L'accès à la santé dans un cadre de pauvreté extrême : le cas de la Colombie et du Vénézuela

Vincent Lapierre

▶ **To cite this version:**

Vincent Lapierre. L'accès à la santé dans un cadre de pauvreté extrême : le cas de la Colombie et du Vénézuela. Economies et finances. Université de Grenoble, 2013. Français. NNT : 2013GRENE001 . tel-00870575

HAL Id: tel-00870575
https://theses.hal.science/tel-00870575

Submitted on 9 Dec 2013

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

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

UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

Spécialité : **Sciences Économiques**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Vincent LAPIERRE

Thèse dirigée par **Chantal EUZÉBY**

Préparée au sein du **Laboratoire CREG**
dans **l'École Doctorale en économie de Grenoble**

L'accès à la santé dans un cadre de pauvreté extrême : le cas de la Colombie et du Venezuela

Thèse soutenue publiquement le **8 Avril 2013**
devant le jury composé de :

Madame Maryse GADREAU
Professeure Émérite, *Université de Bourgogne 1*, Rapporteur
Madame Isabelle GUÉRIN
Directrice de recherche à l'IRD, Rapporteur
Madame Chantal EUZÉBY
Professeure Émérite, *Université Pierre Mendès France*, Directrice de thèse
Madame Valérie FARGEON
Maître de conférence, *Université Pierre Mendès France,* Suffragante
Monsieur Bernard BAUDRY
Professeur des Universités, *Université Lyon 2*, Président de jury

Université Joseph Fourier / Université Pierre Mendès France /
Université Stendhal / Université de Savoie / Grenoble INP

L’université n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; celles-ci doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je souhaiterais adresser mes profonds remerciements à ma directrice de thèse, Madame Chantal Euzéby, qui m'a accompagné de sa gentillesse et de son énergie durant toutes ces années d'études. En acceptant de diriger cette thèse, elle m'a permis de vivre une expérience humaine inoubliable. Je tiens ici à lui adresser mes plus sincères sentiments de reconnaissance.

Je tiens à remercier également Madame Valérie Fargeon pour sa disponibilité et lui dire tout le plaisir que j'ai eu à recevoir ses précieux conseils qui m'ont permis d'achever ce travail de thèse. Je tiens également à lui témoigner ici toute ma gratitude.

Je remercie tout spécialement Jorge Mario Marin Rios qui m'a accompagné en des lieux où jamais je n'aurais pu aller sans lui et m'a aidé dans des situations très difficiles, mettant parfois sa propre vie en péril. Je ne sais comment le remercier. Puisse ce travail accompli à mes côtés lui donner la confiance suffisante pour terminer ses propres études, ce serait l'un des plus beaux résultats de cette thèse.

Je remercie également Ferney José Becerra Morales pour m'avoir fait découvrir avec tant de passion toute la beauté et la complexité de son univers. C'était un privilège que de découvrir Caracas de cette façon. Je tiens à lui témoigner ma plus profonde reconnaissance.

Je remercie avec la même ferveur Sandra Peña et ma tante Transito pour m'avoir accueilli à Bogota pendant ces longs mois d'enquête. Ces remerciements sont malheureusement une bien trop petite compensation en comparaison du service qu'elles m'ont rendu.

Je remercie aussi Rémy Drouilhet, pour son aide précieuse et décisive dans le traitement statistique de mes données de terrain. Mais c'est surtout son amitié et sa générosité que je voudrais louer ici.

Je ne peux manquer de remercier Abdel Majid Saidi qui a exercé sur moi toute l'autorité et la force de persuasion dont il a le secret pour me remotiver dans les moments difficiles. Cette aide n'a pas non plus de prix.

Je remercie enfin mes parents, mon frère, mes amis, Juan, Julien, Olivier, Claire, pour le soutien inconditionnel qu'ils m'ont apporté tout au long de ce travail de thèse et bien au-delà.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

CHAPITRE I. Les Institutions en économie de la santé, élaboration d'un cadre théorique : Le circuit institutionnel

Section 1 Les Institutions entre Idéologie, Convention et Régulation : le point sur la théorie

Section 2 L'économie de la santé et la place des institutions

CHAPITRE II. Colombie et Venezuela : deux processus d'institutionnalisation des systèmes de santé axés sur des idéologies opposées

Section 1 : Le système de santé colombien : du système assurantiel à l'institutionnalisation « par le haut »

Section 2 : Le système de santé vénézuélien au sein de la révolution bolivarienne : les missions sociales ou une tentative d'institutionnalisation de la santé « par le bas »

CHAPITRE III. Enquête de terrain dans les quartiers pauvres de Caracas et de Bogota. Vers une analyse empirique des barrières à l'accès aux soins

Section 1 : Analyse préparatoire à l'enquête de terrain : étude de l'offre de soins en terme de géographie de la santé

Section 2 : Résultats de l'enquête de terrain : traitement quantitatif des données

CHAPITRE IV. Synthèse et prospective : Retour sur la notion de circuit institutionnel et de sa portée analytique relative aux barrières à l'accès aux soins

Section 1 : Des observations de terrain aux évolutions macroinstitutionnelles : vers un rapprochement des deux dimensions analytiques

Section 2 : Bouclage du circuit institutionnel et propositions normatives de politiques publiques

CONCLUSION GÉNÉRALE

ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET AUTRES ILLUSTRATIONS

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ALBA : Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique

CAMI : Centre d'Attention Médicale Immédiate

CAPS : Centre d'Attention Primaire en Santé

CAT : Centre de Haute Technologie

CDI : Centre de Diagnostic Intégral

CIA : Central Intelligence Agency

CNSSS : Conseil National de Sécurité Sociale en Santé

COPAGOS : Plans Complémentaires de Santé

CTS : Comité Technique et Scientifique

DANE : Département National de Statistique

ENDS : Enquêtes Nationales de Démographie et Santé

EPS : Entreprises Promotrices de Santé

EPS-S : Entreprises Promotrices de Santé du régime Subsidié

ESE : Entreprises Sociales de l'Etat

ETESA : Entreprise Territoriale de Santé

FMV : Fédération Médicale Vénézuélienne

FONDEN : Fonds de Développement National

FOSYGA : Fonds de Solidarité et Garanties

HCM : Hospitalisation, Chirurgie, Maternité

IDH : Indice de Développement Humain

INE : Institut National de Statistique

IPASME : Institut de Prévision et Assistance Sociale du Ministère de l'Education, de la Culture et des Sports

IPE : Industrialisation par Promotion des Exportations

IPS : Institutions Prestataires de Soins

IPSFA : Institut de Prévision Sociale des Forces Armées

ISI : Industrialisation par Substitution des Importations

ISS : Institut de Sécurité Sociale

IVSS : Institut Vénézuélien de Sécurité Sociale

MERCAL : Marché d'Aliments

MIC : Médecine Intégrale Communautaire

NEI : Nouvelle Économie Institutionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEP : Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole

PDVSA : Pétroles du Venezuela Société Anonyme

SGPS : Système Général de Participation en Santé

SGSSS : Système Général de Sécurité Sociale en Santé

SISBEN : Système d'Identification des Bénéficiaires

SNPS : Système National Public de Santé

SRI : Salle de Réhabilitation Intégrale

POS : Plan Obligatoire de Santé

POS-S : Plan Obligatoire de Santé du régime Subsidié

TC : Théorie des Conventions

TR : Théorie de la Régulation

UPA : Unité d'Attention Primaire

UPC : Unité de Paiement par Capitation

INTRODUCTION

Santé et pauvreté extrême : l'impasse latino-américaine

« Un océan de misère ». C'est ainsi que nous pourrions définir ce qui s'étend devant nos yeux, un matin de Novembre 2010, depuis le bus qui nous emmène dans un quartier périphérique situé sur les hauteurs de Bogota, en vue d'y préparer notre enquête de terrain. Dans ces quartiers pauvres, ces « *barrios* », tels que nous les parcourons depuis notre enfance, rien n'a jamais été plus émouvant que la sensation de se trouver au cœur d'une précarité extrême qui, bien plus que de refléter cette « impuissance politique » toujours invoquée, nous est depuis longtemps apparue comme un attentat contre la vie dans ce qu'elle a de plus essentiel. La préservation de la vie humaine, sa perpétuation dans des conditions décentes, sans même aller jusqu'à oser rêver d'épanouissement, ne devraient-elle pas justement être le but de l'action politique et économique, lesquelles sont liées l'une à l'autre, plus que liées, unies viscéralement, comme le sont l'idée et l'outil ?

C'est bien de cette intuition que cette thèse provient, de cette volonté de comprendre, ne fût-ce que partiellement et dans un domaine certes volontairement circonscrit, de tenter de saisir où l'organisation des Hommes a pêché pour être à ce point impuissante à fournir à cette partie de l'humanité les biens essentiels nécessaires au dépassement de sa condition de survie. Parmi ces biens, la santé tient une place plus que primordiale, elle y tient une place vitale.

C'est la raison pour laquelle la santé, de plus en plus, est élevée au rang de priorité par les organismes internationaux chargés de l'aide au développement, parmi lesquels l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et ses tentatives répétées pour édifier un socle de protection sociale (BIT, 2012). Toutefois, l'histoire de l'humanité démontre qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Ce n'est que très progressivement, à mesure que les États-nations se formèrent et érigèrent leur autorité, que la santé devint un des éléments essentiel de leur légitimité. En effet, si durant l'antiquité et le moyen-âge, les prélèvements d'impôts étaient acceptés par les populations en raison de la protection qu'étaient censés offrir seigneurs et rois aux populations - tutelle militaire que justifiait la féodalité et la montée en puissance de la noblesse (Bainville, 1924) - à l'ère du capitalisme, où un ordre relatif s'est substitué à l'anarchie des temps anciens, seuls des biens collectifs d'une importance supérieure pour l'individu a pu justifier la mise en commun de ressources économiques et la délégation de pouvoir à l'entité constituée et cohésive qu'est devenu l'État, à des degrés divers selon les lieux et les époques, mais garant de l'intérêt collectif en dernière instance. La santé fait incontestablement partie de ces biens collectifs, en tant qu'élément indispensable au bonheur humain.

D'ailleurs, celle-ci se définit comme étant, suivant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (Préambule à la constitution de l'OMS, 1946). Selon cette définition, la santé recouvre l'ensemble des composantes fondamentales du « bien-être », à la fois physique, mental et social. D'un point de vue étymologique, point de départ indispensable à l'analyse des termes de notre sujet, les deux premiers éléments définitionnels donnés par l'OMS rejoignent parfaitement la racine du mot « santé », qui vient du latin « *sano* », « *sanare* », dans sa déclinaison dative, marquant l'attribution : « rendre sain », « guérir », « réparer » et, ce qui est plus intéressant, « ramener à la raison », mais aussi du singulier nominatif, « *sanus* » qui veut dire « sain » mais également « sain d'esprit », « rationnel ». La racine étymologique du mot santé renvoie donc bien à ces deux fondements

du « bien-être » que sont le corps et l'esprit, composantes essentielles que recouvre la définition de l'OMS.

Mais le troisième terme de cette définition « bien-être *social* » élargit considérablement, à lui seul, la portée sémantique du mot « santé ». Ce dernier terme élève en effet la santé à une dimension très supérieure au simple état physique ou mental de l'individu puisqu'il introduit, en tant qu'élément constitutif de la santé, non plus des caractéristiques propres à chaque individu mais le contexte dans lequel celui-ci évolue, son environnement sanitaire, bien sûr, mais également son environnement économique, culturel ou politique : l'organisation globale régissant la vie de l'individu et qui lui permet, ou non, d'accéder à une certaine forme de *bonheur*.

C'est à ce niveau d'analyse qu'une étude de la santé sous l'angle économique semble pertinente et justifiée. Car en effet, si le « bien-être », concept-racine de la définition du mot santé est, par essence, une évaluation non-mesurable, clairement subjective et personnelle, le champ économique propose des outils, des grilles d'analyse, permettant une compréhension générale du comportement des individus et, suivant le corpus théorique mobilisé, apporte une vision plus ou moins fine des modes d'organisation humains en tant que *systèmes*, régis par des règles codifiées et qui permettent l'allocation d'une ressource spécifique. Par conséquent, en tant que « *science des choix dans un univers de contrainte sur les ressources mobilisées par l'activité des hommes.* » (Pouvourville, 2010), l'économie[1] s'est peu à peu appliquée, au cours de la deuxième moitié du 20ème siècle, à analyser la gestion des biens publics tels que la santé. Le rôle et la place de l'État dans cette gestion étant, en fait, comme souvent en économie, au cœur de ce débat.

En effet, en raison de la nécessité croissante des États de contrôler les dépenses publiques, la pensée économique s'est progressivement insinuée dans le domaine de la santé, formant une discipline à part entière : l'économie de la santé, champ d'analyse privilégié de cette thèse. Cette branche de l'économie a pour objet l'analyse des modes d'organisation permettant l'allocation du bien santé, et plus spécifiquement des soins de santé, bien pour lequel il est impératif de spécifier dans cette introduction les caractéristiques économiques communément admises par la discipline. Mais il est important, avant d'entrer dans le détail des

[1] Notons que le terme « économie » provient étymologiquement du grec ancien « *oikonomia* » : gestion de la maison, constitué de « *oikos* », maison, et «*nomos* », gérer, administrer.

caractéristiques de ce bien, de bien distinguer la « santé », des « soins de santé » (Rochaix, 2009). En effet, la santé est très logiquement la finalité des soins de santé. L'étude de la demande de soins de santé est par conséquent une dérivée de la demande de santé, laquelle a des contours beaucoup plus flous que les soins dont elle dérive puisque, contrairement à ces derniers, la santé n'a pas de valeur d'échange mais simplement une valeur d'usage, propre à chaque individu[2]. Ainsi, même si une analyse d'un système de santé ne peut se soustraire à une étude des caractéristiques de la « santé » proprement dite, cette analyse portera essentiellement, en amont, sur les modes d'organisation allouant les « soins de santé » et impactant, en aval, la santé en tant que bien individuel.

Soulignons tout d'abord que les soins de santé sont définis comme étant un bien dit « supérieur », dans la mesure où son élasticité-revenu est strictement supérieure à 1, c'est à dire que l'utilisation des services de santé augmente théoriquement plus que proportionnellement à l'accroissement du revenu des individus, toutes choses égales par ailleurs. Cet axiome de base répond en fait simplement au constat assez intuitif selon lequel une personne aura tendance à attacher au maintien de sa santé une importance prioritaire, parmi ses choix de consommation. Pour le cas qui nous intéresse dans cette thèse et qui est l'extension de l'accès aux soins chez la population la plus pauvre de deux pays en développement, nous observerons si cette caractéristique des soins de santé se vérifie ou non.

Par ailleurs, si on utilise la grille de lecture de Samuelson (1954), et les développements ultérieurs de ses travaux, qui permettent de classer les biens suivant leur nature, les soins de santé peuvent être catégorisés comme étant un bien dit « public » du fait de la « non-rivalité » qui le caractérise. Cette propriété implique en effet que la disponibilité du bien n'est pas réduite, toutes proportions gardées, par la présence d'un « consommateur »[3] supplémentaire. Mais, pour gagner en précision analytique, il apparaît qu'entre un bien public dit « pur » et un bien privé, il existe une variété importante de biens. En effet, les soins de santé sont un bien caractérisé par une rivalité *partielle* (Benard, 1985), c'est à dire que ce type de bien est

[2] Bien que nous voyions les limites de cet axiome avec, par exemple, le marché du test des médicaments, où ce qui est échangé c'est un *risque de dégradation de la santé* d'un individu cobaye – même si ce risque est théoriquement contrôlé - contre une rémunération généralement élevée. Il n'en demeure pas moins que le propos général de quasi-absence de valeur d'échange pour le bien santé reste valide.

[3] L'économie étant la science étudiant l'allocation des ressources sous contraintes, l'utilisateur d'un bien, fût-il les soins de santé, est qualifié de « consommateur ». Nous préfèrerons dans cette thèse l'emploi du terme «patient ».

soumis à un effet de congestion : plus la prise en charge d'un patient est longue, plus la gêne occasionnée pour les autres patients est importante. Donc au regard de ce premier critère, les soins de santé ne constituent pas un bien public totalement « pur ».

Par ailleurs, pour affiner encore l'analyse, deux autres critères sont usuellement utilisés pour définir si un bien public est pur ou « mixte ». En effet, pour être pur, le bien public doit vérifier d'abord la condition de non-exclusion, c'est à dire le fait que personne ne puisse être exclu de l'utilisation du bien, par exemple par le biais de la fixation d'un prix dissuasif (Ballet, 2008). Or, suivant le système de santé étudié, les soins peuvent être payants, comme c'est le cas par exemple en Colombie ou totalement gratuits, comme par exemple au Venezuela, dans un sous-secteur spécifique du système de soins de ce pays. Cette caractéristique de non-exclusion ne dépend donc pas des soins de santé en tant que bien, mais du système qui encadre son offre : suivant les contextes nationaux, les soins se rapprochent plus ou moins d'un bien public pur. Il s'avère donc essentiel, pour comprendre l'impact de l'organisation des soins de santé sur une population, d'analyser les systèmes de santé au cas par cas.

Ensuite, pour être qualifié de pur, le bien public doit être à « usage obligatoire », ce qui n'est jamais le cas concernant les soins de santé. En effet, il semble évident qu'aucun système de santé ne peut forcer les individus à utiliser son offre de soins dans la mesure où ceux-ci auront toujours la possibilité, en cas de maladie, d'utiliser d'autres formes de médecine, comme par exemple la médecine traditionnelle assez présente dans les quartiers pauvres latino-américains, ou encore de ne pas utiliser du tout les services de santé, par peur de l'acte médical ou méconnaissance de leurs droits.

Ainsi, étant donné que les soins de santé ne répondent à aucun des quatre critères précités, ce bien est par conséquent considéré, dans le cadre de la théorie économique, comme étant un bien public dit « mixte » ou « impur ». Si cette particularité des soins de santé fait consensus, les économistes sont, en revanche, profondément divisés sur la question de sa fourniture, et notamment concernant le rôle de l'État, dont « l'intervention »[4] sur le marché serait plus ou moins appropriée, suivant le courant de pensée étudié.

[4] Notons que le terme « intervention », d'un point de vue sémantique, suggère en lui-même que l'organisation « naturelle » de la chose économique est le marché et que l'action de l'État est en quelque sorte une intromission dans cet ordre spontané. Sur le plan rhétorique, l'affirmation

En effet, la fourniture des services de santé étant un bien particulier, de type « public mixte », celle-ci est soumise à de puissants effets externes, recensés par les auteurs de divers courants économiques. Certaines externalités sont négatives et suggèrent un retrait plus ou moins partiel de l'État des mécanismes autorégulateurs du marché, en l'occurrence de la santé. C'est la thèse que défendent, au delà des économistes néoclassiques, des courants qui par ailleurs légitiment l'action de l'État mais critiquent les modalités de cette action et les dérives qu'ils pensent identifier. C'est le cas, par exemple, de la Nouvelle Économie Publique qui souligne les défaillances de l'État dans sa gestion des biens publics, nuançant ainsi très fortement les bienfaits de son action, tout en admettant, par ailleurs, son utilité relative pour résorber certaines défaillances de marché (Cahuc, 1998). Parmi les externalités négatives que ce courant économique met en lumière, relevons le risque, jugé par eux important, de voir les fonctionnaires ou les hommes politiques chercher à maximiser leur utilité personnelle exposant ainsi la société, en fonction des cycles électoraux, à la menace d'une politique budgétaire dispendieuse jugée néfaste pour le contribuable mais avantageuse pour ses promoteurs, ou les voir plus prosaïquement chercher à orienter la réglementation à leur avantage, utiliser la puissance coercitive des États dans leur intérêt, ou encore laisser des groupes de pression prendre un ascendant trop important dans les affaires publiques, c'est à dire, tout simplement, se livrer à la corruption (Stigler, 1971).

Une autre externalité négative subséquente à la fourniture d'un bien public et plaidant en défaveur d'une intervention étatique trop ample, soulignée également par les auteurs de ce courant, est l'ignorance des électeurs, où du moins leur désintérêt chronique pour la chose publique (Buchanan, 1962), qui les conduirait à préférer les politiques budgétaires expansives que nous évoquions plus haut, davantage profitables à l'échelon individuel. De même et suivant la même logique, est mobilisé l'argument selon lequel la gestion publique d'un bien public démultiplierait les risques de voir une augmentation du nombre de « passagers clandestins », étant donné qu'un bien non-exclusif peut bénéficier à des agents n'ayant pas contribué à financer sa production ce qui conduirait, à terme, à un disfonctionnement de l'offre du bien public.

---

symétrique serait de dire que les économistes libéraux préconisent une *carence* d'État dans l'économie, ce qui inverse la perspective de la pensée et modifie la place de l'État dans l'inconscient de l'interlocuteur. Ce signal lexicologique nous donne une information capitale sur les courants de pensée qui se trouvent en position de force dans le champ économique.

Cependant, et c'est là le point de discordance entre les économistes, d'autres courants de pensée, d'autres auteurs, situés parfois même au-delà de la pensée keynésienne - matrice de nombre de ces courants critiques - démontrent au contraire les bienfaits de l'intervention de l'État pour la gestion de la fourniture des biens publics, et même des biens privés pour certains courants issus du marxisme.

La Nouvelle économie du bien-être est l'un de ces courants. Il considère que pour ce type de biens gérés par l'État et en l'absence de prise en compte des bénéfices sociaux d'une telle gestion de la part des agents, la somme des comportements individuels n'aboutit pas nécessairement au bien-être collectif, ce qui justifie et rend nécessaire l'intervention de l'État, seul capable d'internaliser les externalités positives ou négatives consécutives à la production d'un bien public (Pigou, 1920). Dans le cadre spécifique de la santé, ce raisonnement implique que, sans l'État, chacun serait amené à calculer individuellement le coût de la protection sociale et, à la suite de ce calcul, faire le choix contraire à l'intérêt collectif : s'abstenir de gérer collectivement ce bien public. Mais cette notion d'externalités est également analysée par certains auteurs sous un angle plus altruiste. En effet, si Arthur Pigou préconisait une intervention de l'État dans la gestion des biens publics en raison d'une carence de solidarité « spontanée » entre les individus, d'autres auteurs inversent le raisonnement et expliquent qu'au contraire, la solidarité dans le financement de tels biens se justifie par ce qu'ils appellent le « consentement collectif » (Culyer, 1971 ; Mougeot 1986), c'est à dire par la capacité qu'aurait chacun à mesurer l'importance d'un bien-être acquis collectivement et qui serait le fondement de la solidarité nationale. Ce raisonnement à rebours, puisqu'il part du résultat – le bien-être collectif – pour présumer des comportements altruistes de chacun, met en évidence la tension permanente qui existe entre la liberté des préférences sur le marché et les mécanismes coercitifs qui doivent être mis en place pour prélever l'impôt et financer les biens collectifs et donc, puisqu'à terme c'est le bien le but recherché, le progrès social.

Mais entre l'approche individuelle et l'approche étatique, une troisième voie se dessine peu à peu dans le champ de l'économie, c'est l'approche par les *communautés*. En effet, la place des institutions – en tant que rapports sociaux, nous reviendrons sur cette définition essentielle ultérieurement – constitue un point de clivage fondamental entre les grands paradigmes économiques (Harribey, 2011) car si du côté des néoclassiques, la rencontre d'individus

rationnels et libres est à la base du fonctionnement des marchés et, *in fine*, des rapports sociaux sous-jacents à une société, chez les auteurs marxistes ou keynésiens, par exemple, les échanges marchands s'inscrivent dans un cadre d'institutions dont dépend la propre évolution historiques des sociétés. En voulant rénover ce cadre de pensée du « tout-état » ou du « tout marché », Elinor Ostrom entend proposer une approche empirique permettant d'évaluer quelles institutions les individus sont capables de se donner à eux-mêmes afin qu'ils puissent résoudre leurs problèmes d'action collective (parmi lesquels le problème du passager clandestin) dans un cadre d'auto-organisation (Ostrom, 1990, 1994, 2005). Cette approche se situe donc dans un cadre néoclassique rénové par l'approche néo-institutionnaliste et cherche, non pas à analyser le bien en tant que tel pour savoir s'il est ou non intrinsèquement un bien public, mais entend comprendre les mécanismes par lesquels un cadre institutionnel ou réglementaire érige un bien comme bien public.

Ainsi, la question des biens publics est traitée sous différents angles par la science économique. Mais cet ensemble hétérogène de courants, bien que divergents dans leurs constats respectifs, s'accordent dans l'ensemble pour dire que la gestion des biens publics doit être, à différents degrés et sous diverses formes, prise en charge par la communauté. D'ailleurs, si l'on remonte aux sources de la science économique, qui, comme un certain nombre de disciplines, puise ses racines dans le 18ème siècle, nous pouvons témoigner du fait que les précurseurs de la science économique, les auteurs « classiques », ne préconisaient pas autre chose qu'une gestion régalienne de la chose publique par l'État, dont il était du devoir de protéger les citoyens et d'entretenir « (…) *ces ouvrages ou ces établissements publics dont une grande société retire d'immenses avantages* » (Smith, 1776). Cette idée simple, qui semble relever du bon sens, selon laquelle un bien public – ou « public mixte » - tel que les soins médicaux, avec l'importance vitale qu'ils revêtent pour toute société humaine, devrait être financé et géré collectivement, cette idée a été, comme nous l'avons vu, l'objet de réfutations théoriques, d'objections idéologiques, conduisant progressivement ces différents points de vue à irriguer les courants réformateurs dans plusieurs pays. C'est là qu'intervient la comparaison qui justifie le travail de thèse exposé ici.

Car en effet, c'est ce véritable schisme dans le rôle attribué à l'État par les économistes dans la gestion des soins de santé qui constitue l'un des éléments explicatifs du choix des deux pays qui font l'objet de cette thèse : la Colombie et le Venezuela. Car si on observe de multiples ressemblances entre ces deux pays latino-américains - points de convergence que

nous allons développer tout de suite - leurs gouvernements respectifs ont fait, au cours des deux dernières décennies, des choix de politiques économiques totalement divergents, et notamment en matière de structuration de leur système de santé.

La Colombie et le Venezuela sont deux pays du nord de l'Amérique du Sud qu'à priori tout rapproche : la géographie, l'histoire, la culture, entre autres socles fondateurs de toute société. Avec plus de 2050 kilomètres de frontière commune (*Cf.* Encadré 1 : la Colombie et le Venezuela, comparaison des grands agrégats), ces deux pays connurent un même destin pendant de longs siècles avant de se scinder en deux nations différentes sous l'effet de proclamations d'indépendance séparées au sein de ce qui fut pour un court moment « la grande Colombie », entre 1819 et 1830, composée de l'Équateur, la Colombie et le Venezuela, et dont la libération et l'union momentanée étaient l'œuvre de Simon Bolivar, « *El libertador* » (Tersen, 1961). Mais avant d'être *formellement* indépendantes - car si la forme changea, ces nations restèrent sur de nombreux plans « enchainées » et conservèrent la dépendance qui les liait aux pays du Nord – la Colombie et le Venezuela subirent toute la violence de la colonisation espagnole, laquelle colonisation allait marquer profondément les structures économiques, sociales et *institutionnelles* des deux futurs États.

Car en effet, l'enracinement historique similaire des deux pays, le métissage des populations au cours de cinq siècles de grandes migrations - entre commerce triangulaire, colonisation espagnole et survivance des populations locales - leur soumission commune au système colonial (Chevalier, 1993), l'orientation forcée des économies vers l'exportation de matière première, tous ces éléments produisirent ensemble des matrices institutionnelles sinon parfaitement identiques, du moins comparables dans les deux pays. Par « institution » - terme dont, encore une fois, nous aurons ultérieurement l'occasion de définir les contours plus précisément – nous entendons le sens large, c'est à dire l'ensemble des pratiques, des règles, formelles ou informelles, régissant la vie des individus en société. En cela, les institutions – dont la définition provient de la sociologie et est généralement reprise par la science économique – dépassent largement « l'Institution », qui ne rassemble que la part formelle et identifiable des relations entre un acteur central, étatique ou non, et l'ensemble des autres acteurs d'une société. Ainsi défini, ce concept se trouve être au cœur de notre problématique.

Encadré 1 : la Colombie et le Venezuela, comparaison des grands agrégats

	Colombie	Venezuela
Superficie	1 138 910 km²	912 050 km²
Population (2011)	45 239 079	28 047 938
PIB (2011)	321 500 000 000 US$	315 000 000 000 US$
Dette publique en % du PIB (2011)	45,6 %	33,0 %
Taux d'inflation (2011)	3,4 %	28,9 %
Taux de croissance (2011)	4,9 %	2,8 %
Taux de chômage (2011)	11,2 %	8,5 %
Dépenses militaires en % du PIB (2010)	4,08 %	0,9 %
Dépenses d'éducation en % du PIB (2008)	4,7 %	3,7 %
Dépenses de santé par habitants (2011)	472 US$	663 US$
Dépenses de santé en % du PIB (2011)	7,6 %	4,9 %
Indice de Développement Humain (2011)	0,710	0,735
Indice de Pauvreté Humaine (2010)	7,6%	8,8%
Coefficient de Gini	0,586	0,482
Espérance de vie à la naissance (2012)	74,79 ans	74,08 ans
Taux de mortalité infantile (2011)	16,39 ‰	20,62 ‰
Mortalité maternelle pour 100.000 naissances (2008)	85	68
Taux de pauvreté	16 %	3,5 %
Nombre d'homicides pour 100.000 habitants (2008/2011)	36	67

Sources : PNUD, Banque Mondiale, OPS, CEPAL. Sites consultés le 26/08/2012

En effet, érigés au départ sur une base commune, les systèmes sociaux de Colombie et du Venezuela divergèrent à la faveur de changements politiques profonds qui se produisirent dans les deux pays au cours des années 1990. La Colombie réforma la première le fonctionnement de ses institutions à travers une constituante réunie en 1991 et qui amena la loi 100 de 1993, texte fondateur d'une importante réforme du système de santé colombien. Cette constituante colombienne fut l'aboutissement d'une pression politique et sociale croissante sur l'État à la fin des années 1980, notamment de la part des secteurs étudiants. C'est en effet dans un contexte d'explosion de la violence politique à partir de 1980, année charnière du conflit colombien où la violence eut tendance à se généraliser, que les instances politiques accédèrent à une réforme qui devait être profonde. Comme preuve des bouleversements politiques que devait connaître le pays, le groupe de guérilla M-19 profita de la constituante pour cesser la lutte armée et participer à la rédaction de la nouvelle constitution, de même que les communautés indigènes.

D'un point de vue général, la nouvelle constitution colombienne posa les fondements d'un état de droit, garantissant formellement aux citoyens les droits les plus fondamentaux, comme le font d'ailleurs la plupart des préambules de constitution depuis la révolution française. Ainsi, d'un point de vue déclaratif, la constitution colombienne de 1991 est une avancée réelle. L'article 49 inclus dans le chapitre relatif aux « droits fondamentaux » et portant spécifiquement sur le droit à la santé est à ce titre éloquent :

> « *Les soins de santé et l'assainissement public sont des services publics à la charge de l'État. L'accès aux services de promotion, de protection et de récupération de la santé est garanti à chaque personne. Il appartient à l'État d'organiser, de diriger et de réglementer la prestation des services de santé aux habitants ainsi que l'assainissement public conformément aux principes d'efficience, d'universalité et de solidarité. Par ailleurs, il devra fixer les politiques de prestation de service de santé par les entités privées, les surveiller et les contrôler. (…) La loi précisera les termes dans lesquels l'attention basique en santé sera gratuite et obligatoire pour tous les habitants.* »
>
> **Article 49 de la constitution colombienne, traduit par l'auteur.**

Déjà, cet article introduit une ambivalence puisqu'il évoque dans un premier temps un État paraissant fortement impliqué dans la gestion du système de santé, puis, dans un second temps, semble contenir son rôle à celui d'agent contrôlant les « entités privées », qui font leur

apparition sans en définir les contours précis. C'est uniquement lorsqu'on regarde le détail de la loi 100 promulguée deux ans plus tard que l'on perçoit la direction réelle qu'a fait prendre la réforme de 1991 au système de santé colombien : pratiquement calquée sur le modèle du *managed care* américain, le rôle central de régulateur du système est en fait attribué aux assureurs privés, désignés comme étant des Entreprises Promotrices de Santé (EPS).

Tout le paradoxe de la réforme colombienne tient donc dans cet enchaînement des faits : 1991 devait être une avancée pour les mouvements sociaux et les groupes de guérilla d'extrême gauche qui désarmèrent pour l'occasion, mais c'est une réforme d'obédience libérale qui fut mise en place, trouvant ses sources - pour le système de santé, mais pas seulement – dans le modèle américain. L'évolution du système de santé vénézuélien sera opposée à celle que nous venons de décrire pour la Colombie. Cette différence constitue le cœur de notre problématique de thèse.

En effet, nous percevons bien d'ores et déjà que l'évolution des systèmes sociaux est entrainée par les luttes idéologiques qui traversent tout le continent sud-américain, et dont la guerre civile colombienne est l'une des convulsions les plus visibles, ou du moins les plus médiatisées. Mais au cours des années 1980, se produisirent également au Venezuela des évènements dont la portée politique allait être immense dans la décennie suivante, amenant un bouleversement dans la vie politique du pays et, dans une certaine mesure, du continent tout entier. En effet, au moment même où les mouvements étudiants colombiens entraient en dissidence pour exiger du gouvernement une constituante, au Venezuela, après une décennie de mesures néolibérales qui firent exploser les indicateurs de pauvreté et d'inégalités (CEPAL, 2012), la population se souleva dans tout le pays. La révolte dans la capitale, « el caracazo », en février 1989, fut si violente, la répression de l'armée si terrible, qu'une partie de celle-ci entra en dissidence, emmenée par un jeune lieutenant-colonel parachutiste, Hugo Chavez. Ce dernier tenta un coup d'État contre le gouvernement en 1992, il échoua et fut emprisonné jusqu'en 1994. Mais sa popularité parmi les couches les plus pauvres de la population fut telle, malgré son échec, qu'à la sortie de prison, il put envisager de se présenter aux élections présidentielles du pays sous le slogan évocateur : « Fléau de l'oligarchie et héros des pauvres ». Il remporta les élections en 1998 avec 56% des suffrages.

L'une des premières mesures du nouveau gouvernement fut de convoquer une assemblée constituante chargée de rédiger une nouvelle constitution pour le Venezuela. Cette

constitution, votée en 1999, devait être le point départ d'un nouveau mode de gouvernement, plus en phase avec les nécessités du peuple, plus proche de la population, lui laissant même un espace politique où elle pourrait agir sur sa propre réalité, suivant les principes de la *démocratie participative et protagonique*, principes à la fois moteur et objectif ultime des nouveaux mécanismes régulateurs de la société vénézuélienne. Cette volonté de transformation institutionnelle s'accompagna pratiquement immédiatement d'une reprise en main des richesses pétrolières du pays : les contrats d'exploitation des multinationales pétrolières furent renégociés, l'entreprise publique *Pétrole du Venezuela S.A* (PDVSA) fut renationalisée[5]. « L'argent du pétrole » devait servir une politique budgétaire expansive, centrée sur une politique sociale de grande envergure. Cette volonté, reposant essentiellement sur la figure de leader que représente le Président Hugo Chavez, s'affirma plus encore à la suite du coup d'État que tenta l'opposition vénézuélienne en avril 2002 – appuyée par les services secrets nord-américains (Golinger, 2006) - afin de reprendre le contrôle sur une situation intérieure qui, manifestement, lui échappait de plus en plus.

Mais le jour du coup d'État, des milliers de personnes, appartenant essentiellement aux classes populaires, sortirent dans les rues de Caracas et, dans une situation proche de la guerre civile, purent mettre en déroute les putschistes et rétablir Hugo Chavez, qui était fait prisonnier, dans ses fonctions de Président de la République. Cette tentative avortée de coup d'État eut pour conséquence d'asseoir la politique gouvernementale, d'accroître l'aura du Président et, *in fine*, de radicaliser son discours. C'est à partir de cet instant qu'il évoqua la « Révolution bolivarienne » et le « Socialisme du 21ème siècle », comme les objectifs de la société vénézuélienne toute entière, son *idéologie* transformatrice.

Dans ce contexte général que nous venons de décrire, la santé tient une place centrale de par l'importance capitale que le gouvernement d'Hugo Chavez octroya très vite aux questions sociales. La constitution de la République *bolivarienne*[6] du Venezuela évoque la santé en ces termes, dans les articles 83 et 85, relatifs au droit social et familial :

[5] Elle l'avait été une première fois dans les années 1970, mais continuait d'être gérée comme une entité privée dont les dividendes, par d'obscurs mécanismes comptables, ne parvenaient que très partiellement à l'État et profitaient surtout aux gestionnaires de l'entreprise, pourtant officiellement publique.

[6] En l'honneur de Bolivar, « le libérateur », source d'inspiration du Président Hugo Chavez.

« *La santé est un droit social fondamental, une obligation de l'État, qui la garantit comme faisant partie du droit à la vie. L'État promouvra et développera des politiques orientées vers l'élévation de la qualité de vie, le bien-être collectif et l'accès aux services de santé.* »

Article 83 de la constitution vénézuélienne, traduit par l'auteur.

« *Afin de garantir le droit à la santé, l'État créera, contrôlera et dirigera un système national public de santé, intersectoriel, décentralisé et participatif, intégré au système de sécurité sociale et régi par les principes de gratuité, universalité, intégralité, équité, intégration sociale et solidarité. Le système national public de santé donnera la priorité à la promotion de la santé et à la prévention (...)* ».

Article 84 de la constitution vénézuélienne, traduit par l'auteur.

Nous notons dès maintenant les différences fondamentales – constitutionnelles, en l'occurrence – dans la prise en compte de la santé par les deux processus réformistes. Si « l'efficience », mot lourd de sens en économie de la santé, est placé comme objectif premier de la réforme colombienne, c'est « la gratuité » qui est, selon la constitution de 1999, le vecteur principal de changement au Venezuela. Cette différence s'amplifie encore lorsqu'on étudie avec plus de précision le système de santé vénézuélien dont le but est, à terme, de mettre fin au secteur privé au bénéfice d'un secteur public totalement gratuit, assistanciel, ou du moins avec un secteur assuranciel public faisant office de « force d'appoint » dans l'architecture globale du système. Nous soulèverons la question de ces ambiguïtés du système de santé vénézuélien dans le corps de la thèse.

Néanmoins, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que ces deux constituantes, bien qu'émanant initialement d'une aspiration commune à un changement radical de politique - puisque provenant de la société civile des deux pays dans une période de troubles sociaux importants, comme nous l'avons montré - ces deux constituantes, disions-nous, conduisent deux réformes des systèmes de santé qui s'opposent jusque dans leur nature profonde, c'est à dire dans les *idéologies* d'où chacune d'elle puise ses racines. C'est tout le paradoxe des réformes mises en place par ces deux pays.

Il est important de préciser que par le terme « idéologie », nous entendons le système de valeurs qui sous-tend l'action des gouvernements et qui se rattache à des présupposés théoriques, un ensemble cohérent d'influences historiques et le positionnement géopolitique

de ceux-ci. Suivant ces trois composantes que nous identifions, il semble clair que les gouvernements colombien et vénézuélien s'opposent frontalement sur un plan idéologique, constat qui constitue les prémisses de la problématique à laquelle nous nous trouvons confrontés. Car si le « socialisme du 21ème siècle » s'oppose au « *Managed care* colombien » - nous préciserons ultérieurement les subtilités de chacun de ces deux courants idéologiques - **c'est sur un socle institutionnel commun que cette opposition s'exerce**. Ce qui nous amène à discerner les contours de notre problématique.

En effet, dans ce contexte paradoxal que nous venons de décrire brièvement - c'est à dire un socle institutionnel comparable dans les deux pays mais donnant lieu à des réformes en santé opposées - les deux gouvernements poursuivent un objectif similaire : étendre l'accès aux soins dans les quartiers les plus pauvres, les « bidonvilles », jusque-là inaccessibles à l'action étatique en ce domaine. Cette extension de l'accès aux soins correspond en fait à l'institution, dans ces quartiers très pauvres, d'un tissu d'interactions permettant, d'une part, d'encourager les comportements préventifs chez les habitants et, d'autre part, de stimuler l'offre de soins curatifs. Ce maillage progressif d'interactions, de règles de comportements, de normes formelles, est ce que nous appelons « **le processus d'institutionnalisation des soins de santé** » dans les quartiers pauvres, autrement dit : les règles de comportements que les instances étatiques parviendront à instituer dans ces quartiers afin que l'accès à la santé puisse y éclore, s'étendre et y perdurer durablement.

Or il se trouve que les deux idéologies qui s'opposent et qui sont à la base des processus réformistes colombiens et vénézuéliens ont un impact direct sur les modalités par lesquelles l'institutionnalisation des soins de santé s'opère dans les quartiers pauvres. Nous pourrions même dire que c'est là que réside leur différence fondamentale : si en Colombie, les comportements des acteurs encouragés et attendus par l'État sont la libre-concurrence entre offreurs de soins et un choix rationnel de la part des patients - sur la base d'une information théoriquement parfaite - les comportements institués au Venezuela sont, au contraire, fondés sur la complémentarité entre offreurs de soins et la gratuité des soins ainsi que, du côté de la demande de soins, une forme d'autogestion - suivant les préceptes de la démocratie participative – et conduisant les individus à s'organiser pour gérer eux-mêmes, en collaboration avec l'État, certains aspects de la politique publique en matière de santé. L'opposition entre les deux réformes des systèmes de santé trouve donc ses racines dans cette différence fondamentale.

Ainsi, nous démontrerons qu'en Colombie, **le processus d'institutionnalisation provient du haut de l'architecture institutionnelle**, c'est à dire des assureurs privés en concurrence et dont l'intérêt économique devrait agir comme une stimulation les encourageant à octroyer des soins aux populations – théoriquement rationnelles – des quartiers pauvres. La rationalité des individus associée à la mise en concurrence de l'offre doit donc permettre d'optimiser l'offre de soins et d'étendre le champ institutionnel aux catégories les plus pauvres. Cette extension se fait, du point de vue des représentations que se font les individus, de façon **exogène** à eux : en Colombie, *le cadre institutionnel s'impose à eux*.

À l'inverse, nous montrerons qu'au Venezuela, **l'institutionnalisation se fait, ou du moins tend à se faire, depuis le bas de l'architecture institutionnelle,** c'est à dire directement depuis les habitants des quartiers pauvres eux-mêmes, lesquels seraient théoriquement parfaitement politisés, c'est à dire conscients, en tant que groupe solidaire, de leur intérêt collectif et, pour ainsi dire, de leur intérêt de classe. Donc au Venezuela, le processus d'institutionnalisation des soins, du point de vue des représentations que se font les individus de leur propre réalité, est **endogène** aux communautés : *les individus construisent collectivement leur cadre institutionnel*.

Face à ce constat dont nous formulons les grandes lignes mais que nous développerons, bien entendu, quelle est la question qui se pose et qui mérite la rédaction d'une thèse ? Quelle est la problématique qu'induit le sujet que nous abordons ? La problématique est de comprendre comment, deux systèmes de santé reposant sur deux architectures institutionnelles opposées - tant dans leur *structure objective* que dans les *représentations* qui les sous-tendent, de par l'idéologie qui les fondent – parviennent à instituer, ou non, un processus vertueux d'extension de l'accès aux soins dans le périmètre de vie des catégories les plus pauvres des populations colombienne et vénézuélienne. En d'autres termes, il s'agit de comparer les résultats de deux réformes de systèmes de santé en les analysant sous l'angle institutionnel et en observant leurs effets au sein de la catégorie sociale qui, du fait de sa position défavorisée dans la société, permettra de mettre au jour les limites intrinsèques à chacun des deux processus réformistes. Face à cette problématique, quelle est la thèse soutenue ? La thèse soutenue est que dans la direction actuelle des deux réformes, *aucun des deux systèmes de santé ne peut parvenir à court-moyen terme à rendre vertueux son processus d'institutionnalisation des soins dans les quartiers pauvres, bien que des différences notables*

dans les résultats positifs des deux processus réformateurs puissent être mises en exergue. Pourquoi ?

Car, d'un point de vue « macro-institutionnel », il est important de comprendre que **les deux systèmes souffrent d'importantes limites** et que des contraintes très forte et anciennes[7] s'exercent sur les deux systèmes symétriquement : ce que l'un résout (l'organisation pour la Colombie), l'autre n'y parvient que partiellement, et inversement : ce que l'autre résout (l'inégalité pour le Venezuela), l'autre n'y parvient que très difficilement. Mais surtout, d'un point de vue « micro-institutionnel », les comportements générés dans les quartiers pauvres des deux pays sont incompatibles avec un développement institutionnel cohérent et harmonieux. **L'idéologie** se confronte, au niveau des individus, à des **contraintes de réalité** indépassables sans une remise en question profonde des deux processus d'institutionnalisation. Dans les quartiers pauvres, les individus souffrent d'un ensemble de contraintes, tant économiques, sociologiques, cognitives ou informationnelles qui font d'eux des agents ni parfaitement rationnels, ni parfaitement compétents et "structurés" politiquement pour s'organiser eux-mêmes.

Pour défendre cette thèse, nous nous appuyons sur une argumentation scindée en quatre chapitres. Le premier chapitre est consacré à l'élaboration d'un cadre d'analyse institutionnel spécifique aux deux pays étudiés dans cette thèse. En effet, il s'avère que l'économie des institutions est un champ d'étude très hétéroclite duquel il semble pertinent de mettre en évidence certains concepts clés afin de tenter de construire une vision originale des évolutions institutionnelles, une vision que nous appelons « circuitiste », c'est à dire prenant en compte les principe rétroactifs des individus sur les structures politiques. Le deuxième chapitre est spécifiquement dédié à utiliser ce cadre d'analyse pour élaborer une monographie des architectures institutionnelles colombiennes et vénézuéliennes en matière de soins de santé. C'est ce chapitre qui nous permettra de mettre en évidence les mouvements opposés des processus d'institutionnalisation de l'accès aux soins dans les quartiers pauvres des deux pays : l'un « par le haut » et l'autre « par le bas » de l'architecture institutionnelle. Le troisième chapitre a pour but de corroborer, ou réfuter, nos intuitions théoriques par une enquête de terrain menée dans deux quartiers pauvres de Bogota et de Caracas sur un panel de 500 individus, interrogés aléatoirement dans chaque quartier. Enfin, le dernier chapitre sera

[7] Résilience temporelle qui rejoint le concept de *path dépendance* sur lequel nous reviendrons.

un chapitre conclusif, nous permettant de réaliser une synthèse des résultats à la fois théoriques et empiriques, ainsi que de faire une analyse prospective des deux systèmes de santé.

Ainsi, cette thèse, située au carrefour de l'économie de la santé, de l'économie institutionnelle et de l'économie du développement, nous permettra de contribuer à la définition d'une vision institutionnaliste de l'économie de la santé, avec pour champ d'application le cadre très spécifique des quartiers pauvres sud-américains. Avec l'avènement, depuis le début des années 2000, du « tournant à gauche » des gouvernements sud-américains - tournant initié d'ailleurs par le Venezuela avec l'élection du Président Chavez - ces quartiers sont devenus le lieu d'une rude bataille politique et économique pour l'amélioration des conditions de vie de la population, améliorations dont l'extension de l'accès aux soins est le cœur. Par conséquent, au-delà des réussites localisées de l'un ou l'autre des modèles de réforme en santé, ce qui se joue dans les deux pays que nous étudions, c'est le succès ou l'échec d'un courant idéologique révolutionnaire, qui a été ravivé par la réaction populaire que causèrent les effets néfastes des politiques néolibérales des années 1980, et qui doit maintenant prouver sa capacité à installer, sur les bases instables laissées par le modèle ancien, des systèmes institutionnels vertueux capables d'ancrer une dynamique durable de développement dans ces zones périphériques jusque-là exclues de toute forme de progrès économique. Observer la réalité de ce changement, par confrontation avec le modèle ancien, c'est la raison d'être de cette thèse.

CHAPITRE I

Les Institutions en économie de la santé, élaboration d'un cadre théorique : Le circuit institutionnel

L'économie des institutions est le lieu d'un âpre débat théorique. Ce premier chapitre a pour but d'éclaircir les lignes de fracture entre les différents corpus théoriques, poser les bases conceptuelles de la thèse et construire un cadre analytique original qui permettra, dans les chapitres suivants, d'évaluer les systèmes de santé de deux pays en développement – la Colombie et le Venezuela – et, plus précisément, leur capacité à résoudre les problèmes inhérents à l'extension de l'accès aux soins dans les catégories les plus défavorisées de la population.

Tout d'abord, il semble important de souligner qu'un système de santé est un agrégat complexe d'acteurs dont la finalité - garantir à tout individu une prévention et des soins efficaces - est l'un des objectifs majeurs de tout Etat de droit. La santé est, avec l'éducation et le logement, la raison d'être des Etats et c'est bien de ces fondements qu'ils tirent leur légitimité auprès des individus.

Ainsi, de par son caractère central et décisif dans la politique publique des Etats, l'analyse théorique des systèmes de santé se rattache inéluctablement à l'analyse des **institutions**, de leur architecture, de leur dynamique, de leur soutenabilité et de leur impact.

En effet, l'institution comme objet d'étude à part entière permet : 1) de sortir de l'écueil de la lecture strictement néo-classique des interactions entre les agents d'un système de soins - interactions dont le concept de "rationalité" est le cœur - et 2) de rendre pleinement compte de la complexité des problématiques posées par les systèmes de santé d'un point de vue organisationnel et, dans notre cas précis, des enjeux qui en résultent en termes de « développement ».

De ce point de vue, tout un pan de l'analyse économique, érigé en "opposition", ou du moins en « remise en question » de l'analyse néo-classique, étudie la nature et l'évolution des institutions dans le champ économique d'une société. Nous retenons, en premier lieu, la lecture néo-institutionnelle, bâtie en particulier sur les apports de Douglass North et surtout ses prolongements récents, notamment le concept "*d'idéologie*" qui semble pouvoir se transposer aux cas vénézuélien et colombien. Deux frontières théoriques viennent ensuite délimiter notre analyse de l'économie institutionnelle : la théorie des conventions et la théorie de la régulation.

Ce cadre théorique ainsi défini, puis appliqué dans le chapitre 2 à l'analyse de deux systèmes de santé très différents, aura pour but de contribuer à préciser les contours d'une vision institutionnaliste de l'économie de la santé et, plus spécifiquement, dans l'esquisse de catégories particulières aux pays en développement (PED).

En effet, l'analyse des PED requiert, incontestablement, un socle théorique adapté et ce, pour trois raisons principales :

1) la dynamique des systèmes institutionnels des PED n'est pas encore **stabilisée**, contrairement aux pays développés qui connaissent, sans aller jusqu'à parler d'achèvement, du moins un équilibre dans le fonctionnement de leurs institutions ;

2) une instabilité évolutive des institutions qui est à la fois cause et conséquence de divers facteurs, notamment des soubresauts politiques caractéristiques des sociétés en développement, élément qui ne peut en aucun cas manquer à cette étude ;

3) ces variables supplémentaires introduites dans le raisonnement seront les marqueurs de comportements spécifiques à l'échelle des individus, comportements que nous vérifierons en pratique dans une analyse de terrain approfondie.

Dynamique instable, caractéristiques propres et conséquences particulières sur les comportements des agents, ces trois éléments plaident en faveur d'une analyse institutionnelle spécifique des PED. Il s'agira donc, dans un premier temps, de proposer une définition générique des institutions en étudiant les différentes conceptions érigées par les principaux courants de l'économie institutionnelle (Section 1) puis d'étendre l'examen des institutions au champ de l'économie de la santé, dans ses frontières actuelles (Section 2). Enfin, une démarche conceptuelle originale sera proposée, démarche qui sera l'outil utilisé lors des développements ultérieurs de la thèse.

