avantageux) pour tous les autres.

L'espoir que les contributions d'assurance en dehors du secteur formel généreraient des recettes importantes ne s'est pas concrétisé. Au Ghana, les primes payées par le secteur informel représentent seulement 5 % du budget du régime national d'assurance maladie<sup>10</sup>. Les États doivent également s'acquitter de sommes importantes pour couvrir les cotisations AMS de leurs propres agents. En 2009/2010, l'État tanzanien a dépensé 33 millions d'USD dans les cotisations d'assurance en tant qu'employeur. Cela représente 83 USD par agent, soit six fois plus que ce qu'il ne dépense par personne et par an en matière de santé pour le reste de la population<sup>11,12</sup>. L'AMS peut en fait diminuer les ressources globales consacrées à la santé. Ainsi, lorsque l'AMS a été introduite au Kazakhstan, le ministère des Finances a décidé une réduction du budget de la santé supérieure aux sommes collectées par l'intermédiaire des primes d'assurance<sup>13</sup>.

## DEUX APPROCHES QUI FONCTIONNENT

Heureusement, un nombre croissant de pays en développement conçoivent localement des systèmes de financement efficaces pour tendre vers la CSU. Si leur cheminement particulier peut varier, ces pays considèrent tous que le droit aux soins de santé doit dépendre de la citoyenneté ou de la résidence, et non du statut professionnel ou des contributions financières. Plutôt que d'importer des pays à hauts revenus des modèles de financement inadaptés, les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires doivent s'inspirer des solutions de CSU efficaces qui ont été mises en œuvre dans d'autres pays plus comparables, comme la Thaïlande, le Mexique, le Sri Lanka et le Kirghizistan.

Les pays ayant réalisé les avancées les plus significatives à ce jour ont adopté les principes de l'égalité et de l'universalité, rejetant les approches impliquant de collecter des primes d'assurance auprès de personnes trop pauvres pour s'en acquitter. On distingue deux grandes tendances.

D'un côté, les pays avec différents niveaux de revenus, comme le Sri Lanka, la Malaisie et le Brésil, qui financent la CSU avec les recettes fiscales. Les systèmes de santé du Sri Lanka et de la Malaisie, financés par les impôts, offrent aux citoyens une protection parmi les plus élevées d'Asie face aux risques financiers<sup>14</sup>. Au Brésil, à la fin des années 1980, la moitié de la population n'avait aucune couverture maladie. Une vingtaine d'années seulement après la création du Système unique de santé (SUS) financé par les impôts, près de 70 % des 200 millions de Brésiliens en dépendent désormais pour leurs soins de santé<sup>15</sup>. Les seuls pays à bas revenus étant parvenus à établir une couverture universelle et équitable en matière de santé sont ceux qui financent ce système grâce aux impôts<sup>16</sup>.

D'un autre côté, de plus en plus de pays proposant une CSU, dont la Thaïlande, le Mexique et le Kirghizistan, tendent à collecter des primes d'assurance uniquement auprès des salariés du secteur formel, tout en mutualisant les recettes fiscales pour financer la couverture maladie pour l'ensemble de la population, lorsque la situation le permet.

Le système de santé thaïlandais dépend des contributions salariales pour seulement 12 % de la population, tandis que le programme de couverture universelle, applaudi dans le monde entier, est financé par les recettes publiques générales<sup>17</sup>. En seulement 10 ans, le nombre de personnes sans couverture maladie est passé de 30 % à moins de 4 % de la population<sup>18</sup>. Cela a surtout bénéficié aux personnes vivant dans la pauvreté<sup>19</sup>. En Thaïlande, les mesures pour fusionner différents programmes permettront de remédier aux inégalités actuelles entre les employés du secteur formel, bénéficiant d'avantages supérieurs, et les autres.

On observe également dans d'autres pays une tendance positive à mutualiser les risques au niveau national, en alliant contributions salariales, recettes fiscales et aide au développement. Au Kirghizistan, des réformes en ce sens ont radicalement réduit la fragmentation et les inégalités, tout en améliorant les résultats en matière de santé.<sup>20</sup> En Afrique du Sud, le droit aux soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie sera basé sur la citoyenneté et la résidence officielle plutôt que sur les contributions financières.

Le financement par les impôts a joué un rôle essentiel dans tous les déploiements réussis de la CSU. Malheureusement, le fait de considérer l'AMS comme le modèle de CSU « par défaut » n'a pas permis d'explorer la question pourtant essentielle de l'augmentation des recettes fiscales à destination du budget de la santé dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires. Cette lacune doit être corrigée d'urgence. Même les pays les plus pauvres peuvent accroître leurs recettes nationales pour la santé en améliorant la perception des impôts, en adaptant les

taux d'imposition et en introduisant de nouveaux prélèvements progressifs et des mécanismes de financement innovants. Oxfam a estimé que le seul fait de renforcer la gestion de la fiscalité pourrait accroître de 31 % les recettes fiscales dans 52 pays en développement, soit une augmentation de 269 milliards d'USD des ressources nationales<sup>21</sup>.

## UNE SOLIDARITÉ INTERNATIONALE INDISPENSABLE

Il est par ailleurs urgent de lutter contre l'évasion fiscale et les paradis fiscaux au niveau mondial, afin que les pays puissent générer et conserver davantage de leurs propres ressources pour la santé. On estime que la fraude fiscale par les entreprises multinationales coûte aux pays en développement quelque 160 milliards d'USD chaque année, soit trois fois plus que le montant total consacré à la santé en 2011 dans l'ensemble des pays de la région sub-saharienne<sup>22,23</sup>.

Une aide au développement considérable sera nécessaire pour mettre en place une CSU, au moins à court et moyen terme. Selon l'OMS, seulement huit pays à bas revenus pourraient avoir les moyens de financer la CSU sur leurs seules ressources nationales d'ici 2015.<sup>24</sup> Une aide prévisible à plus long terme est essentielle, non seulement pour développer des systèmes publics de santé efficaces, mais également pour améliorer la gestion des finances publiques et la fiscalité, afin que les pays deviennent autonomes à cet égard. L'aide bilatérale via l'appui budgétaire sectoriel ou général est le meilleur moyen pour aider les États à tendre vers la CSU.

L'augmentation des recettes publiques dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires ne suffira pas pour tendre vers la CSU. Les États doivent aussi prouver leur engagement politique en renforçant et en protégeant l'enveloppe budgétaire destinée au secteur de la santé, et en prenant rapidement des mesures pour lutter contre les inégalités, améliorer la qualité de soins et garantir une prise en charge efficace, responsable et sûre des patients. Le ministère de la Santé doit privilégier un paquet de soins de santé primaires complet, comprenant les soins préventifs qui sont efficaces, et jouer un rôle actif afin d'améliorer l'efficacité et la redevabilité. La volonté politique de mettre en œuvre ces changements a été déterminante dans tous les exemples de réussite de la CSU.

# RECOMMANDATIONS

## **Les États des pays en développement doivent :**

- Élaborer des systèmes de financement s'appuyant sur les quatre « ingrédients clés » identifiés par l'OMS. Plutôt que de chercher à adapter le modèle européen d'AMS fondé sur les salaires, ils doivent s'inspirer du nombre croissant de pays à bas revenus et à revenus intermédiaires en passe de parvenir à une CSU.
- Faire de l'équité et de l'universalité des priorités explicites dès le départ, et ne pas céder à la tentation de commencer par les populations les plus faciles à atteindre, dans le secteur formel. Les personnes vivant dans la pauvreté doivent au moins bénéficier des mêmes prestations que les personnes les plus aisées, à chaque étape du processus.
- Chercher des manières plus efficaces et plus équitables de financer les dépenses de santé par le biais d'une réforme fiscale, plutôt que de concentrer leurs efforts sur un système avec des primes d'assurance pour les employés du secteur informel.
- Tendre vers une mutualisation de toutes les recettes publiques pour la santé (avec les impôts sur les salaires du secteur formel, lorsque de telles dispositions sont en place), afin d'optimiser la redistribution.
- S'assurer qu'une part appropriée des budgets nationaux est consacrée à la santé, conformément à l'objectif d'Abuja fixé à 15 % des budgets publics.
- Impliquer activement la société civile à chaque étape du processus d'élaboration des politiques, de la mise en œuvre et du suivi.

## **Les États des pays à hauts revenus et organisations multilatérales doivent :**

- Cesser de promouvoir les approches inappropriées sous couvert de CSU, en particulier les régimes d'assurance maladie volontaires privés et communautaires.
- Prendre des mesures contre la fraude fiscale et l'évasion fiscale, privant les pays pauvres des revenus indispensables pour se doter de services publics universels. Ils doivent soutenir une réforme fiscale progressive dans les pays pauvres, y compris par le biais d'un soutien technique pour renforcer les capacités de gestion fiscale.
- Honorer leurs engagements à consacrer au moins 0,7 % du PIB à l'aide aux pays en développement, et améliorer l'efficacité de l'aide pour le secteur de la santé. Ils doivent fournir une part accrue de l'aide pour le secteur de la santé sous forme d'aide budgétaire générale ou sectorielle à long terme.
- Soutenir les États des pays en développement pour mesurer et évaluer efficacement les progrès et les résultats en termes de CSU, en particulier sur le plan de l'équité.

## **Société civile**

- Renforcer la collaboration pour exercer une pression collective sur les États et autres parties prenantes, en faveur d'une approche de la CSU qui intègre les valeurs d'universalité, d'équité et de solidarité.
- Demander des comptes aux États par le biais d'un dialogue politique, en surveillant les dépenses de santé et la prestation des soins, et en révélant les cas de corruption.
- Attirer l'attention sur les situations où les bailleurs de fonds influents promeuvent des mécanismes de financement inéquitables et leur demander des comptes.
- Travailler avec des « experts » de la justice sociale issus de la société civile, afin de demander une action urgente sur la fraude fiscale et l'évasion fiscale.
- Les syndicats du secteur formel doivent se montrer solidaires des travailleurs de l'économie informelle et plaider pour un régime de santé universel et équitable.

Oxfam appelle la communauté internationale de la santé à soutenir la CSU en tant qu'objectif englobant en matière de santé pour le cadre de développement post-2015. Le fait de se concentrer sur la CSU est l'occasion de donner un coup d'accélérateur sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement en termes de santé, de lutter contre le fléau croissant des maladies non transmissibles et surtout, d'évoluer vers une approche plus globale pour le droit à une couverture de santé décente, abordable et équitable pour toutes et tous.



# 1 INTRODUCTION

La couverture universelle en matière de santé (CSU) est un concept simple et fédérateur qui est rapidement devenu l'une des priorités mondiales en matière de santé. Le principe à la base de la CSU est que quiconque, riche ou pauvre, doit avoir accès aux soins dont il a besoin sans s'exposer à des difficultés financières. Pour Oxfam, la CSU implique que tout le monde ait la *même* protection financière et accède au *même* ensemble de services de santé de qualité, quelles que soient sa situation professionnelle et sa capacité à payer. Des soins de santé de qualité sont un droit humain et sont indispensables pour lutter contre la pauvreté et les inégalités.

La CSU ne saurait suivre un modèle unique, et les États devront élaborer des approches adaptées au contexte social, économique et culturel de leur pays. Cela étant dit, l'absence de « mode d'emploi de la CSU » ne signifie pas qu'il faille faire « n'importe quoi ».<sup>25</sup> L'OMS a clairement indiqué que les pays devaient privilégier quatre actions clés pour financer la CSU : réduire les paiements directs à la charge du patient, maximiser les prépaiements obligatoires, mutualiser les risques à grande échelle et recourir aux recettes publiques générales pour couvrir les personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer.

Trop souvent, ces principes de base sont ignorés. Les frais de santé à la charge du patient ont été condamnés par la communauté internationale. Pourtant ils subsistent dans les pays pauvres. L'aide des bailleurs de fonds pour supprimer ces frais restent beaucoup trop timide. Même si aucun pays au monde n'est parvenu à une véritable CSU en s'appuyant sur un système d'assurance volontaire, les régimes d'assurance santé volontaires privés et communautaires restent des préconditions à la réalisation d'une CSU. L'assurance maladie sociale (AMS) est souvent considérée comme une étape vers la CSU, mais les conditions sociales et économiques des pays en développement (où des secteurs informels d'envergure et des niveaux élevés de pauvreté sont la norme) ne créent pas un environnement favorable à l'AMS.

Heureusement, un nombre croissant de pays (notamment la Thaïlande, la Malaisie, le Sri Lanka et le Brésil) développent leurs propres systèmes de financement universels et équitables pour tendre vers la CSU. Si leur cheminement particulier peut varier, ces pays considèrent tous que le droit aux soins de santé doit dépendre de la citoyenneté ou de la résidence, et non du statut professionnel ou des contributions financières. Plutôt que de concentrer leurs efforts sur un système avec des primes d'assurance auprès de personnes trop démunies pour les payer, ces pays ont privilégié les dépenses publiques pour la santé (prises isolément ou associées aux impôts sur les salaires du secteur formel) afin de déployer la CSU avec succès.

Malgré le rôle clé des recettes publiques générales pour couvrir la majorité des citoyens dans tous les déploiements réussis de la CSU, très peu d'attention a été portée aux autres approches susceptibles de lever ces fonds. Cette lacune doit être corrigée d'urgence. Une réforme fiscale nationale et internationale et l'aide au développement peuvent permettre d'augmenter considérablement les recettes en faveur de la CSU et doivent être privilégiées.

Bien que la CSU porte à la fois sur la fourniture des soins de santé et leur paiement, le présent document se concentre sur son mode de financement. Nous nous interrogeons ici sur la priorité qui est donnée au régime d'assurance maladie contributif comme moyen de tendre vers la CSU. Les États, les bailleurs de fonds et la société civile doivent travailler ensemble pour développer des stratégies de financement de la santé globales et adaptées au contexte local qui soient à la fois universelles et équitables. Elles doivent être alignées aux programmes de santé nationaux et mutualiser toutes les sources de financement de la santé afin d'optimiser la couverture et la redistribution. Nous appelons tous les États et les bailleurs de fonds à s'inspirer des pays à bas revenus et à revenus intermédiaires qui ont réalisé des avancées vers la CSU et qui continuent de progresser.

La CSU est un objectif fédérateur, et bien que les situations de départ diffèrent entre les pays, toutes les nations (riches et pauvres) peuvent prendre des mesures immédiates pour tendre vers une couverture universelle. La sphère politique doit désormais démontrer sa volonté d'agir, la société civile doit s'unifier pour exiger ce changement et les partenaires du développement doivent s'impliquer pour les soutenir.

