



municipalservicesproject

OCCASIONAL PAPER No. 20 – NOVEMBRE 2013

Couverture sanitaire universelle:

Par delà la rhétorique

Amit Sengupta

Éditeurs de la série: David A. McDonald et Greg Ruiters

À PROPOS DU PROJET

Le Projet Services Municipaux (MSP) explore les alternatives à la privatisation et à la commercialisation des services d'eau et assainissement, d'électricité et de santé en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Il est composé d'académiques, de syndicalistes, d'activistes et de représentants d'organisations non-gouvernementales et de mouvements sociaux à travers le globe qui sont engagés à analyser les modèles alternatifs de prestation des services publics pour comprendre les conditions de leur durabilité et de leur transférabilité.

Traduction: Mouvement Populaire pour la Santé

Édition et révision: Madeleine Bélanger Dumontier

© 2014 Municipal Services Project



Ce project est financé par le gouvernement canadien à travers le Centre de recherches pour le développement international (CRDI).

Partenaires

Africa Water Network | Queen's University | African Centre on Citizenship and Democracy | Red Vida | Centro de Estudios Superiores Universitarios | Regional Network on Equity in Health in Eastern and Southern Africa | Focus on the Global South | School of Oriental and African Studies | People's Health Movement | Transnational Institute | Public Services International Research Unit | University of Ottawa School of International Development and Global Studies

Table des matières

Résumé	2
La CSU à la rescousse?	4
Les fondements idéologiques de la CSU	6
Les ambiguïtés de la CSU.....	9
Quel avenir pour les systèmes de santé publics intégrés?	10
Où sont les preuves?.....	10
L'efficacité des systèmes publics.....	11
La CSU dans les pays capitalistes plus avancés	13
La santé et le pouvoir de négociation des travailleurs.....	13
Contradictions internes	14
La disparition des systèmes de santé basés sur la solidarité.....	15
La CSU dans les pays à revenu faible et intermédiaire	16
Thaïlande : excellente couverture, faible dépense publique	17
Brésil : soins primaires complets, soins hospitaliers privés.....	18
Inde : soins publics déficients, assurance santé inefficace.....	19
Tendance forte	20
Conclusions	21

RÉSUMÉ

« Il y a un homme riche et un homme pauvre atteints de la tuberculose. L'homme riche se rétablit et l'homme pauvre meurt. Ceci exprime succinctement le lien étroit entre l'économie et la pathologie. »

Norman Bethune, *circa* 1930

Ce document met en cause l'enthousiasme grandissant pour la couverture sanitaire universelle (CSU) qui est envisagée de plus en plus comme la solution miracle aux besoins de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Bien que la confusion persiste sur ce que signifie réellement la CSU, les agences internationales de développement la définissent comme un système de financement de la santé basé sur la mise en commun de fonds pour fournir une couverture santé à toute la population d'un pays, souvent sous la forme d'un ensemble donné de services offerts via une assurance santé et fournis par un secteur privé en expansion.

Les agences mondiales telles l'Organisation mondiale de la Santé et les institutions financières internationales comme la Banque mondiale, favorisent cette approche en réponse à la montée des dépenses catastrophiques pour les patients¹ et face à l'effondrement des systèmes de santé dans le Sud (tous deux ayant été précipités par l'austérité fiscale imposée par ces mêmes institutions dans les années 1980 et début 1990). Dans ce nouveau modèle la CSU impose une séparation marquée entre le financement de la santé et la prestation des soins, permettant l'intervention de compagnies d'assurance privées, de prestataires et d'organisations de gestion des soins de santé privés. La logique veut que les défis liés aux soins de santé requièrent un remède immédiat, et comme le système public est jugé trop faible pour y répondre, la stratégie privilégiée est de se tourner vers le secteur privé.

En résumé, le modèle de la CSU est construit et se prête à la standardisation de la politique néolibérale, en détournant les autorités politiques des options de santé universelle basées sur les systèmes publics. Construire et améliorer les systèmes publics de santé n'est pas à l'ordre du jour, et l'État est généralement confiné au rôle de gestionnaire du système.

Bien que les programmes CSU soient soutenus avec zèle par les agences mondiales de la santé, les preuves pour justifier leur mise en œuvre demeurent extrêmement ténues. Les données fiables permettant d'évaluer leur performance sont rares (Giedion et al 2013) et les méthodologies pour en faire la collecte font défaut, tel qu'illustré dans ce document par les données hautement contestées de certaines récentes réformes sanitaires basées sur l'assurance universelle dans le Sud (p. ex. au Chili, en Colombie et au Mexique), réformes qui, malgré ce, ont été utilisées pour légitimer l'approche CSU.

Ce document soutient que garantir le financement des soins de santé est nécessaire mais que cette condition est insuffisante pour bâtir un système de santé équitable offrant une qualité de soins. Nous analyserons les raisons pour lesquelles les moyens financiers doivent être acheminés via des systèmes publics bien conçus pour être dépensés de façon efficace. Nous estimons également qu'en niant l'importance de la prestation publique des soins de santé, beaucoup d'adeptes de la CSU sont en fait intéressés par la création de marchés de la santé qui pourront être exploités par le capital financier.

Pour contextualiser le débat sur la CSU, nous nous pencherons sur des expériences européennes semblables dans lesquelles la santé a pris une valeur marchande. Nous présenterons également les cas du Brésil, de l'Inde et de la Thaïlande qui illustrent comment cette tendance est devenue mondiale, renforcée par la mise en œuvre de nouvelles initiatives de CSU. Notre analyse démontre qu'en dépit de politiques en faveur d'un système public de santé dans ces pays, la culture néolibérale y est devenue dominante. Ainsi, même dans le cas de réformes largement acclamées, l'équité et l'efficacité tendent à être compromises en raison de pressions idéologiques empêchant l'adoption d'un système entièrement public de prestation de soins de santé.

Les défis associés au développement de systèmes de soins de santé équitables et de bonne qualité sont les plus criants dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les populations augmentent plus rapidement, où la prévalence des maladies infectieuses est plus élevée, et où les maladies non-transmissibles sont en croissance. Réinventer les soins de santé publics – plutôt que les affaiblir via la CSU – est présenté comme le seul chemin à suivre pour atteindre l'accès à la santé pour tous.

La CSU à la rescousse?

En moins de 10 ans, la couverture sanitaire universelle (CSU) est devenue le sujet de prédilection des discussions internationales sur l'accès aux soins de santé. Certains analystes l'ont désignée comme la troisième grande transition dans le domaine de la santé, modifiant la manière dont les services sont financés et la manière dont les systèmes sont organisés (Rodin et de Ferranti 2012). La CSU est actuellement largement envisagée comme la solution aux besoins urgents de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, d'où la nécessité de comprendre ce qu'elle promet.

Au niveau international, la CSU a été mentionnée pour une des premières fois à la 58e Assemblée mondiale de la santé en 2005, dans une résolution appelant les États-membres « à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoin de soins » (AMS 2005). Ainsi, la base conceptuelle de la CSU concernait au départ « le financement durable de la santé » et non les mécanismes de prestation de soins de santé ou la nature des systèmes de santé. Or, très vite la couverture sanitaire universelle conçue en tant que moyen de *financement* durable pour les soins de santé a commencé à être amalgamée avec les systèmes de santé en tant que tels, encourageant aussi la participation systématique du secteur privé en matière de *prestation* des soins de santé². L'utilisation du terme « couverture » plutôt que « soins » est symptomatique de la dérive de l'intérêt vers le financement de la santé plutôt que la conception de ses systèmes.

Les agences internationales se sont ralliées à la CSU en réponse à l'augmentation rapide des dépenses de santé catastrophiques pour les ménages, avec comme toile de fond l'effondrement des systèmes de santé public. Ceci était pourtant la conséquence de la période prolongée de négligence des services de santé publics et de leur privatisation tel qu'imposé par les institutions financières internationales via les programmes d'ajustement structurel dans les années 1980 (McPake et Mills 2000). Cette réalité n'était pas unique au secteur de la santé naturellement, mais liée à la position idéologique des institutions financières mondiales envers les services publics en général³. Dans les années 1980 les arguments pour la privatisation des systèmes de santé étaient fréquemment reflétés dans les publications de la Banque mondiale, faisant écho à la position développée dans les années 1960 qui voulait que les soins de santé n'aient pas de caractéristiques les différenciant nettement des autres biens marchands (McPake et Mills 2000, 812).

Dans son *Rapport sur le développement dans le monde* 1993, la Banque mondiale a publié un classement des interventions de soins de santé les plus courantes en fonction de leur coût-bénéfice, et l'ont utilisé pour proposer un ensemble restreint de services de santé publics pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Au mieux cette offre minimum pouvait couvrir un tiers de la charge de morbidité estimée dans les pays à revenu faible et un cinquième dans les pays à revenu intermédiaire. Selon cette approche, des maladies très courantes étaient exclues du financement public dans les pays pauvres : entre autres les maladies chroniques y compris le diabète, la cataracte, l'hypertension,

la maladie mentale et le cancer cervical (Segall 2003). Cet ensemble de soins minimum a été largement accepté et incorporé dans les politiques adoptées par la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire grâce aux agences financières internationales qui ont maintenu leur influence tout au long des années 1990.

