

Note de synthèse sur la couverture santé universelle et la protection sociale

Patrick Rached
Dimitri Renmans
Marc Bourgeois
Elisabeth Paul



The IOB Working Paper Series seeks to stimulate the timely exchange of ideas about development issues, by offering a forum to get findings out quickly, even in a less than fully polished form. The IOB Working Papers are vetted by the chair of the IOB Research Commission. The findings and views expressed in the IOB Working Papers are those of the authors. They do not necessarily represent the views of IOB.

Institute of Development Policy

Postal address:	Visiting address:
Prinsstraat 13	Lange Sint-Annastraat 7
B-2000 Antwerpen	B-2000 Antwerpen
Belgium	Belgium

Tel: +32 (0)3 265 57 70
Fax: +32 (0)3 265 57 71
e-mail: iob@uantwerp.be

<http://www.uantwerp.be/iob>

WORKING PAPER / 2025.02

ISSN 2294-8643

Note de synthèse sur la couverture santé universelle et la protection sociale

Patrick **Rached**¹, Dimitri **Renmans**¹, Marc **Bourgeois**², Elisabeth **Paul**¹

¹ Université libre de Bruxelles (ULB)

² Université de Liège (ULiège)

February 2025

NOTE DE SYNTHÈSE SUR LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE ET LA PROTECTION SOCIALE



Patrick Rached,¹ Dimitri Renmans,¹ Marc Bourgeois,² Elisabeth Paul¹

¹ Université libre de Bruxelles (ULB)

² Université de Liège (ULiège)

PRÉFACE

Cette note de synthèse est un document réalisé dans le cadre du Policy Supporting Programme (PSP) 'Social Protection and Inclusive Growth' (SPRING). Ce document a pour but de présenter le concept de la Couverture Santé Universelle (CSU) et de la Protection Sociale (PS), d'apporter des clarifications sur certains aspects portant à confusion, ainsi que de proposer des courtes bibliographies utiles pour approfondir ses connaissances sur la CSU et la PS.

Les sections de cette note de synthèse ont été conçues pour être lues et appréhendées de manière indépendante, tout en gardant un narratif tout au long de la lecture. En tant que lecteur, vous avez le choix de lire la note de synthèse de façon continue et ininterrompue afin d'appréhender l'ensemble des aspects concernant la CSU et la PS, ou de façon plus ciblée en choisissant la section d'intérêt.

SPRING est l'un des trois PSP financés par la coopération belge (DGD) et soutenus par les fédérations académiques (ARES et VLIR-UOS) pour la période 2024-2027. SPRING est un consortium d'acteurs désireux de contribuer au renforcement de la résilience socio-économique des économies d'Afrique centrale et de l'Est – avec un accent particulier sur la République Démocratique du Congo, le Rwanda et l'Ouganda. Bien que les études de cas se concentrent sur l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est, le travail vise à s'inscrire dans des recherches et des débats politiques plus larges sur la protection sociale et la croissance inclusive.

Pour plus d'informations : <https://www.springpsp.be/>

CONTENTS

Préface	1
Abréviations	3
I- Qu'est-ce que la couverture santé universelle ?	4
Lectures supplémentaires	7
II- Qu'est-ce que la protection sociale ?	9
Lectures supplémentaires	11
Protection sociale en santé et couverture santé universelle	11
Lectures supplémentaires	14
Protection sociale et économie informelle.....	14
Lectures supplémentaires	20
III- Comment « mettre en œuvre » la CSU ?	22
Lectures supplémentaires	24
IV- Comment « financer » la CSU et la PSS ?	26
Lectures supplémentaires	32
V- Comment « mesurer » la CSU et la PS ?	36
Lectures supplémentaires	41
VI- Quelques concepts complémentaires à la CSU	43
CSU et équité	43
Lectures supplémentaires	45
Services de santé primaires et CSU.....	46
Lectures supplémentaires	50
Renforcement des systèmes de santé, résilience, sécurité sanitaire et CSU	50
Lectures supplémentaires	53
Références principales	55

ABRÉVIATIONS

- CIST Conférence internationale des statisticiens du travail
 - o Mieux connu sous son sigle anglophone :
ICLS International Conference of Labour Statisticians
- CSU Couverture santé universelle
- GBD Etude *Global Burden of Disease*
- GHED Base de données des dépenses en santé mondiale (*Global Health Expenditure Database*)
- IHME *Institute for Health Metrics and Evaluation*
- MSC Mutuelle de santé communautaire
- ODD Objectif de développement durable
- OIT Organisation Internationale du Travail
- OMS Organisation Mondiale de la Santé
- OOP Dépenses directes des ménages (*Out Of Pocket payments*)
- PPP Parité de pouvoir d'achat (*Purchasing Power Parity*)
- PS Protection sociale
- PSS Protection sociale en santé
- PSU Protection sociale universelle
- RSS Renforcement des systèmes de santé
- SCI Index de couverture services de la CSU (*Service Coverage Index*)
- SS Système de santé
- SSP Services de santé primaires
- TVA Taxe sur la valeur ajoutée
- WASH Eau, assainissement et hygiène (*Water Sanitation and Hygiene*)
- WHA Assemblée mondiale de la santé (*World Health Assembly*)

I- QU'EST-CE QUE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **couverture santé universelle (CSU)** signifie que **tout le monde reçoit les services de santé dont il a besoin – que ce soit des services de promotion de la santé, prévention de la santé, curatifs, de réhabilitation ou palliatifs – de qualité, tout en garantissant que leur utilisation n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières** (*Tracking Universal Health Coverage*, 2015). Elle est aujourd'hui intégrée dans l'Objectif de développement durable (ODD) 3.8, intitulé : d'ici 2030, « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une CSU, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » (Résolution Adoptée Par l'Assemblée Générale Le 25 Septembre 2015 N°70/1 Transformer Notre Monde : Le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030, 2015). Ce droit est aussi mentionné dans les recommandations N°202 de 2012 sur les socles de protection sociale de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) (*Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.). La CSU contribue aussi à l'atteinte de nombreux ODD dont l'ODD 1 (pas de pauvreté), 4 (éducation de qualité), 5 (égalité de sexes), 8 (travail décent) et 16 (société inclusives) (Kieny et al., 2017).

La CSU est un concept large, et est souvent mal interprétée – par exemple, quand on l'associe à une politique ou un programme spécifique – alors qu'il s'agit d'un objectif idéal (aucun pays ne peut offrir tous les services de santé gratuitement à tous) et qui se traduit par différentes réformes. Elle comprend deux dimensions fondamentales : celle de la couverture sanitaire (disponibilité de services de santé de qualité) et celle de la protection financière associée à l'utilisation de ces services.

La composante « protection financière » de la CSU se rapproche du concept de la protection sociale en santé (PSS), définie par l'OIT comme l'ensemble des mesures (publiques ou privées mandatées par les pouvoirs publics) pour lutter contre la détresse sociale et les difficultés économiques causées par une perte de productivité ou de revenus, ou liés aux coûts des soins, tous deux liés à un mauvais état de santé (traduction des auteurs) (International Labour Organisation, 2010).

Historique : Si la CSU trouve ses origines dans les politiques de soins de santé primaires, de la « Santé pour tous en l'an 2000 » ou encore dans la construction de services publics de santé nationaux, le terme de CSU apparaît pour la première fois dans la résolution WHA58.33 adoptée lors de l'assemblée mondiale de la santé (WHA) de 2005 (Fifty-Eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005: Resolutions and Decisions: Annex, 2005). L'OMS incite alors les pays membres à proposer des services accessibles et de qualité tout en garantissant une protection financière de sa population. Le rapport de l'OMS « Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » de 2008 (Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008) met en valeur quatre séries de réformes des soins de santé primaires pour réorienter les systèmes vers la santé pour tous. Parmi elles, les réformes de la CSU assurent l'équité du système. C'est dans ce rapport que le « cube de la CSU » apparaît pour la première fois (Figure 1).

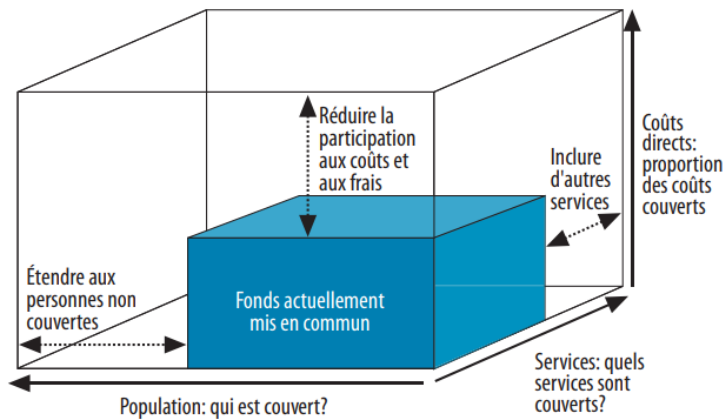


Figure 1 Les trois dimensions de la CSU (Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008; The World Health Report, 2010)

On remarque de sa définition que la CSU est un **concept multidimensionnel** (Abihiro & De Allegri, 2015). D'abord, la couverture de la **population** est un élément essentiel de la CSU. Cette notion est abordée avec les mentions de « chacun » « à tout le monde » ... dans les différentes définitions. Elle part du principe que toute la population a droit à la santé et la protection financière ('Universal Health Coverage Post-2015', 2014). Pour garantir cette universalité, différentes politiques d'extension de la CSU et d'équité en santé doivent être mises en œuvre.

Ensuite, on parle de la **couverture sanitaire** : il est important de garantir à la population l'**accessibilité** à des services curatifs, préventifs, palliatifs et de promotion de la santé de **qualité** (Abihiro & De Allegri, 2015; International Labour Organisation, 2010; World Health Organization, 2013). Le gage de la qualité des services offerts, qu'ils soient centrés sur les soins de santé primaires (Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008) ou sur un paquet de services de base (International Labour Organisation, 2010), est un prérequis important de la mise en œuvre de la CSU. Ces services doivent être accessibles selon les cinq critères de Penchansky et Thomas : la disponibilité, l'acceptabilité, l'accessibilité financière, l'adéquation et l'accessibilité géographique (Penchansky & Thomas, 1981). Cette accessibilité est aussi un objectif intermédiaire des systèmes de santé (SS).

Enfin, la **protection financière** : on protège les ménages des difficultés financières engendrées suite à la maladie et les dépenses directes de santé (OOP) au point d'utilisation (International Labour Organisation, 2010; Papanicolas et al., 2022; The World Health Report, 2010). Elle cherche à réduire ces OOP à travers un système de financement (cf. section IV) pour éviter aux ménages des dépenses catastrophiques et/ou appauvrissantes. Cette protection financière est considérée comme l'un des objectifs finaux des SS (Papanicolas et al., 2022) (voir leur cadre d'analyse, page 35). La CSU est parfois réduite à cette fonction financière dans les politiques nationales (Prabhakaran et al., 2017).

De plus, la CSU est un **concept dynamique** (Jimba & Fujimura, 2018), car les finances publiques, le contexte socioéconomique, les besoins en santé de la population... sont mouvants. **Ceci signifie que l'on n'atteint jamais vraiment la CSU** (Kutzin, 2013; McIntyre & Kutzin, 2016), et que chaque pays doit maintenir des efforts constants pour maintenir les avancées au gré des changements et évolutions du contexte et des préférences de la population. La CSU est donc la situation (théorique) idéale vers laquelle il faut tendre, mais ne constitue pas un objectif final ni des SS (Papanicolas et al., 2022), ni des politiques de santé nationales.

Différents éléments de la CSU, ainsi que certaines idées reçues sont résumés dans le Tableau 1 **Fout!** **Verwijzingsbron niet gevonden..** Certains seront évoqués dans les sections suivantes.

Tableau 1 Vérités et idées reçues sur la CSU, inspiré de (Alyanak, 2022)

La CSU concerne	La CSU n'est pas
<input checked="" type="checkbox"/> L'ensemble du spectre des services de santé essentiels et de qualité, de la promotion de la santé à la prévention, aux traitements, à la réadaptation et aux soins palliatifs	<input checked="" type="checkbox"/> Uniquement des services de soins
<input checked="" type="checkbox"/> La prise en compte de tous les composants du système de santé : financement, législation, systèmes de prestation de services, personnel, infrastructures, réseaux de communication, technologies, systèmes d'information, assurance qualité et gouvernance	<input checked="" type="checkbox"/> Uniquement le financement de la santé
<input checked="" type="checkbox"/> Des services basés sur l'individu et sur la population (ex. campagnes de santé publique)	<input checked="" type="checkbox"/> Uniquement des services individuels
<input checked="" type="checkbox"/> Des politiques inclusives pour tous les individus et groupes, avec une évaluation des progrès au niveau de la population	<input checked="" type="checkbox"/> Des prestations réservées uniquement à certains groupes ou une évaluation des progrès limitée aux bénéficiaires d'un programme spécifique
<input checked="" type="checkbox"/> La protection des populations contre les conséquences financières des paiements directs pour les services de santé	<input checked="" type="checkbox"/> La gratuité pour toutes les interventions de santé, quel que soit le coût
<input checked="" type="checkbox"/> Une extension équitable de la couverture des services et de la protection financière à mesure que les ressources augmentent	<input checked="" type="checkbox"/> Une offre minimale de services de santé seulement
<input checked="" type="checkbox"/> Des actions en faveur du développement économique et social, de la réduction de la pauvreté, de l'inclusion sociale et de l'équité	<input checked="" type="checkbox"/> Uniquement la santé

En conclusion, **la CSU est un cadre théorique qui sert de direction à un SS pour atteindre ses objectifs** (et moins une « destination » en soi) (Kutzin, 2013). Parfois réduite dans l'imaginaire collectif à la seule **protection financière** de la population, la CSU cherche à garantir aussi **l'accessibilité** (géographique, technique, culturelle...) et la **qualité** des services de santé. Elle est le « concept le plus puissant que la

santé publique a à offrir » (Discours du Dr Margaret Chan lors de l'assemblée générale de l'OMS en 2012)¹.

Certains considèrent **l'équité en santé** comme un objectif final de la CSU (Alyanak, 2022). Cependant, les politiques menées au nom de la CSU ne garantissent pas automatiquement cette équité (Gwatkin & Ergo, 2011). C'est pour cela que sa traduction en politiques de santé (cf. section III) est un processus long et complexe, et doit inclure une considération d'équité à chaque étape, et qui nécessite une compréhension pointue de ces différents sujets. Sans cela, la CSU pourrait entraîner des répercussions néfastes pour certaines catégories de population.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

Abihiro, Gilbert Abotsem, and Manuela De Allegri. 'Universal Health Coverage from Multiple Perspectives: A Synthesis of Conceptual Literature and Global Debates'. *BMC International Health and Human Rights* 15, no. 1 (4 July 2015): 17. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>.

Brearley, Lara, Robert Marten, and Thomas O'Connell. 'Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap', 9 September 2013.

Organisation Mondiale de la Santé. 'Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008 : Les Soins de Santé Primaires - Maintenant plus Que Jamais'. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2008. <https://iris.who.int/handle/10665/43951>.

Schiel-Adlung, Xenia. 'Universal Health Protection: Progress to Date and the Way Forward'. Geneva: International Labour Organisation, 2014. http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/lg/Eq2014_Lg_ILO.pdf.

Smithers, Daniel, and Howard Waitzkin. 'Universal Health Coverage as Hegemonic Health Policy in Low- and Middle-Income Countries: A Mixed-Methods Analysis'. *Social Science & Medicine* 302 (1 June 2022): 114961. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114961>.

Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report. World Health Organization, 2015. <https://iris.who.int/handle/10665/174536>.

Watkins, David A., Gavin Yamey, Marco Schäferhoff, Olusoji Adeyi, George Alleyne, Ala Alwan, Seth Berkley, et al. 'Alma-Ata at 40 Years: Reflections from the Lancet Commission on Investing in Health'. *Lancet (London, England)* 392, no. 10156 (20 October 2018): 1434–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32389-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32389-4).

World Health Organization, ed. *Research for Universal Health Coverage*. The World Health Report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013.

World Health Organization. 'Fifty-Eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005: Resolutions and Decisions: Annex'. Geneva: World Health Organization, 25 May 2005. <https://iris.who.int/handle/10665/20398>.

¹ Citation disponible sur https://ehospice.com/international_posts/universal-health-coverage-the-most-powerful-concept-that-public-health-has-to-offer/

World Health Organization. 'The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage'. Geneva: World Health Organization, 2010. <https://iris.who.int/handle/10665/44371>.

Xu, Ke, Agnes Soucat, Joseph Kutzin, Callum Brindley, Elina Dale, Nathalie Van de Maele, Thomas Roubal, Chandika Indikadahena, Hapsa Toure, and Veneta Cherilova. 'New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage'. Geneva: World Health Organization, 2018. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259632/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-17.10-eng.pdf>.

Ainsi que les pages sur la [CSU](#) et la [protection financière](#) du site de l'OMS.



II- QU'EST-CE QUE LA PROTECTION SOCIALE ?

Le **travail décent** a pour la première fois été mentionné en 1999 par l'OIT pour inclure la diversité des dimensions associées à l'emploi (Ghai, 2003). Ce concept est principalement repris aujourd'hui par l'ODD 8 : *promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous* (Il Est Temps d'agir Pour L'ODD 8, 2019). Cet agenda se décline en quatre piliers : la création d'emplois, la protection sociale (PS), le droit du travail et le dialogue social (*Decent Work | International Labour Organization, 2024; Ghai, 2003*).

La PS est l'ensemble des politiques et programmes destinés à réduire la pauvreté et la vulnérabilité tout au long d'un parcours de vie. C'est un « *droit humain fondamental, mais aussi une nécessité économique et sociale* » (Diop et Cichon) (World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future, 2021). **Les principes de la PS sont initialement régis par la convention internationale ratifiée N°102 de 1952** (*Convention C102 - Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102)*, n.d.) sous l'égide de l'OIT (Markov & Stern Plaza, 2020). Cette convention est le seul traité international avec une vision systémique de la PS, et propose les bases de financement, gouvernance et administratives pour la mettre en place. Elle met l'accent sur le fait que la PS est un droit fondamental défini par une loi nationale, soulignant l'importance de l'engagement de l'État ; elle garantit un niveau minimal de protection ; elle prône un financement durable avec une gestion participative ; le tout avec des mécanismes de transparence et de compliance (Markov & Stern Plaza, 2020).

Elle identifie aussi **les neuf branches de la PS** (Markov & Stern Plaza, 2020; *Social Protection | International Labour Organization, 2024*) :

- 1) **Les soins médicaux**, qui garantissent un accès effectif à des soins de qualité sans difficultés financières ou appauvrissantes ;
- 2) **Les prestations de santé**, qui garantissent une sécurité financière en cas de perte de revenu en cas de maladie ;
- 3) **Les prestations de chômage**, qui garantissent une sécurité de revenus quand l'individu perd sa rémunération en raison d'impossibilité d'obtenir un emploi ;
- 4) **Les pensions ou prestations de vieillesse**, qui garantissent une sécurité de revenus pour les personnes âgées pour continuer à vivre dignement ;
- 5) **Les prestations d'accidents de travail et de maladie professionnelle**, qui préservent les droits des travailleurs en cas de problème de santé sur le lieu de travail ;
- 6) **Les allocations familiales**, qui garantissent le bien-être des enfants au long terme ;
- 7) **Les prestations de maternité**, qui protègent les femmes enceintes ou en post partum des problèmes de santé, mais aussi de discrimination vis-à-vis de leur emploi ;
- 8) **Les prestations d'invalidité**, qui garantissent l'inclusion des personnes avec un handicap dans la vie en société, avec un accent sur l'élimination des obstacles qu'ils peuvent rencontrer ;
- 9) **Les prestations des survivants**, qui garantissent une sécurité financière aux familles ayant perdu leur pourvoyeur principal de revenus.

Diverses définitions :

Il existe une multiplicité de terminologies dans le monde en relation avec la PS, ce qui peut causer de nombreux amalgames (PS, sécurité sociale, prévoyance sociale, assistance sociale...). Il est donc important de faire un point sur les différentes définitions.

L'OIT utilise le terme PS et parfois le terme sécurité sociale de manière interchangeable (3,4,22). C'est donc le terme PS qui sera utilisé dans ce document.

Toujours selon l'OIT, l'**assurance sociale** (*social insurance*) fait référence à des régimes de PS dont le financement et le droit de bénéficier des prestations est contributif (voir section IV). Alors que l'**assistance sociale** (*social assistance*) fait référence aux régimes non-contributifs, où l'on ne se base pas sur les contributions des bénéficiaires pour financer ou déterminer le droit aux prestations (International Labour Organisation, 2010). L'assistance sociale est souvent réduite aux mécanismes dont le public cible est la population pauvre.

Cette convention N°102 est suivie de nombreuses autres, abordant chacune de branches individuellement (N°121, 128, 130, 131, 134, 168, 176, 183, 191 pour ne citer que certaines). Elle a ensuite été mise à jour par **la recommandation N°202 de 2012** « les recommandations pour les socles de la protection sociale » (Markov & Stern Plaza, 2020; *Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.). Celle-ci introduit deux nouveaux concepts : les socles de protection sociale, et la protection sociale universelle (PSU).

Les socles de protection sociale sont des garanties de services élémentaires de PS, qui doivent « *assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale* » (International Labour Organisation, 2010; *Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.). Ces socles doivent être inscrits dans la loi au niveau national, ce qui rappelle l'engagement de l'Etat. La définition de ces socles doit être basée sur les besoins de la population, la sécurité élémentaire de revenu pour vivre dignement, et doit constamment être suivies et mises à jour (*Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.). La convention N°202 recommande aussi d'étendre la PS à partir des socles définis. Cette extension porte autant sur le nombre de services proposés par ces socles que sur le nombre de personnes couvertes par ces services. Elle met l'accent sur le secteur informel et les populations défavorisées ou ayant des besoins spécifiques (*Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.). Tout ceci a évolué pour aboutir à ce qu'on appelle **la protection sociale universelle (PSU)**.