## **Encadré 1 : Modèles d'assurance maladie**

### **Assurance maladie à base communautaire**

Les régimes d'assurance maladie à base communautaire (ou *mutuelles de santé communautaires*) sont des programmes volontaires et à but non-lucratif organisés à l'échelle communautaire et qui ciblent spécifiquement les personnes en dehors du secteur formel. Ces programmes varient grandement au niveau des bénéficiaires, des soins couverts, de leur gestion et de leur coût. Ces régimes font généralement l'objet d'une somme forfaitaire, ce qui en fait une approche très régressive pour financer les soins de santé, car pour les personnes les plus pauvres cela représente une part plus importante des revenus de leur foyer que pour les personnes riches. Bien que les régimes d'assurance maladie à base communautaire puissent jouer un rôle pour assurer une protection face aux risques financiers dans des situations où des solutions de versements anticipés et de mutualisation d'envergure n'existent pas, leur potentiel de déploiement pour tendre vers la CSU reste limité.

### **Assurance maladie privée**

Ce type d'assurance est proposé par des entités privées, notamment des entreprises commerciales. Bien qu'elle puisse renforcer la protection financière et permettre à ceux qui en ont les moyens d'accéder à des services de santé, l'assurance maladie privée s'adresse uniquement au peu de personnes qui peuvent s'acquitter de primes élevées. Plus de 25 ans après l'introduction de l'assurance maladie privée dans les pays en développement, rien n'atteste qu'elle peut bénéficier à plus qu'un groupe limité de personnes. Sa contribution à la CSU est insignifiante et a même des effets négatifs en accentuant les inégalités.

### **Assurance maladie sociale**

L'assurance maladie sociale (AMS) a émergé en Europe lorsque la couverture et les programmes destinés à la population active ont été progressivement étendus aux personnes sans emploi. Si les modèles d'assurance maladie sociale varient, ils partagent tous plusieurs caractéristiques propres. Dans la plupart des cas, l'adhésion est obligatoire et les personnes affiliées ont droit à un ensemble défini d'avantages en matière de santé. Les régimes d'AMS ne couvrent généralement pas l'ensemble de la population dans leur format initial, l'AMS s'adressant souvent aux employés du secteur formel et aux personnes qui sont à leur charge pour commencer. Les employés du secteur formel contribuent par le biais d'une contribution fondée sur le salaire. L'employeur y contribue également. Lorsque le régime est ouvert à tous, les personnes qui se trouvent en dehors du secteur formel doivent souscrire au programme et s'acquitter d'une prime annuelle. Il est difficile de définir des primes sur une échelle dégressive (en l'absence de déclarations de revenus fiables), si bien que la contribution au secteur informel se matérialise généralement par une somme forfaitaire. Même lorsque l'AMS est obligatoire pour tous, tout le monde n'a pas les moyens d'y souscrire. Dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires, les programmes d'AMS deviennent de fait « volontaires ».

## 2 COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

La couverture santé universelle est en passe de devenir une priorité absolue pour la communauté internationale de la santé. En décembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution historique en matière de CSU et des voix se font actuellement entendre pour inclure la CSU dans l'agenda de développement post-2015. Lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2013, l'engagement du Groupe de la Banque mondiale en faveur de la CSU a été exprimé par son président, Jim Yong Kim. Les États du monde entier prennent des mesures : la Chine, la Thaïlande, l'Afrique du Sud et le Mexique figurent parmi les économies émergentes qui déploient rapidement un investissement public dans la santé. De nombreux pays à bas revenus, surtout en Afrique, ont approuvé des politiques de soins de santé gratuits pour une part ou pour l'ensemble de leurs citoyens comme un premier pas vers la CSU.

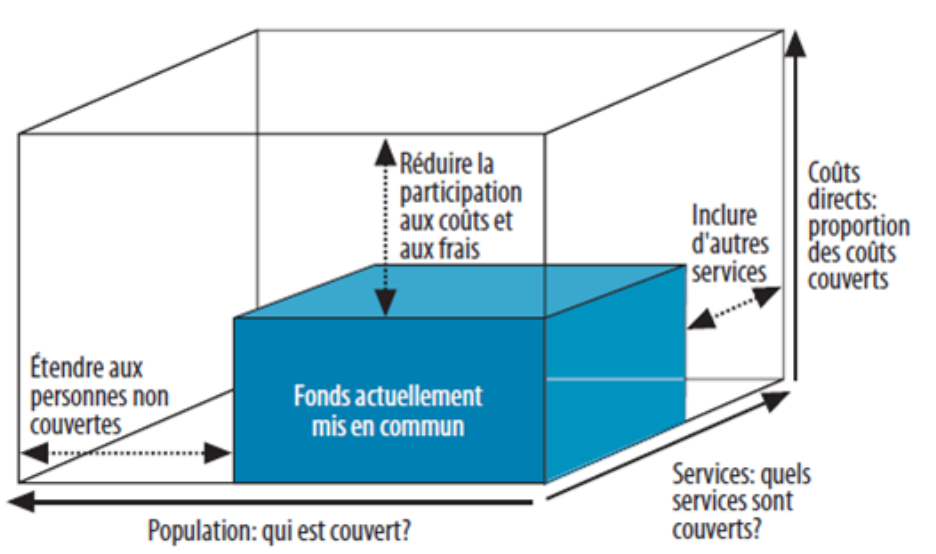
En continuant sur cette dynamique, plusieurs acteurs (États, agences multilatérales, bailleurs de fonds bilatéraux, fondations privées, universitaires et organisations de la société civile) se sont regroupés pour soutenir la CSU. Le risque existe toutefois de limiter la CSU à une formule accrocheuse. Plusieurs mesures sont déjà en cours au nom de la CSU, mais toutes ne suivent pas les objectifs et les principes fondateurs définis dans le Rapport sur la santé dans le monde 2010 sur le financement de la santé.

Il est donc impératif de définir avec précision la CSU. D'après l'OMS, la couverture universelle en matière de santé est atteinte lorsque l'ensemble de la population a accès à des services de santé de qualité (prévention, promotion, traitement, réadaptation et soins palliatifs) sans crainte de basculer dans la pauvreté. Tendre vers la CSU, c'est progresser sur trois fronts : la gamme de services disponibles, la part des dépenses couvertes pour ces services et la part de la population couverte (Figure 1).

**« Nous devons tout mettre en œuvre pour éviter que la couverture universelle ne finisse comme un slogan vain qui nous indiffère, qui ne nous incite pas à changer et qui ne nous encourage pas à nous améliorer tous les jours. »**

Jim Yong Kim, président de la Banque mondiale

**Figure 1 : Trois dimensions à prendre en compte pour tendre vers la CSU**



Source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2010

Pour Oxfam, la CSU doit être encadrée par des valeurs d'universalité, de solidarité sociale et d'équité. Les réformes de la CSU doivent être explicites quant à la réduction des inégalités dans l'accès aux services de santé, pour que tout le monde ait la *même* protection financière et accède au *même* ensemble de services de santé de qualité en fonction de leurs besoins et non de leur capacité à payer. La CSU requiert des solutions de mutualisation qui redistribuent les ressources aux personnes qui ont les besoins les plus importants en matière de santé. Les États ont un rôle à jouer pour s'assurer que les fonds soient collectés de manière équitable et pour redistribuer activement les ressources.

La CSU est par-dessus tout le droit à la santé. Il convient donc d'abandonner l'idée de conditionner ce droit au fait d'avoir un emploi ou de contribuer au système. La population est en droit de bénéficier de la couverture en vertu de la citoyenneté et/ou du lieu de résidence parce qu'il s'agit avant tout d'être humains, et non d'employés dans le secteur formel ou de personnes contribuant à un système. Pour tendre vers la CSU dans sa forme la plus authentique, les États, les bailleurs de fonds et les acteurs de la société civile doivent tenir compte de ce principe comme point de départ.

La « mise en œuvre progressive » de la CSU ne doit pas commencer par le public le plus facile à atteindre (à savoir les employés du secteur formel et/ou ayant des revenus plus élevés), puis s'étendre lentement au reste de la population. Le système doit faire preuve d'équité dès le départ, les États et les bailleurs de fonds s'engageant en faveur d'un « universalisme progressif », en veillant à ce que les pauvres bénéficient des mêmes avantages que les plus riches à chaque étape de la mise en place de la couverture universelle<sup>26</sup>.

**« Même des frais très modestes peuvent nuire considérablement à l'utilisation des services requis [par les personnes pauvres]. C'est à la fois injuste et inutile. »**

Jim Yong Kim, président de la Banque mondiale

# PAS DE RECETTE TOUTE FAITE, MAIS QUATRE INGRÉDIENTS PRINCIPAUX

Le rapport sur la santé dans le monde 2010 met en lumière quatre actions pour améliorer considérablement les chances d'un pays de réaliser des progrès durables vers la CSU. Ensemble, ces quatre ingrédients peuvent créer des systèmes de financement justes et efficaces qui améliorent l'accès aux services de santé et luttent contre la pauvreté découlant de frais de santé exorbitants.

## 1. Promouvoir un accès équitable en supprimant les obstacles financiers, notamment les paiements directs

Tout le monde s'accorde à dire que les frais de santé à la charge du patient « punissent les pauvres »<sup>27</sup> et les empêchent d'accéder à des soins vitaux. Selon l'OMS, ces dépenses constituent la solution la plus inéquitable pour financer les services de soins de santé<sup>28</sup>. Chaque année dans le monde, 150 millions de personnes font face à des dépenses de santé catastrophiques du fait des paiements directs, et 100 millions basculent dans la pauvreté<sup>29</sup>. Les recettes précédemment obtenues grâce à ces frais doivent être remplacées par des systèmes de prépaiement plus justes et plus efficaces.

Plusieurs pays à bas revenus ont aboli les frais de santé à la charge du patient pour une part ou pour l'ensemble de leurs citoyens comme un premier pas vers la CSU. Au Mali, l'État a mis en place des politiques pour proposer gratuitement certains services, notamment les accouchements par césarienne. Entre 2005 et 2009, le taux d'accouchements par césarienne au Mali a doublé et les accouchements médicalisés sont passés de 53 % à 64 %<sup>30</sup>. Le Burkina Faso, la Sierra Leone, le Niger, le Bénin et le Sénégal ont mis en place des initiatives similaires à destination de groupes prioritaires. Seulement un an après la mise en place de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et pour les enfants en Sierra Leone, le recours aux soins chez les enfants a augmenté de 214 % et le taux de mortalité maternelle a chuté de 61 %<sup>31</sup>. Le nombre d'enfants bénéficiant d'un traitement contre le paludisme a triplé sur la même période<sup>32</sup>. D'autres pays comme la Zambie, le Népal et l'Afghanistan sont allés plus loin en rendant tous les soins de santé de base gratuits à la source. En Afghanistan, le recours à ces soins a augmenté de 400 % dès la première année<sup>33</sup>. D'après une étude menée par le British Medical Journal en 2005, 233 000 décès d'enfants âgés de moins de cinq ans pourraient être épargnés chaque année en supprimant les frais à la charge des patients dans 20 pays africains<sup>34</sup>.

**233 000 décès d'enfants âgés de moins de cinq ans pourraient être épargnés chaque année en supprimant les frais à la charge des patients dans 20 pays africains.**

## **Encadré 2 : Impact indirect des frais à la charge du patient sur les femmes : le cas du Mali**

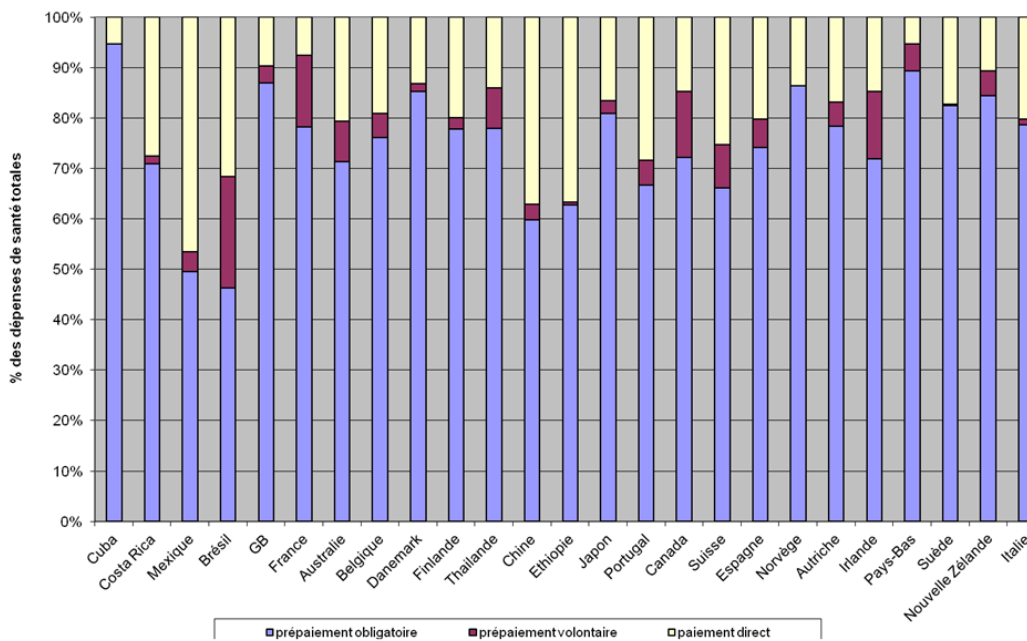
D'après une étude ethnographique de 2012 sur l'impact indirect des frais de santé à la charge du patient sur les femmes au Mali, ces frais renforcent les disparités entre les hommes et les femmes.<sup>35</sup> Ils limitent le rôle des femmes dans le processus décisionnel sur les soins de santé. Dans le cas où les femmes n'ont pas de revenus suffisants pour s'acquitter des frais de santé pour leurs enfants ou pour elles-mêmes, elles expliquent être suspendues au bon vouloir de leur mari afin d'obtenir les ressources nécessaires pour bénéficier de ces soins. Cette étude décrit comment ces frais enferment les femmes et leurs familles dans des cycles de pauvreté, de maladie et d'impuissance. Ce sont les familles qui vivent dans la pauvreté et les femmes au pouvoir décisionnel limité dans leur couple qui en souffrent le plus.