Les réformes durant cette période ont conduit à des coupures au niveau des dépenses dans les soins de santé publics. Déjà dans les 37 pays les plus pauvres, les dépenses publiques en santé par habitant avaient été réduites de moitié dans les années 1980 (Sanders 2000). Au Mexique par exemple, les dépenses en santé par habitant avaient diminué de 50-60 % entre 1982 et 1987. La reprise du financement y a été lente, et en 2000 les dépenses pour la santé publique étaient toujours plus basses que le niveau pre-1982 (Laurell 2007). En 1991, le Pérou dépensait 12 \$ par habitant pour la santé et l'éducation, un quart de ce qui était dépensé 10 ans plus tôt – représentant la moitié du montant servant à rembourser la dette aux banques occidentales (Sanders 2000). En Inde, le système de santé public qui était déjà cruellement sous-financé a été confronté à des restrictions supplémentaires avec les réformes néolibérales de 1991 (Berman et Ahuja 2008). Il y a aussi eu une diminution significative des dépenses pour la santé publique dans la plupart des pays africains, alors qu'elles y étaient déjà extrêmement basses. Entre 1980-1985 (moyenne pour cette période) et 1986, il y a eu un déclin réel de 9,3 % et 9,1 % respectivement pour les pays que la Banque mondiale classe comme des pays à revenu intermédiaire et faible (World Bank 1994, 145). Une telle réduction du financement pour la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire a eu des répercussions directes sur les services offerts par le secteur public compte tenu que dans la plupart de ces pays la majeure partie des fonds publics en santé était utilisée directement pour maintenir les établissements de santé publics (contrairement aux pays à haut revenu où les fonds publics étaient dans beaucoup de cas utilisés pour la prestation de services dans le secteur privé).

Au tournant du millénaire, la situation générale au regard des soins de santé dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire était caractérisée par :

1. L'effondrement du système de santé public, marqué par une infrastructure inadéquate, des travailleurs de la santé insatisfaits et des ressources en diminution.
2. L'augmentation de la pénétration du secteur privé en santé pour combler le vide créé par le retrait des services publics. Ceci était particulièrement vrai dans le cas des soins secondaires et tertiaires, où les marges de profit du secteur commercial sont plus grandes.
3. Comme conséquence, une montée des dépenses de santé catastrophiques pour les ménages, une part importante provenant des paiements directs.

Pour remédier à la situation, la reconstruction et le renforcement des systèmes publics auraient pu être priorisés; or, c'est la manière dont les services seraient financés plutôt que fournis qui a été mis de l'avant sous l'appellation de CSU. La conviction sous-jacente semblait être que si les finances étaient assurées, la prestation des soins de santé pourrait être prise en charge autant par le secteur

privé que public. Un tel postulat ne tenait pas compte du fait qu'un système de santé n'est pas qu'un agrégat de prestataires de services et d'établissements épars mais un réseau intégré de services et de soins stratégiquement assignés aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

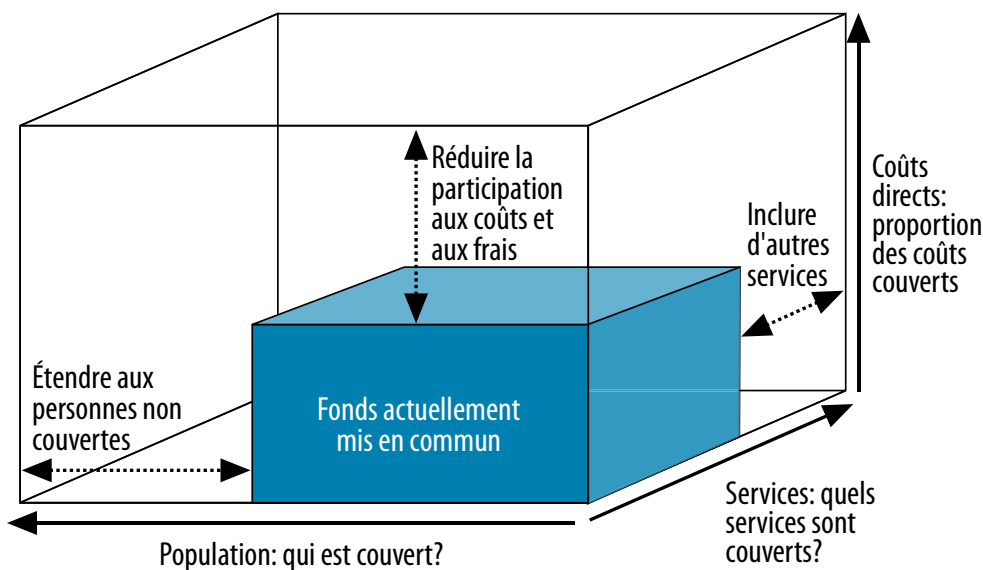
Les contours de la CSU se sont dessinés sur la base de certaines initiatives de la fin des années 1990 et du début des années 2000, particulièrement en Amérique latine où les réformes étaient basées sur les modèles d'assurance universelle. Les mécanismes adoptés au Chili, en Colombie et au Mexique par exemple partagent certaines caractéristiques principales : l'augmentation des dépenses nationales pour les soins de santé, aussi bien privés que publics, ainsi qu'une logique de marché centrée sur les « soins individuels » conçus comme un bien « privé ». À l'époque, il n'existait pas de consensus régional sur le succès de ces réformes, et certaines analyses des expériences au Chili et en Colombie suggèrent qu'elles n'ont pas amélioré la qualité des soins, l'équité ou l'efficacité, mais que les corporations internationales et les firmes de consultance ayant pénétré le secteur de la santé dans ces pays ont tout de même accru significativement leurs bénéfices (Homedes et Ugalde 2005). Pire, la logique du marché y a détruit les échafaudages institutionnels de la santé publique et collective. Le résultat a été la réapparition de maladies précédemment enrayerées et la réduction des interventions préventives (Laurell 2010). Cependant les puissantes institutions mondiales derrière ces réformes ont su présenter leur impact sous un jour favorable⁴. Notamment la Banque mondiale a joué un rôle clé dans la construction d'un consensus autour des réformes qui allaient devenir les précurseurs de la CSU, bien avant que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ne l'ait formellement adoptée comme faisant partie de son programme (p. ex. voir Kutzin 2000).

Les fondements idéologiques de la CSU

Il est important de comprendre la théorie sous-jacente à la CSU. Le *Rapport sur la santé dans le monde* de 2010 illustre le concept sous la forme d'un diagramme (Figure 1).

Dans ce cube, la CSU est conçue comme un système qui se dirigerait progressivement vers : i) la couverture pour la population entière pour un ensemble déterminé de services; ii) l'augmentation de l'étendue des services offerts; et iii) une croissance des fonds communs comme source principale de financement des soins de santé, et par conséquent une diminution de la participation aux coûts de ceux utilisant les services. Un tel système requiert une séparation nette des fonctions entre « prestataires » et « acheteurs », les questions de financement et de gestion devant être entièrement séparées de celles liées aux services de soins. L'importance des services de santé publics ne fait pas partie du portrait et l'État est confiné au rôle de gestionnaire du système.

Cette conception de la CSU a été défendue avec force par la plupart de ses partisans. Parmi eux, Julio Frenk, l'architecte du système d'assurance maladie au Mexique suggère que la gestion (incluant le déploiement de politiques équitables) et le financement justes sont essentiellement des responsabilités publiques, alors que la prestation des services est mieux servie par un mélange pluraliste qui inclut le secteur privé et la société civile (Frenk et de Ferranti 2012).

FIGURE 1 : Le cube de la CSU

Source: OMS 2010, p. 14, Fig. 1

Il est intéressant de noter ici que la séparation entre l'État comme prestataire de services et l'État comme acheteur de services a marqué les réformes dans d'autres secteurs publics⁵. Dans le domaine de la santé, cela signifie théoriquement que les services peuvent être entièrement fournis par les entreprises privées pendant que l'État se charge de sécuriser les moyens financiers pour de tels services et de réguler leur qualité et leur étendue. La séparation « prestataire-acheteur » met un prix sur les services; elle les instrumentalise, ce qui est une condition préalable à leur transaction sur le marché (Laurell 2007).

Le retrait de l'État comme prestataire de services publics s'est accompagné par une nette réforme de ces services, sous le sceau de la « nouvelle gestion publique » (Vabø 2009). La proposition de la CSU n'est pas étrangère à cette tendance. La stratégie a été d'introduire dans le secteur public un modèle de gestion, d'organisation, une culture du marché du travail et des pratiques empruntés au secteur privé dans l'espoir que les services publics soient délivrés de façon efficace, ce que le secteur privé (et son environnement compétitif) réalisait déjà supposément. Plus spécifiquement, on a tenté d'introduire des « marchés internes » dans le domaine de la prestation publique. À travers ces réformes, les financements publics ont été maintenus mais des démarches ont été entreprises en vue d'isoler les acheteurs des prestataires de soins. L'idée veut que des unités individuelles soient placées en concurrence auprès des consommateurs. L'acheteur de ces services (les patients ou leurs représentants) doit être capable de changer de prestataire de façon relativement facile. La réorganisation dans ce sens de la nouvelle gestion publique semble cruciale pour la privatisation ultérieure des services publics, puisque les services publics dans leur forme classique ne sont pas des biens commercialisables (Pierson 2001, 157).