Section 1 Les Institutions entre Idéologie, Convention et Régulation : le point sur la théorie

Le terme « Institution » est défini selon le dictionnaire comme étant une « *norme ou une pratique socialement sanctionnée qui a valeur officielle, légale ; organisme visant à les maintenir* » (Larousse, 2011). En admettant cette seule acception du terme institution, la réflexion se heurte à une limite évidente : l'Institution est-elle une « norme », un « organisme » visant à faire appliquer cette norme ou les deux à la fois ? L'ambiguïté du concept nous amène donc naturellement à en définir plus clairement les contours.

Comment définir l'institution ? La réponse à cette question est primordiale dans la mesure où d'elle dépend l'analyse des architectures institutionnelles et celui de leur impact sur les populations et donc, indirectement, de leur « performance » dans une société donnée. Le marché, lieu de l'interaction entre agents économiques, est l'une des institutions les plus caractérisable et est, de ce fait, l'objet d'étude privilégié de la science économique. Cependant, l'institution ne se limite pas à cette forme d'interaction sociale. En effet, l'analyse sociologique, dont le concept d'institution est central – Durkheim définit même la sociologie comme « science des institutions » (Durkheim, 1975) – apporte une définition plus précise du concept d'institution :

> « *Toute institution (…) se présente d'abord comme un ensemble de pratiques, de tâches particulières, de rites et de règles de conduite entre des personnes. Mais l'institution est aussi l'ensemble des croyances ou des représentations qui concernent ces pratiques, qui définissent leur signification et qui tendent à justifier leur existence* » (Lagroye, 2002).

« *Croyances et représentations* » : dans le champ de l'économie, au-delà des frontières de l'économie standard, plusieurs courants de pensée ont tenté d'intégrer ces notions comme déterminants du comportement humain, théoriquement « rationnel » et « maximisateur », selon le dogme de l'orthodoxie économique. C'est à partir de cette simple remise en question que s'érige le concept d'institution, s'interposant entre l'individu désormais imparfaitement

rationnel et la complexité de son environnement l'appelant systématiquement à faire des *choix*. Pour comprendre les grands principes sur lesquels s'érige la recherche économique en matière d'institutions, il conviendra d'analyser, dans un premier temps, les grands courants institutionnalistes (Section 1) depuis les fondements néo-institutionnalistes (A) jusqu'aux développements plus hétérodoxes (B). La littérature étant très dense, le choix sera fait de porter l'éclairage sur, d'une part, les concepts-clés de chaque courant de pensée et, d'autre part, l'analyse faite par chacun de la *dynamique des institutions*, c'est à dire les processus par lesquels une institution est amenée à se transformer, se développer, améliorer son action voire même étendre son champ d'action.

A. Les bases posées par le courant néo-institutionnaliste ne suffisent pas à expliquer les dynamiques institutionnelles

L'institutionnalisme historique de Veblen (1909) et Commons (1934) avait pour particularité d'adopter une démarche holiste allant à contre-pied du modèle néo-classique. Ce courant a été occulté, après la seconde guerre mondiale, par le courant béhavioriste, axé sur les comportements observables. C'est au début des années 1980, aux Etats-Unis, que le "néo-institutionnalisme" s'est développé. En réaction aux limites des analyses béhavioristes, il réintroduisit les institutions comme variable explicative autonome. Dès lors, il se distingua de l'institutionnalisme historique par une acception plus complexe des institutions : une prise en compte de la rationalité individuelle, des règles formelles et informelles, des coûts de transaction, des droits de propriété, du déterminant technologique, etc. Cependant, bien que ce courant soit à la base d'une littérature très riche qui permet, entre autre, de mieux saisir l'inertie des dynamiques institutionnelles et qui élabore un cadre interprétatif ouvert aux institutions et à leurs effets, en incluant notamment le concept d' « idéologie », il n'en définit pas moins une approche dynamique des institutions fondée en grande partie sur la complexité des transactions, ce qui, en plus d'être une vision uniquement endogène et a-historique, ne tient pas compte des rapports de pouvoir *entre* les nations.

1. Une dynamique générale des institutions se heurtant au « *path dependence* »

Le dilemme évoqué plus haut, à savoir l'ambiguïté du concept d'institution, est levé par Jütting Johannes (2003) en distinguant trois grandes approches économiques des institutions : la première fondée sur l'opposition entre formel et informel ; la deuxième fondée sur un ordre hiérarchique des institutions ; la troisième fondée sur la distinction de plusieurs « aires » (économie, politique, légale et sociale). L'intérêt de l'analyse Northienne est qu'elle fait la synthèse de ces différentes catégories. Nous suivons en cela Prévost (2010) et partons de la définition généralement admise en économie, c'est à dire celle donnée par Douglass North, l'un des fondateurs de la nouvelle économie institutionnelle :

> « *Les institutions sont les contraintes établies par les hommes qui structurent les interactions humaines. Elles se composent des contraintes formelles (comme les règles, les lois, les constitutions), de contraintes informelles (comme les normes de comportement, des conventions, des codes de conduite imposés) et des caractéristiques de leur application* » (North, 1994).

Ainsi, la variation dans le caractère plus ou moins formel des règles amène à distinguer les règles informelles, parmi lesquelles les « conventions » seront analysées avec plus de précision ultérieurement, des règles formelles qui se divisent en trois sous-catégories (Masahiko Aoki, 2006) : 1) les règles politiques (lois, constitution, etc.) 2) les règles économiques et 3) les contrats, qui sont intimement liés aux règles du droit de la propriété et sont avant tout des « accords de volonté », par opposition aux conventions qui ne font pas l'objet, la plupart du temps, de choix conscients de la part des individus.

Plus fondamentalement, il apparaît que les institutions sont, pour North, une tentative de la part des hommes d'échapper à l'incertitude qui, pour lui, « *n'est pas une condition exceptionnelle : c'est la condition sous-jacente qui est responsable de la structure de l'organisation humaine tout au long de l'histoire et de la préhistoire* » (North, 2005, p.32). Dans ce monde d'incertitude (ou « non-ergodique »), les êtres humains érigent les institutions afin de mieux maitriser leur environnement et le rendre ainsi plus « prévisible ». Mais ces institutions, en tant qu'environnement à part entière, échappent en partie à leur contrôle ce qui conditionne la nature de la croissance économique.

Ainsi, à partir du postulat Northien de division des règles formelles et de leur interaction dans le but de réduire l'incertitude, nous retrouvons, *in fine*, au cœur du débat sur les institutions, la question de la **croissance,** essentielle en économie.

En effet, selon North, les règles économiques « suppléent » l'ordre politique dans les ajustements institutionnels nécessaires au fonctionnement efficace d'une société donnée, c'est à dire à sa croissance économique. A l'instar de Williamson (1985), le lien entre ordre politique et ordre économique est analysé par North au moyen des **coûts de transactions**, concept occupant une position centrale dans les branches de la nouvelle économie institutionnelle (NEI) que ces deux auteurs représentent. En effet, bien qu'utilisant des niveaux d'analyse différents, les deux auteurs s'accordent sur l'importance de la réduction des coûts de transaction dans le développement économique (Chabaud, 2004) : les institutions modifient les coûts de transaction supportés par les agents, facilitant ainsi les échanges et donc la performance économique. En d'autres termes, dans cette vision, une hiérarchie institutionnelle existe parmi les agents qui « font » les règles institutionnelles et, entre eux, une interaction spécifique se met en place pour parvenir à un état de développement optimal. Et dans cette interaction, « *c'est le politique qui définit et fait respecter les droits de propriété* » (North, 1995), ce qui, dans le raisonnement de North, implique la définition de nouvelles explications à la croissance économique, et donc, *in fine*, son éloignement progressif des thèses néoclassiques.

Car au départ, North souhaite compléter la théorie néoclassique qui présente la recherche des opportunités d'enrichissement fondées sur l'accumulation du capital - c'est à dire la recherche de profits - l'investissement dans le progrès technique et l'investissement en capital humain comme seules sources de croissance. North explique que si c'était le cas, l'ensemble des sociétés connaitrait une croissance équivalente car elles sont soumises à égalité à cette même tendance des individus à vouloir augmenter leur richesse par ces trois biais. Or, l'un des premiers constats de la science économique - et qui est pratiquement sa raison d'être - est celui de l'existence de différents niveaux de richesse et de croissance économique entre les pays. Donc logiquement, l'existence de ces différentiels de croissance conduit North à rechercher d'autres moteurs à la croissance économique : il conceptualise ainsi, au cœur des mécanismes économiques qui produisent la croissance, les contraintes dites "informelles" (traditions, codes de conduite, etc.) et les contraintes formelles, c'est à dire les **institutions**.

L'importance du cadre institutionnel, ainsi théorisé par North, se concrétise dans l'interrelation qui se noue entre les structures économiques et les structures politiques : ces dernières seraient plus ou moins performantes à créer un contexte propice à l'échange économique et "harmonieux" pour les agents économiques, agents qui seront, en conséquence, plus où moins à même de redéfinir à leur tour les contours du cadre institutionnel (*Cf.* Schéma 1.1 : les institutions dans la théorie néo-institutionnaliste). Dans l'esprit de North, le développement des structures institutionnelles et celui des structures économiques sont donc corrélés. En ce sens, son raisonnement apparaît clairement comme étant une tentative **d'endogénéisation des dynamiques institutionnelles**, par opposition aux présupposés néoclassiques selon lesquels les institutions constituent une contrainte « exogène » au cadre rationnel, cadre à l'intérieur duquel les individus adoptent des comportements « optimisateurs ».

Dans le schéma ci-dessous, l'interrelation entre l'ordre politique et l'ordre économique est représentée par les flèches à double sens. Cette interrelation entre les deux ordres définit le contour des règles institutionnelles, représentées ici par le cône rouge. Ces règles institutionnelles impactent le sentier de croissance d'une société donnée représenté ici par le dernier compartiment du cône. Notons que la forme conique du schéma permet de représenter, d'une part, l'idée de hiérarchie que North établit entre l'ordre politique et l'ordre économique, et d'autre part, le fait que l'architecture institutionnelle influence le comportement des agents (flèche rouge) mais repose également sur eux : leur consentement étant l'une des conditions essentielle à la stabilité des institutions.

Schéma 1.1 : Les institutions dans la théorie néo-institutionnaliste

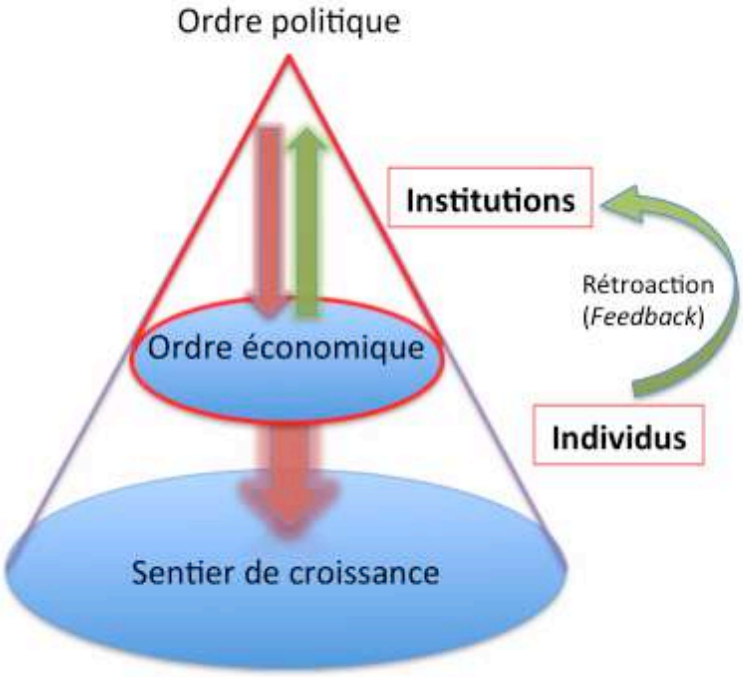


Schéma réalisé par l'auteur à partir de : Douglass North (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, éd. Cambridge University Press; et : Douglas North (1991) « Institutions », journal of Economic Perspectives;

A cette dynamique institutionnelle, North ajoute le concept de « *path dependence* » (« dépendance du sentier ») initialement introduit dans la littérature économique sur le changement technique par David (1985) et Arthur (1989) et qui caractérise le poids des choix effectués dans le passé sur les décisions présentes. En arrimant sa théorie à ce concept, North s'inscrit clairement dans une approche évolutionniste des institutions, c'est à dire prenant en compte les reconfigurations et adaptations des institutions au contexte historique, sans toutefois éluder le caractère parfois sous-optimal d'un système institutionnel et de son maintien dans le temps. Pour North (1990), cette analyse s'explique, entre autre, par le fait qu'un changement implique cinq effets fondamentaux : 1) une perte de l'amortissement et des rendements croissants des investissements de départ (« *increasing returns* ») ; 2) devoir investir à nouveau ; 3) reprendre le processus d'apprentissage ; 4) risquer de ne plus être coordonné avec les autres institutions et enfin ; 5) il faudrait prévoir les nouveaux comportements, modifier les « anticipations adaptatives ». Cette analyse explique pourquoi les institutions, même inefficaces, sont stables et résistent au changement : elles sont soumises à des effets d'auto-renforcement, elles n'évoluent que progressivement et même les

changements pouvant apparaître comme étant une discontinuité (révolution, etc.) sont interprétés par North comme étant le résultat de l'imbrication (« *embeddedness* ») des contraintes informelles de la société.

Cette idée de résistance au changement dans un système peut également se comprendre, sous l'angle de la psychologie sociale, comme étant une dynamique spécifique aux groupes, comme l'ont théorisé Anzieu et Martin (2000) : « *Toute modification apportée à l'équilibre d'un système entraîne, au sein de celui-ci, l'apparition de phénomènes qui tendent à s'opposer à cette modification et à en annuler les effets* ». Ce concept d'inertie ou, plus précisément, de **non-réversibilité institutionnelle** est également souligné par Pierson (1994), qui explique : « *Les politiques publiques créent des incitations qui encouragent les individus à agir de telles façons que les politiques suivantes se trouvent par la suite enfermées sur une voie de développement* ». Ainsi, bien que les limites de ce concept de « *policy lock-in* » aient été démontrées dans l'analyse des systèmes sociaux européens (Palier, 1999), il semble toutefois permettre d'éclairer la dynamique des institutions dans le cas des systèmes de santé de deux pays en développement tels que la Colombie et le Venezuela.

En effet, il apparaît logiquement que cette non-réversibilité institutionnelle est d'autant plus forte que : 1) la complexité du système est grande, ce qui est le cas des systèmes de santé étant donné leur échelle, le nombre d'acteurs économiques en présence et surtout la complexité de leur interaction ; et 2) les fondamentaux démocratiques d'où sont issues les institutions sont fragiles et instables, ce qui implique que les sphères décisionnelles sont perméables aux pressions des réseaux et de la corruption qui peuvent ainsi exercer une force de résistance aux changements institutionnels. Cette caractéristique définit les contours d'un cadre institutionnel spécifique aux pays en développement, du moins pour la Colombie et le Venezuela que nous décrirons avec précision dans le chapitre 2.

Par ailleurs, le concept de dépendance au sentier a deux conséquences fondamentales sur l'analyse des institutions (Erhel, 2004) : la première, c'est qu'il est impératif d'analyser les institutions en dynamique, autrement dit, il est nécessaire de prendre en compte leur histoire ; la seconde, c'est qu'un choc identique, par exemple un changement politique violent, n'aura pas nécessairement les mêmes conséquences sur deux architectures institutionnelles différentes. Ces deux propriétés sont particulièrement intéressantes pour étudier la dynamique de modèles nationaux hétérogènes.

Ainsi, le concept de « *path dependence* » semble s'adapter en partie à une analyse du contexte latino-américain et contribuer à expliquer, d'un point de vue institutionnel, les « trappes à sous-développement », c'est à dire le maintien de formes institutionnelles inefficaces consécutives à un effort trop important à fournir pour modifier les structures existantes.

Cette idée de maintien d'institutions parfois inefficaces amène North à s'interroger sur la **rationalité** des individus.

2. Le concept de rationalité limitée : le trait d'union entre l'analyse néo-institutionnelle et la théorie des conventions

Les développements théoriques sur les institutions trouvent leurs racines dans la remise en question du concept d'*homo œconomicus*. En effet, en plaçant ce qu'il appelle le « marché politique » au cœur de sa lecture des dynamiques institutionnelles, North, qui reprend sur ce thème les travaux de Simon, se place à contre-courant des thèses néoclassiques qui, d'une part, évacuent la question des institutions de leur champ d'étude, mais qui surtout se basent sur le concept de rationalité parfaite ou substantive des individus pour appréhender les mécanismes économiques. Alors que les néoclassiques considèrent que l'individu cherche à tout prix à maximiser son profit et qu'il dispose pour cela de toutes les informations nécessaires, Simon, à travers la notion de **rationalité procédurale ou limitée**, et North (1993), par l'introduction du concept « **d'idéologie** », montrent que les motivations des individus sont diverses et qu'elles ne sont pas systématiquement compatibles avec l'idée de maximisation de la fonction d'utilité.

Simon (1991) part du principe que les individus ont une capacité cognitive limitée et que, par conséquent, ils ne peuvent pas saisir les millions d'informations qui composent leur environnement. Dans ce contexte, les individus ont une représentation parcellaire et surtout *subjective* de la « réalité ». Etant donné que l'action d'un individu dépend de la représentation qu'il se fait d'une situation, le fait que cette représentation soit subjective aura deux conséquences principales (Parthenay, 2004) : 1) le milieu organisationnel dans lequel se trouve la personne doit être pris en compte, et 2) il faut tenir compte de l'écart entre l'action

et la réalisation des buts. L'approche de la rationalité retenue par Simon observe donc les quatre contraintes fondamentales suivantes :

> « *Premièrement les acteurs peuvent avoir (et la plupart du temps auront) une information incomplète ou erronée sur la situation et les changements potentiels de la situation au cours du temps (...) Deuxièmement, même si l'information est complète, un acteur peut être incapable (et généralement sera incapable) de calculer toutes les conséquences de l'action (...) Troisièmement, les acteurs n'ont généralement pas qu'un seul but, et il peut y avoir des incompatibilités entre les buts, la réalisation de l'un d'entre eux interférant avec la réalisation des autres (...) Quatrièmement, un acteur peut ne pas parvenir à atteindre un but en raison de son ignorance des moyens d'action.* » (Simon, 1991, p.2).

Pour ces quatre raisons, Simon (1976) va produire le concept de rationalité procédurale sur lequel va se baser par la suite la Nouvelle Economie Institutionnelle pour expliquer l'importance des institutions dans la mise en place d'une coordination plus efficace entre les individus. La rationalité procédurale est une analyse de la rationalité à partir des procédures par lesquelles l'action d'un individu s'exerce. Dès lors et comme le souligne Parthenay (2004), la compréhension d'une action relève d'une interrogation sur le « comment » plutôt que sur le « pourquoi ». En effet, dans une situation où un choix complexe doit être fait, un individu met en place une « *procédure délibérative* », c'est à dire qu'il va concevoir différentes solutions possibles, différentes alternatives au problème qui se pose à lui. L'individu choisira, non pas la solution optimale dans l'absolu, mais la solution qui lui semblera simplement satisfaire ses besoins, son « *niveau d'aspiration* », en fonction de ses aptitudes. Il s'agit donc d'une rationalité dans laquelle l'agent modifie, au cours de sa délibération, l'objectif qu'il considère comme satisfaisant, en fonction des difficultés rencontrées ou des nouvelles opportunités qui s'offrent à lui.

Autrement dit, dans ce cadre d'analyse et par opposition à la rationalité substantive, la rationalité limitée des individus ne leur permet pas : 1) d'envisager l'ensemble des solutions possibles à un problème en raison de la limitation de ce que Simon appelle les « *capacités computationnelles des agents* » et, 2) parmi le sous-ensemble de solutions qu'ils envisagent, leur choix d'actions possibles est limité par leurs capacités et leur niveau d'aspiration.

Ainsi, étant donné la capacité cognitive limitée des individus, ceux-ci prennent des décisions qui sont rationnelles par rapport aux objectifs qu'ils se fixent. Cette rationalité, même limitée, permet de mettre en évidence les procédures de décision des agents et amène au constat suivant : la rationalité limitée conduit les individus à faire la plupart du temps des choix sous-optimaux. Au final, Simon s'oppose frontalement à *l'homo œconomicus* dans la mesure où, pour lui, dans le comportement d'un agent, l'optimalité est l'exception.

C'est sur ce socle que va s'ériger le questionnement sur l'efficacité d'une organisation, d'une société et, par extension, le rôle fondamental des institutions dans un système, à savoir : **diminuer l'incertitude des agents et améliorer leur coordination**. Ainsi, North (1990), à la suite de Williamson (1975), reprend et approfondit le concept de rationalité limitée développé par Simon qu'il ajoute, avec quelques nuances[8], à la théorie des droits de propriété et des coûts de transactions pour en augmenter la puissance explicative et ainsi rendre mieux compte du rôle des institutions.

En effet, l'essentiel de la théorie des institutions de North (1990) repose sur l'hypothèse de l'information incomplète et des perceptions subjectives des agents. En ce sens, North réaffirme clairement un présupposé individualiste. De ce fait, les concepts d' « *idée* » et d' « *idéologie* » (ou ce que Williamson appelle « *atmosphère* ») acquièrent de l'importance car ils façonnent les constructions mentales utilisées par les individus, ainsi que par les organisations, pour prendre leurs décisions. Pour lui, deux variables essentielles du comportement humain invalident le concept de rationalité parfaite : 1) les motivations des individus : il explique que coexistent, avec le calcul maximisateur, des comportements altruistes et des contraintes que les individus peuvent s'imposer volontairement ou qui s'imposent à eux, comme par exemple les idéologies qui jouent, selon North, un rôle majeur dans le choix des individus, et 2) l'interprétation partielle de l'environnement : il rejoint sur ce point Simon en faisant des limites cognitives des individus une barrière au choix optimal dans un contexte donné. Et c'est précisément la rationalité limitée des agents qui explique que les idéologies occupent une place importante dans le processus de choix.

[8] Comme le souligne Claude Parthenay (2004), la rationalité n'apparaît chez Simon que dans les procédures alors que dans la Nouvelle Economie Institutionnelle, et notamment chez North, elle existe dans sa totalité et englobe également l'intention des agents.

Par conséquent, les institutions sont essentielles car elles déterminent l'impact de ces idées et idéologies sur les performances économiques. En effet, les structures mentales peuvent s'opposer aux structures économiques et sociales ce qui, dans ce cas précis, constituerait un cadre défavorable au développement économique qui, de surcroît, se reproduirait dans le temps du fait du sentier de dépendance. Ainsi, les institutions sont centrales dans l'analyse car elles déterminent le « *champ des possibles* » et guident ainsi l'action des individus : en ce sens, les institutions sont une condition permissive à la rationalité.

North parachève son raisonnement en combinant ses postulats sur le comportement humain avec la théorie des coûts de transaction, ce qui rend indispensable l'analyse de l'articulation entre les deux théories : « *Ma théorie des institutions est construite sur une théorie du comportement humain combinée à une théorie des coûts de transaction* » (North, 1990, p.27). Chez North, c'est donc bien la combinaison des deux théories qui permet de comprendre pourquoi les institutions existent et pourquoi elles jouent un rôle majeur dans le « bon fonctionnement » de la société. En effet, pour lui, les institutions fournissent la structure des échanges, l'espace des interactions possibles qui déterminent l'ensemble des coûts de production, composés chez North des coûts de transformation et des coûts de transaction.

Les coûts de transaction sont : « *le prix à payer pour mesurer les attributs de ce qui est échangé* », c'est à dire la valeur intrinsèque des biens qui font l'objet d'une transaction, mais ils comprennent aussi les coûts de protection des droits, d'application et de contrôle des accords. Théoriquement, le rôle des institutions est de procurer ces informations et ces garanties afin de limiter l'asymétrie d'information entre les parties qui échangent. En effet, cette asymétrie a un prix et donc un effet négatif sur la croissance : c'est le principe des coûts de transaction. Il est important de noter que, pour North, le niveau des coûts de transaction est déterminé par la complexité des échanges et le degré de spécialisation des agents dans un système économique. Par conséquent, un système dans lequel les acteurs économiques sont hautement spécialisés nécessite des institutions « sûres » afin que les transactions donnent lieu au moins de doute possible pour les agents : dans ce cadre, l'institution tient pleinement son rôle de « réductrice d'incertitude » par la fourniture de contrats, de règles politiques et juridiques parmi lesquelles le **droit de propriété,** droit fondamental en économie de marché que les institutions ont pour rôle capital de définir et de protéger.

Symétriquement, lorsque la spécialisation des acteurs est faible, les transactions étant moins complexes, la nécessité du cadre institutionnel est moins forte. Dans ces sociétés, les rapports humains sont principalement régis par les règles informelles ou des codes sociaux très spécifiques. North (1991) illustre cette analyse par l'exemple du souk qui est caractéristique du lieu d'échange pour lequel il n'existe pas d'institutions qui assurent contre l'asymétrie d'information. Ainsi, il apparaît clairement que cette corrélation qu'établit North entre le niveau de spécialisation des acteurs économique et le niveau des coûts de transaction et donc, par extension, de la nécessité relative d'une architecture institutionnelle performante tient lieu d'éclairage partiel à la question du sous-développement.

Par ailleurs, articulé chez North à la question des coûts de transaction, le **progrès technique** explique également la genèse et donc la raison d'être des institutions. En effet, pour North, les innovations ont engendré de façon « séquentielle » une organisation toujours plus complexe, justifiant l'existence des institutions. Dans son article « *Institutions* » (1991), North identifie trois innovations majeures qui ont contribué à accroître cette complexité : 1) l'augmentation de la mobilité du capital ; 2) l'abaissement des coûts d'information ; et 3) la possibilité de s'assurer contre le risque avec la transformation progressive de l'incertitude en risque, c'est à dire le passage d'une situation où les événements sont incertains et contre lesquels les agents ne peuvent pas s'assurer, à une situation où, au contraire, les évènements sont probabilisables et contre lesquels il est possible de s'assurer.

Par conséquent, pour North (1991), au cours de l'histoire, ces trois innovations ont rendu indispensable l'invention de nouveaux instruments institutionnels dont deux forces économiques sont principalement à l'origine : les économies d'échelle et le développement de mécanismes permettant de faire exécuter les contrats à moindre coût. Ces deux forces ont un fonctionnement réciproque : le volume croissant des échanges, et donc de la production, nécessite la création de mécanismes efficaces garantissant le respect des contrats et, réciproquement, cette garantie de respect des contrats améliore les perspectives de profit ce qui amène une croissance des échanges. Cette vision du développement, que North explique avec plus de précision dans son ouvrage « *Le processus du développement économique* » (2005), est une vision qu'il applique au monde entier, sur temps long, c'est à dire depuis le X^{ème} siècle jusqu'à l'hégémonie occidentale, et dont la caractéristique principale est la prise en compte des coûts de transaction liés à la mise en place et au respect des droits de propriété.

Ainsi, l'analyse de North constitue le socle de la théorie néo-institutionnelle et vise, par l'introduction de l'histoire et du changement institutionnel, à dépasser la vision statique de l'économie standard en introduisant le triptyque théorique des coûts de transaction, des droits de propriété et du changement technique. Mais le cœur de son analyse réside dans l'étude du comportement humain et le refus de considérer la rationalité parfaite comme étant à la base des interactions économiques. C'est donc cette rationalité limitée, non substantive, qui va constituer le point d'achoppement d'un autre courant institutionnaliste, plus hétérodoxe dans son approche : la théorie des conventions.

B. Les prolongements hétérodoxes à la définition du rôle des institutions : de la théorie des conventions à la théorie de la régulation

Nous montrerons dans cette partie comment la théorie des conventions et la théorie de la régulation permettent d'appréhender la question des institutions, comment elles peuvent éclairer la question du développement de deux pays comme la Colombie et le Venezuela et quels sont leurs points de divergence avec le courant néo-institutionnaliste. L'objectif étant toujours d'identifier le cadre théorique cohérent, les outils analytiques pertinents, qui nous permettront d'avoir une lecture claire et la plus complète possible de l'architecture institutionnelle des systèmes de santé colombien et vénézuélien.

1. La théorie des conventions ou le dilemme du dépassement de la vision strictement stratégique vers une méthode d'analyse interprétative

La théorie néo-institutionnaliste et la théorie des conventions (TC) reposent sur une même base théorique, à savoir : **l'individualisme méthodologique**. En effet, l'objet de la TC est de comprendre comment, des individus confrontés à des situations d'incertitude parviennent à faire converger leurs décisions individuelles et ainsi ajuster leurs comportements les uns par rapport aux autres, c'est à dire : harmoniser leurs comportements individuels, autrement dit se *coordonner* (conventions internes) ou *coopérer* (conventions externes).

En posant en ces termes la question de la coordination et, par ailleurs, en reprenant à son compte le concept de rationalité limitée tel que l'a défini North, la TC concède, *à priori*, le même rôle aux institutions : celui « d'atténuateur » d'incertitude. En effet, il se trouve que les deux corpus théoriques mobilisent approximativement la même définition du terme « institution » (Daudigeos, 2009). Pour la TC, « *la notion d'institution est ici à prendre dans un sens très large qui recouvre toutes les formes de médiation sociale : coutumes, conventions, règles, normes, organisations et institutions au sens strict* » (Boyer, 2003). Pourtant, si l'on suit les « niveaux » formulés par Daudigeos (2009), une nuance apparaît entre les deux théories dans le sens que prend le concept d'institution. L'auteur explique, en effet, que le terme « institution » peut prendre quatre sens différents, en sachant que les niveaux sont « inclusifs », c'est à dire que le second niveau inclut le premier niveau, et ainsi de suite :

1) Institutions = types particuliers d'organisations.
2) Institutions = larges secteurs de la vie sociale (famille, économie, science, religion)
3) Institution = toute « forme sociale » qui donne des règles d'action collective plus ou moins consciente (cognitive, normative, coercitive).
4) Institutions = règles sociales fondamentales et **tacites** qui permettent la coordination entre les individus.

Dans cette grille d'analyse, représentée de manière plus explicite dans le Schéma 1.2 ci-dessous (Schéma 1.2 : Les quatre niveaux de définition du terme « institution »), à mesure que l'on passe d'un niveau à un autre, le sens du terme « institution » admet une définition de plus en plus large qui inclut progressivement des critères cognitifs propres à chaque individu. En ce sens, l'auteur identifie le troisième niveau comme correspondant à la définition que donnent les néo-institutionnalistes du concept d'institutions, et il caractérise les troisième et quatrième niveaux comme participant, l'un et l'autre alternativement, à la définition qu'en donnent les auteurs conventionnalistes. La nuance se situe donc dans le fait que la TC se situe à deux niveaux d'analyse, selon ce qui peut être appelé un « *pluralisme vertical des conventions* » (Eymard-Duvernay, 2003) : un niveau « macroéconomique » dans lequel les conventions nécessitent une légitimité publique et ont vocation à concerner une société toute entière, comme c'est le cas, par exemple, pour la confiance dans une monnaie (Aglietta et Orléan, 1982) et, par ailleurs, une définition plus « microéconomique » des institutions laissant une place plus importante au caractère « tacite », implicite, des institutions et se

focalisant sur une échelle locale voire individuelle des interactions humaines. Pour le dire encore différemment, il est possible de comprendre cette double définition comme étant une caractéristique de la Théorie des Conventions qui est d'isoler deux niveaux d'intervention : celui des représentations et celui des règles.

Schéma 1.2 : Les quatre niveaux de définition du terme « Institution »

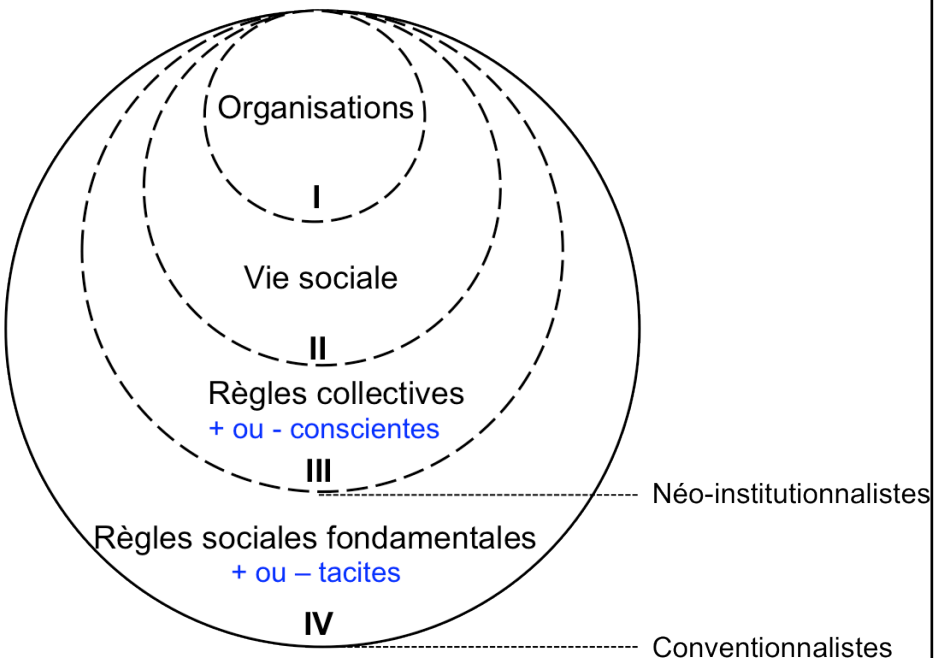


Schéma réalisé par l'auteur à partir de : Daudigeos Thibault, Valiorgue Bertrand (2009), « L'apport de la théorie des conventions à la théorie néo-institutionnelle des organisations »,

La raison fondamentale de ce double constat (la nuance qui sépare les deux corpus théoriques dans la définition des institutions et la double définition des institutions dans la TC) tient au fait que la convention est, en elle-même, une catégorie spécifique d'institution. En effet, l'effort de conceptualisation des conventionnalistes porte sur une institution particulière : les conventions.

La convention est une **représentation commune**, stabilisatrice, qui permet de régler un problème d'incertitude et de coordonner l'action d'un groupe d'individus. Ces individus interprètent leur environnement, agissent en conséquence et, ce faisant, ils formulent une règle qui n'est pas donnée au départ. Dans ses travaux, Lewis (1969) définit cinq composantes à la convention :

1) « *chacun se conforme à la convention* » ; dans une même situation où les agents doivent résoudre un problème de système d'information, le dispositif proposé sert de « modèle de réponse collectif » ;

2) « *chacun anticipe que tout le monde s'y conforme* », chaque individu anticipe que tous partagent et se conforment au même modèle de réponse collectif ;

3) « *chacun préfère que la conformité soit la plus générale possible* », le dispositif conventionnel n'a de sens que si une grande proportion de personnes font le même choix ; plus cette condition est remplie, plus l'utilité de chacun est élevée ;

4) « *il existe au moins une régularité alternative* », le dispositif n'est conventionnel que si il est le résultat d'un choix de la part des individus ; pour cela, chacun doit pouvoir avoir au moins une alternative au dispositif dominant ;

5) « *les quatre premières conditions sont Common Knowledge (CK : connaissance commune)* » ; CK veut dire que chacun sait que l'autre sait qu'il sait, etc. Cet instrument permet à Lewis de lier convention et rationalité des comportements mais est fortement critiqué (Dupuy, 1989) puisqu'il vide de son sens la notion même de rationalité. L'hypothèse de CK revient en effet à se coordonner avec son « clone » étant donné que le savoir détenu par chaque individu est absolument identique à celui de tous les autres. Le relâchement de cette hypothèse permet de résoudre ce paradoxe (Batifoulier, 2002).

C'est lorsqu'une situation vérifie ces cinq conditions que l'on peut utiliser le concept de « convention ». Les conventions ont donc des propriétés totalement différentes des contrats ou des institutions classiques, fondées sur des règles explicites, puisqu'elles sont **tacites** et **implicites**. Elles se posent donc comme mode de coordination « alternatif » aux schémas traditionnels proposés par les néo-institutionnalistes et remettent en cause, plus radicalement que ces derniers, les postulats du modèle classique puisque le choix que fait un individu peut être basé sur des éléments exogènes qui lui échappent.

Ainsi, pour Lewis, la convention est une **régularité de comportement** où chacun se conforme au comportement qu'il croit que l'autre aura. De cette façon, il associe subtilement l'arbitraire et le rationnel : « *La convention est arbitraire, mais il est rationnel de la suivre si*

chacun fait de même, car l'objectif est de se coordonner en adoptant le même comportement que les autres » (Lewis, 1969, p.70). Mais dans ses analyses, Lewis utilise principalement la théorie des jeux qui reste, pour lui, l'outil privilégié du choix rationnel dans un contexte d'interaction entre plusieurs individus. En ce sens, deux principales visions sous-tendent la théorie des conventions : la vision humienne et la vision wébérienne (Batifoulier, 2001).

Dans la vision humienne, la convention est suivie par intérêt commun : elle définit en quelque sorte un « ordre spontané » qui émerge de l'intérêt qu'ont les individus à la suivre. Cette vision se rattache donc à une définition de **l'intérêt général**. La vision wébérienne, quant à elle, suppose l'existence d'un ordre préétabli et qui prescrit les comportements à suivre et à ne pas suivre. Cette vision donne une dimension prescriptive à la convention dans la mesure où elle introduit la **sanction** comme garantie de la stabilité de la convention. Ces deux visions donnent lieu à deux approches de la convention : l'approche stratégique et l'approche interprétative. Ces deux approches, qui sont le signe d'une ligne de fracture forte au sein de cette école de pensée (Raveaud, 2004), articulent différemment les deux élément-clés : l'intérêt général et la sanction.

L'approche stratégique se focalise sur une vision de la convention en terme d'ordre spontané *via* la notion d'intérêt général et modélise pour cela la convention avec le langage de la théorie des jeux. En revanche, dans l'approche interprétative, la convention est à la fois une règle de comportement et un modèle d'évaluation de la règle. En d'autres termes, les individus ont, dans cette deuxième approche, une capacité d'interprétation des règles et de remise en question de celle-ci, ce qui rend plus réaliste l'analyse mais complexifie également le problème car ce jugement critique va être à l'origine de l'évolution des règles : le changement est *endogénéisé*. Dans la vision stratégique, la question du jugement de la situation par les individus est évacuée : la convention est forcément un équilibre de Nash car la règle est définie explicitement et l'intérêt stratégique du joueur est choisie *ex-ante* par le modélisateur via la matrice des gains. D'ailleurs, cette matrice des gains, qui est l'essence même de la vision stratégique, a finalement pour conséquence de rétablir la vision utilitariste et maximisatrice de l'individu, ce qui équivaut à un éloignement de l'un des buts initiaux de la théorie des conventions qui est de rompre avec le cadre théorique dominant. Ainsi, la théorie des jeux explique l'institution ou la convention par l'émergence d'un équilibre au sein d'un jeu répété, lui-même basé sur un ensemble de règles exogènes (Aoki, 2006). Pour Searle (1995), cette approche par le raisonnement stratégique aboutit à une « désubstantialisation »

de l'action collective, qui est pourtant le cœur de l'économie des conventions. Ainsi, les théoriciens des jeux ne peuvent modéliser que des acteurs non-interprétatifs, ils ont donc une vision plus réductrice et moins « réaliste » des choix individuels que l'approche interprétative des conventions.

Ces deux approches amènent naturellement à deux interprétations différentes de la notion de « développement », qui est évoquée en terme de « dynamique des conventions ». L'approche stratégique aborde la question en terme de théorie des jeux évolutionnistes (Young, 1993 ; 1996) : une convention serait amenée à changer en fonction d'un processus de *mutation* des individus, c'est à dire en fonction du nombre d'individus choisissant une convention alternative dont la proportion est modélisée permettant ainsi de calculer un indicateur de « résistance » d'une convention aux « attaques » des individus « mutants » (Batifoulier, 2003). Nous partons du principe que cette vision très restrictive et « mécaniciste » du développement ne permet pas d'appréhender l'ensemble des interactions dans lesquelles les individus s'inscrivent.

La vision interprétative des conventions, plus réaliste, conçoit le développement comme la conséquence des représentations que se font les individus du bien commun et cette interprétation à laquelle ils se livrent leur permet d'ajuster leurs actions en fonction de l'interaction émergente qui est observée : « *Ce sont les modalités de l'interprétation qui sont affectées puisqu'elles visent non plus l'adaptation à priori d'un comportement mais bien plus l'ajustement des conduites dans le cours même de l'action, donnant ici tout son poids au caractère procédural de la rationalité* » (Livet, 1994). Ainsi, l'interprétation, influencée par l'*idéologie*, et surtout l'apprentissage individuel et collectif, sont les clés de compréhension de la modification des règles, règles qui sont modifiées au fil d'un processus d'apprentissage mais dont les conventionnalistes n'ignorent pas leur lien étroit avec la notion de *pouvoir* et les conflits que suppose un changement de règles du fait de la recomposition de l'ordre social qu'il induit (Rebérioux, 2001).

En somme, ces deux visions très différentes se différencient par l'importance qu'elles donnent à l'individu ou au collectif dans le processus de changement de convention. Dans le cas de la vision stratégique, l'individu calculateur est au centre du processus de transformation (ou « mutation ») et dans le cas de la vision interprétative, le collectif influence l'individu dans la remise en question de la convention et donc, par l'interprétation que l'individu va faire de la

convention, celui-ci va pouvoir à son tour modifier les règles qui régissent son action, c'est à dire le cadre institutionnel dans lequel s'inscrivent ses choix.

Ainsi, la théorie des conventions est partagée entre deux approches théoriques différentes, parmi lesquelles l'une d'entre elle nous est apparue comme insuffisante pour expliquer la dynamique des conventions et donc l'évolution du cadre institutionnel. Mais peut-être faut-il considérer, à l'instar de Raveaud (2004), qu'au-delà de ses différends théoriques internes, la théorie des conventions ouvre le champ à une approche empirique originale qui consiste à postuler que « *les individus sont partout et toujours plongés dans les institutions* » et que cette approche *« conduit le chercheur à identifier les cadres, dispositifs, juridiques, techniques, institutionnels, statistiques ou encore langagiers qui structurent les actions des personnes* ». L'auteur indique que ce qui caractérise la démarche empirique comme étant spécifiquement conventionnaliste, c'est l'attention particulière portée aux arguments échangés, aux justifications avancées par les personnes et à la pluralité des arrangements possibles. C'est uniquement de cette façon qu'une évaluation peut être portée sur les dispositifs institutionnels et leur interaction avec les catégories d'individus observées. Cette méthode, que prône l'auteur pour sortir du débat uniquement théorique, relève donc implicitement, et malgré lui, de l'analyse interprétative de la théorie des conventions puisqu'une place importante est laissée à l'interprétation que font les individus de leur cadre d'action. C'est vers cette méthode d'analyse empirique que nous orienterons nos recherches sur la comparaison des architectures institutionnelles.

2. De l'interprétation à la dynamique historique des institutions par la théorie de la régulation

Si l'analyse conventionnaliste est tiraillée entre deux approches dont la différence est de concéder plus ou moins d'importance à la micro-économie et au calcul stratégique des individus lors d'un choix, l'autre approche hétérodoxe analysant les dynamiques institutionnelles, la théorie de la régulation, place son analyse, quant à elle, sur le plan de la macro-économie et accorde un rôle prépondérant au *politique* dans l'émergence des institutions.

En effet, pour la théorie de la régulation, « *les formes institutionnelles correspondent à la codification d'un ou plusieurs rapports sociaux fondamentaux* » (Boyer, 2003), par opposition aux « *micro-fondements des institutions et des organisations* » développés par les autres courants de pensée. Afin de développer cette démarche analytique originale, la théorie de la régulation oriente son analyse dans trois directions :

Premièrement, la théorie de la régulation est une approche clairement institutionnaliste dont le but est de rechercher les « *fondements macro-institutionnels* » des économies de marché. Elle articule pour cela trois concepts centraux : régime d'accumulation, mode de régulation et formes institutionnelles. Le mécanisme est le suivant : l'analyse régulationniste identifie cinq formes institutionnelles (dites également « structurelles »), qui caractérisent une organisation sociale :

1) **La forme monétaire** (ou forme de la contrainte monétaire), la monnaie étant considérée comme un rapport social fondamental ;
2) **La forme du rapport salarial** (ou configuration du rapport salarial), le rapport salarial étant envisagé comme la modalité de rattachement du salarié à l'entreprise ;
3) **La forme de la concurrence** (ou mode d'organisation des « *relations entre les différents centres d'accumulation fractionnés* ») ;
4) **La forme de l'Etat** (ou forme des interventions de l'Etat dans le domaine économique) ;
5) **La forme de l'adhésion au régime international** (ou mode de relations entre l'Etat-nation et le reste du monde).

Ces cinq formes institutionnelles sont au centre de l'analyse régulationniste car elles vont façonner de manière décisive le *régime d'accumulation*, concept qui peut être défini comme étant l'ensemble des mécanismes par lesquels la croissance d'une économie, et donc l'accumulation du capital, se maintiennent dans le temps. Par exemple, ce régime, s'il a pu être caractérisé par une croissance des moyens de production au début du siècle (régime dit « extensif ») a muté, à partir de 1945 du fait des reconfigurations institutionnelles, en un régime basé sur les gains de productivité (régime dit « intensif »), puis basé sur les gains de productivité *avec* consommation de masse (« régime d'accumulation fordiste » qui correspond aux « *trente glorieuses* ») pour passer finalement dans les années 1990, du fait de

forces exogènes aux Etat-nations (Bowles, 1990), à un régime d'accumulation « patrimonial » ou « financiarisé ».

Ainsi, dans l'analyse régulationniste, les cinq formes institutionnelles façonnent le régime d'accumulation, ce qui veut dire qu'elles déterminent, *in fine*, les modalités de maintien de la croissance économique et donc du profit. Précisons toutefois que la relation n'est pas unilatérale : les évolutions économiques, comme par exemple les crises structurelles, peuvent amener à des reconfigurations institutionnelles de grande ampleur, reconfigurations dont le rôle est de répondre aux conflits sociaux que la théorie de la régulation prend en compte dans son analyse. Lorsque les cinq formes institutionnelles se coordonnent les unes aux autres, lorsqu'elles dépassent les crises structurelles et qu'elles façonnent un régime d'accumulation stabilisé au travers d'une forme historique stabilisée des rapports de pouvoir, alors émerge un **mode de régulation**.

Le mode de régulation est l'ensemble des mécanismes, procédures et comportements qui permet aux formes institutionnelles de constituer un système cohérent, c'est à dire : « *reproduire les rapports sociaux fondamentaux ; soutenir et piloter le régime d'accumulation en vigueur ; assurer la compatibilité dynamique d'un ensemble de décisions décentralisées, sans que soit nécessaire l'intériorisation par les acteurs économiques des principes de l'ajustement de l'ensemble du système* » (Boyer, 2003). Autrement dit, le mode de régulation est l'ensemble des canaux par lesquels les formes institutionnelles se coordonnent entre elles et impactent le régime d'accumulation. Sur cette base, le schéma suivant (*Cf*. Schéma 1.3 : les Institutions dans la Théorie de la Régulation) se veut être un résumé de la vision régulationniste des institutions.

Deuxièmement, les institutions sont replacées dans leur contexte historique : *le temps long de l'Histoire* est pris en compte comme étant une composante majeure de l'évolution du régime d'accumulation au sein des formes institutionnelles. Cette prise en compte de l'Histoire dans la dynamique institutionnelle place la théorie de la régulation à contre-pied des autres champs de recherche qui concentrent leurs analyses sur les équilibres institutionnels de court terme.

Schéma 1.3 : Les Institutions dans la Théorie de la Régulation

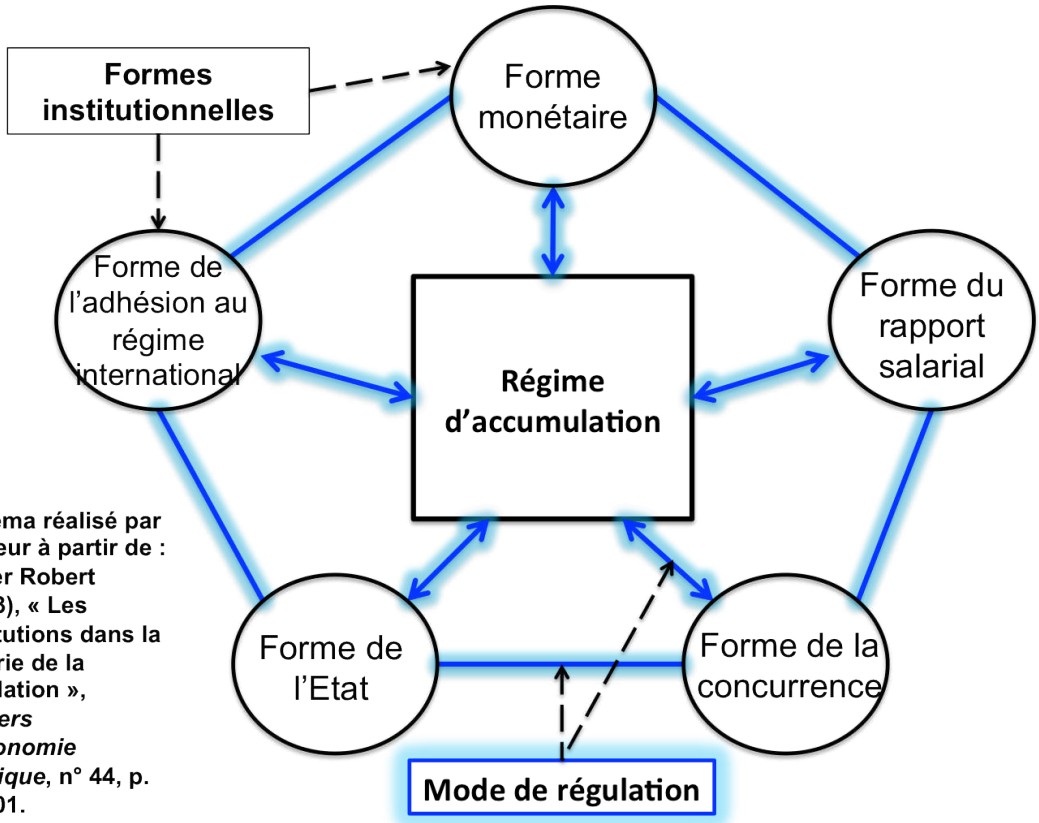


Schéma réalisé par l'auteur à partir de : Boyer Robert (2003), « Les institutions dans la théorie de la régulation », *Cahiers d'économie Politique*, n° 44, p. 79-101.

Troisièmement, la théorie de la régulation, à l'instar de l'approche interprétative de la théorie des conventions, réfute l'hypothèse d'anticipations rationnelles des individus et considère, au contraire, que les agents n'ont qu'une connaissance partielle et locale des réalités qui gouvernent leurs relations. C'est le sens de la séparation très claire entre régime d'accumulation (ou régime de croissance) et mode de régulation (ensemble de comportements qui « pilotent » le régime de croissance) par l'intermédiation des formes institutionnelles : « *il n'est pas de passage du macro au micro sans référence aux catégories intermédiaires que sont les formes institutionnelles. (...) Les institutions, en se situant au niveau méso-économique ont pour propriété de résumer les informations pertinentes pour les acteurs, au-delà du système de prix* » (Boyer, 2003). Nous retrouvons ici une propriété des institutions commune à l'ensemble des approches institutionnalistes : elles sont, en dernière analyse, un « *réducteur d'incertitude* ».

Ainsi, avec ces trois éléments - formes institutionnelles façonnant le régime de croissance, prise en compte de l'Histoire et rejet des anticipations rationnelles - la théorie de la régulation érige un cadre conceptuel octroyant un rôle déterminant au *politique*. En effet, pour les

régulationnistes, l'Histoire des institutions est celle des rapports de force entre salariat et fraction du capital industriel (puis patrimonial) dans la détermination de la forme hiérarchique dominante (Lipietz, 1991). Cette prise en compte des conflits sociaux comme élément fondamental du processus de changement institutionnel se fait donc en opposition avec les déterminants choisis par les autres approches institutionnalistes : déterminant technologique, économies d'échelle et dépendance au sentier pour les néo-institutionnalistes, ou même coévolution entre technologie, institution et normes pour les approches évolutionnistes, etc.