## **2. Rendre les pré-paiements obligatoires**

Aucun pays au monde n'est jamais parvenu à une véritable CSU en s'appuyant sur un système d'assurance volontaire comme principal mécanisme de financement. Le rapport sur la santé dans le monde 2010 énonce sans équivoque qu'il est « impossible d'atteindre une couverture universelle sous des régimes d'assurance à inscription volontaire ». Les pré-paiements doivent être obligatoires pour tous ceux qui en ont les moyens. À défaut, les riches vont se désengager et les fonds risquent d'être insuffisants pour couvrir les besoins des personnes pauvres et malades.

Comme illustré dans la Figure 2, les pré-paiements obligatoires représentent plus de 60 % des dépenses de santé dans les pays ayant mis en place des systèmes universels. Cette figure présente les données des pays de l'Organisation de coopération et développement économique (OCDE) et de quelques pays à revenus intermédiaires qui proposent une couverture universelle. Les États-Unis qui reposent principalement sur un système d'assurance volontaire est le seul pays du groupe initial des pays de l'OCDE à ne pas proposer une couverture universelle<sup>36</sup>.

**Figure 2 : Sources nationales de revenus pour financer la couverture santé universelle, 2011**



Source : adapté de McIntyre (2012). Mis à jour par l'auteur grâce à des données de 2011 extraites de la base de données des Comptes nationaux de la santé de l'OMS.

### 3. Rendre indispensable la mutualisation des risques à grande échelle

Le principe de solidarité appelle une redistribution maximale sous la forme de subventions croisées sur les revenus (des riches vers les pauvres) et sur les risques (des personnes en bonne santé aux personnes malades). Il peut uniquement être réalisé en mutualisant les risques à grande échelle (avec pour modèle de référence une mutualisation nationale et unique des risques). Des solutions de mutualisation qui regroupent les fonds collectés auprès des particuliers dans un système de mutualisation nationale et unique des risques avec les recettes générales, complétées au besoin par les fonds des bailleurs, permettent la mise en place de subventions croisées et sont mieux armées pour soutenir la CSU<sup>37</sup>.

Une mutualisation des risques à petite échelle, fournissant une protection des besoins de santé d'un petit groupe de personnes (comme ceux que l'on retrouve dans les programmes volontaires) est susceptible de ne pas répartir suffisamment les risques. Une configuration à plusieurs régimes qui s'adressent à des groupes sociaux différents, chacun avec leur propre administration et systèmes d'information, est également inefficace et financièrement non viable sur le long terme.

Les pays qui ont une caisse unique comme la Corée du Sud, l'Estonie, la Hongrie et la Slovénie ont des coûts administratifs inférieurs à ceux qui ont plusieurs régimes comme l'Autriche, la France, l'Allemagne et le Luxembourg<sup>38</sup>.



## 4. Prendre en charge les frais de santé des personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer

Pour tendre vers la CSU, les pays doivent collecter des fonds publics suffisants pour couvrir les frais de santé des personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer. Même dans les pays européens où les régimes d'assurance maladie sont éprouvés, les États doivent injecter des recettes générales dans le système pour veiller à ce que les personnes qui n'ont pas les moyens soient couvertes (voir Encadré 2).

Dans les pays plus pauvres où une grande part de la population touche de bas salaires et travaille dans le secteur informel, les recettes publiques générales jouent un rôle clé. Dans une étude récente publiée dans *The Lancet*, une problématique commune partagée par neuf pays africains et asiatiques ayant fait des progrès durables vers la CSU portait sur l'utilisation des recettes fiscales pour étendre la couverture<sup>39</sup>.

### Encadré 3 : L'Allemagne accroît la part des recettes générales

En Allemagne, près de 70 millions de personnes (sur une population totale de 82 millions) sont affiliées à l'un des 134 régimes d'assurance maladie du pays. Ces programmes sont financés par le régime national d'assurance maladie. Ce dernier mutualise toutes les contributions salariales obligatoires (réparties à 15,5 % entre l'employeur et l'employé) et les redistribuent en tenant compte des risques vers les différents programmes. Presque un quart de tous les affiliés (par ex., les personnes sans emploi, les enfants et les épouses des assurés, ainsi que les parents en congé parental) ne sont pas enregistrés et ne contribuent pas directement au fonds, mais perçoivent les mêmes avantages que celles qui y cotisent.

Les contributions salariales à elles seules sont de plus en plus insuffisantes pour couvrir les frais de santé des affiliés. Des frais administratifs élevés, une population vieillissante, la hausse des coûts et un nombre croissant de personnes (principalement les plus aisées) se désengageant en faveur d'assurances privées expliquent en partie pourquoi l'État s'appuie de plus en plus sur des recettes fiscales générales pour combler les déficits de financement.

Il y a une dizaine d'années, l'État allemand a commencé à injecter des ressources depuis les recettes fiscales générales pour maintenir le système à flot. En 2006, l'Allemagne a affecté 4,2 milliards d'euros au régime national d'assurance maladie. Ce chiffre est rapidement passé à 14 milliards d'euros au cours des années qui ont suivi 2009. De nos jours, il couvre près de 10 % des dépenses des régimes d'assurance maladie légaux.

# LA CSU N'EST PAS UNE APPROCHE CLASSIQUE

Trop souvent, les quatre principes directeurs de la CSU sont ignorés et l'approche classique prévaut.

Malgré une condamnation publique des frais de santé à la charge du patient par le directeur général de l'OMS, et plus récemment par le président du Groupe de la Banque mondiale, les progrès quant à la suppression de ses frais sont décevants et le soutien international reste beaucoup trop limité.

Il est prouvé que les programmes d'assurance volontaires ont des taux de couverture bas, sont coûteux à gérer et excluent les femmes et les hommes vivant dans la pauvreté.<sup>40</sup> Pourtant, certains États et agences donatrices, notamment le Groupe de la Banque mondiale, l'Organisation internationale du travail (OIT), l'État néerlandais et plus récemment l'UNICEF<sup>41</sup> continuent de proposer des aides techniques et financières pour lancer ces programmes volontaires et essayer de les déployer à grande échelle. De telles approches ne respectent pas les recommandations de l'OMS et peuvent freiner les progrès menant à la CSU.

## **Encadré 4 : Le programme d'assurance RSBY en Inde : le régime de sécurité sociale le plus innovant ?**

Introduit en 2008, Rashtriya Swasthya Bima Yojna (RSBY) est le régime d'assurance maladie de référence en Inde pour les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. Tout porte à croire que les éloges rendus au RSBY par des agences influentes (notamment le Groupe de la Banque mondiale et l'OIT) sont à la fois prématurées et dangereusement trompeuses.

Depuis juillet 2013, 35 millions de foyers se sont inscrits au programme RSBY et on prétend que 50 % des foyers vivant en dessous du seuil de pauvreté sont enregistrés dans les 460 districts où le RSBY est déployé. Ces chiffres impressionnants masquent des disparités inquiétantes, puisque seulement 8 % des familles du district de Shivpuri dans le Madhya Pradesh sont inscrites, contre 90 % dans le district de Kozhikode au Kerala<sup>42</sup>. Au cours de la première année, les hommes étaient 1,5 fois plus nombreux à s'être inscrits que les femmes. Seulement cinq personnes peuvent s'enregistrer par foyer, et les hommes semblent être prioritaires<sup>43</sup>. Une surestimation massive de la couverture est également suspectée : les données sur les renouvellements ne sont pas publiées et il est donc impossible de connaître l'écart exact entre le décompte actif et cumulé de personnes inscrites<sup>44</sup>. Au Ghana, où seuls les membres actifs sont comptabilisés, la couverture officielle a été révisée en 2010 de 66 % à seulement 34 % de la population.

Le programme RSBY propose une protection financière inadéquate aux bénéficiaires : le régime d'assurance couvre seulement des frais d'hospitalisation limités. Pourtant en Inde, 74 % des dépenses de santé à la charge des patients portent sur les médicaments et les soins ambulatoires<sup>45</sup>. Les frais étant couverts uniquement en cas

d'hospitalisation, le programme RSBY prive les soins de santé primaires et préventifs des dépenses publiques en matière de santé qui pourraient les rendre plus efficaces<sup>46</sup>.

La hausse des coûts est un problème majeur. Comme le nombre de demandes d'hospitalisation augmente, les compagnies d'assurance ont déclaré que le remboursement de l'État de 750 INR (12 USD) par foyer affilié était insuffisant. Au Kerala, les compagnies chargent déjà le gouvernement 10 % de plus par foyer affilié que le montant du remboursement maximum officiel<sup>47</sup>. Une nouvelle hausse des prix est inévitable sur le long terme en raison du vieillissement de la population, de la transition épidémiologique et de l'augmentation des frais médicaux<sup>48</sup>.

Malheureusement, on dispose de preuves solides attestant que les prestataires de soins et les compagnies d'assurance optimisent leurs profits en contournant le système. Les hôpitaux ont commis des irrégularités en introduisant des frais illégaux, en enregistrant des fausses demandes et en proposant des traitements inutiles si bien que la fraude ne fait plus aucun doute<sup>49</sup>. Dans le district de Dangs dans le Gujarat, plusieurs hôpitaux privés ont soumis de fausses demandes pendant plusieurs mois, passant le ratio<sup>50</sup> du district au-delà de 200 %<sup>51</sup>. On sait que les compagnies d'assurance sous contrat ont retardé la délivrance des cartes d'adhésion afin de réduire le nombre de demandes. Une étude menée au Karnataka a révélé qu'environ 38 % des foyers n'avaient toujours pas reçu leur carte d'assurés 6 mois après leur inscription<sup>52</sup>. On signale d'autres cas d'allégations sérieuses de fraude, notamment l'enregistrement prétendu de milliers de bénéficiaires « fantômes » par ICICI Lombard, la plus grande compagnie d'assurance privée du pays<sup>53</sup>. Les calculs ne sont pas encore finalisés, mais on estime les pertes pour le gouvernement à plusieurs dizaines de millions de roupies.

## Assurance maladie privée

Le rôle des de l'assurance maladie privée dans les pays en développement reste limité. Sur les 154 pays à bas revenus ou à revenus intermédiaires, seulement 11 financent plus de 10 % de leurs soins de santé par ce biais.<sup>54</sup> Plusieurs agences donatrices dont le Groupe de la Banque mondiale (plus particulièrement la société financière internationale) ont contribué à la croissance du marché de l'assurance maladie privée. Des institutions néerlandaises telles que PharmAccess et le Health Insurance Fund soutiennent activement ce type d'assurance comme stratégie pour étendre la couverture au secteur informel<sup>55</sup>.

L'Afrique du Sud et les États-Unis sont parmi les seuls pays au monde à recourir largement à l'assurance maladie privée (à hauteur de 42 % et de 32 % des dépenses totales de santé, respectivement)<sup>56</sup>. Aucun de ces pays n'est parvenu à la CSU et leurs systèmes de santé figurent parmi les plus inéquitables au monde<sup>57</sup>.

Plusieurs caractéristiques propres font de l'assurance maladie privée un mécanisme de financement inapproprié pour la CSU :

- Bien qu'elle puisse renforcer la protection financière et permettre à ceux qui en ont les moyens d'accéder à des services de santé de qualité, l'assurance maladie privée s'adresse uniquement aux

personnes qui ont les moyens de s'acquitter de primes élevées.

- L'assurance maladie privée ne tient pas compte du partage des risques. Les compagnies d'assurance privée cherchent à attirer des personnes ayant des risques sanitaires inférieurs à la moyenne et à exclure celles qui ont des risques plus élevés, une pratique couramment appelée « écrémage », synonyme de discrimination et d'exclusion de groupes spécifiques comme les femmes, les personnes âgées et celles vivant avec le VIH.
- Sans réglementation stricte de l'État, l'assurance maladie privée peut entraîner une hausse des coûts et une inégalité d'accès. Même dans les pays à hauts revenus comme les États-Unis, cette réglementation constitue un défi majeur. La plupart des pays en développement n'ont pas les moyens de mettre en place une réglementation efficace.

#### **Encadré 5 : Assurance maladie privée en Géorgie**

En Géorgie, le programme MIP (Medical Insurance Program for the Poor) a été lancé en 2006 pour renforcer la protection financière des 20 % les plus pauvres de la population. Le MIP est financé par les impôts et mis en œuvre par les compagnies d'assurance privée. En 2011, le MIP représentait 43 % du budget de la santé.

Les membres bénéficient d'un ensemble relativement complet de services de santé sans frais supplémentaires. La plupart des frais des médicaments ne sont toutefois pas couverts. À cause d'un système d'éligibilité défaillant, environ la moitié du quintile le plus pauvre n'est toujours pas assurée<sup>58</sup> et certains patients doivent toujours payer pour des services supposés être couverts par le MIP<sup>59</sup>. Les frais à la charge des patients ont légèrement diminué, mais restent exceptionnellement élevés à environ 70 % des dépenses totales de santé, dont au moins la moitié sont consacrés aux produits pharmaceutiques<sup>60</sup>. Le MIP n'a eu aucun effet sur l'utilisation ou sur l'état de santé déclaré<sup>61</sup>. Dans le même temps, les compagnies d'assurance ont réalisé des profits colossaux. En 2010, certaines compagnies réalisent des bénéfices pouvant atteindre 50 %<sup>62</sup>.

Pour les personnes non couvertes par le MIP, seule une minorité a les moyens de souscrire à une assurance maladie privée ou à une couverture fondée sur les salaires. En 2012, la moitié des Géorgiens n'étaient pas couverts et payaient les services de santé de leur poche dans un système de santé privatisé et non réglementé<sup>63</sup>.

Suite aux élections de 2012, le nouveau gouvernement a annoncé des réformes majeures pour tendre vers la CSU, notamment la création d'un fonds public pour acheter des services directement auprès de prestataires pour ceux qui ne sont pas couverts par la MIP. Ce nouveau fonds va permettre d'éviter les assureurs privés. Il convient de saluer cet engagement, même si des défis majeurs persistent. L'investissement dans la santé est faible et les soins de santé primaires sont de piètre qualité, notamment en raison de la prévalence de prestataires privés non réglementés. Des questions subsistent quant au paquet de soins (surtout en matière de produits pharmaceutiques) et au problème des frais supplémentaires.