La PSU est aujourd'hui principalement reprise dans l'ODD 1.3 « *Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient* ». La PSU contribue aussi à l'atteinte des objectifs 3.8 pour la CSU, 5.4 pour l'égalité de sexes, 8.5 pour le travail décent, 10.4 pour la réduction des inégalités et 16.6 pour des institutions efficaces (Stern Plaza et al., 2019)². La PSU s'organise autour de trois principes clés (Stern Plaza et al., 2019) :

² L'ensemble des ODD sont disponibles sur <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>

- **La couverture universelle** cherche à garantir les services des socles de protection sociale, et plus, à l'ensemble de la population. Elle promeut les principes de non-discrimination, égalité des sexes, l'inclusion sociale (dont le secteur informel) et la dignité.
- **La protection exhaustive** qui englobe les neuf branches de la PS mentionnés précédemment, et qui ne se limite pas à un seul aspect de la PS.
- **L'adéquation de la protection** par rapport aux normes et cadres internationaux (dont les ODD).

Elle se base sur la mise en place de socles de PS d'abord, qui définissent un ensemble de services qui garantissent un minimum de qualité de vie et de bien être à la population, pour ensuite l'élargir. Sa mise en place dépend du contexte national, ce qui met en exergue la responsabilité de l'Etat.

Cependant, il n'existe pas de modèle unique (*one-size-fits-all*) pour mettre en œuvre la PSU. À l'instar de la CSU, le concept de PSU doit s'entendre comme un cadre conceptuel qui se concentre sur des objectifs et doit s'adapter au contexte national (*Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.; Stern Plaza et al., 2019). En revanche, la PSU ne se limite bien sûr pas à la santé (elle concerne neuf domaines ou branches) et surtout, elle s'inscrit dans un agenda politique plus vaste : elle est en effet l'un des piliers de l'agenda du travail décent promu par l'OIT. Nous allons approfondir les aspects de santé avec la protection sociale en santé, ainsi que le secteur informel qui représente l'un des défis majeurs de l'agenda du travail décent.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

International Labour Organisation (ILO). 'Convention C102 - Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102)'.

https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247.

International Labour Organisation (ILO). 'Recommendation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)'.

https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,fr:NO.

International Labour Organisation. *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. World Social Security Report. Genève 22, 2017.

Stern Plaza, Maya, Mira Bierbaum, and Christina Behrendt. 'Universal Social Protection: Key Concepts and International Framework'. Social Protection Spotlight. Geneva: International Labour Organisation, April 2019. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16794>.

PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ ET COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

La protection sociale en santé (PSS), définie par l'OIT comme l'ensemble des mesures (publiques ou privées mandatées par les pouvoirs publics) pour lutter contre la détresse sociale et les difficultés économiques causées par une perte de productivité ou de revenus, ou liés aux coûts des soins, tous deux liés à un mauvais état de santé (traduction des auteurs) (International Labour Organisation, 2010). Il s'agit donc d'une branche de la PS s'appliquant au secteur de la santé. **La PSS est centrale**

afin de tendre vers la CSU, dont elle recouvre partiellement le volet « protection financière ». Elle s'inscrit parmi les droits humains et contribue simultanément aux ODD 3.8 et 1.3 (Tessier, 2020; Tessier & Louis Dit Guérin, 2024).

La PSS a deux objectifs : (i) garantir un accès universel à des services de santé abordables et de qualité et (ii) garantir une sécurité financière pour compenser une perte de revenu en cas de maladie (Tessier, 2020). Elles correspondent aux deux premières branches de la PS.

La PSS s'axe autour de dix principes clés (Tessier, 2020) :

- **L'universalité de la protection** : la PSS étant un droit humain, et dans la lignée de « ne laisser personne de côté » des ODD, elle garantit l'accès effectif universel – et donc à tous – à une protection adéquate.
- **La diversité des approches et la mise en œuvre progressive** : il existe de nombreux moyens valides de mettre en œuvre la PSS (tout comme la CSU) tant qu'elles respectent les principes clés (Tessier & Louis Dit Guérin, 2024). Il n'existe pas de *one-size-fits-all* (voir section III).
- **La solidarité dans le financement et une large mutualisation des risques** (Tessier & Louis Dit Guérin, 2024) : Le financement de l'accessibilité aux services de santé (et de la CSU) est détaillé dans la section IV. En ce qui concerne la sécurité de revenu à la suite d'une maladie, les deux mécanismes principaux sont : (i) l'assurance sociale (avec une contribution de l'employé et de l'employeur) / les indemnités de maladie légales versées par les employeurs selon la législation du travail, ou (ii) l'assistance sociale. Ces deux mécanismes existent parfois en tandem.
- **La responsabilité de l'Etat** : au même titre que pour la PSU, l'Etat se porte garant de la mise en œuvre de la PSS (Tessier & Louis Dit Guérin, 2024).
- **L'adéquation de services** : les services doivent être en adéquation avec les besoins de santé de la population, accessibles (selon les cinq critères de Penchansky et Thomas, voir section I), et de qualité.
- **La prévisibilité des avantages** : les prestations auxquelles les bénéficiaires ont droit doivent être prévisibles et clairement définis par un cadre légal. Cela sous-entend une forme de transparence de la part de l'Etat.
- **La non-discrimination, l'égalité des sexes et l'inclusion sociale** (voir section VI).
- **La durabilité fiscale et économique dans le respect de la justice sociale et de l'équité** : la durabilité financière fait référence à la capacité actuelle et future du système de supporter les coûts liés à la PSS. La gouvernance responsable de la PSS vise à garantir une transparence de la gestion financière, tout en garantissant que l'équité soit au premier plan dans toutes les réformes.
- **La participation, le dialogue social et la redevabilité** : le dialogue social permet aux différentes parties prenantes de s'exprimer afin de coconstruire des solutions, d'éviter l'exclusion de certaines populations et de garantir une redevabilité du système envers sa population.
- **L'intégration dans un système global de PS** : la PSS fait partie intégrante de la PSU, il est donc primordial de coordonner les politiques de PSS avec celles des autres branches de la PSU, mais aussi avec les politiques de l'emploi.

De ces principes, en découle une observation : **les principes régissant la CSU et la PSS sont très similaires, et se chevauchent partiellement**. Les deux prônent un accès effectif, équitable et universel à des services de santé de qualité sans soumettre les utilisateurs à des difficultés financières (Bayarsaikhan et al., 2022). Les deux font aussi face aux mêmes défis : comment financer de la CSU/PSS de manière durable et équitable, comment rendre les processus transparents, comment garantir une équité et une redevabilité...

A l'inverse, ils se distinguent chacun par des aspects qui leur sont spécifiques. D'une part, **la protection financière de la CSU englobe les mécanismes de couverture privés et volontaires qui ne sont pas repris par la PSS**. D'autre part, **concernant la couverture sanitaire, les deux concepts s'accordent sur l'universalisme et la couverture de toute la population tout en garantissant leurs droits**. Cependant, **la PSS n'est pas responsable de l'offre des services**. La provision des services de santé, leur qualité et leur accessibilité incombe à la CSU. Enfin, **la PSS inclut le volet « sécurité financière » pour compenser une perte de revenu en cas de maladie », qui est en relation étroite avec les politiques de l'emploi et du travail décent et qui n'est pas abordé dans la CSU** (Figure 2).



Figure 2 Chevauchements et différences entre CSU, PSS et PSU

Il est important de noter que, même s'il existe des différences conceptuelles entre la CSU et la PSS, elles ne constituent pas des divergences. Par exemple, la PSS reconnaît l'importance d'avoir des services de qualité pour couvrir la population (Bayarsaikhan et al., 2022), sans pour autant que cela relève de la responsabilité de son « secteur ». Enfin, les deux concepts s'accordent sur l'importance de la cohérence des politiques entre elles, surtout quand il s'agit de politiques intersectorielles (International Labour Organisation, 2010; World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future, 2021; World Social Protection Report 2024–26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition, 2024).

Pour aller plus loin, le dixième principe de la PSS rappelle qu'elle fait partie intégrante de la PSU. Etant donné les nombreuses similarités conceptuelles de la CSU et PSS, **il serait donc essentiel de coordonner les politiques de CSU avec celles de PSU au niveau national, afin qu'elles soient cohérentes, pertinentes et synergiques entre elles** (Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008). Bien que la PSU aborde plusieurs branches de protection, certaines sont intimement liées au secteur

de la santé : les soins médicaux (inclus dans la PSS), mais aussi en partie les prestations d'accidents de travail et de maladie professionnelle, les prestations de maternité et les prestations d'invalidité. De plus, on retrouve deux principes majeurs entre la PSU et la CSU : **la couverture universelle et les socles de protection sociale qui sont repris par l'OMS par la formulation « paquet de services de base/minimal ».**

En conclusion, la PSS garantit un accès universel à des services de santé abordables (en cela, elle relève du volet protection financière de la CSU) et une sécurité financière pour compenser une perte de revenu en cas de maladie. Ses différents principes font écho à ceux régissant la CSU. Il est donc pertinent d'élaborer des politiques nationales coordonnées et cohérentes, respectant à la fois les deux agendas de la CSU et de la PS.

La suite du document détaillera plusieurs notions pour mettre en œuvre la CSU. Ces aspects abordés peuvent également être utilisés et repris pour la PSS.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

EN3S, 'Dossier Inégalités et pauvreté en comparaison internationale'. Revue bi-annuelle publiée par l'École nationale supérieure de Sécurité sociale. EN3S, June 2024.

<https://www.calameo.com/read/004310504153e0590e6e7>.

International Labour Organisation, Tessier, Lou. 'Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles'. Social Protection Spotlight, 26 May 2020.

<https://www.ilo.org/publications/towards-universal-health-coverage-social-health-protection-principles>.

Yeates, Nicola, 1965- Holden Chris, Roosa Lambin, Carolyn Snell, Nabila Idris, and Sophie Mackinder. *A Global Fund for Social Protection: Lessons from the Diverse Experiences of Global Health, Agriculture and Climate Funds*. ILO, 2023. <https://doi.org/10.54394/IBB11570>.

PROTECTION SOCIALE ET ÉCONOMIE INFORMELLE

L'économie informelle est définie par la convention R204 de l'OIT comme « *toutes les activités économiques des travailleurs et des unités économiques qui – en droit ou en pratique – ne sont pas couvertes ou sont insuffisamment couvertes par des dispositions formelles* » et qui ne sont pas illicites (Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015). Ils sont représentés selon l'OIT par les travailleurs indépendants, les travailleurs des micro et petites entreprises, les travailleurs domestiques, les travailleurs agricoles, les travailleurs du secteur de la construction, les travailleurs de la culture et de la création, les travailleurs du secteur numérique (*Questions Pour Secteurs et Catégories de Travailleurs Spécifiques - NOTES DE SYNTHÈSE*, n.d.), ainsi que les employeurs, les coopératives et les unités de l'économie sociale et solidaire (Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015). Bien que cette définition dénote la diversité des profils de cette économie, elle reste non exhaustive (on peut encore citer les travailleurs du secteur minier, du tourisme, ou toute profession indépendante...), et porte à confusion. A ceci s'ajoute les nombreuses autres terminologies et concepts liés à l'informalité : l'économie informelle, le secteur informel, l'emploi dans le secteur informel, la production des ménages...

La première résolution de la 21^{ème} Conférence Internationale des Statisticiens du Travail (CIST) concernant les statistiques dans l'économie informelle propose des définitions statistiques, dans un but de standardiser la définition, et par la suite les analyses et comparaisons statistiques. Elle définit le secteur informel statistiquement comme : « **composé d'unités économiques productrices de biens et services principalement destinés au marché pour générer des revenus et profits, et qui ne sont pas formellement reconnus par les autorités gouvernementales en tant que producteurs distincts sur le marché et ne sont, par conséquent, pas reconnus par des accords formels** » (Article 40) (traduction des auteurs) (Resolution I Concerning Statistics on the Informal Economy - 21st International Conference of Labour Statisticians, 2023).

En 2018, au niveau mondial, 61,2% des travailleurs âgés de plus de 15 ans travaillaient dans l'informalité, dont 51,9% dans le secteur informel, 6,7% dans le secteur formel³ et 2,5% au niveau des ménages. L'économie informelle concerne surtout les jeunes travailleurs et les travailleurs âgés. L'informalité est aussi fortement corrélée à l'éducation : quelqu'un avec un niveau d'éducation plus élevé a moins de chance d'être un travailleur informel que quelqu'un qui a une éducation primaire ou inférieure. Le secteur de l'agriculture est le plus représenté dans l'économie informelle, mais il est important de rappeler que tous les secteurs sont concernés par l'informalité (International Labour Office, 2018).

Il est souvent considéré que tous les travailleurs informels sont pauvres, cependant ceci est un raccourci erroné. Bien qu'une forte corrélation existe entre pauvreté et informalité, il existe de nombreuses disparités entre les profils socioéconomiques des travailleurs. De plus, la pauvreté existe aussi dans le secteur formel (International Labour Office, 2018). Les données indiquent que les travailleurs choisissent l'informalité pour différentes raisons (International Labour Office, 2018), et que la plupart des travailleurs s'y retrouvent non par choix, mais par manque d'opportunités dans le secteur formel pour subvenir à leurs besoins essentiels (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022; Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015), comme un moyen de dernier recours (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022).

En Afrique, l'informalité est la source principale de travail, à hauteur de 85,8% des emplois (89,2% en Afrique subsaharienne en moyenne), avec des variations majeures entre les différents pays (34% en Afrique du Sud, 94,6% au Burkina Faso pour les extrêmes). Une grande majorité travaille dans l'économie informelle (76%), part qui est nettement supérieure à la moyenne mondiale. L'agriculture reste le secteur prédominant. Cette région est caractérisée par une plus grande proportion de femmes que d'hommes dans l'emploi informel. Les tendances en termes d'éducation et d'âge sont similaires à ceux observés au niveau mondial (International Labour Office, 2018).

L'économie informelle est un sujet épineux car « de par son ampleur, [elle], sous toutes ses formes, constitue une **entrave** de taille aux droits des travailleurs , y compris les principes et droits fondamentaux au travail, à la protection sociale, à des conditions de travail décentes, au

³ Un travailleur informel dans le secteur formel est quelqu'un qui produit un travail pour/avec une entreprise ou un employeur formel sans être concerné par les dispositions formelles (Resolution I Concerning Statistics on the Informal Economy - 21st International Conference of Labour Statisticians, 2023).

développement inclusif et à la primauté du droit [...] » selon la recommandation R204 (Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015).

Sans être aussi alarmant, **l'économie informelle représente un défi de taille pour étendre la PSU**. En effet, ces travailleurs sont souvent exclus des régimes de couverture d'assurance sociale (de par leur capacité limitée à contribuer) et d'assistance sociale (qui ciblent principalement les plus pauvres), d'où leur dénomination de milieu manquant (ou *missing middle*) (Anh Nguyen & Behrendt, 2021). Ces travailleurs se retrouvent sans protection aucune, et sont donc vulnérables aux chocs (notamment durant la crise de la COVID-19)⁴ (Anh Nguyen & Behrendt, 2020, 2021). Il est dès lors important d'identifier les facteurs qui font obstacle à l'extension de la PS au secteur informel, parmi lesquels (Anh Nguyen & Behrendt, 2021; Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022) :

- **L'exclusion de la couverture juridique** : le cadre juridique peut souvent exclure ou restreindre l'accès à des services de PS par design, en fixant par exemple des conditions au travailleur pour avoir accès aux services de PS. Ces conditions peuvent dépendre de l'existence d'une relation employeur/employé, du lieu de travail, du type de contrat, etc.
- **Le manque d'information, de sensibilisation et de confiance**, qui contribuent au manque d'incitation à s'inscrire à la PS. Ceci inclut notamment l'analphabétisme, les barrières linguistiques ou la méfiance envers les institutions publiques.
- **Les prestations non alignées avec les priorités** : étant donné l'hétérogénéité de l'économie informelle, certains travailleurs ne sont pas convaincus par les prestations fournies qui ne répondent pas à leurs besoins essentiels.
- **Les coûts et mécanismes de financement inadéquats** : les contributions peuvent être inadéquates en fonction du niveau ou de l'irrégularité des revenus des travailleurs informels. Certains d'entre eux ne perçoivent pas l'intérêt de cotiser⁵. (Les différents mécanismes de financement sont détaillés dans la section IV).
- **Les procédures et services administratifs complexes** : la complexité des procédures et l'inaccessibilité aux bureaux administratifs peuvent dissuader tant les employeurs que les travailleurs de s'inscrire aux régimes de PS.
- **L'absence d'application et de contrôle avec une faible conformité** : l'absence de mécanismes de mise en œuvre et de contrôle du respect des réglementations du travail contribue à un faible niveau de conformité au cadre légal national.
- **L'absence de représentation et d'organisation** : Il existe une corrélation entre la capacité des travailleurs à s'organiser et la facilité de leur intégration dans les régimes contributifs et dans le dialogue social et politique. L'organisation inexistante de certaines catégories de travailleurs les excluent naturellement du dialogue politique. Cependant, il ne faut pas sous-estimer la capacité du secteur informel à s'organiser de manière organique.
- **L'absence d'intégration et de cohérence des politiques** : La fragmentation des différents régimes de PS et l'absence de coordination avec les politiques des différents secteurs

⁴ Lors de la crise de la COVID-19, de nombreuses mesures temporaires de PS ont été mises en place, ce qui a pu soutenir certains ménages et travailleurs informels. Cependant, plusieurs mesures n'ont pas abouti à des politiques de PS au long terme et sont restées temporaires (Anh Nguyen & Behrendt, 2020, 2021).

⁵ Cas particulier assez répandu : les travailleurs indépendants ont la charge contributive commune de l'employé et de l'employeur.

(notamment la santé) se traduisent souvent par des lacunes en matière de couverture et de services proposés.

Pour une meilleure compréhension de l'économie informelle, de ses défis et des pistes de solutions, nous vous invitons à découvrir le travail des autres membres du consortium SPRING, sous le thème de l'économie informelle. Vous y trouverez des travaux de recherche plus spécifiques à l'économie informelle et à certains secteurs d'activité en particulier.

Pour faire face à ces défis, **l'OIT promeut la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle avec les recommandations de la convention R204 de 2015 dans le cadre de l'agenda du travail décent** (Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015). Au niveau des entreprises, cela signifie qu'elles soient couvertes par les réglementations nationales (fiscales, travail, PS...) et inscrites comme personne juridique, avec les droits et devoirs que cela entraîne. Pour les travailleurs à leur propre compte, cela dépend du statut formel ou non de leur propre entreprise (La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle - Théorie du changement, 2021).

Bien que l'agenda de la CSU porté notamment par l'OMS reconnaisse l'importance de l'économie informelle et les difficultés à couvrir cette population contre les risques financiers, il a une vision plus pragmatique, atteignable à plus court terme, et ne se positionne pas en ce qui concerne la formalisation de l'économie. Il prône le recours à des mécanismes non contributifs pour prendre en charge les plus démunis.

Cette formalisation n'est pas un objectif en soi, mais est une condition *sine qua non* pour atteindre les objectifs de l'agenda du travail décent : réduire la pauvreté, accroître la productivité des entreprises, leur garantir d'être durables, favoriser la concurrence loyale, et surtout assurer une PS adéquate aux différents salariés (La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle - Théorie du changement, 2021). Le processus de formalisation emprunte trois voies complémentaires : la création d'emplois décents et d'entreprises durables dans l'économie formelle, la transition des travailleurs et entreprises vers l'économie formelle, et la prévention de l'informalisation de l'emploi. Ceci nécessite de mettre en œuvre différentes stratégies qui dépendent du contexte national. Toute stratégie doit alors débiter par un diagnostic des facteurs, des causes, des caractéristiques et des circonstances de l'informalité, à travers un dialogue social (La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle - Théorie du changement, 2021; Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015). C'est un processus long et complexe, car si certains travailleurs ou entreprises peuvent se formaliser à court terme, nombreux n'ont pas les capacités de le faire de manière réaliste (La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle - Théorie du changement, 2021).

L'extension de la PS se positionne dans ce processus tant comme stratégie de formalisation qu'un de ses résultats : l'extension de la PS facilite la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, mais cette transition est aussi une condition nécessaire pour garantir les droits du travailleur dont la PS (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022; La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle - Théorie du changement, 2021; Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015).

Une schématisation de la théorie de changement pour la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle selon l'OIT est disponible sur « La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle - Théorie du changement », page 2 (La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle - Théorie du changement, 2021).

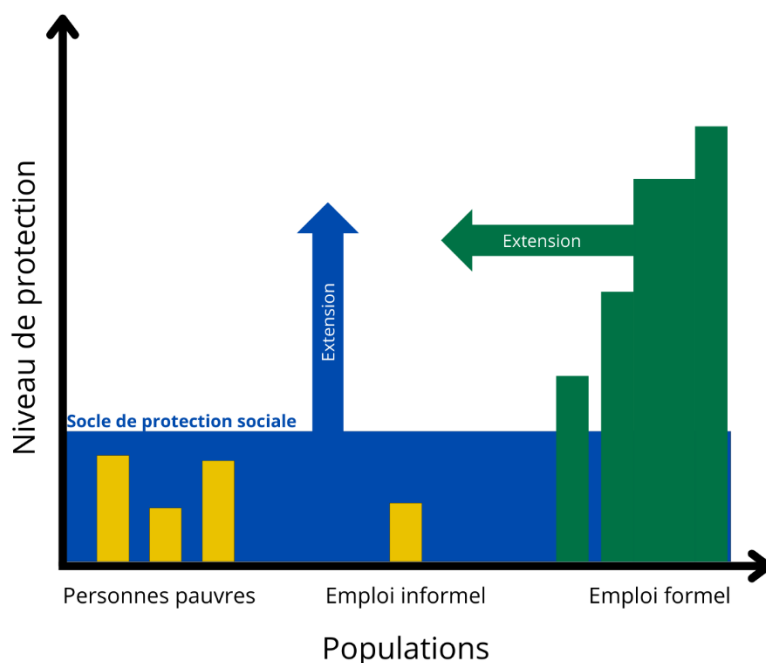


Figure 3 Stratégies d'extension de la couverture de protection sociale des travailleurs dans l'économie informelle⁶, inspiré de (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022)

L'extension de la PS se fait alors selon deux volets : l'un par la « voie de la formalisation », et l'autre « indépendamment du statut » (Figure 3 et Figure 4) (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022).

L'extension par la voie de la formalisation (flèche verte dans la Figure 3) **se base principalement sur les mécanismes d'assurance sociale** (et donc à travers des financements contributifs) existants, **et concerne les travailleurs qui sont déjà proches de l'économie formelle** et qui ont une capacité contributive (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022). Cette assurance sociale facilite la transition vers l'économie formelle, renforce l'inclusion et la cohésion sociale (Anh Nguyen & Behrendt, 2021; Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022; Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015).