Par voie de conséquence, avec cette prise en compte des rapports de classes, concept émanant directement du marxisme, les régulationnistes portent l'éclairage sur le *rapport salarial* comme concept-clé dans l'explication des dynamiques institutionnelles et du passage d'un mode de régulation à un autre (Husson, 2001). Au final, le cœur de la question soulevée par la théorie de la régulation est bien d'analyser quelles conditions permettent d'assurer la viabilité d'une *pluralité* de régimes d'accumulation (Boyer, 2004) qui sont, par nature, soumis à des déséquilibres et à des contradictions, mais surtout, de quelle façon les modes de régulation se succèdent les uns aux autres. Dans cette optique, les institutions tiennent lieu d'axe de régulation du système capitaliste car, en tant que formes stabilisées des rapports de pouvoir et intermédiaires entre les individus et le régime d'accumulation, elles permettent de réguler les conflits sociaux sans les faire disparaître, et peuvent, lorsque les contradictions deviennent trop profondes, modifier leur architecture et ainsi transformer le régime d'accumulation : il y alors passage à un nouveau mode de régulation.

Ainsi, ce rapide survol de la théorie de la régulation a permis de comprendre que les institutions y jouent un rôle central : enserrées dans une perspective historique de long terme incluant les dynamiques sociales elles sont, plus globalement, analysées dans le but de comprendre le processus d'accumulation du capital, sa multiplicité, ses contradictions et son évolution. Du fait de sa portée et du caractère transdisciplinaire de son analyse, l'approche régulationniste permettra sans nul doute d'apporter, dans notre comparaison des architectures institutionnelles de la Colombie et du Venezuela, une lecture historique de leurs évolutions respectives, lesquelles s'enracinent incontestablement dans des problématiques politiques. L'histoire des luttes sociales en Amérique latine ainsi que l'évolution conjointe des architectures institutionnelles valide, sur cette question précise du déterminant politique, les analyses de la théorie de la régulation.

Conclusion de la Section 1

Pour conclure, les trois courants de pensée qui délimitent notre propre analyse des architectures institutionnelles que nous nous proposons de comparer, à savoir le néo-institutionnalisme, le conventionnalisme et le régulationnisme, apportent chacun un éclairage différent à la question des institutions, celle de leur frontière et de leur évolution. Une synthèse des trois corpus théorique - auquel nous avons ajouté la vision néo-classique - est présentée dans le tableau 1.1 ci-dessous :

Tableau 1.1 : Synthèse comparative du néo-institutionnalisme, conventionnalisme et du régulationnisme

Cadre théorique	Nature des institutions	Origine des institutions	Dynamique des institutions
Néo-classique	Exogènes	-	-
Néo-institutionnaliste	Modalités efficaces de coordination suppléant ou palliant les mécanismes de marché	Résultat agrégé du calcul coûts/avantages, contrat entre les agents	Dépendance au sentier avec toutefois rétroaction des individus sur les institutions
Conventionnaliste	Les conventions sont un type d'institution différente du contrat car elles sont informelles, extérieures aux agents et collectives	Solution aux problèmes de coordination dus à une rationalité limitée et procédurale	Théorie des jeux évolutionniste / Interprétation et apprentissage collectif
Régulationniste	Compromis sociaux régulant les conflits sans les faire disparaître : formes stabilisées des rapports de pouvoir	Contingence historique, conséquences des pratiques sociales (structuralisme)	Produit des contradictions inhérentes au régime d'accumulation et conduisant à une trop forte pression sociale

Tableau réalisé par l'auteur sur la base de : SIMONNET Jean-Paul (2009), « Ecole de la régulation et institutionnalisme », Sans éd.

Ainsi, conscients désormais des tensions idéologiques divisant l'analyse des institutions, entre individualisme méthodologique et holisme ou entre vision stratégique et portée interprétative des processus cognitifs - tensions frappant de plein fouet la théorie des conventions, comme scindée en deux par cette ligne de fracture - notre démarche consistera dès lors à, premièrement, analyser la place laissée aux institutions dans les différents courants de l'économie de la santé et, dans un second temps, à construire, sur la base des concepts forgés par les grands courants de pensée institutionnalistes, un cadre conceptuel original, efficace dans l'exercice délicat d'une analyse comparative de deux architectures institutionnelles totalement différentes et axé, de surcroît, sur ce qui constitue un enjeu vital pour tout pays en développement : l'accès aux soins.

Section 2 L'économie de la santé et la place des institutions

Les différentes analyses des institutions ayant été posées, il s'agit désormais de connecter ces analyses à **l'économie de la santé**. En effet, une société s'organise autour de sous-systèmes dont l'agrégation forme un tout appelé « système ». Parmi ces sous-systèmes, celui de la santé est l'objet d'un intérêt croissant de la part des économistes. Le système de soins a été en effet l'enjeu principal des travaux des cinquante dernières années, de par l'importance croissante des problématiques de santé et de vieillissement au sein des sociétés post-industrielles. Plus profondément, cet intérêt accru pour le mode d'organisation des systèmes de soins semble être la conséquence naturelle de deux phénomènes inter-reliés : les découvertes majeures dans le domaine de la médecine et la croissance fulgurante, durant ces cinquante dernières années, des découvertes technologiques[9] qui se répandirent, par ricochet, dans le domaine médical. Cette croissance vertueuse du savoir et des moyens technologiques qui permettent l'application de ces connaissances explique le besoin, depuis cinquante ans, de penser l'organisation des systèmes de soins et de donner aux progrès acquis dans la science médicale les moyens organisationnels de se diffuser dans l'ensemble des sociétés.

Cette section a pour but d'ériger un cadre conceptuel nous permettant de saisir tous les aspects du processus d'institutionnalisation de l'accès aux soins dans des quartiers pauvres de villes comme Bogota et Caracas. Pour ce faire, il apparaît comme essentiel dans un premier temps, de définir clairement les liens théoriques unissant l'économie de la santé et l'analyse des institutions, ainsi que les contours précis de la notion « d'accès aux soins », centrale dans ce travail de thèse. À cette fin, une étude des différents courants de l'économie de la santé - depuis les thèses néoclassiques sur lesquelles s'érige la discipline, jusqu'à la prise en compte des institutions dans le choix des individus en matières de soins - s'avère importante pour permettre d'en cerner le périmètre théorique actuel. Ensuite, il s'agira de construire un raisonnement propre nous permettant de cerner le caractère spécifique de l'Amérique latine et en particulier les deux économies en développement qui font l'objet de cette étude, contribuant ainsi à définir les contours d'une démarche institutionnaliste en économie de la

[9] Ces découvertes technologiques dans tous les domaines étant elles-mêmes issues en grande partie des grands conflits armés qui ont marqué ce siècle ainsi que l'effort de recherche et développement réalisé par les Etats dans ce domaine en temps de paix.

santé, à la fois originale et transversale, et qui nous permettra ensuite de comprendre le double impact des institutions sur les individus (et des individus sur les institutions) lors d'un processus d'institutionnalisation des soins médicaux dans des quartiers jusque-là inaccessibles aux institutions.

A. L'évolution progressive de l'économie de la santé : les insuffisances de l'analyse néoclassique dans sa prise en compte des institutions

Les systèmes sociaux, et en particuliers les systèmes de santé, se prêtent à l'analyse des institutions dans la mesure où ils sont, par essence, une construction institutionnelle, tant sur le plan des « représentations symboliques » - l'enjeu étant la vie elle-même, la santé tient naturellement une place centrale dans toute société humaine, toutes époques confondues - que sur le plan des structures, étatiques ou non, en charge de l'octroi des soins à la population et forcément d'ampleur nationale.

Pourtant et paradoxalement, l'économie de la santé s'est construite à ses débuts sur des bases théoriques néoclassiques, c'est à dire en excluant totalement l'importance des institutions, au sens large, au seul bénéfice des choix optimisateurs d'agents dits « rationnels ». C'est cette construction théorique puisant ses sources dans les analyses standards qu'il convient d'étudier afin de comprendre les actuelles lignes de fracture divisant l'économie de la santé, lignes que l'on retrouve avec acuité dans le cas de la comparaison de la Colombie et du Venezuela.

En effet, les économistes de la santé considèrent que la discipline est née en 1963, avec l'article du prix Nobel d'économie, Kenneth Arrow (1963). Cet article, tout comme l'ensemble des premiers travaux concernant ce nouvel objet de recherche demeurent, comme l'explique Lise Rochaix (2009), à la recherche de légitimité auprès des économistes et restent donc calqués sur les modèles néoclassiques de concurrence pure et parfaite, sans véritable prise en compte de l'incertitude ou de l'ignorance du patient qui caractérise ce secteur. Mais c'est surtout au cours des années 1980, où la portée des thèses néolibérales s'amplifia dans le monde entier, conduisant à une période prolongée de restrictions budgétaires, qu'apparut de manière explicite le dilemme auquel les acteurs du système de santé sont confrontés : celui de

besoins sans cesse étendus face à des moyens stagnants ou décroissants. Le calcul économique devint alors le moyen de faire face aux choix d'allocations de ressources et aux nouvelles problématiques de maitrise des coûts.

L'économie de la santé évolua, d'une part, dans ce contexte de **tensions idéologiques** sur le rôle et la place de l'Etat dans la société, mais, d'autre part, dans un contexte de pression budgétaire croissante liée au vieillissement de la population des pays développés. Dans ce contexte très particulier, l'évolution du périmètre de l'économie de la santé peut se résumer comme étant une prise en compte croissante et progressive des différents acteurs d'un système de soins et du cadre institutionnel dans lequel ils interagissent : à une analyse strictement microéconomique (**1**), s'est substituée progressivement une démarche pluridisciplinaire, incluant le rôle du médecin, puis celui des patients et de l'Etat dans la formulation de la demande de soins (**2**). Nous verrons pourtant en filigrane que, bien que les modèles incluent de plus en plus de paramètres dans la formulation de la demande de soins, ils restent limités par l'acceptation de l'hypothèse de rationalité parfaite et de comportements calculateurs. Nous verrons ensuite que les comportements des individus sont en fait largement tributaires d'un cadre institutionnel dont nous essayerons de définir le fonctionnement et la nature.

1. Du modèle néoclassique de la demande de soins…

A son origine, l'article de Kenneth Arrow est une analyse du comportement des consommateurs de soins. Cette étude est le point de départ de la microéconomie de la santé dont l'objet est d'analyser et modéliser les comportements individuels des acteurs dans le champ de la santé (Béjean, 2009). En tant que premier et principal outil des économistes pour interpréter le fonctionnement du secteur de la santé, en tant que « *point d'ancrage des études qui se sont développées depuis une quarantaine d'années* » (Chambaretaud, Hartmann, 2004) et surtout en tant que fondement des politiques de santé dans la plupart des systèmes de soins en vigueur, il semble primordial d'en décrire les caractéristiques essentielles.

La première hypothèse qui est posée est celle de la rationalité des consommateurs de soins. Ainsi, voulant assouvir une demande de soins, les consommateurs vont à la rencontre des producteurs afin d'acquérir des biens et services de santé. L'objectif visé est une amélioration

de l'état de santé du consommateur de soins. De cette façon et à l'instar du reste de la science économique, les deux catégories traditionnelles que sont l'offre et la demande sont prises en compte comme les seules catégories permettant la compréhension des phénomènes de consommation médicale. Le marché est le lieu de rencontre exclusif de ces deux catégories qui fonctionnent de manière symétrique : le consommateur, parfaitement rationnel, formule sa demande en fonction de son revenu et des prix. À partir de ces deux variables, le consommateur adopte un comportement optimisateur, c'est à dire qu'il est capable de choisir les quantités de marchandises et de services qui maximisent leur utilité, sous une contrainte de revenu.

Il est important de noter que Arrow, dans ses travaux, note immédiatement le caractère imparfait de l'information détenue par le consommateur et convient qu'elle est une caractéristique essentielle de la défaillance du marché des soins médicaux (Arrow, 1963). Notons toutefois que cette « ignorance » du patient sera plus tard relativisée car, d'une part, le savoir médical n'étant pas une science exacte, le médecin comme le patient peuvent être amenés à commettre des erreurs de diagnostic (Béjean 1994, Domenighetti 1995), mais, d'autre part, les soins médicaux appartiennent à une catégorie très spécifique de biens appelés les « biens d'expérience » (Rochaix, 1989), c'est à dire que les patients sont capables d'avoir un jugement, au moins subjectif, sur la qualité des soins prodigués et pourront, par la suite, diffuser cette information (c'est l'effet « réputation ») à d'autres individus (Tirole, 1993).

Le producteur, quant à lui, est également un agent optimisateur dont l'objectif est de maximiser son profit en mobilisant ses ressources disponibles. Les principes microéconomiques s'appliqueraient donc au secteur de la santé conformément aux autres sphères du champ économique. En ce sens et à l'instar de Thomas (2001) nous identifions trois modèles apportant chacun une progression dans la compréhension des mécanismes qui sous-tendent l'action des individus, dans le cadre de cette vision strictement néoclassique du comportement des acteurs du système de santé.

Le **premier modèle** appliquant ces principes est celui de Phelps et Newhouse (1974). Il considère la santé sous l'angle de la consommation et se base sur des mécanismes relativement simples : il étudie l'évolution de la demande des consommateurs par rapport au coût engendré pour obtenir des soins. Le point de départ du modèle est la charge pesant sur le malade sachant que ses dépenses sont couvertes par une forme très simple d'assurance : le

consommateur paye une prime fixe d'assurance puis est couvert pour un pourcentage fixe de coût des soins indépendamment de la quantité qu'il consomme, le taux de remboursement étant déterminé par un contrat.

Dans ce modèle, le consommateur prend en compte deux variables, avant de formuler sa demande de soins : 1) la somme déboursée pour les soins, notée cP (avec c la fraction non remboursée par l'assurance et P le prix d'une unité de service de soins) ; et 2) ce que les auteurs appellent « la valeur du temps » (*The price of time*) notée Wt et qui représente le coût d'opportunité du temps passé dans les services de santé (avec t le temps et W le coût d'opportunité). Dans ce cadre de décision très particulier, le coût total d'une unité de soin pour un consommateur serait donc : $C = cP + Wt$.

Comme les auteurs le démontrent dans des travaux antérieurs sur l'élasticité-prix de la demande de soins, cette structure de la fonction de coût des soins de santé pour le consommateur révèle une forte sensibilité au taux de couverture assurantiel : plus la couverture sociale est grande, moins les individus ont à financer directement leurs soins et donc, mécaniquement, plus la demande de soins est forte. En revanche, et les prolongements de Thomas et Montmarquette (2001) le confirment, la sensibilité de la demande de soins par rapport au « coût du temps » (ou coût d'opportunité du temps) est moins forte : un individu gravement malade ne pourra de toute façon pas utiliser son temps pour travailler ce qui implique que le coût d'opportunité décroît avec la gravité de la maladie. Dans ce modèle, les individus n'accordent donc, *a priori*, que peu d'importance au temps.

Par suite, le point d'intersection entre le coût marginal des soins et leur valeur relative pour le consommateur détermine la quantité d'équilibre que choisira l'individu dans le cadre d'un programme de maximisation de l'utilité sous contrainte budgétaire. Cette résolution par équation d'un problème d'une telle complexité amène cependant les auteurs à des prévisions générales relativement simples qui dépendent d'une variable principale : la partie non-remboursée du coût total des soins. Ainsi, dans le modèle de Phelps et Newhouse (1974), la demande de soins dépend principalement du coût des soins effectivement payés par les individus, le coût d'opportunité du temps ne jouant qu'un rôle secondaire dans leur décision. Par conséquent, la demande ne dépendant que du coût des soins, un système octroyant gratuitement des soins verrait la demande augmenter très fortement. Dans ce cas, la solution serait, pour les auteurs, une réduction de l'offre.

Nous voyons dans cette première analyse des interactions entre la demande et l'offre de soins - analyse fondatrice d'un courant de pensée très influent en économie de la santé : « la microéconomie de la santé » - une simplification extrême du comportement des acteurs, ramenés à un rôle d'agents optimisateurs et préoccupés, essentiellement, par des considérations d'ordre économiques. Le modèle prédit en effet que la demande de soins augmente lorsque l'état de santé de l'individu se détériore et lorsque son revenu s'accroît. Mais bien que cette relation paraisse intuitive, les études statistiques ne vérifient pas cette relation statistique (Béjean, 2009). La seule institution tenant une place réelle dans ce cadre d'analyse est le marché où se rencontrent l'offre et la demande. Cette analyse doit être, bien sûr, resituée dans le contexte des Etats-Unis des années 1970, années qui connurent le triomphe de l'école de Chicago avec le début de l'application des politiques économiques néolibérales au Chili à partir de 1973 et, quelques années plus tard, l'attribution du prix Nobel d'économie à Milton Friedman. En ce sens, l'analyse de Phelps et Newhouse contribuera à établir que, le prix étant la variable dominante dans le choix des acteurs, seul un modèle basé sur la concurrence entre les offreurs du bien-santé est théoriquement en mesure de satisfaire la demande de soins. Cela aura un impact important dans les orientations choisies par de nombreux gouvernements concernant les mécanismes régulant leur système de santé, aboutissant à la privatisation d'un certain nombre d'entre eux et parmi lesquels le système de santé colombien en est une des nombreuses déclinaisons.

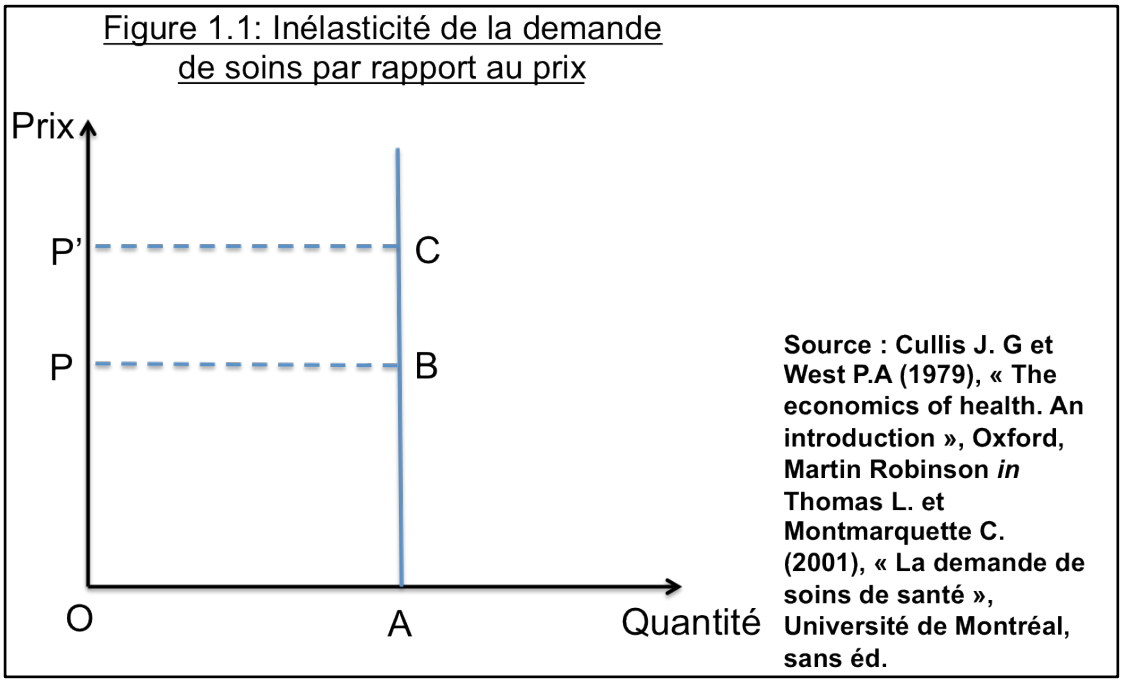
Cette vision des mécanismes régulant la demande de soins sera vivement critiquée par de nombreux économistes, y compris parmi ceux faisant partie de cette même branche néoclassique de l'économie de la santé, et introduiront progressivement d'autres éléments d'analyse contribuant ainsi à mieux cerner le fonctionnement des systèmes de santé. La **deuxième approche** que nous synthétiserons, l'approche par les besoins de Cullis et West (1979), est caractéristique de cette évolution.

En effet, cette approche tient compte d'une réalité évidente qu'avaient pourtant éludée les auteurs de l'approche par les coûts : un individu atteint d'une maladie consulte généralement un médecin, et c'est ce dernier qui, de part ses connaissances médicales, fait un diagnostic et prodigue les soins adaptés au patient. En d'autres termes, c'est le médecin qui offre la quantité de soins appropriés et choisit la nature de ceux-ci. Le patient, en revanche, n'a le choix que d'accepter ou de refuser cette offre. Cette hypothèse ramène le bien santé à une

spécificité introduite initialement par Arrow et utilisée ici dans le cadre de l'approche par les besoins : le fait que la santé est avant tout un bien de confiance.

Ainsi, le modèle repose sur une première hypothèse essentielle : l'impossibilité pour le patient de prévoir son état de santé, en dehors de l'anticipation de sa dégradation naturelle due à l'âge. Cette incertitude des individus sur la probabilité de connaître une dégradation de leur état de santé et d'avoir recours au système de soins constitue ce qui est appelé le « *risque épidémiologique* » (Chambaretaud, Hartmann, 2004). C'est ce risque qui explique que la santé constitue un poste important dans la dépense des ménages (Arrow, 1963). La deuxième hypothèse fondamentale est que **la demande est totalement inélastique par rapport au prix** (*Cf.* Figure 1.1 : Inélasticité de la demande de soins par rapport au prix) du fait de la dépendance des individus vis à vis de l'offre des médecins. Cette deuxième hypothèse, très forte, a d'importantes conséquences sur le raisonnement global car elle permet de justifier le fait que des soins gratuits et universels améliorent l'équité au sein d'une population.

Figure 1.1: Inélasticité de la demande de soins par rapport au prix



Source : Cullis J. G et West P.A (1979), « The economics of health. An introduction », Oxford, Martin Robinson *in* Thomas L. et Montmarquette C. (2001), « La demande de soins de santé », Université de Montréal, sans éd.

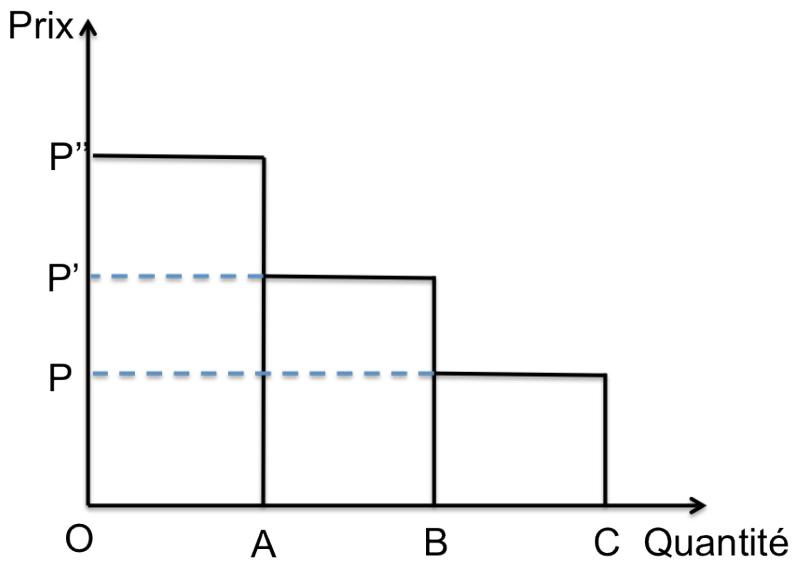
Sur la figure ci-dessus, il apparaît clairement que, quel que soit le prix des soins, P ou P', la quantité consommée sera la même et équivalente à A. Le prix n'est ici pas limité par le coût marginal comme ce serait le cas pour une demande élastique au prix. De ce fait, un prix nul

n'entrainant aucun réflexe de surconsommation étant donné l'inélasticité de la demande, les individus qui n'avaient pas les moyens de se faire soigner ont désormais accès aux soins. La solution serait donc *a priori* équitable, « *à condition d'être financée par un impôt juste* » (Thomas et Montmarquette, 2001).

En effet, les auteurs retiennent seulement deux solutions au financement : le financement « direct » au travers de cotisations ou dépenses personnelles, ou le financement « indirect » du système, c'est à dire le financement par l'impôt. Il exclut ainsi *de facto* une autre source de financement possible : le financement par l'utilisation d'une rente, comme c'est le cas du Venezuela avec son pétrole. Mais cet élément n'interfère pas dans le raisonnement global qui consiste à dire que, en considérant que les individus peuvent être atteints par une seule maladie, et en faisant l'hypothèse forte d'une inélasticité de la demande par rapport au prix, la gratuité peut aboutir, sous certaines conditions, à un système efficace d'un point de vue de l'équité. Cette conclusion analytique, propre à l'approche par les besoins, pourrait éventuellement s'adapter aux conditions spécifiques des pays latino-américains que nous étudierons au chapitre deux, et notamment le cas du Venezuela où les soins sont totalement gratuits. Nous aurions alors une justification théorique à un choix très ambitieux de politique économique.

Mais les deux auteurs en viennent ensuite à complexifier leur modèle en introduisant l'hypothèse d'une gradualité des maladies en fonction de leur gravité. Cette complexification leur permet de nuancer leur propos. En effet, dans le cadre plus réaliste d'individus pouvant être touchés par plusieurs maladies au cours d'une période donnée, la gratuité des soins introduit une inefficience dans l'offre de soins. L'explication qui est donnée est relativement simple : en introduisant plusieurs maladies avec des niveaux de coût de traitement différents, **la demande redevient élastique par rapport au prix** du fait du choix qui s'offre aux individus (*Cf.* Figure 1.2 : Demande de soins dans le cas de plusieurs maladies). Ainsi, avec une demande redevenue dépendante du prix, les contraintes s'exerçant habituellement sur un marché apparaissent sur le marché des soins : une baisse du prix augmente ainsi mécaniquement la demande, au risque, si le prix est nul et donc inférieur au coût marginal, de déstabiliser le financement du système de santé.

Figure 1.2: Demande de soins dans le cas de plusieurs maladies



Source : Cullis J. G et West P.A (1979), « The economics of health. An introduction », Oxford, Martin Robinson *in* Thomas L. et Montmarquette C. (2001), « La demande de soins de santé », Université de Montréal, sans éd.

La figure ci-dessus montre bien le principe introduit par Cullis et West dans leur approche par les besoins : à différents niveaux de maladies A, B ou C correspondent différents prix P'', P' et P auxquels sont confrontés les consommateurs. Ils ont donc le **choix**, en fonction de leur budget, de dépenser les sommes P, P' et P'' dans les soins préconisés par le médecin. C'est ce choix qui, en permettant aux individus de se positionner sur une maladie plutôt qu'une autre - c'est à dire de se faire soigner telle maladie, généralement la plus grave, et non telle autre - redonne à la variable prix un impact sur le choix des individus et, ce faisant, annulerait les bienfaits de la gratuité due à l'inélasticité initiale de la demande.

Avec cette explication, l'approche par les besoins tend à converger vers les conclusions émises par les approches néoclassiques standard, elle élargit simplement le nombre de facteurs influençant la demande. Elle introduit surtout - et il nous semble qu'au delà de l'analyse de la demande, c'est le point essentiel à retenir - une nouvelle forme de régulation du système de soin, c'est à dire « d'institutionnalisme », en élevant la relation patient-médecin au rang de relation-clé permettant la compréhension des mécanismes de fixation des quantités et des prix d'équilibre sur le marché de la santé. Cette hypothèse a permis de poser les

premiers jalons de la théorie de la « demande induite », clairement définie par Rice (1983) comme étant la capacité du médecin à « *dispenser une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait si il disposait de la même information que lui* ». Cette définition donna lieu à un renouvellement de l'économie de la santé car, en effet, le pouvoir discrétionnaire de l'offreur de soins sur la demande fait du secteur de la santé un marché régi par des lois très particulières où la courbe de demande, en raison de l'asymétrie d'information, n'évolue pas de manière autonome : l'absence de stabilité de la courbe de demande remet en question le modèle économique néoclassique.

Mais ces développements ultérieurs sur la multiplicité des déterminants de la demande de soins se réaliseront surtout dans le prolongement des analyses de Grossman qui, grâce au concept de capital santé, et tout en restant dans la droite ligne des analyses standards, va parvenir à renouveler la recherche en économie de la santé et donner un nouveau souffle à la discipline.

2. … à la demande de santé et le modèle de Grossman (1972)

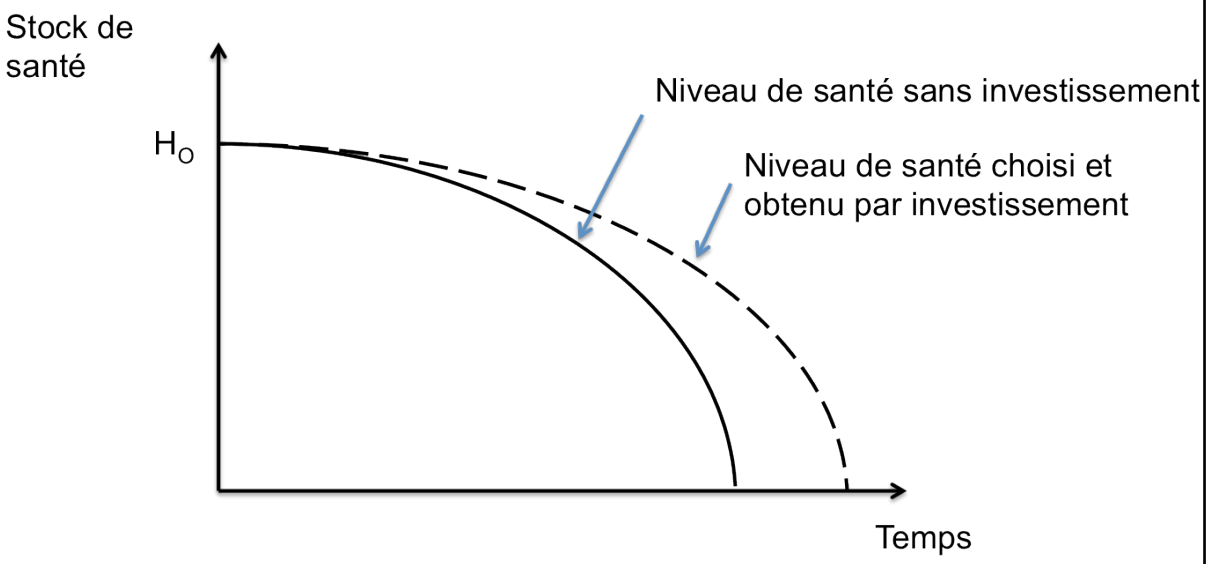
Le modèle de Phelps et Newhouse et celui de Cullis et West, étudiés précédemment, connaissent certaines limites que le modèle de Grossman a permis de surmonter (Menahem, 2000). En effet, du strict point de vue des comportements humains, ces modèles aident à comprendre comment se formule la demande de soins mais ne permettent pas d'évaluer le résultat de cette consommation sur les individus. La rationalité prêtée aux individus dans les modèles standards, rationalité qui est basée essentiellement sur les variables prix et contrainte budgétaire, ne peut expliquer à elle seule l'ensemble des comportements individuels. Grossman va donc introduire une différence d'efficacité productive entre les différentes consommations individuelles, lesquelles permettront d'optimiser ce qu'il va identifier comme étant le « capital santé ».

La notion de capital santé s'inscrit dans le cadre des analyses sur le capital humain, nées dans les années 1960 avec les théoriciens de la « nouvelle économie domestique » (Becker, 1964). L'apport de Grossman sera de considérer l'état de santé de chaque individu comme un capital dans lequel celui-ci devra « investir » afin de « l'optimiser » et accroître, *in fine*, sa longévité. Par conséquent - et c'est toute l'originalité de la démarche de Grossman - il découple la demande de santé de la demande de soins, distinction qui jusqu'alors n'était pas clairement

explicitée : la demande de soins n'est que la conséquence de la demande de santé, c'est à dire de la volonté des individus de conserver leur capital santé. Ainsi, les individus ne consomment pas des biens santé uniquement pour satisfaire une demande qui augmenterait une utilité immédiate, mais dans le but indirect d'optimiser leur capital santé et donc, à terme, leur productivité. L'auteur, dans son article, l'explique sobrement de cette façon : « *la demande de soins de santé est une dérivée de la demande, plus fondamentale, de bonne santé* » (Grossman, 1972, p.248)

Ainsi, l'hypothèse principale du modèle est simple : la santé est un bien durable, assimilable à un « stock », dont les individus héritent à la naissance (« *initial stock* ») et qui se déprécie avec l'âge. La dépréciation de ce capital peut être freinée où même stoppée par des investissements, c'est à dire par la demande rationnelle de soins formulée par les individus. C'est là l'apport crucial de cette théorie : les individus sont parties prenantes dans la « gestion » de leur capital santé. La santé est pour chaque individu une variable endogène à leurs décisions, modes de vie, habitudes, etc. et est donc en quelque sorte une « production », et non plus seulement l'expression d'un besoin. Cette vision est résumée dans la figure 1.3 (*Cf.* figure 1.3 : hypothèse de Grossman, évolution du stock de santé avec le temps) où l'on observe clairement la dépréciation progressive du capital santé que seuls des investissements de la part de l'individu permet de compenser. Intuitivement, déjà, on observe que la charge de l'investissement en santé repose avant tout sur l'individu et sur la société et beaucoup moins sur le médecin. Par ailleurs, le modèle repose sur un ensemble de relations que nous allons tenter de résumer.

Figure 1.3 : Hypothèse de Grossman, évolution du stock de santé avec le temps



Source : Grossman M. (1972), « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », The journal of Political Economy, Vol.80, N°2 (Mar.-Apr., 1972), p.232.

Tout d'abord, il convient de noter que la fonction d'utilité des individus est définie par Grossman comme étant dépendante de quatre variables : le stock de santé initial (H_0,), le stock de santé à l'âge t (H), la consommation de services de santé (Φ_t) et la consommation d'autres biens et services (Z_t). Elle est de la forme : $U = U(H_0, \Phi_t \,.\, H_t, Z_t)$. A partir de ces quatre variables, les individus vont établir un arbitrage entre ce que va leur coûter un investissement en capital santé, aussi bien en coûts directs (services de santé) qu'en coûts indirects (temps, coût d'opportunité, etc.) et ce que va leur rapporter cet investissement en termes d'évolution de leur capital santé, c'est à dire le « rendement » de leur investissement (Fargeon, 2009).

Le rendement total d'investissement en santé est composé de deux éléments, qui séparent le raisonnement de Grossman en deux modèles différents (Thomas, 2001) : 1) un rendement « **psychologique** », dans la mesure où une unité supplémentaire dans le stock de santé d'un individu élève son bien-être. On parle dans ce cas de modèle de consommation ; et, 2) un rendement « **marginal monétaire d'investissement en santé** », noté Υ_i, qui correspond au rapport entre le revenu (W_i), le produit marginal du capital santé (G_i) et le coût marginal de

l'investissement réalisé (π_{i-1}). On parle alors du modèle d'investissement. Grossman établit la relation suivante entre ces trois variables :

$$\Upsilon_i = \frac{W_i . G_i}{\pi_{i-1}}$$

Cette relation signifie simplement que le rendement de la dernière unité monétaire investie dans la santé est important lorsque le coût marginal de cet investissement est faible (dénominateur), ou lorsque le revenu ou le produit marginal du capital santé est grand (numérateur). Cette relation logique constitue réellement le cœur de l'explication Grossmanienne des comportements des individus dans un système de santé. En effet, à partir de cette équation, l'auteur peut déterminer que les individus rationnels cherchent naturellement à optimiser ce rendement marginal monétaire d'investissement en santé. Cette première équation constitue ce qu'il appelle **l'efficacité marginale du capital santé** (EMS) qui décroît progressivement au cours du temps, ce qui veut dire qu'avec le temps, investir dans le capital santé est de moins en moins rentable pour un individu. La représentation graphique de cette équation représente la demande de capital santé déterminée, en dernière analyse, par la relation entre le stock de capital santé et son rendement d'investissement (*Cf.* Figure 1.4 : détermination du stock optimal de santé).

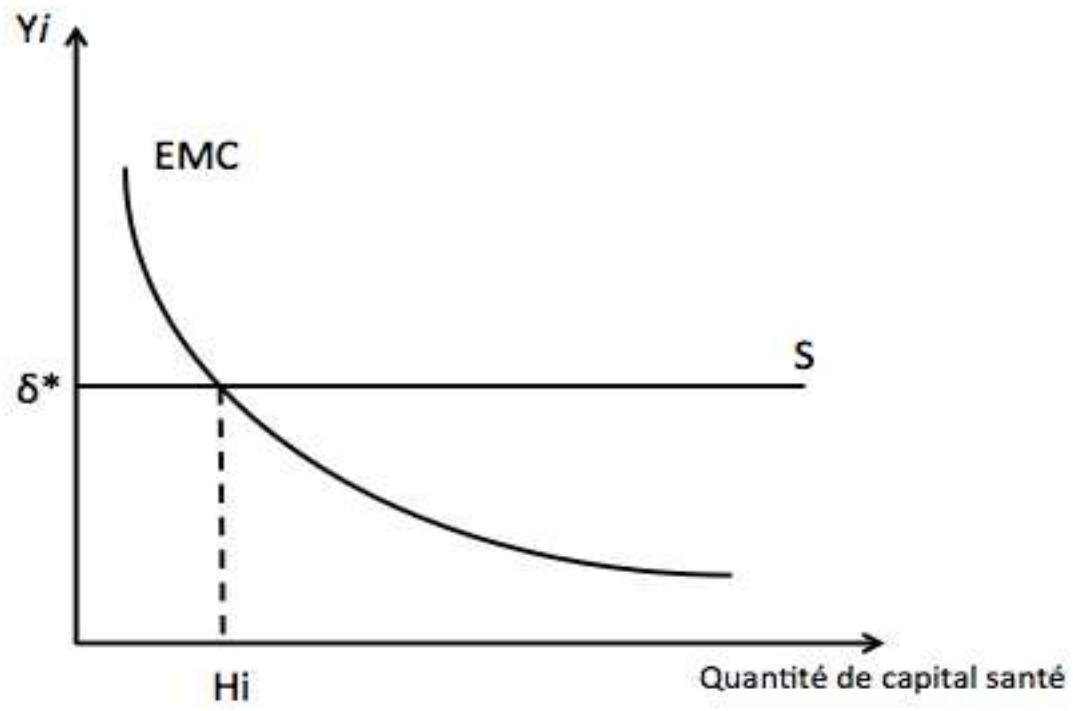
Mais Grossman détermine une seconde relation : il déduit mathématiquement que le rendement du capital santé (Υ_i) peut se comprendre également comme étant la somme du taux de dépréciation du capital santé (δ_i) et du taux d'intérêt (r_i) auquel renonce l'individu en faisant le choix d'investir dans son capital santé. Ainsi, l'auteur aboutit à la relation suivante : $\Upsilon_i = \delta_i + r_i$ qui s'apparente à la droite d'offre de santé et qui dépend du coût du capital et de son taux de dépréciation.

A l'optimum et logiquement, l'auteur obtient l'équation suivante :

$$\frac{W_i . G_i}{\pi_{i-1}} = \delta_i + r_i$$

Cette égalité représente le point d'intersection entre la courbe de demande de santé (EMC) et la droite d'offre de santé (S), c'est à dire le stock optimal de capital santé pour un individu. La figure 1.4 suivante permet la lecture graphique de cet équilibre sur le marché de la santé :

Figure 1.4 : Détermination du stock de capital santé



Source : GROSSMAN, M. (1972), « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », *Journal of Political Economy*, n°80.

Il est à noter que l'article de Grossman, pourtant central en économie de la santé puisqu'il introduit des innovations conceptuelles majeures, est très abscons dans sa forme et développe un raisonnement très mathématisé. A ce titre, l'auteur se situe bien dans la droite ligne de l'économie standard qui laisse une place prépondérante à l'hypothèse de rationalité et, par conséquent, aux formulations équationnelles des comportements humains. Ainsi, de la méthodologie de Grossman, plusieurs conclusions peuvent être tirées.

Tout d'abord, les modèles antérieurs introduisaient directement la consommation de biens médicaux dans la fonction d'utilité, puis, en appliquant simplement la théorie classique du consommateur, ils parvenaient à déterminer la demande de santé (Le Pen, 1988). L'apport le

plus important de Grossman a été de mettre en évidence le fait que la consommation de soins n'est pas directement source d'utilité mais qu'elle permet de produire de la santé qui contribue au bien être de l'individu. Nous verrons dans les chapitres suivants que cette hypothèse dépend de la configuration institutionnelle dans laquelle s'inscrivent les individus et que cette vision de l'individu « auto-entrepreneur de son capital santé » ne s'adapte pas du tout à une architecture institutionnelle où l'offre de soins est limitée et saturée. En effet, même si les individus décident d'accorder de l'importance à leur capital santé, les investissements qu'ils sont censés faire dépendent fatalement du contexte immédiat de l'offre de soins, de l'environnement (qualité de l'eau, de l'air, des conditions de travail, etc.) et des liens institutionnels existant entre les individus et le système de santé. Autant de variables exogènes que le modèle de Grossman, quoique plus précis que les modèles étudiés précédemment, ne prend pas en compte. Cette relation existant entre qualité de vie et état de santé sera par la suite démontrée dans un certain nombre de travaux (Hertzman, 1994).

De ce fait, en se centrant exclusivement sur les comportements individuels face à la santé, le modèle de Grossman est généralement considéré comme étant **déterministe**. Et les déterminants que l'auteur développe, c'est à dire ceux qui ont un impact sur l'évolution du capital santé, sont : **le taux de salaire** - puisqu'un individu en bonne santé perdra d'autant moins de jours de salaires (coût d'opportunité) - **l'âge**, qui réduirait progressivement l'efficacité marginale du capital et enfin, **l'éducation**, puisque les individus ayant un haut niveau d'éducation seraient de meilleurs producteurs de santé. Ainsi, pour Grossman, les déterminants du capital santé sont uniquement personnels et en aucun cas exogènes.

Ainsi, le modèle de Grossman, dans la droite ligne de l'économie standard, place l'individu face à ses choix rationnels, confrontant ainsi le bien santé aux mécanismes de marché traditionnels. Si les conclusions de l'auteur vont plus loin que l'approche par les coûts de Phelps et Newhouse et que l'approche par les besoins de Cullis et West - laquelle laisse tout de même une place à la relation patient-médecin et offre donc, de ce point de vue, des débouchés à une grille d'analyse institutionnaliste - son apport en termes de capital santé, réutilisé ensuite par tout un pan de l'économie de la santé, est intrinsèquement a-institutionnel et déterministe. Au final, ce que l'on peut déduire de l'analyse de ces trois modèles fondamentaux en économie de la santé, c'est qu'avec eux, l'analyse des systèmes de soins s'est indéniablement enrichie, et notamment en termes de définition des déterminants de la demande, mais qu'elle s'est limitée à une grille de lecture centrée sur un individu supposé

rationnel, opérant des choix dans un contexte systématiquement identique, quel que soit l'individu, et ayant une vision nécessairement instrumentale du bien santé : l'individu consomme des soins pour atteindre l'état de santé qu'il a choisi et arbitre rationnellement entre cette consommation et les autres. Il convient donc de comprendre que, si la plupart des mécanismes évoqués dans ces modèles sont viables et pour certains démontrés par la littérature, il apparaît comme étant impératif d'élargir l'analyse et, pour cerner le comportement des individus face à un système de santé, de prendre en compte les déterminants organisationnels et institutionnels.

B. Vers une approche institutionnaliste de la demande de soins : adaptation au contexte des pays latino-américains

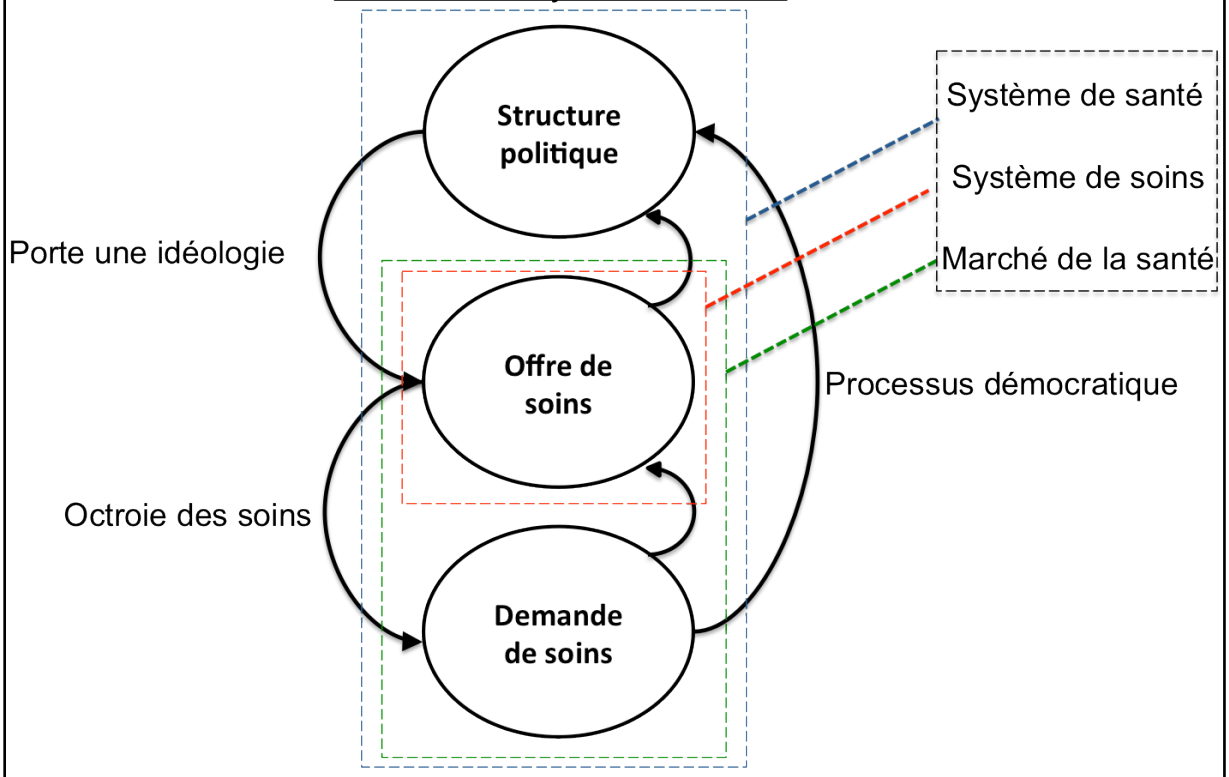
Nous venons de voir que l'économie de la santé repose sur les bases et hypothèses de l'économie standard. Or, pour comparer deux systèmes de santé organisés autour de fondements idéologiques opposés et analyser le comportement des individus au sein de chacun d'eux, il est nécessaire, d'une part, d'introduire la dimension institutionnelle, absente (ou quasi-absente) dans l'analyse classique du marché de la santé et, d'autre part, de mettre en lumière la spécificité du contexte institutionnel des deux pays étudiés. Cette démarche en deux temps permettra, en filigrane, de construire un cheminement logique, une « grille de lecture » spécifique permettant la compréhension des mécanismes et des idéologies qui sous-tendent l'architecture institutionnelle des systèmes de santé colombien et vénézuélien.

1. Introduction de critères institutionnalistes dans les choix des individus : définition d'un cadre théorique spécifique

Nous avons vu, dans la section précédente, que trois courants économiques prenaient pleinement en compte les structures institutionnelles dans leurs analyses : le courant néo-institutionnaliste, le courant conventionnaliste et le courant régulationniste. La question est de savoir lequel de ces trois courants s'adapte le mieux à une analyse des systèmes de santé de deux pays comme la Colombie et le Venezuela. Afin de répondre à cette question, il est tout

d'abord primordial de cerner les interactions principales existantes au sein d'un système de santé. Nous retenons, pour simplifier, trois niveaux institutionnels qui forment ce que nous identifions comme étant un ensemble de « sphères institutionnelles » : les patients (la demande de soins), les services de santé (l'offre de soins), et les structures politiques (*Cf.* Schéma 1.4 : Cadrage synthétique des relations institutionnelles relatives à un système de santé).

Schéma 1.4 : Cadrage synthétique des relations institutionnelles relatives à un système de santé



Source : Schéma réalisé par l'auteur

Le schéma ci-dessus représente le champ institutionnel global encadrant l'ensemble des interactions existantes entre les acteurs d'un système de santé. Nous avons départagé le schéma en trois périmètres institutionnels distincts :

- Le « système de soins » concerne ici l'ensemble des services octroyant des soins, tous niveaux d'attention confondus. Le système de soins se confond avec l'offre de soins.
- Le « marché de la santé » comprend les deux composantes classiques autour desquelles se structurent théoriquement les prix et les quantité offertes : l'offre et la demande de soins.

- Le « système de santé » est la définition la plus extensive que l'on peut attribuer à ce secteur puisqu'elle comprend la structure politique qui encadre le marché de la santé.

C'est à partir de ces trois dimensions que nous analyserons les inter-relations entre les différentes entités impliquées dans le fonctionnement du système de santé. Précisons que chaque entité du système de santé est elle-même traversée par des liens institutionnels internes : que ce soient des relations entre offreurs de soins, entre organes politiques ou entre patients, par exemple. Il convient de noter également que le système est ici analysé comme un « **circuit** », c'est à dire, pour résumer, que la structure politique définit l'organisation de l'offre de soins qui, elle-même, conditionne la demande de soins. A son tour, la demande de soins, c'est à dire les patients, influencent par différents canaux la structure politique, et ainsi de suite. Il est important de comprendre que **chaque relation est à double sens, aucune d'entre elle est unilatérale** : les patients ont un impact sur l'offre de soins (dans le cadre de la relation, par exemple, patient-médecin), qui elle-même entretient un rapport de force avec les structures politiques. Et, enfin, les structures politiques jouent, en dernier ressort, un rôle sur les représentations que se font les individus (la demande de soins) du système de santé, de son rôle et de sa place dans la société.

C'est cet ensemble d'inter-relations croisées entre les trois corps du système de santé qui définissent le cadre de notre vision institutionnaliste de ce système. En effet, au-delà des simples mécanismes d'auto-équilibrage du marché de la santé, le système de santé est ici compris comme une entité composite, dans laquelle les individus nouent un ensemble de relations, à la fois formelles (modalités législatives de coordination, type de rémunération en place, modalités de remboursement, etc.) et informelles (règles de comportement tacites émanant de représentations et valeurs portées par un système particulier), qui définissent et influencent la structure globale. Il n'y a, par conséquent, pas d'équilibre sur le long terme car le système tout entier évolue au rythme des relations institutionnelles que les acteurs nouent entre eux. Cette dynamique est rendue possible grâce au postulat selon lequel l'ensemble des interactions entre les acteurs du système forme un « circuit institutionnel ». En effet, les règles régulant le comportement des individus étant reliées entre elles, comme cela est représenté dans le schéma 1.4, celles-ci « s'autoalimentent » les unes aux autres et permettent une évolution permanente et plus ou moins progressive du système. Cette vision générale, que nous retenons, permet donc d'expliquer dans le détail, la nature des relations entre chaque corps du système de santé, mais également l'évolution institutionnelle globale. Parmi la

multiplicité des relations existantes au sein du système de santé, nous développerons ici les principales.

La relation **patient-médecin** (qui est l'une des composantes de la relation offre-demande de soins, pour reprendre les catégories évoquées dans le schéma 1.4) est probablement la relation la plus étudiée en économie de la santé et celle qui permet de remettre le plus en question la vision standard de la rationalité individuelle amenant naturellement à l'équilibre du marché de la santé. A cet égard, plusieurs éléments peuvent être soulignés.