## Assurance maladie à base communautaire

Les régimes d'assurance maladie à base communautaire (ou *mutuelles de santé communautaires*) sont de plus en plus populaires auprès des États et des bailleurs de fonds comme une pré-condition à la CSU. Ces régimes volontaires et à but non-lucratif sont organisés à l'échelle communautaire et ciblent spécifiquement les personnes en dehors du secteur formel. Certaines ONG voient en cette approche un moyen d'accroître la participation de la communauté à la prise de décision sur les questions de santé, mais les régimes varient et peu d'éléments attestent d'une réelle autonomisation<sup>64</sup>. Bien que les régimes d'assurance maladie à base communautaire puissent jouer un rôle pour assurer une protection face aux risques financiers dans des situations où des solutions de prépaiement et de mutualisation d'envergure n'existent pas, leur potentiel de déploiement pour tendre vers la CSU reste limité. Il y a plusieurs explications à cet état de fait :

- Les taux d'adhésion restent très faibles. Au niveau national, la couverture dépasse rarement quelques pourcents<sup>65</sup> et jusqu'à présent les régimes d'assurance maladie à base communautaire couvrent 2 millions de personnes en Afrique sur une population estimée à 900 millions<sup>66</sup>. Tout porte à croire que la plupart de ces régimes ne couvrent pas les groupes les plus défavorisés<sup>67</sup>.
- Ces régimes font généralement l'objet d'une contribution forfaitaire, ce qui en fait une approche très régressive pour financer les soins de santé, car pour les personnes les plus pauvres cela représente une part plus importante des revenus de leur foyer que pour les personnes riches<sup>68</sup>.
- Les régimes d'assurance maladie à base communautaire génèrent peu de recettes et ne sont pas financièrement viables sur le long terme. Les primes ont tendance à être basses et le coût lié à leur collecte peut être élevé. Le ratio moyen de recouvrement des coûts (l'argent collecté en proportion de l'argent dépensé) est seulement d'environ 25 %.<sup>69</sup> Les programmes volontaires ne génèrent pas les recettes suffisantes pour couvrir les personnes qui n'ont pas les moyens de s'acquitter des primes, ce qui constitue un problème majeur dans les pays où le niveau de pauvreté est élevé.
- Les régimes d'assurance maladie à base communautaire s'accompagnent d'une mutualisation des risques à petite échelle. D'après une étude menée sur 258 régimes de ce type, seulement 2 % ont plus de 100 000 membres, et plus de 50 % comptent moins de 500 personnes.<sup>70</sup> Avec des fonds insuffisants pour couvrir des frais de santé élevés, ces régimes ont tendance à couvrir un nombre limité de services de santé de base *ou* des frais d'hospitalisation/de spécialistes coûteux uniquement, ce qui limite grandement la protection financière offerte.

# 3 L'ASSURANCE MALADIE SOCIALE

L'assurance maladie sociale (AMS) devient une option de plus en plus appréciée par les personnes reconnaissant les limites des programmes volontaires. De nombreux séminaires et conférences dans le monde ont été consacrés à ce sujet, et la question du développement et la mise en œuvre de l'AMS dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires ont fait l'objet de recherches universitaires approfondies<sup>71</sup>.

En théorie, l'AMS a un fort potentiel. En effet, elle repose sur des prépaiements obligatoires et la mise en commun des recettes de la santé afin de pouvoir être distribuée équitablement à l'ensemble de la population. Toutefois, si l'AMS a pu contribuer à la CSU dans plusieurs pays à hauts revenus, les tentatives de reproduction des mêmes types de modèles fondés sur les salaires dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires ont échoué. D'après une récente revue systématique, le soutien d'un déploiement à grande échelle de régimes d'assurance maladie sociale ne garantit en rien une meilleure protection financière face aux chocs sanitaires ni une amélioration de l'accès aux soins de santé<sup>72</sup>.

Dans les pays en développement, les programmes d'AMS s'accompagnent généralement d'une forte exclusion et plus le secteur informel est puissant, plus les écarts en matière de couverture sont importants. Dix ans après le lancement des programmes d'AMS en Tanzanie, seulement 17 % de la population est couverte (voir Encadré 5)<sup>73</sup>. Au Kenya, le National Hospital Insurance Fund (qui a près de 50 ans d'existence) assure actuellement seulement 18 % des Kenyans. Les faibles niveaux d'affiliation constitueraient un défi majeur et récurrent dans plusieurs autres pays comme le Vietnam, le Ghana et le Nigeria. Même les pays à hauts revenus ont du mal à étendre rapidement la couverture à grande échelle par le biais de programmes d'AMS. Il a ainsi fallu 127 ans à l'Allemagne pour mettre en place une véritable CSU. Les habitants des pays pauvres ne peuvent pas et ne devraient pas attendre si longtemps.

Les primes d'assurance et les restes à charge sont un obstacle financier majeur, même lorsqu'ils sont réduits. Par exemple au Ghana, des primes d'assurance inabordables empêchent les citoyens de rejoindre le régime national d'assurance maladie<sup>74, 75</sup>. 29 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, mais seulement un quart de ces personnes sont affiliées<sup>76, 77</sup>. Bien que la plupart des régimes exemptent certains groupes des primes (par ex., les seniors, les personnes pauvres et les personnes en situation de handicap), les subventions suffisent rarement à couvrir les besoins de toutes les personnes dans l'incapacité de payer. Par ailleurs, les exonérations accordées sur les primes d'assurance souffrent également des mêmes erreurs d'inclusion et d'exclusion que les projets

**« Le soutien d'un déploiement à grande échelle de régimes d'assurance maladie sociale ne garantit en rien une meilleure protection financière face aux chocs sanitaires ni une amélioration de l'accès aux soins de santé. »**

Revue systématique sur l'impact de l'assurance sur les pauvres et sur le secteur informel (2012)

d'exonération du paiement des soins.<sup>78</sup> En l'absence de déclarations de revenus fiables, les primes sont généralement proposées pour une somme forfaitaire, par exemple 10 USD par personne et par an. Il s'agit là d'une approche très régressive pour financer les soins de santé, car pour les personnes les plus pauvres cela représente une part plus importante des revenus de leur foyer.

#### **Encadré 6 : Plusieurs régimes d'assurance maladie en Tanzanie**

En Tanzanie, l'assurance maladie reste très fragmentée, avec plusieurs programmes déployés en même temps. Le régime national d'assurance maladie est obligatoire pour tous les employés du secteur formel, notamment les agents de l'État. Une cotisation de 6 % est répartie à égalité entre l'employeur et l'employé. Les personnes affiliées et les personnes à leur charge peuvent accéder à des services de santé dans les établissements publics, ainsi que dans les structures accréditées et gérées par des ONG, les établissements privés et les pharmacies.

Le Community Health Fund (CHF) est un programme de versements anticipés volontaire à l'échelle du district qui cible les populations rurales travaillant dans le secteur informel. Les foyers y souscrivent en s'acquittant d'un forfait annuel compris entre 3 et 6 USD. La souscription ouvre droit à un ensemble de services préventifs et curatifs, mais les avantages sont inférieurs à ceux du régime national d'assurance maladie et les frais hospitaliers très coûteux ne sont pas couverts<sup>79</sup>. L'incapacité à payer les cotisations constitue un obstacle de taille qui empêche les familles pauvres de bénéficier du CHF<sup>80</sup>.

60 % des foyers devaient être couverts par une assurance maladie avant fin 2003<sup>81</sup>. Selon les chiffres officiels qui combinent le régime national d'assurance maladie et le fonds CHF, la couverture a atteint seulement 17 % en 2010/2011. Pendant ce temps, le reste de la population (soit 38 millions de citoyens) continuent de payer les soins de leur poche.

Même lorsque l'AMS est obligatoire, l'adhésion reste difficile à contrôler. Aucun mécanisme formel ne permet de déduire les cotisations de la majorité et tout le monde ne peut pas se le permettre. Dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires, les programmes d'AMS deviennent de fait « volontaires ». Ils connaissent les mêmes problèmes de couverture restreinte, d'anti-sélection et de faible mutualisation du risque qui empêchent les mécanismes de garantir une redistribution croisée des riches vers les pauvres et des personnes en bonne santé vers les personnes malades. Le régime ghanéen obligatoire, largement considéré comme une réussite en termes d'AMS, ne couvre que 36 % de la population (voir Encadré 6).

### Encadré 7 : Régime national d'assurance maladie du Ghana

Le régime national d'assurance maladie du Ghana a été déployé en 2004 avec la promesse de tendre vers une couverture universelle en matière de santé. Néanmoins, après presque dix ans de mise en œuvre, seulement 36 % des Ghanéens sont couverts<sup>82</sup>. Les 64 % restants de la population continuent à payer les soins de santé de leur poche.

Pour les affiliés, le régime national d'assurance maladie couvre les coûts directs des services de santé et des médicaments pour les maladies les plus courantes au Ghana. Il est financé par un prélèvement de 2,5 % sur la TVA (à 70 %), par les cotisations des employés du secteur formel (à 22 %) et par les cotisations annuelles des employés du secteur informel (à 5 %)<sup>83</sup>.

Bien que les primes d'assurance payées par les employés du secteur informel sont subventionnées, un grand nombre de Ghanéens n'ont pas les moyens de s'acquitter de ces primes comprises entre 3 et 22 USD par an. Au final, alors que chaque citoyen contribue au régime national d'assurance maladie par le biais du prélèvement de 2,5 % effectué sur la TVA, la majorité des familles ayant de faibles revenus ne sont pas affiliées et ne bénéficient d'aucun des services du régime.

De nombreux pays sont tentés par l'AMS en couvrant le secteur formel pour commencer, comme la Zambie et l'Ouganda. Même avec les meilleures intentions, les pays qui ont suivi cette approche ont peiné pour étendre la couverture au-delà du secteur formel. Par exemple en Amérique latine, une fois que l'AMS a été établie pour les travailleurs salariés, les employeurs comme les employés se sont opposés à voir leurs avantages « dilués » et/ou ne souhaitaient pas financer l'adhésion des bénéficiaires plus pauvres. De récentes tentatives de fusion des différents programmes en Tanzanie ont rencontré le même type d'opposition<sup>84</sup>. Très souvent, cela crée un système de santé à deux niveaux avec un programme pour les employés du secteur formel et un autre programme affilié au ministère de la Santé (généralement moins avantageux) pour tous les autres.

Les espoirs de voir les primes d'assurance maladie du secteur informel augmenter les recettes de la santé ne se sont pas concrétisés. Il est à la fois complexe et coûteux de percevoir des primes de personnes qui n'occupent pas un emploi formel. Au Ghana, les primes payées par le secteur informel représentent seulement 5 % du budget du régime national d'assurance maladie<sup>85</sup>. Au Rwanda, les recettes du programme CBHI représentaient seulement 5 % de toutes les dépenses de santé en 2006, une part qui devrait s'approcher des 3 % aujourd'hui.<sup>86</sup>

En tant qu'employeurs importants, les États doivent également s'acquitter de sommes importantes pour couvrir les cotisations AMS de leurs propres agents. En 2009/2010, l'État tanzanien a dépensé 33 millions d'USD dans les cotisations d'assurance en tant qu'employeur. Cela représente 83 USD par agent, soit six fois plus que ce qu'il ne dépense par personne et par an en matière de santé pour le reste de la population<sup>87,88</sup>. L'utilisation des ressources de l'État pour mieux financer les services de santé pour un groupe déjà privilégié est foncièrement

**En 2009/2010, l'État tanzanien a dépensé 33 millions d'USD dans les cotisations d'assurance des employeurs. Cela représente 83 USD par agent de l'État, soit six fois plus que ce qu'il ne dépense par personne et par an en matière de santé pour le reste de la population.**



injuste et sape les principes fondamentaux de la CSU.

L'introduction de l'AMS peut diminuer les ressources globales consacrées à la santé, car le revenu supplémentaire généré par les primes risque de moins inciter les ministères des Finances à dédier les recettes fiscales au secteur de la santé. Au Kazakhstan, l'AMS a entraîné une réduction de l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé plus importante que les sommes collectées par l'intermédiaire des primes d'assurance<sup>89</sup>.

L'AMS n'est pas adaptée aux réalités sociales et économiques des pays pauvres et son mode classique de mise en œuvre (avec une couverture du secteur formel pour commencer) est préjudiciable à l'équité et au renforcement de la CSU. Dans les pays à hauts revenus, diverses caractéristiques structurelles ont permis de créer un environnement favorable à l'AMS telles qu'un secteur formel important, de faibles taux de pauvreté, des familles peu nombreuses et de solides capacités gouvernementales pour administrer et réguler les caisses d'assurance.<sup>90</sup> Alors qu'ils sont décisifs, ces facteurs sont absents dans la plupart des pays à bas revenus et à revenus intermédiaires.

Au lieu d'importer des pays à hauts revenus des modèles de financement de la santé inadaptés, les États des pays en développement doivent tirer les enseignements du nombre croissant d'exemples de réussites locales en matière de CSU dans d'autres pays qui soutiennent mieux la comparaison.

## 4 DEUX APPROCHES QUI FONCTIONNENT

De plus en plus de pays (notamment la Thaïlande, la Malaisie, le Sri Lanka et le Brésil) réalisent des progrès importants en recourant à des systèmes de financement de la santé adaptés à leur contexte et qui sont à la fois équitables et universels. Malgré des expériences variées, les pays ayant réussi ont reconnu que la collecte des primes dans le secteur informel est complexe et coûteuse. Au lieu de cela, ils s'appuient fortement sur les finances publiques pour couvrir la plupart des citoyens. Ces pays s'attachent à suivre les recommandations de l'OMS pour supprimer les paiements directs, maximiser les prépaiements obligatoires, mutualiser les risques à grande échelle et recourir aux recettes publiques générales pour couvrir la majorité de la population. Et surtout, ces pays basent l'accès aux services de santé sur la citoyenneté et/ou le lieu de résidence et non sur la nature de l'emploi ou la participation financière.

Les pays qui ont obtenu à ce jour les meilleurs résultats pour tendre vers la CSU peuvent être divisés en deux groupes. D'un côté, on distingue des pays avec différents niveaux de revenus, comme le Sri Lanka, la Malaisie et le Brésil, qui financent la CSU avec les recettes fiscales.

Au Sri Lanka, le système de santé financé par les impôts est exceptionnellement favorable aux pauvres et propose à tous des traitements médicaux modernes à bas prix. Grâce à une efficacité renforcée année après année, le pays obtient de meilleurs résultats en matière de santé que la plupart des autres pays en développement, malgré le fait que seulement 7 % du budget de l'État sont consacrés à la santé. Les systèmes de santé du Sri Lanka et de Malaisie, financés par les impôts, offrent aux citoyens une protection face aux risques financiers parmi les plus élevées d'Asie<sup>91</sup>. Grâce à ces coûts de santé, seulement 0,3 % des foyers basculent dans la pauvreté chaque année au Sri Lanka<sup>92</sup>. Tandis que le Sri Lanka continue de faire face à de nombreuses problématiques de santé publique et qu'il est urgent de s'attaquer aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé, les progrès majeurs faits en matière de financement sont un pas dans la bonne direction.

