HAL
open science

Kingdon en Afrique ? Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso

Anne-Laure Beaussier

To cite this version:

Anne-Laure Beaussier. Kingdon en Afrique ? Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso. Sciences Sociales et Santé, 2017, 35 (2017/2), pp.69 - 80. 10.3917/sss.352.0069 . hal-03391967

HAL Id: hal-03391967

https://sciencespo.hal.science/hal-03391967v1

Submitted on 7 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Kingdon en Afrique ? Théories de la mise sur agenda et le développement de programme de couverture maladie universelle au Burkina Faso

Anne-Laure Beaussier
Chargée de Recherche CNRS,
Centre de Sociologie des Organisations
Sciences Po Paris
annelaure.beaussier@sciencespo.fr

Ce document correspond à la version soumise au journal Sciences Sociales et Santé dont l'article a été publié en Juin 2017 sous les références suivantes

Beaussier, Anne-Laure. "Kingdon en Afrique? Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso." *Sciences sociales et santé* 35.2 (2017): 69-80.

La version publiée est disponible sur le site de CAIRN : https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2017-2-page-69.htm

L'article de Kadidiatou et al., relatif à l'émergence et à la formulation d'une politique d'assistance santé au Burkina Faso, analyse le processus de mise sur agenda d'un programme ciblé sur les plus pauvres de subventions des polices des mutuelles volontaires de santé. Sa particularité et son apport est de s'intéresser aux dynamiques politiques nationales ayant conduit à la mise en œuvre de cette politique, un angle qui est assez peu développé dans les recherches actuelles. Centré sur les acteurs et sur les processus de construction des problèmes publiques et d'implémentation, il mobilise la théorie de la mise sur agenda de John Kingdon (1995) une notion construite aux Etats-Unis et qui a depuis été très largement adoptée dans l'analyse des politiques publiques d'autres pays.

Conceptuellement, cet article pose la question de la possibilité de mobiliser et d'adapter des théories européennes et nord-américaines d'analyse des politiques publiques au contexte africain : les logiques de développement des politiques obéissent-elles à des logiques sinon similaires, du moins comparables ? Dans quelle mesure les processus de construction des problèmes publics et de mise sur agenda politique peuvent-ils être comparés ? Peut-on adapter la théorie des courants de John Kingdon au contexte du Burkina Faso ? Cette dernière

question se pose également dans le contexte européen ou les logiques de mise sur agenda peuvent être sensiblement différentes de celles élaborées dans le contexte américain, ou de nombreux obstacles politiques et institutionnels renforcent le poids des éléments contextuels et donnent tout son sens à la notion de fenêtre d'opportunité politique, concept clé de sa théorie. Un fenêtre d'opportunité politique, que Kingdon décrit comme la rencontre d'un problème publique (*problem stream*), d'une solution de politique publique (*policy stream*) et d'un contexte politique favorable (*political stream*), s'ouvre lorsque des acteurs engagés politiquement, appelés entrepreneurs politiques, parviennent à lier des solutions à des problèmes publics, à un moment ou l'attention publique et les demandes de la société offrent un contexte favorable au développement de ces politiques.

La question de la possibilité de traduire la théorie de Kingdon se pose avec acuité en Afrique sub-saharienne, car les dynamiques de mise sur agenda semblent obéir à des logiques très différentes de celles que nous connaissons dans les démocraties occidentales. Une première différence tient dans la structure même de la société civile et dans les processus de définition des problèmes publics. Avec des taux d'alphabétisation s'établissant autour de 30% et un taux de pauvreté absolue de 40%, le Burkina Faso est un pays majoritairement rural, souvent considéré comme l'un des plus pauvres d'Afrique Sub-saharienne. La société civile est fragmentée et éloignée de la politique, et la dynamique démocratique reste fragile après les coups d'état que le pays a connu depuis les années 1980. Une seconde différence tient dans l'impact des institutions internationales dans la mise en œuvre du programme du gouvernement et de ses priorités. Les politiques échappent partiellement, mais non totalement, comme la contribution de Kadidiatou et al. le montre, aux gouvernement nationaux. Depuis les difficultés économiques rencontrées par ces pays dans les années 1980, les politiques d'ajustement structurel portées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international ont eu un impact majeur sur l'agenda de politique intérieure des pays d'Afrique sub-saharienne. La conversion de la communauté internationale a la promotion de politiques visant à éradiquer la pauvreté, incarnée par les objectifs de développement du millénaire et depuis 2015 par les objectifs de développement durable de l'ONU, a participé à transformer le contexte international dans un sens plus favorable au développement de politiques sociales, dans les domaines de la sante, mais aussi de l'éducation. Cette dimension est-elle visible en pratique ? La dimension internationale de l'agenda politique des pays d'Afrique sub-saharienne constitue un défi à la traduction de la théorie des courants de Kingdon. Quel est le lien entre l'agenda international et l'agenda national ? Comment analyser la capacité d'acteurs nationaux à se saisir du contexte international et des opportunités qu'il offre, pour