Le rôle de l'État a été défini par l'OMS dans son *Rapport sur la santé dans le monde* de 2010 de la manière suivante : « Il appartient aux gouvernements de veiller à ce que tous les prestataires, publics et privés, opèrent correctement et se chargent des besoins des patients de manière coût-efficace et efficiente » (OMS 2010, p. xx). En d'autres mots, la CSU ne discrimine pas entre les services publics et privés, ses seules préoccupations étant la rentabilité et l'efficacité. En pratique, le rôle impartial de l'État peut être interprété de plusieurs manières et dépend largement du fonctionnement des services publics dans un pays donné. Comme la plupart des systèmes publics de santé sont dans un état lamentable, il est tentant pour les États de ne pas les reconstruire et de dépendre de façon croissante sur des prestataires privés. La logique est que l'impact des dépenses catastrophiques en santé nécessite un remède immédiat et, comme le système public est trop faible pour l'offrir, il semble plus stratégique de se tourner vers le secteur privé. Le modèle de la CSU fournit donc l'opportunité de faire le choix d'ouvrir le système de santé d'un pays aux prestataires privés plutôt que de considérer la prestation publique des services comme la pierre d'assise de ce système. Selon le modèle de la CSU, les gouvernements peuvent choisir des moyens plus progressifs pour le financement – tels qu'une taxe prélevée dans un régime progressif d'impôts. Cependant dans les situations où l'État est lui-même engagé à suivre une politique néolibérale, de telles options peuvent difficilement être adoptées.

En fait, les supporters influents de la CSU sont contents de mettre en évidence le rôle stratégique joué par les gouvernements dans l'achat de soins afin d'augmenter l'efficacité plutôt que de promouvoir leur participation dans la prestation des services. Par exemple, un numéro du bulletin de l'OMS défend : « les pays ne peuvent pas atteindre la couverture santé universelle simplement par le financement. Pour soutenir le progrès, il faut assurer l'efficacité et la responsabilité. L'outil financier principal en santé pour promouvoir la rentabilité dans l'utilisation des fonds est l'achat, et plus spécifiquement l'achat stratégique » (traduction de Kutzin 2012).

Ce discours est en contraste marqué avec la vision des soins de santé primaire envisagée dans la déclaration d'Alma Ata de 1978, qui appelait à construire des systèmes de santé qui puissent fournir des soins complets, qui soient intégrés, organisés pour promouvoir l'équité, et basés sur les besoins des communautés (PHM et al 2005, 56). A la place, la CSU envisage les soins de santé comme les pièces d'un puzzle, reliées seulement par un mécanisme de financement commun et par la réglementation d'une série de prestataires privés et publics.

En fait, la couverture sanitaire universelle n'est qu'un aspect des soins de santé universels. La couverture en tant que stratégie s'oriente principalement vers la réalisation d'un réseau étendu de prestataires et d'institutions de santé élargissant l'accès aux services pour la majorité de la population. Par contre, ce qui demeure hautement contesté concerne les éléments considérés suffisants pour que la couverture soit adéquate (Stucker et al 2010). La CSU est essentiellement désignée pour universaliser la « couverture » plutôt que les « soins » de santé.

Néanmoins, la CSU est une avancée dans la mesure où elle représente une reconnaissance explicite de deux aspects importants de la santé publique. Premièrement, en prescrivant un rôle central à l'État pour sécuriser les moyens de financement pour les soins de santé et pour réguler la qualité et l'étendue des services, la CSU reconnaît que les défaillances du marché sont une caractéristique des soins de santé privés qui va au détriment des intérêts des patients. Deuxièmement, la CSU reconnaît également que la santé est un bien public avec des effets externes, et que l'État est responsable d'assurer l'accès aux soins de santé. Donc, la CSU fournit la possibilité d'exercer un choix et les gouvernements progressistes peuvent essayer de privilégier les systèmes publics et examiner les mécanismes de financement qui favorisent l'équité. Les fonds communs de la CSU peuvent faciliter le développement de systèmes publics de soins de santé complets, mais cela ne peut advenir que par un choix politique.

Les ambiguïtés de la CSU

Il y a deux niveaux d'ambiguïté présents dans le concept actuel de la CSU. En premier lieu, alors qu'il exige que les fonds pour la santé soient mis en commun, il ne privilégie pas la même chose pour la prestation des services, ce qui veut dire qu'il ne propose pas un système unifié de prestation publique. En second lieu, il ne définit pas l'étendue de la couverture, ce qui implique qu'elle pourrait se limiter à un ensemble de soins vraiment basiques, apparenté aux prescriptions de la Banque mondiale des dernières décennies. Ce dernier point est formulé dans la proposition de la CSU qui veut que les mécanismes exacts de mise en commun des fonds dépendent des processus sociaux et de l'action politique qui établissent les paramètres pour un rôle public acceptable dans les soins de santé. Dans certains cas, le gouvernement pourrait être confiné à réguler le secteur de la santé, alors que dans d'autres cas, le gouvernement pourrait financer et fournir directement les soins de santé (Savedoff et al 2012).

Ces ambiguïtés ont été clairement formulées dans une récente revue de la littérature sur la CSU. Parmi les 100 articles analysés seulement 21 fournissaient une définition claire de la CSU. Parmi ceux-ci, il existait peu de consensus sur le concept, sa signification restant souvent imprécise. La plupart des auteurs se référaient à la CSU comme une couverture universelle, mais différaient à savoir s'il s'agissait d'un ensemble complet ou limité de services de soins de santé (Stuckler et al 2010).

Le modèle de la CSU fournit des choix dans un environnement politique et économique qui n'est pas neutre. L'environnement néolibéral peut exploiter ces ambiguïtés inhérentes au modèle de la CSU et promouvoir un modèle basé sur le marché. Un tel modèle, offrant une combinaison de fonds publics communs et de prestation privée, devient pour le capital privé une voie efficace pour soutenir des profits. L'État met en commun les fonds pour les soins de santé (perçus à travers une taxe de base primaire ou la combinaison de contributions d'employés, d'employeurs et du gouvernement), créant de nouvelles opportunités lucratives pour les compagnies d'assurance et les organisations de gestion de la santé par exemple.

La mise en commun des fonds fournit une demande réelle (c.-à-d. un pouvoir d'achat) pour l'industrie des soins de santé dans des pays où la plupart des gens vivent dans une pauvreté extrême. Cela ouvre également un nouveau marché lucratif : l'administration des fonds des assurances maladies. De plus, dans une CSU basée sur le modèle de l'assurance, bien que des fonds publics soient engagés pour la santé, cela est fait à travers des subventions (on met de l'argent dans les poches des utilisateurs) au lieu d'agir au niveau de l'offre en augmentant le budget des institutions publiques. En résulte un niveau de compétition supplémentaire : non seulement les prestataires publics et privés sont-ils en compétition, mais nous voyons également une compétition entre plans d'assurance privés et publics. De plus, les compagnies privées offrent une série d'avantages dans le but de casser le « monopole » des institutions publiques (Laurell 2010).

Quel avenir pour les systèmes de santé publics intégrés?

La foi inébranlable en « l'efficacité » plus grande des services de santé privés dans le modèle dominant de la CSU est liée à la difficulté de mesurer la qualité et l'efficacité des systèmes de santé publics intégrés. Les critères d'évaluation habituels des résultats en matière de santé (p. ex. mortalité infantile, espérance de vie, etc.) ne peuvent pas être liés directement aux services de soins de santé, car ils dépendent souvent plus fondamentalement d'autres déterminants de la santé (p. ex. la pauvreté, le logement, l'alimentation, l'emploi, l'environnement, les rôles de genre, etc.). En fait, seulement 10 à 15 % des gains au niveau de l'espérance de vie peuvent être attribués aux soins de santé (Leys 2009, 6). Malgré cela, les mesures existantes de la couverture sanitaire sont centrées sur les évaluations quantitatives de l'accès aux services de soins de santé, en particulier aux plus coûteux (Moreno-Serra et Smith 2011).

Un autre type de critères d'évaluation couramment utilisé pour mesurer l'efficacité des services de soins de santé fait appel à l'aspect subjectif comme la satisfaction du patient, le comportement des travailleurs de la santé, et les critères simples tels que les temps d'attente dans les cliniques et les hôpitaux. L'utilisation de ces paramètres désavantagent souvent les services de santé publics par rapport aux prestataires privés qui semblent mieux adaptés pour répondre à ces problèmes, bien que cela ne soit pas nécessairement pertinent au regard de la qualité des services. D'autre part, les patients sont rarement en position de juger correctement de la qualité des services, dû à l'énorme asymétrie d'information qui existe dans le domaine des soins médicaux.

Où sont les preuves?

Démontrer l'impact de la mise en œuvre récente de plans CSU est un défi (Giedion et al 2013, 101) et les méthodologies pour en recueillir les données sont singulièrement manquantes. Beaucoup

d'évaluations des plans CSU se contentent de mesurer l'impact sur les paiements directs par les patients (Giedion et al 2013, 101), et non la qualité et l'étendue des services offerts. Par conséquent, la preuve de l'impact positif de la CSU sur la santé reste extrêmement ténue, et des défis méthodologiques importants persistent. Par exemple, des évaluations du système *Seguro Popular* au Mexique, tellement vanté par certains, n'indiquent pas d'effet positif sur les indicateurs de la santé tel que déclaré par les patients et n'attestent d'aucun changement dans les tendances générales d'utilisation des services (Moreno-Serra et Smith 2011).