Tout d'abord, comme nous l'avons mentionné plus haut, la théorie de la demande induite par l'offre, introduite par Evans (1974) puis modélisée par Fuchs (1978), peut être mobilisée afin d'expliquer en quoi la position privilégiée des médecins, tant du point de vue des connaissances mobilisées « réellement » lors d'un acte médical, que du point de vue, plus subjectif, des représentations sociales qu'évoquent le statut de médecin, à plus forte raison dans une société en développement où le niveau de vie général de la population est bas, leur permet d'acquérir un pouvoir discrétionnaire sur les patients, mettant ainsi à mal l'idée d'une souveraineté totale des consommateurs de soins. Selon Evans (1974), de par sa position centrale dans le système de santé, le médecin va élaborer des stratégies afin de maximiser sa fonction d'utilité qui inclut son revenu, son temps de travail et son pouvoir discrétionnaire.

Trinquard (2006) explique très bien le processus par lequel ce concept s'est construit puis à évolué. Dans les modèles initiaux de la demande induite - élément qui constitue un biais au bon fonctionnement du marché des soins (Evans 1974, Woodward et Warren-Boulton 1984) - la fonction de demande était considérée comme totalement endogène à l'égard des préférences de l'offre de soins. Autrement dit, l'offre de soins était considérée comme décidant entièrement, selon ses propres préférences et critères, pour la demande de soins. Cette hypothèse a par la suite été relâchée au profit d'une « demi-endogénéité » de la fonction de demande (Wilensky et Rossiter, 1984) où la demande induite émanant du médecin dépend de deux variables : l'état de santé du patient et un élément de création de demande variant selon plusieurs critères d'incitation. Dans les années 1990, ces modèles laissèrent la place à l'hypothèse de demande conditionnelle de Pauly (1980) selon laquelle le médecin fait une proposition au patient et ce dernier a le choix d'accepter ou de refuser l'offre. Dans ce modèle, le patient détient une information imparfaite dont il va se servir pour interpréter le choix qu'offre le médecin : il confronte son information privée à l'information

diagnostique selon le principe de l'inférence bayésienne qui exprime de manière probabiliste le degré de confiance à une hypothèse (Trinquard, 2006). Ce modèle introduit, en d'autres termes, le recul qu'aurait tout patient face à l'information que lui livre le médecin et donc, le choix de chercher une seconde opinion (Rochaix, 1989) ou de refuser le traitement (Pitchik, 1987).

Cette vision, bien qu'elle utilise en grande partie les outils de l'économie standard, parvient à élaborer une critique cohérente de la concurrence entre offreurs de soins et à introduire une réflexion sur la nécessité d'une régulation - c'est à dire une intervention des pouvoirs publics - dans cette relation institutionnelle-clé, centrale pour tout système de santé : la relation patient-médecin. Cependant, il convient de noter que les études statistiques ne confirment pas clairement l'hypothèse de demande induite et cela, pour plusieurs raisons (Fargeon, 2009) : la difficulté à séparer, dans une prescription ou un acte médical, ce qui relève du soin nécessaire pour le patient et ce qui relève de l'induction ; la difficulté, également, d'imputer au phénomène de la demande induite la relation observée empiriquement entre la densité de médecins et le niveau d'honoraires : en effet, d'autres théories expliquent cette relation, comme par exemple la saturation de l'information qui, dans un contexte de trop forte densité de médecins, annulerait l'effet de réputation, etc.

Mais au-delà de la question de l'induction de la demande par l'offre, le problème d'asymétrie d'information et d'incertitude, intrinsèque au bien santé et fondamentale dans la défaillance du marché des soins médicaux (Arrow, 1963), tient un rôle crucial dans la définition des modalités de la relation patient-médecin. Ces modalités ont été analysées sous l'angle de la théorie des contrats.

Cette théorie est une autre analyse faite des relations entre les individus et de la résolution des problèmes de coordination. Elle postule que le patient, n'ayant pas prise sur l'ensemble de l'information le concernant, tient un rôle de « principal » qui délèguerait ses choix au médecin, mieux informé, et qui tiendrait le rôle « d'agent » cherchant à maximiser l'utilité du patient. Cette relation principal-agent déjouerait les problèmes de coordination - risque moral ou sélection adverse, principalement (Rochaix, 2009) - par l'intermédiaire de contrats – ou d'un schéma de rémunération incitatif (Bardey, 2002) – dont le rôle serait d'aiguiller le médecin vers une solution « gagnant-gagnant ». Trois critiques principales peuvent être émises à l'égard de cette théorie (Fargeon, 2009). Tout d'abord, le médecin est pris dans un

ensemble de relations complexes et d'intérêts divergents (structure politique - structure de soins - patients) qui font que ses décisions dépendent de critères multiples (état de santé du patient, mode de rémunération, système de remboursement, critère psychologique, etc.) que ne saurait prendre en compte totalement la solution contractuelle. Par ailleurs, le contrat est défini par le financeur et non par le principal ou l'agent, ce qui éloigne d'autant plus ses termes de la réalité de la relation patient-médecin. Enfin, le contrat est conçu *ex ante*, or le domaine médical comporte une part importante de conséquences imprévisibles et même d'inconnu dû aux limites de la science médicale que le contrat, figé dans le temps de sa propre fixation, ne peut pas prendre en compte.

Ainsi, la relation patient-médecin est déterminée par une asymétrie d'information qu'ont pris en compte les deux modèles que nous venons d'étudier. Mais ces deux modèles ont pour particularité de maintenir la question institutionnelle dans le cadre d'un choix optimal opéré par un autre acteur, le médecin, plus éclairé que le patient. Il s'agit donc tout simplement d'un transfert de souveraineté du patient vers le médecin, avec déplacement des questions décisionnelles et interactionnelles vers ce dernier, et d'une réduction de la question institutionnelle à un contrat qui régulerait théoriquement les comportements stratégiques. Par ailleurs, comme le souligne Brunat (2010), ces modèles s'appuient sur l'approche standard de la demande faisant des soins médicaux un bien comme les autres : divisible, révélateur de préférences et s'échangeant sur un marché. Or, la configuration de l'accès aux soins est conçue, dans notre démarche, comme la composante et la finalité d'un circuit institutionnel mettant en jeu des stratégies au sein de plusieurs périmètres décisionnels inter-reliés. Le marché de la santé est l'un de ces périmètres, mais pas le seul.

A cet égard, et bien que la relation patient-médecin soit centrale, notre analyse peut se porter sur de nombreux autres liens institutionnels qui, ensemble, font du système de santé un ensemble dynamique.

La relation entre la **structure politique et l'offre de soins** peut également être analysée comme une relation à double sens. La structure politique est comprise ici comme étant l'ensemble des entités jouant un rôle dans la définition de l'organisation, des mécanismes et des règles formelles qui sous-tendent le fonctionnement du système de soins : budget, lois, modes de rémunération, dosage entre système contributif, assistanciel et assuranciel, place des politiques préventives, choix des axes prioritaires, etc. En ce sens, la structure politique est au

cœur de la construction du système de soins et porte, de ce fait, une *idéologie* qui détermine l'ensemble de ces paramètres et qui explique les variations dans la nature et l'intensité des relations institutionnelles d'un système à un autre. Cependant, cette relation n'est pas unilatérale dans la mesure où le système de soins offre de multiples résistances aux réformes politiques. Tout d'abord et de façon évidente, le système évolue selon l'inertie et le poids de la structure déjà existante. Aucun changement politique ne peut tout refonder radicalement : les processus réformateurs, y compris ceux qui ont pour volonté de modifier les règles institutionnelles en profondeur, sont tributaires de l'histoire du système de soins préexistant et de ses héritages tant formels qu'informels.

Par ailleurs, les corps constitués, c'est à dire les ensembles plus ou moins cohérents regroupant les professions médicales, sont en tension permanente avec les structures politiques, tant du point de vue de la gestion concrète du système de soins (budget, salaires, effectifs, etc.) que du point de vue de la cohérence ressentie des politiques de santé (privatisation, taux de remboursements, etc). De ce point de vue, l'asymétrie d'information entre les structures politiques (plus éloignées et donc moins confrontées à l'environnement réel du système) et le système de soins (parfaitement informé) semble également être un facteur-clé pouvant expliquer les manques de cohérence institutionnelle dont peut être l'objet un système de santé. C'est grâce à cette tension permanente que l'offre de soins peut impacter les structures politiques : par la confrontation de l'idéologie au *principe de réalité*.

Cette idée du principe de réalité, qui est tout simplement l'écart entre les faits que prévoit une théorie et les faits réellement constatés, ce principe est également transposable à une troisième relation identifiée dans le système de santé : la relation entre **la demande de soins et les structures politiques**. En effet, il apparaît que cette relation qui boucle le circuit institutionnel, lui donnant cette dynamique endogène, est également à double sens. D'un côté, et par l'intermédiaire d'un certain nombre de médiations, les structures politiques s'attachent à modeler les représentations que se font les individus du système de santé en place - ou mis en place - afin de rendre légitime à leurs yeux l'idéologie portée et, d'un autre côté, les individus, également citoyens, expriment leur ressenti au travers d'un système démocratique et ont, théoriquement, le pouvoir de modifier, ou non, les choix réalisés par les structures politiques.

C'est ainsi que, dans cette vision institutionnaliste particulière des systèmes de santé, que nous qualifierons de démarche réflexive, les comportements et choix des individus sont certes encadrés par des règles formelles et informelles, mais les interactions multiples nouées entre les trois corps du système sont systématiquement réciproques et variables en intensité selon les systèmes de santé et l'idéologie sous-jacente. De ce fait et par rapport aux trois courants institutionnalistes identifiés dans la première section, cette vision se veut être une vision transversale, tenant compte à la fois des concepts Northiens d'*idéologie* et de *path dependance*, avec un attachement fort à certains principes néo-institutionnalistes comme la rétroaction des individus sur les institutions, mais en retenant également le principe fondamental et conventionnaliste de rationalité limitée des individus - quel que soit le périmètre institutionnel de leur action - et d'apprentissage collectif, de même qu'est retenue comme pertinente l'analyse régulationniste des dynamiques institutionnelles sur temps long, prenant en compte les rapports de force sociaux et politiques comme variable explicative de l'instabilité des constructions systémiques.

Ce positionnement théorique trans-courant, qui devrait permettre l'analyse de deux systèmes de santé latino-américains, doit impérativement s'appuyer sur une analyse préalable des particularités du continent en matière d'architecture institutionnelle. Cette dernière analyse de ce premier chapitre permettra de positionner cette thèse sous l'angle de la **soutenabilité** des constructions institutionnelles.

2. Architectures institutionnelles des systèmes de santé : poids du réseau et poids de l'histoire comme singularités latino-américaines

La « fragilité institutionnelle » serait « la » maladie latino-américaine, rapportaient dans un article, Borner, Brunnetti et Weder (1992). Cette idée que l'instabilité macro-économique dont a souffert l'Amérique latine depuis plusieurs décennies est due, entre autre, à une fragilité institutionnelle est une opinion partagée par l'ensemble des spécialistes de la région. La question centrale est d'identifier la nature de cette fragilité et les causes historiques profondes spécifiques à l'Amérique latine, identifiées par les auteurs institutionnalistes.

En effet, North (2005) part de l'hypothèse de **non-ergodicité du monde** - un monde ergodique étant un monde où, à partir de la connaissance des unités de base, il est possible de déduire le fonctionnement de la structure économique globale, ce qui est une hypothèse

fréquemment utilisée en physique moléculaire ou en chimie et qui est également l'hypothèse principale de l'économie néoclassique - pour expliquer la nécessité de s'intéresser à la dynamique des structures économiques et à l'évolution des principes fondamentaux inscrits dans l'esprit des individus. Pour lui, le monde étant en permanente évolution, il est essentiel de comprendre les changements à l'aune de ce qui en est le moteur : les individus et, surtout, « l'intentionnalité du changement » - il s'oppose ainsi aux théories évolutionnistes et à l'idée d'un changement aveugle dans l'évolution. De ce point de vue, pour comprendre la dynamique d'une société, il est nécessaire d'en étudier l'évolution historique et en particulier l'évolution des institutions, c'est à dire des incitations formelles ou informelles qui ont poussé historiquement les individus à agir dans un sens plutôt que dans un autre et à construire progressivement la société telle qu'elle se présente actuellement : « *Pour changer la règle du jeu, vous devez comprendre l'histoire* » (North, 2005).

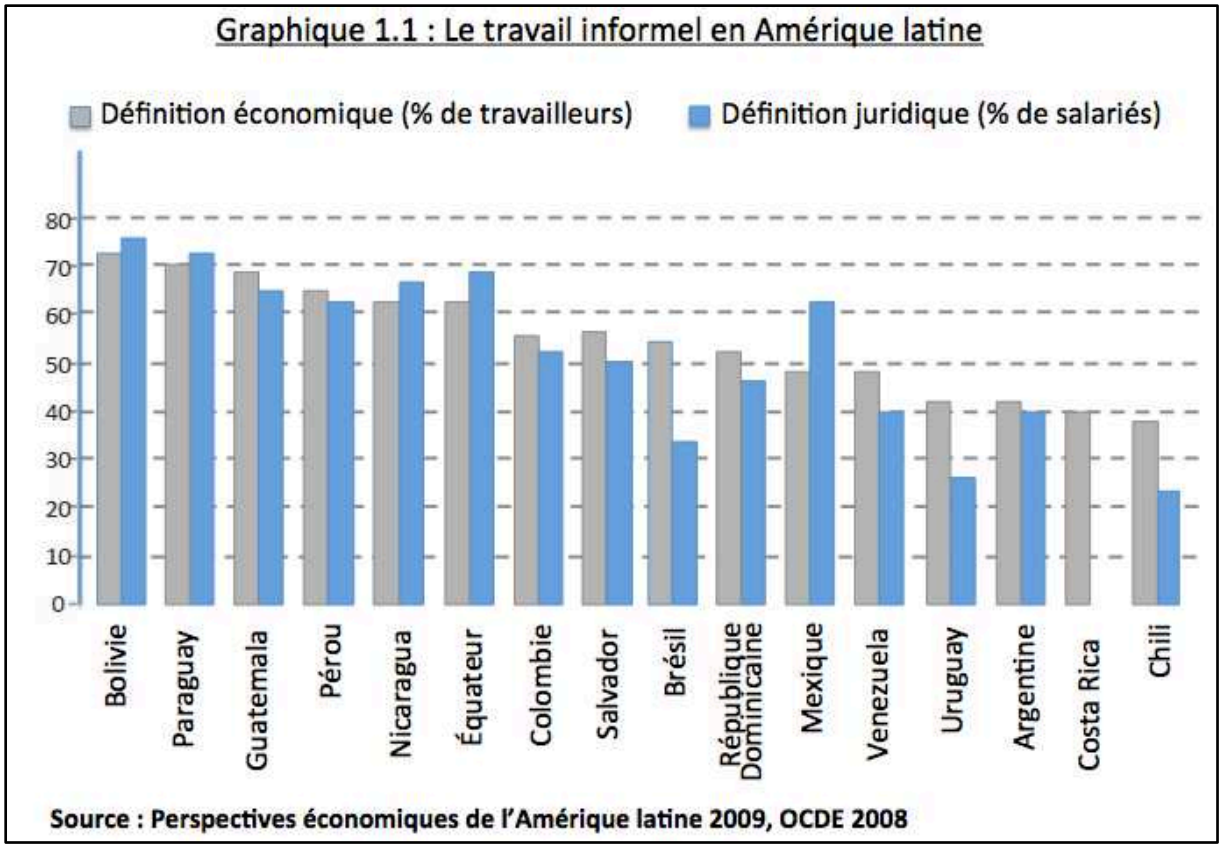
Dans un article écrit avec l'historien spécialiste de l'Amérique latine, William Summerhill, North (1999) compare le développement des institutions - et la différence de trajectoires de celles-ci - en Amérique du Nord et en Amérique du Sud. Il explique qu'avec la forte prégnance de la matrice institutionnelle léguée par les espagnols lors de la période de la colonisation, la construction de règles de comportements en Amérique latine a été conditionnée, depuis deux cents ans, par les valeurs hispano-chrétiennes qui donnèrent lieu à la forme très spécifique d'administration et d'organisation étatique observable aujourd'hui. Les schémas de pensées issus de cette civilisation se développèrent sur le continent latino-américain comme un héritage et un *path dependence* à partir duquel s'organisèrent les modalités de résolution des problèmes collectifs.

Ce qui est très intéressant c'est que, pour l'auteur, le patrimoine latino-américain est basé sur les **échanges personnels**. Il explique que les échanges entre les individus sont la clé de voûte de l'évolution des sociétés humaines. Au fil des millénaires, ces échanges se seraient plus ou moins transformés, selon les régions du monde, passant d'une coopération entre individus « de confiance » (famille, clan, etc.) à un type d'échange « impersonnel ». C'est à dire que les individus prennent progressivement le « risque » d'échanger avec des individus se situant en dehors du cercle restreint des connaissances, construisant, chemin faisant, un cadre institutionnel incitatif permettant « l'extension de la taille du marché », clé de la richesse des nations selon Smith. Or, « *pour augmenter la taille du marché, il faut passer de l'échange personnel à l'échange impersonnel* » (North, 2005).

Ce passage de l'échange personnel à l'échange impersonnel est l'étape que, contrairement à l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud n'aurait pas pleinement franchi. L'auteur explique que l'échange personnel est « génétiquement » ancré en l'Homme depuis des millions d'années et qu'il a fallu cinq ou six siècles à l'occident pour développer progressivement des institutions capables de créer un monde d'échanges impersonnels, c'est à dire de mettre en place les règles et leurs systèmes d'application, juridique et judiciaire, capables de faire respecter la mise en œuvre des contrats dans le temps et dans l'espace.

Cette propriété énoncée par North reste très théorique mais semble tout de même pouvoir trouver plusieurs points d'ancrage dans la réalité sud-américaine.

Tout d'abord, l'omniprésence du **secteur informel** comme problématique commune à l'ensemble du continent s'inscrit pleinement dans le cadre d'analyse institutionnel que nous posons : le fait que des règles informelles régissent des aspects entiers de la vie des individus est une preuve tangible de l'échec des structures politiques à tisser un cadre institutionnel suffisamment incitatif pour permettre le dépassement du seuil des échanges personnels, pour reprendre le concept de North. Par exemple, selon les données de l'OCDE (2008) et bien que cette réalité soit, par définition, très difficile à estimer, le travail informel, dans sa définition juridique, c'est à dire pour les emplois ne donnant pas lieu à des droits à la retraite (notion que nous réutiliserons dans le chapitre 3 avec cette définition), s'élèverait aux alentours de 50% pour la Colombie et de 40% pour le Venezuela (*Cf.* Graphique 1.1 : le travail informel en Amérique latine).



Cette question du secteur informel - qui s'étend même parfois dans certains domaines en opposition au secteur formel - est donc centrale en Amérique latine et pose avec acuité le problème de l'échec des structures étatiques à « formaliser l'informel » (Lopez-Castaño, 1987). Dans le domaine de la santé et selon des observations que nous avons pu faire *in situ* et sur lesquelles nous reviendrons avec précision au chapitre 3, il n'est pas rare de rencontrer ce phénomène de travail informel dans le domaine médical, en marge du système de santé : médecins généralistes manifestement « autoproclamés », médecine parallèle ou « non-conventionnelle ». Au-delà des individus encouragés par une impunité juridique ressentie ou réelle, ces pratiques s'inscrivent bien souvent, comme l'explique North et avec lui certains auteurs latino-américains (Gonzales et Montealegre, 2008, notamment), dans un cadre d'action qui, bien qu'il soit informel, reste très codifié et intrinsèquement lié au fait culturel et aux pratiques ancestrales. Nous voyons donc bien, à travers cet exemple précis, que le problème du manque d'institutions et de règles formelles se complexifie si, au-delà de la simple question économique, les questions culturelles et historiques - qui entrent pleinement en compte dans les représentations mentales des individus, et donc dans leurs choix - sont prises en compte, comme le recommande North.

Par ailleurs, cette question du poids important du secteur informel dans les sociétés latino-américaines nous montre que, dans ces sociétés en développement, un élément doit être absolument pris en compte dans l'analyse des règles de décision qui orientent les individus : le poids du **réseau**.

Le réseau, concept fécond en économie, y compris en économie de la santé, a pour caractéristique, selon nous, de s'intercaler entre l'individu et l'offre d'un bien. Il est défini, dans la littérature économique, de deux façons distinctes (Béjean, Gadreau, 1997) :

1) Il peut être défini comme étant une structure, un « *réseau d'infrastructure* » ou,
2) Il peut être considéré comme un mode de coordination des activités économiques.

Nous allons retenir les deux définitions comme étant deux dimensions complémentaires de la notion de réseau. Nous allons, tout d'abord, expliciter la seconde définition : le réseau serait, dans cette optique « *un mode de coordination alternatif au marché, aux contrats ou aux conventions* ». Selon cette vision, le réseau interviendrait dans la décision des acteurs d'un système dans la mesure où, dans un contexte de rationalité limitée et d'information imparfaite, il « pousserait » les individus à faire des choix se situant en dehors du cadre institutionnel prévu initialement : en d'autres termes, dans un système, le réseau pourrait avoir comme effet d'éloigner le comportement « effectif » d'un individu du comportement « théorique » prévu par l'idéologie que sous-tend tout système. Par exemple, un individu fait partie d'une communauté globalement hostile à un certain type de soins, par exemple la médecine conventionnelle, lui préférant une médecine non-conventionnelle issue des traditions séculaires, bien que cette dernière se situe « hors-système », c'est à dire qu'elle ne bénéficie pas d'un remboursement des soins. Dans ce cas précis, on observe bien que l'individu est au départ placé dans un système d'incitations prévoyant un choix rationnel : choisir la médecine conventionnelle. Mais un réseau, un « mode de coordination alternatif », s'intercale entre lui et le choix rationnel et le pousse à choisir la médecine non-conventionnelle : il sort du circuit institutionnel.

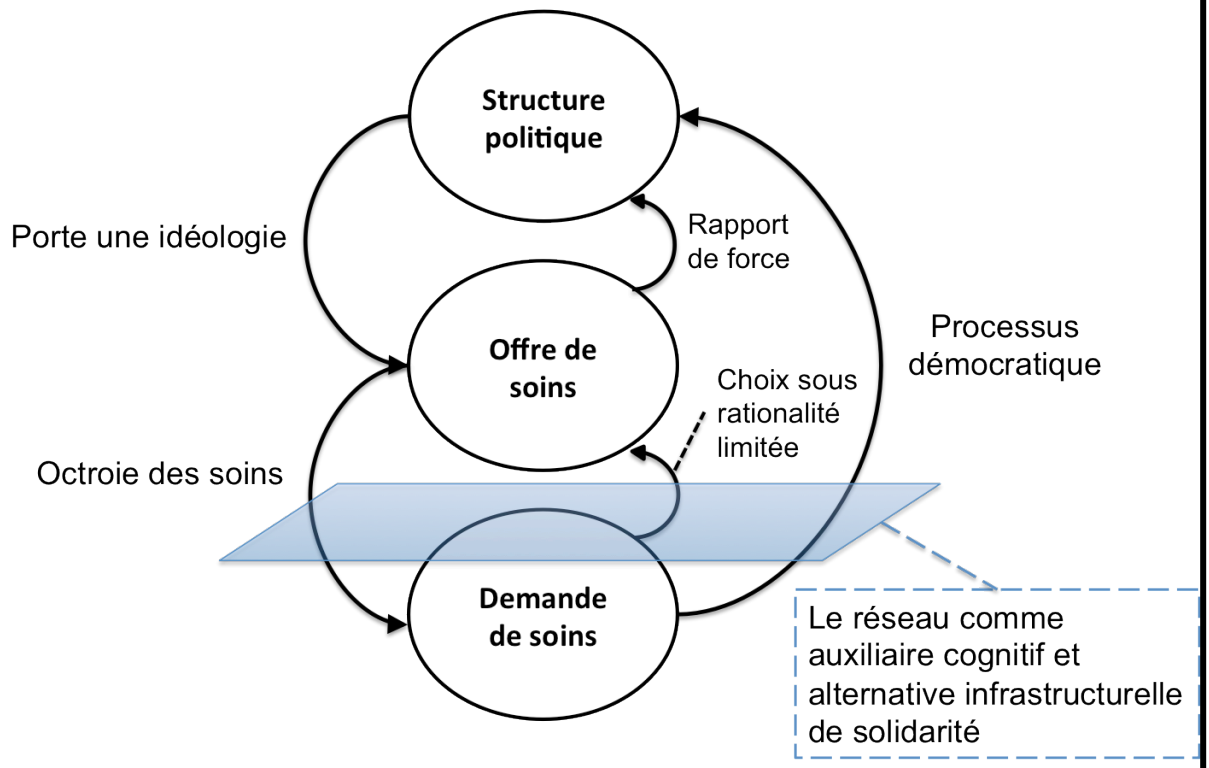
Cette interprétation du réseau comme « auxiliaire » des mécanismes de décision individuels se situe dans la droite ligne des échanges personnels basés sur la confiance qui caractérisent, selon North, la structure institutionnelle latino-américaine et la différencie du modèle nord-américain (et occidental). C'est à travers ce concept de réseau comme mode de coordination

alternatif que peut également s'interpréter la notion de **solidarité**, dont la société latino-américaine, à l'instar des autres sociétés en développement, est imprégnée.

Selon la première définition que nous avons mentionnée plus haut, un réseau peut être également perçu comme une structure, un « réseau d'infrastructure ». Cette définition constitue la seconde dimension du concept de réseau que nous faisons le choix d'associer, dans le cas des pays en développement, à la notion de solidarité. Le réseau peut-être en effet perçu par un individu comme une alternative lui permettant d'échapper aux contraintes du circuit institutionnel (coûts, démarches administratives, distance, etc.). En ce sens, dans le domaine de la santé, le réseau est surtout observable à échelle restreinte, en milieu familial ou communautaire, comme expression d'une solidarité tribale. Les cas abondent d'individus qui, en vertu de ce puissant réseau de solidarité, choisissent de se faire soigner par un membre de la famille ou du quartier, plutôt que de se rendre au centre de soin tout proche.

Dans notre cas très spécifique des deux pays en développement que sont la Colombie et le Venezuela, nous avons donc appliqué le concept de réseau qui se scinde en deux volets : 1) un volet cognitif par lequel l'individu fonde ses choix individuels, potentiellement en dehors des processus incitatifs du système et 2) un volet infrastructurel, ou « réel », identifié au réseau de solidarité dans notre cas et perçu comme alternative par l'individu dans les choix qu'il réalise. Le concept de réseau, issu initialement de l'analyse du secteur informel, peut désormais s'intégrer au circuit institutionnel comme particularité latino-américaine (*Cf.* Schéma 1.5 : Circuit institutionnel relatif à un système de santé incluant le concept de réseau).

Schéma 1.5 : Circuit institutionnel relatif à un système de santé incluant le concept de réseau



Source : Schéma réalisé par l'auteur

Ainsi, les individus insérés dans un système possédant un ensemble d'interactions propres aux pays en développement rencontrent cette entité qu'est le réseau s'interposant entre eux et l'offre d'un bien, en l'occurrence le bien santé, comme un prisme dans leur cadre décisionnel.

Mais un autre facteur essentiel intervenant dans les comportements individuels au sein des sociétés latino-américaines est à relever, nous permettant ainsi de conclure : le poids des schémas de pensée importés par la colonisation et l'impérialisme. Nous avons effleuré en début de section ce thème crucial, caractéristique de l'Amérique latine, il convient ici de le développer un peu plus.

Depuis environ 500 ans, l'Amérique latine est un point de passage des différents empires qui ont dominé successivement la planète : l'Europe, tout d'abord, puis les Etats-Unis depuis deux siècles. Au-delà du génocide des populations autochtones, cette histoire coloniale laissa de multiples empreintes parmi lesquelles (Galeano, 1971) :

Premièrement, d'un point de vue strictement économique, une société entièrement tournée vers l'exportation des matières premières, laquelle, fruit d'un pillage méthodique du continent, ne bénéficia qu'à une petite élite compradore. Ainsi, le mode d'extraction et d'acheminement des richesses tirées du sol d'Amérique latine pendant des siècles (Eduardo Galeano parle des « *veines ouvertes de l'Amérique latine* ») modela un système économique dit « excluant », c'est à dire intrinsèquement inégalitaire, n'accumulant que pauvreté pour l'immense majorité de la population.

Deuxièmement, l'élément économique précité explique que d'un point de vue institutionnel, la démocratie étant par ailleurs un concept récent sur le « continent des dictatures militaires », les individus s'inscrivent dans des schémas de pensée où, généralement, aucune option n'est écartée. Sur le plan des choix des individus relatif à un marché particulier, comme par exemple les soins de santé, cela se traduit par un plus grand usage des marchés parallèles et de l'informalité, considérés comme des options parfaitement viables et notamment par l'intermédiaire du *réseau*, comme nous l'avons analysé précédemment. Mais sur le plan des structures politiques en général, cette idée que les circuits institutionnels classiques n'ont pas forcément vocation à être respectés conduit *ipso facto* à une très grande instabilité politique et donc, par extension, à une très grande fragilité institutionnelle. En effet, dans les deux pays qui font l'objet de ce travail de thèse, l'un, la Colombie, est frappé par une guerre civile depuis plus de cinquante ans et l'autre le Venezuela, n'est sorti de troubles politiques très intenses (le « *caracazo* » en 1989, entre autre) que pour entrer dans une période où se succédèrent les coups d'Etats et les tentatives de déstabilisation, la dernière datant de 2003 avec « le coup d'Etat pétrolier ».

Ainsi et troisièmement, cette instabilité institutionnelle, dont la racine est incontestablement à chercher dans la pauvreté généralisée laissée dans le sillage de la colonisation, a produit au cœur de ces sociétés deux mouvements totalement contradictoires : d'abord, un attachement profond et une fascination pour les valeurs héritées de la période coloniale et néocoloniale, en particulier les valeurs nord-américaines qui imprègnent les sociétés colombiennes et vénézuéliennes. Et parallèlement, ce qui pourtant en est l'exact contraire : un profond rejet de l'hégémonie américaine et de l'ingérence politique de cette nation à leur endroit, traduite par des mouvements de contestation anti-impérialistes dans les deux pays, à des échelles différentes. Ces deux mouvements, fascination-rejet, *à priori* opposés, se retrouvent de manière paroxystique dans l'analyse des architectures institutionnelles des systèmes de santé

des deux pays : l'un, le système de santé colombien, est pour ainsi dire une copie du système de santé américain, laissant une place centrale aux assureurs privés et aux schémas de décision « néoclassiques » et l'autre, le système de santé vénézuélien, est la tentative de construire un modèle absolument opposé au modèle néolibéral : un système de santé gratuit et universel, érigé selon les principes du « *Socialisme du XXI*^{ème} *siècle* ». Le développement et l'explicitation de ces deux macro-systèmes de santé est précisément l'objet du second chapitre.

Conclusion du Chapitre 1

Ainsi, l'analyse des soubassements théoriques de l'économie des institutions, d'une part, puis de l'économie de la santé d'autre part, nous a démontré, au-delà des limites des modèles néoclassiques que nous avons soulignées, la nécessité d'interpénétration de ces deux disciplines afin de comprendre pleinement et de façon réaliste le comportement des acteurs d'un système de santé et l'ensemble des facteurs psychologiques qui s'exercent sur eux. Nous avons, dans cet esprit, tenté d'ériger un cadre théorique se voulant « synthétique », en construisant le concept de « circuit institutionnel » basé sur des concepts-clés qui structurent les différents courants institutionnalistes : la rétroaction, le *path dependance*, la rationalité limitée ou encore le rôle de l'Histoire sur les architectures institutionnelles. Cette démarche nous a aidé à identifier quelques spécificités fondamentales aux sociétés latino-américaines parmi lesquelles le rôle multidimensionnel des réseaux et le lourd héritage institutionnel de la colonisation. Tous ces jalons théoriques nous permettent désormais de nous lancer dans l'analyse de deux systèmes de santé qu'à priori tout oppose : les systèmes de santé colombien et vénézuélien.

CHAPITRE II

Colombie et Venezuela : deux processus d'institutionnalisation des systèmes de santé axés sur des idéologies opposées

Deux pays sont à l'étude dans ce chapitre : la Colombie et le Venezuela. Ces deux nations latino-américaines, très proches sur de nombreux aspects, sont entrées dans le 21ème siècle en empruntant les voies de processus politiques et économiques *à priori* totalement divergents. Pourtant, ces deux pays sortirent des années 1980, la « décennie perdue », dans une situation similaire, caractéristique des pays surendettés par le FMI et la Banque mondiale et prisonniers de la conditionnalité et des Plans d'Ajustement Structurels (PAS). Ces plans ont eu pour conséquence de faire exploser les indices d'inégalités et de pauvreté sur un continent déjà irrémédiablement marqué par la longue période des dictatures militaires installées par les Etats-Unis pour garder le contrôle de leur « précarré », selon la ligne stratégique fixée en 1823 par la doctrine Monroe, qui faisait suite à l'échec des empires espagnol et portugais à contrôler le continent face aux rébellions émancipatrices emmenées par Simon Bolivar.

Dans ce contexte historique de tensions sociales et politiques permanentes et pluriséculaires, décrit par ailleurs avec précision dans l'ouvrage de référence « Les veines ouvertes de l'Amérique latine » de Eduardo Galeano (1971), deux courants idéologiques, deux modes de développement, s'affrontent avec violence au sortir des années 1970.

Le premier courant est la conséquence d'une mise en place progressive, depuis les années 1960, d'une stratégie d'industrialisation basée sur la substitution des importations par une production nationale. Ce choix implique nécessairement une intervention forte de l'Etat dans l'économie, une planification de l'organisation des industries de base orientée prioritairement vers la satisfaction de la demande intérieure. Ce premier courant « interventionniste » est issu en Amérique latine du « consensus structuraliste » des années 1950-1960 porté par la CEPAL (Prebish, Furtado, Pinto (1969), entre autre), elle-même largement influencée par les apports de Keynes et l'application de ses préceptes dans les pays industrialisés.

Le second courant, *à contrario*, est directement inspiré du « consensus de Washington » porté par les institutions internationales (Banque mondiale et FMI en tête) à partir de la fin des années 1970. Ce courant, très puissant puisqu'il inspira les politiques publiques d'un bon nombre de pays de la planète, prévoit la résolution des problèmes économiques au moyen d'un retrait relatif de l'Etat de la sphère économique au bénéfice de l'équilibre obtenu - théoriquement - par le fonctionnement libre des marchés. Ce consensus se décline en 10 commandements[10] définis *a posteriori* par Williamson (1990) et dont les principes ont été « recommandés » aux pays d'Amérique latine comme première génération de réformes, usant pour ce faire de la conditionnalité des prêts accordés par le FMI et la Banque mondiale (Conte, 2003).

En effet, comme le souligne très justement Elsa Assidon (2000), le passage du stade de sous-développement à celui de développement nécessite un effort massif en capitaux, lequel est parfois appelé en économie du développement « *big push* » (pour Roseinstein-Rodan) ou

[10] Le consensus de Washington préconise les points suivants : 1. La discipline budgétaire ; 2. La réorientation de la dépense publique; 3. La réforme fiscale ; 4. La libéralisation financière ; 5. L'adoption d'un taux de change unique et compétitif ; 6. La libéralisation des échanges ; 7. L'élimination des barrières à l'investissement direct étranger ; 8. La privatisation des entreprises publiques ; 9. La dérégulation des marchés pour assurer l'élimination des barrières à l'entrée et à la sortie ; 10. La sécurité des droits de propriété.

« *take off* » (pour Rostow), par exemple, mais qui consiste dans tous les cas en un volontarisme politique, mobilisant toutes les ressources disponibles d'une Nation, pour s'arracher au sous-développement. Dans ce cadre d'analyse, la confrontation des deux courants idéologiques - qui donna lieu au Venezuela comme en Colombie, surtout en Colombie, à une violence politique extrême entre conservateurs et libéraux - peut être vue comme deux visions opposées dans les canaux de mobilisation de ces ressources : la première voie (la substitution des importations) correspondant à la tentative de mobiliser en interne les ressources permettant de s'arracher au sous-développement, la seconde voie (la promotion des exportations), recommandée par les institutions internationales, conduisant les Nations à rechercher les moyens de leur développement dans la Division Internationale du Travail (DIT) et la demande extérieure. Cette distinction est capitale car le Venezuela et la Colombie ont été confrontés à nouveau, à la fin du 20ème siècle, à ce choix de politique économique. La résultante de ce choix constitue le cœur des contradictions idéologiques que portent actuellement les systèmes sociaux colombien et vénézuélien. En d'autres termes, ce choix général de politique économique, entre interventionnisme étatique et « laisser-faire », correspond au cadre général d'élaboration des politiques publiques en matière sociale, et dans notre cas précis, en matière de politique de santé pour les deux pays à l'étude dans cette thèse.

En effet, si les deux pays ont suivi au cours des années 80 - comme la majorité des pays d'Amérique latine excepté Cuba - le tournant libéral préconisé par le FMI et la banque mondiale, le gouvernement vénézuélien a, à la fin des années 1990, choisi de faire « marche arrière » et de se lancer dans une politique radicalement différente de celle de ses voisins latino-américains, voisins qui d'ailleurs, pour la plupart, opéreront ce « virage » - on parle de « virage à gauche » de l'Amérique latine - au cours des années 2000, à la suite du Venezuela.

Par ailleurs, d'un point de vue contextuel, la réforme du système de santé se fit, pour la Colombie, à la suite de la réforme des pensions, contrairement au Venezuela où ces deux réformes se firent, et se font encore, pour ainsi dire simultanément (Mesa Lago, 2005). Mais malgré ces différences notoires mais récentes, les systèmes sociaux vénézuélien et colombien s'appuient historiquement sur un socle identique et font partie, sur les trois familles de pays identifiées, de la même famille de pays latino-américains : le groupe « intermédiaire », c'est à dire les pays qui introduisirent leur système de sécurité sociale entre les années 1940 et 1950 et qui en conséquence furent fortement influencés par le rapport Beveridge et les accords de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). C'est sur ce socle commun et une situation

socio-économique similaire – toutes proportions gardées – que s'érigèrent les systèmes de santé des deux pays (Mesa-Lago, 2005)

L'enjeu de ce chapitre est donc de comprendre les différences qui désormais caractérisent les systèmes de santé de la Colombie et du Venezuela en utilisant la grille de lecture institutionnaliste esquissée dans le premier chapitre. La nature différente des forces motrices à l'œuvre dans les deux modèles devra donc être mise en évidence, forces qui se retrouveront - du fait même des idéologies mobilisées qui s'opposent historiquement en Amérique latine - dans les comportements prévus des individus et anticipés par les idéologies. Il conviendra donc de mettre au jour ces comportements afin de les analyser avec précision dans le chapitre 3, lequel est consacré à l'enquête de terrain.

Méthodologie

Pour parvenir à cet objectif, il faut que la comparaison ait un sens. Pour cela, il est impératif de suivre une méthodologie rigoureuse. Nous adopterons donc une comparaison séquentielle construite en deux temps : d'abord l'analyse du système de santé colombien, puis celle du système de santé vénézuélien. Le défaut prévisible de cette méthodologie est le fait que la mise en relief des deux systèmes se fera principalement au cours de la deuxième section du chapitre. Mais l'avantage de cette méthode est la clarté et la progression du raisonnement. Aussi, pour chaque section, il est crucial que nous suivions des traceurs très clairs. Ils sont au nombre de quatre : 1) nous étudierons dans un premier temps **l'idéologie** portée par chaque gouvernement, en prenant en compte le contexte historique de chaque pays. 2) Cela nous amènera naturellement à observer la **structure organisationnelle** de chaque système de santé émanant de cette idéologie. 3) Puis, logiquement, nous analyserons les **résultats macro-sociaux** des systèmes de santé ainsi structurés. 4) Enfin, nous analyserons l'ensemble à l'aune de notre grille d'analyse institutionnaliste, mettant ainsi en exergue les **fondements institutionnels** de chaque architecture et, surtout, les contradictions traversant chaque système.

Section 1 : Le système de santé colombien : du système assurantiel à l'institutionnalisation « par le haut »

Le modèle social colombien, sous une pression politique croissante au début des années 1990, a fait l'objet d'une profonde réforme structurelle. Ainsi, la réforme constitutionnelle de 1991, en plaçant l'Etat colombien comme garant de l'état de droit *social*, et non plus seulement comme garant de l'état de droit comme le concevait la réforme de 1886 (Bardey, 2008), a profondément modifié la philosophie et le fonctionnement du système de santé colombien. Le système bipolaire antérieur - avec d'un côté les plus aisés s'affiliant à des plans de médecine prépayée et de l'autre le reste de la population recevant des soins des hôpitaux publics – souffrait d'inefficacité, de manque de moyens financiers et parfois de corruption. Les services de santé étaient donc saturés et ne donnaient accès aux soins qu'à 22% de la population en 1992 (Baron, 2007). La loi 100 promulguée en 1993 dans l'élan de la réforme constitutionnelle – qui devenait une nécessité étant donnée la crise politique que traversait le pays – ouvrit la voie, au cœur du système de santé, à un processus ambivalent : inspirée des principes d'universalisation et de solidarité envers la population pauvre, elle permit également l'enracinement des principes de concurrence et de rationalisation des services de santé.

Deux éléments peuvent donc d'ores et déjà êtres mis en évidence. D'une part et d'un point de vue macro-systémique (A), la réforme colombienne est la conséquence d'une évolution historique paradoxale. En effet, elle devait être l'issue d'une profonde crise sociale et le point d'aboutissement d'une âpre lutte politique au cœur de la constituante, lutte à laquelle participèrent jusqu'aux représentants politiques des guérillas d'extrême-gauche. De ce grand débat national naquit la réforme du système de santé qui permit de réelles avancées en matière de santé, comme par exemple la mise en place d'un régime de prise en charge spécifiquement dédié aux plus démunis, mais ces concessions, d'un point de vue politique, permirent d'introduire des points techniques qui allaient faire basculer le système dans son ensemble vers un système assuranciel s'inspirant clairement du modèle de « *managed care* » nord-américain. D'autre part et logiquement, du point de vue des institutions (B), la réforme va restructurer totalement un système de santé inefficient, en prenant en l'occurrence pour

référence un système de santé étranger, et tenter de modifier en profondeur l'architecture institutionnelle au sens large : les institutions d'encadrement du système de soins du pays, mais également le comportement des individus sollicitant le système de soins.

A. Une architecture globale laissant une place prépondérante aux assurances

La réforme colombienne initie une refonte structurelle du système de santé dans la mesure où la « philosophie » générale de l'octroi des soins va être modifiée en profondeur. Le système pré-réforme est dans une situation « classique » des systèmes de santé latino-américains : il s'articule autour d'un secteur public financé en partie par l'impôt, et en partie par un système assurantiel structurellement défaillant étant données les caractéristiques du marché du travail et en particulier de la place dominante du secteur informel. Parallèlement à ce système de soins public, s'est développé progressivement un réseau de cliniques privées destiné à la population la plus riche, aux standards de prises en charge équivalent aux cliniques occidentales. Le résultat, à la fin des années 1980, est une très forte segmentation du système de soins avec, pour schématiser, d'un côté la population pauvre prise en charge par un système de soins public, sous-financé et saturé, et d'un autre côté, la population riche prise en charge par un réseau de haute qualité et autofinancé par un réseau d'assurances privées, inaccessible à la population pauvre, c'est à dire la majorité de la population. La réforme va tenter de mettre fin à cette fragmentation du système de soins. Il convient donc de faire l'état des lieux du système de santé post-réforme, d'en comprendre la logique nouvelle au-delà des effets d'annonce politiques lors de l'élaboration de la loi 100 en 1993, et d'en percevoir les spécificités techniques conduisant à un système au fonctionnement très particulier.

1. État des lieux du système de santé post-réforme : de l'Idéologie issue du « pluralisme structuré », à l'extension de la couverture maladie par les mécanismes assurantiels

Pour schématiser, la réforme de 1993 entend mettre un terme à la segmentation par groupes sociaux du système de santé en introduisant le concept de « pluralisme structuré », proposé et

expliqué ensuite par Juan-Luis Londoño (1997) et qui se veut être un juste milieu dans l'ensemble des expériences conduites en Amérique latine. Le terme « pluralisme » se réfère à une situation intermédiaire entre le monopole du secteur public et l'atomisation du secteur privé. Par « structuré », l'auteur désigne le point médian entre l'autoritarisme étatique et l'anarchie des marchés totalement libres. Ainsi, le pluralisme structuré éviterait les méfaits des deux situations extrêmes précitées (par exemple absence de liberté de choix pour l'un, failles de marché pour l'autre) en proposant « *une distribution plus équilibrée des pouvoirs que les modèles polaires* » (p.16). Il s'avère, à la lecture des débats de la constituante de 1991, puis la Loi 100 de 1993 elle-même, que tout en feignant politiquement de rechercher ce juste milieu, le législateur a en réalité érigé un système inspiré en grande partie du modèle américain.

1.1 Le pluralisme-structuré : un « juste milieu » très proche du « *managed care* » américain

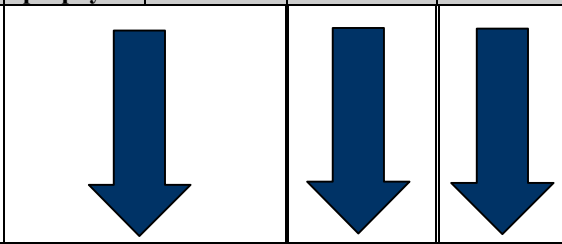
La réforme du système de santé colombien est dite « systémique » et « globale » dans la mesure où elle est supposée inverser le sens de la matrice du système : la « ségrégation verticale » des groupes sociaux est remplacée par une intégration horizontale de la population prise en charge par quatre fonctions : Modulation, Financement, Articulation et Prestation (*Cf.* Tableau 2.1 : les matrices colombiennes des systèmes segmenté et pluraliste-structuré). Selon l'auteur du concept de pluralisme structuré, pour que le sens de la matrice s'inverse, les quatre fonctions du système doivent faire l'objet d'une spécialisation de la part des institutions : la réforme de 1993 est donc, fondamentalement, une refondation institutionnelle du système de santé colombien.

Dans ce nouveau cadre général**,** la fonction *modulation* échoit au ministère de la santé intégré, avec la réforme, au ministère du travail et renommé « ministère de la protection sociale ». Son rôle est alors d'imprimer une direction stratégique au système de santé, notamment au travers des plans stratégiques quadriennaux (le dernier en date étant le 2010-2014), afin d'assurer une interaction équilibrée entre les acteurs au moyen de règles transparentes et équitables. La gestion du *financement* est centralisée autour du Conseil National de Sécurité Sociale en Santé qui, par le biais du Fonds de Solidarité et Garanties (FOSYGA), exécute une politique de financement de la demande de soins et non plus de financement de l'offre de soins : au lieu d'allouer les subsides aux unités de soins publics, chaque personne assurée représente une

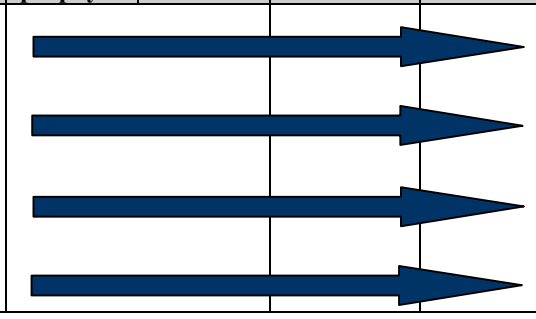
partie de ce subside (sous forme d'Unité de Paiement par Capitation : UPC) et choisit librement vers quel service s'orienter et donc, indirectement, quel prestataire de soins financer.

Tableau 2.1 : Les matrices colombiennes des systèmes segmenté et pluraliste-structuré

Structure du système de santé segmenté

Fonctions	Groupes sociaux			
	Avec capacité de paiement			Pauvres
	Avec médecine prépayée	Sans assurance	Avec sécurité sociale	
Modulation Financement Articulation Prestation				
Institution à charge du groupe social	Secteur Privé		Institut de Sécurité Sociale	Ministère de la santé

Structure du système de santé pluraliste-structuré

Fonctions	Groupes sociaux				Institution à charge de la fonction du système
	Avec capacité de paiement			Pauvres	
	Avec médecine prépayée	Sans assurance	Avec sécurité sociale		
Modulation					Ministère de la santé
Financement					Sécurité sociale
Articulation					Concurrence structurée
Prestation					Pluralisme

Source : LONDOÑO Juan-Luis, FRENK Julio (1997), « Pluralismo Estructurado : Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina », Banque Interaméricaine de Développement, EUA, New York.

La mise en place de cette UPC rend centrale la constitution de nouveaux acteurs chargés de *l'articulation* entre ce financement, désormais individualisé, et la prestation des services de santé : c'est la raison d'être des Entreprises Promotrices de Santé (EPS), assureurs privés ou publics en concurrence, à but lucratif ou non, dont le but est d'attirer à eux un maximum

d'affiliés et de capter l'UPC afin de les orienter vers un réseau de service de santé. Ces services de santé sont octroyés par un réseau pluraliste de *prestataires de soins*, privés ou publics, tous en concurrence pour offrir un service à la fois rationalisé (contenant ses dépenses) et de qualité leur permettant de valoriser et s'intégrer au réseau de soins des EPS, et ainsi pouvoir accéder aux financements individualisés. Ce schéma organisationnel, qui est celui de la Loi 100, est très largement inspiré du modèle de « managed care » (Enthoveen, 1993) qui considère que la concurrence entre assureurs organisés en réseaux de soins permet de rationaliser l'offre de soins. Ce système se divise en deux régimes principaux : le contributif pour les travailleurs formels et le subsidié pour les catégories sociales les plus pauvres. Le principe de solidarité lie les deux régimes, le premier versant au second une partie de ses cotisations. Ces deux régimes constituent tous deux le cadre d'action des assureurs, privés ou publics, en charge, *via* le système de règles régissant leurs actions, de *l'institutionnalisation progressive du système de santé*, c'est à dire le tissage progressif du réseau de soins dans les quartiers jusque là inaccessibles à l'action étatique, c'est à dire, en clair, assurer un accès réel aux services de santé à l'ensemble de la population. De ce point de vue, les assureurs sont placés, par la réforme colombienne de 1993, comme principaux acteurs et garants de ce processus.

1.2 Un processus d'institutionnalisation du système de santé basé sur une stimulation des acteurs intermédiaires mais qui conduit mécaniquement à leur concentration

Fondé sur ces mécanismes depuis un peu plus de quinze ans, le système de santé colombien couvre en 2009 près de 39.104.764 d'affiliés[11] sur une population totale de 45.013.674 soit environ 86% de la population colombienne. Selon ces estimations, 14% de la population colombienne se trouve hors du système d'assurance c'est-à-dire, plus précisément, pouvant bénéficier du réseau d'hôpitaux publics, financé par l'impôt, par le biais du régime « de transition ». Le reste de la population, c'est à dire la majorité, est prise en charge par le système assurantiel, contributif ou subsidié.

Un certain nombre d'études tentent de caractériser l'évolution du marché de l'assurance depuis la mise en place de la réforme. Le premier constat qui peut être fait est la forte

[11] Ministère de la protection sociale, département statistique, 2009

prédominance des assureurs privés sur les assureurs publics dans le régime contributif : sur les 39 EPS actives en 2008, seules deux sont de nature publique soit 17,28 % des affiliés contre 82,20 % pour les EPS privées (Orozco, 2008). Ce déséquilibre tend à s'accroître en moyenne de 2 % par an. Le cas du régime subsidié est similaire mais a connu une évolution différente. En 2008, coexistaient dans ce régime 49 EPS, dont 6 EPS privées à but lucratif alors qu'à la fin des années 1990, le marché était très éclaté avec un grand nombre de petits assureurs publics (plus de 170 entreprises solidaires de santé à but non lucratif réunissant en moyenne 20.000 affiliés) et une quinzaine d'assureurs privés avec une grande capacité d'affiliation (en moyenne 220.000 affiliés chacun en 2000). C'est la mise en application en 2001 du décret 1804 augmentant considérablement le nombre minimum d'affiliés imposé aux EPS, passant de 5.000 à 200.000, qui a définitivement assujetti le système d'assurance du régime subsidié aux entreprises privées (Restrepo, 2002).