pousser à la mise en place de politiques nationales ciblées sur les groupes les plus vulnérables ? Cette question est d'autant plus intéressante que le Burkina Faso, en dépit d'une situation économique difficile, s'est récemment engagé dans les questions d'assurance maladie universelle et les gouvernants ont montré une volonté politique en ce sens, avec notamment le passage de la loi RAMU (loi portant Régime d'Assurance Maladie Universelle) en 2015.

Les auteurs concentrent leur recherche et leur réflexion sur les dynamiques nationales de mise sur agenda d'une politique de subventions ciblée sur les plus pauvres. Ils montrent comment des fonctionnaires du ministère de la santé ont soutenu des politiques visant à cibler l'aide publique et internationale sur les catégories de population les plus marginalisées comme premier pas vers une protection maladie universelle. Ces groupes d'acteurs identifiés comme entrepreneurs politiques militent pour le développement de politiques favorisant l'équité en matière de santé. Les extraits d'entretien, très riches, cités dans l'article évoquent aussi leur frustration face aux contraintes structurelles qui s'élèvent en face de leur projet, en particulier la dimension inégalitaire du système des mutuelles, dont les polices et tickets modérateurs restent inaccessibles pour les plus pauvres. Frustration également, devant les ressources réduites de l'état burkinabé, limitant l'ambition du programme de subvention à 5000 personnes, sur environ 7 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté absolue (moins de 1 $ par jour).

L'éclairage que nous aimerions apporter à cet article porte sur le contexte politique international qui a conduit à l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité politique au niveau national dont se sont saisis les militants en faveur d'une assurance maladie universelle. Ce commentaire se cible sur les évolutions du contexte international et souligne l'adoption récente parmi la communauté internationale et les acteurs du développement d'un paradigme de l'universalisme. Ce changement d'orientation de la communauté internationale et des acteurs du développement, ont constitué un contexte politique favorable aux initiatives nationales en matière d'extension de la couverture maladie aux populations les plus vulnérables.

1- Le consensus de Washington et l'érosion des systèmes de santé africains.

Alors que dans les années 1960, les pays d'Afrique Sub-Saharienne ont cherché à mettre en place des politiques généreuses de protection maladie visant une couverture universelle et

gratuite de la population, ces tentatives furent abandonnées les unes après les autres entre les années 1970 et 1980 (Ndiaye, 2007). Au cours de cette période, cette région du monde a vu sa situation économique se dégrader suite aux larges emprunts réalisés dans les années 1960 au moment des indépendances et suite aux chocs pétroliers des années 1970 ayant touché ces pays de plein fouet. Entre 1980 et 1985, le Produit National Brut (PNB) par habitant des pays d'Afrique de l'Ouest s'est effondré : cette baisse a atteint 60 % au Niger, 40% en Côte d'Ivoire et près de 30% au Burkina Faso pour atteindre 200$ par personne[1]. Le pays a connu une reprise par la suite, puis un autre effondrement au début des années 1990 d'environ 40 %. C'est en 1991 que le Burkina Faso est entré dans le cycle des politiques d'ajustement structurelles soutenues par les institutions de Bretton Wood, le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale, afin de rester attractif face aux bailleurs internationaux et à l'aide au développement, de plus en plus conditionnalisée à l'adoption de réformes macroéconomiques structurelles (ONU, 2001). Le pays a en particulier connu trois grands programmes triennal de reformes, en 1991, 1994 et 1997. Les politiques macro-économiques prônées par les bailleurs de fonds au cours des années 1990 se revendiquaient d'une certaine orthodoxie néolibérale, également connue comme le consensus de Washington (Williamson, 1993). Les reformes demandées par la communauté internationale alors avaient pour objectif de stimuler la croissance économique et de sortir ces états de la spirale du surendettement, au travers de politiques d'austérité, de libéralisation des échanges, de privatisation des services publics, et de dévaluation monétaire dans le but de stimuler les exportations, que le Burkina Faso a réalisé en 1994. Les résultats économiques de ces programmes d'ajustement structurels restent discutés. Plusieurs observateurs soulignent que le pays a renoué avec la croissance suite aux mesures de restructuration économiques, permettant d'atteindre au milieu des années 1990 des taux de croissance économique de 5 % par an (ONU, 2001). Un nombre croissant de recherches soulignent toutefois leur cout social élevé, en particulier en termes d'éducation et d'accès aux services de santé (Stiglitz, Chemla, 2002). Les mesures d'austérité mises en œuvre ont abouti à une réduction du périmètre des services publics et ont conduit à des réductions budgétaires importantes.