L'argument le plus fréquent pour le financement commun et l'assurance – le cachet de la CSU – est qu'ils réduisent les risques financiers. Cependant, l'assurance ouvre également la porte à de nouvelles opportunités de consommation de soins onéreux utilisant la haute technologie qui permettent des améliorations de la santé valorisées par les patients, surtout à cause des prestataires privés qui sont capables d'exploiter cette information à leur avantage; à savoir si l'assurance (sous n'importe quelle forme) réduit en pratique le risque financier demeure une question ouverte. Une large étude menée en 2005 sur les systèmes d'assurance en Chine indique que cela peut au contraire être associé à une augmentation du risque de paiements directs importants (Wagstaff et Lindelow 2005).

Avec des preuves si minces, il est impossible de clamer que les stratégies de la CSU – dans leur entièreté – fonctionnent. Ceux qui prétendent que les stratégies de la CSU sont plus prometteuses que les systèmes publics actuels disposent d'encore moins d'information probante. Il n'y a pour ainsi dire pas de données qui comparent les mérites relatifs des approches fondées sur la prédominance des services publics à celles fondées sur une collaboration privé-public avec prédominance du secteur privé.

L'efficacité des systèmes publics

Il y a cependant des raisons structurelles évidentes pour lesquelles des soins de santé axés sur le marché et la compétition ne promeuvent en fait ni l'efficacité⁶ ni la qualité (Rice 1997). La concurrence sur le marché ne promet pas des soins meilleurs; la plupart des patients n'ont pas assez de connaissances pour faire des choix informés – une situation qui est appelée asymétrie d'information dans le « marché » des soins de santé.

Les systèmes de santé commercialisés s'accompagnent souvent de coûts de transaction très élevés, qui sont nécessaires pour gérer ou réguler le marché. Une étude des établissements de soins de longue durée aux États-Unis estime qu'en 1999, un montant de 294,3 milliards de dollars avait été dépensé pour les coûts administratifs, représentant 31 % des dépenses pour les soins de santé du pays. Les coûts de transaction sont habituellement nettement inférieurs dans la plupart des systèmes publics; par exemple avant la transformation du système national de santé des États-Unis en un marché au milieu des années 1970, les frais de transaction étaient estimés à 5-6 % des dépenses totales (Leys 2009, 18).

Les systèmes publics sont plus efficaces car ils réalisent des économies d'échelle liées à l'achat, à l'approvisionnement et à la distribution des médicaments et de l'équipement (Robinson et White 2001). En Inde dans l'état de Tamilnadu par exemple, l'achat groupé de médicaments par une entité du secteur public a réduit les frais significativement et les autres états se sont engagés à suivre ce modèle (Singh et al 2013). Les systèmes publics sont les mieux placés pour éviter les gaspillages dans les investissements en capitaux, la duplication des équipements et services, et l'accent qui serait mis sur le superflu dans les hôpitaux dans un environnement de concurrence de marché (Ramesh et al 2013, 13-14).

Les systèmes publics accomplissent également des tâches qui ne sont pas directement liées à la prestation des soins, incluant la surveillance des maladies, l'immunisation, la lutte antivectorielle, les campagnes de prévention telles que les examens anténataux et les visites médicales à l'école, etc. Il peut être argumenté qu'un éventail de prestataires privés pourrait offrir ces services si des mécanismes solides de réglementation imposaient que ces conditions soient remplies. En pratique, cependant, les biens publics tels que la couverture pour tous, la sensibilisation de la population, l'approche communautaire et les services d'urgence sont plus efficacement fournis à travers des programmes publics que par des systèmes privés réglementés (Sachs 2012, 945).

Si les systèmes de santé souhaitent atteindre des soins universels, il existe des coûts marginaux importants liés à leur prestation pour les catégories les plus défavorisées de la population et les communautés les plus reculées. Les services de santé liés aux maladies chroniques sont souvent relativement plus chers et il en va de même pour le traitement des maladies rares (Allotey et al 2012). Dans les sociétés qui vieillissent rapidement, une large proportion des besoins en soins de santé sont concentrés dans les derniers mois ou dernières années de vie. Les systèmes publics peuvent absorber ces coûts marginaux et les répartir parmi toute la population. Dans les systèmes privés, ces coûts pourraient paraître inacceptables et les prestataires pourraient tenter d'éviter d'apporter des soins aux personnes vivant dans les zones mal desservies, aux personnes défavorisées, et à celles nécessitant des soins chers et un traitement à long terme. Les systèmes publics, donc, promeuvent l'équité alors que même les meilleurs systèmes privés la mettent en péril. Enfin, la concurrence nuit à la collaboration entre les différents prestataires, pourtant un élément déterminant de la bonne qualité des soins, spécialement lors de l'acheminement vers différents types de spécialistes ou vers différents niveaux du système de soins de santé.

L'argument selon lequel les systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire devraient tirer avantage du secteur privé déjà dominant pour élargir et améliorer les soins de santé est clairement biaisé. Les paiements directs élevés pour les ménages et la part importante des prestations privées dans les pays à faible revenu sont le reflet de services publics inadéquats, forçant la classe moyenne et aisée à s'adresser directement aux prestataires privés pendant que les pauvres se retrouvent sans accès à des services de base fiables. Cette réalité est malheureuse et n'est sûrement pas un argument en faveur des prestations privées; au contraire cela devrait servir d'appel au renforcement du secteur public profondément sous-financé (Sachs 2012, 745).

La CSU dans les pays capitalistes plus avancés

Des variantes du modèle de la CSU qui est proposé aujourd'hui existent dans différentes parties du globe depuis plus de 130 ans, en commençant par l'Allemagne sous Bismarck dans la seconde partie du 19^e siècle. De tels modèles influencent le développement des systèmes de santé dans la plupart des pays développés à ce jour (avec l'exception notable des États-Unis).

Pour projeter l'avenir de la CSU dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il est important de tirer des leçons de ces expériences historiques pour deux raisons. Premièrement les modèles promus aujourd'hui dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont justifiés à l'appui de résultats obtenus dans les pays développés, ne tenant pas compte du fait que ces systèmes sont imparfaits et qu'ils sont le fruit d'une longue histoire de lutte sociale et de compromis des États capitalistes. Deuxièmement, beaucoup de ces systèmes sont actuellement en difficulté et sont confrontés à des perspectives de réformes conçues pour favoriser l'entrée du secteur privé de la même façon que dans le Sud.

La santé et le pouvoir de négociation des travailleurs

L'introduction des programmes de couverture sanitaire universelle en Europe et ailleurs a ses racines dans la tentative de contrer la vague croissante de mécontentement parmi la classe ouvrière. Ils consistent initialement d'allocations sociales durant la maladie et, plus tard, intègrent un régime de droits pour les soins de santé. Le premier pays européen ayant instauré l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs est l'Allemagne en 1883; d'autres pays, y compris l'Autriche, la Grande-Bretagne, la Hongrie, la Hollande, la Norvège et la Russie suivent en 1912. D'autres encore, y compris la Suède en 1891, le Danemark en 1892, la France en 1910, et la Suisse en 1912, optent pour subventionner des groupements mutuels formés par des travailleurs. La raison première de l'émergence de ces programmes en Europe est la recherche de stabilisation du revenu et la protection contre la perte de salaire en cas de maladie, bien plus que le paiement des dépenses médicales qui n'arrivera que plus tard. Les programmes sont à l'origine conçus comme un moyen de maintenir les revenus et d'acheter l'allégeance politique des travailleurs (Palmer 1999).

L'élan pour la CSU est venu d'un besoin d'offrir des concessions aux travailleurs pauvres; il n'est pas né d'une vision cohérente de la manière dont les services de santé devraient être organisés. Comme cela sera discuté plus loin, tous les pays capitalistes développés ont renoncé à adopter un système de santé entièrement public, bien qu'il existe d'énormes différences parmi les types de systèmes mixtes privé-public mis en place. Le fait que les systèmes universels de santé en Europe de l'Ouest fonctionnent toujours ne reflète pas leur viabilité et leur efficacité, mais plutôt l'habileté des classes dirigeantes, lorsque contraintes à répondre à une mobilisation populaire dû au piètre accès aux soins de santé, à offrir une résistance idéologique à des soins de santé entièrement financés par le gouvernement et offerts par un système public unique.

Contradictions internes

Les tensions actuelles mettant à l'épreuve les systèmes de santé dans le Nord – via l'augmentation des coûts et l'incapacité des systèmes à répondre aux besoins en santé de la population – sont liées aux réticences à construire de réels systèmes publics couvrant tous les soins de santé. De tels défis ont conduit à des réformes du système de santé dans beaucoup de pays. Paradoxalement, pratiquement sans exception, la tendance est d'introduire de manière plus prononcée les mécanismes de marché.

L'expérience européenne est importante à notre discussion car les systèmes de santé sur le continent sont généralement construits autour de la notion de solidarité. Indépendamment des forces qui ont conduit à leur mise en place, le principe de solidarité sociale est inhérent aux deux principaux modèles présents en Europe : le modèle dit Bismarck qui existe largement sur le continent européen (un modèle similaire a été étendu aux pays tels que l'Australie, le Canada, le Japon, et plus récemment Singapour et la Corée du Sud) et le modèle Beveridge en Angleterre qui a émergé après la Deuxième Guerre mondiale. Un troisième modèle qui a été mis en place dans les anciens États socialistes de l'Union soviétique et de l'Europe de l'Est (le modèle Semashko⁷) a virtuellement disparu.