Cette évolution doit être complétée par une analyse plus en profondeur de la concentration du secteur. Le sujet est d'importance car si la régulation du système de santé est laissée aux soins des assureurs et que ces assureurs s'avèrent être en position dominante, c'est l'efficience et la nature même du système qui peut être remise en question. Il est donc nécessaire de mesurer et comparer la concentration des assureurs et des prestataires de soins afin de déterminer les déséquilibres existants entre ces deux types d'acteurs. Schématiquement, la concentration industrielle d'un secteur peut se mesurer de diverses façons mais deux ont été retenues par les auteurs (Gorbaneff, 2008) : l'indice de concentration simple et l'indice de Hirschman – Herfindahl (HHI) plus usité et qui, lorsqu'il dépasse 1000 indique un marché concentré et lorsqu'il dépasse 1800 signale un marché hautement concentré (entraînant dans ce cas aux Etats-Unis une enquête antimonopolistique).

Dans le secteur des prestataires de soins, la concentration est faible. Si le calcul prend pour base le nombre total de lits d'hôpitaux, les résultats montrent que les six plus grands hôpitaux détiennent seulement 5% du total des lits disponibles du pays : la valeur du HHI est dans ce cas de 29 ce qui est très faible. Lorsque le calcul de concentration tient compte des spécialités médicales, le résultat reste identique : la concentration des IPS, en moyenne, est très faible. Dans le secteur de l'assurance, le panorama est totalement différent : les quatre EPS les plus importantes regroupent plus de 10 millions d'affiliés soit environ 60 % du total des affiliés. L'indice HHI pour les EPS en Colombie est de 1.287 (Gorbaneff, 2008) ce qui révèle un niveau de concentration très important.

Le niveau de concentration dans le secteur de l'assurance est donc très supérieur à celui des prestataires de soins (HHI de 1287 contre 29). En conséquence de quoi, lorsque les IPS négocient avec les EPS, elles sont en situation très défavorable. Elles tentent de se regrouper dans certains secteurs, principalement les services des grands brûlés (HHI de 1.047), addiction aux drogues (HHI de 723) et psychiatrie (HHI de 501), mais globalement, le pouvoir de marché – et donc de négociation - des assureurs, plus concentrés, reste dominant. Cette concentration, qui se retrouve aussi bien dans le régime contributif que dans le régime subsidiaire, est différentiable selon les zones géographiques (Restrepo, 2004) : les EPS privées privilégiant les zones urbaines laissant ainsi les zones rurales aux EPS publiques. De même, il convient d'affiner l'analyse en précisant que la concurrence entre assureurs augmente à mesure que la densité de population s'accroît.

Il est désormais nécessaire de savoir si ce pouvoir de marché, manifestement détenu par les assureurs dans le système de santé colombien, transparaît également par le canal de l'intégration verticale. En effet, si la concentration des EPS augmente le risque de collusion en situation oligopolistique voire même - pour les zones rurales- monopolistique et peut donc abaisser la qualité des prestations de soins par une pression sur les coûts, l'intégration verticale, quand à elle, en plus d'aller à l'encontre des principes de concurrence initialement recherchés par la réforme de 1993, soumet directement les IPS aux réquisits de rentabilité des EPS privées avec toutes les conséquences négatives que cela implique pour les prestations de soins.

Cette notion d'intégration verticale peut prendre deux formes principales dans le système de santé : les EPS peuvent détenir des actifs d'IPS, c'est à dire se rendre acquéreurs d'un réseau de prestataires de soins (intégration dite « totale »), ou alors passer des contrats d'exclusivité avec ces prestataires (intégration dite « partielle »). Les études sur le sujet mettent en exergue une forte intégration totale pour les soins de base, prévention et soins de première nécessité, puis une intégration partielle pour les soins plus complexes et enfin, pour la médecine de pointe, une très faible intégration. Cet effort d'intégration des soins basiques réalisé par les assureurs élève à 70% la proportion d'EPS intégrant totalement ces soins, 16% d'entre eux les intégrant partiellement et 14% ne les intégrant pas du tout (Restrepo, 2007). La méthode de double marginalisation de Spengler démontre la supériorité de l'intégration verticale sur la non-intégration, en terme de rentabilité, pour les assureurs. Mais cette intégration, qu'elle soit partielle ou totale, dépend également de la zone géographique : une zone peu abondante en

services de santé aura tendance à être plus intégrée verticalement, l'assureur – généralement public – devant palier lui-même, dans une certaine mesure, à l'insuffisance de services médicaux.

Ainsi, dans ce système de santé - ou plutôt « Système Général de Sécurité Sociale en Santé » (SGSSS) selon la terminologie précise de la loi 100 de 1993 - les assureurs sont extrêmement concentrés face à des offreurs de soins très éclatés et pratiquement sans aucune cohésion. Cette caractéristique du système est très significative car elle démontre la position dominante prise par cette catégorie d'acteurs qui deviennent, avec la réforme, le centre de gravité du système de santé, son noyau régulateur, au détriment de l'offre de soins.

Mais ce système de santé, comme évoqué plus haut, est basé sur deux régimes : le contributif et le subsidié. Ces régimes constituent deux « marchés » distincts pour les assureurs. Le contributif couvre les travailleurs et leur noyau familial[12] : c'est-à-dire le conjoint, les enfants mineurs qui dépendent économiquement de l'affilié, les enfants de tout âge en cas d'handicap majeur, les enfants entre 18 et 25 ans si ils sont étudiants et à charge de l'affilié, les enfants du conjoint respectant les conditions précitées et les parents de l'affilié en cas d'absence de conjoint. Le système contributif se finance par l'apport de cotisations s'élevant à 12,5% des revenus du travail[13], desquels - pour le régime salarial - le travailleur apporte 4% et l'employeur les 8,5% restants (les travailleurs indépendants doivent apporter la totalité des 12,5% des revenus) : cette source de financement a drainé, en 2005, 6.636.978.000 de Pesos soit 76% des finances du régime contributif, le reste étant l'apport du ticket modérateur et autres transferts publics (*Cf.* Annexe 1 : Comptabilité du régime contributif 2000-2005). Ce régime couvre, en décembre 2008, 16.619.553 affiliés[14] soit 36,9% de la population.

Fondamentalement et pour le régime contributif, la réforme a donc : 1) étendu la couverture au noyau familial de l'affilié et 2) activé une augmentation des cotisations qui s'élevaient à 7% dans le système antérieur. Autre aspect fondamental : la réforme a également placé les assureurs (EPS ou Entreprises Promotrices de Santé) comme intermédiaires entre le financement et la prestation de soins. Ceux-ci sont en concurrence pour attirer à eux un maximum d'affiliés et donc un maximum de financements. La loi 100 impose aux EPS du

[12] Chapitre IV du décret 806 de 1998
[13] Article 204 de la Loi n°1122 de 2007
[14] Ministère de la protection sociale, département statistique, 2009.

régime contributif un seuil minimum de 50.000 affiliés, qui est la taille critique pour qu'un assureur puisse être rentable. Ce seuil s'élève à 200.000 affiliés pour les EPS du régime subsidié. Cette barrière à l'entrée, plus grande pour le régime subsidié que pour le régime contributif s'explique par la nécessité de maintenir sur ce marché spécifique une plus petite quantité d'acteurs (oligopole) plus solides financièrement et moins soumis à la concurrence. En effet, dans l'esprit de la réforme de 1993, la « philosophie » du régime subsidié est plus une assistance apportée aux plus pauvres, non-lucrative (en théorie seulement car deux EPS privées exercent déjà sur ce marché, peut-être également pour une question d'image de marque) qu'une source de revenus pour les assureurs.

Ainsi, le régime subsidié a été créé pour étendre la couverture maladie à l'ensemble de la population appartenant aux strates les plus pauvres de la société colombienne. Il couvre au 31 mars 2009, 22.485.211 affiliés[15] soit 49,95% du total de la population colombienne. Les bénéficiaires de ce régime doivent au préalable démontrer leurs faibles ressources auprès du Système d'Identification des Bénéficiaires (SISBEN), enquête appliquée au niveau national qui permet d'évaluer les revenus des foyers, ceux-ci étant classés en six catégories. Les catégories une et deux, correspondant aux foyers les plus démunis, étant prioritaires. Le régime subsidié se finance à travers deux principaux canaux[16] (*Cf.* Annexe 2 : Comptabilité du régime subsidié 2000-2005) :

1) Financement provenant des départements :

   a) Ressources du Système Général de Participation en Santé (SGPS), fonds territorial spécial alimenté par les impôts dont 65% finance le régime subsidié et le reste couvre la population pauvre non-couverte directement sous forme de subsides à l'offre de soins (hôpitaux publics, etc.) : 3.586.493.000 de Pesos (qui représentent 52% du financement total du régime subsidié).
   b) Ressources obtenues par le prélèvement d'impôts sur les jeux de hasard qui sont des impôts proprement territoriaux et collectés par l'Entreprise Territoriale de la Santé (ETESA) : 56.717.000 de Pesos (soit 0,8% du financement total)

[15] Ministère de la protection sociale, département statistique, 2009.
[16] L'ensemble des données correspondent à l'année 2005 et constituent les derniers chiffres disponibles provenant du Département National de Statistiques (DANE).

c) Ressources prélevées sur le produit des biens vendus par l'Etat dont 25% servent au financement du régime subsidié : 870.763.000 de Pesos (12,6%).
d) Ressources provenant du paiement des tickets modérateurs (qui, dans le régime subsidié, concernent uniquement la population classée niveau 2 par le SISBEN) : 20.042.000 de Pesos (0,3%)
e) Financement par endettement des départements : 57.930.000 de Pesos (0,8%).

2) Financement provenant du Fonds de Solidarité et Garantie (FOSYGA) (*Cf.* Encadré 2 : Le FOSYGA) :

a) Le FOSYGA collecte 1,5% du montant des cotisations du régime contributif pour financer le régime subsidié (principe de solidarité) : 971.548.000 de Pesos (soit 13% du financement du régime subsidié).
b) L'Etat apporte au régime subsidié, par le biais du FOSYGA, un montant défini par le budget national, et devant augmenter de 1% chaque année : 642.966.000 de Pesos (9,3% du total des fonds du régime subsidié) soit près de 9% du PIB colombien ce qui correspond à l'un des pourcentages les plus élevés d'Amérique latine.
c) Montant perçu des caisse de compensation familiales : 52.846.000 de Pesos (0,7%).

3) Autres sources de financement du régime subsidié :

a) Apports d'associations, corporations et autres institutions : 59.987.000 de Pesos (1%).
b) Revenus des actifs financiers du régime subsidié : 395.326.000 de Pesos (5,7%).
c) Ressources supplémentaires perçues par les municipalités dans le cadre de l'imposition des revenus des entreprises de l'industrie pétrolière : 111.575.000 de Pesos (1,6%).
d) Vente de services non-inclus dans le POS-S : 62.271.000 de Pesos (0,9%).

Encadré 2 : Le FOSYGA

Le Fonds de Solidarité et Garanties marque la différence avec le modèle chilien en opérant une double jonction financière : 1) entre les affiliés du régime contributif (par le mécanisme de compensation) et 2) entre le régime contributif et le régime subsidié (solidarité). Il évite ainsi la séparation entre d'un côté un système privé pour les plus privilégiés et de l'autre un système public pour les pauvres. Il fonctionne comme un compte inscrit au ministère de la protection sociale, dont les critères d'utilisation et d'allocation des ressources dépendent du CNSSS. Sa structure se divise en quatre sous-comptes indépendants[1] :

1) Compensation interne du régime contributif
2) Solidarité avec le régime subsidié
3) Promotion des campagnes de santé
4) Assurance des catastrophes et accidents de la route

Les disfonctionnements du FOSYGA - sanctionnés en 2007 par la superintendance - relèvent surtout de pesanteurs administratives et informatiques, de lenteurs dans l'allocation des fonds aux EPS, d'accumulation de retards dans le remboursement des soins mis sous tutelles, etc. Ces problèmes opérationnels, pouvant être qualifiés de structurels étant donnée l'importance des fonds en jeu (620 millions de retards de paiements en 2007), réduit la confiance des acteurs du marché de l'assurance ce qui, dans une certaine mesure, impacte négativement les services octroyés aux affiliés.

[1] Loi 100, Article 219.

Ainsi, c'est bien le principe de *solidarité* qui lie le régime contributif et le régime subsidié. Le financement du régime subsidié provient en partie du régime contributif mais l'essentiel de son financement (aux alentours de 87%) se fait grâce à la collecte d'impôts. On est donc bien en présence, au sein du système de santé colombien, d'un régime d'inspiration beverigienne, suivant le modèle du *Medicaid* aux Etats-Unis : une prise en charge publique, strictement assistancielle, réservée aux plus pauvres. Si ce régime subsidié est l'une des victoires de la gauche colombienne lors de la réforme, il s'accompagne pourtant de certaines dispositions qui introduisent dans la loi des facteurs d'inégalité entre les citoyens, les obligeant même à recourir à la justice pour avoir accès aux soins.

2. Spécificités du modèle colombien : la justice et le prix du panier de soins, les deux piliers régulateurs du système de santé

La justice intervient comme entité régulatrice du système de santé colombien dans la mesure où le panier de soins garanti par la loi pour les personnes affiliées au régime subsidié est très restreint ce qui les oblige, en désespoir de cause, à recourir à la justice pour tenter d'obtenir les soins dont ils ont besoin.

2.1 La justice : un axe de régulation pour compenser les inégalités produites par l'architecture globale du système de santé

En effet, tout repose sur la partition du système en deux régimes distincts : les EPS des deux régimes[17] doivent garantir aux affiliés un Plan Obligatoire de Santé (POS) - qui est un panier de soins prédéfini - à travers un réseau d'Institutions Prestataires de Soins (IPS) qui incluent les cliniques, les laboratoires, les hôpitaux publics - appelés Entreprises Sociales de l'Etat (ESE) – et autres entités octroyant des soins. Chaque EPS propose à ses affiliés son réseau d'IPS, cependant, chaque IPS peut être en contrat avec plusieurs EPS ou donner l'exclusivité de ses services à une seule EPS. Il est à noter que la loi impose deux contraintes aux EPS dans la constitution de leur réseau d'IPS : 1) L'obligation pour les EPS opérant dans le régime subsidié et les EPS publiques du régime contributif d'avoir un réseau d'IPS constitué à 60% d'Entreprises Sociales de l'Etat (ESE). 2) De même, la loi interdit aux EPS d'intégrer verticalement (par acquisition de centres de soins) plus de 30% de leur réseau d'IPS. Ces IPS sont classifiées en quatre niveaux de complexité, chaque niveau permettant d'intervenir pour les soins d'urgence :

- Niveau I : Soins infirmiers, premiers soins et soins préventifs.
- Niveau II : professionnels de santé intervenant dans le champ des spécialités de base que sont : médecine générale, chirurgie générale, pédiatrie, orthopédie, podologie, gynécologie-obstétrique, etc.
- Niveau III : Médecins spécialisés assistés par des professionnels de santé non-spécialisés et exerçant, par exemple, dans les spécialités suivantes : neurochirurgie, chirurgie vasculaire, dermatologie, pneumologie, néphrologie, etc.
- Niveau IV : Unités de soins dédiées à une unique spécialisation (clinique rénale, chirurgie de pointe, unités de transplantation, etc.)

Le POS garanti par les EPS diffère entre le régime contributif et le régime subsidié. Le POS du régime contributif comprend des campagnes de prévention, urgences de tous ordres, consultations de médecins généralistes et spécialistes, examens de laboratoire et aux rayons

[17] Avant décembre 2006, les assureurs du régime subsidié se nommaient les Administrateurs du Régime Subsidié (ARS) mais depuis la réforme de janvier 2007, elles sont devenues les EPS du régime subsidié.

X, consultations et soins dentaires (à l'exception de l'orthodontie et prothèses dentaires), hospitalisation et chirurgie, psychologie, prise en charge intégrale durant la grossesse et à la naissance du nouveau-né, etc. A cela s'ajoute une liste des médicaments sous leur forme générique, sélectionnés par le Conseil National de Sécurité Sociale en Santé et renouvelée chaque année en fonction des évolutions épidémiologiques du pays.

D'autre part, pour les affiliés ayant une capacité de paiement additionnelle à la contribution obligatoire, les EPS offrent des plans complémentaires de santé (COPAGOS) avec un panier plus large de soins couverts ainsi que de meilleures conditions de prise en charge (hôtellerie, délais d'attente, etc.).

Le POS Subsidié[18] (POS-S) est moins complet que le POS du régime contributif et propose un éventail de soins plus restreint (approximativement entre 60 et 65% du POS). Il exclut en particulier les soins très spécialisés et pose d'une manière générale plus de conditions (par exemple : âge du patient pour recevoir le traitement, durée de prise en charge et d'observation, démarches administratives plus lourdes et souvent dissuasives, etc.). Il inclut en fait les soins définis par le CNSSS comme étant les plus « essentiels ». Parmi eux : tous les soins du premier niveau de complexité et les urgences ; pour les trois autres niveaux de complexité : prise en charge complète au moment de l'accouchement, soins pédiatriques jusqu'à l'âge d'un an, soins ophtalmologiques et dentaires pour les moins de 20 ans et les plus de 60 ans, soins orthopédiques et traumatologiques pour toutes les classes d'âge mais suivant un manuel de soin précis, interventions chirurgicales suivantes[19] : appendicectomie, hystérectomie, herniographie crurale et ombilicale et stérilisation féminine.

Pour les interventions plus complexes, ayant un coût plus important, le POS-S couvre un panier précis de soins, pour toutes classes d'âge, qui sont : accès aux soins intensifs, traitement du VIH, des grands brûlés (d'une surface de plus de 20%), du cancer, des malades du cœur, des reins, du système nerveux central et de la colonne vertébrale. Chacun de ces soins fait l'objet d'un cadre très précis et contrôlé d'intervention, que les praticiens ne

[18] Défini très précisément par l'accord 000306 du journal officiel n°46.096 du 18 Novembre 2005, publié par le CNSSS et qui vient en complément du manuel d'activités, procédures et interventions de 1994.

[19] Pour les interventions chirurgicales, la couverture inclut, en phase préopératoire les interventions et diagnostics nécessaires à la détection des risques opératoires et anesthésiques, en phase post-opératoire la prise en charge des complications jusqu'au rétablissement du patient.

peuvent dépasser sans risquer un remboursement partiel des soins de la part des EPS. Ainsi, les différences entre le POS des deux régimes se situe moins dans le niveau de complexité que peuvent atteindre les soins mais plutôt dans l'éventail de soins moins grand pour le POS-S qui est concentré sur les interventions prioritaires pour l'organisme.

Depuis 2004 et pour étendre la couverture maladie à moindre frais, l'enquête réalisée par le SISBEN donne accès à la population classée comme niveau 3 à un « subside partiel » et bénéficient à ce titre d'une partie du POS-S, c'est-à-dire de la prise en charge des maladies lourdes, traumatologie et orthopédie, grossesse et accouchement, pédiatrie (jusqu'à l'âge d'un an) et une partie des médicaments du POS-S. Ce dispositif concerne, fin 2008, 1.320.000 personnes selon les données du ministère de la protection sociale. La loi 100 de 1993 prévoyait initialement une égalisation des plans de santé au bout de sept ans. Plus de quinze ans après la réforme, le constat est qu'il existe cinq POS différents : contributif, subsidié, subsidié partiel, régime de transition (subsides octroyés directement à l'offre de soins) et régimes spéciaux (armée, hauts fonctionnaires, etc.).

Toutefois, la réforme de novembre 2007, par le biais de la loi 1122, tente de résoudre une partie du problème et prévoit une modification profonde du subside partiel : les travailleurs informels, les indépendants, classés niveau 3 par le SISBEN peuvent, à l'instar des affiliés au régime contributif, cotiser à hauteur de 4% de leur revenu, l'Etat - et non l'employeur - apportant les 8,5% restant. Ce mécanisme, pour le moment en phase de test dans deux départements (Pasto et Huira), permettrait à terme : 1) de faire bénéficier les travailleurs indépendants de niveau 3 du POS contributif et non plus du POS Subsidié partiel et 2) une augmentation de la couverture du régime contributif, bien que certaines études en soulignent les limites et notamment les problèmes de soutenabilité financière (Ruiz, 2009).

Malgré le fait qu'entre 2003 et 2008 ont été inclus dans le POS et POS-S plus de 50 médicaments[20] et procédures (Velez, 2008), parmi lesquelles par exemple, la génotypification du VIH, la transplantation hépatique (ou greffe du foie) pour le régime contributif, l'imagerie médicale (colposcopie) et la surveillance des malades du diabète (microalbuminurie) pour le régime subsidié, il demeure encore deux défaillances majeures des plans de santé : 1) un écart

[20] Par exemple : pour la tension artérielle (Losartan, Minoxidil et Clonidine), pour les dialyses (Sevelamer), médicaments à molécules antirétrovirales (Saquinavir, Atazanavir et Fosamprenavir), traitement du cancer (Paclitaxel), du rachitisme et de l'ostéoporose, etc.

important dans les soins octroyés par les deux principaux régimes, et 2) au sein de ces régimes des manques importants en matière de couverture de soins, obligeant les affiliés à poser des actions en justice (les « tutelles ») pour obtenir auprès des EPS les traitements dont ils ont besoin.

La tutelle est un aspect original du système de santé colombien dans la mesure où l'action en justice est en effet le recours le plus utilisé par les affiliés pour réclamer leurs droits à un traitement et constitue à ce titre un pilier du système de santé colombien depuis la réforme de 1993. L'affilié pose une tutelle dans le cas ou la délivrance des médicaments prescrits par le médecin n'est pas accordée par l'EPS. Dans la plupart des cas, deux situations se présentent :

1) le médicament est dit « Non-POS », c'est-à-dire qu'il n'est pas inclus dans le POS (30% des tutelles). Le patient en ayant tout de même besoin pour son rétablissement, doit diligenter une demande à un Comité Technique et Scientifique (CTS) qui statue sur le niveau « d'utilité » du médicament pour le rétablissement du patient. Dans le cas ou la demande est refusée, l'affilié exerce son droit à la tutelle : la justice tranche en dernier recours.

2) Le médicament prescrit par le médecin est inclus dans le POS mais l'EPS refuse de l'octroyer (56,4% des tutelles). Dans ce cas la demande de tutelle est directement déposée auprès de la « defensoría del pueblo », institution chargée de la défense des droits de l'Homme, puis le cas est amené devant la justice.

Dans les deux cas, lorsqu'un traitement est mis sous tutelle, l'EPS perçoit du FOSYGA le remboursement d'une partie de la valeur des soins (entre 50% et 70% selon le traitement), ce qui souligne leur intérêt dans cette procédure, et notamment dans le cas de traitements lourds. Il se trouve en effet que bien souvent, ce sont les EPS qui orientent les affiliés vers l'action de tutelle. Le dernier rapport provenant de la defensoría del pueblo (Mejia, 2007) fait état de 81.017 tutelles en 2005 contre 21.301 en 1999 ce qui correspond à une augmentation de 280% durant la période (*Cf.* Tableau 2.2 : Nombre de tutelles dans le secteur de la santé de 1999 à 2005). Les recours en justice concernant le système de santé se sont progressivement placés en première position des recours en justice du pays avec une proportion de 36,2% du total des recours de l'année 2005.

Tableau 2.2 : Nombre de tutelles dans le secteur de la santé entre 1999 et 2005					
Année	**Nombre de tutelles**		**Proportion**	**Taux de croissance annuel**	
	Santé	**Total**		**Santé**	**Total**
1999	21.301	86.313	24.68%	-	-
2000	24.843	131.764	18.85%	16.63%	52.66%
2001	34.319	133.272	25.75%	38.14%	1.14%
2002	42.734	143.887	29.70%	24.52%	7.96%
2003	51.944	149.439	34.76%	21.55%	3.86%
2004	72.033	198.125	36.36%	38.67%	32.58%
2005	81.017	224.270	36.12%	12.47%	13.20%
Total	**328.191**	**1.067.070**	**30.76%**	-	-
Source : Cour constitutionnelle in Defensoría del Pueblo (2007) « La tutela y el derecho a la salud », Programa de salud, Bogotá.					

Ces tutelles, dont 80% en moyenne sont acceptées sur le total des demandes, se font généralement sur la base d'un déni de médicament (18,9%), d'examen médical (18,7%), d'une chirurgie (16,9%), d'un traitement (13,2%), d'une prothèse (11,5%), déni de consultations médicales avec un spécialiste (7,2%) mais également : mauvaise interprétation du manuel d'activités, procédures et interventions du POS, négligence des EPS, délivrance d'un plan de soin incomplet, etc. Les tutelles déposées pour non délivrance de médicament sont en constante augmentation (*Cf.* Tableau 2.3 : Motifs les plus fréquents des tutelles) laissant apparaître les pesanteurs dont souffre le CNSSS pour renouveler et mettre à jour la liste de médicaments du POS.

Tableau 2.3 : Motifs les plus fréquents des tutelles								
	Année							
	2003		**2004**		**2005**		**Total**	
	Nb. Tut.	**Part.**	**Nb. Tut.**	**Part.**	**Nb. Tut.**	**Part.**	**Nb. Tut.**	**Part.**
Examens paracliniques	14.173	21.3%	19.348	20.9%	20.745	18.7%	54.266	20.1%
Médicaments	11.894	17.9%	16.945	18.3%	20.914	18.9%	49.753	18.4%
Chirurgies	12.152	18.3%	16.543	17.9%	18.796	16.9%	47.491	17.6%
Traitements	7.332	11.0%	10.416	11.3%	14.645	13.2%	32.393	12.0%
Prothèses et Orthèses	6.864	10.3%	9.783	10.6%	12.707	11.5%	29.354	10.9%
Consultations médicales	3.768	5.7%	7.094	7.7%	8.004	7.2%	18.866	7.0%
Pratiques médicales	2.861	4.4%	3919	4.2%	5.432	4.9%	12.212	4.6%
Autres en lien avec le système	3.913	5.9%	4.348	4.7%	4.794	4.3%	13.055	4.8%
Autres	3.524	5.3%	4.148	4.5%	4.899	4.4%	12.571	4.7%
Total	66.48	100.0%	92.54	100.0%	110.93	100.0%	269.91	100.0%
Source : Cour constitutionnelle in Defensoría del Pueblo (2007) « La tutela y el derecho a la salud », Programa de salud, Bogotá								

Il est intéressant de noter que la majorité des cas de tutelles (73%) se trouvent dans le régime contributif alors que seulement 2,9% émanent du régime subsidié. La plupart d'entre elles sont déposées à l'encontre des EPS du régime contributif (57%), des entités départementales (13,9%) et des IPS (2,3%). Parmi les EPS du régime contributif, celle ayant été le plus l'objet de recours devant la justice (71,8 tutelles pour 10.000 affiliés en 2005) est l'Institut de Sécurité Sociale (ISS), assureur public émanant de la désintégration verticale du système antérieur à la réforme de 1993 (*Cf.* Annexe 3 : classement des EPS par nombre de tutelles déposées pour 10.000 affiliés). Seulement loin derrière vient l'EPS privée *Salud Colombia* avec 40,6 tutelles pour 10.000 affiliés. Cet écart peut s'expliquer en partie par le fait que l'Institut de Sécurité Sociale souffre d'un effet d'antisélection (Bardey, 2008), réunissant en majorité les personnes âgées n'ayant pas modifié leur affiliation pour une EPS privée - résultant d'une conjonction de différentes raisons : moins informés, moins mobiles et moins courtisés par les EPS privées - et étant donc restés dans les structures existantes, cette EPS connaît plus de difficultés financières que les autres : elle serait donc plus sujette, pour cette raison économique, à la négation des soins des patients.

Le pilier judiciaire du système de santé colombien est donc devenu progressivement et suite à la réforme de 1993, un élément primordial de la régulation du système. Son poids croissant est imputable à la conjonction de deux facteurs : 1) une meilleure connaissance de leurs droits de la part des affiliés et 2) un intérêt des EPS à multiplier cette procédure pour obtenir un remboursement – même partiel – de la part du FOSYGA. A ce titre, les tutelles constituent un bon indicateur des défaillances du système de santé colombien, tant concernant les lacunes du POS à satisfaire tous les besoins en santé qu'en terme de stratégies menées par les EPS pour maintenir leur viabilité financière.

2.2 : Le prix du POS : un mécanisme incitant théoriquement les assureurs à faire baisser le coût des soins

L'UPC est la stratégie de financement (financement dit « compensé ») développée par la réforme de 1993. L'UPC est une unité de valeur annuelle et individualisée qui permet de distribuer la valeur des cotisations aux EPS pour financer le système de santé selon un critère d'équité. Dans un premier temps les EPS récoltent les cotisations des affiliés puis, dans un second temps calculent l'UPC à laquelle elles ont droit selon le nombre d'affiliés, leur sexe et

leur âge, plus un léger pourcentage pour garantir les programmes de prévention et promotion. Si il existe un excédent, c'est-à-dire que les cotisations sont supérieures au total des UPC (cas des EPS avec une majorité d'affiliés jeunes) elles versent l'excédent au FOSYGA qui *compense* alors avec les EPS connaissant un déficit (cotisations inférieures aux UPC).

Une fois compensées, ces UPC constituent pour les assureurs le prix auquel ils doivent garantir le POS aux affiliés : l'UPC est donc en quelque sorte une prime d'assurance ajustée à la probabilité pour l'individu de tomber malade, c'est le prix du POS. Ainsi, les coûts de prévention, soins et rétablissement doivent être inférieurs à l'UPC - ou se compenser entre les affiliés - pour que l'EPS ne subisse pas de pertes. Cette stratégie de financement est donc mise en place pour créer chez les EPS des incitations à l'économie et à la modération des coûts : l'UPC constitue le mécanisme central de régulation des coûts du POS.

C'est le Conseil National de Sécurité Sociale en Santé (CNSSS) qui définit annuellement la base de calcul de l'UPC[21]. Ce calcul se fonde sur une division des individus par groupe d'âge et de sexe et un calcul de probabilité des risques liés à chacune des catégories (*Cf.* Tableau 2.4 : Table de la valeur désagrégée par groupe d'âge et de sexe de l'UPC pour 2007). Pour l'année 2007, la valeur moyenne pondérée de l'UPC du régime contributif était de 404.215 Pesos (soit 139 Euros), ce qui représente une croissance de 6,1% par rapport à l'année précédente. Pour le régime subsidié, l'UPC moyenne pour 2007 était de 227.577 Pesos (79 Euros) soit 56,3% celle du régime contributif.

Tableau 2.4 : Table de la valeur désagrégée par groupe d'âge et de sexe de l'UPC pour 2007

Groupe de population Âge et sexe	Valeur UPC	
	Pesos	Euros
0-1 ans	1.007.967	349
1-4 ans	517.395	179
5-14 ans	274.528	95
15-44 ans hommes	242.528	84
15-44 ans femmes	501.228	174
45-59 ans	341.578	118
plus de 60 ans	961.480	333

Source : Accord n°351 de 2006, CNSSS

[21] Loi 100 de 1993, article 172, n°3, paragraphe 2.

Bien que le projet initial de la réforme était de faire converger le POS des deux régimes et donc, par extension, l'UPC des deux régimes, une analyse de cette variable dans le temps montre que les deux UPC tendent à diverger (*Cf*. Tableau 2.5 : Evolution de l'UPC des deux régimes de 1995 à 2007). La stratégie de subsides partiels mise en place en 2004[22], puis réformée en 2007, dont l'objectif est d'augmenter les chiffres de l'affiliation au régime subsidié à moindre frais (avec plan de santé réduit), détermine une UPC moyenne de 42% de celle du régime subsidié : 97.465 Pesos (33,7 Euros). Toutes ces données soulignent le niveau d'inégalité de traitement selon l'échelle socio-économique sur laquelle l'individu se situe.

Tableau 2.5 : Evolution de l'UPC des deux régimes de 1995 à 2007 (en Pesos)

Année	Contributif	Subsidié	Subsidié Partiel	
			BMC*	Municipalités
1995	121.000	75.000	NC	NC
1996	144.595	89.625	NC	NC
1997	174.989	110.134	NC	NC
1998	207.362	128.530	NC	NC
1999	241.577	140.393	NC	NC
2000	265.734	141.092	NC	NC
2001	289.119	141.092	NC	NC
2002	300.684	168.023	NC	NC
2003	321.686	179.947	NC	NC
2004	346.271	191.821	73.091	69.244
2005	365.673	203.886	81.554	76.457
2006	386.881	215.712	90.599	85.206
2007	404.215	227.577	97.465	89.892

Source :VELEZ Marcela (2007), Salud : Negocio e inequidad, Quince años de la ley 100 en Colombia,
* BMC: Bogotá, Medellín et Cali, les trois principales villes de Colombie

Le financement du système de santé colombien à également la particularité d'être double. En effet, les régimes contributifs, subsidiés, subsidiés partiels et spéciaux financent la *demande* de soins. D'une certaine manière, chaque individu paye (certes de façon non-proportionnée aux soins mais du moins proportionnée au risque), par le biais des EPS qui disposent de l'UPC, les soins qui lui sont administrés. Les IPS, qui délivrent le service de soin, sont donc financés par les patients *via* les EPS. Reste le régime de « transition » (*vinculados*), qui concerne la population affiliée à aucun régime (pas assez pauvre pour être subsidiée et pas assez riche pour cotiser au régime contributif), et dont le mode de financement est différent

[22] Accord n°267 de 2004.

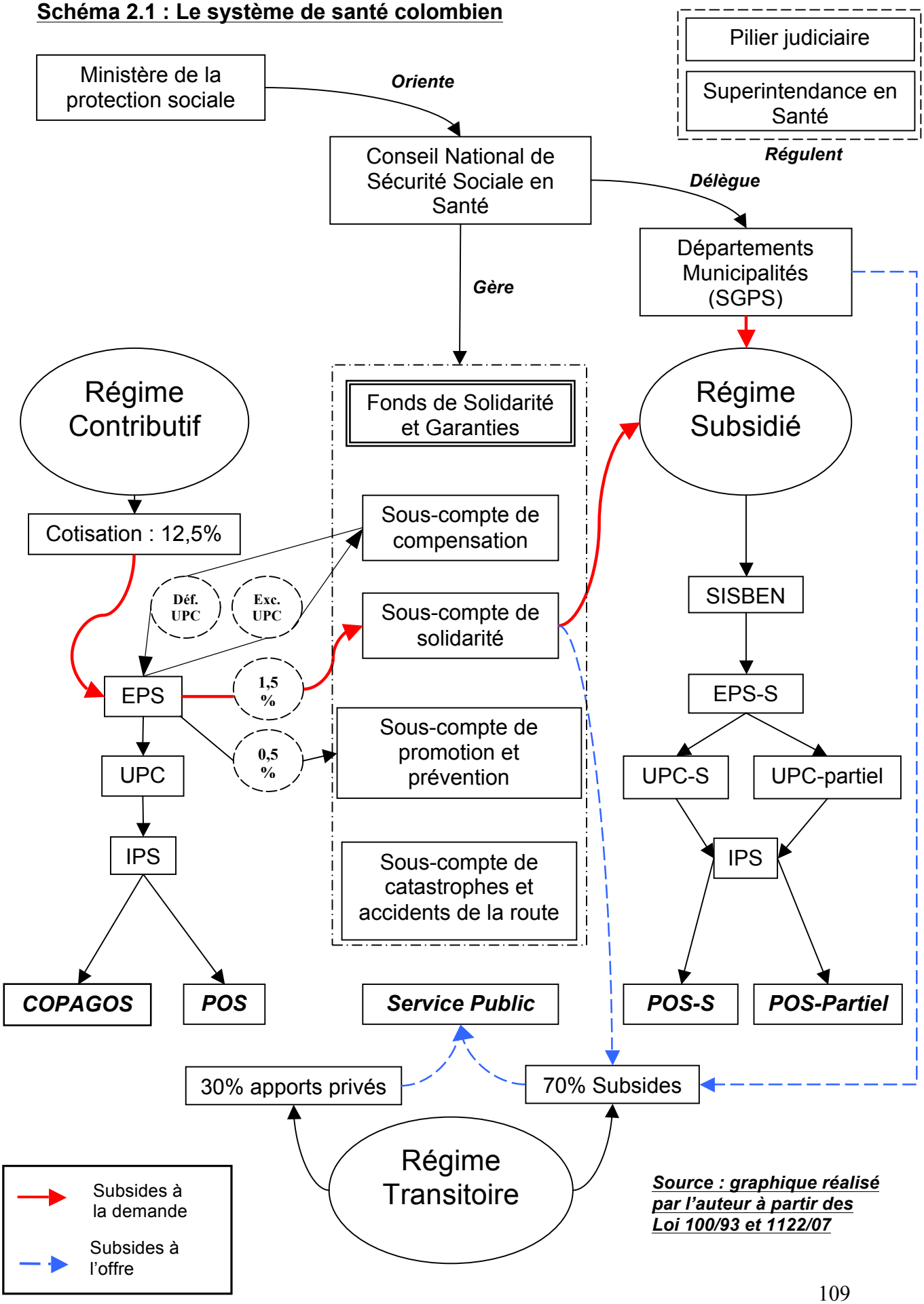
des autres régimes : il finance *l'offre* de soins. A l'instar de l'ancien système de santé, chaque année un montant est destiné à financer directement les ESE. Le principe de base de la loi 100 de 1993 était de substituer progressivement les subsides à la demande aux subsides à l'offre de soins par le passage de la population non-affiliée vers le régime subsidié. Cependant, en 2005, 2.262.121.000 de Pesos étaient utilisés comme subsides à l'offre de soins pour soigner les 11.943.000 personnes toujours non-affiliées.

Le plan de santé pour ces personnes n'est pas régulé de la même façon que pour les autres régimes. Elles ont droit, comme tout colombien, aux services d'urgence de n'importe quel établissement. Elles accèdent également aux soins, quel que soient leurs niveaux de complexité, en échange de 30% de la valeur totale du traitement. Sachant que la plus grande proportion des personnes non-assurées appartient aux strates socio-économiques les plus basses (De groote, 2007), ce régime « de transition » tend à ne pas protéger efficacement les individus, à moins de sacrifices financiers considérables en cas de thérapie ou chirurgie coûteuse.

Ainsi, le schéma d'ensemble du système de santé colombien (*Cf.* Schéma 2.1 : Le système de santé colombien) présente un certain nombre de limites, induisant directement ou indirectement des inégalités : 1) les cinq plans de santé, avec une couverture de soins graduellement étendue selon le niveau socio-économique des foyers (contributif, subsidié, subsidié partiel, etc.) ; 2) possibilités pour les plus riches, au travers des COPAGOS ou « médecine prépayée », survivance de l'ancien système, d'étendre leur couverture de soins et la qualité des prestations; 3) le régime de « transition » devant être financé à 30% par les patients, dont une majorité fait partie de la population modeste (par exemple : travailleurs informels ne pouvant cotiser au régime contributif, exclus n'ayant pas connaissance de leurs droits, etc.); 4) Le FOSYGA, jouant un rôle central dans la réforme, mais dont les rigidités et les lenteurs bureaucratiques ne contribuent pas à la sérénité dans le financement des soins de la part des assureurs; 5) L'ISS (principalement mais pas seulement) souffrant d'un phénomène d'antisélection et dont les patients doivent recourir à la justice pour pouvoir se soigner convenablement ; 6) Position dominante octroyée par la réforme aux EPS par rapport aux IPS moins concentrées, et pouvant exercer ainsi des pressions sur ces dernières pour diminuer le coût des prestations de service.

Pour conclure, la réforme de 1993, 1) en substituant en grande partie le financement de la demande de soins au financement de l'offre de soins et 2) en plaçant les assureurs privés comme intermédiaires financiers du système, a permis une croissance soutenue de l'affiliation au système de santé par rapport à l'ancien système, (principe d'universalisation). Plusieurs limites structurelles permettent cependant de tempérer ce progrès indéniable et mettent sérieusement en doute la capacité du système à produire une forme plus poussée d'équité dans la prestation des soins. Il convient donc d'examiner, à partir de l'analyse des données statistiques disponibles d'une part, et des mécanismes institutionnels d'autre part, la validité de cette hypothèse. C'est l'objet de la seconde partie.

Schéma 2.1 : Le système de santé colombien



Source : graphique réalisé par l'auteur à partir des Loi 100/93 et 1122/07

B. Les inégalités en santé et leur reproduction dans le circuit institutionnel colombien

Cette partie a pour objet d'articuler deux concepts et d'en comprendre les liens de causalités : 1) l'inégalité générée par le système de santé colombien et 2) sa reproduction dans le cadre institutionnel en vigueur en Colombie. En effet, nous avons mis en lumière dans un premier temps certains mécanismes introduisant, au cœur du système de santé colombien, une forme d'inégalité entre, d'une part, les affiliés du régime contributif et, d'autre part, les affiliés du régime subsidié. Il convient désormais d'en corroborer l'existence statistiquement - en s'appuyant notamment sur les Enquêtes Nationales de Démographie et Santé (ENDS) des années 1990, 1995, 2000, 2005 et 2007, en prenant comme base les rapports du centre d'étude sur le développement économique publiés par la faculté d'économie de l'université des Andes et la Direction Nationale de la Planification (Florez et Alii, 2007) - et de replacer ce défaut d'équité dans le cadre d'analyse du circuit institutionnel, c'est à dire en comprendre la dynamique au sein du système de santé colombien et l'interpréter dans sa dimension historique et sociétale.

1. Mesure de l'équité et de l'état de santé : une hausse de la couverture qui masque la persistance d'inégalités géographiques et sociales

L'équité en santé - entendue selon la définition de Starfield (2006) comme étant : « *L'absence de différences systématiques entre populations ou sous-groupes de population définis socialement, démographiquement ou géographiquement, dans un ou plusieurs aspects de la santé* » - requiert pour son analyse une identification des sous-groupes de population définis par niveau de richesse, sexe, région, etc. Le niveau de richesse pris en compte est celui employé par l'ENDS qui est un indicateur composite fondé entre autre sur les actifs physiques possédés par les foyers et les caractéristiques de leur lieu de vie. L'espace géographique se structure en cinq régions (Caraïbes, Pacifique, Andes, Orénoquie, Amazonie). L'enquête-source s'intègre dans un contexte national de 11 millions de foyers, composés en tout de 45,1 millions d'individus de tout âge et pris en charge par un total de 5.112 IPS. Dans cet ensemble

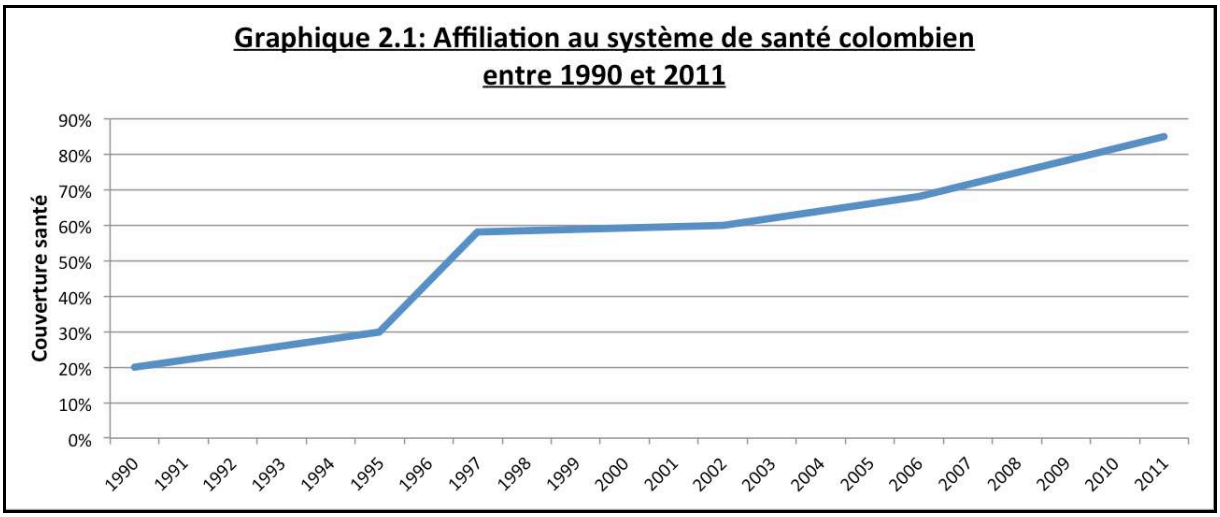
national, l'échantillon se compose de 41.543 foyers composés de 164.474 individus vivant dans tout le pays et pris en charge par 1.170 IPS (608 privées et mixte et 562 publiques). Les variables fondamentales qui – selon le modèle de Andersen et Adey (1974) – définissent l'accès aux soins sont : état de santé de la population, capacité du système, besoins en santé et usage des services de santé.

En effet, *l'affiliation ne se confond pas avec l'accès aux soins* étant donné qu'elle n'est qu'un indicateur de potentiel d'accès. Par exemple, un affilié au régime subsidié vivant en campagne ou dans une région comme l'Amazonie n'aura pas forcément les moyens d'accéder réellement aux soins : il est affilié mais n'a pas d'accès réel. Pour cette raison, la capacité du système de santé à octroyer des soins, notion qui se rapproche de l'affiliation, doit être complétée par une analyse des besoins (maladies déclarées) et de l'usage des services de santé. L'état de santé doit également être analysé par sous-groupes de population car c'est, *in fine*, la raison d'être d'un système de santé.

1.1 Mise en parallèle de l'affiliation et de l'accès : un résultat très contrasté

Une analyse de l'affiliation depuis 1990 montre clairement une augmentation de la couverture, spécialement entre 1995 et 1997, période durant laquelle l'affiliation a presque doublé en trois ans (*Cf.* Graphique 2.1 : Evolution de l'affiliation de 1990 à 2007). Cette forte augmentation peut être imputable à :1) l'inclusion du noyau familial de l'affilié dans le régime contributif et 2) l'envol de l'affiliation dans le régime subsidié.

Graphique 2.1: Affiliation au système de santé colombien entre 1990 et 2011



Source : Ministère de la protection sociale et DANE (2012)

L'augmentation de l'affiliation suite à la réforme s'est faite pour tous les échelons socio-économiques, mais de façon plus prononcée pour les échelons les plus bas, ce qui a induit une baisse progressive des inégalités sur le plan de l'affiliation. Toutefois, en 2007, les hommes sont plus touchés par la non-couverture que les femmes, plus présentes dans l'ensemble des régimes (*Cf.* Tableau 2.6 : Affiliation par sexe et par régime en 2007). Une analyse plus précise de l'évolution de cette donnée montre que les femmes ont plus bénéficié que les hommes de l'augmentation du taux de couverture. Ceci est la conséquence de l'extension de la couverture au noyau familial qui a plus profité aux femmes, moins présentes sur le marché du travail que les hommes.

Tableau 2.6 : Affiliation par sexe et par régime en 2007

Régime	Sexe		Total	%
	Hommes	femmes		
Régime contributif	7.482.610	8.670.636	16.153.246	37,10
Régime subsidié	7.825.175	9.039.483	16.864.658	38,74
Régimes spéciaux	695.321	806.097	1.501.419	3,45
Sans régimes	4.307.287	4.111.179	8.418.466	19,30
Indéterminé	367.796	231.719	599.515	1,38
Total	**20.678.189**	**22.859.114**	**43.537.303**	100,00

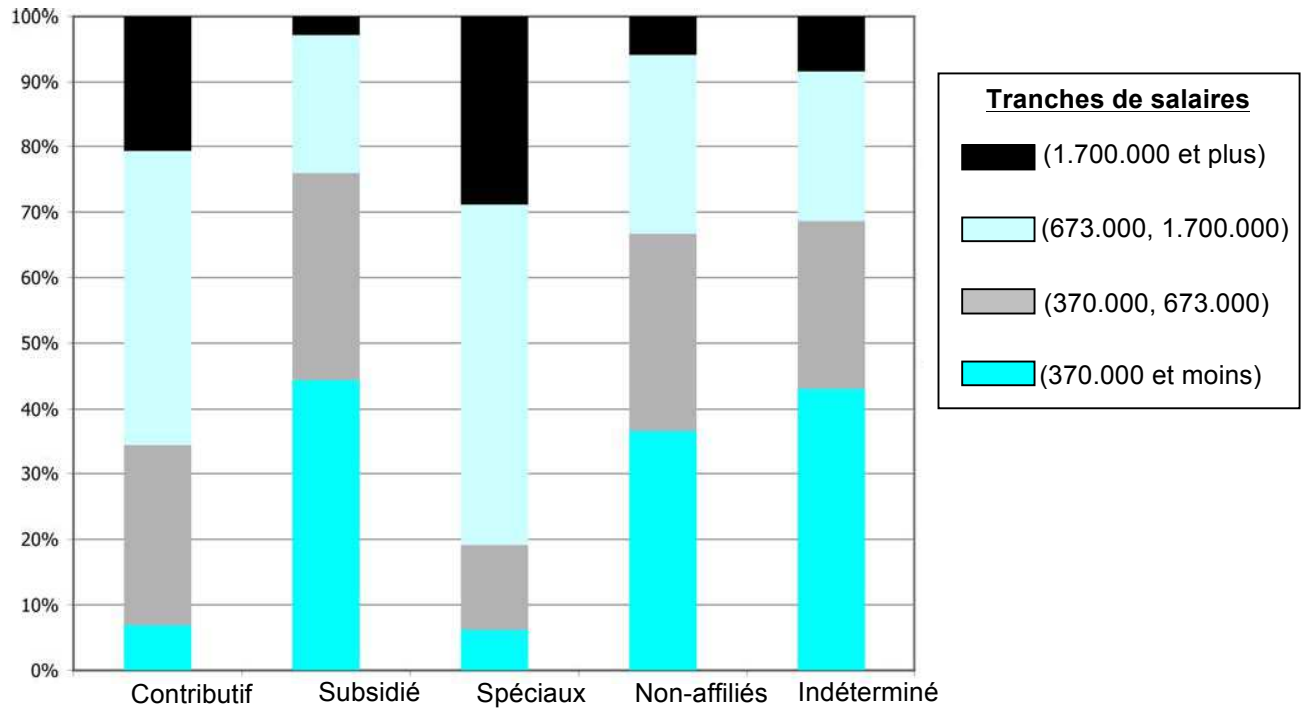
Source : Ministère de la protection sociale et DANE

De même, les inégalités de couverture par région défavorisent les zones rurales, bien que depuis 1990 elles aient connu une plus forte croissance de l'affiliation que les zones urbaines : alors que l'affiliation dans les zones rurales est multipliée par sept entre 1995 et 2007, elle n'est même pas multipliée par deux dans les zones urbaines. Ainsi, les zones rurales sont défavorisées en termes d'affiliation mais portent néanmoins en grande partie la responsabilité de l'extension de la couverture depuis la réforme. La distinction par régions signale un phénomène similaire : les régions les plus riches possèdent les taux de couverture les plus élevés du pays, cependant, en termes de croissance de ce taux, ce sont les régions les plus pauvres les plus dynamiques. Malgré ces progrès en termes d'équité entre régions riches et régions pauvres, en 2007, l'écart des taux de couverture entre elles reste important : 16,6% de

non-affiliés dans la région Atlantique (la plus pauvre) et 7% dans la région la plus riche (Bogotá).