En matière de santé, ces mesures d'austérité ont mené à une érosion progressive des services et équipements de santé et à une détérioration de l'état de santé des populations, en particulier des groupes les plus vulnérables. Dans ce contexte, une réponse au manque à gagner pour les hôpitaux et centres de soins burkinabés, est passée par la mise en place de

[1] http://donnees.banquemondiale.org/pays/burkina-faso

frais d'utilisation des services de santé et des actes médicaux (*user fees*). Si les paiements directs par les individus et leurs familles pour leur utilisation des services de santé existaient depuis les années 1970, les réductions budgétaires des années 1980 et 1990 ont renforcé cette tendance et ont accru la charge financière liée à la maladie que devaient prendre en charge les individus, alors que le gouvernement reconnaissait le principe de l'autofinancement des hôpitaux [publics] nationaux et régionaux.

Le Burkina Faso n'est pas un cas isolé dans cette réponse au contexte de crise budgetaire, la plupart des pays d'Afrique ont également adopte des formes de paiement directs et individuels afin d'injecter des liquidités dans les finances des établissements de santé. En l'absence d'opérateurs privés d'assurance, dont le développement était et reste très embryonnaire en Afrique Sub-Saharienne, la première réponse des gouvernements africains a consisté dans la généralisation des paiements directs par les usagers et par un désinvestissement de l'Etat au travers de mesures de décentralisation du système de santé, à la fois administrative et financière (Gilson, Mills, 1995). L'initiative de Bamako (Mali), adoptée en 1987 par les ministres de sante des pays d'Afrique sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) constitua une reconnaissance officielle de ces politiques de frais d'utilisation.

Si cette orientation a permis d'insuffler des liquidités et de palier dans une certaine mesure a la pénurie d'équipements, de personnels et de médicaments, elle est aujourd'hui critiquée pour ses effets indésirables sur l'accès des plus pauvres aux soins de base (Gilson, Mills, 1995). Les taux d'occupation des hôpitaux ont dramatiquement chuté au cours de la période, passant par exemple pour les principaux hôpitaux de la capitale Ouagadougou de 90 % a 45 % entre 1986 et 1991. Les taux d'utilisation des services de santé ont aussi connu une baisse importante puisque d'après une enquête auprès de la population, moins de 5 % des personnes se disant malades déclaraient avoir eu recours aux services de sante officiels (Brunet Jailly, 1996). Un manque d'accès aux soins alimenté également par la pénurie de personnel médical, qui a chuté dans les années 1990, et se situait aux alentours de 0,05 médecins pour 1000 habitants (à titre de comparaison, en France, on compte un peu plus de 3 médecins pour 1000 habitants)[2].

Remise en question aujourd'hui, la politique des frais d'utilisation prônée par l'Initiative de Bamako et a l'époque soutenue par les grands donneurs internationaux comme l'organisation mondiale de la sante, l'Unicef, et encore la Banque mondiale visait à enrayer la

[2] http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2226&l=fr

dégradation de la qualité des structures de santé par l'intermédiaire de paiement directs que les cabinets de médecine primaire et les officines de médicaments pourraient conserver et réinvestir pour acheter de nouveaux équipements et de nouveaux médicaments. Si elles ont eu des résultats de ce point de vue (Litvack, Bodart, 1993), ces résultats n'ont bénéficié qu'à une fraction limitée de la population et ont eu des effets inéquitables sur les groupes les plus pauvres, incapables de payer ces frais supplémentaires. Initialement, ces politiques devaient contenir des gardes fous et des exemptions de paiement pour les plus pauvres, mais dans les faits, cela a très rarement été mis en place.