Le modèle Bismarck est de nos jours typiquement connu sous la forme d'une assurance sociale de santé pour laquelle sont mis en commun des fonds de l'État, des employés et des employeurs, alors que les soins de santé sont fournis par des établissements privés et publics. L'organisation de la prestation des soins de santé diffère d'un pays à l'autre, mais là où les établissements privés sont impliqués, ils sont étroitement contrôlés. De l'autre côté de la Manche, le financement du modèle Beveridge est fondé sur les impôts. Les soins primaires sont fournis par un réseau de généralistes alors que les secteurs secondaires et tertiaires le sont par les institutions publiques. Les généralistes, malgré qu'ils ne soient pas des employés du gouvernement, se trouvent étroitement liés avec le Système national de santé (*National Health System*) par contrat. Le modèle Semashko, qui n'a existé qu'en Union Soviétique et en Europe de l'Est, était financé par l'État et la prestation des soins était son exclusive prérogative.

Autant le modèle Bismarck que Beveridge reconnaissent explicitement le rôle de la solidarité sociale, tout en concevant des manières différentes de financer les soins de santé. Ils ont cependant été construits autour de contradictions fondamentales. Premièrement la contradiction entre le caractère solidaire du financement et l'appropriation privée des fonds de la collectivité par les prestataires de soins, y compris les industries telles que les compagnies pharmaceutiques et les fabricants d'équipements médicaux. Deuxièmement la contradiction entre les intérêts des individus et de la société toute entière dans un système de soins sûr, efficace et bon marché d'un côté, et de l'autre les intérêts des prestataires privés et des fabricants pour la vente toujours croissante de produits, la pratique de toujours plus d'opérations, et ainsi de suite (Pato 2011). Cela a comme conséquence, par exemple, que les patients européens se trouvent à contribuer aux super-profits des fabricants de produits pharmaceutiques à travers leurs fonds de solidarité (impôts ou cotisations à des fonds de santé).

La disparition des systèmes de santé basés sur la solidarité

Le contrôle des coûts et la recherche d'efficacité mènent à une marchandisation des soins de santé en Europe malgré qu'il n'y ait aucune preuve que les marchés privés permettent d'atteindre ces buts. Au contraire, il est démontré que globalement les systèmes opérant sans but lucratif sont meilleurs sur les deux plans. Par-delà l'Atlantique, l'examen de 132 études comparant les hôpitaux à but lucratif, sans but lucratif et autres institutions de soins de santé aux États-Unis entre 1980 et 2000 a montré que ceux sans but lucratif étaient souvent supérieurs en terme de coût-efficacité et de qualité (Leys 2009, 17).

Le secteur privé n'a jamais cessé d'exister en Europe de l'Ouest, malgré l'introduction de systèmes de santé basés sur la solidarité, et il a émergé de nouveau dans les pays de l'Est après les années 1980. Les soins de santé privés ont réalisé de nouvelles percées dans le secteur public (Leys 2009, 20), particulièrement au cours des 20 dernières années. Parmi plusieurs facteurs influençant la transformation des systèmes de santé basés sur la solidarité en systèmes de marché, un des facteurs déterminants a été l'affaiblissement du pouvoir de négociation des syndicats après les années 1970. Cette vulnérabilité des travailleurs a été une opportunité pour le capital de répliquer en récupérant les systèmes de santé dans le but de faire du profit.

La combinaison d'allègements fiscaux et d'austérité budgétaire a précipité la réforme des systèmes de santé en Europe dans les années 1980. Ceci ne concerne pas seulement les systèmes fondés sur les impôts mais aussi tous les pays avec l'assurance maladie, dont l'infrastructure hospitalière est typiquement financée par des fonds publics locaux qui sont maintenant menacés. L'assurance maladie a également été affectée par la difficulté croissante des travailleurs à verser leurs cotisations dans un contexte de stagnation des salaires (Hermann 2009, 127).

L'histoire de la réforme des soins de santé en Europe n'est pas complète sans mentionner le Système national de santé (*National Health System*, NHS) en Angleterre, qui a été progressivement démantelé et privatisé par les gouvernements successifs au cours du dernier quart de siècle. Ce processus et ses conséquences ont été profondément antidémocratiques et obscures. Des slogans tels que « partenariat public-privé », « modernisation », « optimisation des ressources », « appropriation locale » cachent l'étendue et la nature réelle de ce qui s'est passé, et la complexité des soins de santé permet d'occulter la réalité de cette transformation à travers un millier de demi-vérités (Pollock 2009). Mais le NHS représentait un anathème pour le capitalisme : un bon système de santé majoritairement public financé par des impôts dans une économie capitaliste⁸.

La CSU dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Les pays à revenu faible et intermédiaire doivent faire face à une série de défis auxquels les pays à revenu élevé n'ont pas été confrontés lorsqu'ils ont commencé à développer la couverture sanitaire universelle. Les demandes envers les systèmes de soins de santé étaient moindres au début du 20^e siècle car les technologies médicales disponibles étaient également moins développées. Les défis épidémiologiques auxquels doivent faire face les pays à revenu faible et intermédiaire aujourd'hui semblent aussi être plus sérieux car les populations croissent plus rapidement, avec une prévalence plus élevée de maladies infectieuses, et une charge croissante de maladies non-transmissibles comparativement aux pays qui ont instauré la couverture sanitaire au siècle passé (Savedoff et al 2012).

Nous avons, dans les sections précédentes, discuté brièvement de l'avenir des réformes de la CSU dans certains pays de l'Amérique latine tels que le Mexique et la Colombie dans les années 1980 et 1990. Nous allons nous tourner maintenant vers trois pays – le Brésil, la Thaïlande et l'Inde – pour mettre en évidence les défis actuels auxquels sont confrontés les pays à revenu faible et intermédiaire dans la mise en place de systèmes universels de soins de santé. Les exemples ne sont qu'illustratifs et ne doivent donc pas être vus comme entièrement représentatifs des modèles de la CSU pouvant être implémentés ailleurs dans le monde. Le Brésil et la Thaïlande sont des cas intéressants étant donné qu'ils sont cités (souvent correctement) comme des modèles réussis de systèmes de soins de santé universels. Quant à l'Inde, l'attention du monde s'est tournée vers les réformes au système de santé en cours et l'expansion rapide des programmes d'assurance maladie, dont l'analyse est utile car ils représentent certains des aspects négatifs du financement de la santé et de l'approche des soins de santé basée sur l'assurance.

Avant de poursuivre cependant il est important de mentionner qu'au-delà des limites de la « couverture » il existe différents exemples alternatifs montrant comment des soins de qualité ont été, ou sont encore, promus par des systèmes publics dans le Sud, comme en Chine, au Costa Rica, à Cuba, en Malaisie, au Sri Lanka, au Rwanda et au Venezuela bien plus récemment. Qu'il y ait eu ou non revirement partiel voire total du rôle des systèmes publics dans beaucoup de ces pays est une autre histoire. C'est l'histoire de comment l'économie néolibérale l'a emporté sur les faits. L'histoire de ces services publics, les raisons et l'étendue de leur succès, ainsi que les causes et conséquences de leur disparition partielle ou complète (dans des pays comme la Malaisie, le Sri Lanka et la Chine) requièrent une autre discussion beaucoup plus large⁹. Nous pouvons néanmoins résumer ici l'histoire du Brésil, de la Thaïlande et de l'Inde pour comprendre comment la CSU est interprétée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire aujourd'hui, en contraste avec ces autres modèles complets et intégrés de systèmes de santé, révélant combien l'approche actuelle est imprégnée de la culture néolibérale.

Thaïlande : excellente couverture, faible dépense publique

Les réformes de la santé en Thaïlande ont fait la manchette pour avoir permis de rapides avancées vers la couverture universelle. Elles représentent un processus endogène non ouvertement lié aux pressions des institutions mondiales (contrairement au cas des pays d'Amérique latine).

En 2002, le projet de loi sur l'assurance santé nationale (*National Health Insurance Bill*) est entré en vigueur, créant le plan de couverture universelle des soins de santé, principalement financé par le gouvernement sur la base d'un calcul par habitant et administré par l'Office national de sécurité sociale (*National Health Security Office*). Le plan a remplacé l'ancien programme d'assurance pour les patients à faible revenu. Au départ, les participants au nouveau plan payaient une contribution de 30 THB (environ 1\$ US), mais ce paiement a été ensuite supprimé. L'objectif était de fournir un service de soins de santé primaire aux Thaïlandais qui étaient exclus du système de santé avant 2002. Au cours de la dernière décennie, la couverture a connu une hausse spectaculaire et couvre actuellement la plus grande partie de la population (Sengupta 2012, 200).

Cependant, il y a une autre partie de l'histoire qui n'est généralement pas abordée. La réforme thaïlandaise de 2002 a été précédée par la Décennie de la politique de développement des centres de santé (*Decade of Health Centre Development Policy, 1986-1996*) qui avait pour but l'établissement de centres de santé primaire en région rurale. La part du gouvernement dans les dépenses totales en santé a également augmenté de façon spectaculaire vers la fin de cette période, de 47 % en 1995 jusqu'à 55 % en 1998 (Ramesh et al 2013, 8). Par conséquent, au tournant du millénaire il demeurait peu de barrières géographiques pour accéder aux soins de santé dans le pays. Grâce à la création massive d'infrastructure, 78 % des lits d'hôpitaux étaient dans le secteur public en 1999, une tendance qui est restée relativement constante (77 % en 2012).