Au Brésil, à la fin des années 1980, la moitié de la population n'avait aucune couverture maladie. Une vingtaine d'années seulement après la création du Système unique de santé (SUS) financé par les impôts, près de 70 % des 200 millions de Brésiliens en dépendent désormais pour leurs soins de santé<sup>93</sup>. Au lieu de couvrir la frange de la population la plus facile à atteindre, le programme de santé familiale du Brésil (*Programa Saúde da Família*) a été conçu dès le départ pour étendre la couverture aux groupes défavorisés. Cet objectif a été largement atteint. Au Brésil, entre 1995 et 2011, le doublement des dépenses publiques de santé a coïncidé avec la plus forte baisse du taux de mortalité jamais enregistré chez les enfants de moins de 5 ans<sup>94</sup>. Le pays reste toutefois confronté à

de nombreuses difficultés. Le programme universel a été sous-financé depuis sa création, ce qui se traduit sur la qualité des soins de santé. Il n'est pas étonnant que les protestations populaires de 2013 aient porté entre autres sur les dépenses insuffisantes consacrées à la santé.

Parmi les avantages d'un financement par les impôts, on peut citer sa capacité inhérente à créer une mutualisation nationale des risques et à constituer une assiette fiscale potentielle plus importante que l'AMS, surtout dans les pays où le secteur informel est très développé. Le financement par les impôts élimine également le besoin de recourir à des systèmes d'administration des assurances coûteux et s'est avéré la solution la plus équitable dans la collecte et la distribution des ressources dans l'ensemble de la population<sup>95</sup>.

D'un autre côté, de plus en plus de pays proposant une CSU tendent à collecter des primes d'assurance uniquement auprès des employés du secteur formel, et à mutualiser les recettes publiques générales pour financer la couverture maladie pour l'ensemble de la population, lorsque la situation le permet.

Le système de santé thaïlandais dépend des contributions salariales pour seulement 12 % de la population, tandis que le programme de couverture universelle, applaudi dans le monde entier, est financé par les recettes publiques générales (voir Encadré 7)<sup>96</sup>. Le Mexique a introduit et a passé à l'échelle nationale son célèbre système d'assurance maladie financé par les impôts (*Seguro Popular*) sur une période de 10 ans, afin de couvrir les 52 millions de personnes qui ne sont pas affiliées au régime de protection sociale formel et de tendre vers la CSU<sup>97</sup>. Plusieurs difficultés subsistent en Thaïlande comme au Mexique, notamment en raison de mécanismes séparés de mutualisation des risques et d'avantages plus importants en matière de santé pour les employés du secteur formel, notamment les agents de l'État.<sup>98,99</sup>

#### **Encadré 8 : Couverture santé universelle en Thaïlande**

Avant que la Thaïlande n'introduise son programme de couverture universelle en 2002, presque un tiers de la population n'avait pas de couverture santé<sup>100</sup>. La grande majorité des personnes non couvertes étaient celles qui travaillent dans le secteur informel et un grand nombre d'entre elles n'avaient pas les moyens de payer les primes d'assurance. De ce fait, l'État thaï a choisi de ponctionner dans les recettes générales pour financer son programme, qui mutualise les fonds pour près de 50 millions de personnes.

En seulement 10 ans, le programme a permis de réduire la part de la population ne bénéficiant pas d'une couverture maladie à moins de 4 %, d'améliorer l'accès aux services et de renforcer la protection face aux risques financiers<sup>101</sup>. Les principaux bénéficiaires sont les personnes en situation de pauvreté. Le nombre de familles ayant les revenus les plus faibles et qui font face à des dépenses de santé catastrophiques a chuté de 4 % en 2000 à 0,9 % en 2006, année de la mise en place de la CSU<sup>102</sup>.

La réussite de la Thaïlande peut également être attribuée à d'importants investissements dans les soins de santé primaires et aux efforts menés pour garantir une disponibilité des ressources humaines et des médicaments essentiels. Ces résultats ont été possibles grâce à un engagement politique fort et une implication active de la société civile.

Une solution plus juste et sans doute plus efficace serait de mutualiser les risques au niveau national en combinant toutes les ressources de la santé (recettes fiscales, contributions salariales du secteur formel et aide internationale) afin de proposer des services de santé d'une qualité égale pour tous. On observe une tendance positive en ce sens. Le Kirghizistan et la République de Moldavie figurent parmi un nombre modeste mais croissant de pays qui financent la CSU en mutualisant les contributions salariales avec les recettes fiscales<sup>103</sup>. Au Kirghizistan, les réformes ont permis de réduire radicalement la fragmentation et les inégalités, de redynamiser les soins primaires et d'améliorer les résultats en matière de santé (le taux de mortalité infantile a diminué de près de 50 % entre 1997 et 2006).<sup>104</sup> En Moldavie, le budget de la santé mutualisé (issu pour un tiers des contributions salariales et pour deux tiers des recettes fiscales générales) a permis de renforcer l'équité et de réduire les frais à la charge des malades pour toutes les catégories de revenus<sup>105</sup>.

La Thaïlande prend actuellement des mesures pour fusionner les différentes caisses d'assurance afin de promouvoir l'équité et d'optimiser l'efficacité. Conformément aux propositions de l'Afrique du Sud pour corriger les inégalités criantes en matière de santé en introduisant un régime national d'assurance maladie, tous les citoyens et tous les résidents de longue durée en situation régulière pourraient bénéficier de services de santé essentiels par le biais d'un ensemble complet de services de santé, indépendamment de la situation professionnelle ou de l'aptitude à contribuer directement à la caisse nationale d'assurance maladie<sup>106</sup>.

#### **Encadré 9 : Transition d'une approche passive vers une approche active de la consommation des soins de santé**

La mutualisation des ressources dédiées à la santé est essentielle pour tendre vers la CSU, de même que le rôle actif des États pour s'assurer que les fonds disponibles se traduisent en services de santé efficaces pour tous.<sup>107</sup> On pense souvent à tort qu'un partage bénéficiaire-prestataire (souvent associé à des modèles d'assurance) constitue le seul moyen de mettre en place des mesures incitatives pour renforcer les performances des prestataires et engager la responsabilité. Dans les faits, comme l'a indiqué Adam Wagstaff de la Banque mondiale, « rien ne prouve que les tiers payant de l'AMS sont plus efficaces que ceux d'un système financé par les impôts. Certains prétendent même le contraire ».<sup>108</sup>

Plutôt que de promouvoir des aménagements institutionnels théoriques et dont l'efficacité n'est pas prouvée, une attention plus forte doit être portée sur la façon dont les gouvernements dont les politiques ont été efficaces sont passés d'acheteurs passifs à acheteurs actifs dans les différents systèmes de financement de la santé. Il est essentiel de comprendre comment ces gouvernements ont identifié les besoins de la population en matière de services de santé, adapté leurs services à ces besoins, payé les prestataires en les incitant à fournir des services efficaces et de qualité, suivi les performances des prestataires et pris des mesures pour améliorer les performances<sup>109</sup>.

# 5 PASSAGE À GRANDE ÉCHELLE DU FINANCEMENT PAR LES IMPÔTS POUR TENDRE VERS LA CSU

Le financement par les impôts a joué un rôle essentiel dans tous les passages à grande échelle de la CSU qui ont réussi. Malheureusement, le fait de considérer l'AMS comme le modèle de CSU « par défaut » n'a pas permis d'explorer la question pourtant essentielle de l'augmentation des recettes fiscales à destination du budget de la santé dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires. Cette lacune doit être corrigée d'urgence.

Les États et les bailleurs de fonds pensent à tort que la marge de manœuvre fiscale est insuffisante pour augmenter les dépenses publiques de santé. Même les pays les plus pauvres peuvent accroître leurs recettes nationales en améliorant les systèmes existants de perception des impôts, en supprimant les exonérations de taxes lorsqu'elles ne sont pas nécessaires, en adaptant les taux d'imposition et en introduisant de nouveaux prélèvements progressifs et des mécanismes de financement innovants. D'après une étude du FMI sur le ratio entre les recettes fiscales potentielles et réelles des pays, les pays à bas revenus atteignent seulement 78 % de leur potentiel, tandis que les pays à revenus intermédiaires plafonnent à 63 %<sup>110</sup>. D'après une analyse menée par l'Institut de recherche sur les politiques publiques et le Réseau pour la justice fiscale au Kenya, la capacité fiscale inexploitée du pays serait de 244 milliards de KSH (soit 2,86 milliards d'USD), une somme suffisante pour au minimum doubler les dépenses de l'État en matière de santé<sup>111, 112</sup>.

## PREMIÈRE ÉTAPE : RENFORCER L'ADMINISTRATION FISCALE

Les lacunes en matière de recettes fiscales nationales peuvent être dues à des ressources insuffisantes au niveau de l'administration fiscale, à l'évasion fiscale domestique et à la corruption de la part des autorités douanières et fiscales. Pour combler ces lacunes, il est essentiel de commencer par renforcer l'administration fiscale afin de corriger ces problèmes. Selon Oxfam, une augmentation de la fiscalité dans 52 pays en développement permettrait de lever 31,3 % de recettes fiscales supplémentaires, soit 269 milliards d'USD<sup>113</sup>. L'Indonésie a amélioré les performances et l'efficacité de son système fiscal, avec des bénéfices considérables pour le budget de l'État (voir Encadré 10).

### Encadré 10 : L'Indonésie simplifie son administration fiscale

En 2001, l'Indonésie a créé un registre unique des contribuables et a simplifié son administration fiscale pour faciliter la mise en conformité. L'État a rédigé des lois fiscales claires, accessibles et appliquées de façon cohérente, tout en adoptant une politique de tolérance zéro en matière de corruption. Les bailleurs de fonds ont soutenu activement les autorités fiscales en renforçant les capacités techniques, par exemple, en développant des systèmes électroniques pour le suivi des revenus imposables. Au cours des cinq premières années, l'Indonésie a augmenté ses recettes fiscales (hors pétrole) de 38 % en valeur réelle<sup>114</sup>.

## ACCROÎTRE LE FINANCEMENT VIA LA FISCALITÉ PROGRESSIVE

Les impôts indirects comme la TVA sont de plus en plus utilisés dans les pays en développement, notamment en raison des recommandations fiscales du FMI et d'autres agences. Pourtant, la TVA est un impôt régressif, car pour les personnes les plus pauvres cela représente une part plus importante des revenus de leur foyer. Des options fiscales plus progressives existent.

Dans de nombreux pays, il est possible de prélever davantage d'impôts sur les entreprises et les revenus des particuliers qui ont des moyens plus importants. Dans les pays de l'OCDE, les taux marginaux d'imposition sur les revenus les plus élevés sont en moyenne de 40 %. Dans les pays en développement, ces taux dépassent très rarement 25 %<sup>115, 116, 117</sup>. La concurrence fiscale qui attire des investissements directs étrangers a entraîné une prolifération de certaines exonérations fiscales non nécessaires. À cause d'exonérations sur l'impôt des sociétés, les pays en développement renoncent à quelque 138,9 milliards d'USD chaque année.<sup>118</sup> D'après une récente étude menée par le Groupe de la Banque mondiale, 93 % des investisseurs dans l'est de l'Afrique ont indiqué qu'ils auraient de toute façon investi avec ou sans mesure incitative sur le plan fiscal.<sup>119</sup>

Les taxes foncières et les taxes indirectes sur les produits de luxe (véhicules, appareils électroniques) peuvent permettre d'augmenter les recettes pour financer la CSU. En Indonésie, les articles de luxe sont soumis à une surtaxe sur la valeur ajoutée<sup>120</sup>. Les taxes « sanitaires » sur le tabac, l'alcool et les produits à haute teneur en sucre ont l'avantage de lever des fonds et d'améliorer la santé dans le même temps. D'après l'OMS, une augmentation de 50 % des taxes indirectes sur le tabac dans 22 pays à bas revenus permettraient de collecter 1,42 milliards d'USD supplémentaires<sup>121</sup>.

### Encadré 10 : Le Kenya a rapidement augmenté son potentiel fiscal

Au cours des 10 dernières années, le Kenya a augmenté son ratio recettes fiscales/PIB de 15 % à presque 20 %. Cette augmentation est due en grande partie aux recettes engendrées par l'impôt sur le revenu et l'impôt sur les sociétés, qui représentent 9,9 % du PIB. L'État a également introduit des sources innovantes de financement, comme une taxe sur les transactions financières sur les transferts d'argent par voie électronique qui devrait permettre de collecter 0,1 % du PIB en impôt supplémentaire.

Le Kenya a renforcé la transparence de ses dépenses publiques en créant des fonds de développement locaux et nationaux. Le fonds de dotation des collectivités locales (LATF) reçoit 5 % des recettes nationales sur l'impôt sur le revenu et doit rendre des comptes au niveau du district. Il fait l'objet d'un suivi par des organisations de la société civile telles que la National Taxpayers' Alliance (NTA) qui utilise les fiches d'appréciation citoyenne.

Plusieurs pays explorent des mécanismes de financement innovants comme de petites redevances sur les transactions financières ou sur les grandes entreprises rentables. Le Gabon a collecté 30 millions d'USD pour la santé en 2009 grâce à une redevance de 1,5 % sur les bénéfices après impôts des entreprises qui gèrent des transferts de fonds et une taxe de 10 % sur les opérateurs de téléphonie mobile<sup>122</sup>. Différentes formes de taxes sur les transactions financières ont été introduites dans quelque 40 pays en développement<sup>123</sup>.

Les recettes non fiscales issues des redevances versées par l'industrie extractive peuvent également être utilisées pour financer la CSU, notamment en Afrique. Selon le FMI, 20 des 45 pays de l'Afrique subsaharienne sont d'importants exportateurs de ressources naturelles.<sup>124</sup> Parmi eux, 10 collectent déjà plus de recettes publiques issues des ressources naturelles que de toutes les autres sources combinées. À condition que des mesures soient prises pour garantir une répartition équitable des recettes, de nouvelles découvertes de ressources extractives constituent un potentiel fiscal de taille. Des enseignements peuvent être tirés de pays tels que le Botswana où une transparence et une bonne gouvernance ont permis de s'assurer que les recettes issues de l'exportation du diamant sont utilisées pour financer les services publics.