Sur le plan socio-économique, peut être retenue comme analyse le fractionnement de la population en dix sous-groupes différents afin de déterminer la distribution de ces dix catégories dans l'ensemble des régimes (à l'exception du subsidié partiel) :

Graphique 2.2 : Tranches de salaires par régime, 2007



Source : ENDS 2007

Il est possible d'observer, à partir de ce schéma, la forte concentration des hauts revenus (les quatre derniers déciles) dans le régime contributif et sa symétrie dans le régime subsidié, qui regroupe – ce qui est somme toute prévisible – les déciles les plus bas en termes de revenus (*Cf*. Graphique 2.2 : Tranches de salaires par régime, 2007). Il est à noter que près de 25% des bénéficiaires du régime subsidié appartiennent aux déciles les plus élevés. Cela est explicable par le fait que le SISBEN est géré à l'échelle municipale (en vertu de la volonté de décentralisation intrinsèque à la réforme de 1993) ce qui a permis à la corruption de se développer plus facilement se traduisant, entre autre, par des affiliations sans liens avec les niveaux de revenus. Par exemple, ce procédé permet d'éviter à un travailleur indépendant aisé de cotiser 12,5% de ses revenus pour accéder au système de santé. L'autre cas de figure est

l'erreur d'affiliation de la part du SISBEN - qui est en fait une enquête de terrain et un système informatique faillible (base de donnée, modèle statistique) - dont les probabilités d'occurrence ne sont pas à exclure.

La non-affiliation est un phénomène se concentrant en grande partie (68%) parmi les strates les plus pauvres de la population tandis qu'à l'inverse, les régimes spéciaux constituent à 82% la couverture-santé des plus aisés. Autre disparité à souligner : l'affiliation au régime contributif prédomine dans les villes tandis que dans les campagnes, l'affiliation s'appuie surtout sur le régime subsidié. Cet élément permettrait de déduire – étant donné que les zones rurales sont les régions les plus pauvres de Colombie – que le régime subsidié accomplit son objectif de focalisation, à échelle régionale.

Pour conclure, en termes d'affiliation le système de santé colombien a obtenu des résultats contrastés :

- Les régions les plus pauvres sont celles où la couverture est la moins dense, mais également celles où les progrès en termes d'affiliation ont été les plus notables.
- L'affiliation tend à s'appuyer sur le régime subsidié en zone rurale et sur le régime contributif en zone urbaine ce qui peut être considéré comme étant un signe d'efficience de la focalisation sur le plan géographique. Reste qu'une part de la population bénéficiant du régime subsidié ne fait pas partie des revenus les plus modestes, ce qui est une limite à la focalisation, et donc à l'équité du mécanisme.
- Le régime subsidié couvre cependant en majorité la population pauvre tandis que le régime contributif repose sur les populations aux revenus plus élevés ce qui démontre la complémentarité des deux régimes. La croissance plus forte du régime subsidié est également un signe de vitalité du principe de solidarité entre les deux régimes.
- Enfin, et c'est ce qui apparaît en dernière analyse comme étant le plus inéquitable dans la réforme de 1993, les écarts de prestations entre les différents régimes relayent les écarts de revenus sans qu'une convergence des POS, pourtant prévue, ne se déclenche.

Ainsi, si les inégalités tendent à se réduire progressivement et la couverture à s'étendre aux populations pauvres, il reste néanmoins une inégalité intrinsèque au système de santé résidant dans la différence de prestation des soins que l'on soit riche ou pauvre, qui minore tous les progrès quantitatifs réalisés par le taux d'affiliation. Tout le débat concernant l'affiliation gravite autour de ce concept : l'affiliation n'étant pas l'accès aux soins, disqualifier sans réserve le système public d'avant la réforme de 1993 semble trop précipité. En effet, il est récurent de gratifier l'ancien système d'un pourcentage de 22% de population *ayant accès aux soins* et le nouveau système d'un pourcentage *d'affiliation* de presque 80%. Mais les deux données, fréquemment comparées, ne sont en fait pas comparables. En théorie, 100% des colombiens étaient affiliés *de facto* à l'ancien système de santé public, qui finançait exclusivement l'offre de soins. Le problème résidait dans l'insuffisance des fonds qui créait des problèmes de saturation du réseau de soins (Velez, 2007) et ne permettait qu'à 22% de la population d'accéder réellement aux soins. Donc pour comparer de façon efficace les deux systèmes, et donc juger des avancées réelles dans le secteur de la santé, c'est *l'accès aux soins pour les deux systèmes* qu'il faut comparer, et non l'accès pour l'ancien et l'affiliation pour le nouveau.

Il est nécessaire, pour évaluer l'accès aux soins, de procéder en trois temps : 1) comptabiliser les maladies déclarées sur une période donnée, 2) en déterminer le pourcentage de prise en charge et 3) comprendre les raisons de la part non prise en charge. L'enquête nationale de démographie et santé donne accès à ces informations et permet d'établir que depuis 2000, sur le nombre total de maladies déclarées, le pourcentage d'entre elles qui sont prises en charge par le système de santé se situe aux alentours de 67%. Ce chiffre représente l'accès réel des individus au système de santé. Cette donnée est variable selon la région, le sexe et le niveau de richesse, favorisant les groupes sociaux les plus aisés (*Cf.* Tableau 2.7 : Taux de consultation par régime, en 2000 et 2005). Les zones rurales, la région orientale et les trois quintiles de revenus les plus bas utilisent moins les services de santé lorsqu'ils font face à une maladie que les régions et les quintiles les plus riches : la population aisée utilise le système de santé 50% de plus que la population pauvre. Cette différence d'utilisation est la même entre les non-affiliés des quintiles les plus élevés et les non-affiliés des quintiles les plus bas.

Tableau 2.7 : Taux de consultation (en %) par régime, en 2000 et 2005						
Niveau	**2000**			**2005**		
	Contributif	**Subsidié**	**Non-affiliés**	**Contributif**	**Subsidié**	**Non-affiliés**
Zone						
Urbaine	82,4	75,2	53,9	79,6	71,2	53,8
Rurale	76,3	57,9	47,6	75,1	62,5	42,6
Urb / Rur.	1.07	1.29	1.13	1.05	1.13	1.26
Région						
Atlantique	84,2	75,6	52,7	83,7	71,5	55,5
Oriental	81,0	56,1	48,4	66,2	54,7	32,6
Central	80,0	68,4	51,1	80,0	74,4	56,7
Pacifique	79,9	69,0	51,7	83,9	78,5	54,4
Bogotá	84,1	82,1	62,9	84,5	71,7	60,8
Meilleur/pire	1.05	1.46	1.30	1.27	1.43	1.86
Quintile de revenus						
q1	66,9	59,6	41,9	70,7	59,4	39,8
q2	81,7	67,6	49,0	74,9	71,9	52,4
q3	79,6	73,2	50,4	79,2	72,6	53,1
q4	79,1	81,8	62,6	79,0	71,3	54,1
q5	87,3	73,7	66,8	80,8	70,3	59,4
q5/q1	1.30	1.23	1.59	1.14	1.18	1.49
Total	81,7	67,6	51,9	79,2	67,8	50,2
Source : Departamento Nacional de Planeacion (DNP), 2007, Bogotá.						

Une analyse par régime révèle que les taux de consultations sont largement supérieurs (entre 10 et 20%) pour le régime contributif que pour les régimes subsidiés et transitoire : pour ce dernier régime, le taux de consultation en cas de maladie des populations les plus pauvres n'atteint pas les 40%, ce qui est deux fois moins que pour le régime contributif. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que les habitants des zones rurales et aux revenus les plus bas sont les plus défavorisés en termes d'offre de services de soins (17% des causes de non-consultation) (Florez, 2007). En tendance, entre 2000 et 2005, deux tendances sont à souligner : 1) le taux de consultation ne progresse pas, voire régresse pour le régime contributif et les non-affiliés et 2) avec la croissance plus forte de l'affiliation au régime subsidié, les inégalités d'accès aux soins tendent à diminuer. De même, il n'y a pas, ou peu, de différences notables du point de vue de l'accès aux soins entre les femmes et les hommes.

Les raisons de la non prise en charge sont clairement identifiées (*Cf*. Tableau 2.8 : Classement des causes de non-accès aux soins par régime en 2007). Pour les régimes spéciaux, contributif

et subsidié, la première raison de non-consultation est l'auto-résolution du problème de santé alors que, pour le régime « transitoire », la première raison est le coût des soins trop élevé (à l'inverse, cette cause n'est responsable que de 0,6% des « non-consultations » des régimes spéciaux) ce qui tend à confirmer que les classes sociales non-affiliées et s'en remettant au réseau de soins publics ne bénéficient ni des subsides à la demande (trop « riches » pour accéder au régime subsidié) ni réellement des subsides à l'offre pour des raisons financière (ils doivent participer à hauteur de 30% au financement des soins).

Tableau 2.8 : Classement des causes du non accès aux soins (en %) par régime en 2007

Causes du non-accès aux soins	Régime d'affiliation				
	Contrib.	Subsidié	Spéciaux	Aucun	*Moyenne*
Le problème de santé s'est dissipé tout seul	26.3	21.1	31.2	20.9	24.9
A pensé qu'il n'était pas nécessaire de consulter	23.0	14.0	20.1	13.9	17.7
Négligence	15.9	17.9	15.4	12.6	15.4
La consultation est trop chère	3.9	8.6	0.6	22.9	9.0
Les horaires ne conviennent pas	7.6	6.3	4.9	3.2	5.5
Le temps d'attente est trop long	3.6	4.2	5.1	1.4	3.6
N'a pas pu obtenir de rendez-vous dans les temps	3.8	3.8	4.2	1.9	3.4
La prise en charge est mauvaise	3.1	4.2	4.1	1.8	3.3
N'a pas où être hébergé	0.8	1.1	0.9	9.4	3.1
N'apprécie pas d'aller aux consultations	2.0	2.9	4.3	2.2	2.9
Ne fait pas confiance aux médecins	2.9	3.1	3.7	1.4	2.8
Les démarches administratives sont trop lourdes	3.0	4.5	2.6	1.1	2.8
Le centre de soins est trop éloigné	1.0	4.2	1.7	2.4	2.3
Les soins ne sont pas couverts par le plan de santé	0.6	1.1	0.7	1.8	1.0
S'y est rendu mais n'a pas été pris en charge	1.1	1.5	0.2	1.1	1.0
A eu peur ou honte d'aller consulter un médecin	0.9	1.1	0.3	1.2	0.9
Ne connaît pas ses droits	0.3	0.2	0.0	0.4	0.2
Ne sait pas où se rendre pour se faire soigner	0.2	0.2	0.0	0.3	0.2

Source : Encuesta Nacional en Salud (2007), Ministère de la protection sociale, Bogotá

Ensuite viennent les raisons de négligence (15,4%), de manque de temps (5,5%), de délais d'attente trop long (3,6%), etc. Il est à noter que : 1) la raison de négligence est moins fréquente parmi les non-affiliés que pour les autres régimes, 2) les items concernant les carences en matière d'accueil sont le plus mentionnées par les affiliés des régimes spéciaux, au contraire des non-affiliés qui sont ceux qui s'en plaignent le moins, 3) Les affiliés du régime subsidié se distinguent des autres régimes par : l'éloignement des services de santé (qui confirme leur plus grande localisation en zone rurale) et les démarches administratives

trop lourdes et dissuasives[23], 4) Entre 2000 et 2007, l'analyse de ces données montre une avancée significative de l'item « mauvaise qualité de la prise en charge » comme raison de non-utilisation du système de santé, surtout parmi les groupes sociaux les plus aisés.

Ainsi, l'analyse de l'accès aux soins met en évidence des inégalités persistantes entre les groupes sociaux. Inégalités du système de santé qui ne font en fait que relayer les différentiels de revenus, l'éloignement géographique des populations pauvres rurales, les différences de prise en charge pour chaque régime, mais aussi les différences de comportement face à la maladie. En ce sens, le système de santé, bien que l'affiliation ait connu une très forte croissance suite à la réforme et notamment dans le régime subsidié (ce qui amortit dans une certaine mesure la hausse des inégalités en transférant une part des non-affiliés vers le régime subsidié, moins inéquitable), ne résout pas les problèmes structurels de *l'accès* aux soins qui fait défaut, non seulement aux populations les plus démunies, mais aussi et surtout à la population non-affiliée qui, étant donné le mode de fonctionnement du ciblage, ne correspond pas obligatoirement à la population la plus défavorisée.

Cas pratique : l'accès aux plans de vaccination chez les enfants

Un point précis révélant ces inégalités dans l'accès aux soins est le cas des vaccins chez les enfants entre 12 et 23 mois dont la couverture, selon plusieurs études (Muños, 1999; Malaga, 2000; Glassman, 2007), a eu tendance à se détériorer depuis 1995 (*Cf.* Tableau 2.9 : Inégalités dans la couverture des plans de vaccination chez les enfants, entre 1995 et 2005). Les résultats montrent que la couverture des plans de vaccination est passée de 77,9% en 1990, avant la réforme, à 71,2% en 2005. Cette détérioration serait due à la décentralisation effectuée par la réforme qui a fragilisé la mise en application des plans de vaccination chez les enfants en modifiant la responsabilité des acteurs dans ce domaine (Glassman, 2007). Une autre conséquence négative est l'approfondissement des inégalités dans l'accès à ce service de santé défavorisant les populations pauvres et rurales. En effet, les zones rurales sont en moyenne moins couvertes de 10% que les zones urbaines et l'écart entre le quintile de revenus le plus élevé et le quintile le plus bas est en moyenne de 20%. Ces inégalités par tranche de revenus se reproduisent au sein des régimes d'assurance : les plus riches affiliés au régime subsidié

[23] Démarches plus lourdes et dissuasives du régime subsidié : ce fait est corroboré par une analyse des délais d'attente supérieurs de 30 minutes par rapport aux autres régimes (attente moyenne régime subsidié : 57 minutes, régime contributif : 26 minutes) (ENS 2007).

ont une couverture de vaccination 16% plus importante que les plus pauvres du même régime. Il est à relever cependant que pour les non-affiliés, cette différence est de 34%. Donc dans une certaine mesure, l'affiliation restreint l'ampleur de l'inégalité en matière de revenus, sans toutefois l'annuler. Il n'y a pas en revanche d'inégalités majeures par sexe et par région, sauf pour la région Atlantique observant un accès aux plans de vaccination très en dessous de la moyenne nationale.

Tableau 2.9 : Inégalités dans la couverture des plans de vaccination chez les enfants (entre 1995 et 2005)

Type d'inégalité	Niveau d'incidence (%)			
	1990	1995	2000	2005
Zone				
Urbain	81.0	74.5	69.0	73.9
Rural	71.7	66.0	59.7	65.6
Urbain / Rural	1.13	1.13	1.16	1.13
Région				
Atlantique	70.5	72.8	56.4	64.3
Oriental	79.5	74.3	67.6	71.3
Central	78.0	71.8	69.1	71.7
Pacifique	82.8	70.9	65.1	76.0
Bogotá	83.2	65.7	72.5	75.1
Meilleure / Pire	1.18	1.13	1.29	1.18
Sexe				
homme	76.7	75.0	66.6	73.2
Femme	79.2	67.6	65.4	68.9
Femme / homme	1.03	0.90	0.98	0.94
Economique (par quintiles de revenus)				
q1	67.0	60.2	52.6	63.7
q2	73.0	72.5	66.6	67.0
q3	83.4	73.4	70.9	77.4
q4	86.5	77.8	74.2	74.6
q5	84.5	79.3	71.0	82.7
q5 / q1	1.26	1.32	1.35	1.30
Total	77.9	71.5	66.0	71.2

Source : Departamento Nacional de Planeacion (DNP), 2007, Bogotá.

Pour conclure et contrairement à l'analyse de l'affiliation, l'étude de l'accès aux soins après la réforme de 1993 montre des résultats plus contrastés. Elle met en lumière le fait que, au-delà de l'affiliation à tel ou tel régime, les inégalités sont relayées - au sein de chaque régime et entre les régimes - par le canal de l'accès aux soins. L'impact des inégalités de revenus sur l'usage réel des services de santé est le plus important parmi les indicateurs considérés. Intervient également la zone comme facteur d'inégalité dans l'accès aux soins, défavorisant

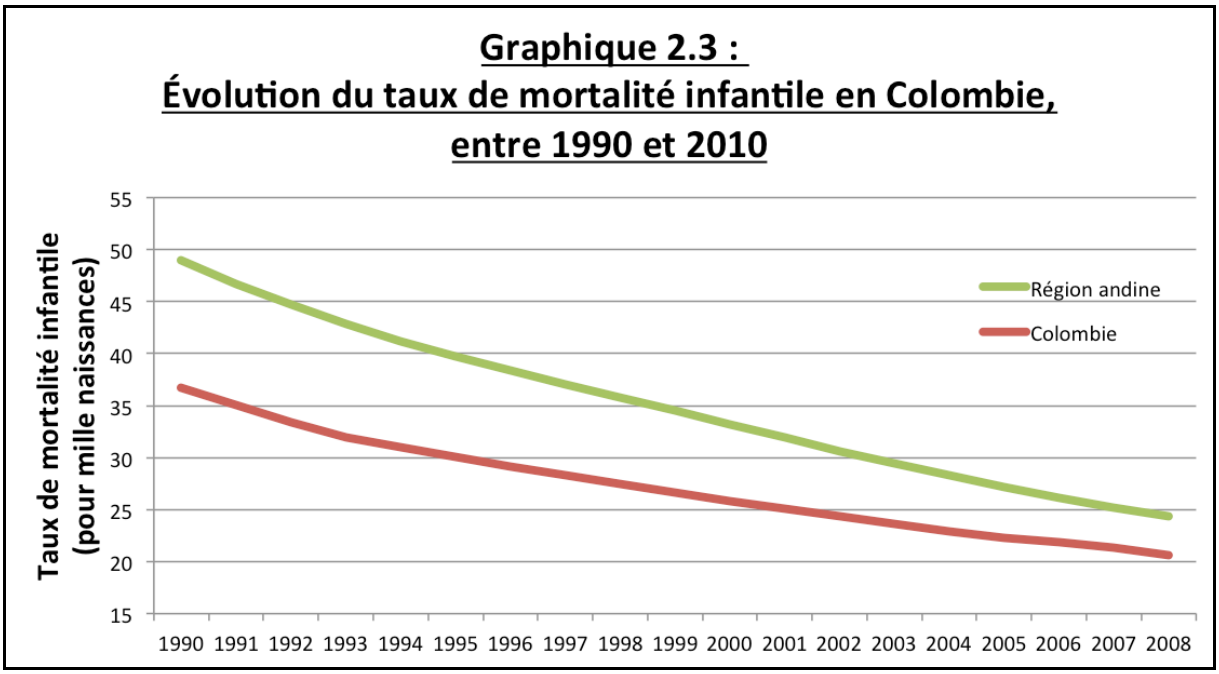
de façon significative les populations rurales. La région est, mais dans une moindre mesure, un facteur d'inégalité et notamment pour la région Atlantique. Ainsi, si l'affiliation s'est étendue de manière très importante depuis 1993, l'accès aux soins observe une évolution moins rapide, voire décroissante pour certains services, comme par exemple les plans de vaccination pour les enfants, tout en reproduisant les schémas inégalitaires d'année en année, ce qui se répercute négativement sur l'état de santé d'une partie de la population.

1.2 Bilan de l'état de santé de la population colombienne

L'amélioration de l'état de santé d'une population est l'objectif ultime de toute réforme d'un système de santé. Son évaluation est donc indispensable pour obtenir une vision générale et claire des effets de la réforme de 1993. Pour ce faire, il convient de choisir des indicateurs très précis et les évaluer sur une durée suffisamment longue. Les données-sources disponibles permettent d'analyser : pour les enfants, la mortalité infantile et la dénutrition chronique chez les moins de cinq ans ; pour les adultes, les complications à l'accouchement et lors de ses suites.

La mortalité infantile est l'un des indicateurs les plus utilisés pour décrire le niveau de vie général d'une population donnée, l'efficacité d'un système de santé en particulier et la qualité des soins obstétriques et pédiatriques précisément. En Colombie, la mortalité infantile connaît une importante réduction depuis plusieurs décennies : entre 1950 et 2003, le taux de mortalité infantile a diminué de plus de 87% (Diaz, 2003). Elle atteint en 2008 le taux de 20,3 décès avant l'âge d'un an pour mille naissances (*Cf*. Graphique 2.3 : Taux de mortalité infantile entre 2000 et 2008).

Graphique 2.3 :
Évolution du taux de mortalité infantile en Colombie, entre 1990 et 2010



Source : Organisation Mondiale de la Santé (2012)

Soulignons le fait que le taux de mortalité colombien reste nettement supérieur à la moyenne sud-américaine, malgré une réduction progressive de cet écart. Par ailleurs, la décomposition du taux de mortalité infantile par groupes de population montre une persistance des inégalités (*Cf.* Tableau 2.10 : Taux de mortalité infantile par groupes socio-économiques entre 1995 et 2005). En effet, la mortalité infantile a toujours présenté des inégalités entre les zones urbaines (20,5 ‰ en 2005) et les zones rurales (26,4 ‰) étant donné le contexte plus défavorable des zones rurales concernant l'accès aux soins et à tous les services de base nécessaires à la bonne santé d'un nouveau-né (eau potable, médecine de proximité, etc.). Une analyse plus approfondie permet de déterminer que les inégalités au sein des zones urbaines sont plus fortes que les inégalités au sein des zones rurales : les groupes sociaux aux revenus les plus élevés au sein des villes ont un taux de mortalité 2,8 fois inférieur aux groupes sociaux les plus pauvres. En zone rurale, leur taux est 1,5 fois inférieur. Ainsi, les zones rurales ont un taux de mortalité infantile plus élevé mais moins d'inégalité entre les groupes socio-économiques.

L'inégalité par région tend à favoriser les régions les plus riches. Ces inégalités régionales, qui ont augmenté entre 1995 et 2000, diminuent sur la période complète : le rapport entre la région la moins bien positionnée et la mieux positionnée passant de 1,68 à 1,42 entre 1995 et 2005. Il est intéressant de noter que Bogotá, qui est la région la plus riche, ne bénéficie pas du taux de mortalité infantile le plus bas (21,9 ‰ en 2005) ce qui peut s'expliquer par l'arrivée à

la périphérie de la capitale de la population déplacée, conséquence directe du conflit armé (FLOREZ, 2007).

Tableau 2.10 : Taux de mortalité infantile par groupes socio-économiques entre 1995 et 2005

Type d'inégalité	Niveau d'incidence (‰)		
	1995	2000	2005
Zone			
Urbain	28.7	21.5	20.5
Rural	36.0	31.7	26.4
Rural / Urbain	1.25	1.47	1.29
Région			
Atlantique	33.9	30.2	23.6
Oriental	23.6	25.6	19.6
Central	30.4	20.0	19.8
Pacifique	39.7	29.4	27.8
Bogotá	26.8	17.4	21.9
Pire / Meilleure	1.68	1.74	1.42
Sexe			
Homme	35.3	28.9	26.4
femme	27.1	20.5	18.1
homme / femme	1.30	1.41	1.46
Economique (par quintiles de revenus)			
q1	42.0	32.7	32.3
q2	31.8	32.3	24.3
q3	26.8	22.0	20.6
q4	22.2	12.1	14.3
q5	16.6	17.6	14.8
q1 / q5	2.5	1.9	2.2
Total	31.3	24.8	22.3

Source : Departamento Nacional de Planeacion (DNP), 2007, Bogotá.

La mortalité infantile présente également des inégalités selon la tranche de revenus : la population située dans le quintile de revenu le plus bas connaît un taux de mortalité très supérieur aux quintiles de revenus supérieurs (32,3 ‰ contre 14,8 ‰). Cependant, le taux de mortalité infantile décroît plus rapidement pour les quintiles de revenus plus faibles que pour les plus élevés, ce qui tend à diminuer progressivement les inégalités frappant le niveau de revenus (le rapport entre le quintile le plus élevé et le quintile le plus faible passe de 2,5 en 1995 à 2,2 en 2005)

Ainsi, l'étude de la mortalité infantile suggère que le niveau de soins dans ce domaine progresse rapidement sans toutefois remédier de façon efficace aux inégalités. Des inégalités

qui se concentrent principalement sur le niveau de revenu, les deux quintiles les plus élevés étant bien en dessous de la moyenne nationale et, au contraire, le quintile le plus bas étant très au dessus de la moyenne nationale. La région et la zone sont également un canal d'inégalité pour la mortalité infantile, en défaveur des zones rurales. La différence des taux de mortalité infantile entre filles et garçons est également importante sans toutefois pouvoir parler d'inégalité. En effet, entrent en compte des facteurs biologiques, peut-être également socio-économiques, qui ont conduit à une décroissance plus rapide de la mortalité infantile chez les filles que chez les garçons, conduisant finalement à ce différentiel. Toutefois, aucune explication précise sur ce point ne peut être formulée autrement que sous la forme d'hypothèse.

Concernant la dénutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans, le même schéma que pour la mortalité infantile se reproduit : la dénutrition diminue sensiblement, passant de 13,3% à 9,9% de 1995 à 2005, tout en conservant la même forme d'inégalité en défaveur des populations vivant dans les zones rurales, dans les régions moins riches comme le sont les régions côtières (Atlantique et Pacifique), et parmi les quintiles de revenus les plus bas (*Cf.* Tableau 2.11 : Dénutrition chronique chez l'enfant de moins de cinq ans entre 1995 et 2005) . Etant donné que la réduction de la dénutrition est plus rapide dans les zones urbaines que dans les zones rurales, l'inégalité croît progressivement : en 2005, la dénutrition chronique chez les enfants des zones rurales est le double de ceux vivant dans les zones urbaines alors qu'en 1995 le rapport est de 1,6.

Procédant du même mécanisme, l'inégalité qui passe par le niveau de revenu croît tendanciellement, les quintiles les plus faibles subissant des taux de dénutrition chronique bien plus élevés que les niveaux de revenus supérieurs. Ainsi, de la même façon que pour la mortalité infantile, la dénutrition diminue mais l'inégalité subsiste, et en premier lieu en termes de revenus, puis également – mais dans une moindre mesure – en termes de zone et de région.

Tableau 2.11 : Dénutrition chronique chez l'enfant de moins de cinq ans entre 1995 et 2005			
Type d'inégalité	**Niveau d'incidence (%)**		
	1995	**2000**	**2005**
Zone			
Urbain Rural	10.8 17.3	9.7 17.3	7.6 14.9
Rural / Urbain	1.59	1.79	1.96
Région			
Atlantique Oriental Central Pacifique Bogotá	13.7 11.8 12.1 15.0 13.4	11.9 10.3 11.2 13.2 12.4	12.1 9.1 8.5 10.1 9.5
Pire / Meilleure	1.28	1.33	1.42
Sexe			
Homme femme	14.1 12.2	12.2 12.0	10.4 9.4
homme / femme	1.15	1.02	1.11
Economique (par quintiles de revenus)			
q1 q2 q3 q4 q5	21.2 15.0 12.0 6.2 5.1	19.6 14.6 10.3 6.6 4.4	16.9 10.8 8.1 5.3 2.1
q1 / q5	4.16	4.47	8.04
Total	13.1	12.1	9.9
Source : Departamento Nacional de Planeacion (DNP), 2007, Bogotá.			

Concernant l'indicateur de santé pour la population adulte, l'étude des complications à l'accouchement et post-accouchement permet d'observer des mécanismes différents des cas précédents. En effet, dans les deux situations, le taux de complication n'observe pas une évolution claire dans le temps et peut à ce titre être considéré comme constant, sans améliorations ni détériorations (*Cf.* Tableau 2.12 : Complications à l'accouchement et ses suites entre 2000 et 2005). La zone rurale est légèrement plus sujette aux complications post-accouchement mais c'est à peu près la seule source d'inégalité significative pour cet indicateur de santé. En effet, le niveau socio-économique de la région n'impacte pas de façon caractéristique et constante le taux de complication (par exemple en 2005, Bogotá, la région la plus riche, a le taux le plus élevé du pays). De même, le niveau de richesse n'est pas non plus une cause d'inégalité dans ce cas précis : tous les quintiles de revenus sont touchés a peu près de la même façon par les complications à l'accouchement et post-accouchement ce qui

signifie que, indépendamment du niveau de revenus, les mères ont reçu les soins nécessaires dans la plupart des cas. Ce qui rejoint le fait que les plans de santé, quels qu'ils soient, incluent tous les mêmes services relatifs à l'accouchement et ses suites, pour la mère et l'enfant.

Tableau 2.12 : Complications à l'accouchement et ses suites (en%), par groupes socio-économiques, entre 2000 et 2005

Type d'inégalité	Complications à l'accouchement		Complications après l'accouchement	
	1995	2000	1995	2000
Zone				
Urbain	8.7	9.9	35.2	34.9
Rural	9.7	10.2	40.2	37.4
Rural / Urbain	1.12	1.03	1.14	1.07
Région				
Atlantique	10.2	8.7	39.0	32.4
Oriental	8.3	11.5	37.3	35.8
Central	7.3	10.9	32.6	37.9
Pacifique	12.5	8.9	46.5	32.5
Bogotá	7.3	9.9	28.5	40.0
Pire / Meilleure	1.71	1.32	1.63	1.23
Economique				
q1	9.9	10.5	43.3	36.8
q2	9.8	9.5	37.5	35.9
q3	8.4	10.2	35.5	36.2
q4	7.9	10.0	32.4	34.6
q5	8.5	9.4	32.6	33.8
q1 / q5	1.17	1.13	1.33	1.09
Total	9.0	10.0	36.6	35.6

Source : Departamento Nacional de Planeacion (DNP), 2007, Bogotá.

Pour conclure, les indicateurs de santé choisis observent certaines différences. La mortalité infantile et la dénutrition chronique ont connu un certain recul (amorcé dès les années 1950 ce qui atténue les mérites de la réforme sur ces points précis) alors que les complications à l'accouchement et lors de ses suites sont restées invariables. Sur le plan de l'équité, les deux premiers indicateurs mettent en évidence une inégalité s'exerçant en premier lieu par le biais du revenu, puis de la zone et de la région. Au contraire, le cas de la santé des mères, pendant et après l'accouchement ne présente pas un niveau d'inégalité significatif.

Ainsi, ces indicateurs de santé ne montrent en fait pas de variations importantes, ni dans leur tendance, ni sur le plan de l'équité, qui pourraient être directement liées à la réforme de 1993.

Plusieurs explications peuvent être formulées à partir de ce résultat : 1) l'affiliation ne suffit pas à améliorer significativement les indicateurs de santé. Ces indicateurs dépendent d'un certain nombre de variables non prises en compte dans l'effort – même soutenu - d'améliorer l'affiliation : revenus, conditions de vie, progrès du droit du travail, accès aux infrastructures essentielles, contexte socio-économique et même politique, etc. Toutes ces variables dépassent le cadre de la réforme de 1993 et influent, en amont, sur l'état de santé d'une population. 2) Ces indicateurs de santé sont longs à réagir et la réduction des inégalités, par exemple, se fera sentir progressivement, à plus longs termes. 3) La qualité même des services de santé ne permet pas la nette amélioration des indicateurs de santé attendue après la réforme.

Ainsi, nous venons de souligner la nature spécifique du système de santé colombien, reproduisant un schéma d'octroi des soins intrinsèquement inéquitable et, si il a effectivement permis une extension de la couverture maladie, n'est pas parvenu toutefois à améliorer les indicateurs de santé de la population colombienne - relativement aux tendances lourdes observées depuis plusieurs décennies. Ce constat doit être connecté à une vision plus ample du système de santé incluant le concept de **circuit institutionnel** élaboré dans le chapitre 1. En effet, les interactions entre les agents du système doivent être prises en compte, non seulement dans le cadre d'une analyse économique des inter-relations nouées entre les acteurs, mais également historique, sociale et politique, prenant en compte les mécanismes rétroactifs des individus sur le système, afin d'identifier l'origine du blocage du système de santé colombien.

2. L'évolution du système de santé replacée dans le contexte institutionnel colombien

L'étude d'un système de santé ne peut se limiter à la stricte analyse de sa mécanique économique et de son organisation. Dans la mesure où celle-ci s'inscrit dans un contexte national spécifique bien plus large, incluant des variables impactant le système de santé dans son ensemble, il paraît indispensable de les prendre en compte dans cette analyse.

Nous avions pour cela émis l'hypothèse selon laquelle le système se présentait sous la forme d'un circuit institutionnel connaissant des cycles particuliers d'action du système et de rétroaction des individus sur le système par différents canaux, parmi lesquels la capacité des

instances démocratiques à refléter les « préférences » des individus. L'ensemble des interactions entre acteurs étant partagé en trois « sphères interactionnelles », formant ensemble un circuit institutionnel fermé : 1) l'impact des instances étatiques sur le système de soins, 2) l'impact du système de soins sur les individus et 3) l'impact des individus sur les instances étatiques. Chacune de ces trois relations peut être ou non à double sens, selon la configuration de l'architecture institutionnelle du pays étudié. De surcroît, chaque relation doit être analysée sous un angle institutionnel « élargi », dont trois paramètres semblent essentiels : historique, économique et social, ainsi que politique. En l'occurrence, replacé dans ce cadre d'analyse et à la lumière des caractéristiques analysées précédemment, le système de santé colombien présente des traits spécifiques dans chacune de ces sphères interactionnelles.

La première de ces sphères est celle englobant l'ensemble des relations tissées entre **les instances politiques et l'offre de soins**. Les mécanismes régissant le système colombien - que nous avons décrit précédemment - montrent que la place de l'Etat dans le système s'est profondément modifiée avec la réforme, laissant un autre type d'entité, les assureurs, prendre la place de co-régulateurs du système. Ce basculement constitue une ligne de fracture très profonde dans la mesure où la logique même du système et, par voie de conséquence, le comportement attendu des individus au sein du système, va s'en trouver modifié. En effet, en plaçant les assureurs comme axe de régulation du système de santé colombien, c'est bien les fondements de l'architecture institutionnelle que la réforme a restructurés car elle fait basculer une partie essentielle de la fonction de régulation du système vers un type d'entités ne faisant pas partie des instances politiques du pays. Reste cependant la superintendance en santé, organisme d'Etat situé en amont du système, ainsi qu'en aval le pilier judiciaire, pour contrôler le comportement des EPS. Mais ce contrôle se limite, pour la superintendance en santé, à veiller au respect des règles de la libre-concurrence par les acteurs du système, comme l'indique sa fonction officielle inscrite dans la Loi 100 de 1993 et le corrobore l'analyse des sanctions appliquées par la superintendance à l'encontre des EPS. À titre d'exemple, le dernier cas d'intervention d'envergure de la superintendance sur le marché de la santé concerne la sanction appliquée à 14 EPS du régime contributif - soit 85% des services de santé - en Novembre 2011, pour avoir choisi de manière concertée de restreindre le niveau des prestations tout en maintenant le niveau des prix (El Tiempo, 24 Novembre 2011). Pour cette stratégie de cartel contraire aux principes de libre-concurrence régissant le marché de la santé en Colombie, les sanctions financières s'élevèrent à environ 300 millions de dollars pour chaque EPS incriminée.

Cela démontre bien que les liens institutionnels unissant la sphère politique et la sphère de la santé sont complexes et à double sens : d'une part, le pouvoir législatif a transféré un pouvoir décisionnel conséquent aux acteurs du marché de la santé, prioritairement aux assurances dans la mesure où c'est obligatoirement à travers elles que transite le financement de la demande de soins et, par conséquent, de l'offre de soins : les assureurs sont en charge de la fonction essentielle d'administration des prestations des soins en fonction des risques de santé évalués pour chaque individu. Mais d'autre part, le pouvoir exécutif, au travers du ministère de la protection sociale, et de la superintendance en santé qui en est une émanation, encadre l'activité des assureurs sous contrainte, toutefois, d'une information très imparfaite. Il est en effet important de relever le fait que le transfert de compétences de l'Etat vers les sociétés d'assurances s'est accompagné, dans une certaine mesure, d'un transfert de la maitrise de l'information, de par la position d'intermédiaire obligatoire qu'elles occupent dans ce système. Ainsi, depuis environ dix ans, les scandales financiers jalonnent l'histoire du système de santé colombien, scandales impliquant les assureurs qui tentent, par toutes les techniques comptables possibles, tantôt de masquer une partie de leurs profits, tantôt de gonfler leur nombre d'affiliés dans le but d'augmenter artificiellement les subsides de l'Etat, tout cela étant dû aux difficultés qu'éprouvent les instances de contrôle à analyser la masse des informations qui circulent entre les EPS et les instances de régulation étatique, du fait de l'architecture institutionnelle du système de santé colombien intrinsèquement déséquilibrée.

Dans un pays où les niveaux de corruption dans la haute administration sont très souvent mentionnés dans les rapports internationaux traitant cette question (Transparency International, 2011), il semble pertinent de s'interroger sur la volonté réelle des instances de contrôle à appliquer pleinement les sanctions à l'encontre des EPS et cela pour deux raisons apparentes : 1) le lien intime unissant la sphère politique et ces instances de contrôle, rappelons que le superintendant en santé, qui est à la tête du principal organe de contrôle, est nommé par le Président de la République et, 2) la réticence à pénaliser un secteur économique qui est à lui seul la clé de voûte du système de santé, lui même en partie garant de la paix sociale. En clair, les compagnies d'assurances sont en position de force par rapport à ces instances de régulation.

Cela nous amène naturellement à nous interroger plus en profondeur sur le poids et l'influence des sociétés d'assurances dans les décisions politiques prises par le gouvernement.

C'est cette relation qu'il est finalement très intéressant d'analyser pour comprendre la dynamique globale du système de santé colombien. En effet, l'analyse des débats qui ont eu lieu lors de la constituante de 1991 et qui ont conduit à l'adoption de la Loi 100 de 1993 montre une polarisation très nette des positions entre, d'un côté, les partisans du renforcement du système de sécurité sociale en vigueur depuis 1975 et son élargissement à l'ensemble de la population - position défendue par les conservateurs et une partie du mouvement de guérilla M19 - et, de l'autre, les partisans d'une dérégulation totale du système de santé - position défendue par les libéraux, dont faisait partie le futur président Alvaro Uribe, en tant que jeune député. La synthèse qu'a finalement choisie l'assemblée constituante - le « juste-milieu » - pourrait être analysée selon la terminologie de l'école sociologique américaine du « structuro-fonctionnalisme » : l'universalisme, c'est à dire l'extension de la couverture maladie, était la fonction « manifeste » de la réforme, tandis que permettre à des acteurs privés de pénétrer le secteur de la santé, devenu dès lors un « marché », était la fonction « latente », c'est à dire « sous-jacente », mais nettement plus importante. En effet, la réforme a eu pour conséquence une augmentation progressive mais très importante du chiffre d'affaire généré par les EPS - sans pour autant que leur situation financière soit transparente et saine (Nuñez et Gonzalo, 2012) - jusqu'à constituer, pour les plus grandes d'entre elles[24], parmi les entreprises les plus importantes de Colombie à la fin des années 2000, avec des chiffres d'affaires oscillant, selon les informations parcellaires dont nous disposons, entre 10 millions de dollars et 250 millions de dollars annuels pour les plus importantes des EPS (Pelaez, 2006).

Ce poids économique croissant des organismes d'assurance dans l'économie colombienne a naturellement un impact sur les décisions politiques prises par les différents gouvernements colombiens. En effet, bien que cela soit très difficile à démontrer par des faits, cette relation laisse toutefois quelques indices qu'il est important de relever. Tout d'abord, bien que le pouvoir législatif soit conscient du fait que ce déséquilibre en faveur des assureurs mette en danger l'un des piliers de tout Etat de droit - la santé - celui-ci n'est pas parvenu à travers les différentes réformes qu'il a mises en place (2001, 2007, 2011), à juguler cette prédominance des acteurs privés dans le système de santé colombien (Franco Giraldo, 2011). Ceux-ci ont en effet systématiquement conservé leurs prérogatives sur le financement de l'offre de soins et

[24] Cinq EPS maintiennent depuis dix ans leur position parmi les cinq entreprises de Colombie les plus importantes en termes de chiffre d'affaire : Saludcoop, Coomeva, Salud Total, Susalud et Colsanitas.

donc conservé leur intermédiation dans l'allocation des ressources du système de soins, y compris lors des périodes de crise du financement du système de santé colombien.

À cet égard, la dernière crise du système de santé colombien remonte à fin 2009. Elle est l'illustration parfaite du parti pris des pouvoirs politiques en faveur des intérêts économiques des compagnies d'assurance. En effet, le système a connu de graves problèmes de financement liés en grande partie à la crise financière mondiale de 2008 qui s'est répercutée sur les actifs détenus par les compagnies d'assurance colombiennes. Les autorités ont donc décrété « l'état d'urgence social » en vertu de l'article 215 de la constitution colombienne qui concède au Président de la République le droit de gouverner par décret de façon temporaire et strictement réglementée. Contrairement à ce que laisse présager l'intitulé de ces mesures exceptionnelles, le but n'est pas d'élever le droit à la santé des citoyens au stade de priorité nationale en le garantissant quel qu'en soit le coût économique, l'Etat suppléant aux graves manquements des EPS, mais au contraire de sauver le système qui a conduit à cette situation dramatique, c'est à dire, sauver les compagnies d'assurance suivant deux lignes directrices : 1) resserrer au maximum les différents mécanismes régulateurs du système, comme par exemple : bloquer les tutelles, restreindre temporairement les plans de santé obligatoires (POS), surveiller au plus près les pratiques des médecins, bloquer les lois cherchant à unifier les POS et à donner plus de libertés aux médecins, etc. et, 2) apporter massivement du capital de l'Etat afin de renflouer les EPS. Ceci démontre bien la hiérarchie institutionnelle qui s'est instaurée progressivement dans le système de santé colombien.

Nonobstant le fait d'avoir écarté volontairement de cette analyse les aspects moins facilement démontrables, mais qui pourtant existent bel et bien, comme les faits de corruption politique *stricto sensu*, cette situation démontre déjà toute la complexité des liens institutionnels noués entre le pouvoir politique colombien et l'offre de soins, ces deux sphères institutionnelles formant, au sein du système de santé colombien, une sorte de « système double » caractérisé par un centre de gravité que nous pourrions identifier comme étant *les résultats financiers des sociétés d'assurance*, devenus - ou peut être était-ce la « fonction-objectif » de la réforme ? - un enjeu aussi important, sinon plus, que leur mission hippocratique par essence : l'octroi équitable et universel des soins à l'ensemble de la population colombienne.

Mais si l'on suit notre grille d'analyse du « circuit institutionnel », les interactions que nous devons maintenant logiquement analyser concernent les deux autres sphères institutionnelles :

l'offre de soins et la demande de soins. Il s'agit de comprendre comment interagissent ces deux sphères et quels sont les canaux de transmission des règles entre l'une et l'autre.

Toute l'architecture institutionnelle colombienne se fonde sur un principe fondamental : les individus sont rationnels et, face au libre-choix qui leur est offert, ils préfèreront toujours maximiser leur utilité individuelle, selon les principes fondamentaux de la microéconomie. Ainsi, pour orienter le comportement des patients dans le système, une donnée est fondamentale : l'information. Elle est la base de leur choix, le seul signal dont les individus disposent puisque le prix - ici l'Unité de Paiement par Capitation (UPC) - et les « quantités offertes » - c'est à dire en l'occurrence le panier de biens-santé (POS) - sont les mêmes pour tous les individus d'un même régime, à l'exclusion des contrats supplémentaires pouvant être souscrits par les plus riches (médecine prépayée). Et si l'UPC varie en fonction de plusieurs critères de vulnérabilité sociale (âge, sexe, etc.), cette variation de prix n'a pas d'impact sur la nature des soins prodigués et donc, de par sa nature « exogène », elle n'intervient pas dans son choix final.

La « liberté » de choix des individus s'exerce sur un panel d'assureurs, les EPS, dont la survie économique dépend du nombre d'affiliés qu'ils réussissent à attirer à eux. Pour y parvenir, les compagnies d'assurance déploient de grandes campagnes de communication afin d'informer les individus de la supériorité de leur réseau de soins par rapport à ceux de leurs concurrents. Dans cette optique, tous les supports publicitaires peuvent êtres mobilisés : spots télévisés, bien entendu, mais également sponsoring d'équipes de foot, émissions de radios, presse écrite, etc. L'architecture globale du système de santé colombien a donc pour effet positif de positionner la santé au premier plan des sujets de société : présents sur tous les fronts médiatiques, les organismes d'assurances rappellent à tous la nécessité d'être intégré au système de santé. Mais cet effet positif, non négligeable dans une société en développement - bien que nous montrerons avec l'enquête de terrain que la population pauvre est plus sensible à la distance du centre de soins qu'à l'effet réputation dans son choix du régime d'assurance - est mal compensé par l'effet pervers qui en résulte : l'hypertrophie des dépenses de communication dans le budget des organismes d'assurance.

En effet, le principe de concurrence entre assureurs incite mécaniquement chacun d'entre eux à dédier une part croissante de leurs dépenses à la stratégie de communication au détriment de leur rôle d'intermédiaires dans l'allocation des ressources destinées aux prestataires de soins.

Les réseaux hospitalier, les cliniques et les dispensaires subissent ainsi les répercussions de ces dépenses non allouées à la santé et supportent, *in fine*, toute la pression financière générée par les défauts de l'architecture institutionnelle du système de santé : en d'autres termes, les fonds dépensés par les assureurs en campagnes publicitaires nationales correspondent à autant d'économies que seront obligés de réaliser les prestataires de soins au détriment de la qualité des soins prodigués aux patients. L'analyse de la structure des coûts des organismes d'assurances démontre ce défaut structurel du système de santé colombien puisque la part allouée aux « frais d'administration », dans lesquels sont inclus les dépenses publicitaires, se situe officiellement entre 25 et 35% pour la plupart des EPS (Baron-Leguizamon, 2007), bien que ces données soient très difficilement accessibles et analysables étant donné le manque de transparence des EPS sur cette question et la multiplicité des systèmes de calcul des coûts (Duque et alii, 2009).

Conscient de cette tendance du système à faire accroître les dépenses liées à l'information et à la publicité, les organes législatifs ont adopté la loi 1438 du 19 janvier 2011 avec pour but de corriger, entre autre chose, ce défaut structurel grevant l'efficacité du système de santé. L'article 23 de cette loi stipule explicitement que « *les dépenses administratives ne peuvent excéder 10% de l'Unité de Paiement par Capitation* » et que cette disposition prendra effet à partir de janvier 2013. Cette loi précise également qu'il sera alors interdit pour les EPS d'utiliser leur budget à d'autres fins que leur mission : donner aux individus un accès aux soins. L'acquisition d'actifs financiers sera donc théoriquement prohibée. Mais ces mesures, qui sont en apparence de réelles avancées, ne peuvent être effectives que si, par ailleurs et plus fondamentalement, la comptabilité des organismes d'assurance est scrupuleusement contrôlée par l'Etat. En effet, dans un contexte de libre concurrence et sans contrôle efficace de l'Etat, les EPS seront tentées de mettre en œuvre des stratégies, comptables et autres, visant à contourner la loi, comme c'est actuellement le cas dans d'autres domaines et que certains procès médiatiques révèlent périodiquement.

Nous nous trouvons donc bien en présence d'une contradiction fondamentale de l'architecture institutionnelle du système de santé colombien : les incitations mises en place visent à confier aux acteurs une très grande responsabilité, la libre-concurrence devant se substituer à la gestion directe de l'Etat. De cette responsabilité des acteurs, qui est issue, dans son essence, du concept de rationalité, doit émerger un équilibre. Cet équilibre du marché de la santé ne peut être atteint sans un contrôle strict de l'Etat, ce qui contrevient aux principes

fondamentaux du système de santé colombien. Ce défaut structurel n'est pour l'instant pas résolu par les différentes réformes du système de santé colombien compte tenu du rapport de force existant entre les assureurs et le pouvoir politique.

Ainsi, l'interaction existante entre l'offre de soins et la demande de soins au sein du système de santé colombien est celle d'un marché de la santé déséquilibré par le poids très important qu'exerce un acteur-clé de ce système : les assureurs - privés, dans leur immense majorité - en situation d'oligopole et faisant face à des pouvoirs publics dans l'incapacité de contenir durablement cette prédominance. Tout cela au détriment de l'intérêt des patients qui n'ont, pour seul recours, que la justice comme pilier régulateur du système - au moyen des tutelles - mais qui n'ont pas de levier pour impacter directement la structure de l'offre de soins, à part celui de « choisir » leur réseau de soins *via* le choix de leur EPS et donc d'entériner, au moins collectivement, la pérennité de tel assureur par rapport à tel autre.

La dernière interaction à analyser est donc très logiquement celle unissant **la demande de soins aux pouvoirs politiques**, c'est à dire la rétroaction des individus sur le système de soins par l'intermédiaire des instances démocratiques. L'idée sous-jacente étant de comprendre dans quelle mesure l'ensemble de ces interactions forme un système capable, ou non, de s'adapter et d'évoluer dans l'intérêt des populations.

La République de Colombie est une démocratie représentative et de ce fait, répond aux critères habituels de ce type de régime politique : élections à différents niveaux de décision, séparation théorique des trois pouvoirs : législatif, judiciaire et exécutif, système parlementaire bicaméral, etc. La réalité est que la Colombie donne tous les signes d'une démocratie peu vivante et cela, pour trois raisons essentielles : historique, organisationnelle et sociologique.

La première raison, et la plus importante, est liée à l'histoire politique du pays qui plonge ses racines dans un conflit séculaire d'une extrême violence entre libéraux et conservateurs. Depuis le milieu du 18ème siècle jusqu'au milieu du 20ème, ces deux partis se sont livrés à une guerre civile très meurtrière qui se trouve être en partie à l'origine de l'extrême méfiance des colombiens vis-à-vis du pouvoir. Comme l'explique avec raison l'historien José del Pozo (2008) :

> « *On peut postuler que la violence d'aujourd'hui n'est pas le fruit de l'action de quelques trafiquants de drogue ni des visées révolutionnaires d'une poignée de gauchistes inspirés par Cuba. Au contraire, elle est le résultat d'un conflit séculaire, qui a créé une certaine « culture de la violence » dans les mentalités et qui est le responsable de l'absence d'un système institutionnel respecté par les citoyens* ».

Sans remonter jusqu'aux grandes invasions et au génocide des populations indigènes, héritage sanglant sur lequel dut s'ériger l'histoire des peuples sud-américains, les historiens s'accordent pour dater le début de cette violence, pour la Colombie, à l'année 1899, avec la guerre des mille jours qui décima aux alentours de 3,5% de la population colombienne. Cet affrontement, qui opposa violemment libéraux et conservateurs, connut une accalmie jusqu'au tournant des années 1940 puis fut relancé avec l'assassinat du leader progressiste Jorge Eliecer Gaitan le 9 avril 1948. Cet évènement est réellement central pour comprendre les évènements traversant la société colombienne contemporaine : il est en effet la matrice des conflits sociaux-politiques actuels.

C'est à partir de cette date que débuta la décennie nommée « la violence », avec en premier lieu l'épisode des révoltes populaires dans la capitale, connues sous le nom de *Bogotazo*, puis leur propagation dans tout le pays jusqu'à ce que des groupes libéraux, acculés par la répression exercée sur eux par le pouvoir conservateur alors en place, entrent en dissidence pour former des factions de guérillas, dont les Forces Armées Révolutionnaire de Colombie (FARC) et l'Armée de Libération Nationale (ELN), toujours actives actuellement, sont issues. Cet épisode douloureux de l'histoire colombienne amena un système politique particulier qui explique en partie la défiance des colombiens vis-à-vis du pouvoir : afin de trouver une issue à cette période de violence, les libéraux et conservateurs trouvèrent un accord en 1958, sous le nom de Front National, qui était en fait un système « d'alternance automatique », c'est à dire un partage du pouvoir entre les deux grands partis, ce qui acheva de décrédibiliser la démocratie colombienne aux yeux de la population. Ce Front National perdura officiellement jusqu'en 1974, avec des taux d'abstention record à chaque élection, mais sa mécanique continue encore actuellement d'œuvrer en faveur de cette alternance « tacite » entre les deux partis principaux, libéral et conservateur.