2- Vers un nouvel agenda international valorisant la couverture maladie universelle

Constituant l'orthodoxie économique des années 1980 et 1990, le consensus de Washington a été [partiellement] remis en question au tournant du millénaire et remplacé par un nouveau consensus prônant la réduction de la pauvreté et la lutte contre les inégalités comme fondement d'une croissance économique durable. Les années 2000 ont ainsi vu les politiques de recouvrement des couts et d'austérité être de plus en plus critiquées pour leurs effets néfastes sur le développement des pays économiquement les moins avancés (Xu, Evans, Kadama et al., 2006). Les Objectifs de Développement du Millénaire et depuis 2015, les Objectifs de Développement durable ont inscrit l'éradication de la pauvreté absolue au cœur de leur programme. En matière de sante, un nouveau discours a émergé, voyant les politiques de sante non comme une charge sur un budget public déjà surendetté mais comme un investissement et un élément essentiel à une croissance économique durable (OMS, 2001 ; Bloom et al. 2004 ; Evans, 2012 ; Frenk, De Ferranti, 2012). Le retournement de l'OMS favorable à l'initiative de Bamako à la fin des années 1980 et adoptant l'objectif d'une couverture maladie universelle y compris dans les pays les plus pauvres illustre cette tendance : la mise en place de politiques visant à renforcer structurellement les systèmes de sante des pays en voie de développement est aujourd'hui perçue comme une priorité mondiale reconnue et soutenue par un nombre croissant d'experts dans les organisations internationales et dans le monde académique (Summers, 2015 ; Rodin, De Ferranti, 2012). Comme l'avançait Margaret Chan, directrice générale de l'OMS lors du sommet mondial de la santé en 2015 : « *l'objectif est la mise en place de systèmes de santé durables et capables d'adaptation, qui offrent des soins globaux de qualité et s'efforcent de parvenir progressivement à la couverture sanitaire universelle*. » (OMS, 2015).

Alors que l'universalisme a regagné une place importante dans les débats publics internationaux a partir des années 2000 (OMS, 2000 ; 2010), la position officielle des bailleurs de fonds internationaux s'est également modifiée témoignant d'une volonté de construire des politiques davantage tournées vers l'objectif d'équité et de lutte contre la pauvreté. Ainsi, les « programmes d'ajustement structurels » ont été rebaptises « cadre stratégiques de lutte contre la pauvreté » et alors que dans les années 1990 l'octroi de prêts et d'aide internationale aux pays en difficulté était conditionnée a la mise en œuvre de mesures d'austérité et d'ouverture, ces prêts sont aujourd'hui également conditionnés à leur engagement à développer des politiques de réduction de la pauvreté. En matière de santé, à partir des années 2000, les contributions des donneurs ont cru fortement, passant de 10 milliards de $ en 2000 à 27 milliards de $ en 2010, une progression qui, selon J. Sachs (2012) a permis de réduire de moitié le déficit de financement des pays les plus pauvres en matière de couverture de base de la population et d'adopter de nouvelles stratégies de soins gratuits cibles sur les groupes de population les plus vulnérables, et de mieux contrôler des maladies infectieuses endémiques dans les pays du sud comme le paludisme.

Au niveau régional, plusieurs pays comme l'Afrique du sud ou encore l'Ouganda, ont aboli les frais d'utilisation. Plusieurs autres ont développé des lois instaurant une couverture maladie universelle, comme le Ghana, l'Afrique du Sud, le Rwanda, le Kenya, le Mali et le Nigeria (Lagomarsino et al., 2012), et le Burkina Faso, comme évoqué précédemment, en 2015.