L'extension indépendamment du statut (flèche bleue dans la Figure 3) **se fait par des mécanismes d'assistance sociale** (et donc, par des mécanismes de financement non contributifs) **qui permettent d'élargir la PS à des groupes précédemment non couverts** indépendamment de leur statut d'emploi

⁶ On peut aussi observer dans cette figure l'effet « milieu manquant », où les plus pauvres ont accès à une certaine PS ciblée, mais l'économie informelle est délaissée.

(Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022).

Ces deux mécanismes ne sont pas incompatibles et sont, au contraire, complémentaires pour étendre la PS à l'économie informelle. **Il est donc important de combiner les deux volets lors de l'élaboration de politiques de PSU** (Figure 4). **Cependant, quelle que soit la combinaison adoptée, l'OIT affirme tout de même sa « préférence » qui est de promouvoir la transition vers le secteur formel en priorité** : « Si des subventions publiques sont accordées pour soutenir la participation à l'assurance sociale des travailleurs ayant une capacité contributive limitée, il convient de veiller tout particulièrement à ce qu'elles ne subventionnent pas l'informalité en soi, mais maintiennent et renforcent les incitations à passer de l'économie informelle à l'économie formelle afin de garantir des systèmes de protection sociale durables et équitables » (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022) (voir encadré « Les visions de l'OMS et de l'OIT », section IV).

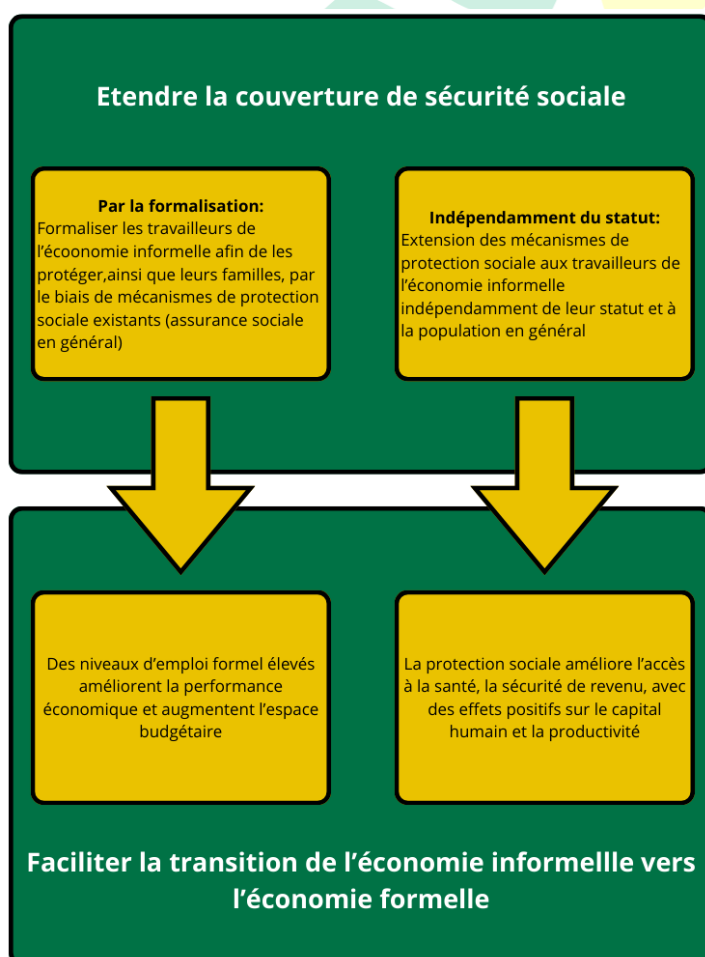


Figure 4 Approche à deux volets en vue de l'extension de la couverture de sécurité sociale et de la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, inspiré de (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022)

Que l'on favorise l'un ou l'autre volet, il est primordial d'aborder les défis d'extension mentionnés précédemment en y apportant des solutions (Anh Nguyen & Behrendt, 2020; Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022) :

- **Promouvoir une stratégie globale et intégrée pour l'extension de la couverture** : l'extension de la PS doit être inscrite dans une politique nationale cohérente et basée sur des principes fondamentaux : l'universalité de la couverture, la qualité et l'accessibilité de prestations adéquates, la durabilité financière, la non-discrimination, ainsi que la transparence et la fiabilité des institutions publiques.
- **Adapter le cadre juridique** de façon qu'il soit adapté aux besoins des travailleurs et des employeurs et favorise la transition vers l'économie formelle.
- **Répondre aux besoins prioritaires et concevoir des solutions adaptées** : ceci commence par renforcer la voix et la participation des acteurs informels pour aboutir à un diagnostic avancé de l'hétérogénéité et des besoins des travailleurs.
- **Sensibiliser, partager l'information et renforcer la confiance.**
- **Simplifier les procédures administratives**, dont l'enregistrement des entreprises ou des bénéficiaires. Par exemple : réduire le nombre de documents requis, regrouper plusieurs services administratifs en un guichet unique...
- **Prendre en compte la capacité financière des travailleurs de l'économie informelle**, en adaptant les barèmes de contribution et/ou en subventionnant certaines contributions.
- **Compléter l'extension de la couverture contributive par des régimes non contributifs et établir des socles nationaux de protection sociale**, dans la continuité du point précédent.
- **Faciliter l'application de la loi et améliorer la conformité** pour faire respecter le cadre juridique défini précédemment.
- **Inclure l'accès à la protection sociale dans une approche intégrée pour faciliter la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle.** La PS est l'un des éléments, parmi des stratégies plus globales, qui favorisent la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle. Elle se couple aux stratégies des trois autres piliers de l'agenda du travail décent (droit du travail, création d'emploi et dialogue social), mais aussi aux stratégies intersectorielles (l'éducation, la santé, les finances publiques...).

En conclusion, l'économie informelle représente un défi de taille à l'agenda de la PSS au vu de sa diversité et de son aspect méconnu du secteur public. Afin d'étendre la PS à l'économie informelle, l'OIT préconise de mettre en œuvre un processus de formalisation de cette économie. Pour ce faire, il est conseillé à chaque pays d'identifier les facteurs qui favorisent l'informalité dans son contexte national et d'y proposer des stratégies au long terme pour y remédier, tout en garantissant un dialogue social avec les acteurs de l'informel.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

Berman, Pierre. *Extending Coverage: Social Protection and the Informal Economy - Experiences and Ideas from Researchers and Practitioners*, 2017.

Brahmachari, Rittika, Manasee Mishra, George Gotsadze, and Sabyasachi Mandal. 'Leveraging the Social Networks of Informal Healthcare Providers for Universal Health Coverage: Insights from the Indian Sundarbans'. *Health Policy and Planning* 39, no. Supplement_2 (18 November 2024): i105–20.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czae060>.

Bureau international du travail. 'Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale'. Note de synthèse. Bureau international du travail, 2022. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=18963>.

International Labour Organisation, Anh Nguyen, Quynh, and Christina Behrendt. 'Extending Social Security to Workers in the Informal Economy - Key Lessons Learned from International Experience'. Social Protection Spotlight, March 2021. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16991>.

Mahal, Ajay, Vivek Panwar, Arun Tiwari, Rahul Reddy, and Sumit Kane. 'The "Missing Middle": How to Provide 350 Million Indians with Health Coverage?' *Margin: The Journal of Applied Economic Research*, 24 October 2024, 00252921241284190. <https://doi.org/10.1177/00252921241284190>.

Pinna Pintor, Matteo, Elena Fumagalli, and Marc Suhrcke. 'The Impact of Health on Labour Market Outcomes: A Rapid Systematic Review'. *Health Policy* 143 (1 May 2024): 105057. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105057>.



III- COMMENT « METTRE EN ŒUVRE » LA CSU ?

La CSU englobe diverses dimensions. Elle devient donc un terme ambigu, mais surtout « fourre-tout », mettant à mal la formulation de politiques de santé claires et pertinentes. Il est donc important de clarifier d'emblée que :

- i) **Une « politique de CSU » est une formulation dépourvue de sens**, car l'on n'identifie pas les axes de travail sur lesquels la politique entend agir. La CSU devient un moyen générique de justifier toute politique de santé, quelle qu'elle soit.
- ii) **Il n'existe pas une politique ou un modèle fixe pour tendre vers la CSU**. Chaque pays a sa propre histoire, ses propres valeurs et son propre contexte socio-éco-politique et épidémiologique ; ces facteurs ont influencé et continuent d'influencer la façon dont les systèmes de santé se sont bâtis et les stratégies qui ont été choisies pour organiser l'action collective en faveur de la santé (Stern Plaza et al., 2019; The World Health Report, 2010). On appelle cela la « *path dependency* » ou dépendance au sentier des politiques publiques (Kay, 2005).

Les politiques de CSU sont souvent énoncées dans des documents stratégiques issus par le secteur de la santé et/ou celui de la protection sociale, mais pour en assurer l'effectivité, elles doivent avant tout être étayées par un **cadre légal** (Alyanak, 2022; Prabhakaran et al., 2017). Celui-ci peut relever de la Constitution du pays concerné ou prendre la forme d'une ou plusieurs lois (qui ne sont pas nécessairement formulées avec le terme « CSU ») qui garantissent le droit à la santé à la population, identifient le rôle des différents acteurs du SS, et leur fournissent les outils et compétences nécessaires pour l'implémentation des politiques. D'autres textes stratégiques ou légaux peuvent ensuite préciser des éléments spécifiques de la politique de CSU ainsi que les modalités de mise en œuvre (Alyanak, 2022). Une bonne pratique est de commencer par rédiger un **plan national de développement sanitaire** pertinent, cohérent, réaliste et durable, dans lequel on spécifie l'ensemble des politiques de santé à implémenter au niveau national, en assurant l'adaptation du cadre légal en cohérence avec ces lignes stratégiques.

En ce qui concerne la couverture sanitaire, ces politiques devraient permettre d'étendre le nombre de prestations prioritaires à couvrir (« profondeur » du cube de la CSU). Ceci sous-entend que l'on doit mettre en place un système d'identification d'un « **paquet de services minimal/essentiel** »⁷ à couvrir par le mécanisme de préfinancement collectif de la santé. Ce paquet doit être choisi et mis à jour selon les besoins de la population, les ressources disponibles et une série de critères de priorisation (équité, efficience...) en vue d'être progressivement élargi (International Labour Organisation, 2010; Making Explicit Choices on the Path to UHC : The JLN Health Benefits Package Revision Guide, n.d.; *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*, 2014). La mise en place de **services de santé primaires** facilement accessibles est une solution souvent mise en avant par les instances internationales (Alyanak, 2022; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008) (voir section VI). Ce paquet de services minimal revoie fortement aux socles de protection sociale mentionnés

⁷ Nous parlons ici d'un paquet de **services** (*benefits package* en anglais), et non d'un paquet de **soins**. Cette dernière formulation exclurait les services de promotion et de prévention.

précédemment (voir section II) (*Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.).

Il faut aussi étendre cette **couverture à l'ensemble de la population** (« largeur » du cube). Ceci sous-entend qu'il faut inclure les populations marginalisées et vulnérables dans les politiques de couverture (personnes en situation de pauvreté, secteur informel, femmes enceintes...) de manière équitable (voir section VI).

Enfin, des politiques de **protection financière** doivent être mises en place. Celles-ci doivent protéger les ménages de difficultés financières liées à leur état de santé en réduisant leurs barrières financières. Ceci inclut les OOP, c'est-à-dire la part de paiement des services de santé restant à leur charge (« hauteur » du cube), mais aussi les coûts des transports, la perte de revenus...(International Labour Organisation, 2010; Saksena et al., 2014) Pour ce faire, des mécanismes de solidarité financière à travers **des politiques de mise en commun des fonds** doivent être implémentées (ces fonds mis en commun représentent le cube bleu à l'intérieur du cube de l'ensemble des services de santé) (17). Ces politiques vont permettre un effet de redistribution des risques entre les plus riches et les plus pauvres, entre les personnes plus saines et malades... et ce, indépendamment du mécanisme de financement choisi (Tessier, 2020). De cette façon, les fonds collectés peuvent servir à couvrir (a priori dans le cas d'un tiers payant, a posteriori en cas de remboursement) les services de santé de la population, ce qui réduira leur part du paiement. Ces politiques doivent être attentivement élaborées pour garantir une équité dans la collecte et la redistribution des fonds pour la CSU. Elles sont intimement liées aux politiques de financement de la santé (Papanicolas et al., 2022), détaillées dans la section IV.

Cependant, ces fonds mis en commun pour protéger la population ne sont jamais suffisants pour couvrir tous les services gratuitement pour tout le monde (partie pleine qui remplirait l'entièreté du volume du cube) (The World Health Report, 2010). La progression vers la CSU est donc progressive, et peut se faire en privilégiant l'un ou l'autre des trois axes, ou les trois en même temps. **Il est conseillé de garantir d'abord l'universalité de la couverture** (largeur du cube), et donc de commencer par offrir un paquet de service minimal **à l'entièreté de la population**, avant d'élargir progressivement le paquet couvert par la suite (*Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*, 2014; The World Health Report, 2010). Ceci est en accord avec les recommandations N°202 sur les socles de protection sociale de l'OIT (*Recommandation R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*, n.d.).

Les politiques de financement du SS (en relation intime avec la protection financière) qui vont permettre d'augmenter les fonds disponibles, seront détaillées dans la section VI.

Toutefois, la mise en œuvre de la CSU ne se limite pas aux politiques de financement et de couverture du risque sanitaire. Elle doit également garantir que ces services couverts soient accessibles et de qualité. Il est donc question **d'assurer une parfaite cohérence et congruence entre l'ensemble des politiques de santé**. Celles-ci concernent, sans être exhaustif :

- Les politiques d'accessibilité géographique (Prabhakaran et al., 2017; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008) (la décentralisation des services sanitaires, les services de santé primaire, les services de transports des malades...).

- Les politiques de ressources humaines en santé (Scheffler et al., 2016) (formation initiale et formation continue, distribution sur le territoire, rémunération, rétention du personnel...).
- Les politiques d'infrastructures et de matériel de santé (Strategic Health Infrastructure Investments to Support Universal Health Coverage, 2023) (WASH, construction de centres de santé, maintenance du matériel...).
- Les politiques relatives aux systèmes d'information en santé et sa digitalisation (Hussein, 2015a, 2015b).
- Les politiques du système pharmaceutique (production, chaîne d'approvisionnement et de distribution...) (Wagner et al., 2014).
- Les politiques d'amélioration de la qualité des services (accréditation...) (Yanful et al., 2023).
- La gouvernance d'ensemble, y compris le système de suivi, d'évaluation et de redevabilité de toutes ces politiques (Prabhakaran et al., 2017).

En conclusion, pour « mettre en œuvre » la CSU, **les politiques de santé doivent être holistiques et aborder l'ensemble des volets du SS. Elles ne doivent pas être réduites aux politiques de protection financière.** La CSU servirait plutôt de cadre théorique pour mieux intriquer et rendre cohérent l'ensemble de ces réformes.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

'Making Explicit Choices on the Path to UHC : The JLN Health Benefits Package Revision Guide'.

Washington D.C.: World Bank Group, n.d.

<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099120924161033683/p17623510c267803319a0b1e9a556ec2472>.

Bertram, Katri, and Justin Koonin. 'Simplifying the Universal Health Coverage Narrative Can Help to Achieve Political Action'. *BMJ* 387 (6 November 2024): q2441. <https://doi.org/10.1136/bmj.q2441>.

Goodman, Catherine, Sophie Witter, Mark Hellowell, Louise Allen, Shuchi Srinivasan, Swapna Nixon, Ayesha Burney, et al. 'Approaches, Enablers and Barriers to Govern the Private Sector in Health in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review'. *BMJ Global Health* 8, no. Suppl 5 (1 October 2024): e015771. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015771>.

Le « Compendium CSU de l'OMS inclut des outils pour aider les pays à prendre des décisions concernant le paquet minimal de services: 'UHC Compendium'. Accessed 18 September 2024.

<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>.

Le « *National health planning tool* » est un outil de l'OMS qui assiste les décideurs politiques dans l'élaboration de plans ou politiques sanitaires : 'National Health Planning Tools'. Accessed 18 September 2024. <https://extranet.who.int/nhptool/Default.aspx>.

UHC2030, 'De La Parole Aux Actes: Programme d'action Sur La Couverture Santé Universelle Du Mouvement Pour La CSU'. UHC2030, 2023. <https://www.uhc2030.org/what-we-do/voices/action-agenda-from-the-uhc-movement/>.

World Health Organization, 'UHC Technical Brief: Strengthening Health Information Systems'. World Health Organization, 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/259716>.

World Health Organization, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Geneva, 2016. <https://iris.who.int/handle/10665/250368>.



La CSU et son financement sont souvent mal interprétés par les décideurs politiques et les techniciens. En effet, **on ne finance pas la CSU (qui est un concept abstrait), mais on met en place des politiques de financement de la santé**. Le système de financement permettra de mobiliser, de mettre en commun et d'utiliser les fonds nécessaires pour financer le SS au sens large, ainsi que les politiques et programmes qui tendent vers la CSU (McIntyre & Kutzin, 2016). Pour citer J. Kutzin, « *A moins que le concept ne soit clairement compris, la [le terme] CSU peut être utilisée pour justifier n'importe quelle réforme du financement de la santé* » (Kutzin, 2013) (traduction des auteurs).

Une première étape consiste à **élaborer une stratégie cohérente de financement du SS** qui : (i) débute par un diagnostic de la situation financière du SS (dont les sources de financement de la santé, la capacité fiscale du système et la gestion des finances publiques), (ii) se focalise sur l'ensemble de la population, (iii) identifie des objectifs spécifiques au pays et (iv) inclue une stratégie d'évaluation. Cette stratégie ne doit pas être isolée, mais plutôt incorporée dans le plan stratégique sectoriel de la santé ou, idéalement, dans le plan de développement national (intersectoriel). Cette stratégie est à élaborer, a minima, par les instances responsables de la santé (ministère de la santé par exemple) et des finances, à travers un groupe de travail multisectoriel responsable de l'élaboration mais aussi de l'implémentation de cette stratégie (Kutzin et al., 2017, 2018).

Le financement de la santé s'axe autour de **trois fonctions : la collecte de fonds, la mise en commun des fonds (ou *pooling*) et l'achat des services** (McIntyre & Kutzin, 2016; Papanicolas et al., 2022).

Premièrement, **la collecte de fonds** (ou mobilisation des ressources) fait référence aux sources de financement de la santé et aux mécanismes de collecte mis en œuvre. Ces fonds peuvent être de source extérieure (comme l'aide au développement, les emprunts internationaux...) ou interne (ou domestique) (Papanicolas et al., 2022). **Il est important pour les pays de dépendre principalement des sources de revenus internes, et donc de réduire la part des financements externes car ces mécanismes induisent une dépendance et ne sont pas durables** (Kutzin et al., 2017, 2018). Chaque pays doit donc élargir son espace fiscal⁸, afin de mobiliser plus de fonds pour un but désiré (P. S. Heller, 2006; McIntyre & Kutzin, 2016). On distingue d'abord les OOP, les paiements directs des ménages, qui financent le système au point d'utilisation des services. Les autres sources sont déliées de l'utilisation directe des services de santé. Il s'agit de fonds prépayés et mis en commun (Papanicolas et al., 2022), soit dans un mécanisme assurantiel privé, soit dans un mécanisme public. Ces fonds pré payés font référence : (McIntyre & Kutzin, 2016)

- D'une part, aux contributions (obligatoires ou volontaire/facultative) aux programmes de couverture ou d'assurance nationaux et/ou privés ;
- D'autre part, aux recettes fiscales et non fiscales de l'Etat. Celles-ci peuvent être issues soit des recettes générales (impôts, taxes directes et indirectes...) qui alimentent le budget de l'Etat (national ou local) et dont une partie sera attribuée à la santé lors de l'élaboration du budget annuel, soit de recettes affectées d'office à la santé (par exemple, des taxes sur le tabac dont

⁸ L'espace fiscal est la disponibilité d'une marge budgétaire qui permet à un gouvernement d'allouer des ressources à un but spécifique, sans porter préjudice à la durabilité de la position financière dudit gouvernement (P. Heller, 2005; P. S. Heller, 2006) (Traduction des auteurs).

une part revient directement au budget de la santé) (Papanicolas et al., 2022; Schiel-Adlung, 2014).

Cependant, en pratique, plusieurs mécanismes coexistent souvent et se développent en parallèle. Dès lors, **il est vivement conseillé d'implémenter une politique de financement mixte, alliant les deux mécanismes contributifs et non contributifs** (Cattaneo et al., 2024; Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022; McIntyre & Kutzin, 2016), **et qui dépendra du contexte local.**

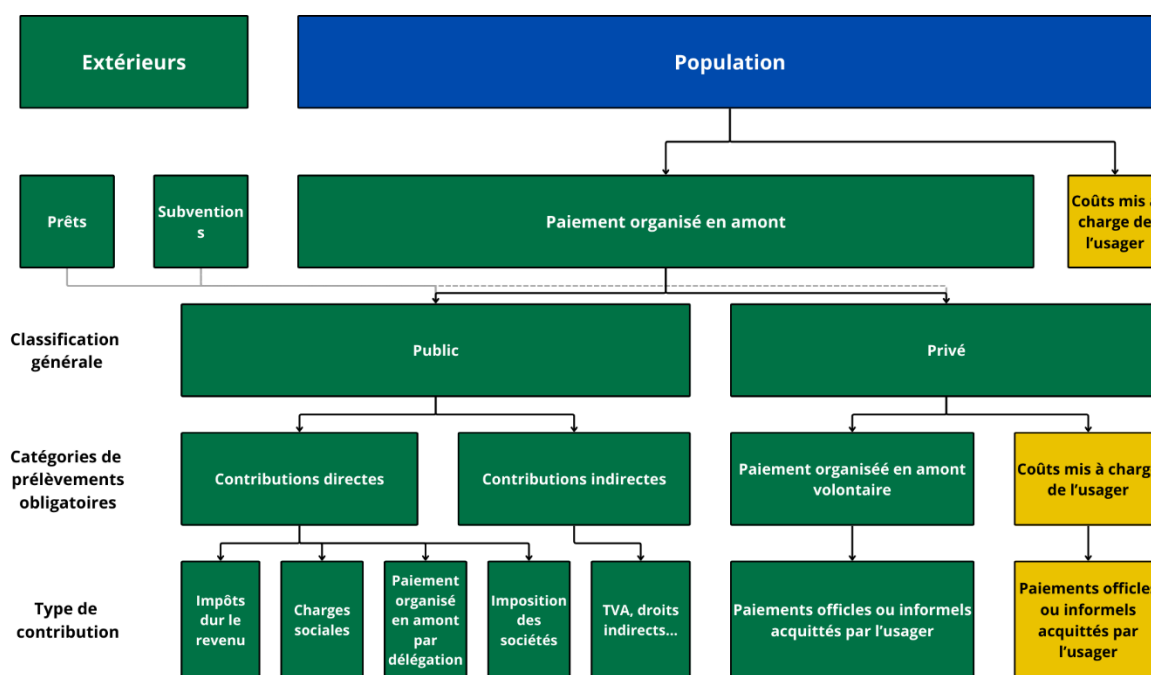


Figure 5 Principales sources de financement et principaux mécanismes de contribution, inspiré par (Kutzin et al., 2018)

La fonction de collecte de fonds est déterminante dans la répartition de la charge financière au sein de la population (Kutzin et al., 2017, 2018; Papanicolas et al., 2022). Quel(s) que soi(en)t le(s) mécanisme(s) de collecte de fonds choisi(s), et **dans un souci d'équité financière**, il est important d'élaborer des mécanismes de collectes de fonds **progressifs**, **c'est-à-dire que les ménages les plus nantis contribuent plus que proportionnellement au financement du système dans son ensemble que les ménages les plus pauvres** (McIntyre & Kutzin, 2016).