Les réformes thaïlandaises ont donc bénéficié de cette nouvelle infrastructure publique pour les soins de santé. Selon le plan CSU, aussi bien les installations publiques que privées peuvent fournir des services de santé. Cependant, en pratique, la participation privée est plus faible car il a été rendu obligatoire pour les prestataires privés qui offraient des soins tertiaires de fournir aussi les soins primaires. De plus, malgré qu'elles aient permis formellement la participation du secteur privé dès le départ, les réformes ont retardé son entrée jusqu'à la mise en place de mécanismes de régulation. Lorsque finalement les fournisseurs privés ont été autorisés à se joindre au plan, leur participation s'est vue limitée par l'exclusion des nouveaux prestataires privés établis après avril 2001 – un moyen d'éviter de nouveaux investisseurs opportunistes. De plus, la pratique privée par les médecins du secteur public, bien que permise, a été limitée en fournissant de fortes incitations financières à ceux travaillant seulement dans le secteur public (10 000 THB en 2002) (Pitayarangsarit 2004).

D'autres instruments politiques clés ont accompagné ces réformes afin de promouvoir la prestation équitable des services. Ceux-ci comprennent des règlements rendant obligatoire trois ans de service dans les régions rurales pour les médecins et infirmières, ainsi qu'un transfert radical de fonds

des hôpitaux en zone urbaine vers les soins primaires à travers le pays. Ce dernier aurait permis de contrôler les coûts globaux des soins de santé (Towse et al 2004).

Cependant, le fait que ces tentatives pour ouvrir l'accès aux soins de santé aient pris forme dans un contexte thaïlandais fortement néolibéral pourrait miner sa viabilité à long terme. Le financement public reste assez faible : les dépenses en santé ont augmenté de 1,7 % en 2001 à 2,7 % en 2008, mais elles restent plus faibles que la moyenne mondiale pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Le pourcentage des fonds réservés au système public a augmenté de 50 % à 67 % (Limwattanon et al 2012), encore qu'en termes de développement des ressources humaines le faible niveau de financement signifie qu'il y a seulement trois médecins pour 10 000 patients, comparé aux 9,4 en Malaisie et 11,5 aux Philippines, 12,2 au Vietnam et 18,3 à Singapour; et à peine 1,5 infirmières par 1000 personnes, comparé à 2,3 en Malaisie et 5,9 à Singapour. La pénurie de travailleurs de la santé, spécialement les infirmières, est sérieuse dans la plupart des établissements publics. Cela a comme conséquence des conditions de travail difficiles, de faibles salaires et peu de sécurité d'emploi. Certains sont engagés avec des contrats temporaires qui sont renouvelables chaque année. De meilleurs salaires dans les hôpitaux privés (le secteur privé demeure fort et tire de nouvelles forces du florissant marché médical du tourisme) attirent les infirmières du secteur public, comme c'est le cas du marché lucratif pour les infirmières aux alentours de Singapour (Saingpassa et Sarnsamak 2012).

Brésil : soins primaires complets, soins hospitaliers privés

Le Brésil est une toute autre énigme. Ce pays est allé à contre-courant de la vague néolibérale qui déferlait sur le reste de l'Amérique latine en créant en 1986 le *Sistema Único de Salud* (SUS, Système de santé unifié) financé à même les taxes, en plus de proclamer dans sa constitution de 1988 l'obligation du gouvernement de fournir des soins de santé gratuits pour tous, malgré l'opposition d'un secteur privé de la santé mobilisé et puissant. Cette prise de position progressiste a été le point culminant de décennies de mobilisation en faveur de meilleurs soins de santé, une des batailles dans la lutte pour restaurer la démocratie au Brésil.

La création du SUS a eu comme conséquence le déploiement d'un dispositif de soins primaires, qui couvre actuellement l'entièreté du pays (Paim et al 2011). Paradoxalement, quand en juin 2013 des millions de personnes ont manifesté dans les rues de différentes grandes villes du Brésil, une des préoccupations exprimées était pourtant le manque d'accès aux soins de santé (Gupta et Crellin 2013). Le problème est que même si les soins primaires sont fournis par un large réseau d'établissements publics, les soins hospitaliers eux sont largement fournis par des établissements privés. Selon une stratégie typique de l'approche de la CSU¹⁰, l'État achète en vrac les soins de santé secondaires et tertiaires au secteur privé, les établissements publics ne fournissant qu'un petit pourcentage des soins à ces niveaux. Une importante part des services de santé est donc contractée au secteur privé à travers le SUS, spécialement dans le cas des soins tertiaires à coûts élevés. Les cliniques de

soins primaires et les urgences restent largement publiques, alors que les hôpitaux et les cliniques externes, offrant par exemple des services diagnostiques et thérapeutiques, sont dans les mains du secteur privé (Paim et al 2011). Ainsi, une nouvelle segmentation public-privé des services de soins de santé a été créée depuis le lancement des réformes de 1988 : le secteur public est responsable des services de santé de base à grande échelle ainsi que de certains autres services à coûts élevés, alors que le secteur privé couvre les services les plus rentables (Elias et Cohn 2003).

Cela provoque différentes sortes de tensions dans le système. Le secteur privé continue d'augmenter les frais pour les soins qu'il fournit, faisant du Brésil l'un des systèmes de santé les plus chers dans le monde avec un niveau de dépenses pour la santé à la hauteur de 9 % du PIB. Pas moins de 57 % du financement public va aux soins privés (un des taux les plus élevés de la région en termes de pourcentage des dépenses totales pour les soins de santé, même plus élevé que celui des États-Unis). Une telle dominance du secteur privé rend l'accès inéquitable, une réalité renforcée par le fait que les Brésiliens qui peuvent se le permettre (y compris la classe moyenne influente et grandissante) acquièrent une assurance privée qui complète les services publics auxquels ils ont accès (Paim et al 2011).

Inde : soins publics déficients, assurance santé inefficace

La CSU telle qu'implémentée en Inde illustre un ensemble entièrement différent de problèmes et de défis que ceux ayant accompagné l'introduction de programmes d'assurance maladie ailleurs. Historiquement l'intervention du gouvernement dans les soins de santé se faisait par la prestation directe de services, à travers un réseau d'hôpitaux publics, de centres de santé primaire et de dispensaires. Cela était complété par des modèles relativement restreints d'assurance maladie – celui du gouvernement central (*Central Government Health Scheme*) et celui pour employés (*Employees State Insurance Scheme*) des grandes unités industrielles.

Cependant le secteur public est délaissé et depuis longtemps sous-financé. En 2012, les dépenses publiques pour les soins de santé atteignaient environ 1,04 % du PIB, un des taux les plus bas dans le monde (Planning Commission 2013, 3). En conséquence de larges segments de la population dépendent d'un secteur privé mal réglementé qui est de plus en plus dominé par des chaînes d'hôpitaux ayant un historique tristement célèbre de pratiques non éthiques. Le système de santé privé de l'Inde est également l'un des plus importants dans le monde, traitant 80 % des patients externes et 60 % des patients hospitalisés (ONSS 2006). Le programme lancé en 2005 afin de renforcer le système de santé publique, la Mission nationale pour la santé rurale (*National Rural Health Mission*), a réalisé des progrès mais les changements positifs sont encore inégaux et inadéquats¹.

Les paiements directs par les patients (approximativement 70 % des dépenses des ménages pour les soins de santé) contribuent à la grande pauvreté en Inde (HLEG on UHC 2011, 43). Dans une tentative de protéger les patients des dépenses de santé catastrophiques, des plans d'assurance

maladie financés par le public ont été mis en place ces dernières années (en commençant par le *Rajiv Arogyasri* dans l'état d'Andhra Pradesh en 2007). Le *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY), un programme national entièrement financé par le gouvernement fédéral, a été lancé en 2009 sur le modèle du plan *Arogyasri*. Le RSBY est considéré comme la réalisation majeure du gouvernement, dont le 12e plan quinquennal renforce l'intérêt et le support pour des plans similaires d'assurance. Le RSBY est complété par différents systèmes d'assurance santé mis en place ou en préparation dans les divers états. La prolifération des plans d'assurance maladie est impressionnante : à la fin de 2010 on estime que 247 millions de personnes – un quart de la population – étaient couvertes par au moins un de ces systèmes, et la couverture continue à s'étendre (PHM et al 2011, 108).

Les plans d'assurance santé couvrent seulement les soins hospitaliers selon des modalités spécifiques. Les patients peuvent faire un choix entre différentes institutions accréditées où ils peuvent recevoir les traitements et être remboursés pour les frais jusqu'à un certain plafond. Une large majorité des institutions accréditées sont du secteur privé. Par exemple dans le cas du programme *Arogyasri* dans l'état d'Andhra Pradesh, de 2007 à 2013 le total des paiements pour les établissements accrédités pour ce plan s'élevait à 47,23 milliards INR, desquels 10,71 milliards ont été payés aux établissements publics et le reste des 36,52 milliards est allé aux établissements privés (Yellaiah 2013, 14).

Les bénéficiaires sont assurés pour un ensemble de maladies qui requièrent une hospitalisation, mais la plupart des maladies infectieuses qui sont traitées en ambulatoire, telles que la tuberculose qui demande un traitement prolongé, la plupart des maladies chroniques (diabète, hypertension et maladies cardiaques) ou les traitements pour les cancers qui ne demandent pas d'hospitalisation, sont exclus de la couverture. Dans le cas d'*Arogyasri*, par exemple, le système prélève 25 % du budget de santé de l'état alors qu'il ne couvre seulement que 2 % de la charge de morbidité (Purnendra Prasad et Raghavendra 2012, 125).