Ainsi, cette construction historique qu'est l'Etat colombien de droit et de justice, est issue de cette violence politique endémique, laquelle produisit à son tour un bipartisme imposé. Ces deux aspects du pouvoir colombien sont bien les causes essentielles du divorce très profond entre l'Etat et les citoyens.

Mais si la violence politique, qui est au fond une violence entre classes sociales, est la matrice de la démocratie colombienne, celle-ci génère, par ricochet, une violence bien plus générale, touchant différents niveaux de la société colombienne. En effet, en tant que construction issue d'une violence politique extrême, l'Etat colombien, au cours de sa concrétion, n'a pas été perçu par une grande partie de la population comme légitime pour instaurer la paix sociale (Gonzales et Zambrano, 1995). Cette méfiance originelle vis-à-vis de l'Etat est due essentiellement à une corruption très importante dans les sphères de l'administration. Mais la corruption n'étant que le prolongement de la violence au niveau institutionnel, elle est en réalité la continuité logique de ce type d'interaction entre les individus, régulé en grande partie par le rapport de force. De là provient la formation du paramilitarisme, très prégnant en Colombie : à l'Etat de droit, considéré par certaines catégories de la population comme inopérant pour défendre l'intérêt des citoyens, se substitue progressivement la loi des milices d'autodéfenses. À cet égard, l'Etat colombien peut être considéré comme une « construction inachevée en tant que régulateur des rapports sociaux » (Gonzales et Zambrano, 1995). Car en raison de ce défaut de légitimité et d'efficacité permettant de tisser le lien social, garant de stabilité, un large espace a été progressivement laissé au règlement privé des conflits (délinquance commune) ainsi qu'au développement des marchés parallèles, qui en est le corollaire (violence mafieuse), ce qui produisit un cercle vicieux entre ces trois types de violence - politique, commune et mafieuse - surtout à la fin des années 1970 : l'accroissement de la violence dans toutes les sphères de la société colombienne conduisit à une perte de contrôle de la part de l'Etat colombien et réciproquement, la perte de contrôle de l'Etat permettant l'explosion des trois types de violence.

Il est très important de comprendre d'où vient historiquement cette violence pour pouvoir faire le lien avec les représentations qu'ont les individus des institutions. Car cette violence, en se répandant dans l'ensemble des sphères de la société colombienne, a modifié considérablement la perception des individus en tant que corps social. En premier lieu, la violence s'intensifie, devient « banale », et apparaît enfin comme une pratique efficace et légitime : elle devient elle-même, en quelque sorte, une règle. Cette évolution conduit à une

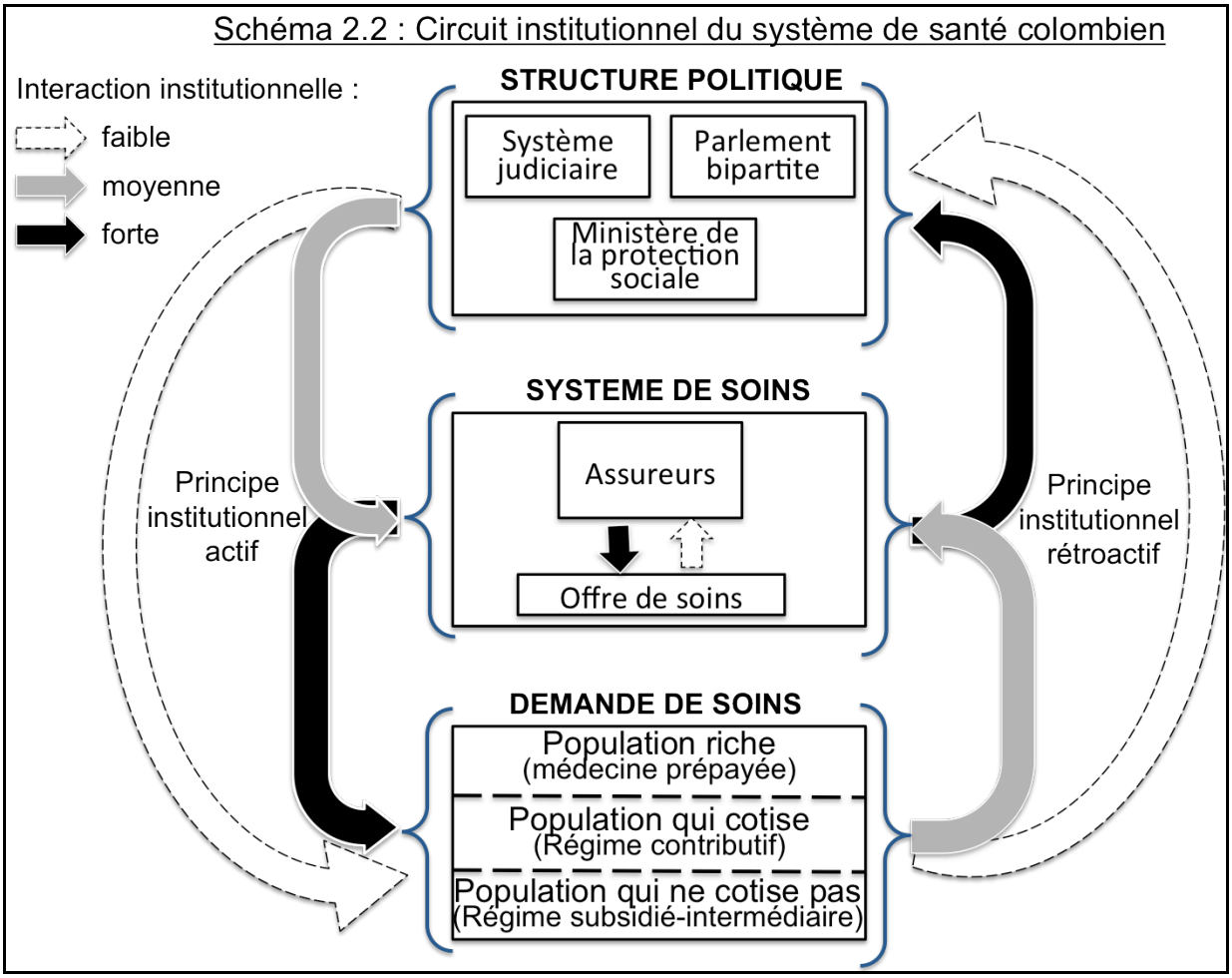
réduction considérable du sentiment de solidarité nationale, par effet de substitution de la justice privée à l'universalisme républicain. La perte de perspective politique qui en découle réduit, pour les individus, le spectre de leurs interactions à leur « communauté immédiate » : la famille, le quartier, le village. Ce lien très distendu entre les citoyens et le pouvoir national a d'importantes conséquences sur le plan des représentations qu'ont les individus de leur propre rôle dans la société : défaitisme, défiance et manque d'implication dans les institutions auxquels, au fond, ils ne croient pas.

Concrètement, cela se traduit par un débat politique pratiquement absent de la vie quotidienne des colombiens. La chape de plomb liée à la violence grippe les canaux démocratiques traditionnels dans la mesure où, entre autre chose, la peur de la répression politique est toujours très ancrée dans les esprits. Ainsi, la rue n'est pas le lieu des discussions politiques ouvertes. Ces discussions sont même en réalité pratiquement impossibles ce qui nuit gravement aux principes démocratiques les plus essentiels. De ce fait, le lien unissant le pouvoir politique aux citoyens est ténu. La réalité de la démocratie colombienne, construite sur les bases instables que nous venons de décrire, est une mécanique complexe de par les rapports sociaux fondamentaux qu'elle met en jeu, ainsi que les représentations qu'elle suscite. Cette complexité est à la mesure du poids de l'histoire soulevée et des blessures non-cicatrisées dont l'imaginaire collectif est lacéré. Le résultat est donc un faible impact des individus sur la « chose publique », c'est à dire sur le plan des décisions nationales, mais un fort lien de solidarité tribale, caractéristique de la majorité des sociétés en développement.

Notons que la réciproque est partiellement vraie : l'Etat, avec la mise en place de la politique de « sécurité démocratique » du gouvernement de Alvaro Uribe, prolongé par son successeur, Juan Manuel Santos, et la mise en place d'un Etat policier pour juguler la violence, et notamment le conflit armé, regagne progressivement une autorité sur le plan de la sécurité intérieure. Mais le volet économique et social de la politique colombienne visant à privatiser une large part des services publics, associé à l'excès de « bureaucratisme » dans les services encore publics, réduit l'efficacité et la portée de l'action étatique sur les citoyens. L'idéologie que porte le gouvernement, c'est à dire sa volonté de se concentrer sur ses fonctions régaliennes, lui interdit de s'imposer sur le plan économique et social. Ainsi, l'Etat de droit croît sur le plan sécuritaire mais se réduit progressivement sur le plan social. C'est le paradigme dans lequel évoluent les colombiens modestes, c'est à dire, encore une fois, la majorité de la population.

Schématisons notre pensée en reprenant le circuit institutionnel construit dans notre premier chapitre et établissons les connexions que nous venons de développer pour les trois sphères interactionnelles décrites : le pouvoir politique, le système de soins et la demande de soins, c'est à dire les citoyens (*Cf.* Schéma 2.2 : Circuit institutionnel du système de santé colombien).

Schéma 2.2 : Circuit institutionnel du système de santé colombien



Source : Schéma réalisé par l'auteur

Ce schéma montre clairement que le cœur de la dynamique institutionnelle du système de santé colombien se situe au niveau des assureurs. En effet, cette catégorie d'acteur est devenue, grâce à la réforme de 1993, l'épicentre du système de santé : l'intermédiaire obligé des relations institutionnelles entre tous les acteurs. Ainsi, on voit clairement que le lien institutionnel unissant les structures politiques et les citoyens est faible, dans les deux sens de la relation, mais que par contre, les assureurs tirent de cette architecture un fort *pouvoir institutionnel*, c'est à dire la capacité à modifier, dans une certaine mesure, les règles du

système, tant vers le haut de l'architecture (pouvoir de *lobbying* sur la sphère politique) que vers le bas de l'architecture (régulation de l'accès aux soins pour les individus).

Cette dernière réflexion nous amène à identifier une logique institutionnelle générale du système de santé colombien. En effet, du point de vue de la demande de soins, il ressort clairement que les règles s'imposent aux individus (pouvoir institutionnel du système de soins sur la demande qualifié de « fort ») et que ceux-ci, en retour, ne possèdent que la liberté de choix de leur assureur, avec toutes les limites cognitives qui accompagnent cette rétroaction (leur pouvoir institutionnel vis-à-vis du système de soins a été qualifié, à ce titre, de « moyen »), et ne possèdent pas, tutelles mises à part, de moyen direct et efficace de modifier les règles du système via les instances démocratiques (le pouvoir institutionnel des individus à l'égard des structures politiques a été qualifié, pour cette raison, de « faible »). Le rapport de force, d'un point de vue strictement institutionnel, est donc en défaveur de la demande de soins : les assureurs imposent des règles que les individus n'ont pas le pouvoir de modifier.

Dans les quartiers très pauvres, où l'accès aux soins doit encore s'étendre et se consolider, le système de soins s'impose de la même façon aux individus, les assureurs étant en charge de l'extension de l'accès aux soins avec l'ensemble des mécanismes et des présupposés théoriques qui sous-tendent leur action. Ainsi, force est de constater que le même rapport de force institutionnel s'établit dans ces quartiers très pauvres. Nous pouvons ainsi inférer que le processus d'institutionnalisation de la santé dans ces quartiers se fait depuis le haut de l'architecture institutionnelle, sans que les individus n'aient réellement de prise sur ce processus. Pour le dire autrement, le maillage de l'ensemble du territoire national par les règles régulant l'accès aux soins s'impose aux individus, leur pouvoir de rétroaction sur les modalités de cette expansion restant très limité. C'est ce que notre enquête de terrain devra confirmer dans le troisième chapitre de cette thèse.

Conclusion de la section 1

Pour conclure cette première section de ce deuxième chapitre, l'analyse du système de santé colombien depuis sa réforme de 1993 nous amène à souligner plusieurs points :

- La réforme a permis, de façon indéniable, une extension durable de la couverture d'assurance - en d'autres termes, de l'affiliation aux EPS - pour atteindre environ 86%

en 2009. Il est nécessaire de préciser qu'en théorie, l'affiliation à l'ancien système était de 100%, mais son mode d'organisation ne donnait un accès réel qu'à une petite partie de la population, comme le décrit le point suivant.

- La réforme a, en effet, permis une décongestion du système de santé et donc un accroissement de l'accès aux soins qui passe de 22% en 1993 à 67% en 2005.
- Elle a contribué à décompartimenter en partie le système d'assurance par le biais du principe de solidarité entre les régimes. Cela a effectivement permis d'éviter une « *chilenisation* » pure du système de soins.
- Elle a également conduit à une refondation institutionnelle qui a permis l'émergence de nouveaux organes de régulation, de contrôle et de vigilance, au bénéfice des affiliés : la superintendance en santé, la *defensoria del pueblo* et le conseil national en santé dans lequel siègent, pour un tiers, des représentants de la société civile (les deux autres tiers sont les représentants politiques et les professionnels de la santé).

Pourtant, du point de vue des inégalités et des institutions, nous devons tempérer fortement ce premier constat :

- Fondamentalement, l'organisation du système est inéquitable car les plans de santé sont inégaux selon le régime de l'affilié. A besoins égaux (excepté pour l'accouchement et les urgences), un affilié du régime subsidié ne sera pas traité et soigné de la même façon qu'un affilié du régime contributif, bénéficiaire de la médecine prépayée ou des régimes spéciaux. De surcroît, le régime dit « de transition » fonctionne avec l'apport personnel du malade à hauteur de 30%, ce qui exclut les foyers d'un grand nombre de prestations trop coûteuses. Cette carence de protection financière est un facteur aggravant de façon importante les inégalités (Scheil-Adlung, 2011).
- De même, les inégalités restent structurantes dans les rapports entre les affiliés et l'organisation du système de soins : les régions pauvres et notamment les régions côtières, les zones rurales, les foyers aux revenus bas voire moyens, sont – de la même manière qu'avant la réforme – les plus frappés par le non-accès aux soins. Notons toutefois, à la décharge de la réforme colombienne, que ces disparités spatiales dans l'accès aux soins se retrouvent également dans la plupart des pays européens, y compris les plus riches (Scheil-Adlung, 2012).

- De surcroît et plus fondamentalement, l'état de santé de la population ne marque pas le « bond en avant » que laissait espérer la réforme : les indicateurs choisis suivent les tendances lourdes d'amélioration entamée dans les années 1950, sans marquer de différence notoire depuis 1993 et tout en reproduisant les mêmes schémas inégalitaires dans l'octroi des soins. Certains services, comme lors de l'accouchement, témoignent même d'une stagnation des indicateurs de l'état de santé de la population.
- Enfin, l'analyse du circuit institutionnel et des inter-relations entre les principales sphères composant le système de santé colombien montre que la réforme a octroyé un très fort pouvoir institutionnel aux assureurs privés qui peuvent influer sur l'ensemble du système de santé par différents canaux, à l'inverse des citoyens qui se voient bloqués dans leur volonté de modifier les règles du système par une démocratie historiquement étouffée par la guerre civile.

Ainsi, les processus démocratiques sont en réalité le cœur du sujet de l'institutionnalisation de la santé dans les quartiers pauvres. La façon dont les règles régulant le système de soins se construisent et sont assimilées par la population pauvre est le cœur du système et le point de rupture fondamental avec le système de soins vénézuélien, qui, bien loin de s'imposer aux individus comme en Colombie, tend à être construit par eux à partir d'un processus politique d'ampleur historique : la « révolution bolivarienne ».

Section 2 : Le système de santé vénézuélien au sein de la révolution bolivarienne : les missions sociales ou une tentative d'institutionnalisation de la santé « par le bas »

La réforme constitutionnelle du Venezuela de 1999 répond, à l'origine, aux mêmes aspirations qui ont impulsé la réforme colombienne huit ans plus tôt : un désir de changement partagé par une majeure partie de la population, tant sur un plan politique qu'économique et institutionnel. Elle est, comme pour la Colombie, le contrecoup de la « décennie perdue » et d'une explosion de la pauvreté qui est passée, sur l'ensemble du continent, de 120 millions de pauvres au début des années 1980, à plus de 200 millions dans les années 1990, soit 48,3% du total de la population latino-américaine (CEPAL, 2010). Partageant cette même tendance et subissant cette même pression sociale, le Venezuela adopte, suite à l'élection du Président Hugo Chavez, une voie différente, voire même opposée, à celle choisie par la Colombie en 1991.

La « révolution bolivarienne » est l'équivalent du « pluralisme structuré » en Colombie dans la mesure où ce concept représente *l'idéologie* que portent les structures politiques et sociales qui sont à l'origine des profondes mutations à l'œuvre au cœur de la société vénézuélienne. C'est à ce titre un concept que nous devons impérativement tenter de définir afin de comprendre l'évolution du système de santé vénézuélien (A). Ce concept est lié à un autre objectif affiché du gouvernement vénézuélien : parvenir à instaurer le « socialisme du 21ème siècle », concept qui s'inscrit dans la droite ligne des transformations du système de soins et en particulier dans les quartiers pauvres qui, à l'instar de la Colombie voisine, sont majoritaires dans toutes les villes du pays. Rappelons, à ce propos, que 51% des vénézuéliens, soit 16 millions de personnes, vivent dans ce qui est appelé communément des « *barrios* », ou « *favelas* », c'est à dire un enchevêtrement de maisons construites de façon très précaire. Ainsi, les transformations à la fois techniques et idéologiques du système de santé vénézuélien, nous les décrirons dans une première partie. Mais celles-ci, comme dans le cas de la Colombie, nous amèneront à questionner deux points fondamentaux (B) : l'évolution générale des principaux indicateurs de santé ainsi que l'impact de cette réforme du système de santé sur les interactions institutionnelles du système eu égard à la radicalité du discours politique.

A. Les « missions » : un système de solidarité nationale comme point d'ancrage de la révolution bolivarienne

Élu en 1998 sur la base du slogan suivant : « *Hugo Chavez : fléau de l'oligarchie et héros des pauvres* », le Président Chavez met immédiatement en place, dès le début de son mandat et conformément à ses promesses électorales, une large réforme constitutionnelle impliquant fortement la société civile et marquant l'avènement de la V^{ème} République, sous le nom de République *Bolivarienne* du Venezuela. Ce nom évoque désormais explicitement le héros national, le libérateur Simon Bolivar, montrant par là l'ampleur des changements à l'œuvre au Venezuela et les racines historiques les plus glorieuses dans lesquelles plongent ces changements. En effet, tout comme pour la Colombie huit ans plus tôt, la constituante vénézuélienne de 1999 a comme volonté de modifier en profondeur la philosophie générale des structures étatiques et, en particulier pour cette thèse mais tout de même de manière centrale dans la société vénézuélienne, la philosophie de l'octroi des soins dans le pays. Mais cette transformation ne se fera pas selon les modalités réformatrices « classiques », c'est à dire une transformation *de jure*, les écrits précédant les actes, mais elle progressera principalement à partir des expériences qui seront réalisées dans le contexte très spécifique du Venezuela bien que, par ailleurs, la constituante fixa à ce sujet un idéal, celui de l'universalité et l'inaliénabilité du droit à la santé.

1. Etat des lieux du système : lignes de fractures idéologiques et montée en puissance des missions

L'architecture du système de santé vénézuélien est de nature très complexe étant donné qu'elle est constituée de différentes « couches », ou structures superposées, qui se sont formées au fil des réformes et des virages idéologiques entrepris au cours du 20ème siècle dans ce pays politiquement très instable. Ainsi, nous pouvons identifier clairement deux structures parallèles, pratiquement indépendantes et caractéristiques des pays d'Amérique latine : un réseau d'offreurs de soins publics, historiquement rattaché à l'Institut Vénézuélien de Sécurité Sociale (IVSS), et un réseau d'offreurs de soins privés, constitué essentiellement de cliniques de taille moyenne mais aux standards normatifs de très haut niveau. À ce système vient se superposer un réseau de soins très à part dans son fonctionnement, très récent également, et

dont la place dans le système croît fortement : la mission *Barrio Adentro*. Cette mission représente l'évolution du système de santé vénézuélien et la direction radicale du courant idéologique le traversant dans la période la plus récente.

1.1 Cadrage historique et idéologique

Il semble primordial de comprendre l'évolution historique du système de santé vénézuélien afin d'en identifier clairement les points de rupture contemporains. Le premier réseau de soins officiel, c'est à dire émanant des corps étatiques et destiné à l'ensemble de la population, est constitué peu après les débuts de l'exploitation à grande échelle des gisements pétroliers, laquelle, bien que débutant officiellement en 1875, pris réellement de l'ampleur dans les années 1920. La création d'un ministère de la santé et de l'assistance sociale dès 1936 peut, à cet égard, être considéré comme l'une des premières retombées positives de cette « manne pétrolière » (Maiqui Flores, 2005). Pourtant, il convient de souligner le fait que l'Etat vénézuélien ne fut pas le principal bénéficiaire de cette manne pétrolière tout au long du 20ème siècle en raison du rapport de force défavorable entre l'Etat et les multinationales qui exploitaient le pétrole : celles-ci ne reversaient en réalité qu'environ 1% de leurs revenus à l'Etat vénézuélien (Hugo Chavez, 2009). Ainsi, la forte pression politique exercée par ces entreprises et, derrière elles, les Etats-Unis, dont l'intérêt était de maintenir leur prédominance sur le continent, ne permit pas aux différents gouvernements vénézuéliens de prendre le contrôle de cette matière première.

Mais le Venezuela est, dès le début du 20ème siècle, le premier exportateur de pétrole au monde et put maintenir cette position jusque dans les années 1970. Ces réserves de pétrole extrêmement importantes, les plus grandes du monde, (OPEC, 2011) permirent au pays, malgré la marge de manœuvre très réduite qu'avait l'Etat vénézuélien, de rapidement lever les fonds nécessaires pour affronter les problèmes sanitaires alors très nombreux et de constituer ainsi un « proto-système de santé », axé sur deux dimensions : une dimension assistancielle de grande amplitude, destiné à la majorité de la population, et une dimension assurancielle réservée à la population travaillant et donc cotisant à la sécurité sociale, ou à la population la plus riche à travers des plans de médecine prépayées. Comme pour l'ensemble des pays d'Amérique latine (Mesa-Lago, 2007), les systèmes de santé vénézuélien et colombien sont comparables dans leurs fondements : des systèmes très compartimentés par classes sociales, « hybrides » selon la typologie d'Esping Andersen, c'est à dire mi-libéraux dans la mesure où

le système public était censé garantir l'universalité du droit, en l'occurrence le droit à la santé, et mi-conservateurs étant donné l'émergence de droits particuliers selon la classe sociale. Ce système intermédiaire put se maintenir jusqu'au milieu des années 1970 où un virage très net fut opéré.

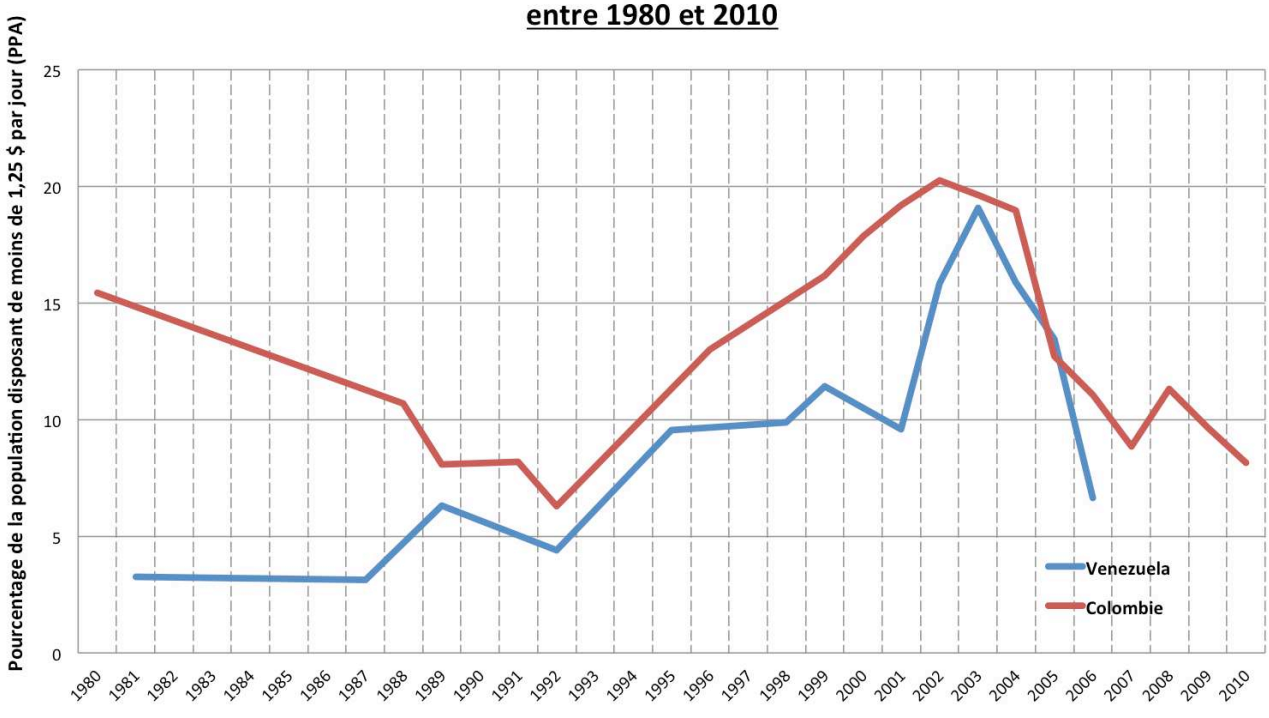
En effet, l'évolution des systèmes sociaux ne peut être découplée de celle des systèmes économiques. Et les années 1970 correspondent, dans l'ensemble des pays d'Amérique latine, à l'abandon du modèle d'industrialisation par substitution des importations (ISI) pour être brutalement remplacé par le modèle d'industrialisation par promotion des exportations (IPE). Ce changement de stratégie, souvent attribué à un essoufflement du premier modèle lié aux limites de solvabilité de la demande intérieure (Raffinot, 1991), semble surtout lié à la victoire d'un courant idéologique, le courant néolibéral, et l'écho croissant fait à leurs idées dans différentes sphères politiques, économiques et médiatiques (Halimi, 2004). Ce courant, relayé avec force par les institutions internationales, ne se contentait pas de préconiser dans les pays en développement une spécialisation dans les secteurs d'exportation, mais conseillait également une réduction des prérogatives de l'Etat dans la gestion de l'économie : c'est toute la philosophie de la « conditionnalité » des prêts du Fonds Monétaire International.

En effet, l'explosion de la dette extérieure au début des années 1970 est l'élément qui détermina les changements de configurations économiques et sociales dans de nombreux pays d'Amérique latine. Passée, au Venezuela, de 885 millions de bolivars en 1961 à 3.613 millions de bolivars en 1973, soit une croissance de plus de 300% en 12 ans (Banque Mondiale, 2012), le poids de cette dette extérieure justifia la réorganisation complète du système de santé : la priorité devint alors « l'efficience » qui nécessitait la privatisation, par vagues successives, du système de santé vénézuélien et l'affaiblissement progressif de l'Etat *via* la décentralisation du système de soins. Cette dynamique fut stoppée net en 1999, avec la constituante et le choix d'une politique économique alternative.

Cette idéologie qui traverse le Venezuela et transforme les structures sociales, politiques et économiques depuis 13 ans a évolué au cours du temps. Il est tout d'abord important de bien situer et comprendre ce courant politique qui peut être analysé selon plusieurs niveaux de lecture. Tout d'abord, cette idéologie est intrinsèquement liée à l'histoire personnelle de l'actuel Président de la République et à sa vision politique particulière : la « révolution bolivarienne » repose en effet incontestablement sur sa personnalité. Mais il est possible

également d'élever le niveau d'analyse et de comprendre que ce courant de pensée est la conséquence d'une histoire nationale caractérisée par un rapport de force très violent entre classes sociales, lequel est explicable par un contexte économique très polarisé. À ce propos, rappelons que l'élection du Président Hugo Chavez fait directement suite à une explosion des indicateurs de vulnérabilité socio-économiques, comme par exemple le taux de pauvreté extrême passé de 7% en 1992 à 20% au début des années 2000, chiffre qui est à comparer à la situation colombienne, dont cet indice a également explosé suite à la constituante de 1991 (*Cf.* Graphique 2.4 : Taux de pauvreté extrême, en terme absolu, pour le Venezuela et la Colombie entre 1980 et 2010).

Graphique 2.4
Taux de pauvreté extrême, en terme absolu, pour le Venezuela et la Colombie entre 1980 et 2010

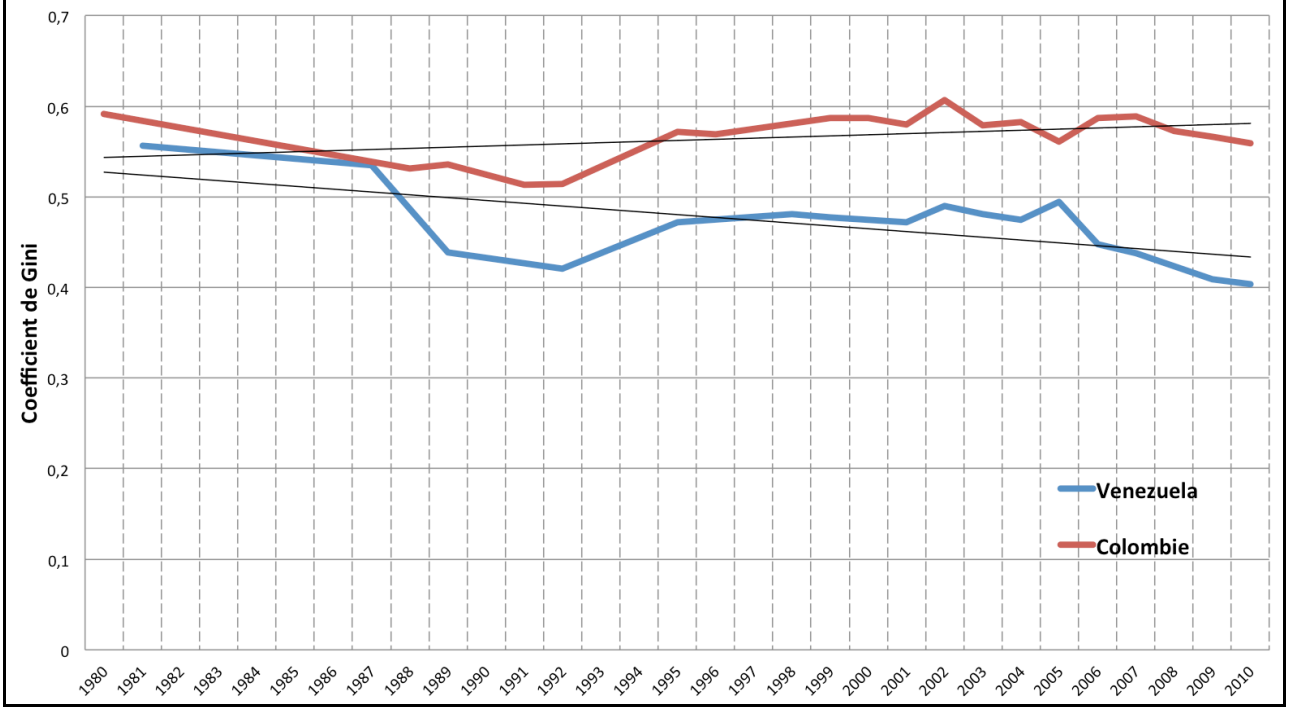


Source : Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la Banque Mondiale (2012)

Mais au-delà de la pauvreté elle-même, le continent sud-américain est considéré comme le « continent des inégalités » en raison de l'écart élevé entre la moyenne des revenus obtenus par les 10% de la population les plus riches et les 10% les plus pauvres. Dans ce contexte, le Venezuela, malgré ses revenus pétroliers très importants, se caractérise par un indice de Gini très élevé tout au long de la deuxième moitié du 20ème siècle (*Cf.* Graphique 2.5 : Évolution du coefficient de Gini pour la Colombie et le Venezuela entre 1980 et 2010). C'est cette tension permanente entre d'un côté des richesses immenses et de l'autre un revenu national

très inégalement réparti qui est le terreau fondamental des luttes sociales vénézuéliennes et dont le point de concrétion sera le *Caracazo*. Rappelons qu'au Venezuela, à la fin des années 1980, les 10% des ménages les plus riches détenaient plus de 40% du revenu national tandis que les 10% les plus pauvres détenaient seulement 1,3% des richesses du pays. Cette forte pression sociale est le fondement de l'idéologie que porte la révolution bolivarienne.

Graphique 2.5 : Évolution du coefficient de Gini pour la Colombie et le Venezuela entre 1980 et 2010



Source : Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la Banque Mondiale (2012)

Ci dessus, la pression sociale exercée par les inégalités de revenus est bien représentée par l'indice de Gini dont nous observons un niveau très élevé depuis le début des années 1980 : 0,49 en moyenne sur les deux décennies pour le Venezuela et 0,55 en moyenne pour la Colombie sur la même période, sachant que sur cette séquence historique, la moyenne latino-américaine se situe à 0,53, soit un indice supérieur à la moyenne des cinq autres continents, Afrique incluse (Banque mondiale, 2012). Rappelons tout de même la principale limite du coefficient de Gini qui est de ne pas rendre compte de la répartition des revenus, puisqu'à deux courbes de Lorenz différentes peuvent correspondre un même coefficient de Gini. C'est à dire que cet indice indique bien le caractère inégalitaire d'une structure nationale de revenus, sans préciser où se situent exactement ces inégalités sur l'échelle des revenus. Cet indicateur permet cependant de déduire que les inégalités ont évolué différemment au Venezuela et en Colombie avec un décrochage de l'indice pour le Venezuela au milieu des

années 1980, creusant un écart avec la Colombie, lequel ne cessera d'augmenter jusqu'en 2010. Les trends calculés sur toute la période et visibles sur le graphique représentent cet écart grandissant entre les deux pays. Il est également possible de constater les effets similaires des réformes néolibérales appliquées dans les deux pays à partir des années 1990 : une croissance prolongée et très nette de l'indice des inégalités jusqu'aux années 2000. Ce constat permet, pour l'instant, de déduire que le Venezuela comme la Colombie, à l'instar de l'ensemble de l'Amérique latine, sont en proie aux même maux, quoique dans des proportions n'excluant pas certaines nuances dans le caractère inégalitaire de la répartition des richesses et l'impact des politiques économiques sur cet indicateur.

Ainsi, analysée parallèlement à l'histoire politique colombienne, l'arrivée au pouvoir de Hugo Chavez peut être comprise comme l'aboutissement démocratique des mêmes luttes sociales qui plongèrent la Colombie dans la guerre civile. Cette analyse dialectique permet de comprendre que l'histoire récente du Venezuela et de la Colombie sont fondamentalement issues d'une même matrice socio-politique. À l'instar de la constituante colombienne de 1991 qui se proposait de rompre radicalement avec l'ancien système politique en place, la « révolution bolivarienne » est fondée au départ sur une volonté de rupture politique avec l'ancien système « d'alternance automatique » émanant du Pacte de *Punto Fijo*, signé par les partis libéraux et conservateurs vénézuéliens en 1958 pour mettre un terme à la dictature militaire de Marcos Pérez Jimenez. Mais contrairement à la constituante colombienne de 1991 qui permit subtilement de maintenir les fondements économiques du régime d'accumulation colombien, et même approfondir ses bases néolibérales comme nous l'avons vu dans le domaine de la santé, enclenchant ainsi au cours des années 1990 ce qui fut défini comme étant un régime de « croissance excluante » (Saludjian, 2005) et qui se vérifie dans l'analyse du taux de pauvreté extrême et de l'indice d'inégalité de ce pays, *a contrario*, le processus politique à l'œuvre au Venezuela se transforma vite en une rupture radicale dans les fondements économiques qui soutinrent le développement du pays depuis l'application des réformes néolibérales émanant du consensus de Washington jusqu'au début du 21ème siècle. Analysons maintenant comment se matérialise cette rupture politique dans le système de santé vénézuélien.

1.2 La place des missions sociales : une structuration nouvelle du système de santé vénézuélien

Il est tout d'abord important de souligner la place prépondérante que prend l'Etat avec la réforme. Dès le début du mandat du Président Hugo Chavez, la réforme du système de santé vénézuélien, dans le sillon de la réforme constitutionnelle tente, avec le « plan Bolivar 2000 », un réengagement massif et immédiat de l'Etat dans le secteur de la santé et de l'éducation, secteurs privatisés par vagues successives en 1966, 1989 et 1991. Le budget – déclaré - alloué à la santé est passé de 5 600 000 en 1998 à, environ, 98 000 000 de bolivars forts en 2007 soit un montant 17 fois supérieur en moins de dix ans (MPPPD, 2008). Soulignons le fait qu'il est absolument nécessaire d'analyser ces chiffres avec une très grande prudence, et cela pour deux raisons principales :

1) Tout d'abord, il est important de tenir compte de la très forte inflation frappant l'économie vénézuélienne depuis le milieu des années 1970, avec, en l'occurrence, un taux d'inflation moyen de 21,6% entre 1998 et 2007 (Banque mondiale, 2012), ce qui diminue d'autant, en bolivars constants, la somme allouée à la santé par le gouvernement vénézuélien. Mais même déflaté, il est possible de constater, selon les données disponibles, que le budget consacré à la santé augmente très significativement suite à la réforme constitutionnelle ;

2) Il est également important de souligner le fait que cette augmentation n'est pas restituée par les institutions internationales puisque celles-ci ne tiennent pas compte du budget consacré aux missions sociales : les missions touchant le domaine de la santé ne sont donc pas incluses dans les chiffres rendus disponibles par ces institutions. Cela est dû au manque de transparence du gouvernement concernant ces chiffres et au relatif « secret » qui entoure ces missions, lesquelles constituent pourtant l'axe central des politiques publiques du gouvernement vénézuélien mais dont l'implication importante du gouvernement cubain et les enjeux géopolitiques qui en découlent complexifient grandement l'analyse. Cette limite inhérente à la réforme vénézuélienne rejoint une question institutionnelle essentielle que nous aborderons ensuite et qui nous permettra de tempérer fortement l'impact positif de la réforme du système de santé, d'un point de vue strictement institutionnel.

Néanmoins, bien que difficilement quantifiable avec précision, nous pouvons attester que l'augmentation des fonds alloués à la santé dès la mise en application du plan Bolivar 2000 provient en grande partie des revenus pétroliers en conformité avec la stratégie adoptée par le gouvernement vénézuélien de « semer le pétrole ». C'est bien là que se trouve l'essence des mandats électoraux du Président Hugo Chavez, et des réformes que son gouvernement a mises en place sur la base de la constituante de 1999 : utiliser l'argent du pétrole pour financer des programmes sociaux de grande envergure.

En effet, la nouvelle constitution de la République Bolivarienne du Venezuela adoptée en 1999 par référendum élève la santé au niveau d'un « *droit social fondamental, une obligation de l'Etat qui doit le garantir comme faisant partie du droit à la vie* » (article 83). Afin de garantir ce droit, un système public national de santé devra se construire autour des principes de gratuité, universalité, équité, intégration sociale et solidarité (article 84). Il convient de noter deux évolutions majeures : 1) pour la première fois au Venezuela, la santé est mentionnée dans la constitution comme étant un droit social exigeant un engagement fort de l'Etat et 2) les communautés sont appelées à jouer un rôle de premier plan dans « la prise de décision, la planification, l'exécution et le contrôle des institutions publiques de santé » (article 84) : c'est le concept de « sécurité sociale participative » qui sous-tend la réforme du système de santé vénézuélien.

Ce concept de « participation sociale » s'intègre dans le cadre de la démocratie participative et « protagonique » que promeut la nouvelle constitution : les individus sont inclus dans un nouveau mode d'organisation basé sur les choix de la communauté et non plus uniquement sur les décisions du ministère. Ce principe est le support d'un « nouvel institutionnalisme », décentralisé à l'extrême, jusqu'à l'échelle des quartiers et des villages. Il s'exprime notamment au travers des « comités de santé », au nombre de 11 200 en 2008 et répartis à travers tout le pays : leur rôle est de rassembler les individus d'une communauté afin qu'ils débattent et tentent de résoudre ensemble les problèmes que posent les politiques publiques de santé. Le principe sous-jacent est que les problématiques de santé ne relèvent pas uniquement de la responsabilité sociale de l'Etat mais d'une co-responsabilité entre l'Etat et la société civile : les règles ne s'imposent plus aux communautés, elles émanent d'elles et relayées par les instances étatiques. C'est ce que nous analyserons plus loin comme étant un processus « d'institutionnalisation par le bas », en opposition au processus « d'institutionnalisation par le haut » que nous avions analysé dans le cas de la Colombie. Cette profonde transformation

institutionnelle s'intègre dans une conception élargie – dite « intégrale » - des problématiques de santé incluant l'éducation, l'alimentation, le logement et le milieu ambiant. Cette nouvelle vision politique s'articule essentiellement autour des « missions sociales » que met en place le gouvernement. Il convient ici d'en faire une analyse approfondie.

Ces missions, au nombre de 25 en 2012, s'étendent à tous les besoins essentiels de la société : alimentation, alphabétisation, aménagement des quartiers, allocations familiales pour les plus démunis, etc. Ces missions se subdivisent en trois grands groupes :

1) Les missions portant essentiellement sur l'éducation et la lutte contre l'analphabétisme. Rappelons à ce propos que le taux d'alphabétisation au Venezuela a connu une nette augmentation à partir des années 2000, puis une nouvelle accélération à la hausse en 2005 comme contrecoup de la mise en place dès 2003 des missions sociales éducatives, avant d'éradiquer l'analphabétisme en 2007 avec un taux d'alphabétisation de 95% (UNESCO, 2012);

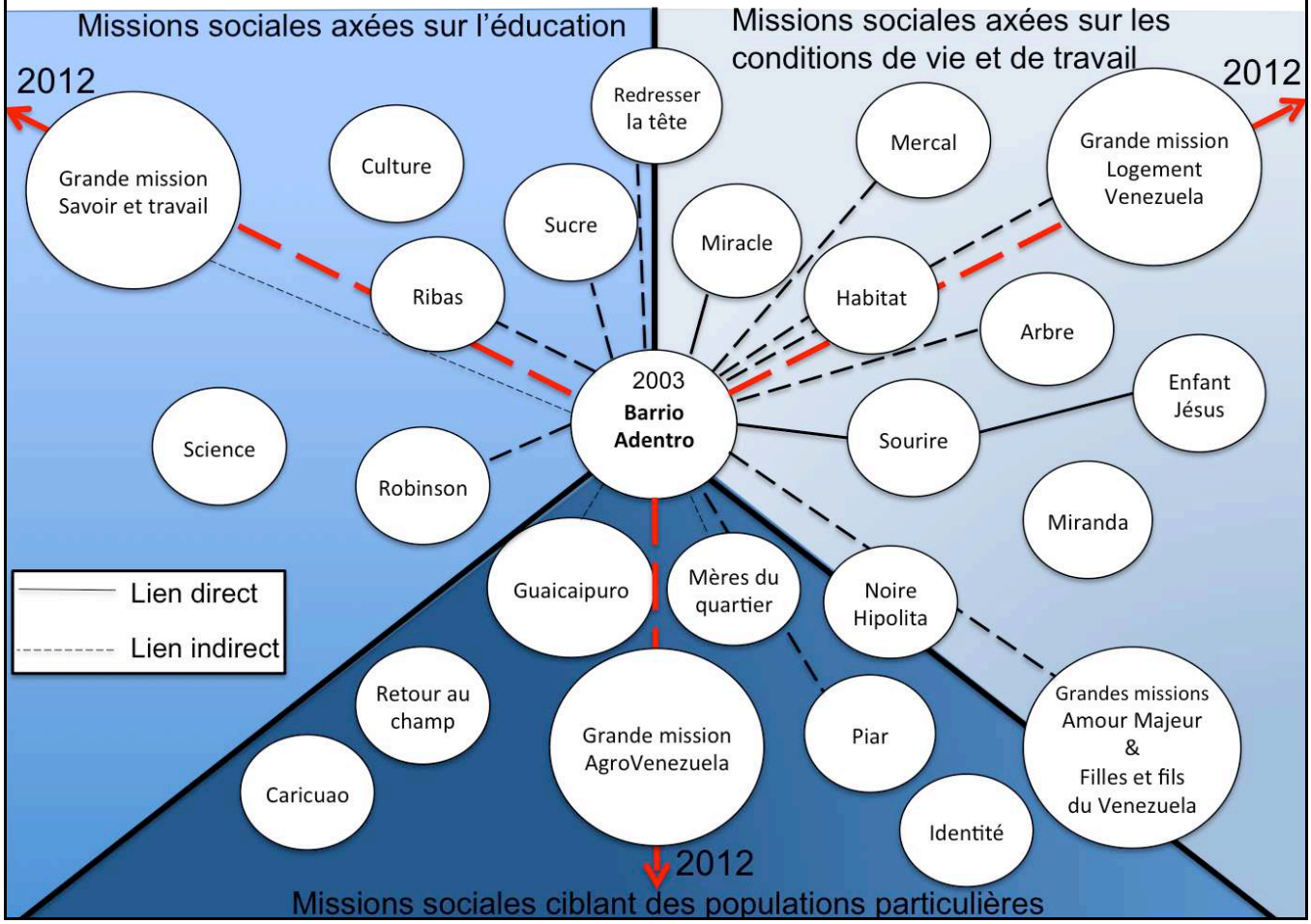
2) Les missions portant sur l'amélioration du cadre de vie des vénézuéliens au sens large, comme par exemple les domaines touchant, directement ou indirectement, le domaine de la santé, de la salubrité des quartiers, de l'alimentation, du logement, des conditions de travail, la promotion d'un modèle de développement endogène dans les quartiers pauvres, etc ;

3) Les missions axées sur les populations indigènes ou agricoles, les minorités concernées par des problèmes très spécifiques.

Parmi elles, la mission *Barrio Adentro* (à l'intérieur des quartiers), est l'une des missions touchant au domaine de la santé. Cette mission a débuté en avril 2003 avec la venue à Caracas de 53 médecins cubains. Devant les conditions sanitaires déplorables des habitants des quartiers pauvres, cette première expérience se transforma vite en un accord entre les deux pays : Cuba assurant l'envoi de médecins au Venezuela en échange d'une livraison garantie et à tarifs préférentiels de 115 000 barils journaliers de pétrole (PDVSA, 2012). Cuba assure également la formation de milliers de médecins vénézuéliens pour répondre aux besoins des missions sociales. C'est cet échange solidaire qui est à la base de *l'Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique* (ALBA) qui regroupe, en 2010, huit pays d'Amérique latine.

Les liens unissant ces trois types de missions sociales à la mission *Barrio Adentro* ont été résumés dans le schéma suivant (*Cf.* Schéma 2.3 : cartographie des missions sociales vénézuéliennes). Elles forment la structure de base des réformes sociales émanant de la révolution bolivarienne, le socle provisoire permettant au gouvernement vénézuélien de répondre à une situation d'urgence sociale.

Schéma 2.3 : cartographie des missions sociales vénézuéliennes



Source : schéma réalisé par l'auteur à partir des données disponibles sur les sites internet officiels du gouvernement du Venezuela

Le schéma ci-dessus montre bien le maillage de missions sociales financées par les revenus du pétrole et le fait que celles-ci se développent dans des domaines très divers. Notons que la mission *Barrio Adentro*, placée ici au centre du schéma, constitue un enjeu majeur pour le gouvernement et qu'à ce titre, ses liens avec les autres missions sont multiples. Ces liens peuvent être « directs », c'est à dire que le domaine d'activité des missions recoupe celui de la mission *Barrio Adentro* : qu'elles soient spécialisées dans les soins d'orthodontie gratuits

(Mission sourire), dans les opérations gratuites de la cataracte (Mission miracle) ou dans la prise en charge complète des mère sur le point d'accoucher (Mission enfant Jésus), le point commun de ces missions est qu'elles traitent de la santé sous un angle plutôt curatif. Mais d'autres missions, en améliorant les conditions de vie des vénézuéliens, permettent indirectement de faire progresser l'état de santé de la population : c'est pourquoi ces liens sont appelés « liens indirects » sur le schéma représentant la cartographie des missions sociales vénézuéliennes. En permettant aux vénézuéliens de se fournir en produits alimentaires de base à des prix subventionnés (Mission mercal), ou en construisant massivement des logements pour sortir les populations pauvres des bidonvilles (Missions habitats et logements du Venezuela), l'Etat tente de faire baisser les risques pour la santé liés au cadre de vie. Par ailleurs, la santé, dans la vision « intégrale » que promeut le gouvernement, ne peut s'améliorer sans une action dans les domaines de l'éducation : quatre missions d'éducation (Mission Ribas, Robinson, Sucre et Savoir et travail du Venezuela) sont indirectement liées à la mission *Barrio Adentro*, dans le sens où elle contribuent, en se concentrant sur la lutte contre l'analphabétisme et l'accès aux savoirs de base, à améliorer la compréhension des risques sanitaires et donc, indirectement, à améliorer le système préventif.

Enfin, l'amélioration de l'état de santé de la population est également indirectement obtenu par la prise en charge de certaines populations spécifiques, comme par exemple l'octroi d'une pension pour les personnes âgées (Mission Amour Majeur), d'un système d'allocations familiales pour les familles pauvres comptant jusqu'à trois enfants mineurs (Mission filles et fils du Venezuela), la prise en charge des besoins sanitaires et éducatifs des populations indigènes (Mission Guaicaipuro), des populations vivant dans l'extrême pauvreté (Mission noire Hipolita), ou des populations minières (Mission Piar). Toutes ces missions sociales complètent la mission *Barrio Adentro* dans sa vision intégrale de la santé : la lutte contre les différents aspects de la misère (alimentaire, cadre de vie, éducation) doit venir appuyer les missions qui ont des objectifs plus nettement curatifs. La couverture d'un champ étendu de risques sociaux-économiques constitue la philosophie générale de ces missions sociales financées par les revenus pétroliers.

Au centre de ce dispositif, la mission *Barrio Adentro* s'est construite progressivement avec, au départ, l'objectif de consolider le réseau de soins dits « primaires », c'est à dire portant sur les problèmes de santé les plus répandus et simples à soigner. Ce premier échelon de prise en charge s'articule autour des « dispensaires populaires », installés généralement au cœur des

quartiers pauvres, et octroyant des soins gratuits au tout-venant. Ce concept s'est étendu par la suite, en coordination avec les comités de santé, aux maladies plus graves jusqu'à constituer un réseau de soins divisé en quatre niveaux de complexité : 1) les dispensaires de quartier, centrés théoriquement sur la prévention ; 2) les centres de diagnostic intégral (CDI), qui sont des cliniques de taille moyenne pouvant apporter un panel de soins plus élaborés ; 3) les hôpitaux publics réhabilités, pour les soins spécialisés ; et 4) les nouveaux hôpitaux construits pour répondre à des besoins très spécifiques, comme par exemple un hôpital cardiologique infantile, etc. Ces quatre niveaux de complexité de soins, tous totalement gratuits, sont conçus, théoriquement, pour permettre une circulation fluide des individus entre chaque niveau : le dispensaire de santé étant ancré dans la réalité des quartiers pauvres et, surtout, se trouvant au cœur de la vision nouvelle et émergeante d'une démocratie participative, où chaque individu contribue à modeler sa réalité sociale, ce dispensaire, de par son très haut niveau d'intégration dans le tissu institutionnel informel vénézuélien, est pensé pour être le point d'entrée privilégié du système de santé.