Un financement **proportionnel** veut dire que chacun contribue au financement du système à hauteur d'un même pourcentage de ses revenus tandis qu'un système **régressif** se rencontre lorsque les plus pauvres consacrent un plus grand pourcentage de leurs revenus à la santé. Par exemple, les OOP et les primes d'assurance fixes sont des « contributions » régressives.

Ensuite, si l'on veut atteindre les objectifs de couverture, d'équité et de « subventionnement croisé » (voir ci-après), tout en réduisant les risques de sélection adverse propre aux mécanismes assurantiels, les mécanismes de collecte de fonds publics **devraient être obligatoires**, c'est-à-dire que la population est légalement tenue de participer à l'effort de collecte (Kutzin et al., 2017, 2018; McIntyre & Kutzin, 2016). **Aucun pays n'a atteint une couverture santé universelle avec des mécanismes de**

prépaiement volontaires uniquement (McIntyre & Kutzin, 2016). Cette obligation peut se faire via des contributions obligatoires à des services d'assurance sociale en santé, de taxes directes (par exemple les impôts sur le revenu ou sur les entreprises) ou indirectes (par exemple, la TVA). Les contributions volontaires peuvent être réservées au secteur privé ou à des services publics complémentaires qui s'ajoutent au paquet minimal. Comme, dans de nombreux pays, les fonds alloués à la santé sont insuffisants pour financer l'extension de la CSU, l'OMS recommande de trouver des **financements innovants**⁹, décrits comme « des mécanismes et des flux non traditionnels de l'aide au développement, des partenariats publics/privés, qui supportent la collecte de nouvelles ressources ou apportent des solutions à des besoins identifiés sur le terrain » (traduction des auteurs) (Le Gargasson & Salomé, 2010; Nabyonga Orem et al., 2022). Soit, de nouveaux moyens pour augmenter l'espace fiscal.

Les tendances observées de l'OMS et de l'OIT

Bien que les deux institutions internationales prônent et argumentent en faveur de la mise en place d'un modèle de financement mixte (en partie contributif et en partie non contributif), l'OMS et l'OIT s'opposent, d'une certaine façon, quant aux mécanismes de collecte de fonds à privilégier.

L'OIT promeut la PS dans le cadre de **l'agenda, plus vaste, du travail décent**. Celui-ci prône la **transition de l'économie informelle vers l'économie formelle** (Recommandation R204 Sur La Transition de l'économie Informelle Vers l'économie Formelle, 2015) (voir section II). Les revenus des travailleurs informels sont irréguliers, inconnus de l'administration et souvent faibles, ce qui constitue un obstacle à l'extension de la PS pour ces populations. Pour contourner ces difficultés, les politiques devraient (i) adapter le mode de détermination des cotisations, (ii) faciliter les mécanismes de paiement des cotisations et (iii) combiner des mécanismes contributifs et non-contributifs (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle - Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022). Avec cette formalisation, le secteur informel ne serait plus en marge du système, mais y serait intégré. Il serait plus simple de déterminer le niveau de revenu de chacun, facilitant la mise en place d'un système de contributions sociales obligatoires ou de taxes sur le revenu (Cattaneo et al., 2024; Coltear & Rosemberg, 2018). Les contributions seraient et resteraient alors la source principale et fiable de financement de la PS, garantissant une redistribution des fonds et une mise en commun des fonds entre les individus, mais aussi entre les générations (notamment en ce qui concerne la pension) (Calligaro & Cetrangolo, 2023; Sustainable Financing of Social Protection, 2023). Ces contributions, sous formes de cotisations sociales ou d'impôts sur le revenu, sont administrativement faciles à opérationnaliser (Cattaneo et al., 2024), favorisent la formalisation de l'emploi, limitent les coûts des programmes, offrent une clarté des flux financiers aux politiciens et au public et, pour ce qui en est des cotisations sociales uniquement, garantissent des fonds affectés à la PS sans passer par les processus d'attribution du budget de l'Etat (Calligaro & Cetrangolo, 2023). C'est le premier volet de l'extension de la PS au secteur informel dit « par la formalisation ». Le deuxième volet, basé sur les mécanismes de financement non contributifs, est la méthode d'extension « indépendamment du statut » (Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle

⁹ Le terme « innovant » ici ne signifie pas nécessairement « nouveau » ou « à la pointe de la technologie ». Un financement est considéré innovant si (i) il répond à un besoin, (ii) il complète les mécanismes existants, (iii) il est efficace et efficient (Nabyonga Orem et al., 2022). Une simple mise à jour des politiques de financement peut parfois être considérée comme innovante dans ce cas.

- Leçons tirées de l'expérience internationale, 2022), et qui survient en complément de la formalisation promue par l'agenda du travail décent.

En revanche, l'OMS prône une approche **d'universalisme progressif** (voir section VI), selon laquelle les services de santé doivent, dès le départ, être universels (accessibles à tous) et donc, selon les contraintes financières, limités aux services les plus essentiels (qui seront élargis par la suite), avec des variations proportionnelles aux besoins des différentes populations (Francis-Oliviero et al., 2020). Or, les mécanismes contributifs (aussi obligatoires soient-ils sur le plan légal) ont été créés pour une population travaillant dans le secteur formel et généralement mieux nantie (Coltear & Rosemberg, 2018), excluant l'économie informelle qui se trouve à la marge du système dans de nombreux contextes (McIntyre et al., 2018; Yazbeck et al., 2023). Les mécanismes contributifs seuls sont donc inaccessibles et insuffisants pour couvrir les populations vulnérables. Les systèmes qui ont réussi à étendre significativement la couverture de santé sont ceux qui sont soutenus par des revenus provenant des taxes et impôts généraux (Barasa et al., 2021). Les systèmes basés sur ces revenus ont aussi une meilleure capacité de redistribution (Luyten & Tubeuf, 2024). L'OMS propose dès lors de privilégier les mécanismes non contributifs, basés sur les recettes fiscales. Les recettes générales sont décrites comme plus durables (Yazbeck et al., 2023), progressives (McIntyre et al., 2018), permettent la participation du secteur informel dans l'effort de prépaiement (Ly et al., 2022). Cette tendance se manifeste par la mise en place des « taxes pour la santé » (*health taxes*) ou taxes sur le péché (*sin taxes*), définies comme étant des taxes prélevées sur des produits ou comportements nocifs pour la santé (Clark et al., 2024; *Health Taxes*, n.d.), en tant que financements innovants (Nabyonga Orem et al., 2022), tout en réduisant celles sur les produits de base (Ly et al., 2022).

La deuxième fonction du financement est celle de **la mise en commun des fonds**. Notons tout d'abord que les fonds collectés peuvent soit être **directement affectés à la santé** (par exemple, une taxe sur le tabac qui va directement, en tout ou en partie, financer le SS ou certaines activités spécifiques), soit **passer à travers le budget général de l'Etat** (McIntyre & Kutzin, 2016). Ces fonds non affectés font chaque année l'objet d'arbitrages budgétaires avant d'être alloués au budget de la santé.

L'idée de mettre en commun des fonds pour préfinancer les dépenses de santé est inhérente à celle de réduire les dépenses directes et donc, les barrières financières à l'utilisation des services de santé ainsi que les dépenses catastrophiques de santé. Outre leur rôle assurantiel, ces pools ont également pour rôle de **maximiser la capacité redistributives des fonds prépayés** (McIntyre & Kutzin, 2016; Papanicolas et al., 2022), c'est-à-dire qu'ils devraient permettre de mettre en commun les risques et de redistribuer les fonds (« subventionnement croisé ») entre les différentes strates de la population (les plus nantis soutiennent les plus pauvres, les personnes saines les malades...). C'est comme ceci qu'on opérationnalise la solidarité financière (Alyanak, 2022). Pour garantir cette solidarité, les pools doivent répondre à certains critères (McIntyre & Kutzin, 2016; Papanicolas et al., 2022):

- (i) **La taille** : plus un pool est grand, plus il est capable de créer une redistribution et de garantir des services à ceux qui en ont le plus besoin ;
- (ii) **La diversité des individus qui sont éligibles** aux fonds du pool ;
- (iii) **La participation et l'appartenance** : il est conseillé de rendre la participation obligatoire, et donc de créer une condition légale impliquant une partie ou toute la population. Si elle est volontaire, seulement ceux dans le besoin risquent d'y adhérer, créant une « sélection adverse ». Les personnes saines ou nanties risquent de ne pas y participer, ce qui limite la

capacité redistributive du pool et la solidarité entre les individus, et met en danger la soutenabilité financière du mécanisme de prépaiement.

Les difficultés de redistribution apparaissent notamment lorsqu'il existe une fragmentation de pools de taille limitée et peu diversifiés (McIntyre & Kutzin, 2016). Dépendamment du contexte national, cette fragmentation réduit aussi la capacité de subventionnement croisé entre les différents pools.

Les OOP représentent l'absence de mise en commun des fonds : il n'y a aucune redistribution possible dans ce cas.

Il est important de noter que **le lien entre un mécanisme de collecte de fonds et de mise en commun n'est pas univoque**. Un pool peut être alimenté par plusieurs mécanismes de collecte, et un mécanisme de collecte peut alimenter plusieurs pools (Kutzin et al., 2017, 2018). L'important est que la gouvernance des différents pools soit bien identifiée, et que les flux financiers soient le plus clairs et simples possible.

Troisièmement, **la fonction d'achats des services peut se résumer à quelques questions : qui achète quoi, pour qui, à qui et comment ?** (McIntyre & Kutzin, 2016). La question de « qui achète » se réfère à la gouvernance des différents pools et détermine qui sont les acheteurs de services. Ensuite, on se focalise sur la question « quoi acheter » : **il s'agit de déterminer les prestations que ces pools vont acheter, et dans quelles conditions elles sont remboursables** (McIntyre & Kutzin, 2016; Papanicolas et al., 2022). L'idéal est de déterminer **un paquet de service minimal** que l'acheteur peut couvrir (International Labour Organisation, 2010; *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*, 2014). Il est important de rappeler que, les ressources étant limitées, on ne peut couvrir l'ensemble des services sanitaires. **Il faudra faire un choix sur les services à couvrir**, ce qui, inévitablement, est aussi un choix de ce qui ne sera pas couvert (Kutzin et al., 2017, 2018; McIntyre & Kutzin, 2016; Norheim, 2015).

La question « pour qui » fait référence aux bénéficiaires des services. **Ceux-ci ont droit aux services que le(s) pool(s) au(x)quel(s) ils appartiennent ont à offrir. Ces services sont déterminés pour chaque pool**, et donc par groupes de population (Kutzin et al., 2017, 2018; McIntyre & Kutzin, 2016). Cette notion fait directement référence à la participation et à l'appartenance mentionnées précédemment.

La question « à qui » fait référence aux prestataires de services (individuels comme un médecin, ou institutionnels comme un centre de santé). En effet, **le système d'achat de service va permettre de rémunérer certains prestataires** (publics ou privés, conventionnés...). Il s'agit d'identifier quels prestataires sont éligibles à cette rémunération à travers **un système d'accréditation et de suivi de qualité** des services (Papanicolas et al., 2022). Cet aspect doit être en relation étroite avec les politiques de ressources humaines en santé et de qualité de services (voir section III).

Enfin, la question du « comment » fait référence aux **modalités de paiement et d'achat des services** (McIntyre & Kutzin, 2016; Papanicolas et al., 2022). Il existe de nombreuses modalités (paiement à l'acte, au forfait, *per capita*, par ligne budgétaire...) qui sont ou non liées à la quantité de services effectivement produits (paiement rétrospectif ou prospectif). **Chacune d'entre elles présente des avantages et inconvénients et doivent être choisies selon le contexte national** (Cashin et al., 2015; Kutzin et al., 2017, 2018). Les modalités doivent être bien explicitées, choisies et contractualisées avec les prestataires. Un achat dit passif signifie que le paiement se fait indépendamment de toute

information sur les services ou les besoins (par exemple, l'octroi d'un budget global annuel ou le remboursement des factures). A l'inverse, **l'achat stratégique est un concept qui prône un rôle actif des acheteurs. Il s'agit de lier le paiement à des informations concernant soit les besoins de la population, soit la performance du prestataire** (Cashin et al., 2015; Kutzin et al., 2017, 2018; McIntyre & Kutzin, 2016). Ce terme « achat stratégique » est ambigu, souvent mal compris (Paul, Brown, et al., 2020) et recouvre toute une série d'instruments permettant de chercher à améliorer la performance du SS (McIntyre & Kutzin, 2016), principalement sous l'angle de l'efficacité allocative ou technique. Ce concept est intimement lié aux politiques de qualité de services et d'information sanitaire (voir section III).

Financement et CSU : Il existe souvent un amalgame entre financement de la santé et CSU et/ou protection financière. **Le système de financement de la santé, tel que décrit précédemment, recouvre les trois fonctions et réfère à l'ensemble du système et des interventions de santé. Il va donc pouvoir influencer toutes les dimensions de la CSU** – que ce soit la protection financière, la couverture de services ou la qualité des soins – ainsi que ses objectifs intermédiaires (l'équité, l'efficacité et la redevabilité) (Kutzin, 2013) (Figure 6). Chacune des sous-fonctions du financement de la santé peut influencer directement ou indirectement sur la progression vers la CSU (voir section III). **Il est donc primordial de commencer par comprendre l'architecture globale du financement du système de santé avant d'introduire des réformes au nom de la CSU, et de garantir une optimisation de l'ensemble du système de financement plutôt que de ne s'intéresser qu'à des mécanismes individuels** (Paul, Sambiéni, et al., 2020).

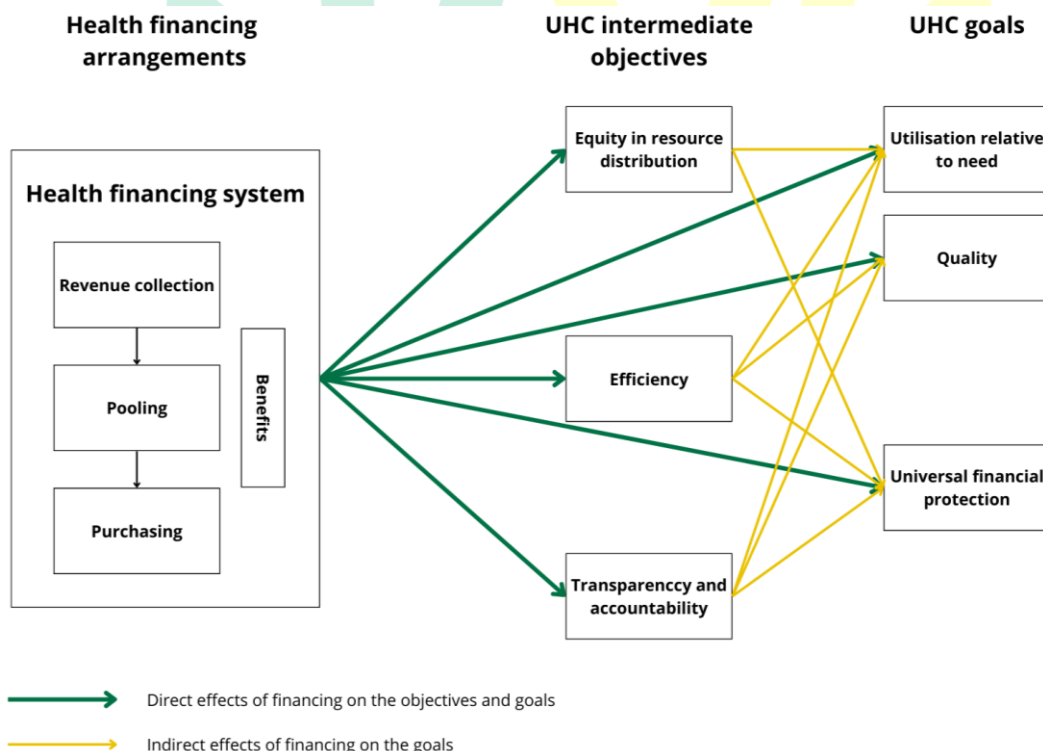


Figure 6 Objectifs intermédiaires et finaux de la CSU sur lesquels le financement de la santé peut influencer, inspiré de (Kutzin, 2013)

Cas particulier des mutuelles de santé communautaires (MSC) : Les MSC sont des organismes assureurs créés et gérés par les communautés ou des organisations de la société civile en leur nom (ONG, centres religieux...). **Elles sont caractérisées par leur petite taille pour préserver cet aspect**

communautaire, un mécanisme de collecte contributif et une adhésion volontaire (Mathauer et al., 2017; Tessier & Louis Dit Guérin, 2024). Ces critères engendrent à la fois des avantages et des inconvénients (Mathauer et al., 2017). Au titre des avantages, on retrouve :

- 🔗 L'aspect communautaire crée une proximité avec les bénéficiaires et est donc vecteur de **plus de transparence et de redevabilité**.
- 🔗 Les MSC peuvent atteindre le secteur informel dans les contextes où l'assurance maladie nationale obligatoire exclut encore cette population.
- 🔗 Les paniers de soins proposés peuvent être adaptés aux besoins locaux.

Au titre des inconvénients, on peut relever :

- 🔗 Les cotisations pour s'affilier sont souvent uniformes quel que soit le niveau de revenu de l'adhérent, **ce qui rend ce financement régressif. Ceci réduit fortement le nombre d'adhérents, particulièrement les plus pauvres**.
- 🔗 **L'adhésion est volontaire ce qui, comme mentionné précédemment, crée une sélection adverse et nuit à la soutenabilité financière du mécanisme**.
- 🔗 Ces MSC se veulent ancrées dans les communautés, et sont donc petites et nombreuses. **Cette fragmentation et absence de mutualisation des fonds réduit leur capacité de paiement et de redistribution** (Tessier & Louis Dit Guérin, 2024).
- 🔗 La contractualisation entre les MSC et les prestataires se fait de manière individuelle, ce qui réduit le champ et la diversité de l'offre.

Les MSC ont finalement pu augmenter l'utilisation des soins de santé, mais **ont eu un impact réduit sur la protection financière et l'accès aux soins** (Mathauer et al., 2017; Tessier & Louis Dit Guérin, 2024). **De plus, la fragmentation des fonds et le faible nombre d'adhérents leur confère une faible viabilité et durabilité financière** (Tessier & Louis Dit Guérin, 2024). Aujourd'hui, les mutuelles de santé qui ont rencontré un succès sur le plan de l'extension de la couverture sont celles : (i) qui ont été intégrées dans le système d'assurance nationale obligatoire (Mathauer et al., 2017; Tessier & Louis Dit Guérin, 2024), (ii) qui proposent une couverture complémentaire à celle proposée par l'Etat, (iii) ou à qui le système a délégué sa fonction de gestion (Tessier & Louis Dit Guérin, 2024). Dans ces cas-là, elles perdent leur aspect communautaire au profit d'une viabilité financière et d'un véritable impact sur la progression vers la CSU. **En conclusion, des MSC isolées du système de couverture national ont peu d'impact et peu de viabilité financière. Il est nécessaire qu'elles soient incorporées dans un « pool » plus large pour pouvoir contribuer significativement à la CSU.**

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

Barroy, Hélène, Pierre Yameogo, Mark Blecher, Martin Sabignoso, Moritz Piatti, and Joseph Kutzin. 'Public Financial Management: A Pathway to Universal Health Coverage in Low-and-Middle Income Countries'. *Health Systems & Reform* 10, no. 3 (18 December 2024): 2368051.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2368051>.

Cashin, Cheryl, Batbayar Ankhbayar, Hoang Thi Phuong, Gerelmaa Jamsran, Oyungerel Nanzad, Nguyen Khanh Phuong, Tran Thi Mai Oanh, Tran Van Tien, and Tsolmongerel Tsilaajav. 'Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage'. Joint Learning Network For Universal Health Coverage, 1 January 2015.