Les plans d'assurance santé financés par des capitaux publics et largement délivrés par le privé ont provoqué une déformation de la structure du système de santé au pays. L'argent public sert actuellement à renforcer le système privé déjà dominant. Ces plans détournent également le flux des ressources vers les hôpitaux du secteur tertiaire (largement privé), au détriment des services de soins primaires. En 2009-2010, les dépenses directes du gouvernement pour les soins de santé du secteur tertiaire représentaient un peu plus de 20 % des dépenses totales pour la santé, mais si on compte les dépenses pour les plans d'assurance qui se concentrent entièrement sur les soins de santé hospitaliers, les dépenses publiques totales pour le secteur tertiaire pourraient atteindre les 37 % (Reddy et al 2011, 13).

Tendance forte

Les trois pays analysés présentent des points communs intéressants quant à leur approche de la CSU. Les contextes diffèrent, mais il se dégage une tendance forte à la participation du secteur

privé dans la prestation des soins de santé, malgré le fait que ces pays aient tous des systèmes de santé financés par des impôts. Dans tous les cas, les fonds publics ne satisfont pas aux besoins et cela permet la progression du secteur privé au sein du réseau public des soins de santé. En conséquence ces trois pays ont un secteur privé puissant qui influence le fonctionnement du système dans son ensemble, mettant en péril le secteur public en absorbant les ressources, aussi bien financières qu'humaines, dont les établissements publics ont tant besoin. Malgré des politiques solides en faveur des soins de santé publics universels (c'est le cas du Brésil et de la Thaïlande du moins), la culture néolibérale apparaît trop forte pour s'en débarrasser. En d'autres mots, les trois pays sont de parfaits exemples du type de défis auxquels les pays à revenu faible et intermédiaire sont confrontés en tentant de construire un système universel empruntant à la logique de la CSU.

Conclusions

Dans ce document nous avons discuté de la genèse de la CSU et de la manière dont elle emprunte à la vision des systèmes de santé promue par la Banque mondiale et les autres institutions mondiales : elle met de l'avant la segmentation en systèmes parallèles publics et privés, dans lesquels les plus nécessiteux ne reçoivent que les « services de base » fournis par des établissements entièrement financés par les fonds publics alors que les riches migrent vers un système privé florissant. La logique de la CSU est conduite par le besoin de sécuriser des fonds communs pour des systèmes de santé qui sont organisés sur les principes du marché.

Le rôle de l'État est de plus en plus celui de « gardien et protecteur » et non de prestataire des soins de santé. Les nouvelles techniques de gestion sont mises au service de cette réattribution des rôles qui est basée sur la notion de séparation « prestataire-acheteur ». Dans un tel système, l'État mobilise les fonds publics et, comme acheteur de services, rend ces fonds disponibles au capital privé pour qu'il en tire profit. Au niveau mondial nous observons actuellement une convergence des systèmes de santé dans les pays développés et en voie de développement par laquelle la santé devient un bien commercialisable. Les pays du Nord comme du Sud sont en train de réformer les systèmes de santé existants et passent d'un système de santé basé sur la solidarité à des soins de santé basés sur le marché.

Nous avons brièvement examiné les premières réformes lancées sous le nom de la CSU (Chili, Colombie, Mexique) et certaines plus récentes (Brésil, Inde, Thaïlande) pour montrer comment les modèles basés sur l'assurance et les fonds communs qui misent sur la prestation privée construisent des systèmes de santé moins efficaces et moins équitables. Notre analyse nous a conduits à conclure que l'approche dominante de la CSU promue dans le monde entier – celle basée sur l'assurance « universelle » – n'offre pas d'avantage démontré et présente beaucoup de désavantages en comparaison avec un système de santé public, financé par la taxation, offrant un accès libre et universel aux soins de santé. Ce dernier type de modèle continue de promettre une plus grande équité dans

le domaine de la santé, et s'avère plus abordable pour les pays à revenu faible et intermédiaire car il maintient le contrôle des investissements et le contrôle social dans les mains du public, et il limite les dépenses administratives (Laurell 2010).

Dans la poursuite de meilleurs résultats en matière de santé, la question centrale à poser n'est pas comment les services publics doivent être privatisés mais comment les systèmes publics existants peuvent devenir véritablement universels. Les systèmes publics ont besoin d'être revendiqués par les citoyens, réformés dans l'intérêt des gens pour une plus grande imputabilité. Les organisations et mouvements populaires ont beaucoup à perdre de la dérive actuelle légitimée par le discours de la CSU. Historiquement les systèmes de santé à travers le monde ont été fondés suite à la lutte des travailleurs pour améliorer leurs conditions de vie – à travers la transformation du système capitaliste lui-même ou en soutirant de meilleures conditions aux classes dominantes. La lutte pour des systèmes de soins de santé justes et équitables est une partie du combat plus large pour de nombreux droits et privilèges. Pour progresser dans ce combat, l'interprétation actuellement dominante de la CSU – qui mène à l'affaiblissement des systèmes publics et à la recherche du profit – doit être comprise et contestée.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Amit Sengupta est membre du comité directeur du *Municipal Services Project* (MSP) et Coordonnateur global associé du Mouvement Populaire pour la Santé en plus d'être Co-responsable national de la section indienne *Jan Swasthya Abhiyan*. Il peut être joint au asengupta@phmovement.org.

Notes

- 1 Les dépenses catastrophiques en santé sont définies comme toutes dépenses pour les soins de santé dépassant les 10 % des dépenses totales des ménages en santé. Les paiements directs incluent ceux effectués par les patients là où ils reçoivent les soins; ils servent généralement d'indicateur pour voir que les services ne sont pas gratuits ou qu'ils ne sont pas remboursés par aucun plan – tel qu'une assurance pouvant être financée par le public, co-financée par les contributions individuelles et sociales, ou entièrement privée.
- 2 Même si le secteur privé participait déjà dans la prestation des soins de santé dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, le modèle de la CSU a offert un cadre politique pour planifier son incorporation formelle.
- 3 Nous entendons « services publics » comme ceux qui sont financés et fournis par le secteur public.

- 4 Par exemple, un article publié en 2009 dans *The Lancet* prévoyait : « Tout le continent latino-américain est sur la voie de réaliser la couverture sanitaire universelle dans la prochaine décennie. Cet accomplissement de l'Amérique latine offre de l'espoir pour l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Asie – mais ce succès n'est possible que grâce à plusieurs années de travail acharné et d'innovation à travers le continent » (traduction de Garrett et al 2009, 1297).
- 5 La privatisation des services publics dans des secteurs aussi variés que l'électricité, l'eau, les télécommunications, les chemins de fer a suivi un parcours commun. La première étape a été de désagréger les divers rôles traditionnellement assignés à l'État. Dans le secteur de l'électricité par exemple, il a s'agit de dégroupier les fonctions de génération, transmission et distribution (*unbundling*).
- 6 Nous utilisons le terme « efficacité » dans le sens des retombées rendues possibles grâce à l'investissement dans un bien public, et non de la manière que ce terme serait employé en regard du marché.
- 7 Le modèle Bismarck se nomme ainsi puisqu'il a été introduit en Allemagne durant le règne du Chancelier Otto Von Bismarck, d'abord à travers un projet de loi sur l'assurance santé en 1883 pour rendre obligatoire la protection de tous les travailleurs. Le modèle Semashko se réfère au premier ministre de la santé de l'URSS. Finalement, le système Beveridge, a été mis en place par le gouvernement (sous la forme du *National Health System*) suite à la Seconde Guerre mondiale, sur la base des recommandations du *Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, plus communément connu comme le *Beveridge Report* (le comité ayant été présidé par l'économiste anglais William Beveridge).
- 8 Leys et Player ont détaillé l'histoire de la privatisation du NHS (2011). Le livre montre comment les organisations mondiales de la santé (principalement basées aux États-Unis), les firmes de gestion de la santé, les compagnies d'assurance et firmes de consultance ont conspiré avec la classe politique britannique pour démanteler le NHS.
- 9 Pour une brève discussion des tendances en Malaisie et au Sri Lanka, voir par exemple Sengupta (2012).
- 10 Il est à noter que les réformes brésiliennes ont commencé avant que la CSU ne soit développée comme modèle et ne sont pas normalement désignées comme se conformant à celui-ci. Par contre, au-delà de ce souci de nomenclature, les problèmes du Brésil sont très similaires à ceux auxquels font face les modèles de CSU ailleurs dans le monde.
- 11 Pour un regard détaillé sur la situation en Inde, référez-vous à Sengupta (2013).

Bibliographie

- Allotey, P., Yasin, S., Tang, S., Chong, S. L., Ho Cheah, J. C. et Reidpath, D. D. 2012. Universal coverage in an era of privatisation: Can we guarantee health for all? *BMC Public Health*, 12: S1.
- AMS (Assemblée mondiale de la santé). 2005. Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale. AMS 58.33. Genève : OMS.
- Berman, P. et Ahuja, R. 2008. Government health spending in India. *Economic and Political Weekly*, 46(26/27): 209-216.
- Elias, P. E. M. et Cohn, A. 2003. Health reform in Brazil: Lessons to consider. *American Journal of Public Health*, 93(1): 44-48.
- Frenk, J. et de Ferranti, D. 2012. Universal health coverage: Good health, good economics. *The Lancet*, 380 (9845): 862-864.
- Giedion, U., Alfonso, E. A. et Díaz, Y. 2013. The impact of universal coverage schemes in the developing world: A review of the existing evidence. Washington, DC : World Bank. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/02/14/000333037_20130214125444/Rendered/PDF/753260NWP0Box30ewofExistingEvidence.pdf (consulté le

18 novembre 2013).