3- Les voies vers l'assurance maladie universelle et le courant mutualiste

La conversion de la communauté internationale a l'universalisme et a la réduction de la pauvreté a eu un impact important sur l'aide au développement et par ricochet sur les politiques nationales. Cette nouvelle orientation a aussi constitué une fenêtre d'opportunité dont ont pu se saisir les acteurs nationaux militant pour l'amélioration de l'accès aux services de santé : comme les membres de la fonction publique, les associations militantes, ou encore les organisations non gouvernementales. Si un grand nombre d'Etats d'Afrique subsaharienne ont inscrit le thème de l'assurance maladie universelle au cœur de leur programme de réforme des politiques de santé, le chemin à suivre pour y parvenir reste incertain et plusieurs approches sont possibles (Lagomarsino et al., 2012): allant d'un système de santé national et public financé par des ressources fiscales générales, a un système d'assurance sociales

financé par des contributions salariales, a un système privé comprenant des subventions ciblées sur les groupes a faibles revenus. La norme en Afrique tend avant tout à être la diversité et la superposition de dispositifs de protection maladie relativement peu coordonnés entre eux, entrainant des doublons et des carences de couverture pour certains groupes (Gobbers, Pichard, 2000). Il n'existe pas réellement de consensus sur la voix à suivre, et l'article de Kadidiatou et al. décrit ces désaccords, lorsqu'il évoque par exemple les réticences des fonctionnaires du ministère de la sante face aux mutuelles, qu'ils soupçonnent de ne s'intéresser qu'au profit et de négliger les populations les plus pauvres. Dans les pays ayant supprimé les frais d'utilisation, cette politique suscite aussi des incertitudes et les états du sous-continent témoignent de réticences à supprimer cette forme de financement et cette situation existe également au Burkina Faso (James et al., 2006). Les pays ayant supprimé les frais d'utilisation ont certes vu une augmentation rapide de la population ayant recours aux services de santé, mais cela a aussi entrainé un déficit de financement des prestataires de soin de santé, a l'origine d'une nouvelle pénurie de médicament, forçant quelques fois les malades à acheter leurs médicaments dans le privé, souvent à des tarifs bien supérieurs aux établissements publics, et potentiellement ruineux pour les plus pauvres. Dans d'autres cas, les professionnels de santé ont cherché à compenser ce manque à gagner, non compensé par des budgets publics, en pratiquant des frais d'usagers informels (James et al., 2006). De ce point de vue, les alternatives de financement des services de santé sont limitées et contraignent les possibilités de réforme.

Dans le contexte d'Etats ou l'espace fiscal des gouvernements est restreint, la traduction de modèles européens est difficile. Ainsi, la création de systèmes d'assurance sociales, a l'image des systèmes de sante d'Europe continentale, appuyés sur des cotisations sociales payées par les salaries et qui financeront un régime de protection maladie universel n'est pas forcement envisageable du fait du faible volume de salariés appartenant à l'économie formelle a même de payer des cotisations sociales, estimé à 10 % de la population. Un secteur informel représentant 90 % de l'emploi signifie autant de ressources fiscales difficiles à évaluer et à capturer, a cela s'ajoute un nombre très important de personnes pauvres, ne permettant pas aisément de mettre en place des politiques distributives. Lorsque de telles expériences ont eu lieu, elles ont abouti le plus souvent à des systèmes de protection maladie a deux vitesses, avec une fraction limitée de la population participant au système d'assurance sociale, principalement des fonctionnaires, et une vaste majorité, payant directement de leur poche leurs frais de santé.

D'autres formules de financement des services de santé ont toutefois vu le jour à partir des années 1990. En particulier les formules de couverture maladie dites communautaires (*community-based health insuance*), qui suscitent un intérêt croissant de la part des Etats d'Afrique de l'Ouest (Ndiaye, soors, Criel, 2007). Ces formules, qui se sont inspirées des systèmes d'assurance sociale d'Europe ont d'abord été initiées par les organisations charitables et religieuses, par des prestataires de sante prives et à but non lucratifs en recherche de financement supplémentaires pour couvrir leurs frais de fonctionnement. Le principe du financement communautaire est volontaire, des individus et foyers rejoignent une structure à but non lucratif pour partager les risques financiers lies a la maladie, et déterminer d'un ensemble de services couverts et des montants des contributions demandes aux assures. Ce mouvement mutualiste devient de plus en plus populaire en Afrique de l'Ouest, ou en 2003, lors d'un grand recensement régional, plus de 600 initiatives de ce type avaient vu le jour depuis la fin des années 1990, bien que de façon inégale selon les pays. Ainsi, les pays dans lesquels les mutuelles sont le mieux implantées sont la Cote d'Ivoire ou une quarantaine de mutuelles communautaires couvrent plus de 500 000 personnes, le Mali, ou environ 70 mutuelles couvrent près de 470 000 personnes et le Sénégal, ou 136 mutuelles couvrent plus de 300 000 personnes. Avec 90 initiatives mutualistes couvrant en 2003 environ 15 000 personnes, le Burkina Faso est plus en retard (Ndiaye, Soors, Criel, 2007), même si le mouvement mutualiste semble s'enraciner.