- Fan, Victoria, and Sanjeev Gupta. 'How to Heal Health Financing'. *Center For Global Development* (blog). Accessed 17 December 2024. <https://www.cgdev.org/blog/how-heal-health-financing>.
- Federspiel, Frederik, Josephine Borghi, Elhadji Mamadou Mbaye, Henning Tarp Jensen, and Melisa Martinez Alvarez. 'Development Partner Influence on Domestic Health Financing Contributions in Senegal: A Mixed Methods Case Study'. *Health Policy and Planning*, 21 November 2024, czae110. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae110>.
- Heller, Peter S. 'The Prospects of Creating "Fiscal Space" for the Health Sector'. *Health Policy and Planning* 21, no. 2 (1 March 2006): 75–79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czj013>.
- Karamagi, Humphrey Cyprian, David Njuguna, Solyana Ngusbrhan Kidane, Herve Djossou, Hillary Kipchumba Kipruto, Aminata Binetou-Wahebine Seydi, Juliet Nabyonga-Orem, Diane Karenzi Muhongerwa, Kingsley Addai Frimpong, and Benjamin Musembi Nganda. 'Financing Health System Elements in Africa: A Scoping Review'. *PLOS ONE* 18, no. 9 (13 September 2023): e0291371. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291371>.
- Kestemont, Marie-Paule, and Elisabeth Paul. 'Le Rôle Des Mutuelles de Santé et Des Initiatives d'économie Sociale Dans l'extension Des Mécanismes de Protection Sociale Aux Travailleurs Ruraux Du Bénin'. Short-Term Policy Supporting Research (PSR). Louvain Coopération, March 2020. <https://louvaincooperation.org/fr/node/707>.
- Kutzin, Joseph. 'Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy'. *Bulletin of the World Health Organization* 91, no. 8 (1 August 2013): 602–11. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>.
- Luyten, Emilia, and Sandy Tubeuf. 'Equity in Healthcare Financing: A Review of Evidence'. *Health Policy*, 28 November 2024, 105218. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105218>.
- Ly, Mamadou Selly, Oumar Bassoum, and Adama Faye. 'Universal Health Insurance in Africa: A Narrative Review of the Literature on Institutional Models'. *BMJ Global Health* 7, no. 4 (1 April 2022): e008219. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008219>.
- Mathauer, Inke, Benoît Mathivet, and Joseph Kutzin. 'L'assurance maladie à base communautaire : comment peut-elle contribuer au progrès vers la couverture universelle en santé?', 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/258980>.
- Niang, Marietou, Émilie Gélinas, Oumar Mallé Samb, Lou Tessier, Mathilde Mailfert, Aurore Iradukunda, Olivier Louis dit Guérin, and Valéry Ridde. 'The Role of Mutuals and Community-Based Insurance in Social Health Protection Systems: International Experience on Delegated Functions'. *International Social Security Review* 76, no. 2 (1 April 2023): 3–29. <https://doi.org/10.1111/issr.12323>.
- Organisation Internationale du Travail, Tessier Lou, and Olivier Louis Dit Guérin. *Quelle place pour les mutuelles de santé et assurances-maladie à base communautaire dans les systèmes de protection sociale en santé?: revue d'expériences*. Genève: Organisation Internationale du Travail, 2024. <https://doi.org/10.54394/QUDT1352>.
- Organisation mondiale de la Santé, Kutzin, Joseph, Sophie Witter, Matthew Jowett, and Dorjsuren Bayarsaikhan. *Développer une stratégie nationale de financement de la santé publique : guide de*

référence. Financement de la santé. Orientations;3. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2018. <https://iris.who.int/handle/10665/275717>.

Paul, Elisabeth, N’koué Emmanuel Sambiéni, Jean-Pierre Wangbe, Fabienne Fecher, and Marc Bourgeois. ‘Budgeting Challenges on the Path towards Universal Health Coverage: The Case of Benin’. *Health Economics Review* 10, no. 1 (5 September 2020): 28. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00286-9>.

Ridde, Valéry, Mouhamadou Faly Ba, Babacar Kane, Anouk Chouaïd, and Adama Faye. ‘Scaling Up Departmental Health Insurance Units in Senegal: A Mixed-Method Study’. *Health Systems & Reform* 10, no. 1 (16 December 2024): 2402084. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2402084>.

Waelkens, Maria-Pia, Soors Werner, and Criel Bart. ‘Community Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries’. In *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)*, edited by Stella R. Quah, 82–92. Oxford: Academic Press, 2017. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00082-5>.

World Health Organisation, *The Health Financing Progress Matrix Country Assessment Guide*. Geneva: World Health Organization, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017801>.

World Health Organization, ‘Trends in Financial Hardship Due to Out-of-Pocket Health Spending in the WHO African Region’. World Health Organization, November 2024. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-12/Regional%20brief_v5.pdf.

World Health Organization, ‘Global Spending on Health: Emerging from the Pandemic’. Geneva: World Health Organization, 9 December 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104495>.

World Health Organization, ‘The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage’. Geneva: World Health Organization, 2010. <https://iris.who.int/handle/10665/44371>.

World Health Organization, Cashin, Cheryl, Danielle Bloom, Susan Sparkes, Hélène Barroy, Joseph Kutzin, and Sheila O’Dougherty. *Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage*. World Health Organization, 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/254680>.

World Health Organization, Mathauer, Inke, Elina Dale, and Bruno Meessen. *Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Key Policy Issues and Questions: A Summary from Expert and Practitioners’ Discussions*. World Health Organization, 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/259423>.

World Health Organization, McIntyre, Diane, and Joseph Kutzin. *Health Financing Country Diagnostic: A Foundation for National Strategy Development*. World Health Organization, 2016. <https://iris.who.int/handle/10665/204283>.

World Health Organization, Nabyonga Orem, Juliet, Kingsley Addai, Kasonde Mwinga, Diane Karenzi Muhongerwa, Sylvia Namuli, and James Asamani. ‘Analysis of the Nature and Contribution of Innovative Health Financing Mechanisms in the WHO African Region’. Brazzaville: World Health Organization, September 2022. <https://www.afro.who.int/publications/analysis-nature-and-contribution-innovative-health-financing-mechanisms-who-african>.

Un e-learning développé par l'OMS sur le financement de la santé et la CSU : <https://campus.paho.org/who/enrol/index.php?id=3>.

Ainsi que la page sur le [financement de la santé](#) du site de l'OMS.



V- COMMENT « MESURER » LA CSU ET LA PS ?

La CSU et la PS sont des concepts larges et complexes, qui englobent de nombreux volets. **Il est donc impossible, même avec des indices complexes et composites, de « mesurer » la CSU ou la PS dans leur globalité.** L'état d'avancement de la couverture ou de la protection de la population se fait en croisant et analysant de nombreux indicateurs mesurant différents aspects et adaptés au contexte national.

Cela étant dit, il existe des indicateurs qui permettent d'assurer le suivi de l'évolution de chacun des ODD de manière standardisée et au niveau international. Pour la CSU, il s'agit des indicateurs des ODD 3.8.1 et 3.8.2 qui reflètent respectivement les deux volets de la CSU : la couverture sanitaire et la protection financière (*Tracking Universal Health Coverage*, 2023).

Les indicateurs des ODD sont établis sur la base de normes internationales, ce qui garantit leur reproductibilité et leur standardisation. Cependant, les données recueillies proviennent d'enquêtes nationales, ce qui met à mal leur crédibilité et leur qualité. Ce commentaire est valable pour l'ensemble des indicateurs des ODD.

L'ODD 3.8.1 reflète la capacité nationale de fournir et garantir un accès effectif et de qualité aux services dont la population a besoin. Il est mesuré par un indicateur composite appelé l'indice de couverture en services de la CSU (*Service Coverage Index SCI*). Cet indice est calculé sur la base de quatorze indicateurs regroupés en quatre catégories de services : santé reproductive, santé maternelle et infantile, maladies infectieuses, maladies non transmissibles, ainsi que de la capacité d'accès aux services (*Tracking Universal Health Coverage*, 2023). Il est mesurable au niveau national, mais aussi au niveau local (Mukherji et al., 2024), ce qui permet de faire des comparaisons et d'identifier des inégalités de couverture sanitaires au niveau local, national ou international (*Tracking Universal Health Coverage*, 2023). Cependant, il ne permet pas d'identifier les causes de l'inaccessibilité aux services.

Diverses définitions :

Il existe deux concepts permettant d'estimer les difficultés financières que rencontrent les ménages pour avoir accès à la santé (2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus Health-Related SDGs), 2018; *Tracking Universal Health Coverage*, 2023).

Les **dépenses catastrophiques en santé**, qu'on retrouve au numérateur de l'indicateur de suivi de l'ODD 3.8.2. Il s'agit du rapport des OOP de santé d'un ménage sur les dépenses totales du ménage. Si le rapport excède un certain seuil défini (dans le cas de l'indicateur 3.8.2, 10% ou 25%), alors on considère la dépense comme catastrophique. On prend comme référentiel les revenus ou les dépenses, représentant la capacité de payer des ménages.

Les **dépenses appauvrissantes de santé** ne sont pas, quant à elles, reprises par l'indicateur de suivi de l'ODD 3.8.2, mais elles l'accompagnent souvent dans les rapports de suivi de la CSU. Il s'agit des dépenses absolues d'OOP de santé qui font basculer le ménage sous le seuil de pauvreté. Si le ménage était déjà sous le seuil de pauvreté, on parle d'appauvrissement accru. Ici, le référentiel est un seuil

de pauvreté absolu (comme le seuil de l'ODD 1.1 de 2,15\$ par jour PPP¹⁰ en 2017) ou relatif (souvent fixé à 60% de la médiane des revenus au niveau national ou local).

Les deux concepts ne sont pas mutuellement exclusifs et l'on peut observer l'un, l'autre ou les deux types de dépenses à la fois. Dans la Figure 7, on a schématisé différentes situations hypothétiques pour illustrer :

- Pour le ménage 1, on n'observe aucune dépense catastrophique ou appauvrissante.
- Pour le ménage 2, on observe une dépense catastrophique, car ses OOP de santé représentent 25% de ses dépenses totales, mais ces dépenses ne sont pas appauvrissantes car il reste au-dessus du seuil de pauvreté (estimé dans ce cas à 40).
- Pour le ménage 3, on observe une dépense appauvrissante, car il bascule sous le seuil de pauvreté, mais pas de dépense catastrophique car les OOP de santé représentent moins de 10% de ses dépenses totales.
- Pour les ménages 4 et 5, on observe à la fois des dépenses appauvrissantes et catastrophiques.
- Pour le ménage 6, on observe une situation d'appauvrissement accru.

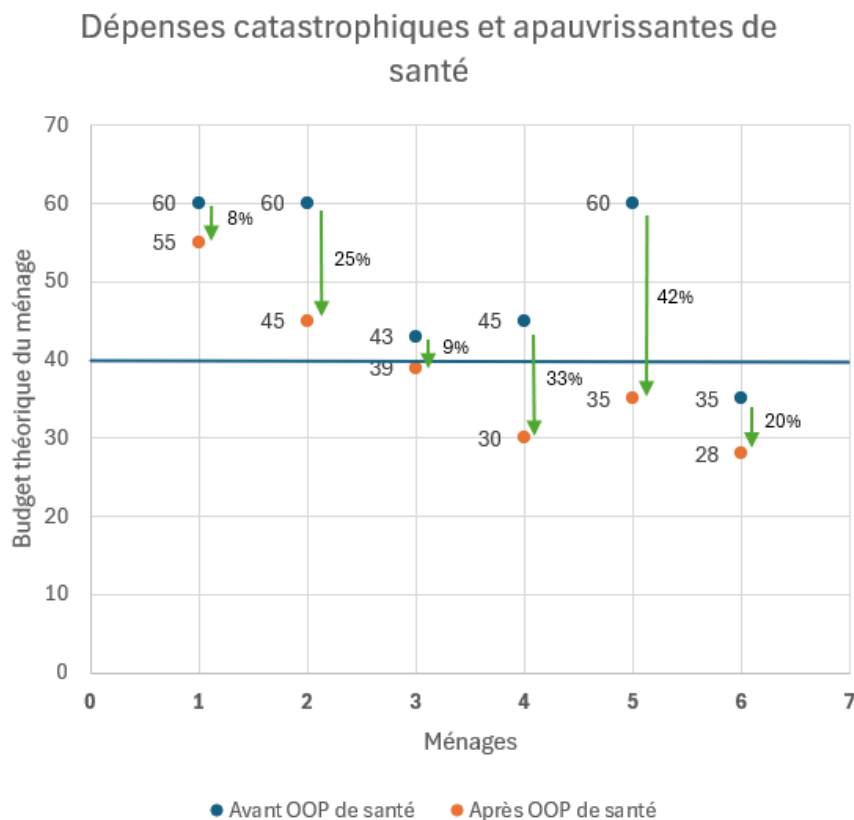


Figure 7 Situations hypothétiques de six ménages différents

L'ODD 3.8.2 est défini comme la proportion de la population dont le ménage consacre une part catastrophique de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé (càd des dépenses de santé dépassant le seuil de 10% ou 25% des dépenses ou du revenu). Il mesure le volet

¹⁰ Définition : la parité de pouvoir d'achat (PPP) : il s'agit du taux de conversion monétaire qui ont pour objet d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux des prix entre pays (*Parités de pouvoir d'achat (PPA)*, n.d.).

protection financière de la CSU (2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus Health-Related SDGs), 2018; *Tracking Universal Health Coverage*, 2023). Il est souvent accompagné d'un autre indicateur qui est la proportion de la population qui expérimente des dépenses appauvrissantes en santé. Comme son homologue, il est mesurable à différents niveaux, ce qui permet de faire des comparaisons, mais ne permet pas d'identifier les causes de ces difficultés financières auxquelles font face la population.

Ces deux indicateurs sont régulièrement mis à jour et publiés dans le « *Global monitoring report* » de la CSU, réalisé annuellement et conjointement par l'OMS et de la Banque Mondiale, et dont la dernière version date de 2023 (*Tracking Universal Health Coverage*, 2023). Leurs bases de données sont aussi accessibles publiquement¹¹.

En 2024 et 2025, le groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable mèneront une revue pour raffiner, revoir ou remplacer certains indicateurs des ODD (*IAEG-SDGs — 2025 Comprehensive Review Process*, n.d.; *Tracking Universal Health Coverage*, 2023). Les indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 en font partie. La critique principale de l'indicateur 3.8.1 est qu'il n'est pas aligné avec la formulation de l'ODD 3.8, et qu'il ne prend pas en compte les questions de si les services accessibles sont de qualité et en quantité suffisante pour atteindre les objectifs de santé (*Séance d'information à l'intention Des États Membres Sur Le Suivi de La Couverture Sanitaire Universelle (Cible 3.8 Des Objectifs de Développement Durable) : Révision Des Indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 Des ODD Relatifs à La CSU*, 2024; *Tracking Universal Health Coverage*, 2023). L'indicateur 3.8.2 est aussi critiqué (Grépin et al., 2020), notamment vu la confusion entre les dépenses catastrophiques et appauvrissantes, couplée à des observations opposées selon le seuil choisi (10% ou 25%, seuil de pauvreté relatif ou absolu) (Saksena et al., 2014). Les discussions envisagent d'utiliser le budget discrétionnaire¹² à la place du budget total des ménages comme comparatif avec les dépenses de santé (*Séance d'information à l'intention Des États Membres Sur Le Suivi de La Couverture Sanitaire Universelle (Cible 3.8 Des Objectifs de Développement Durable) : Révision Des Indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 Des ODD Relatifs à La CSU*, 2024). Il est prévu que les modifications finales soient publiées le 12/12/2025, à l'occasion de la journée mondiale de la CSU.

En ce qui concerne la PS, l'indicateur de suivi ODD 1.3.1 est défini comme la proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables). On peut déjà observer que l'indicateur est déjà désagrégé, lui permettant de prendre en considération l'équité. Les différents indicateurs sont répartis autour des neuf branches de la PSU¹³ (World Social Protection

¹¹ ODD 3.8.1 : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>
ODD 3.8.2 : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>
Données de la banque mondiale : <https://datacatalog.worldbank.org/search/dataset/0064780>

¹² Le budget discrétionnaire d'un ménage est défini comme « les dépenses totales de consommation ou le revenu net du seuil de pauvreté sociétale ». Il s'agit du budget restant après avoir retiré les dépenses pour le loyer, la nourriture et d'autres factures (*Séance d'information à l'intention Des États Membres Sur Le Suivi de La Couverture Sanitaire Universelle (Cible 3.8 Des Objectifs de Développement Durable) : Révision Des Indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 Des ODD Relatifs à La CSU*, 2024).

¹³ La couverture sanitaire est couverte par l'ODD 3.8, et n'est donc pas reprise ici, même si elle fait partie des neuf branches de la PSU.

Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future, 2021; World Social Protection Report 2024–26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition, 2024) :

- La proportion de la population protégée dans au moins un domaine [de la PSU], et donc qui bénéficie de prestations en espèce ou cotisant à au moins un régime de sécurité sociale ;
- La proportion d'enfants couverts par des prestations en espèce à l'enfance ou aux familles ;
- La proportion de femmes ayant accouché et bénéficiant de prestations de maternité ;
- La proportion de personnes en situation de bénéficiant de prestations d'invalidité ;
- La proportion de personnes sans emplois indemnisés (prestation de chômage) ;
- La proportion de travailleurs couverts en cas de maladie professionnelle ou d'accident de travail ;
- La proportion de personnes âgées bénéficiant d'une pension de vieillesse ;
- La proportion de personnes vulnérables bénéficiant de prestations d'assistance sociale en espèce.

L'indicateur composite reconnaît la complexité de mesurer à l'ODD 1.3.1 et prend alors en compte d'autres dimensions comme la portée (nombre et branches de mécanismes de protection sociale), l'étendue (proportion de la population cible couverte) et le niveau (l'adéquation) de la couverture (World Social Protection Report 2024–26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition, 2024).

Les données sont collectées à partir du « Social Security Inquiry », un questionnaire disponible en ligne publiquement, qui est devenu l'outil principal et exhaustif de recueil de données pour mesurer la PS sur l'ensemble des branches (Social Security Inquiry, n.d.; World Social Protection Report 2024–26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition, 2024). Cet indicateur est mis à jour et publié tous les trois ans dans le « World Social Protection Report » par l'OIT. Les deux derniers datent de 2021 (World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future, 2021) et 2024 (World Social Protection Report 2024–26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition, 2024). L'OIT met aussi à disposition plusieurs bases de données en ligne¹⁴.

Le financement de la santé est une fonction du SS indissociable de la CSU. **Il est donc important de connaître et comprendre les indicateurs sur les dépenses en santé et les sources de financement.** Les principaux indicateurs et leurs explications sont repris dans le tableau 1 du rapport « Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale » par Kutzin et McIntyre (McIntyre & Kutzin, 2016). Il existe aussi une matrice des progrès en matière de financement de la santé, développée par l'OMS, qui propose une approche qualitative normalisée pour évaluer le système de financement de la santé d'un pays (*The Health Financing Progress Matrix Country Assessment Guide*, 2020).

¹⁴ ILOSTAT data explorer : https://rshiny.ilo.org/dataexplorer41/?lang=en&id=SDG_0131_SEX_SOC_RT_A
World social protection data dashboard : <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=19>
Social protection monitor : <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3426>
Labour statistics for the SDGs : <https://ilostat.ilo.org/topics/sdg/#>

Les données concernant le financement de la santé sont disponibles au niveau national, et sont collectées à travers **les comptes nationaux de la santé**. Ces comptes permettent de faire un suivi des flux monétaires depuis leurs sources jusqu'à leur utilisation (dépenses), et permettent donc une analyse en profondeur du financement de la santé (*Guide to Producing National Health Accounts*, 2003; Quality Control of SHA-Based Health Accounts Data, 2024). Ces données nationales sont reprises et centralisées par l'OMS dans **la base de données des dépenses en santé mondiale (Global Health Expenditure Database¹⁵)**, et mise à jour conjointement avec les différents pays membres (*Global Health Expenditure Database*, n.d.). Cette base de données standardisée permet alors de réaliser des comparaisons internationales.

En ce qui concerne le financement de la PS(U), les données sont collectées à partir de plusieurs sources nationales et internationales. Les principales sources et bases de données sont reprises dans le tableau A2.2 du « *World Social Protection Report* » de 2024. Chacune de ces bases de données a ses spécificités et ne fournit donc pas une image globale du financement de la PS. Elles ont des définitions différentes pour le terme « dépenses pour la PS », alors que certaines se focalisent sur quelques branches (ou non) de la PSU, et d'autres sur une région spécifique (*World Social Protection Report 2024–26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition*, 2024). **Il est donc absolument nécessaire de croiser les différentes sources de données pour avoir une vision exhaustive de la situation.** Les données sont toujours présentées à la fois incluant et excluant les dépenses publiques générales de santé, afin de faire la séparation entre les bénéfices tirés de l'utilisation des services publics de santé et ceux, en espèce, relevant de la protection financière en cas de maladie (*World Social Protection Report 2024–26: Universal Social Protection for Climate Action and a Just Transition*, 2024) (Figure 2, voir section II).

Il existe des sources alternatives de données, notamment le programme « *Global Burden of Disease* » (GBD) dirigée par l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) qui publie régulièrement ses analyses dans la revue médicale *The Lancet*. **Le programme GBD rassemble les données sur les tendances de la santé mondiale, y compris en matière de financement, et en tire des analyses approfondies.** Le GBD a ainsi réalisé plusieurs études en lien direct avec la CSU et a, à partir d'analyses systématiques des données depuis 1990 :

- Développé un **index de couverture effective des services de santé**, qui diffère de l'ODD 3.8.1 car il mesure la couverture **effective** des services, qui tient compte de l'utilisation des services (au lieu de l'accessibilité uniquement), des besoins en santé des différentes tranches de la population et de la qualité des services (*outcomes*) (Lozano et al., 2020).
- Développé et évalué la performance **d'un indice d'accessibilité et de qualité des services** (notion manquante dans l'ODD 3.8.1) (Haakenstad, Yearwood, et al., 2022).
- Mesuré la **disponibilité des ressources humaines pour la santé et sa relation directe avec la CSU** (Haakenstad, Irvine, et al., 2022).

Le programme GBD réalise aussi de nombreuses autres études sur l'état de santé des populations, les facteurs de risques, les ressources humaines en santé... ainsi que des modèles prédictifs en se basant sur les tendances actuelles (*Global Burden of Disease 2021, 2024*). Ces données sont disponibles en

¹⁵ Global Health Expenditure Database: <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en/>

ligne avec des outils de visualisation pratiques (*Data Sources | Institute for Health Metrics and Evaluation, n.d.; Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources | GHDx, n.d.*).