**D'après Oxfam, les paradis fiscaux représentent pour les États un manque à gagner fiscal de plus de 150 milliards d'USD, soit deux fois la somme requise par chaque personne dans le monde pour vivre au-dessus du seuil de pauvreté extrême établi à 1,25 USD par jour.**

## UNE SOLIDARITE INTERNATIONALE INDISPENSABLE

Il est par ailleurs urgent de lutter contre l'évasion fiscale et les paradis fiscaux au niveau mondial, afin que les pays pauvres puissent générer et conserver davantage de leurs propres ressources. D'après Oxfam, au moins 18,5 trillions d'USD sont placés par des riches dans des paradis fiscaux du monde entier, ce qui représente une perte de plus de 156 milliards de dollars en termes de recettes fiscales. Le manque à gagner est deux fois plus important que la somme requise par chaque personne dans le monde pour vivre au-dessus du seuil de pauvreté

extrême établi à 1,25 USD par jour<sup>125</sup>. On estime que la fraude fiscale par les entreprises multinationales coûte aux pays en développement quelque 160 milliards d'USD chaque année<sup>126</sup>, soit quatre fois plus que le montant total consacré à la santé en 2011 dans l'ensemble des pays de la région sub-saharienne<sup>127</sup>.

Suite à la pression croissante des pays riches pour agir, des progrès ont été réalisés lors des récents sommets du G8 au Royaume-Uni et du G20 en Russie où les dirigeants ont convenu de nouvelles mesures pour partager les informations fiscales. Un engagement politique fort sera requis pour que cette étape importante soit totalement mise en œuvre.

Une aide au développement importante sera toujours nécessaire pour mettre en place une CSU, au moins à court et moyen terme. Selon l'OMS, seulement 8 des 49 pays à bas revenus pourraient avoir les moyens de financer totalement la CSU sur leurs seules ressources nationales d'ici 2015<sup>128</sup>.

Mais l'aide doit être fournie de sorte à soutenir une appropriation démocratique par le pays et à favoriser l'autonomie des gouvernements des pays en développement et de leurs citoyens, conformément aux principes du partenariat de Busan sur l'efficacité de la coopération au développement. L'aide bilatérale via l'appui sectoriel ou général est le meilleur moyen pour aider les États à tendre vers la CSU. Le passage de l'aide au développement par des canaux de financement public en Éthiopie a permis des avancées considérables en matière de santé. Neuf partenaires internationaux financent le fonds pour la réalisation des OMD en Éthiopie qui comble les carences du plan national du secteur de la santé, notamment au niveau des structures et des ressources humaines<sup>129</sup>.

Une aide prévisible à plus long terme est essentielle, non seulement pour renforcer les systèmes de santé, mais également pour améliorer la gestion des finances publiques et la fiscalité, afin que les pays deviennent autonomes à cet égard. Si les pays riches respectaient immédiatement leurs engagements internationaux, le financement externe en faveur de la santé dans les pays à bas revenus doublerait du jour au lendemain<sup>130</sup>.

L'augmentation des recettes publiques dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires ne suffira pas pour tendre vers la CSU. Les États doivent aussi traduire dans les faits leur engagement politique en dédiant et en assurant des fonds suffisants pour le secteur de la santé, et en prenant rapidement des mesures pour lutter contre les inégalités, améliorer la qualité et garantir une prise en charge efficace, responsable et sûre des patients. Les ministères de la Santé doivent déterminer comment affecter les fonds de la manière la plus efficace possible pour servir au mieux la santé, en privilégiant les soins de santé primaires (y compris les soins préventifs) et en jouant un rôle actif afin d'améliorer les performances et la redevabilité. La volonté politique de mettre en œuvre ces changements a été déterminante dans tous les exemples de réussite de la CSU.

**Si les pays riches respectaient immédiatement leurs engagements internationaux, le financement externe en faveur de la santé dans les pays à bas revenus doublerait du jour au lendemain.**



# 6 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'intérêt croissant en faveur de la CSU est bienvenu, passionnant et exigeant. La couverture santé universelle (CSU) peut changer la vie de millions de personnes en permettant à ceux qui en ont le plus besoin de bénéficier de soins de santé vitaux. Les gouvernements des pays en développement, les agences d'aide et la société civile ont également un rôle à jouer pour rendre l'aide efficace.

La CSU doit être encadrée par des valeurs d'universalité, de solidarité et d'équité. Le système doit faire preuve d'équité dès le départ<sup>131</sup>, en veillant à ce que les personnes vivant dans la pauvreté bénéficient au moins des mêmes prestations que les personnes les plus aisées, à chaque étape du processus<sup>132</sup>. À défaut, les réformes du financement de la santé menées au nom de la CSU risquent de renforcer les inégalités en privilégiant les groupes déjà favorisés et en laissant pour compte les plus pauvres et les plus marginalisés, surtout les femmes.

La CSU ne saurait suivre un modèle unique. Les responsables doivent privilégier les quatre principes clés de l'OMS sur le financement de la santé. Les approches qui réduisent les paiements directs, maximisent les prépaiements obligatoires, mutualisent les risques à grande échelle et recourent aux recettes publiques pour couvrir la majorité de la population sont les mieux armées pour réussir.

Trop souvent, ces principes de base sont ignorés. Les frais de santé à la charge du patient ont été condamnés par la communauté internationale. Pourtant ils subsistent dans les pays pauvres. Aucun pays au monde n'est parvenu à une véritable CSU en s'appuyant sur un système d'assurance volontaire, mais les régimes privés et communautaires d'assurance santé volontaires sont toujours encouragés par des bailleurs de fonds influents. Et le soutien d'un déploiement à grande échelle de régimes d'assurance maladie sociale ne garantit en rien une meilleure protection financière face aux chocs sanitaires ni une amélioration de l'accès aux soins de santé<sup>133</sup>.

Heureusement, un nombre croissant de pays à bas revenus et à revenus intermédiaires développent des systèmes de financement efficaces et universels pour tendre vers la CSU. Si le cheminement peut varier selon les pays, ils considèrent tous que le droit à une couverture de santé doit dépendre de la citoyenneté ou du lieu de résidence, et non du statut professionnel ou des contributions financières. Plutôt que de concentrer leurs efforts sur un système avec des primes d'assurance auprès de personnes trop démunies pour les payer, ces pays ont privilégié les dépenses publiques pour la santé (prises isolément ou associées aux impôts sur les salaires du secteur formel) afin de déployer la CSU avec succès. Les États et les bailleurs de fonds doivent tirer les enseignements récents de ces pays et s'en inspirer.

Le financement public est indiscutablement la clé pour garantir l'accès à des soins de santé de qualité. Pourtant la question essentielle de l'augmentation des recettes fiscales pour la santé a été grandement négligée. Cette lacune doit être corrigée d'urgence. Même les pays les plus pauvres peuvent accroître leurs recettes nationales pour la santé en améliorant la perception des impôts, en adaptant les taux d'imposition et en introduisant de nouveaux prélèvements progressifs. De tels efforts doivent être soutenus et complétés à l'échelle mondiale à l'aide de réformes fiscales internationales pour lutter contre la fraude et l'évasion fiscales. Une aide au développement prévisible à plus long terme est également indispensable. L'aide bilatérale via l'appui budgétaire sectoriel ou général est le meilleur moyen pour aider les pays à tendre vers la CSU.

Tous les pays peuvent prendre des mesures immédiates pour tendre vers une couverture universelle et ceux qui le font vont pouvoir en tirer les bénéfices. Les États, les bailleurs de fonds et la société civile doivent travailler ensemble pour développer des stratégies nationales de financement de la santé à la fois universelles, équitables et qui soient alignés avec les programmes nationaux de santé, et qui mutualisent toutes les ressources de financement de la santé. Parallèlement, ils doivent mettre un terme aux politiques risquées et dont l'impact n'a pas été prouvé et qui pourraient menacer les progrès.

## RECOMMANDATIONS

### **Les États des pays en développement doivent :**

- Élaborer des systèmes de financement s'appuyant sur les quatre « ingrédients clés » identifiés par l'OMS. Plutôt que de chercher à adapter le modèle européen d'AMS fondé sur les salaires, ils doivent s'inspirer du nombre croissant de pays à bas revenus et à revenus intermédiaires en passe de parvenir à une CSU.
- Faire de l'équité et de l'universalité des priorités explicites dès le départ, et ne pas céder à la tentation de commencer par les populations les plus faciles à atteindre, dans le secteur formel. Les personnes vivant dans la pauvreté doivent au moins bénéficier des mêmes prestations que les personnes les plus aisées, à chaque étape du processus.
- Chercher des manières plus efficaces et plus équitables de financer les dépenses de santé par le biais d'une réforme fiscale, plutôt que de concentrer leurs efforts sur un système avec des primes d'assurance pour les employés du secteur informel.
- Tendre vers une mutualisation de toutes les recettes publiques pour la santé (avec les impôts sur les salaires du secteur formel, lorsque de telles dispositions sont en place), afin d'optimiser la redistribution.
- S'assurer qu'une part appropriée des budgets nationaux est consacrée à la santé, conformément à l'objectif d'Abuja fixé à 15 % des budgets publics.

- Impliquer activement la société civile à chaque étape du processus d'élaboration des politiques, de la mise en œuvre et du suivi.

## **Les États des pays à hauts revenus et organisations multilatérales doivent :**

- Cesser de promouvoir les approches inappropriées sous couvert de CSU, en particulier les régimes d'assurance maladie volontaires privés et communautaires.
- Prendre des mesures contre la fraude fiscale et l'évasion fiscale, privant les pays pauvres des revenus indispensables pour se doter de services publics universels. Ils doivent soutenir une réforme fiscale progressive dans les pays pauvres, y compris par le biais d'un soutien technique pour renforcer les capacités de gestion fiscale.
- Honorer leurs engagements à consacrer au moins 0,7 % du PIB à l'aide aux pays en développement, et améliorer l'efficacité de l'aide pour le secteur de la santé. Ils doivent fournir une part accrue de l'aide pour le secteur de la santé sous forme d'aide budgétaire générale ou sectorielle à long terme.
- Soutenir les États des pays en développement pour mesurer et évaluer efficacement les progrès et les résultats en termes de CSU, en particulier sur le plan de l'équité.

## **Société civile**

- Renforcer la collaboration pour exercer une pression collective sur les États et autres parties prenantes, en faveur d'une approche de la CSU qui intègre les valeurs d'universalité, d'équité et de solidarité.
- Demander des comptes aux États par le biais d'un dialogue politique, en surveillant les dépenses de santé et la prestation des soins, et en révélant les cas de corruption.
- Attirer l'attention sur les situations où les bailleurs de fonds influents promeuvent des mécanismes de financement inéquitables et leur demander des comptes.
- Travailler avec des « experts » de la justice sociale issus de la société civile, afin de demander une action urgente sur la fraude fiscale et l'évasion fiscale.
- Les syndicats du secteur formel doivent se montrer solidaires des travailleurs de l'économie informelle et plaider pour un régime de santé universel et équitable.

Oxfam appelle la communauté internationale de la santé à soutenir la CSU en tant qu'objectif englobant en matière de santé pour le cadre de développement post-2015. Le fait de se concentrer sur la CSU est l'occasion de donner un coup d'accélérateur sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement en termes de santé, de lutter contre le fléau croissant des maladies non transmissibles et surtout, d'évoluer vers une approche plus globale pour le droit à une couverture de santé décente, abordable et équitable pour toutes et tous.

# NOTES

- <sup>1</sup> Dr M. Chan (2012), « *Discours d'investiture lors de la 65e Assemblée mondiale de la Santé* », Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- <sup>2</sup> J. Kutzin (2012), « Anything goes on the path to universal health coverage? No. », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 90: 867-868. Disponible en ligne sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/> - R10, dernière visite le 17 juin 2013.
- <sup>3</sup> Xu, K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P et Evans T (2007), « Protecting households from catastrophic health spending », *Health Affairs*, 26(4): 972-983.
- <sup>4</sup> Balooni K, Gangopadhyay K, Turakhia S et Karthik RG. (2012), « Challenges in the Sustainability of a Targeted Health Care Initiative in India », *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 1(1):21-32.
- <sup>5</sup> Sinha K (2012), « Unnecessary procedures on the rise in govt hospitals too: Report », *The Times of India*, 15 octobre 2012. Disponible en ligne sur : [http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-10-15/india/34471569\\_1\\_health-insurance-rsby-health-care](http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-10-15/india/34471569_1_health-insurance-rsby-health-care), dernière visite le 2 septembre 2013.
- <sup>6</sup> Shivakumar, G. (2013), « Government paid private insurer crores in premium for ghost beneficiaries », *The Hindu Online*, 2 septembre 2013. Disponible en ligne sur : <http://www.thehindu.com/news/national/government-paid-private-insurer-crores-in-premium-for-ghost-beneficiaries/article5083382.ece?homepage=true>, dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>7</sup> La Forgia, G et Nagpal, S (2012), « Government-sponsored health insurance in India: Are you covered? », la Banque mondiale, Washington D.C.
- <sup>8</sup> National Health Insurance Fund (2011), « Fact Sheet: Inside NHIF 2001/02 to 2010/11 ». Disponible en ligne sur : <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, dernière visite le 27 juin 2013.
- <sup>9</sup> Dans son rapport annuel de 2010, l'autorité nationale ghanéenne en charge de l'assurance maladie indique une couverture de 34 % de la population. En septembre 2013, le régime national d'assurance maladie déclarait 9 millions de membres (<http://graphic.com.gh/General-News/nine-million-ghanaians-use-health-insurance.html>). Cela représente 36 % de la population totale du Ghana (25 millions d'habitants).
- <sup>10</sup> Amporfu, E. (2013), « Equity of the premium of the Ghanaian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage », *International Journal for Equity in Health*, 12:4.
- <sup>11</sup> National Health Insurance Fund, Tanzanie (2010), « NHIF Actuarial and Statistical Bulletin ». Disponible en ligne sur : <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, dernière visite le 26 juin 2013.
- <sup>12</sup> Selon l'OMS, les dépenses publiques de santé par habitant s'élevaient à 14,4 USD en 2010 (données disponibles à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/view.country.20700>). Les calculs pour les dépenses par personne consacrées au régime national d'assurance maladie se basent sur le total des cotisations des employeurs et sur le nombre de personnes affiliées au régime en 2009/2010.
- <sup>13</sup> Elovainio, R. et Evans, D. (2013), « Raising and spending domestic money for health », Centre for global health working group papers: working group on financing paper 2, Chatham House (The Royal Institute of International Affairs) : Londres.
- <sup>14</sup> Rannan-Eliya, R.P. (2010), « Redistributive impacts of financing and delivery in Sri Lanka's healthcare system », présentation lors du Symposium mondial sur la recherche sur les systèmes de santé, Montreux, 16 novembre 2010. Disponible en ligne sur : [http://www.ihp.lk/publications/pres\\_doc/pres101116.pdf](http://www.ihp.lk/publications/pres_doc/pres101116.pdf), dernière visite le 27 juin 2013.
- <sup>15</sup> En 2012, 60 % des Brésiliens utilisaient uniquement le SUS, 8 % utilisaient principalement le SUS, 14 % à la fois le SUS et le secteur privé, 9 % principalement le secteur privé et 10 % exclusivement le secteur privé. Couttolenc B et Dmytraczenko T (2013), « UNICO Studies Series 2: Brazil's Primary Care Strategy », la Banque mondiale : Washington D.C. Disponible en ligne sur : [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/31/000425962\\_20130131142856/Rendered/PDF/749570NWP0BRAZ00Box374316B00PUBLIC0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/31/000425962_20130131142856/Rendered/PDF/749570NWP0BRAZ00Box374316B00PUBLIC0.pdf), dernière visite le 12 septembre 2013.
- <sup>16</sup> Task Force on Global Action for Health System Strengthening (2009), « G8 Hokkaido Toyako Summit Follow-Up: Global Action for Health System Strengthening, Policy Recommendations to the G8 », Japan Center for International Exchange : Tokyo. Disponible en ligne sur : <http://www.jcie.org/researchpdfs/takemi/full.pdf>, dernière visite le 27 juin 2013.