Si ces structures se présentent comme une alternative aux dépenses directes et une méthode de financement relativement adaptée au contexte africain, elles ne sont pas exemptes de problèmes et peuvent être jugées avec scepticisme par les populations et les gouvernements (Eckman, 2004). D'abord ces structures sont le plus souvent de petite taille, 90% d'entre elles ont moins de 1000 adhérents, ce qui a la fois augmente les couts de transactions et dépenses administratives, mais aussi pose des problèmes en matière de professionnalisation et de compétences de gestion : leur organisation reste fragile. Cela pose aussi des difficultés connues en économie de la sante sous le terme de sélection inversée (seuls les foyers confrontes a la maladie et aux dépenses de sante sont susceptibles de participer aux mutuelles). Mais surtout, comme le souligne l'article de Kadidiatou et al., ces mutuelles peinent à toucher et à enrôler les groupes de population les plus vulnérables et les plus pauvres, dans la mesure ou les polices mensuelles restent inabordables dans un grand nombre de cas. Plusieurs voix se sont élevées dans ce contexte pour souligner la nécessité de développer un système de subventions publiques ciblées sur les plus pauvres (Bennett, 2004),

que le Burkina Faso, comme d'autres pays comme le Ghana mettent sont à l'heure actuelle en train de mettre en place en partenariat avec des acteurs internationaux du développement.

Conclusion :

Ce commentaire a cherché à présenter le contexte international ayant fourni une opportunité politique aux acteurs burkinabé nationaux pour créer une couverture maladie universelle. A ce stade, le lien concret entre le niveau national et le niveau international reste en question : quels mécanismes et quels groupes d'acteurs ont-ils permis cette appropriation nationale ? Pour répondre à ces questions de façon empirique, il pourrait être utile dans de prochaines recherches de mobiliser des notions de science politique telles que la notion de communauté politique internationale (Haas, 1992) et les idées de réseaux d'acteurs internationaux.

Pour autant, la question que nous évoquions en début de ce commentaire de la comparabilité et de la possibilité de traduire la théorie de la mise sur Agenda de Kingdon dans le contexte du Burkina Faso semble pouvoir trouver une réponse positive et cette piste de recherche apparait fructueuse et nécessaire. Au total, les hésitations du Burkina Fasso en matière d'assurance maladie et la relative méfiance des fonctionnaires du ministère de la sante envers les mutuelles, évoquée par l'article de Kadidiatou et al. ne sont pas sans rappeler certains des débats qui avaient eu lieu dans les années 1950 aux Etat-Unis, lors des tentatives de mettre en place une couverture maladie universelle. En 1948, lorsque le Président Truman a lancé une proposition de création d'une assurance maladie universelle, prévoyant un programme public d'assurance santé, il n'y avait eu que peu de consensus parmi la classe politique relativement à la marche à suivre. Une des voies qui a émergé alors fut une proposition de loi signée par le futur Président Richard Nixon, qui était alors représentant de Californie. Elle cherchait à encourager l'extension de la couverture de la population américaine en introduisant des subventions fédérales destinées à aider, sur une base volontaire, les personnes à faibles revenus à contracter une police d'assurance maladie provenant d'une organisation à but non lucratif, que l'on peut comparer aux dispositifs mutualistes, les assurances *Blue Cross*. Cette option n'avait pas été retenue a l'époque, ne satisfaisant ni les libéraux, ni les conservateurs. Pour autant, plusieurs acteurs de cette époque ont regretté de ne pas avoir considéré cette alternative plus sérieusement. Mais lorsque cette question est revenue sur l'agenda politique, dans les années 1970, le contexte politique avait radicalement change : embryonnaires dans les années 1940, les compagnies d'assurance à but

lucratif occupaient une position dominante sur le marché de l'assurance maladie trente ans plus tard, ce qui a rendu toute réforme qui aurait menacé leur secteur de faillite, impossible. Ainsi, un des fondateurs de la sécurité sociale américaine, Arthur Altmeyer décrivit dans ses mémoires la frustration d'avoir manqué cette opportunité :