Enfin, il existe d'autres documents utiles pour le suivi de la CSU. Le rapport annuel des statistiques sanitaires mondiales¹⁶ (*World Health Statistics 2024: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals, 2024*) est une compilation annuelle de données relatives à la santé pour atteindre les ODD. Il comporte des informations en relation avec la prestation des services, le financement de la santé, ou les tendances en vue d'atteindre « un milliard de personnes de plus ayant accès à la CSU » en 2023 (*UHC billion*)¹⁷ (*Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023: Promote Health, Keep the World Safe, Serve the Vulnerable, 2019*). L'OMS décrit aussi en détails 100 indicateurs clés (liste non exhaustive) en reprenant pour chacun leur définition, les méthodes de mesure et d'estimation, les bases de données préférentielles etc. On y trouve notamment de nombreux indicateurs en lien avec la prestation des services, la qualité des services et le financement de la santé (2018 *Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus Health-Related SDGs), 2018*).

En conclusion, « mesurer » la CSU et la PS n'est pas une tâche aisée. Il est important de recourir au croisement de nombreux indicateurs (aussi complexes soient-ils) et de nombreuses sources de données, à l'analyse, l'interprétation et la contextualisation de ces informations, afin d'évaluer de manière détaillée la progression vers la CSU et la PSU. Pour ce faire, plusieurs bases de données et analyses internationales existent. Cependant, il est aussi primordial de se référer aux données collectées au niveau national, qu'elles soient à partir d'enquêtes nationales, de données de routine (bulletin statistique, système national d'information sanitaire) ou de recherche académique etc.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

A System of Health Accounts 2011: Revised Edition. OECD, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Fischer, Torben, Martin Atela, Emma Kimani, Simon Otieno Josiah, and Winfred Kananu Ntonjira. 'Financial and Non-Financial Information Flows in the Kenya Health Sector: A Pathway to Health System Accountability'. IDinsight, 11 October 2024. <https://www.idinsight.org/publication/financial-and-non-financial-information-flows-in-the-kenya-health-sector-a-pathway-to-health-system-accountability/>.

Haakenstad, Annie, Caleb Mackay Salpeter Irvine, Megan Knight, Corinne Bintz, Aleksandr Y. Aravkin, Peng Zheng, Vin Gupta, et al. 'Measuring the Availability of Human Resources for Health and Its Relationship to Universal Health Coverage for 204 Countries and Territories from 1990 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019'. *The Lancet* 399, no. 10341 (4 June 2022): 2129–54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3).

¹⁶ Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales : <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

¹⁷ Le *UHC billion* est l'un des trois objectifs *three billions* de l'OMS. L'objectif est d'atteindre un milliard de personnes en plus couvertes par un mécanisme de CSU en 2023. Le raisonnement suggère qu'il sera impossible d'atteindre l'ODD 3.8 d'ici 2030 si cet objectif intermédiaire n'est pas réalisé.

World Health Organization, ed. *Research for Universal Health Coverage*. The World Health Report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013.



CSU ET ÉQUITÉ

Nous avons discuté dans les sections précédentes comment mettre en œuvre des politiques pour tendre vers la CSU, et nous avons mentionné l'équité en santé à multiples reprises. Cependant, il est important de noter que **l'équité en santé n'est pas un principe inhérent à la CSU**, même si elle est abordée implicitement par le principe d'« universalité » de la couverture contre le risque financier (Alyanak, 2022; Gwatkin & Ergo, 2011; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008), et sont conceptuellement distincts (McIntyre & Kutzin, 2016).

L'équité en santé est définie par l'OMS comme « l'absence de différences injustes, évitables ou remédiables entre des groupes de personnes, ces groupes étant définis socialement, économiquement, démographiquement, géographiquement ou par toute autre dimension d'inégalités » (traduction des auteurs) (*Health Equity*, n.d.). Ces différences sont systémiques et sont en relation étroites avec les déterminants sociaux de la santé (Braveman & Gruskin, 2003). Cependant, comme toute définition par la négative, cette définition crée une confusion concernant ce concept (Paul et al., 2021). L'équité se confond alors avec celui de l'(in)égalité (ou les disparités) ou de la justice notamment (*Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage*, 2014; *What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear - Paula Braveman*, 2014, n.d.; Norheim, 2015; Paul et al., 2019). Elle se présente aussi autant comme un objectif (outcome) du SS qu'un processus (Braveman et al., 2018; Papanicolas et al., 2022). Or, la terminologie de la CSU qui vise à fournir des services à « tous » réfère plutôt à l'égalité mais sous-estime les besoins spécifiques des population vulnérables. L'équité est par ailleurs absente des cadres fondamentaux qui régissent la CSU, notamment dans le cube de la CSU (Roberts et al., 2015). Ces amalgames font que ce terme est utilisé de façon plutôt rhétorique dans les plans stratégiques nationaux (Paul et al., 2019, 2021). Braveman et al. (2018) ont développé une autre définition qui estime que *« l'équité en santé signifie que tout le monde a la possibilité de manière juste et équitable d'être en aussi bonne santé que possible. Pour ce faire, il faut éliminer les obstacles à la santé (tel que la pauvreté ou les discriminations) et leurs conséquences (dont le manque de pouvoir ; le manque d'accès à un bon emploi correctement rémunérés¹⁸, à une éducation de qualité, à un logement, à des services de santé de qualité, et à un environnement sûr) »* (Braveman et al., 2018) (traduction des auteurs).

Les populations vulnérables sont celles qui ont un plus haut risque de problèmes de santé dû à des facteurs physiques, psychologiques, socioéconomiques ou environnementaux (Ernstmeyer & Christman, 2022; Ohno et al., 2019; *Vulnerability and Vulnerable Populations*, n.d.). Souvent réduites aux populations les plus pauvres ou ayant un profil médical particulier (santé maternelle, extrêmes d'âge), ces population vulnérables englobent un plus grande diversité de profils, résultant en des iniquité en santé : le genre, les minorités ethniques et sexuelles, la population carcérale, les vétérans, les migrants, certains travailleurs exposés à des risques sanitaires...(Ernstmeyer & Christman, 2022). **Il ne faut pas non plus négliger les populations dites difficiles d'accès** (voire parfois exclues du SS) qui peuvent être vulnérables ou non. L'amalgame vient du fait que les populations vulnérables sont souvent en marge du SS, mais il existe des populations mieux portantes qui peuvent pourtant rester en marge : **le secteur informel** (souvent libellé le « missing middle », et qui n'est pas toujours pauvre)

¹⁸ On peut y voir un lien avec l'agenda du travail décent de l'OIT.

(World Social Protection Report 2020-22: Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future, 2021) (voir section II), ou simplement les personnes qui ignorent leurs droits.

Si l'on met en place des politiques qui respectent le cadre conceptuel de la CSU sans accorder une attention particulière à l'équité, ces politiques pourraient creuser les inégalités (The World Health Report, 2010) : « *Lorsqu'il est livré à lui-même, un système de santé ne tend pas à favoriser l'équité* » (Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008). Par exemple, même dans un scénario théorique où la totalité de la population serait couverte pour le même panier de services, une distribution inéquitable des fonds à travers différents « pools » pourrait entraîner une iniquité d'accès aux services (Papanicolas et al., 2022) ; ou à l'inverse, un pays qui atteindrait une protection financière universelle pourrait avoir des difficultés à avoir une couverture effective en services de sa population (Kutzin, 2013). Ou encore, un pays qui rendrait gratuits certains services au nom de l'équité se rendrait compte que ces services sont plus utilisés par les riches que par les pauvres, creusant les inégalités (Parmar & Banerjee, 2019).

Roberts et al. (2015) proposent une nouvelle vision du cube de la CSU. En effet, le cube tel que nous le connaissons décrit la situation de couverture en se basant sur des moyennes nationales, et ne montre pas les disparités entre les différentes tranches de la population qui sont couvertes par des mécanismes différents. Ils proposent de désagréger le cube (i) d'abord par tranches de revenus ou mécanisme de couverture (dans l'axe « population »), (ii) puis par catégories de services (primaires, secondaires et tertiaires selon leurs recommandations, dans l'axe « services »), et enfin (iii) de déterminer, pour chaque catégorie de service, la part couverte par les ressources mises en commun. Le cube qui en découle révèle les disparités de couvertures (voire d'accès à certains services dans certains cas) entre les différentes tranches de la population (Roberts et al., 2015). Cette désagrégation peut se faire selon d'autres critères dépendamment du contexte (par type d'économie formelle ou informelle, ou par mécanisme de couverture, plutôt que par tranche de revenu par exemple). Cette situation est d'autant plus classique s'il existe de multiples mécanismes de couverture, car chacun mettra en commun ses propres fonds (plusieurs pooling), qui couvrira une population spécifique avec un paquet de service différent, et à des coûts différents.

Ces iniquités peuvent être dues à l'évolution naturelle de la politique, comme dans la « loi inverse des soins » (Gwatkin & Ergo, 2011; Hart, 1971; The World Health Report, 2010), ou par sa conception (Fisher et al., 2022; Rodney & Hill, 2014). **Il faut donc, dès la conception des réformes, réfléchir à comment inclure, atteindre et couvrir les populations les plus vulnérables et difficiles d'accès en fonction de leurs besoins et de leurs capacités.** Les fonds pour étendre la couverture étant limités, des choix doivent être faits (Kutzin et al., 2017, 2018; McIntyre & Kutzin, 2016), mais l'on doit éviter certains compromis qui mettent à mal l'équité de ces réformes (Norheim, 2015).

Cependant, cela ne veut pas dire qu'il faut mettre en place des programmes de santé verticaux, uniquement ciblés sur différentes populations vulnérables¹⁹. Ceux-ci vont à l'encontre de l'universalité, ne seront pas durables dans le cycle de vie de l'individu et exacerbent les inégalités (Frohlich & Potvin, 2008). **L'approche recommandée est celle de l'« universalisme progressif »**

¹⁹ Par exemple : une politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. Bien qu'il s'agisse d'une population vulnérable, ces enfants ne bénéficieront pas de soins dès leur 5^{ème} anniversaire s'il n'y a pas de politique de santé et de couverture plus universelle et élargie. Notons que par ailleurs, une telle politique n'est pas équitable au sens où les enfants de familles riches bénéficient d'une exemption au même titre que les enfants des familles pauvres.

(Francis-Oliviero et al., 2020; Gwatkin & Ergo, 2011; Rodney & Hill, 2014) selon laquelle les interventions de santé doivent être universelles (et donc accessibles à tous) avec des variations proportionnelles aux besoins des différentes populations (Francis-Oliviero et al., 2020)²⁰. Un autre moyen de rendre ces politiques plus équitables est **d’inclure dans les services couverts les interventions de promotion et de prévention de la santé ainsi que le palliatif**, souvent négligés au profit du curatif (Jimba & Fujimura, 2018; Peeler et al., 2024).

Cet universalisme progressif doit transparaître dans l’ensemble des politiques directement ou indirectement liées à la CSU (voir section III). Par exemple, on peut élaborer des politiques et des paquets de services de santé (International Labour Organisation, 2010; The World Health Report, 2010) flexibles, et donc adaptables aux besoins des populations vulnérables, et dont la forme la plus évoluée, équitable et efficiente repose sur les services de santé primaires (Alyanak, 2022; Ohno et al., 2019; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008). Elle peut se manifester aussi par un mécanisme de financement progressif (voir section IV) (McIntyre & Kutzin, 2016) ou un système d’information sanitaire performant pour obtenir des informations nécessaires sur ces populations (Ohno et al., 2019), pour ne citer que certaines.

L’équité dans la CSU est intimement liée aux mécanismes de suivi, évaluation et donc de mesure de la progression vers la CSU (voir section V). En effet, l’équité en santé étant difficile à mettre en évidence, il est nécessaire d’avoir des outils et un plan de suivi clair et détaillé pour identifier les sources d’iniquités dans le SS.

En conclusion, il est indispensable que, lors de l’élaboration de toute politique de santé, les concepteurs incluent activement un volet d’équité en santé, en garantissant les services à tous tout en répondant aux besoins spécifiques des populations vulnérables ou difficiles d’accès.

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

- Carey, Gemma, Brad Crammond, and Evelyne De Leeuw. ‘Towards Health Equity: A Framework for the Application of Proportionate Universalism’. *International Journal for Equity in Health* 14, no. 1 (15 September 2015): 81. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>.
- Jimba, Masamine, and Maya Sophia Fujimura. ‘Shrink the Universal Health Coverage Cube’. *The Lancet* 392, no. 10164 (15 December 2018): 2551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32518-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32518-2).
- Norheim, Ole Frithjof. ‘Ethical Perspective: Five Unacceptable Trade-Offs on the Path to Universal Health Coverage’. *International Journal of Health Policy and Management* 4, no. 11 (11 October 2015): 711–14. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.184>.
- Ohno, Izumi, John W. McArthur, and Homi Kharas. ‘Vulnerable Populations and Universal Health Coverage’. In *Leave No One Behind: Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*, 129–48. Brookings Institution Press, 2019. https://muse.jhu.edu/pub/11/edited_volume/chapter/2427753.

²⁰ Pour reprendre l’exemple précédent : des services pédiatriques accessibles et remboursés à tous, avec une réduction du paiement direct pour les ménages avec jeunes enfants.

Paul, Elisabeth, Marc Bourgeois, and Valéry Ridde. 'La Place de l'équité Dans La Couverture de Santé Universelle Au Niveau Mondial, Au Bénin et Au Sénégal'. In *Vers Une Couverture Sanitaire Universelle En 2030 ? : Réformes En Afrique Subsaharienne*, Editions sciences et bien commun., 2021. <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010082997>.

Samba, Mouhamed, Ibrahima Thiam, and Elisabeth Paul. 'Which Socio-Economic Groups Benefit Most from Public Health Expenditure in Senegal? A Dynamic Benefit Incidence Analysis'. *SSM - Population Health* 28 (1 December 2024): 101714. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101714>.

Social Protection at the Crossroads - in Pursuit of a Better Future. World Social Protection Report 2020/2022. Geneva: International Labour Office, 2021.

SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRES ET CSU

Les soins de santé primaires sont définis comme « *les soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination* » dans la déclaration d'Alma Ata (Déclaration d'Alma-Ata, 1978). Les SSP sont aussi reconnus comme la pierre angulaire de « la santé pour tous » (Déclaration d'Alma-Ata, 1978; Rajan et al., 2024). La déclaration d'Astana en 2018, qui commémorait les quarante ans de la déclaration d'Alma-Ata, réaffirme les principes de cette dernière (Allen, 2022; Declaration of Astana, 208 C.E.; Rajan et al., 2024). En résumé, l'approche des **soins de santé primaires (SSP) propose des services essentiels au plus proche de la population, tout en garantissant la participation communautaire au dialogue politique²¹ et à l'identification de leurs besoins en santé.**

La CSU et les SSP sont fondamentalement liés. En effet la CSU trouve ses origines dans les rapports de l'OMS sur les soins de santé primaires : « Santé pour tous en l'an 2000 » et « Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » de 2008 (Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008). **Il est aujourd'hui unanimement convenu que les SSP contribuent directement à la progression vers la CSU** (Rajan et al., 2024; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008; Sacks et al., 2020; The Lancet Regional Health Europe, 2024).

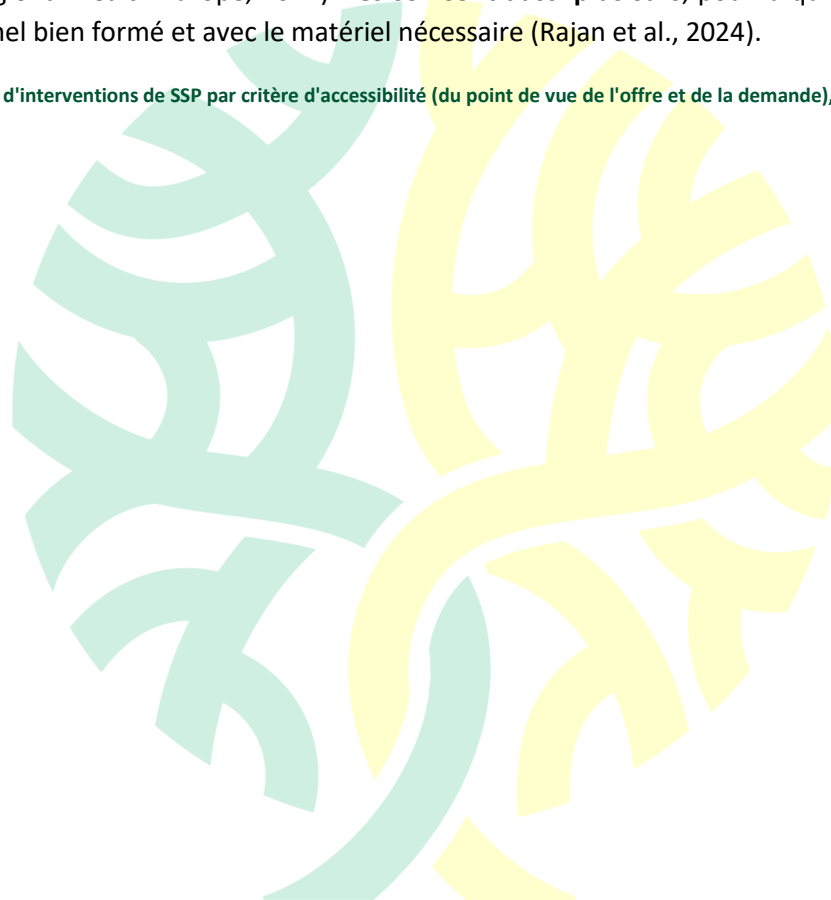
Concernant le premier volet de la CSU, les SSP jouent un rôle primordial dans la couverture sanitaire. **Une approche centrée sur les SSP permet de garantir l'accessibilité des services à la population selon les cinq critères de Penchansky et Thomas** (Penchansky & Thomas, 1981) (Tableau 2), notamment pour les populations vulnérables ou les communautés géographiquement recluses ou dispersées (Rajan et al., 2024; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008).

Les SSP garantissent aussi une plus grande qualité des soins (dimension souvent négligée quand on parle de couverture sanitaire, voir section V). En effet, les prestataires qui offrent des services selon

²¹ On retrouve de nombreuses définitions du terme « dialogue politique » qui ne veut pas dire la même chose pour tout le monde (Nabyonga-Orem et al., 2016; Rajan et al., 2015). Cependant elles s'accordent toutes à dire que son objectif ultime est de guider les politiques. Le dialogue politique s'inscrit donc dans le processus d'élaboration des politiques, en contribuant à l'élaboration et/ou l'implémentation des politiques à travers des discussions et échanges basé sur les preuves probantes. Cela sous-entend aussi la participation de nombreux acteurs de la société dans le dialogue politique (Rajan et al., 2015).

les quatre C – premier **Contact**, **Continus**, **Exhaustifs** (*Comprehensive*) et **Coordonnés** – améliorent les résultats de santé de la population, **ils sont donc plus efficaces** (Rajan et al., 2024; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008). Les SSP ne se résument pas aux soins curatifs de première ligne, mais **ils sont aussi responsables de la mise en œuvre des services de santé publique, de prévention et de promotion de la santé** (dimension aussi négligée par les politiques de CSU (Jimba & Fujimura, 2018)). Ces services jouent un rôle primordial dans la prévention des maladies, et ceci à moindre coût que l’approche curative. De même, les soins curatifs de première ligne restent moins coûteux que les soins spécialisés et hospitaliers. **De plus, la mise en place d’une approche basée sur des SSP permet une défragmentation de l’horizon médical** : les programmes ne sont plus verticaux, et les services ne sont plus centrés sur une maladie, mais offrent une large panoplie de services intégrés et continus. **Les SSP sont donc plus efficaces** (Rajan et al., 2024; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008; The Lancet Regional Health Europe, 2024). **Les SSP sont aussi plus sûrs**, pourvu qu’ils soient fournis par du personnel bien formé et avec le matériel nécessaire (Rajan et al., 2024).

Tableau 2 Exemples d'interventions de SSP par critère d'accessibilité (du point de vue de l'offre et de la demande), inspiré de (Rajan et al., 2024)



Supply-side access determinants		Examples of supply-side PHC interventions	Demand-side access determinants		Examples of demand-side PHC interventions
Approachability	<i>"People facing health needs can actually identify that some form of services exists, can be reached, and have an impact on the health of the individual."</i>	Outreach programs, educational sessions in communities on prevention and screening, home visits, navigation	Ability to perceive	<i>"Ability to perceive need for care [...] determined by [...] health literacy, knowledge about health, and beliefs related to health and sickness."</i>	Health and service literacy
Acceptability	<i>"Cultural and social factors determining the possibility for people to accept the aspects of the service [...] and the judged appropriateness for the persons to seek care."</i>	Indigenous nurses, information customized to literacy, gender-diversity sensitive practices, use of interpreters, dedicated funding to provide service to vulnerable groups, cultural competency of providers	Ability to seek	<i>"Personal autonomy and capacity to choose to seek care, knowledge about healthcare options and individual rights that would determine expressing the intention to obtain healthcare."</i>	Education, self-management coaching, peer support workers
Availability	<i>"Health services (either the physical space or those working in healthcare roles) can be reached both physically and in a timely manner."</i>	After-hour services, walk-in GP appointments, telehealth, mobile technology, patient navigator, expanded scope of practice	Ability to reach	<i>"Personal mobility and availability of transportation, occupational flexibility, and knowledge about health services."</i>	Transportation options to access services (e.g., public transportation)

Affordability	<i>"The economic capacity for people to spend resources and time to use appropriate services."</i>	Carefully designed packages with coverage of essential medicines, low or no co-payments, universal entitlement with automatic enrolment in coverage schemes, suitable and affordable transport	Ability to pay	<i>"Out-of-pocket payments do not create a financial barrier to access or result in financial hardship (impoverishing or catastrophic health spending)."</i>	No out-of-pocket costs for patients
Appropriateness	<i>"The fit between services and [the] client's need, its timeliness, the amount of care spent in assessing health problems and determining the correct treatment, and the technical and interpersonal quality of the services provided."</i>	Good range and co-location of providers with different skills (specialists and allied health professionals), patient navigators, primary care network	Ability to engage	<i>"Participation and involvement in decision-making and treatment decisions, determined by capacity and motivation to participate in care."</i>	Proactive role and participation of patients and carers

De plus, les politiques de CSU doivent définir un paquet de services minimal sur la base des besoins de la population, qui sera couvert par un ou plusieurs mécanismes de protection financière. **Les SSP font donc partie intégrante dudit paquet** car il s'agit de services essentiels, définis idéalement par et pour les communautés²² (Rajan et al., 2024; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008).