- <sup>17</sup> Wagstaff, A. (2007), « Social Health Insurance Reexamined », Document de travail sur la recherche sur les politiques 4111. La Banque mondiale : Washington D.C.
- <sup>18</sup> Organisation mondiale de la Santé (2008), « Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », Organisation mondiale de la Santé : Genève.
- <sup>19</sup> L'incidence des dépenses de santé catastrophiques pour le quintile le plus pauvre a reculé de 4 % en 2000 et de 0,9 % en 2006. Missoni, E. (ed) (2010), « Attaining Universal Health Coverage: A research initiative to support evidence-based advocacy and policy-making », Global Health Group, Bocconi University : Milan. Disponible en ligne sur : <http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/Attaining%20Universal%20Health%20Coverage%20A%20researchinitiative%20to%20support%20evidence-based%20advocacy%20and%20policy-making.PDF>, dernière visite le 25 juin 2013.
- <sup>20</sup> Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. (2009), « From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova ». Dans Chernichovsky D., Hanson K. (eds), *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*, Vol. 21, Advances in Health Economics and Health Services Research. Emerald Group Publishing : Bingley.
- <sup>21</sup> Itriago, D. (2011), « Décider de son développement : La fiscalité pour combattre la pauvreté », Intermón Oxfam : Madrid.
- <sup>22</sup> Christian Aid (2008), « Death and taxes: the true toll of tax dodging », Christian Aid : Londres. Disponible en ligne sur : <http://www.christianaid.org.uk/images/deathandtaxes.pdf>, dernière visite le 11 septembre 2013
- <sup>23</sup> Base de données de l'OMS sur les dépenses dans le monde. En 2011, les dépenses publiques de santé de l'ensemble des pays d'Afrique sub-saharienne atteignaient 36,4 milliards d'USD. Disponible en ligne sur : <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, last accessed 2 July 2013
- <sup>24</sup> Organisation mondiale de la Santé (2010), « Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis », document de référence pour le Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé : Genève.
- <sup>25</sup> Kutzin (2012), op.cit.
- <sup>26</sup> Gwatkin, D et Ergo, A (2010), « Universal health coverage: friend or foe of health equity? », *The Lancet*, 377(9784):2160-2161.
- <sup>27</sup> Chan, M. (18 février 2013), discours d'introduction lors d'une réunion ministérielle de l'OMS/de la Banque mondiale sur la couverture universelle en matière de santé. Organisation mondiale de la santé : Genève.
- <sup>28</sup> Organisation mondiale de la Santé (2008), « Rapport sur la santé dans le monde : Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », Genève : Organisation mondiale de la Santé. p.28.
- <sup>29</sup> Xu, K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P et Evans T (2007), « Protecting households from catastrophic health spending », *Health Affairs*, 26(4): 972-983.
- <sup>30</sup> El-Khoury M, Gandaho T, Arur A, Keita B et Nichols, L. (2011), « Improving Access to Life Saving Maternal Health Services: The Effects of Removing User Fees for Caesareans in Mali ». *Health Systems 20/20*, Abt Associates Inc : Bethesda, MD. Disponible en ligne sur : <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2837/>, dernière visite le 2 septembre 2013
- <sup>31</sup> Sierra Leone, ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2011), « Health Information Bulletin », Volume 2, Numéro 3.
- <sup>32</sup> Donnelly, J. (2011), « How did Sierra Leone provide free health care? » *The Lancet*, 377(9775): 1393-1396.
- <sup>33</sup> Steinhardt L, Aman I, Pakzad I, Kumar B, Singh LP et Peters DH. (2011), « Removing user fees for basic health services: a pilot study and national roll-out in Afghanistan », *Health Policy and Planning*, 26:92-103.
- <sup>34</sup> James C, Morris SS, Keith R et Taylor A. (2005), « Impact on child mortality of removing user fees: simulation model ». *British Medical Journal*, 331, 747e749.
- <sup>35</sup> Johnson, A., Goss, A., Beckerman, J. et Castro, A. (2012), « Hidden costs: The direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali », *Social Science and Medicine*, 75:1786-1792.
- <sup>36</sup> McIntyre, D. (2012), « Health Service Financing for Universal Coverage in East and Southern Africa », EQUINET Discussion Paper 95. EQUINET : Harare.
- <sup>37</sup> Carrin, G (2004), « Towards advanced risk-sharing in health care financing: with a focus on the potential of social health insurance in developing countries », *Verhandelingen – Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België*, 66(3): 215–234
- <sup>38</sup> Organisation mondiale de la Santé (2010), « Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability », document de discussion N° 8.

- Organisation mondiale de la Santé : Genève.
- <sup>39</sup> Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga E et Otoo N. (2012), « Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia », *The Lancet*, 380:933-43.
- <sup>40</sup> McIntyre (2012), op.cit.
- <sup>41</sup> Au Myanmar, l'UNICEF a piloté un régime d'assurance maladie municipale. UNICEF Myanmar a récemment créé le Groupe de travail interorganisations sur la protection sociale des enfants comme plate-forme de discussion en matière de questions de protection sociale, notamment d'assurance maladie.
- <sup>42</sup> Calculs basés sur les données d'enregistrement de chaque état en 2013 sur le site RSBY. Disponible en ligne sur : <http://www.rsby.gov.in/statewise.aspx?state=34>, dernière visite le 1er septembre 2013.
- <sup>43</sup> RSBY (2011), « *Rashtriya Swasthya Bima Yojana gets going* », document de travail. Cité dans : Balooni K, Gangopadhyay K, Turakhia S et Karthik RG. (2012), « Challenges in the Sustainability of a Targeted Health Care Initiative in India », *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 1(1):21-32.
- <sup>44</sup> Dror, D et Vellakkal, S. (2012), « Is RSBY India's platform to implementing universal hospital insurance? », *Indian Journal of Medical Research*, 135(1):56-63.
- <sup>45</sup> Kumar AKS, Chen LC, Choudhury M, Ganju S, Mahajan V, Sinha A, et Sen A. (2011), « Financing health care for all: Challenges and opportunities », *The Lancet*, 37(9766):668–679.
- <sup>46</sup> Planning Commission of India (2011), « High level expert group report on universal health coverage for India ». Disponible en ligne sur : [http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep\\_uhc0812.pdf](http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep_uhc0812.pdf), dernière visite le 3 septembre 2013.
- <sup>47</sup> Balooni K, Gangopadhyay K, Turakhia S et Karthik RG. (2012), « Challenges in the Sustainability of a Targeted Health Care Initiative in India », *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 1(1):21-32.
- <sup>48</sup> Yip, W et Mahal, A (2008), « The health care systems of China and India: Performance and future challenges » *Health Affairs*, 27(4):921–932.
- <sup>49</sup> Sinha (2012), op.cit.
- <sup>50</sup> Il s'agit du ratio entre la valeur des demandes payée par l'assureur au prestataire et la somme des primes que l'assureur reçoit (du gouvernement dans le cas du RSBY). On parle de ratio élevé ou « défavorable » lorsque les assureurs dépensent plus qu'ils ne gagnent (autre dit, ils perdent de l'argent), ce qui peut entraîner une « nouvelle tarification » de la prime de district lors du prochain appel d'offres (annuel).
- <sup>51</sup> Palacios, R. (2010), « A new approach to providing health insurance to the poor in India: The early experience of Rashtriya Swasthya Bima Yojana », document de travail RSBY de la Banque mondiale N° 1. Disponible en ligne sur : [http://eprints.cscsarchive.org/355/1/RSBY\\_Overview\\_Paper.pdf](http://eprints.cscsarchive.org/355/1/RSBY_Overview_Paper.pdf), dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>52</sup> Rajasekhar D, Berg E, Ghatak M, Manjula R et Roy, S. (2011), « Implementing health insurance: The roll out of Rashtriya Swasthya Bima Yojana in Karnataka », *Economic and Political Weekly*, 56(20):56–63. Disponible en ligne sur : [http://erlendberg.info/rsby\\_epw.pdf](http://erlendberg.info/rsby_epw.pdf), dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>53</sup> Shivakumar (2013), op.cit.
- <sup>54</sup> Drechsler, D. et Jütting, J. (2005), « Private health insurance for the poor in developing countries? », Policy insights No. 11. Centre de développement de l'OCDE : Paris. Disponible en ligne sur : <http://www.oecd.org/dev/35274754.pdf>, dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>55</sup> Doherty, J. (2011), « Expansion of the private health sector in east and southern Africa », EQUINET Discussion Paper 87. EQUINET : Harare.
- <sup>56</sup> Base de données de l'OMS sur les dépenses dans le monde. Disponible en ligne sur : [www.who.int/nha/database](http://www.who.int/nha/database), dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>57</sup> McIntyre (2012), op.cit.
- <sup>58</sup> Smith, O. (2013), « UNICO studies series 16: Georgia's Medical Insurance Program for the Poor », la Banque mondiale : Washington D.C.
- <sup>59</sup> Transparency International Georgia (2012), « The Georgian Health Insurance Industry », Transparency International Georgia : Tbilisi. Disponible en ligne sur : [http://transparency.ge/sites/default/files/post\\_attachments/The%20Georgian%20Health%20Insurance%20Industry.pdf](http://transparency.ge/sites/default/files/post_attachments/The%20Georgian%20Health%20Insurance%20Industry.pdf), dernière visite le 31 août 2013
- <sup>60</sup> En Géorgie, les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques figurent parmi les plus élevées au monde, entre 3 et 4 % du PIB (Smith 2013, op.cit.). Le marché des produits pharmaceutiques se distingue par des prix élevés, des marges élevées, un cartel puissant qui contrôle les importations, la vente en gros et la vente au détail (Transparency International 2012, op.cit.).
- <sup>61</sup> Smith (2013), op.cit.
- <sup>62</sup> D'après le rapport d'audit rédigé par le bureau national d'audit dédié aux régimes d'assurance publics du ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales qui a

- étudié divers indicateurs de rendement financier des assureurs participant au régime d'assurance public, Transparency International Georgia (Ibid.) estime que la marge bénéficiaire moyenne des assureurs au cours des années 2008 à 2010 à 51 %, une marge sans précédent comparé à des régimes similaires.
- <sup>63</sup> Smith (2013), op.cit.
- <sup>64</sup> Ekman, B. (2004), « Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence », *Health Policy and Planning*, 19(5):249-270.
- <sup>65</sup> Soors W, Devadasan N, Durairaj V et Criel B (2010), « Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross », Rapport sur la santé dans le monde 2010, document de référence N° 48.
- <sup>66</sup> Oxfam International (2008), « L'assurance maladie dans les pays à faible revenu : Est-on vraiment sûr que ça marche ? », Oxfam International : Oxford.
- <sup>67</sup> Ekman (2004), op.cit.
- <sup>68</sup> Chuma J, Mulupi S et McIntyre D. (2013), « Providing financial protection and funding health service benefits for the informal sector: Evidence from sub-Saharan Africa », RESYST Working Paper 2. Disponible en ligne sur : [http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2\\_financialprotection.pdf](http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2_financialprotection.pdf), dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>69</sup> Ekman (2004), op.cit.
- <sup>70</sup> De Allegri M, Sauerborn R, Kouyate B et Flessa S (2009), « Community health insurance in sub-Saharan Africa: what operational difficulties hamper its successful development? », *Tropical Medicine and International Health*, 14(5):586-596.
- <sup>71</sup> Par exemple : le premier congrès panafricain de la santé sur la CUS organisé en 2011 qui avait pour thème « Création d'un mouvement pour une assurance maladie équitable pour tous en Afrique », la série « Health Financing Series » de la Banque mondiale qui se compose de six volumes dédiés aux différentes solutions d'assurance, notamment « Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers » et « Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course. »
- <sup>72</sup> Acharya, A., Vellakkal, S., Taylor, F., Masset, E., Satija, A., Burke, M. et Ebrahim, S. (2012), « Impact of National Health Insurance for the Poor and the Informal Sector in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review », Londres : Centre d'information et de coordination de la politique et la pratique fondées sur des preuves, Unité de recherches en sciences sociales de l'Institut de l'éducation de l'Université de Londres.
- <sup>73</sup> National Health Insurance Fund (2011), op.cit.
- <sup>74</sup> Apoya, P et Marriott, A (2011), « Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana », Oxfam International : Oxford. Disponible en ligne sur : <http://www.oxfam.org/en/policy/achieving-shared-goal-ghana-healthcare>, dernière visite le 6 juillet 2013
- <sup>75</sup> Alfors, L (2012), « The Ghana National Health Insurance Scheme: assessing access by informal workers », WIEGO Policy Brief (Social Protection) No.9. Disponible en ligne sur : <http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/Alfors-Ghana-Natl-Health-Infomal-Workers-WIEGO-PB9.pdf>, dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>76</sup> Banque mondiale (2011), « Republic of Ghana: joint review of public expenditure and financial management », la Banque mondiale : Washington D.C.
- <sup>77</sup> Saleh K (2013), « The Health Sector in Ghana: a comprehensive assessment », la Banque mondiale : Washington D.C.
- <sup>78</sup> Gilson L, Russell S et Buse, K (1995), « The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy », *Journal of International Development* 7(3):369-401 ; Gilson L (1997), « The lessons of user fee experience in Africa », *Health Policy and Planning* 12:273-85 ; Willis CY et Leighton C (1995), « Protecting the poor under cost recovery: the role of means testing », *Health Policy and Planning*, 10:241-56
- <sup>79</sup> Kamuzora, P et Gilson, L (2007), « Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania », *Health Policy and Planning*, 22:95-102.
- <sup>80</sup> Ibid.
- <sup>81</sup> Laterveer, L. *et al.* (2004), « Equity implications of health sector user fees in Tanzania. Do we retain the user fee or do we set the user f(r)ee? », ETC Crystal Leusden : The Netherlands.
- <sup>82</sup> Voir la note 8.
- <sup>83</sup> Amporfu (2013) op.cit.
- <sup>84</sup> Borghi, J *et al.* (2013) 'Promoting universal financial protection: a case study of new management of community health insurance in Tanzania' *Health Research Policy and Systems*, 11:21.
- <sup>85</sup> Amporfu (2013), op.cit.
- <sup>86</sup> Ministère de la Santé, République du Rwanda (2008), « National Health Accounts Rwanda 2006 with HIV/AIDS, malaria, and reproductive health subaccounts », ministère de la Santé : Kigali. Le chiffre de 3 % a été calculé d'après les estimations de la population de la Banque mondiale en 2009, la couverture des *mutuelles* de 91 % et les