Garrett, L., Mushtaque, A., Chowdhury, R. et Pablos- Méndez, A. 2009. All for universal health coverage. *The Lancet*, 374 (9697): 1294-1299.

Gupta, G. et Crellin, O. 2013. Brazil protests run gamut from health care to World Cup. *USA Today*, 23 juin. <http://www.usatoday.com/story/news/world/2013/06/23/brazil-protests/2449079/> (consulté le 31 octobre 2013).

Hermann, C. 2009. The marketisation of healthcare in Europe. Dans L. Panitch et C. Leys (dir.), *Morbid symptoms: Health under capitalism*, 125-144. Pays de Galles : Merlin Press.

High Level Expert Group (HLEG) on Universal Health Coverage (UHC) for India. 2011. Report. New Delhi: Planning Commission of India. http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep_uhc0812.pdf (consulté le 22 avril 2013).

Homedes, N. et Ugalde, A. 2005. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1): 83-96.

Kutzin, J. 2012. Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bulletin of the World Health Organization*, 90: 867-868.

Kutzin, J. 2000. Towards universal health care coverage. Health, nutrition and population discussion paper (juillet). Washington, DC : World Bank.

Laurell, A. C. 2010. Can insurance guarantee universal access to health services? *Social Medicine*, 5(3): 137-138.

Laurell, A. C. 2007. Health system reform in Mexico: A critical review. *International Journal of Health Services*, 37(3): 515-535.

Leys, C. 2009. Health, health care and capitalism. Dans L. Panitch et C. Leys (dir.), *Morbid symptoms: Health under capitalism*. Pays de Galles : Merlin Press.

Leys, C. et Player, S. 2011. *The plot against the NHS*. Pays de Galles : Merlin Press.

Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Boonyapaisarncharoen, T. et Prakongsai, P. 2012. Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? *BMC Public Health*, 12: S6. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/S1/S6> (consulté le 18 novembre 2013).

McPake, B. et Mills, A. 2000. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6): 811- 820. [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)811.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)811.pdf) (consulté le 18 novembre 2013).

Moreno-Serra, R. et Smith, P. C. 2011. Towards an index of health coverage. Document de discussion, décembre. Londres : Imperial College Business School et Centre for Health Policy.

National Sample Survey Organisation, Ministry of Statistics and Programme Implementation (Government of India). 2006. Morbidity, health care and the condition of the aged. Report No. 507, NSS 60th round (janvier-juin 2004). New Delhi: NSSO. http://mospi.nic.in/rept%20_%20pubn/507_final.pdf (consulté le 18 avril 2013).

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2010. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève : OMS.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. et Macinko, J. 2011. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377: 1778-1797.

Palmer, K. S. 1999. A brief history: Universal health care efforts in the US. Transcription d'une présentation donnée à une réunion du Physicians for a National Health Program (PNHP), San Francisco, États-Unis. <http://www.pnhp.org/facts/a-brief-history-universal-health-care-efforts-in-the-us> (consulté le 18 novembre 2013).

Pato, T. 2011. Health systems in Europe – Changes and resistance. Opening report to the Healthworkers Conference. *International Viewpoint*, 4 juillet. <http://internationalviewpoint.org/spip.php?article2180> (consulté le 18 novembre 2013).

People's Health Movement, Medact, Health Action International, Medico International et Third World Network. 2011. Dysfunctional health systems: Case studies from China, India and US. Dans *Global health watch 3: An alternative world health report*. Londres : Zed Books.

People's Health Movement, Global Equity Gauge Alliance, Medact et University of South Africa. 2005. Health care systems and approaches to health. Dans *Global health watch 1*. Londres : Zed Books.

Pierson, P. 2001. *The new politics of the welfare state*. Oxford : Oxford University Press.

Pitayangsarit, S. 2004. The introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: Policy responses. Thèse de doctorat, University of London, Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Planning Commission (Government of India). 2013. Twelfth five-year plan (2012-2017): Social sectors, vol. 3. New Delhi: Planning Commission. http://planningcommission.gov.in/plans/planrel/12thplan/pdf/vol_3.pdf (consulté le 18 avril 2013).

Pollock, A. M. (dir.). 2009. NHS plc: The privatisation of our health care. Londres : Verso.

Purnendra Prasad, N. et Raghavendra, P. 2012. Healthcare models in the era of medical neo-liberalism: A study of Aarogyasri in Andhra Pradesh. *Economic and Political Weekly*, XLVII (43): 125.

Ramesh, M., Xun, W. et Howlett, M. 2013. Second best governance? Governments and governance in the imperfect world of health care delivery in China, India and Thailand. Communication présentée à la International Conference on Public Policy, 26-28 juin, Grenoble, France. http://www.icpublicpolicy.org/IMG/pdf/panel_11_s3_ramesh.pdf (consulté le 18 novembre 2013).

- Reddy, K. S., Selvaraj, S., Rao, K. D., Chokshi, M., Kumai, P., Arora, V. et al. 2011. *A critical assessment of the existing health insurance models in India*. New Delhi: Public Health Foundation of India. http://planningcommission.nic.in/reports/sereport/ser/ser_heal1305.pdf (consulté le 22 avril 2013).
- Rice, T. 1997. Can markets give us the health system we want? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22: 383-426.
- Robinson, M. et White, G. 2001. The role of civic organizations in the provision of social services: Towards synergy. Dans G. Mwabu, C. Ugaz et G. White (dir.), *Social provision in low-income countries – New patterns and emerging trends*, chap. 4. Oxford : OUP.
- Rodin, J. et de Ferranti, D. 2012. Universal health coverage: The third global health transition? *The Lancet*, 380 (9845): 861-862.
- Sachs, J. D. 2012. Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet*, 380 (9845): 944-947.
- Saengpassa, C. et Sarnsamak, P. 2012. Thailand public health service in critical condition. *The Nation*, 15 octobre.
- Sanders, D. 2000. The medicalization of health care and the challenge of health for all. Background Paper 3 for PHA I. <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pha-background3.pdf> (consulté le 18 novembre 2013).
- Savedoff, W. D., de Ferranti, D., Smith, A. L. et Fan, V. 2012. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*, 380(9845): 924-932.
- Segall, M. 2003. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *International Journal of Health Planning and Management*, 18: S5-S26.
- Sengupta, A. 2013. Universal health care in India: Making it public, making it a reality. Occasional Paper No. 19. Le Cap : Municipal Services Project. http://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/Sengupta_Universal_Health_Care_in_India_Making_it_Public_May2013.pdf (consulté le 18 novembre 2013).
- Sengupta, A. 2012. Creating, reclaiming, defending: Non-commercialised alternatives in the health sector in Asia. Dans D. A. McDonald et G. Ruiters (dir.), *Alternatives to Privatization: Public options for essential services in the global South*, 188-221. New York : Routledge.
- Stuckler, D., Feigl, A. B., Basu, S. et McKee, M. 2010. The political economy of universal health coverage. Document de fond pour le Global symposium on health systems research, 16-19 novembre, Montreux, Suisse.
- Singh, P.V., Tatambhotla, A., Kalvakuntla, R. et Chokshi, M. 2013. Understanding public drug procurement in India: A comparative qualitative study of five Indian states. *BMJ Open*, 3(2): 1-11. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/2/e001987.full> (consulté le 18 novembre 2013).

Towse, A., Mills, A. et Tangcharoensathien, V. 2004. Learning from Thailand's health reforms. *British Medical Journal*, 328: 103-105.

Vabø, M. 2009. New Public Management: The neoliberal way of governance. Working Paper No. 4. Reykjavik : National and University Library of Iceland.

Wagstaff, A. et Lindelow, M. 2005. Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China. *Journal of Health Economics*, 27 (4): 990-1005. http://repository.upenn.edu/gansu_papers/20/ (consulté le 18 novembre 2013).

World Bank. 1994. *Better health in Africa: Experience and lessons learned*. Washington, DC: World Bank. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1994/09/01/000009265_3970716143108/Rendered/PDF/multi0page.pdf (consulté le 18 novembre 2013).

Yellaiah, J. 2013. Health insurance in India: Rajiv Aarogyasri health insurance scheme in Andhra Pradesh. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 8(1): 7-14.

DANS LA SÉRIE OCCASIONAL PAPERS

19 UNIVERSAL HEALTH CARE IN INDIA

Making it Public, Making It a Reality

18 GENDER JUSTICE AND PUBLIC WATER FOR ALL

Insights from Dhaka, Bangladesh

17 SHIELDS AND SWORDS

Legal Tools for Public Water

16 THE CUPBOARD IS FULL

Public Finance for Public Services in the Global South

www.municipalservicesproject.org

Bureau canadien

Queen's University
Global Development Studies
152 rue Albert
Kingston, Ontario, K7L 3N6
CANADA

Bureau sud-africain

University of the Western Cape
School of Government
Private Bag X17
Bellville 7535
AFRIQUE DU SUD