Concernant le second volet de la CSU, à savoir la protection financière, **les SSP sont à fort potentiel de réduire les difficultés financières auxquelles font face les populations**. Les SSP sont globalement moins coûteux que les services hospitaliers (Watkins et al., 2018), ce qui réduit significativement le

²² Il est important de noter que le paquet de services minimal n'inclue pas QUE des SSP. Certains services secondaires ou tertiaires (dont certains soins hospitaliers) doivent obligatoirement en faire partie. A titre d'exemple, on peut difficilement exclure une chirurgie d'appendicectomie du paquet minimal.

montant à la charge du patient (Rajan et al., 2024; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008). Cependant la contribution des SSP à la protection financière n'est pas garantie et dépend fortement de la manière dont les politiques sont conçues. Des SSP sous-financés ou peu fournis en ressources sont peu accessibles et auraient donc l'effet inverse (Rajan et al., 2024). Ils pourraient, par exemple, provoquer la création d'un marché parallèle de prestations de services (la vente de médicaments sans ordonnance au prix fort). Cela aboutirait à une augmentation des OOP des ménages. Il est donc important de coordonner les politiques de SSP et de CSU avec celles des ressources humaines, infrastructures et le matériel, du système pharmaceutique (Watkins et al., 2018)... (voir section III).

Sur le plan du financement, les SSP sont, comme mentionné précédemment, plus efficaces que les services curatifs hospitaliers ou les programmes verticaux. Or, le SS est en mesure d'économiser des fonds en réduisant les dépenses consacrées à des interventions peu efficaces (P. S. Heller, 2006). **Les SSP sont donc un moyen d'élargir l'espace fiscal pour la santé en réduisant les dépenses inutiles et, ce faisant, de dégager des ressources pour financer la protection financière de la demande ou d'autres politiques en santé.**

Enfin, **les SSP contribuent fortement, du fait de leur organisation, à la réduction des iniquités en santé** à travers plusieurs mécanismes (Rajan et al., 2024; Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008, 2008). Ils prodiguent des services de prévention et de promotion de santé (Jimba & Fujimura, 2018), garantissent une continuité des soins et améliorent l'accessibilité des services aux populations les plus vulnérables et exclues (Rajan et al., 2024). De plus, un système d'attribution des patients (*empanelment*) permet de responsabiliser les prestataires qui vont proactivement prodiguer des services aux différentes populations (Bearden et al., 2019; Rajan et al., 2024).

En conclusion, les SSP offrent des services essentiels au plus proche de la population, et représentent une pierre angulaire de la mise en œuvre de la CSU. Ils permettent d'étendre la couverture sanitaire en offrant des services plus accessibles et de qualité, et constituent une solution efficace pour élargir l'espace fiscal consacré au SS.

Cependant, il ne faut pas réduire les SSP uniquement à un moyen d'atteindre la CSU. Les SSP abordent d'autres aspects de la santé qui sont souvent délaissés par la CSU, notamment le dialogue et la participation sociale des communautés, ou encore les déterminants sociaux de la santé (Sacks et al., 2020; Sanders et al., 2019).

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

Khatri, Resham B., Aklilu Endalamaw, Daniel Erku, Eskinder Wolka, Frehiwot Nigatu, Anteneh Zewdie, and Yibeltal Assefa. 'Enablers and Barriers of Community Health Programs for Improved Equity and Universal Coverage of Primary Health Care Services: A Scoping Review'. *BMC Primary Care* 25, no. 1 (29 October 2024): 385. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02629-5>.

Rajan, Dheepa, Katherine Rouleau, Juliane Winkelmann, Dionne Kringos, Melitta Jakab, and Faraz Khalid, eds. *Implementing the Primary Health Care Approach: A Primer*. Global Report on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 2024.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ, RÉSILIENCE, SÉCURITÉ SANITAIRE ET CSU

Si la CSU est un objectif idéal à atteindre, il existe aussi d'autres concepts intimement associés. D'abord, pour progresser vers la CSU, il est impératif de prendre en compte l'ensemble du SS. Pour rappel, la protection financière est un objectif final du SS. Il est donc primordial d'améliorer la performance de l'ensemble du SS, et ce, à travers le renforcement du SS (RSS).

Le RSS est mis en avant par l'OMS depuis le début des années 2000 (*The World Health Report. 2000, 2000*), et est défini comme « **le développement des capacités de chacun de ses six éléments clés²³ afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé des populations** » (*The World Health Report. 2000, 2000; Travis, 2006*). La préoccupation du RSS est née en réaction au constat que de nombreuses agences de santé mondiale privilégient une approche verticale (Witter et al., 2019). Ces programmes ont une portée limitée à une pathologie ou une intervention spécifique, ne prenant en compte ni le contexte dans lequel ils sont implémentés ni leur(s) impact(s) sur le SS. En revanche, le RSS agit au-delà des interventions verticales et spécifiques à des maladies et cherche à renforcer de manière transversale et profonde les SS. Il ne se limite non plus à la simple augmentation des intrants (défini comme « support des SS »), mais agit aussi sur de nombreux autres facteurs politiques et techniques (Chee et al., 2012). Cette vision transversale et systémique permet aussi de réduire la fragmentation et d'améliorer l'efficacité du système.

Le RSS englobe donc les moyens nécessaires (instruments et politiques de santé) à l'atteinte de la CSU (qui est un cadre pour ces politiques) (Kutzin & Sparkes, 2016). Le RSS nécessite un alignement et un consensus sur les objectifs du SS et sur les points d'entrée des politiques. Les différents points d'entrée possibles pour amorcer les politiques de RSS se superposent aux six piliers du SS : la gouvernance et le leadership, Les ressources humaines en santé, les infrastructures et matériels, le financement de la santé, le système d'informations et les prestations des services (Jaca et al., 2022; Paul, Ndiaye, et al., 2020; UHC2030, 2018).

Il n'existe pas de modèle unique pour mettre en œuvre les politiques de RSS. Le choix du point d'entrée dépend donc du contexte et des besoins nationaux (Bertone et al., 2023; HSS Evaluation - Conceptual Model and Monitoring & Learning Tool, 2022; UHC2030, 2018). Ces politiques doivent cependant respecter des principes de base (UHC2030, 2018) tels que l'équité et la non-discrimination, la transparence et la redevabilité envers les résultats obtenus (Kieny et al., 2017), l'appui sur les bases probantes (*evidence based*), l'engagement de la population (communautés, société civile, secteur privé...), la coopération et les partenariats internationaux. Les dimensions de performance des politiques de santé sur lesquelles le RSS devrait se focaliser selon l'OMS sont la **qualité des services, l'équité, l'efficacité, la réactivité, et la résilience** (UHC2030, 2018). Cependant, ces critères de performance sont contestés. En effet, ils auraient l'effet inattendu de « verticaliser » le jugement des interventions de RSS par pilier, au lieu de regarder l'ensemble du SS. Le *Health System Strengthening Evaluation Collaborative* propose plutôt d'évaluer le RSS sur base **d'objectifs de processus** (*process goals* **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**) (Bertone et al., 2023; HSS Evaluation - Conceptual Model and Monitoring & Learning Tool, 2022). Ces objectifs sont formulés sous formes de phrases normatives et complètes afin de mieux appréhender « comment est-ce que le SS se renforce » et si cela va dans la bonne direction. Ce ne sont donc pas des objectifs à atteindre. Ils permettent de mieux comprendre

²³ Mieux connus aujourd'hui comme les six piliers du système de santé (note des auteurs).

le processus de renforcement et voir au-delà de la fragmentation par pilier (HSS Evaluation - Conceptual Model and Monitoring & Learning Tool, 2022).

Cette approche de RSS a été respectée et appliquée tout au long de cette note de synthèse (voir section III) en prenant le financement de la santé comme point d'entrée principal (voir section IV).

Ensuite, une qualité du SS, qui est nécessaire pour la pérennité des progrès vers la CSU, et à trouver dans le concept de résilience.

La résilience d'un SS est sa capacité d'anticiper, de prévenir, de se préparer, d'absorber et de s'adapter en réponse à une variété de chocs et de facteurs de stress, et de s'en relever, tout en fournissant des services de qualité, le tout en tirant des leçons basées sur des expériences internes ou externes pour améliorer en permanence leurs capacités et leurs performances de base dans tous les contextes (Building Health System Resilience to Public Health Challenges: Guidance for Implementation in Countries, 2024; Kutzin & Sparkes, 2016). **La résilience est un élément fondamental pour progresser de façon pérenne vers la CSU** et ce, à travers de certains mécanismes spécifiques. La poursuite de la résilience requiert d'augmenter les investissements dans les SS et de les orienter vers les services essentiels de santé publique et les SSP (et par la suite, contribuer à réduire les iniquités en santé), d'engager politiquement la société et les communautés, et de renforcer les capacités des ressources humaines en santé (Building Health System Resilience to Public Health Challenges: Guidance for Implementation in Countries, 2024; Renforcer La Résilience Du Système de Santé Pour Instaurer La Couverture Sanitaire Universelle et La Sécurité Sanitaire Pendant et Après La COVID-19, 2021; Tumusiime et al., 2019). **La résilience est un objectif intermédiaire des SS et elle découle, tout comme la CSU, du renforcement des systèmes de santé (RSS)** (Kieny et al., 2017; Renforcer La Résilience Du Système de Santé Pour Instaurer La Couverture Sanitaire Universelle et La Sécurité Sanitaire Pendant et Après La COVID-19, 2021).

Enfin, un autre concept qui est parfois présenté comme un agenda politique « concurrent » mais qui est en fait, lui aussi, complémentaire à celui de la CSU, est celui de la sécurité sanitaire.

La sécurité sanitaire recouvre « **l'ensemble des activités, tant préventives que correctives, mises en œuvre pour réduire au minimum la vulnérabilité à des événements sanitaires graves menaçant l'état de santé collectif des populations, quelles que soient les régions géographiques ou les frontières qui les séparent** ». Elle traite donc des conséquences sanitaires des guerres, du changement climatique, des catastrophes naturelles, des accidents chimiques ou radionucléaires, des pandémies etc. avec un impact au niveau mondial (*Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2007, 2007*). En ce qui concerne les maladies transmissibles, l'agenda de la sécurité sanitaire se concentre sur la mise en œuvre du règlement sanitaire international révisé de 2005 (RSI 2005) (*Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2007, 2007*). Les agendas de la sécurité sanitaire et de la CSU sont souvent en concurrence au niveau national (Agyepong et al., 2023; Assefa et al., 2020). Cette concurrence se manifeste par des politiques fragmentées et en silos et qui résulte en des antagonismes entre ces deux agendas. Cependant, la sécurité sanitaire et la CSU sont interreliées, et toute progression vers l'une aura un effet positif sur l'autre (Agyepong et al., 2023; Assefa et al., 2020). **L'atteinte de la CSU est primordiale pour mettre en œuvre une première ligne de protection et de défense contre les menaces de la sécurité sanitaire** notamment en ce qui concerne la prévention et le contrôle de l'émergence de maladies infectieuses. De plus, des disparités de couverture entre plusieurs pays (ou régions) favorise le déplacement des populations malades pour avoir un meilleur accès aux services,

ce qui augmente le risque de propagation (Assefa et al., 2020). **Des interventions et politiques plus horizontales et cohérentes pourraient renforcer les synergies entre les deux agendas.** Ces interventions nécessitent un changement de paradigme d'une vision verticale à des interventions de RSS, une gouvernance adaptée et une meilleure redevabilité (Agyepong et al., 2023).

Un rapprochement intéressant est possible entre la sécurité sanitaire et la PS / l'agenda du travail décent. En effet, la sécurité sanitaire ne se résume pas au contrôle et la réduction de la vulnérabilité de la population face aux maladies infectieuses. Elle inclut aussi la protection contre les conséquences liées à l'exposition aux radiations, aux accidents chimiques, etc. Ces événements sont fortement liés à certaines professions à risque (secteur minier, énergie nucléaire, laboratoires...). La prévention et protection contre ces événements sont intimement liés aux conditions de travail de ces travailleurs. La PSU répond à ces difficultés, notamment les branches de revenu de remplacement en cas de maladie et d'accident, les prestations d'invalidité et les prestations des survivants.

En conclusion (Kutzin & Sparkes, 2016), la **CSU** et la **sécurité sanitaire** sont deux objectifs idéaux et interconnectés qu'un SS performant devrait permettre d'atteindre. Il faut donc augmenter la **performance** et la **résilience** du SS à travers des interventions de **RSS**. Ce n'est que grâce à des politiques transversales fondées sur un diagnostic de la performance des différentes fonctions des SS et de leurs interrelations que les SS seront renforcés pour atteindre ses objectifs intermédiaires de qualité (efficacité, accessibilité, sûreté, expérience de l'utilisateur) et finaux (efficience, équité, protection financière, amélioration de outcomes de la santé de la population, SS centré sur le patient) (Papanicolas et al., 2022).

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES

- Jaca, Anelisa, Thobile Malinga, Chinwe Juliana Iwu-Jaja, Chukwudi Arnest Nnaji, Joseph Chukwudi Okeibunor, Dorcas Kamuya, and Charles Shey Wiysonge. 'Strengthening the Health System as a Strategy to Achieving a Universal Health Coverage in Underprivileged Communities in Africa: A Scoping Review'. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 1 (January 2022): 587. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010587>.
- Kutzin, Joseph, Susan P. Sparkes, Alexandra J. Earle, Agnes Gatome-Munyua, and Nirmala Ravishankar. 'Objective-Oriented Health Systems Reform'. *Health Systems & Reform* 10, no. 3 (18 December 2024): 2428415. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2428415>.
- Lal, Arush, Justin Parkhurst, and Clare Wenham. '(Re)Constructing Global Health Security and Universal Health Coverage: Norm Contestation and Interaction'. *International Affairs*, 21 October 2024, iiae238. <https://doi.org/10.1093/ia/iiae238>.
- Paul, Elisabeth, Youssoupha Ndiaye, Farba L. Sall, Fabienne Fecher, and Denis Porignon. 'An Assessment of the Core Capacities of the Senegalese Health System to Deliver Universal Health Coverage'. *Health Policy OPEN* 1 (December 2020): 100012. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012>.
- Roura, Maria, Eva Capa, Bernd Appelt, Michel Lecomte, Maria Fernandez, Gerard Schmets, and Denis Porignon. 'Use of Results-Oriented Monitoring Tools to Enhance Global Health Accountability: Lessons from the European Commission/WHO "Health Systems Strengthening for Universal Health

Coverage” Programme’. *BMJ Global Health* 9, no. 12 (7 December 2024).

<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015536>.

Salisbury, Nicole, Saira Nawaz, Justine Abenaitwe, Audrey Batzel, Emily Grapa, Francisco Rios Casas, Virginia Cerezo, et al. ‘Ambitions and Realities: Are Global Fund Investments Designed to Achieve Resilient and Sustainable Systems for Health? Findings from the Global Fund Prospective Country Evaluation’. *PLOS Global Public Health* 4, no. 11 (14 November 2024): e0003914.

<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003914>.

World Health Organization, ‘Universal Health Coverage/Life Course Cluster Biennial Report 2022–2023: Advancing Health for All’. Brazzaville: World Health Organization, 5 December 2024.

<https://reliefweb.int/report/world/universal-health-coveragelife-course-cluster-biennial-report-2022-2023-advancing-health-all>.

World Health Organization, *Health Systems for Health Security: A Framework for Developing Capacities for International Health Regulations, and Components in Health Systems and Other Sectors That Work in Synergy to Meet the Demands Imposed by Health Emergencies*. 1st ed. Geneva: World Health Organization, 2021.



RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). (2018). World Health Organization. [https://www.who.int/publications/i/item/2018-global-reference-list-of-100-core-health-indicators-\(-plus-health-related-sdgs\)](https://www.who.int/publications/i/item/2018-global-reference-list-of-100-core-health-indicators-(-plus-health-related-sdgs))
- Abihiro, G. A., & De Allegri, M. (2015). Universal health coverage from multiple perspectives: A synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>
- Agyepong, I., Spicer, N., Ooms, G., Jahn, A., Bärnighausen, T., Beiersmann, C., Amoakoh, H. B., Fink, G., Guo, Y., Hennig, L., Habtemariam, M. K., Kouyaté, B. A., Loewenson, R., Micah, A., Moon, S., Moshabela, M., Myhre, S. L., Ottersen, T., Patcharanarumol, W., ... Heymann, D. (2023). Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. *The Lancet*, 401(10392), 1964–2012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01930-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01930-4)
- Allen, L. N. (2022). The philosophical foundations of ‘health for all’ and Universal Health Coverage. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01780-8>
- Alyanak, L. (2022). *The path towards universal health coverage*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060388>
- Anh Nguyen, Q., & Behrendt, C. (2020). *Extending social protection to informal workers in the COVID-19 crisis: Country responses and policy considerations* (Social Protection Spotlight). International Labour Organisation. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=18017>
- Anh Nguyen, Q., & Behrendt, C. (2021). *Extending social security to workers in the informal economy—Key lessons learned from international experience* (Social Protection Spotlight).

International Labour Organisation. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16991>

Assefa, Y., Hill, P. S., Gilks, C. F., Damme, W. V., van de Pas, R., Woldeyohannes, S., & Reid, S. (2020). Global health security and universal health coverage: Understanding convergences and divergences for a synergistic response. *PLoS ONE*, *15*(12), e0244555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244555>

Barasa, E., Kazungu, J., Nguhiu, P., & Ravishankar, N. (2021). Examining the level and inequality in health insurance coverage in 36 sub-Saharan African countries. *BMJ Global Health*, *6*(4), e004712. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004712>

Bayarsaikhan, D., Tessier, L., & Ron, A. (2022). Universal Health Coverage and Social Health Protection: Policy relevance to health system financing reforms. *International Social Security Review*, *75*(2), 75–95. <https://doi.org/10.1111/issr.12295>

Bearden, T., Ratcliffe, H. L., Sugarman, J. R., Bitton, A., Anaman, L. A., Buckle, G., Cham, M., Quan, D. C. W., Ismail, F., Jargalsaikhan, B., Lim, W., Mohammad, N. M., Morrison, I. C., Norov, B., Oh, J., Riimaadai, G., Sararaks, S., & Hirschhorn, L. R. (2019). Empanelment: A foundational component of primary health care. *Gates Open Research*, *3*, 1654. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13059.1>

Bertone, M. P., Palmer, N., Kruja, K., Witter, S., & HSSEC Working Group 1. (2023). How do we design and evaluate health system strengthening? Collaborative development of a set of health system process goals. *The International Journal of Health Planning and Management*, *38*(2), 279–288. <https://doi.org/10.1002/hpm.3607>

Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., Acker, J., & Plough, A. (2018). What is Health Equity? *Behavioral Science & Policy*, *4*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1177/237946151800400102>

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>

Building health system resilience to public health challenges: Guidance for implementation in countries. (2024). World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240094321>

Calligaro, F., & Cetrangolo, O. (2023). *Financing Universal Social Protection: The Relevance and Labour Market Impacts of Social Security Contributions.* (WIEGO Working Paper N°47).

International Labour Organisation. <https://www.wiego.org/publications/financing-universal-social-protection-relevance-and-labour-market-impacts-social>

Cashin, C., Ankhbayar, B., Thi Phuong, H., Jamsran, G., Nanzad, O., Khanh Phuong, N., Thi Mai Oanh, T., Van Tien, T., & Tsilaajav, T. (2015). *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage.* Joint Learning Network For Universal Health Coverage.

Cattaneo, U., Schwarzer, H., Razavi, S., & Visentin, A. (2024). *Financing gap for universal social protection: Global, regional and national estimates and strategies for creating fiscal space* (ILO Working Paper 113). International Labour Organisation.

<https://www.ilo.org/publications/financing-gap-universal-social-protection-global-regional-and-national>

Chee, G., Pielemeier, N., Lion, A., & Connor, C. (2012). Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(1), 85. <https://doi.org/10.1002/hpm.2122>

Clark, H., Lofthus, C., Marten, R., & Rasanathan, K. (2024). Health taxes: Missed opportunities for health and health-care financing. *The Lancet*, 404(10466), 1905–1907.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02427-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02427-9)

Coltear, D., & Rosemberg, N. (2018). *Going universal in Africa: How 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities.* World Bank Group.

<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents->

reports/documentdetail/712041516179885313/going-universal-in-africa-how-46-african-countries-reformed-user-fees-and-implemented-health-care-priorities

Convention C102—Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102). (n.d.). Retrieved 14 October 2024, from https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247

Data sources | Institute for Health Metrics and Evaluation. (n.d.). Retrieved 5 November 2024, from <https://www.healthdata.org/data-tools-practices/data-sources>

Decent work | International Labour Organization. (2024, January 28). <https://www.ilo.org/topics/decent-work>

Déclaration d'Alma-Ata. (1978). Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

Declaration of Astana. (208 C.E.). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2022). Chapter 17 Vulnerable Populations. In *Nursing: Mental Health and Community Concepts*. Chippewa Valley Technical College. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590046/>

Étendre la sécurité sociale aux travailleurs dans l'économie informelle—Leçons tirées de l'expérience internationale. (2022). [Note de synthèse]. Bureau international du travail. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=18963>

Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005: Resolutions and decisions: Annex. (2005). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/20398>

Fisher, M., Freeman, T., Mackean, T., Friel, S., & Baum, F. (2022). Universal Health Coverage for Health Equity: From Principle to Practice; A Response to the Recent Commentaries.

International Journal of Health Policy and Management, 11(8), 1601–1603.

<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7218>

Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: A review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e110. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>

Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>

Ghai, D. (2003). Decent Work: Concept and Indicators. *International Labour Review*, 142, 113.

Global Burden of Disease 2021 (p. 24). (2024). Institute for Health Metrics and Evaluation.

<https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>

Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources | GHDx. (n.d.). Retrieved 5 November 2024, from <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>

Global Health Expenditure Database. (n.d.). [Dataset]. Retrieved 28 October 2024, from <https://apps.who.int/nha/database>

Grépin, K. A., Irwin, B. R., & Sas Trakinsky, B. (2020). On the Measurement of Financial Protection: An Assessment of the Usefulness of the Catastrophic Health Expenditure Indicator to Monitor Progress Towards Universal Health Coverage. *Health Systems & Reform*, 6(1), e1744988. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1744988>

Guide to Producing National Health Accounts: With Special Applications for Low-income and Middle-income Countries. (2003). World Bank Group.

