



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. »**

**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.



# 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-ghaians-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.



© 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.oxfamexico.org](http://www.oxfamexico.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)



**OXFAM**