> « En 1949, je pense que nous avons probablement commis une erreur en ne cherchant pas un compromis avec certains sénateurs et Représentants qui avaient introduit une proposition de loi qui aurait rendu possible de subventionner des plans d'assurance à but non lucratifs à des groupes à faibles revenus. Les plans *Blue Cross* en particulier, qui assuraient toutes les personnes sur la base de tarifs uniformes, ont souffert plus tard de la compétition des compagnies d'assurance privées (…). La proposition de loi de 1949, prévoyait que le gouvernement fédéral subventionne les états pour aider à financer les plans d'assurance à but non lucratifs. (…) La raison pour laquelle nous n'avons pas soutenu cette réforme était que nous pensions que le seul résultat auquel nous pouvions parvenir avec cette réforme aurait été de retarder l'adoption d'un programme national d'assurance maladie. » (Altmeyer, 1966 : 234).

Références :

Altmeyer, Arthur J.(1966), *The Formative Years of Social Security*, Madison: Univeristy of Wisconsin Press.

Bennett, S. (2004). The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. *Health policy and planning*, *19*(3), 147-158.

Bloom, David E., David Canning, and Jaypee Sevilla (2004). "The effect of health on economic growth: a production function approach." *World development* 32.1: 1-13.

Brunet-Jailly, Joseph. (1996) "La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement.", IRD, Horizon documentation: 233-271.

Ekman, Björn. "Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence." *Health policy and planning* 19.5 (2004): 249-270.

Evans, David B., Robert Marten, and Carissa Etienne (2012). "Universal health coverage is a development issue." *The Lancet* 380.9845: 864-865.

Frenk, Julio, and David De Ferranti. (2012)"Universal health coverage: good health, good economics." *The Lancet* 380.9845: 862-864.

Gilson, Lucy, Anne Mills (1995). "Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years." *Health policy* 32.1: 215-243.

Gobbers, Didier, and Éric Pichard. (2000). "L'organisation du système de santé en Afrique de

l'Ouest." *Actualité et dossier en santé publique*: 35-40.

Haas, P. M. (1992). Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International organization*, *46*(01), 1-35.

James, Chris D., et al. (2006). "To retain or remove user fees?." *Applied health economics and health policy* 5.3: 137-153.

Lagomarsino, Gina, et al. (2012). "Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia." *The Lancet* 380.9845: 933-943.

Litvack, Jennie I., and Claude Bodart. (1993) "User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon." *Social science & medicine* 37.3: 369-383.

Ndiaye, Pascal, Werner Soors, and Bart Criel (2007). "Editorial: a view from beneath: community health insurance in Africa." *Tropical Medicine & International Health* 12.2: 157-161.

Organisation des Nations Unis (2001), « Programme d'action pour le developpement du Burkina Faso (2001-2010) », 3e Conférence des Nations-Unis sur les pays les moins avancés. Lien disponible à l'URL suivante : http://unctad.org/fr/Docs/aconf191cp1bkf.fr.pdf

Organisation Mondiale de la Sante (2001), « Investing in Health, A summary of the findings of the commission on the macroeconomics of health ».

Organisation Mondiale de la Sante (2015), « Dr Margaret Chan plaide pour la couverture sanitaire universelle au Sommet mondial de la Santé », Sommet mondial de la santé, Berlin, Allemagne, 15 octobre 2015, discours accessible à l'URL suivante : http://www.who.int/dg/speeches/2015/world-health-summit/fr/

Organisation Mondiale de la Sante. (2000) *Rapport mondial sur la santé*,.

Rodin, Judith, and David de Ferranti. (2012). "Universal health coverage: the third global health transition?." *The Lancet* 380.9845: 861-862.

Sachs, Jeffrey D. (2012). "Achieving universal health coverage in low-income settings." *The Lancet* 380.9845: 944-947.

Stiglitz, Joseph E., Paul Chemla (2002). *La grande désillusion*. Vol. 108. Paris: Fayard,.

Summers, Lawrence H. (2015). "Economists' declaration on universal health coverage." *Lancet* 386.10008: 2112-2113.

Williamson, John (1993). "Democracy and the “Washington consensus”." *World development* 21.8: 1329-1336.