Gwatkin, D. R., & Ergo, A. (2011). Universal health coverage: Friend or foe of health equity? *The Lancet*, 377(9784), 2160–2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2)

Haakenstad, A., Irvine, C. M. S., Knight, M., Bintz, C., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Gupta, V., Abrigo, M. R. M., Abushouk, A. I., Adebayo, O. M., Agarwal, G., Alahdab, F., Al-Aly, Z., Alam, K., Alanzi, T. M., Alcalde-Rabanal, J. E., Alipour, V., Alvis-Guzman, N., Amit, A. M. L., ... Lozano, R. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, *399*(10341), 2129–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)

Haakenstad, A., Yearwood, J. A., Fullman, N., Bintz, C., Bienhoff, K., Weaver, M. R., Nandakumar, V., LeGrand, K. E., Knight, M., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., Zuñiga, R. A. A., Adedeji, I. A., Adekanmbi, V., Adetokunboh, O. O., Afzal, M. S., Afzal, S., Agudelo-Botero, M., ... Lozano, R. (2022). Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health*, *10*(12), e1715–e1743. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00429-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00429-6)

Hart, J. T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, *297*(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

Health equity. (n.d.). Retrieved 9 October 2024, from <https://www.who.int/health-topics/health-equity>

Health taxes. (n.d.). Retrieved 9 October 2024, from <https://www.who.int/health-topics/health-taxes>

Heller, P. (2005). Understanding Fiscal Space. *IMF Policy Discussion Papers*, *2005*, 1. <https://doi.org/10.5089/9781451975635.003>

Heller, P. S. (2006). The prospects of creating ‘fiscal space’ for the health sector. *Health Policy and Planning*, *21*(2), 75–79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czj013>

- HSS evaluation—Conceptual model and monitoring & learning tool.* (2022). Health System Strengthening Evaluation Collaborative Itad. <https://www.itad.com/wp-content/uploads/2022/07/HSSEC-WG1-FA3-Conceptual-model-and-monitoring-learning-tool.pdf>
- Hussein, R. (2015a). A Review of Realizing the Universal Health Coverage (UHC) Goals by 2030: Part 1- Status quo, Requirements, and Challenges. *Journal of Medical Systems*, 39(7), 71. <https://doi.org/10.1007/s10916-015-0254-y>
- Hussein, R. (2015b). A Review of Realizing the Universal Health Coverage (UHC) Goals by 2030: Part 2- What is the Role of eHealth and Technology? *Journal of Medical Systems*, 39(7), 72. <https://doi.org/10.1007/s10916-015-0255-x>
- IAEG-SDGs—2025 Comprehensive Review Process.* (n.d.). Retrieved 4 November 2024, from <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/2025-comprehensive-review>
- Il Est Temps d'agir Pour L'ODD 8: Intégrer le Travail décent, la Croissance Soutenue et l'intégrité Environnementale.* (2019). Organisation Internationale du Travail.
- International Labour Office (Ed.). (2018). *Women and men in the informal economy: A statistical picture* (Third edition). International Labour Office.
- International Labour Organisation (Ed.). (2010). *Providing coverage in times of crisis and beyond* (1. ed). International Labour Organisation.
- Jaca, A., Malinga, T., Iwu-Jaja, C. J., Nnaji, C. A., Okeibunor, J. C., Kamuya, D., & Wiysonge, C. S. (2022). Strengthening the Health System as a Strategy to Achieving a Universal Health Coverage in Underprivileged Communities in Africa: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010587>

- Jimba, M., & Fujimura, M. S. (2018). Shrink the universal health coverage cube. *The Lancet*, 392(10164), 2551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32518-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32518-2)
- Kay, A. (2005). A Critique of the Use of Path Dependency in Policy Studies. *Public Administration*, 83(3), 553–571. <https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2005.00462.x>
- Kieny, M. P., Bekedam, H., Dovlo, D., Fitzgerald, J., Habicht, J., Harrison, G., Kluge, H., Lin, V., Menabde, N., Mirza, Z., Siddiqi, S., & Travis, P. (2017). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(7), 537–539. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187476>
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Kutzin, J., & Sparkes, S. P. (2016). Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(1), 2. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.165050>
- Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M., & Bayarsaikhan, D. (2017). *Developing a national health financing strategy: A reference guide*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/254757>
- Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M., & Bayarsaikhan, D. (2018). *Développer une stratégie nationale de financement de la santé publique: Guide de référence*. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/275717>
- La transition de l'économie informelle vers l'économie formelle—Théorie du changement* (Théorie du changement). (2021). Organisation Internationale du Travail. <https://www.ilo.org/fr/media/388421/download>

Le Gargasson, J.-B., & Salomé, B. (2010). The role of innovative financing mechanisms for health.

World Health Report (2010) Background Paper, No12.

Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E., Knight, M., Barthelemy, C. M., Abbafati, C., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdollahi, M., Abedi, A., Abolhassani, H., Abosetugn, A. E., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Haimed, A. K. A., Abushouk, A. I., Adabi, M., Adebayo, O. M., Adekanmbi, V., ...

Murray, C. J. L. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1250–1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)

Luyten, E., & Tubeuf, S. (2024). Equity in healthcare financing: A review of evidence. *Health Policy*, 105218. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105218>

Ly, M. S., Bassoum, O., & Faye, A. (2022). Universal health insurance in Africa: A narrative review of the literature on institutional models. *BMJ Global Health*, 7(4), e008219. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008219>

Making Explicit Choices on the Path to UHC : The JLN Health Benefits Package Revision Guide. (n.d.). World Bank Group. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099120924161033683/p17623510c267803319a0b1e9a556ec2472>

Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage. (2014). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/112671>

Markov, K., & Stern Plaza, M. (2020). *ILO Social Security Standards: Learn, Ratify and Apply* (Social Protection Spotlight). International Labour Organisation. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16565>

Mathauer, I., Mathivet, B., & Kutzin, J. (2017). *L'assurance maladie à base communautaire: Comment peut-elle contribuer au progrès vers la couverture universelle en santé?* (No.

WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/17.3). Article WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/17.3.

<https://iris.who.int/handle/10665/258980>

McIntyre, D., & Kutzin, J. (2016). *Health financing country diagnostic: A foundation for national strategy development* (No. WHO/HIS/HGF/HFDiagnostics/16.1). World Health Organization.

<https://iris.who.int/handle/10665/204283>

McIntyre, D., Obse, A. G., Barasa, E. W., & Ataguba, J. E. (2018). Challenges in Financing Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa. In *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190625979.013.28>

Mukherji, A., Rao, M., Desai, S., Subramanian, S. V., Kang, G., & Patel, V. (2024). District-level monitoring of universal health coverage, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(9), 630. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.290854>

Nabyonga Orem, J., Addai, K., Mwinga, K., Karenzi Muhongerwa, D., Namuli, S., & Asamani, J. (2022). *Analysis of the nature and contribution of innovative health financing mechanisms in the WHO African Region*. World Health Organization.

<https://www.afro.who.int/publications/analysis-nature-and-contribution-innovative-health-financing-mechanisms-who-african>

Nabyonga-Orem, J., Ousman, K., Estrelli, Y., Rene, A. K. M., Yakouba, Z., Gebrikidane, M., Mamoud, D., & Kwamie, A. (2016). Perspectives on health policy dialogue: Definition, perceived importance and coordination. *BMC Health Services Research*, 16(4), 218.

<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1451-1>

Norheim, O. F. (2015). Ethical Perspective: Five Unacceptable Trade-offs on the Path to Universal Health Coverage. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(11), 711–714.

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.184>

Ohno, I., McArthur, J. W., & Kharas, H. (2019). Vulnerable Populations and Universal Health Coverage. In *Leave No One Behind: Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*

(pp. 129–148). Brookings Institution Press.

https://muse.jhu.edu/pub/11/edited_volume/chapter/2427753

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A., & Figueras, J. (Eds.). (2022). *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*. European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/>

Parités de pouvoir d'achat (PPA). (n.d.). OCDE. Retrieved 4 November 2024, from

<https://www.oecd.org/fr/data/indicators/purchasing-power-parities-ppp.html>

Parmar, D., & Banerjee, A. (2019). How do supply- and demand-side interventions influence equity in healthcare utilisation? Evidence from maternal healthcare in Senegal. *Social Science & Medicine* (1982), 241, 112582. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112582>

Paul, E., Bourgeois, M., & Ridde, V. (2021). La place de l'équité dans la couverture de santé universelle au niveau mondial, au Bénin et au Sénégal. In *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030? : Réformes en Afrique subsaharienne* (Editions sciences et bien commun). <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010082997>

Paul, E., Brown, G. W., & Ridde, V. (2020). Misunderstandings and ambiguities in strategic purchasing in low- and middle-income countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(5), 1001–1008. <https://doi.org/10.1002/hpm.3019>

Paul, E., Deville, C., Bodson, O., Sambiéni, N. E., Thiam, I., Bourgeois, M., Ridde, V., & Fecher, F. (2019). How is equity approached in universal health coverage? An analysis of global and country policy documents in Benin and Senegal. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>

Paul, E., Ndiaye, Y., Sall, F. L., Fecher, F., & Porignon, D. (2020). An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage. *Health Policy OPEN*, 1, 100012. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012>

Paul, E., Sambiéni, N. E., Wangbe, J.-P., Fecher, F., & Bourgeois, M. (2020). Budgeting challenges on the path towards universal health coverage: The case of Benin. *Health Economics Review*, 10(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00286-9>

Peeler, A., Afolabi, O., & Harding, R. (2024). Palliative care is an overlooked global health priority. *BMJ*, 387, q2387. <https://doi.org/10.1136/bmj.q2387>

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Prabhakaran, S., Dutta, A., Saxena, A., Stromberg, K., Clarke, D., & Sharma, S. (2017). *Do Better Laws and Regulations Promote Universal Health Coverage? A Review of the Evidence*. USAID. <https://www.hfgproject.org/better-laws-regulations-promote-universal-health-coverage-review-evidence/>

Quality control of SHA-based health accounts data. (2024). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072534>

Questions pour secteurs et catégories de travailleurs spécifiques—NOTES DE SYNTHÈSE. (n.d.). Social Protection ILO. Retrieved 17 October 2024, from <https://www.social-protection.org/gimi/Emodule.action?id=106>

Rajan, D., El Hussein, D., Porignon, D., Ghaffar, A., Schmets, G., & Adam, T. (2015). Policy dialogue: What it is and how it can contribute to evidence-informed decision-making. *https://www.Uhcpartnership.Net*. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/179431>

Rajan, D., Rouleau, K., Winkelmann, J., Kringos, D., Jakab, M., & Khalid, F. (Eds.). (2024). *Implementing the primary health care approach: A primer*. World Health Organization.

Rapport sur la santé dans le monde 2007: Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle. (2007). Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/43726>

Rapport sur la santé dans le monde 2008: Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais (p. 125). (2008). Organisation Mondiale de la Santé.
<https://iris.who.int/handle/10665/43951>

Recommandation R202—Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). (n.d.). Retrieved 23 September 2024, from
https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,fr:NO

Recommandation R204 sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle (No. Recommendation R204). (2015). Organisation Internationale du Travail.
https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3243110,fr:NO

Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19. (2021). Organisation Mondiale de la Santé.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01>

Resolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 N°70/1 Transformer notre monde: Le Programme de développement durable à l'horizon 2030. (2015). Nations Unies.
<https://sdgs.un.org/2030agenda>

Resolution I concerning statistics on the informal economy—21st International Conference of Labour Statisticians. (2023). International Labour Organisation.
<https://ilostat.ilo.org/fr/about/standards/icls/icls-documents/>

Roberts, M. J., Hsiao, W. C., & Reich, M. R. (2015). Disaggregating the Universal Coverage Cube: Putting Equity in the Picture. *Health Systems & Reform, 1*(1), 22–27.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2014.995981>

- Rodney, A. M., & Hill, P. S. (2014). Achieving equity within universal health coverage: A narrative review of progress and resources for measuring success. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0072-8>
- Sacks, E., Schleiff, M., Were, M., Chowdhury, A. M., & Perry, H. B. (2020). Communities, universal health coverage and primary health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 773. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252445>
- Saksena, P., Hsu, J., & Evans, D. B. (2014). Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges. *PLoS Medicine*, 11(9), e1001701. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001701>
- Sanders, D., Nandi, S., Labonté, R., Vance, C., & Van Damme, W. (2019). From primary health care to universal health coverage—One step forward and two steps back. *The Lancet*, 394(10199), 619–621. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8)
- Scheffler, R., Cometto, G., Tulenko, K., Bruckner, T., Liu, J., Keuffel, E. L., Preker, A., Stilwell, B., Brasileiro, J., & Campbell, J. (2016). *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/250330>
- Schiel-Adlung, X. (2014). *Universal health protection: Progress to date and the way forward*. International Labour Organisation. http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/lg/Eq2014_Lg_ILO.pdf
- Séance d'information à l'intention des États Membres sur le suivi de la couverture sanitaire universelle (cible 3.8 des objectifs de développement durable): Révision des indicateurs 3.8.1 et 3.8.2 des ODD relatifs à la CSU.* (2024, December 8). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-system-governance/202408120_whomsbriefingsession_uhcindicatorsrevision_french.pdf?sfvrsn=f6b72183_2

Social protection | International Labour Organization. (2024, January 28).

<https://www.ilo.org/topics-and-sectors/social-protection>

Social Security Inquiry. (n.d.). ILO | Social Protection Platform. Retrieved 4 November 2024, from

<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=41>

Stern Plaza, M., Bierbaum, M., & Behrendt, C. (2019). *Universal Social Protection: Key concepts and international framework* (Social Protection Spotlight). International Labour Organisation.

<https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16794>

Strategic health infrastructure investments to support universal health coverage. (2023). World

Health Organization. [https://www.who.int/publications/m/item/strategic-health-](https://www.who.int/publications/m/item/strategic-health-infrastructure-investments-to-support-universal-health-coverage)

[infrastructure-investments-to-support-universal-health-coverage](https://www.who.int/publications/m/item/strategic-health-infrastructure-investments-to-support-universal-health-coverage)

Sustainable financing of social protection. (2023). International Labour Organisation.

<https://www.ilo.org/publications/sustainable-financing-social-protection>

Tessier, L. (2020). *Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles* (Social Protection Spotlight). International Labour Organisation.

[https://www.ilo.org/publications/towards-universal-health-coverage-social-health-](https://www.ilo.org/publications/towards-universal-health-coverage-social-health-protection-principles)

[protection-principles](https://www.ilo.org/publications/towards-universal-health-coverage-social-health-protection-principles)

Tessier, L., & Louis Dit Guérin, O. (2024). *Quelle place pour les mutuelles de santé et assurances-maladie à base communautaire dans les systèmes de protection sociale en santé?: Revue d'expériences*. Organisation Internationale du Travail. <https://doi.org/10.54394/QUDT1352>

<https://doi.org/10.54394/QUDT1352>

The Health Financing Progress Matrix Country Assessment Guide. (2020). World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017801>

The Lancet Regional Health Europe. (2024). Strengthening primary health care to achieve universal health coverage. *The Lancet Regional Health – Europe*, 39.

<https://doi.org/10.1016/j.lanep.2024.100897>

The world health report. 2000: Health systems: improving performance. (2000). World Health Organization.

The world health report: Health systems financing: the path to universal coverage. (2010). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44371>

Thirteenth general programme of work, 2019–2023: Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable. (2019). World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/thirteenth-general-programme-of-work-2019-2023>

Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report (1st ed). (2023). World Health Organization.

Tracking universal health coverage: First global monitoring report. (2015). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/174536>

Travis, P. (2006). *Renforcement des systèmes de santé: Quelles perspectives pour les initiatives mondiales pour la santé ?* (No. WHO/EIP/healthsystems/2006.1). Organisation Mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/70019>

Tumusiime, P., Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H., Lehmann, U., Elongo, T., Nikiema, J.-B., Kabaniha, G., & Okeibunor, J. (2019). Resilient health systems for attaining universal health coverage. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 9), e002006. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002006>

UHC2030. (2018). *Healthy Systems for Universal Health Coverage: A Joint Vision for Healthy Lives.* World Health Organization and the World Bank.

Universal health coverage post-2015: Putting people first, Editorial. (2014). *Lancet (London, England)*, 384(9960), 2083. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62355-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62355-2)

Vulnerability and Vulnerable Populations. (n.d.). Retrieved 30 September 2024, from <https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations>

Wagner, A. K., Quick, J. D., & Ross-Degnan, D. (2014). Quality use of medicines within universal health coverage: Challenges and opportunities. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 357. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-357>

Watkins, D. A., Yamey, G., Schäferhoff, M., Adeyi, O., Alleyne, G., Alwan, A., Berkley, S., Feachem, R., Frenk, J., Ghosh, G., Goldie, S. J., Guo, Y., Gupta, S., Knaul, F., Kruk, M., Nugent, R., Ogbuonji, O., Qi, J., Reddy, S., ... Summers, L. H. (2018). Alma-Ata at 40 years: Reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *Lancet (London, England)*, *392*(10156), 1434–1460. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32389-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32389-4)

What are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear—Paula Braveman, 2014. (n.d.). Retrieved 9 October 2024, from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335491412915203>

Witter, S., Palmer, N., Balabanova, D., Mounier-Jack, S., Martineau, T., Klicpera, A., Jensen, C., Pugliese-Garcia, M., & Gilson, L. (2019). Health system strengthening—Reflections on its meaning, assessment, and our state of knowledge. *The International Journal of Health Planning and Management*, *34*(4), e1980–e1989. <https://doi.org/10.1002/hpm.2882>

World Health Organization (Ed.). (2013). *Research for universal health coverage*. World Health Organization.

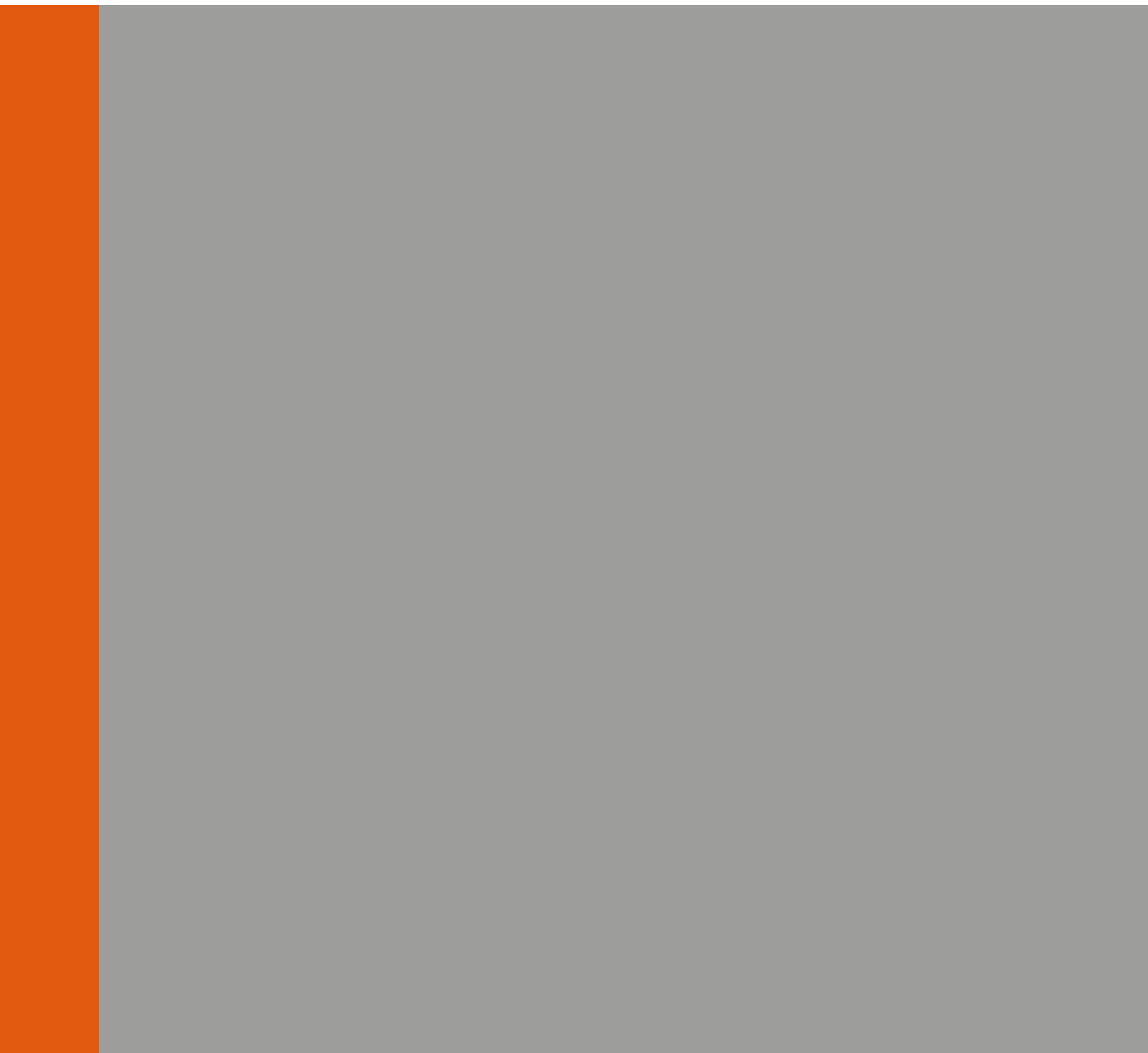
World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals (World Health Statistics). (2024). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>

World Social Protection Report 2020-22: Social protection at the crossroads—In pursuit of a better future. (2021). International Labour Office. <https://www.ilo.org/publications/flagship-reports/world-social-protection-report-2020-22-social-protection-crossroads-pursuit>

World Social Protection Report 2024–26: Universal social protection for climate action and a just transition. (2024). International Labour Organisation. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=52>

Yanful, B., Kirubarajan, A., Bhatia, D., Mishra, S., Allin, S., & Di Ruggiero, E. (2023). Quality of care in the context of universal health coverage: A scoping review. *Health Research Policy and Systems, 21*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00957-5>

Yazbeck, A. S., Soucat, A. L., Tandon, A., Cashin, C., Kutzin, J., Watson, J., Thomson, S., Nguyen, S. N., & Evetovits, T. (2023). Addiction to a bad idea, especially in low- and middle-income countries: Contributory health insurance. *Social Science & Medicine, 320*, 115168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115168>



University of Antwerp
IOB | Institute of
Development Policy