- estimations de l'OMS quant aux dépenses de santé en 2010.
- <sup>87</sup> National Health Insurance Fund, Tanzanie (2010), op.cit.
- <sup>88</sup> Selon l'OMS, les dépenses publiques de santé par habitant s'élevaient à 14,4 USD en 2010 (données disponibles à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/view.country.20700>). Les calculs pour les dépenses par personne consacrées au régime national d'assurance maladie se basent sur le total des cotisations des employeurs et sur le nombre de personnes affiliées au régime en 2009/2010.
- <sup>89</sup> Kutzin, J. et al. (eds) (2010), « Réformes du financement de la santé : Enseignements tirés des pays en transition », Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles.
- <sup>90</sup> Hsiao, W. et Shaw, P. (2007), « Social health insurance for developing nations », la Banque mondiale: Washington D.C.
- <sup>91</sup> Rannan-Eliya (2010), op.cit.
- <sup>92</sup> Rannan-Eliya, R.P. et Sikurajapathy, L. (2008), « Sri Lanka: "Good Practice" in expanding health care coverage », Research Studies Series No.3, Institute for Health Policy : Colombo. Available from: <http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, dernière visite le 26 juin 2013.
- <sup>93</sup> Voir la note 14.
- <sup>94</sup> Hennigan, T. (2010), « Economic success threatens aspirations of Brazil's public health system », *BMJ* 341:c5453. Disponible en ligne sur : <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5453.full>, dernière visite le 16 juin 2013.
- <sup>95</sup> Task Force on Global Action for Health System Strengthening (2009), op.cit.
- <sup>96</sup> Wagstaff (2007), op.cit.
- <sup>97</sup> Bonilla-Chacin, M.E et Aguilera, N. (2013), « UNICO Studies Series 1: The Mexican Social Protection System in Health », la Banque mondiale : Washington D.C. Disponible en ligne sur : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13300/75008.pdf?sequence=1>, dernière visite le 26 juin 2013.
- <sup>98</sup> Health Insurance System Research Office (2012), « Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent Assessment of the first 10 years (2001-2010) ». Health Insurance Research Office : Nonthaburi, Thaïlande
- <sup>99</sup> Bonilla-Chacin et Aguilera (2013), op.cit.
- <sup>100</sup> Tangcharoensathien V et al. (2007), « *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network* », Organisation mondiale de la Santé : Genève.
- <sup>101</sup> Organisation mondiale de la Santé (2010), op.cit.
- <sup>102</sup> Ibid.
- <sup>103</sup> Kutzin J, Jakab M et Shishkin S., « From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova ». Dans Chernichovsky D, Hanson K (eds). *Innovations in health system finance in developing and transitional economies*. Vol. 21, Advances in health economics and health services research. Bingley : Emerald Group Publishing ; 2009.
- <sup>104</sup> Ibrahimova A, Akkazieva B, Murzalieva G et Balabanova, D. (2011), « Kyrgyzstan: a regional leader in health system reform ». Dans Balabanova D, McKee M et Mills A (eds), « Good health at low cost: 25 years on » London School of Hygiene and Tropical Medicine : Londres. pp.117-158.
- <sup>105</sup> Kutzin J, Cashin C et Jakab M (eds.) (2010), « *Réformes du financement de la santé : Enseignements tirés des pays en transition* », Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : Copenhague.
- <sup>106</sup> Ministère de la santé, République d'Afrique du Sud, « National Health Insurance ». Disponible en ligne sur : <http://www.doh.gov.za/list.php?type=National%20Health%20Insurance>, dernière visite le 27 juin 2013.
- <sup>107</sup> McIntyre (2012), op.cit.
- <sup>108</sup> Wagstaff (2007), op.cit.
- <sup>109</sup> Kutzin J. (2001), « A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements », *Health policy* 56:171-204.
- <sup>110</sup> Fonds monétaire international (2011), « *Revenue Mobilization in Developing Countries* », FMI : Washington, D.C. Disponible en ligne sur : <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2011/030811.pdf>, dernière visite le 27 juin 2013.
- <sup>111</sup> Un rapport rédigé par l'Institut de recherche sur les politiques publiques au Kenya estime la marge de manœuvre fiscale inexploitée à 55 % des recettes fiscales du budget de l'année 2001/2002. Le Réseau pour la justice fiscale (Afrique) a appliqué ces calculs aux données de 2007/2008 et indiqué une capacité fiscale inexploitée du pays de 244 milliards de KSH (soit 2,86 milliards d'USD).
- <sup>112</sup> En 2013/2014, les autorités provinciales ont reçu 60 milliards de KSH pour la santé en plus des 34,7 milliards de KSH alloués par l'État. Cela porte l'allocation totale à 95 milliards de KSH, soit 5,7 % du budget total.



- <sup>113</sup> Itriago (2011), *op.cit.*
- <sup>114</sup> Brondolo J. et al. (2008), « Tax Administration Reform and Fiscal Adjustment: The Case of Indonesia (2001–07) », document de travail du FMI WP/08/129. Fonds monétaire international : Washington, D.C. Disponible en ligne sur : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf>, dernière visite le 27 juin 2013. Calculs de l'auteur d'après les recettes fiscales 2001 et 2006 (hors pétrole), convertis aux valeurs de 2000 pour tenir compte de l'inflation et aux fins de comparaison.
- <sup>115</sup> Les taux marginaux d'imposition varient en fonction des niveaux de revenus. Le revenu est taxé uniquement sur le taux marginal défini pour cette tranche. Plus le revenu est élevé, et plus le taux marginal d'imposition augmente. Ce mode d'imposition vise à imposer équitablement les particuliers en fonction de leurs revenus, les personnes à bas revenus étant moins imposées que celles à hauts revenus.
- <sup>116</sup> OCDE (2013), « Tax Reform Trends in OECD Countries », OCDE : Paris. Disponible en ligne sur : <http://www.oecd.org/ctp/48193734.pdf>, dernière visite le 13 juin 2013.
- <sup>117</sup> PricewaterhouseCoopers (PwC) [en ligne], « World Wide Tax Summaries ». Disponible en ligne sur : <http://www.pwc.com/gx/en/tax/corporate-tax/worldwide-tax-summaries/taxsummaries.jhtml>, dernière visite le 13 juin 2013.
- <sup>118</sup> Action Aid (2013), « Give us a break: how big companies are getting tax-free deals ». Disponible en ligne sur : <http://www.actionaid.org/publications/give-us-break-how-big-companies-are-getting-tax-free-deals>, dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>119</sup> Mwachinga, E. (12 février 2013), « Results of investor motivation survey conducted in the EAC » [diaporama PowerPoint] présenté à Lusaka, Zambie. Disponible en ligne sur : [http://www.taxcompact.net/documents/workshop-lusaka/2013-02-13\\_itc\\_Mwachinga\\_WBG.pdf](http://www.taxcompact.net/documents/workshop-lusaka/2013-02-13_itc_Mwachinga_WBG.pdf), dernière visite le 4 septembre 2013.
- <sup>120</sup> Deloitte (2012), « Indonesian tax guide 2012 », Deloitte Tax Solutions. Disponible en ligne sur : <https://www.deloitte.com/assets/Dcom-Indonesia/Local%20Assets/Documents/Indonesian%20Tax%20Guide%202012.pdf>, dernière visite le 30 août 2013.
- <sup>121</sup> Organisation mondiale de la Santé (2010), *op. cit.*
- <sup>122</sup> Stenberg K et al. (2010), « Responding to the Challenge of Resource Mobilization – Mechanisms for raising additional domestic resources for health », rapport sur la santé dans le monde 2010, document de référence N° 13 ; et Musango L, Aboubacar I., « Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population », rapport sur la santé dans le monde 2010, document de référence N° 16.
- <sup>123</sup> Beitler, D. (2010), « Raising revenue: a review of financial transaction taxes throughout the world », rapport à destination de Health Poverty Action et Stamp Out Poverty. Disponible en ligne sur : [http://www.steuer-gegen-armut.org/fileadmin/Dateien/KampagnenSeite/Unterstuetzung\\_Ausland/Einzelstaaten/2010/1008\\_National\\_Transaction\\_Taxes\\_Survey.pdf](http://www.steuer-gegen-armut.org/fileadmin/Dateien/KampagnenSeite/Unterstuetzung_Ausland/Einzelstaaten/2010/1008_National_Transaction_Taxes_Survey.pdf), dernière visite le 4 septembre 2013
- <sup>124</sup> Fonds monétaire international (2012), « Regional Economic Outlook: Sub-Saharan Africa. Sustaining Growth amid Global Uncertainty », FMI : Washington D.C.
- <sup>125</sup> Oxfam International (2012), « La moitié des milliards "privés" cachés dans les paradis fiscaux pourrait permettre d'éradiquer l'extrême pauvreté ». Disponible en ligne sur: <http://www.oxfam.org/fr/eu/pressroom/pressrelease/2013-05-22/la-moitie-des-milliards-privés-cachés-dans-les-paradis-fiscaux>, dernière visite le 16 septembre 2013.
- <sup>126</sup> Christian Aid (2008), *op.cit.*
- <sup>127</sup> Base de données de l'OMS sur les dépenses dans le monde. En 2011, les dépenses publiques de santé de l'ensemble des pays d'Afrique sub-saharienne atteignaient 36,4 milliards d'USD. Disponible en ligne sur : <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, dernière visite le 2 juillet 2013
- <sup>128</sup> Organisation mondiale de la Santé (2010), *op.cit.*
- <sup>129</sup> Ministère de la Santé en Éthiopie (2013), « Ethiopia's health sector: excellent returns on your development funding », ministère fédéral de la Santé : Addis Ababa. Disponible en ligne sur: [http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country\\_Pages/Ethiopia/Excellent>Returns.FMOH.Feb2013.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Ethiopia/Excellent>Returns.FMOH.Feb2013.pdf), dernière visite le 1<sup>er</sup> septembre 2013
- <sup>130</sup> Organisation mondiale de la Santé (2010), *op.cit.*
- <sup>131</sup> Davidson Gwatkin, résultats pour le développement
- <sup>132</sup> Gwatkin et Ergo (2010), *op.cit.*
- <sup>133</sup> Acharya et al (2012), *op.cit.*

© Oxfam International octobre 2013

Ce document a été rédigé par Ceri Averill avec l'aide d'Anna Marriott. Oxfam remercie Sophie Freeman, Monica Mutesa, Mohga Kamal Yanni, Tobias Luppe, Katie Malouf-Bous, et Emma Seery pour leur assistance dans sa réalisation. Ce document fait partie d'une série de textes écrits pour informer et contribuer au débat public sur des problématiques relatives au développement et aux politiques humanitaires.

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)

Ce document est soumis aux droits d'auteur mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel : [policyandpractice@oxfam.org.uk](mailto:policyandpractice@oxfam.org.uk).

Les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

Publié par Oxfam GB pour Oxfam International sous l'ISBN 978-1-78077-481-7 en octobre 2013. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Royaume-Uni.

## OXFAM

Oxfam est une confédération internationale de 17 organisations qui, dans le cadre d'un mouvement mondial pour le changement, travaillent en réseau dans 94 pays à la construction d'un avenir libéré de l'injustice qu'est la pauvreté.

Oxfam Amérique ([www.oxfamamerica.org](http://www.oxfamamerica.org))  
Oxfam Australie ([www.oxfam.org.au](http://www.oxfam.org.au))  
Oxfam-en-Belgique ([www.oxfamsol.be](http://www.oxfamsol.be))  
Oxfam Canada ([www.oxfam.ca](http://www.oxfam.ca))  
Oxfam France ([www.oxfamfrance.org](http://www.oxfamfrance.org))  
Oxfam Allemagne ([www.oxfam.de](http://www.oxfam.de))  
Oxfam Grande-Bretagne ([www.oxfam.org.uk](http://www.oxfam.org.uk))  
Oxfam Hong Kong ([www.oxfam.org.hk](http://www.oxfam.org.hk))  
Oxfam Inde ([www.oxfamindia.org](http://www.oxfamindia.org))  
Intermon Oxfam Espagne ([www.intermonoxfam.org](http://www.intermonoxfam.org))  
Oxfam Irlande ([www.oxfamireland.org](http://www.oxfamireland.org))  
Oxfam Italie ([www.oxfamitalia.org](http://www.oxfamitalia.org))  
Oxfam Japon ([www.oxfam.jp](http://www.oxfam.jp))  
Oxfam Mexique ([www.oxfammexico.org](http://www.oxfammexico.org))  
Oxfam Nouvelle-Zélande ([www.oxfam.org.nz](http://www.oxfam.org.nz))  
Novib Oxfam Pays-Bas ([www.oxfamnovib.nl](http://www.oxfamnovib.nl))  
Oxfam Québec ([www.oxfam.qc.ca](http://www.oxfam.qc.ca))

Pour de plus amples informations, veuillez contacter les différents affiliés ou visiter [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org). Courriel : [advocacy@oxfaminternational.org](mailto:advocacy@oxfaminternational.org)

[www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)