Par ailleurs, en plus de s'insérer au plus près de la population pauvre, de par cette nature spécifique que nous venons de décrire, à terme, ce réseau a vocation à accueillir et soigner l'ensemble de la population vénézuélienne, populations indigènes incluses. Il s'étend donc sur l'ensemble du territoire vénézuélien. Il est constitué en 2012, selon les chiffres officiels, les seuls dont nous disposons, de 6.702 dispensaires, 551 centres de diagnostic intégral, 581 salles de réhabilitation intégrales, 33 centres de haute technologie et 14 nouveaux hôpitaux hautement spécialisés (MINCI, 2012). Par ailleurs, le nombre de médecins, cubains et vénézuéliens, travaillant dans la mission est de 12.800 auxquels s'ajoutent 4.595 dentistes, toujours en 2012. Notons qu'un certain nombre, non-quantifiable, de médecins et de dentistes vénézuéliens exerçant dans la mission *Barrio Adentro* exerce par ailleurs dans les centres de soins privés ou publics afin de compléter leurs revenus, ce qui relativise la croissance du nombre de médecins intégrés au programme gouvernemental. Cependant, l'effort du gouvernement s'avère être conséquent et se caractérise par un essor infrastructurel très important jusqu'en 2009 (Farias-Suarez, 2009), puis un net ralentissement jusqu'en 2012 comme contre-coup de la crise économique mondiale et de la déstabilisation des finances publiques vénézuéliennes subséquentes à la volatilité des prix du baril de pétrole entre 2009 et 2011. Cette évolution générale atteste tout de même de la centralité et l'importance de cette mission dans la réforme du système de santé vénézuélien.

Cependant, ces missions sociales dont nous venons d'énoncer les grands principes, doivent être analysées d'un point de vue plus global puisqu'elles s'inscrivent dans une structure institutionnelle très particulière. Deux éléments nous semblent devoir être analysés avec précision dans la mesure où ils constituent les deux particularités importantes de ce nouveau schéma organisationnel : 1) les modalités d'insertion de ces missions dans les structures existantes du système de santé ainsi que le fonctionnement précis de la démocratie participative dans les quartiers et son impact sur le système de santé et 2) la place de Cuba dans l'accord-cadre régissant la mission *Barrio Adentro*, ainsi que la soutenabilité économique du réseau de missions. Ces deux points constituent, à nos yeux, les spécificités du modèle vénézuélien.

2. Spécificités du modèle vénézuélien : limites et blocages de l'intégration institutionnelle des réformes et systèmes de dépendances multiples

La question principale posée par cette organisation particulière est sa capacité à s'insérer dans les structures institutionnelles formelles existantes. C'est tout l'enjeu de la réforme vénézuélienne qui se confronte aux réalités politiques très particulières et instables du pays. De surcroit, étant donné les systèmes de dépendances multiples dans lesquels s'insère le Venezuela, la question se pose de la pérennité du système, quelles que soient d'ailleurs les qualités intrinsèques des missions sociales et de leur impact sur l'état de santé de la population.

2.1 Les enjeux politiques comme frein à la pleine intégration des missions : la question du maintien du processus révolutionnaire en toile de fond

La première particularité de la réforme, celle qui frappe l'observateur extérieur, est que, en superposant à l'ancien système de santé un nouveau réseau de soins régi par le principe de la gratuité, elle produit une dualité entre, d'un côté les prestataires de soins privés et, de l'autre, le réseau de soins public devenu totalement gratuit. Mais l'opposition frontale entre ces deux logiques radicalement opposées doit être resituée dans le contexte du « socialisme du 21ème siècle » que souhaite construire le Président Hugo Chavez et dont l'un des fondements est la reprise en main par l'Etat des secteurs clés de l'économie vénézuélienne et des services

publics. La diminution progressive de la part des acteurs privés dans le secteur de la santé s'inscrit dans cette dynamique générale, bien que le système reste fortement dépendant d'une compartimentation inertielle.

En effet, le système de santé vénézuélien, hérité du modèle de santé stratifié à l'extrême et dont les racines plongent, à l'instar de la plupart des pays d'Amérique latine, dans une combinaison des modèles bismarkien et beveridgien (Lautier, 2012), se subdivise clairement en deux, avec d'un côté le « sous-secteur privé » et de l'autre le « sous-secteur public ». Chacun de ces deux corps du système est lui même subdivisé en plusieurs pôles fonctionnant de façon très différentes :

Le **sous-secteur privé**, qui se compose d'un réseau important de cliniques privées aux standards d'attention de haut niveau, fonctionne selon deux modalités :

1) La principale modalité de ce sous-secteur est celle de la médecine prépayée, c'est à dire un système équivalent à celui de la Colombie : des assureurs privés théoriquement en concurrence proposent des plans de couverture-santé - ou plans « Hospitalisation, Chirurgie, Maternité » (HCM), dans le vocable des vénézuéliens - à différents tarifs selon les risques potentiels encourus par les individus. Ce système est principalement utilisé par la catégorie aisée de la population vénézuélienne et, fait marquant et objet de nombreuses polémiques au Venezuela, par une grande partie des fonctionnaires publics du pays. Ces assureurs privés orientent leurs patients, sauf cas exceptionnel, vers le réseau de cliniques et hôpitaux privés du pays. Bien entendu, ces prestataires de soins prennent en charge également les patients contre paiements directs.

2) La seconde modalité se caractérise par un financement subventionné par l'Etat afin de prendre en charge des patients sortis du circuit classique de soins public pour différentes raisons : hôpitaux publics congestionnés, haut niveau de technologie atteint uniquement par un prestataire de soins privé, etc. Ce système « d'octroi indirect des soins » ou « provision indirecte », est mobilisé, dans le cas vénézuélien, aussi bien par le système de sécurité sociale que par le système de santé public « classique ». Notons, que ces transferts de patients se font dans le cadre général d'un contrôle strict du prix des soins par le gouvernement. Ainsi, ces provisions indirectes, si elles permettent d'améliorer la circulation des patients entre les différents segments du système

améliorant ainsi la qualité des soins octroyés, elles ont le désavantage, comme le souligne l'OIT (AISS, 2005) de favoriser la corruption en l'absence de cadre juridique clair, ce qui est le cas du Venezuela. Une mesure juridique récente allant dans le sens de la décompartimentation partielle du système est la réforme de juillet 2010 portant sur la loi régulant l'activité des entités privées de santé : cette réforme oblige désormais les cliniques privées à accueillir tout patient en situation d'urgence médicale, sans lui demander ce qu'ils appellent une « clé » (« *clave* » en espagnol), qui est un code d'accès certifiant le droit de la personne à accéder aux services privés de santé. Force est de constater qu'en 2011, cette loi n'est pas encore pleinement appliquée, selon un observatoire vénézuélien des droits à la santé (Provea, 2011) ainsi que le témoignage direct des vénézuéliens.

Le **sous-secteur public** se subdivise, quant à lui, en trois types de « règles institutionnelles » :

1) Le système de soins public gratuit et universel, formé de l'union de l'ancien système dépendant du ministère de la santé et du nouveau réseau de soins chapeauté par la mission *Barrio Adentro*, elle-même co-gérée par Cuba, comme nous le verrons dans la prochaine sous-partie. La fonction historique de ce sous-secteur du système de soins est d'accueillir la population pauvre - travailleurs informels, inactifs, etc. - et a vocation, depuis la réforme, à remplacer l'ensemble des autres secteurs du système. Ce réseau de soins a un financement mixte. L'essentiel du financement provient des fonds de l'Etat, principalement de la manne pétrolière, mais une petite partie, aux alentours de 5% (Bonvecchio et alii, 2011), provient du système contributif public : l'Institut Vénézuélien de Sécurité Sociale, ci-dessous mentionné.

2) Le système de sécurité sociale géré par l'Institut Vénézuélien de Sécurité Sociale (IVSS), qui est également en charge du système de pensions, se constitue d'un réseau de soins propre et couvre l'ensemble des travailleurs affiliés. Notons que ce réseau de soins, relativement indépendant financièrement dans la mesure où il est censé s'autofinancer grâce aux cotisations, a la propriété particulière d'accueillir un certain nombre de patients non-affiliés provenant du réseau de soins public, dans le cadre de provisions indirectes. La réciproque est également vraie : les transferts de patients d'un réseau à l'autre étant fréquents, nous pouvons établir que la frontière entre ces deux corps du système (réseau public, réseau IVSS) est très poreuse.

3) Les caisses d'assurance maladie spécifiques à certains corps de métier sont un autre héritage de l'ancien système. En effet, comme souvent en Amérique latine, les militaires, notamment, à travers l'Institut de Prévision Sociale des Forces Armées (IPSFA), mais également les enseignants, à travers l'Institut de Prévision et Assistance Sociale du Ministère de l'Education, de la Culture et des Sports (IPASME), bénéficiaient avant la réforme d'un réseau de soins particulier globalement de meilleure qualité que le reste de la population. Notons que, spécificité vénézuélienne, les travailleurs du secteur pétrolier et en particulier de l'entreprise publique Pétroles du Venezuela S.A (PDVSA) bénéficiaient également d'un réseau de soins spécifique de grande qualité. Soulignons enfin le fait que ces réseaux de soins fragmentés se sont progressivement ouverts depuis 1999 et bénéficient maintenant à l'ensemble de la population, gratuitement.

Ainsi, le système de santé vénézuélien, historiquement très fragmenté, est désormais partiellement décompartimenté, avec des flux importants observés entre les différents « compartiments » du système de soins. Cela relève d'une volonté politique de faire face à la situation d'urgence sanitaire à laquelle le pays était confronté depuis les révoltes populaires des années 1990. Mais cette décision amène désormais les réformateurs du système devant un dilemme encore irrésolu. En effet, si la volonté politique de réduire progressivement l'importance du secteur privé est affirmée et suit la logique globale des transformations en cours au Venezuela, le système de santé qui doit succéder au système mixte actuel n'est, lui, pas encore défini, aboutissant, *in fine*, à des décisions contradictoires. Analysons cette question avec plus de précision car le nœud de la réforme en cours est bien là.

Comme nous venons de le voir, le système de soins vénézuélien, « quadripartite », est subdivisé d'une façon assez classique pour un pays latino-américain (Mesa-Lago, 2005). C'est ce que nous avions défini comme étant un proto-système de santé mixte, d'obédience à la fois bismarkienne pour ses différents compartiments attachés au principe de la cotisation arrimée au travail, mais surtout beveridgienne dans sa nature universaliste, gratuite et financée très largement par l'Etat. Le processus réformateur en cours au Venezuela, sans modifier en profondeur la structure du système, comme ce fut le cas de la réforme colombienne, a superposé au système existant une strate supplémentaire d'offreurs de soins publics et a décompartimenté le système afin d'y améliorer la circulation des patients pour faire en sorte

que la population pauvre puisse bénéficier des installations de santé, auparavant réservées à la population la plus aisée.

Ainsi, pour reprendre l'analyse « matricielle » de Juan Louis Londoño que nous avions utilisée pour décrire la réforme colombienne (*Cf.* p.91, Tableau 2.1 : les matrices colombiennes des systèmes segmenté et pluraliste-structuré), nous pouvons désormais faire l'analyse suivante : la réforme vénézuélienne, sur la voie du socialisme, n'inverse pas le sens de la matrice en attribuant à chaque entité une fonction différente comme l'a fait la Colombie, elle tend en réalité a accroître l'importance et la stabilité du réseau de soins public et dissout progressivement les frontières séparant les différents compartiments historiques du système de soins (*Cf.* Tableau 2.13 : les matrices vénézuéliennes des systèmes segmentés et « pré-socialistes »).

Afin de comprendre pourquoi un processus politique se voulant radical n'a pas pu, après 14 ans de pouvoir, modifier les fondements matriciels du système de santé, il convient d'introduire dans l'analyse les enjeux politiques traversant cette question centrale. En effet, il est important de souligner le fait que la loi qui régit actuellement le système de santé vénézuélien est une loi écrite et votée par le sénat antérieurement à l'élection du Président Hugo Chavez : il s'agit de la loi organique sur la santé votée le 11 novembre 1998. Le Président Chavez a été élu un mois plus tard. C'est pourtant sur cette structure pré-existante que s'érige, *de facto*, la nouvelle architecture institutionnelle, sans modification conséquente des textes de loi régissant le système de santé, c'est à dire sans intégrer les nouveaux programmes de santé gouvernementaux - les missions sociales - dans une structure cohérente, définie légalement et clairement règlementée. En somme, jusqu'à maintenant, les réalisations en matière de santé ne se sont pas enracinées dans la réalité juridique et institutionnelle vénézuélienne : leur avenir n'est pas garanti.

Pourtant, un projet de loi organique sur la santé est, depuis 2004, en discussion au parlement sans que les pouvoirs législatifs ne parviennent à valider le texte définitif. L'axe central du projet de loi est de bâtir un Système National Public de Santé (SPNS, selon l'acronyme espagnol) intégrant l'ensemble des entités publiques existantes (Ministère de la santé, Mission Barrio Adentro, IVSS et toutes les caisses d'assurance-maladie) afin de former un seul système de soins, cohérent et fondé sur les principes de gratuité et d'universalité, conformément aux principes énoncés par la constitution de 1999. Dans ce nouveau schéma, le

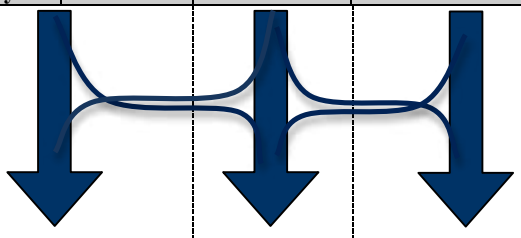
SPNS conserverait ses liens de provisions indirectes avec le secteur privé, lequel serait amené à disparaître à moyen-long terme du fait de l'amélioration de la qualité du service rendu par le secteur public, consécutive à la mise en place du SPNS. Mais les délais très importants de validation de cette loi recouvrent en fait un mélange de deux causes principales, dont il nous est impossible de dire laquelle prédomine et dans quelles proportions : 1) un manque d'orientation de la réforme sur la finalité organisationnelle du système de santé, et 2) des raisons électoralistes d'ordre conjoncturelles.

Tableau 2.13: Les matrices vénézuéliennes des systèmes segmenté et « pré-socialiste »

Structure du système de santé segmenté

Fonctions	**Groupes sociaux**			
	Avec capacité de paiement			**Pauvres**
	Avec médecine prépayée	**Sans assurance**	**Avec sécurité sociale**	
Modulation Financement Articulation Prestation				
Institution à charge du groupe social	Secteur Privé		Institut de Sécurité Sociale	Ministère de la santé

Structure du système de santé pré-socialiste

Fonctions	**Groupes sociaux**			
	Avec capacité de paiement			**Pauvres**
	Avec médecine prépayée	**Sans assurance**	**Avec sécurité sociale**	
Modulation Financement Articulation Prestation				
Institution à charge du groupe social	**Mission *Barrio Adentro***			
	Secteur Privé		Institut de Sécurité Sociale	Ministère de la santé

Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir de l'ouvrage de : LONDOÑO Juan-Luis, FRENK Julio (1997), « Pluralismo Estructurado : Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina », Banque Interaméricaine de Développement, EUA, New York.

En effet, de prime abord, le problème qui se pose est que les autorités vénézuéliennes ne sont pas sûres de la direction que doit prendre le système de santé. Partant d'un socle institutionnel mixte, alliant gratuité totale et système contributif public et privé, elles se trouvent maintenant face à un choix avec deux solutions différentes. La première option consisterait en une généralisation et une institutionnalisation de la mission *Barrio Adentro* qui pourtant, au départ, ne devait être qu'une mesure d'urgence, et ainsi faire de la gratuité et l'universalité l'essence du système de soins vénézuélien. Ce serait donc l'option consistant à valider le projet de loi organique sur la santé, tel qu'il se présente actuellement, avec la création d'une entité intégrative de l'ensemble des composantes publiques du système : c'est le principe du SPNS.

La deuxième option serait, pour les autorités, d'axer le système sur le principe de l'assurance arrimée au travail en développant un système assuranciel-public d'envergure et tenter ainsi d'activer à moyen-long terme un autofinancement du système de soins. Cette option, *a priori* en contradiction avec la première, a en fait été tentée entre 2008 et 2011 à travers le projet de « Sécurité Sociale Bolivarienne » (*Bolivariana de Seguros*) dont le but - pas vraiment clair, convenons-en - était de rassembler les différentes composantes du système contributif (IVSS, IPSFA, IPASME, PDVSA, plus quelques organismes semi-publics) en une seule entité afin d'y intégrer, entre autre population - mais c'était bien elle l'enjeu politique majeur - l'ensemble des fonctionnaires publics qui, rappelons-le, sont pour la plupart affiliés au secteur privé, générant ainsi, dans l'esprit d'une partie de la population pauvre qui constitue la base électorale du Président Chavez, une contradiction entre le discours d'égalité et de progrès social du Président et la résilience de privilèges au cœur même de l'Etat. La résolution de cette question politique était l'un des enjeux du projet de Sécurité Sociale Bolivarienne, en plus de faire baisser le niveau de bureaucratie dû à la fragmentation du système et enfin, ce qui est certainement le plus important, de rendre soutenable, à moyen terme, le financement du système de santé.

En effet, l'inconvénient principal de l'option du SNPS, nous y reviendrons dans la prochaine partie, est sa très forte dépendance aux revenus pétroliers, problème que permettrait de résoudre la mise en place d'un système assuranciel-public généralisé. Mais cette deuxième option est, quant à elle, fortement limitée par l'étendue du secteur informel, problème structurant des pays latino-américains, et qui explique d'ailleurs la situation ambivalente de

leurs systèmes sociaux : le blocage des modèles bismarckiens dans ces pays, et donc la nécessité d'une compensation par un ample système assistanciel, provient de ce problème fondamental du travail informel et de son ampleur dans les sociétés latino-américaines. Soulignons le fait que l'orientation vers cette seconde option d'un système d'assurance sociale arrimée au travail a pris une tournure plus importante avec la modification, votée en mai 2012, de la loi de 2002 sur la sécurité sociale. Cette modification de l'article 7 octroie en effet le droit à tous les travailleurs informels - qui sont aux alentours de 2.074.000, selon les autorités - de cotiser pour la sécurité sociale à hauteur de 13% de leurs revenus *déclarés*, la seule formalité étant de remplir un simple formulaire à l'IVSS. Cette mesure, bien que son action porte surtout sur le système de pensions et que son efficacité reste à démontrer, nous indique toutefois qu'à priori, un renforcement de la logique assurantielle publique est en cours.

Cependant, force est de constater que concernant la santé, aucune des deux options n'a clairement été choisie, probablement en partie par manque de volontarisme politique, l'entrée en 2011 de l'opposition à l'assemblée nationale n'ayant pas dû améliorer cet état de fait – l'opposition avait boycotté les élections législatives précédentes et n'y était donc pas représentée depuis 2005. Mais une autre explication, qui vient se combiner à la première dans une proportion inconnue de nous, peut être donnée. Le blocage de la loi organique sur la santé, projet pourtant hautement nécessaire afin que le discours radical rejoigne l'effort politique réformateur, se trouve peut-être confrontée à une logique politicienne échappant aux considérations sociales et humaines. En effet, au-delà du désaccord sur la forme finale que prendra le système de santé vénézuélien, le maintien de la mission *Barrio Adentro* en dehors des institutions vénézuéliennes peut être analysé comme émanant d'une volonté d'utiliser cet acquis fondamental de la révolution bolivarienne comme argument électoral permettant le maintien du gouvernement en place : le caractère précaire de la mission lui octroyant un statut particulier en période électorale. Les secteurs de l'opposition, notamment, arguent le fait que laisser les missions en dehors des institutions officielles du pays pourrait être une stratégie élaborée par le gouvernement afin de se maintenir au pouvoir (MUD, 2012).

Notre analyse serait plutôt d'expliquer cette situation par le fait qu'en restant en dehors du cadre institutionnel, les missions préservent une très grande flexibilité, aussi bien organisationnelle que dans ses modes de financements, ainsi qu'une grande capacité d'adaptation aux violents changements que vit actuellement l'ensemble de la société

vénézuélienne. En d'autres termes, cette avancée sociale étant très récente, nous ne pouvons, d'une part, la considérer comme encore totalement stabilisée dans sa forme et nous devons, d'autre part, prendre en compte le fait que le contexte politique et socio-économique dans lequel s'insère la mission est lui-même en constante mutation. C'est peut-être l'une des raisons - avec très probablement un mélange des autres raisons que nous avons décrites précédemment - pour laquelle le gouvernement et le pouvoir législatif hésitent à intégrer les missions dans le cadre institutionnel formel vénézuélien.

Mais en plus de ce blocage au niveau institutionnel, la mission *Barrio Adentro*, et plus largement l'ensemble du système de santé vénézuélien, se caractérisent par une double dépendance qui semble à la fois permettre son développement et son expansion dans les couches les plus défavorisées de la population, mais qui semble, dans un même temps, contraindre son autonomie et, surtout remettre en question sa *soutenabilité*.

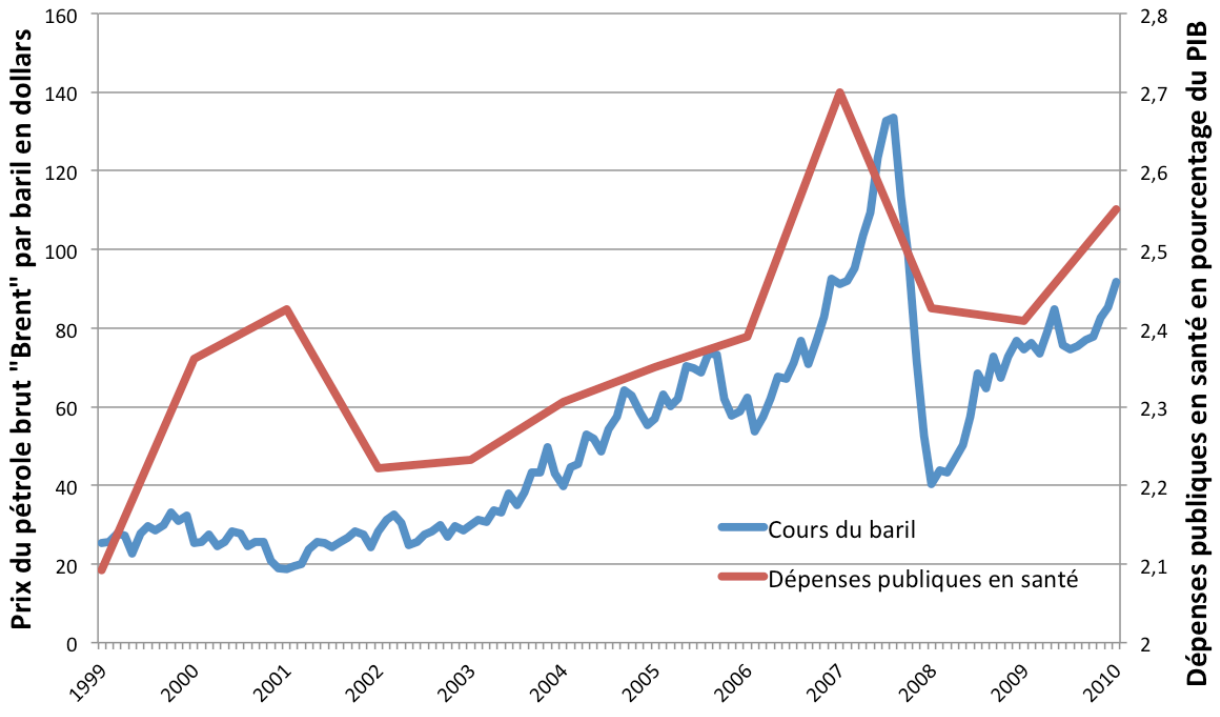
2.2 **La double dépendance du Venezuela envers ses revenus pétroliers et envers Cuba : l'élément limitatif de la réforme du système de santé vénézuélien**

Une autre spécificité du Venezuela réside dans sa structure économique entièrement orientée vers l'exploitation et l'exportation de pétrole. De ce fait, le niveau des finances de l'Etat dépend en très grande partie du cours du pétrole vénézuélien sur les marchés internationaux et donc de la *rente pétrolière*. À titre d'illustration, cette dépendance au pétrole est telle que, lorsqu'en décembre 2002 une grève générale fut organisée dans le secteur pétrolier - une grève qui fut surnommée à *posteriori* « le coup d'état pétrolier », car elle s'inscrivait dans la continuité du coup d'Etat manqué organisé par la CIA quelques mois plus tôt afin de déstabiliser le pays et faire démissionner le Président Hugo Chavez - l'impact sur les structures économiques fut considérable et dramatique : le taux de chômage explosa, passant de 5% à plus de 20% en seulement quatre mois, de décembre 2002 à mars 2003 (INE, 2012). De même, le taux de pauvreté et le taux de pauvreté extrême ont également connus un pic très prononcé au cours de cette période de troubles économiques et politiques, passant, en ce qui concerne le taux de pauvreté extrême, de près de 12% en 2002 à plus de 18% en 2003 (*Cf.* p.145, Graphique 2.4 : taux de pauvreté extrême, en terme absolu, pour le Venezuela et la Colombie entre 1980 et 2010). Ce coup d'état pétrolier, de par le caractère vital du pétrole

pour l'économie du pays, eu le pouvoir de déstabiliser gravement le pays et le fit reculer sur tous les indicateurs-clés des déterminants sociaux.

De la même façon, suite à la survenue de la « crise des *subprimes* » en 2008, l'économie réelle mondiale s'est contractée impactant négativement la demande d'hydrocarbures, ce qui, d'une année sur l'autre, c'est à dire de 2008 à 2009, eut pour effet de diviser par 3,4 le prix du brut qui passa de 135 $ le baril en Juillet 2008 à 39 $ début 2009 (INSEE, 2012). Cela eut comme conséquence un effondrement du solde commercial vénézuélien dû à une baisse drastique de la production pétrolière visant à contenir la baisse du prix du baril de pétrole, en accord avec la stratégie de cartel décidée à l'OPEP, puis, le pétrole représentant 95% des exportations du pays, cela induisit mécaniquement une chute importante des recettes de l'Etat qui s'est immédiatement répercutée sur les dépenses sociales de l'Etat comme le démontre la juxtaposition des dépenses publiques de santé du Venezuela et le cours du pétrole « Brent », référence internationale pour ce bien (*Cf.* Graphique 2.6 : Évolutions comparées du cours du pétrole brut « Brent » et des dépenses publiques du Venezuela en santé entre 1999 et 2010).

Graphique 2.6 :
Évolutions comparées du cours du pétrole brut "Brent" et des dépenses publiques du Venezuela en santé entre 1999 et 2010



Source : graphique réalisé par l'auteur à partir des bases de données de la banque mondiale (2012) pour les dépenses de santé et de l'INSEE (2012) pour le cours du pétrole.

Ce graphique montre bien le lien de corrélation existant entre l'évolution du cours du pétrole et le niveau des dépenses publiques de santé. Pour reprendre les deux exemples que nous mentionnions précédemment, nous pouvons observer, d'une part, l'impact négatif du coup d'état pétrolier de 2002 sur les dépenses de santé du pays et, d'autre part, les conséquences de la chute du prix du baril de pétrole consécutive à la crise financière qui, par ricochet, a produit une baisse des dépenses publiques de l'État en matière de santé. Plusieurs éléments d'analyse doivent cependant modérer ce propos.

D'une part, comme nous le précisions au commencement de cette partie sur le Venezuela, les dépenses de santé de l'Etat vénézuélien sont très opaques et ne prennent pas en compte, chose incompréhensible, la part des dépenses consacrées à la Mission *Barrio Adentro*, cette dernière donnée étant pourtant fondamentale pour la compréhension du système de santé vénézuélien et même, à un niveau plus global, pour l'information des citoyens sur la destination des ressources du pays. Dans ces conditions particulières de quasi secret d'État, l'analyse cruciale des dépenses publiques de santé ne peut prétendre à être précise et révélatrice. Notons toutefois que ces fonds sont gérés par le Fonds de Développement National, très critiqué par l'opposition vénézuélienne pour son manque de transparence (*Cf*. Encadré 3 : Le FONDEN).

Encadré 3 : Le FONDEN

Le Fonds de Développement National est une spécificité vénézuélienne puisque c'est une entreprise au statut de société anonyme qui est sous contrôle du ministère des finances. Cet organisme a été créé en 2005 sous l'impulsion du Président Hugo Chavez afin « d'optimiser les investissements productifs et sociaux », c'est à dire donner à l'État les moyens de redistribuer deux types de revenus : 1) les revenus du pétrole et 2) les réserves excédentaires de la Banque Centrale du Venezuela.

Cette structure financière, qui s'inscrit dans la droite ligne du gouvernement et sa stratégie de « semer le pétrole », est composée d'un directoire présidé par le Ministre des finances, accompagné du Ministre de la planification et du développement ainsi que le vice-Président. Le secrétariat exécutif est la sous-structure qui gère le fonds dans ses aspects techniques[1]. Les fonds détenus en 2012 par le FONDEN s'élèvent à 4,7 milliards de dollars (Hugo Chavez, 2012).

La critique faite par l'opposition vénézuélienne consiste à définir ce fond comme étant la « caisse noire du chavisme » or, si il est certain que les fonds détenus par FONDEN ne sont par marqués par une très grande transparence dans leur allocation précise, les résultats en termes d'investissement sont, quant à eux, parfaitement identifiables eu égard à la promotion médiatique dont ils font l'objet de la part du gouvernement : 411 projets de grande ampleur ont ainsi été financés en 7 ans d'existence, sans compter les fonds drainés quotidiennement vers les missions sociales, au premier rang desquelles la mission *Barrio Adentro*. Le FONDEN est devenu un outil stratégique du gouvernement en tant que vecteur privilégié de sa politique budgétaire expansionniste.

[1] Décret Nº 3.854, dans la « Gaceta Oficial nº 38.261 », Loi sur la réforme partielle de la banque centrale du Venezuela.

D'autre part, il convient de préciser que face à une chute des cours du pétrole, l'État vénézuélien n'est pas sans recours, bien que ces recours aient eux-mêmes des impacts négatifs indirects sur l'économie du pays. En effet, l'État peut amortir la baisse de ses recettes en puisant dans ses réserves internationales qui sont, en tant que pays exportateur de pétrole, historiquement très importantes. Ces « fonds souverains » libellés en dollar, généralement utilisés par les pétromonarchies pour investir dans des multinationales occidentales à des fins spéculatives, sont effectivement employés par le Venezuela dans le cadre de ses programmes sociaux et notamment pour compenser la volatilité des cours du pétrole, comme le démontre la baisse de disponibilité du dollar dans l'économie vénézuélienne en période de recul du prix du pétrole. En effet, cet assèchement de l'économie en dollars est le contrecoup de la mobilisation des réserves internationales en tant qu'instrument de compensation des déficits, obligeant l'État à mettre en place une politique de restriction des changes aux importations, c'est à dire limiter la quantité de dollar dont peuvent légalement disposer les importateurs pour acheter des biens à l'étranger, contribuant ainsi à accentuer la contraction de l'économie du pays et, enfin, à une hausse de l'inflation due à la rareté relative des biens importés. En clair, si la baisse des dépenses sociales est partiellement amortie, comme nous pouvons l'observer dans le graphique 2.6, cet amortissement est payé indirectement par le consommateur vénézuélien via une hausse de l'inflation.

Au final, le pays est, de toute façon, « pris au piège » de l'avantage absolu que lui a octroyé la nature en le dotant des premières réserves de pétrole au monde. C'est l'enseignement que l'on peut tirer à partir de notre domaine spécifique d'étude que sont les systèmes de santé : le principe de dépendance du système de santé vénézuélien vis-à-vis du pétrole rend sa gestion, et surtout sa trajectoire future (sa « soutenabilité ») incertaine. Mais notre analyse doit porter plus loin et s'intéresser à l'autre grande dépendance du système de santé vénézuélien, qui le rend si caractéristique et différent du système de santé colombien : l'intervention, jusqu'au cœur du système, jusque dans ses fondations institutionnelles, d'une puissance étrangère, en l'occurrence Cuba.

En effet, Cuba se trouve être à la base de la restructuration du système de santé vénézuélien, et notamment de par son rôle actif dans la naissance de l'accord-cadre « pétrole contre médecins », en 2003, devenu ensuite l'ALBA. Il est important de souligner le fait que Cuba bénéficie, dans la région, d'une aura particulière : « Cuba la révolutionnaire » est considérée par un certain nombre de dirigeants latino-américains comme un symbole de résistance à

l'impérialisme, d'une part, et comme un exemple de développement social, d'autre part, notamment en matière de médecine. C'est le cas du Président Hugo Chavez qui ne cache pas sa proximité idéologique, presque filiale, avec Fidel Castro.

Du point de vue de ses structures sociales, Cuba se situe en effet parmi les pays les plus avancés de la région. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,78 en 2011, ce pays se positionne en troisième position en Amérique latine, Caraïbes incluses, derrière le Chili et l'Argentine (PNUD, 2012). Le Venezuela se positionne en 9ème position avec un IDH de 0,74, et la Colombie en 17ème position avec un IDH de 0,71. Cependant, si l'on ne retient que la dimension « santé » dans l'indicateur composite qu'est l'IDH, Cuba passe en première position sur le continent latino-américain et en 35ème position dans le monde, avec un indice d'espérance de vie à la naissance dit « très élevé » de 0,93. Le Venezuela est loin derrière, en 11ème position, et la Colombie en 14ème position avec des indices qualifiés d'« élevés », respectivement de 0,86 et 0,85. Ces comparaisons nous permettent ainsi d'expliquer pourquoi le gouvernement vénézuélien a fait appel au gouvernement cubain pour l'aider à améliorer la situation sanitaire du pays.

Ainsi, de la même façon que Cuba envoie régulièrement des médecins à travers le monde, dans d'autres pays en développement et particulièrement en Afrique, conformément à son « programme international de santé », la mission au Venezuela, du point de vue de Cuba, est en premier lieu une mission internationaliste d'aide à un pays « frère ». Vu sous cet angle, l'accord fondateur de l'ALBA « pétrole contre médecin », serait un échange se situant au-delà des lois du marché et matérialisant une entraide mutuelle désintéressée entre deux pays alliés dans la région. Mais cette vision idéalisée rencontre, après analyse approfondie, quelques limites que nous devons développer ici. En effet, le premier doute survient après constatation du manque de transparence dans les accords entre Cuba et le Venezuela. Puis, le doute se confirme avec l'observation d'une gestion de la Mission *Barrio Adentro* quasi-exclusivement conduite par Cuba : les ressources financières, humaines et infrastructurelles restent fermement sous le contrôle de Cuba. C'est le constat que nous avons pu faire sur place et qui pose la question de la soutenabilité d'une telle mission dans le cadre d'un changement de gouvernement et donc, ce qui en serait la conséquence immédiate, d'un renversement des alliances régionales.

Mais surtout, ce fort contrôle de Cuba au cœur du système de santé vénézuélien pose la question de la dépendance future du Venezuela vis-à-vis de Cuba, dépendance qui risque de croître avec la généralisation probable de la Mission *Barrio Adentro*, selon la trajectoire que suivra le système de santé. Nous n'ignorons pas les efforts fournis par les deux pays pour accélérer la formation de personnel médical vénézuélien et nous prenons en compte ce paramètre positif : les 30.000 médecins cubains en mission au Venezuela devraient, à terme, être remplacés progressivement par des médecins vénézuéliens diplômés du nouveau cursus créé en 2006 par le gouvernement vénézuélien et codirigé par Cuba : le diplôme de *médecine intégrale communautaire*, centré sur les soins primaires, adapté aux besoins des communautés vénézuéliennes et dont les 7.000 premiers étudiants ont été diplômés en 2011. En effet, bien que très critiqué, ce diplôme, considéré par l'opposition comme un « sous-diplôme de médecine », permettra de résoudre un problème central et ancien du système de santé vénézuélien : le monopole de la carrière de médecin détenu par la classe sociale très aisée (Javier Segura del Pozo, 2011). C'est cette raison, entre autre, qui a conduit historiquement les quartiers pauvres dans une impasse : les médecins, étant donné leur appartenance de classe, préféraient travailler en clinique privée ou installer leurs cabinets dans les quartiers riches plutôt que de travailler dans le service public, moins bien payé, en manque de personnel et donc saturé de patients, et encore moins s'installer dans les quartiers pauvres, trop dangereux et encore moins rentables, et où la médecine était par conséquent totalement absente avant la mission *Barrio Adentro*. Mais l'importance des médecins cubains dans le dispositif de la mission ne semble pas, du moins à moyen-court termes, devoir se réduire.

Ainsi, si les accords avec Cuba ont permis au Venezuela de sortir d'une situation sanitaire complexe, les perspectives à long terme de l'architecture institutionnelle du système de santé vénézuélien doivent être interrogées dans la mesure où Cuba conservera probablement, étant donné les éléments factuels disponibles actuellement, une place importante de supervision et de contrôle sur les éléments-clés du système. Il nous semble que la transition vers un système national public et indépendant sera d'autant plus difficile qu'elle se fera tard et que, par conséquent, la pénétration de la gestion cubaine au sein des institutions du système de santé vénézuélien sera profonde.

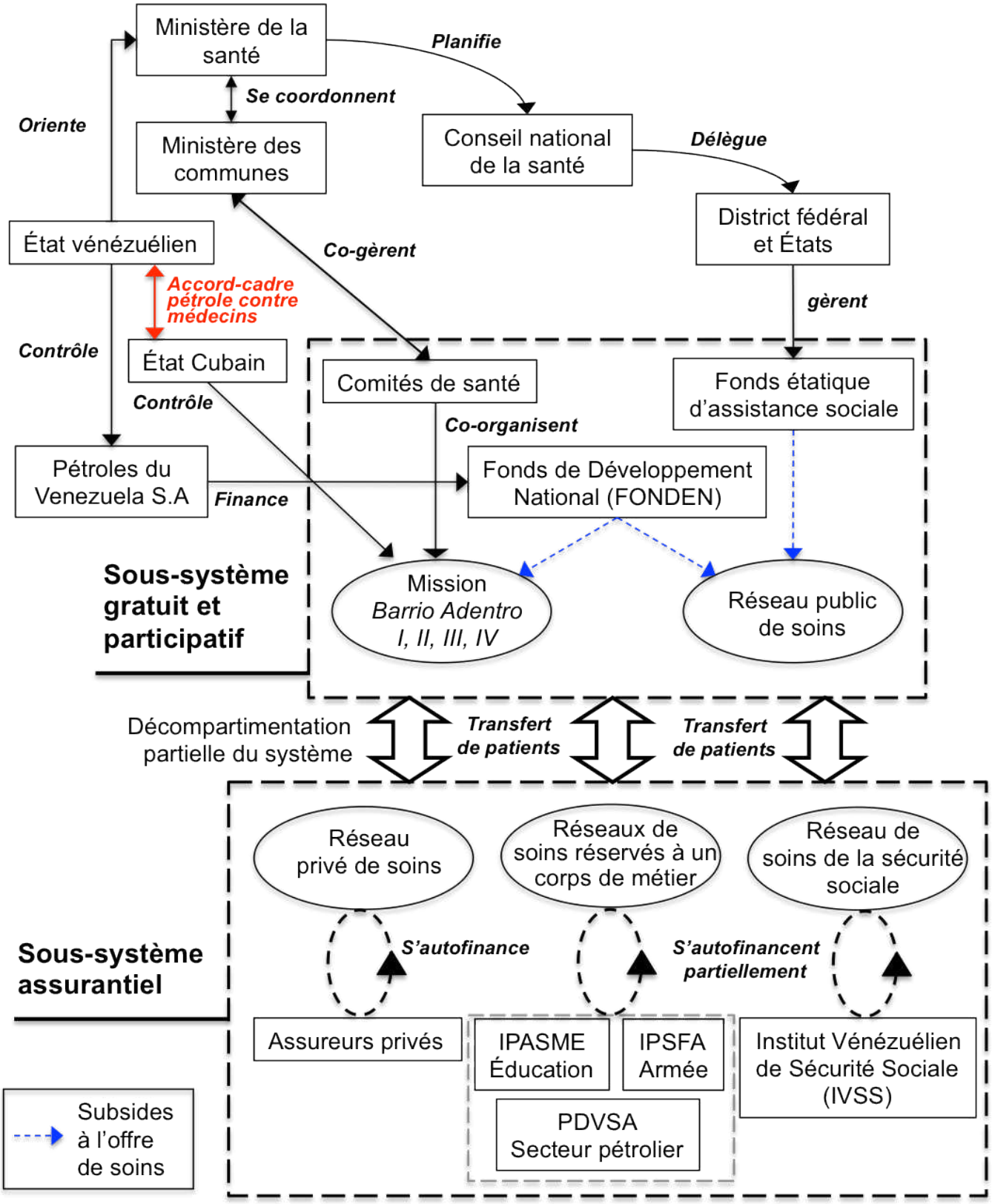
C'est ce double système de dépendance que nous voulions souligner, dépendance économique aux revenus pétroliers et dépendance organisationnelle vis-à-vis de Cuba, car ils nous

paraissaient constituer des aspects fondamentaux touchant à la pérennité du système de santé vénézuélien, à sa trajectoire future et, *in fine*, à sa soutenabilité.

Au total, notre analyse nous pousse à considérer le système de santé vénézuélien comme un système à l'idéologie porteuse d'idées novatrices mais dont l'application souffre d'importantes lacunes organisationnelles. Ces lacunes organisationnelles sont à la fois cause et conséquence d'une incapacité des pouvoirs publics à réellement s'arracher à l'inertie de l'ancien système de santé fragmenté et à générer une dynamique réformatrice unificatrice. L'enjeu fondamental du système de santé vénézuélien nous semble être de rendre compatible un processus de décision populaire décentralisé à l'extrême - puisque chaque individu est acteur de la construction du système à travers les comités de santé – avec les exigences et la rigueur organisationnelle dont à besoin un système pour se stabiliser et s'ancrer dans une société. C'est ce dosage entre responsabilité collective (ou « horizontale ») et responsabilité étatique (ou « hiérarchique ») qui sera déterminant dans la pérennité ou l'instabilité du système : de leur côté, les individus sont-ils suffisamment responsables ou formés politiquement pour assumer, au moins en partie, la gestion d'un système de santé ? Et de son côté, l'État vénézuélien est-il construit sur des bases institutionnelles suffisamment solides et acceptées par tous pour pouvoir dépasser les impératifs politiques conjoncturels et imposer une réforme claire et profonde du système de santé passant, notamment, par un choix franc dans l'orientation du système (Assistance/Assurance) et une institutionnalisation de la mission *Barrio Adentro* ? Au final, ce qui est testé dans cette réforme, comme pour la réforme colombienne, c'est la capacité d'une idéologie à modeler la réalité selon les objectifs théoriques qu'elle se fixe au départ, en d'autres termes sa capacité à se projeter dans l'imaginaire collectif et modifier le comportement des gens. Le « socialisme du 21ème siècle », malgré toute l'amplitude de sa définition peu claire, allant de la répartition des revenus du pétrole à l'exercice du pouvoir populaire, parvient-il à transformer positivement la situation sanitaire du pays ?

Pour analyser cela, comme pour la Colombie, nous allons procéder de deux façons : observer les chiffres de la santé au Venezuela, d'une part, et analyser le circuit institutionnel, d'autre part.

Schéma 2.4 : Le système de santé vénézuélien



Source : Schéma réalisé par l'auteur à partir de la loi organique sur la santé de 1998, de la loi organique sur la sécurité sociale de 2002, ainsi que les réformes *de facto* réalisée jusqu'en 2012.

B. Résultats macro-sociaux du système de santé et analyse du circuit institutionnel vénézuélien

Cette deuxième sous-partie a comme objet d'articuler deux concepts caractérisant le système de santé vénézuélien : 1) l'extension de l'accès aux soins, sous ses différents aspects et 2) la cohérence générale du système de santé. En effet, nous avons mis en lumière précédemment le fait que l'État vénézuélien, sans toutefois modifier en profondeur – c'est à dire par la voie législative - la structure du système de santé, avait tout de même opéré un virage dans le fonctionnement des institutions. L'utilisation des missions comme moyen de contourner les pesanteurs administratives émanant des administrations intermédiaires, relais théoriques des politiques de santé mais parfois hostiles au gouvernement, en est un exemple caractéristique. Ainsi, la mission *Barrio Adentro*, avec ses qualités et ses défauts, est censée avoir amélioré l'accès à la santé, notamment dans les quartiers pauvres, tout en établissant un contact direct entre le gouvernement et le « peuple organisé », pour reprendre les mots du gouvernement. Il conviendra d'analyser ce résultat, tout en ayant un recul critique sur les chiffres auxquels nous avons pu accéder. À ce niveau, et du fait des lacunes organisationnelles que nous avons décrites jusqu'à présent, le Venezuela est très en retard en matière de collectes de données fiables. Mais certaines conclusions pourront tout de même être tirées des organismes internationaux, essentiellement, ainsi que de certains chiffres officiels.

1. Une extension de l'accès aux soins compensée par une déstabilisation du système de santé

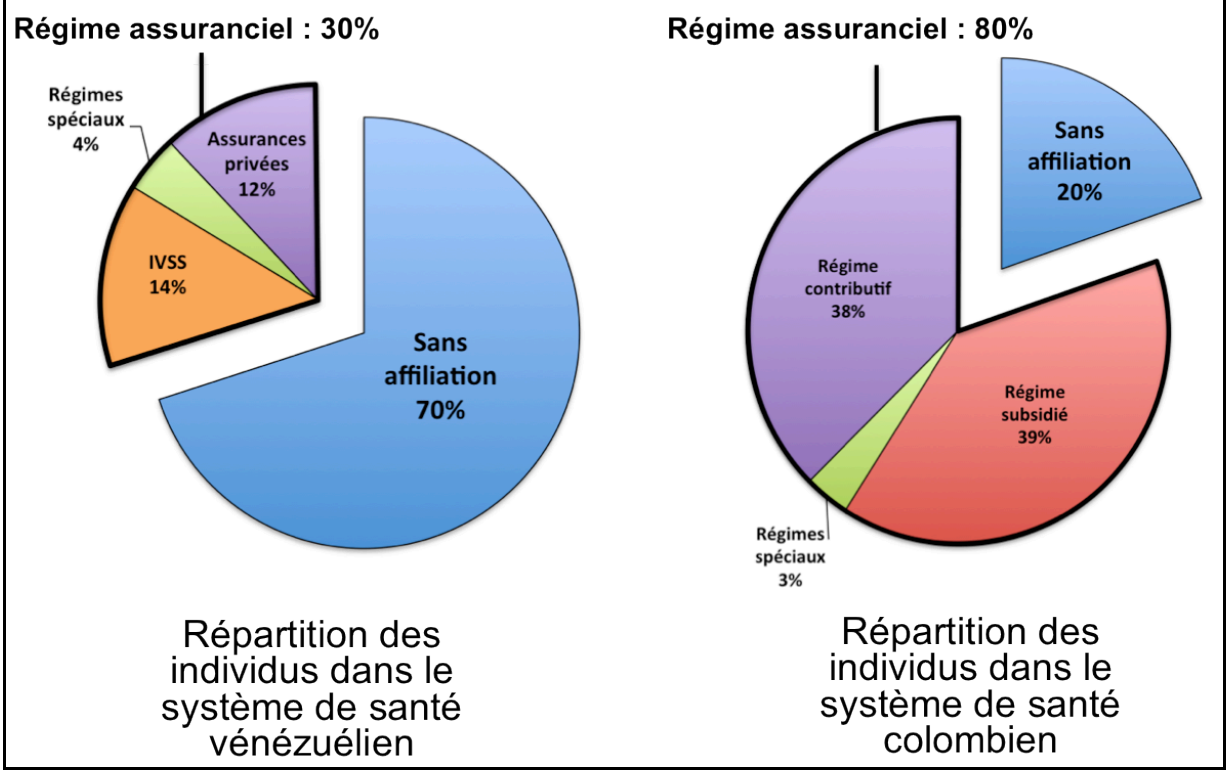
Le système de santé vénézuélien n'étant pas axé, comme l'est le système de santé colombien, sur un réseau d'assureurs agissant sur l'ensemble du système, nous ne pouvons nous baser sur la seule analyse des chiffres de l'affiliation. Nous devons par conséquent élargir notre champ d'analyse et tenter de dégager de grandes tendances, ainsi que des éléments structurels marquant l'évolution du tissu social, afin de dresser un bilan, même partiel, du système de santé vénézuélien tel qu'il se présente à nous actuellement.

1.1 Mise en parallèle des résultats en termes d'accès aux soins et de la cohérence générale du système de santé

Toute la difficulté de l'analyse de l'accès à la santé au Venezuela réside dans le manque de données chiffrées précises, actualisées et surtout impartiales, nous permettant d'avoir une vision globale et temporelle de la situation. Toutefois, certaines données peuvent palier à ces manquements, l'accès étant un concept multidimensionnel. Nous allons tout d'abord tenter de faire le clair concernant la proportion d'individus dans chaque sous-système. Voici le résultat de nos recherches : concernant l'affiliation au sous-système assuranciel privé, aucune donnée disponible ne convient puisqu'elles ne sont pas intégrées, actualisées et fiables. En effet, contrairement à la Colombie où les assureurs doivent annoncer le nombre d'affiliés à leurs services afin de percevoir l'Unité de Paiement par Capitation (UPC), c'est à dire les subsides à la demande, au Venezuela, du fait de la nature même du système de santé et de l'absence de subsides à la demande de soins, aucune loi ou entité publique n'oblige les assureurs privés à déclarer leur nombre d'affiliés. Nous n'avons pu faire ce travail trop conséquent et aléatoire nous-même. Mais nous pouvons l'obtenir par déduction, puisque les autres données restent plus accessibles.

En effet, concernant le nombre de personnes affiliées à l'IVSS – travailleurs et familles confondues - le chiffre officiel est exactement de 3.951.363 en 2010 (IVSS, 2012) sur une population totale de 28.834.000 d'habitants, soit un total de 13,7% de la population. Par le même procédé, nous évaluons le total de personnes affiliées à la sécurité sociale, IVSS, IPASME, IPSFA et PDVSA inclus, à environ 18% de la population. Précisons que nos données récoltées rejoignent, à quelque chose près, les résultats d'une enquête menée au Venezuela en 2005 (Bonvecchio, 2011). Pour le sous-régime gratuit et universel, c'est à dire les Missions *Barrio Adentro* et le service public dépendant du ministère de la santé, selon plusieurs sources, les données récoltées permettent d'estimer à environ 70% la part de la population sans aucune affiliation au système d'assurance–santé (Provea, 2011). Par déduction, nous estimons donc à environ 12% la part de la population affiliée au sous-régime assuranciel privé. Nous observons donc une répartition des individus dans le système totalement différente à celle observée en Colombie (*Cf.* Graphique. 2.7 : Comparaison de la répartition des individus dans les systèmes de santé vénézuélien et colombien). Cette différence se confirmera lors de l'enquête de terrain que nous développerons au Chapitre 3.

Graphique 2.7 :
Comparaison de la répartition des individus dans les systèmes de santé vénézuélien et colombien



Source : graphique réalisé par l'auteur à partir des bases de données des institutions publiques de chaque pays, 2009 pour la Colombie, 2010 pour le Venezuela, et du rapport 2011 de l'observatoire vénézuélien des droits à la santé et la sécurité sociale.

Le graphique ci-dessus montre bien la différence séparant les deux systèmes de santé du point de vue de l'affiliation. Vu sous cet angle, le système de santé colombien semble donner un plus large accès à la santé avec un taux d'individus sans affiliation de seulement 20% contre environ 70% au Venezuela. Mais cet avantage dans l'affiliation n'est pas un gage de meilleur accès aux soins. En effet, les vénézuéliens non-affiliés ont accès au système de santé public et aux différents niveaux de la mission *Barrio Adentro,* totalement gratuits et sans limite théorique de plan de santé. Les colombiens sans affiliation doivent, eux, s'exonérer de 30% du prix des soins qui leur sont administrés, constituant une grande barrière à l'accès pour la population pauvre. Rappelons également que les individus bénéficiant du régime subsidié n'ont accès qu'à un plan de santé délimité (POSS) incluant moins de soins que le plan de santé du régime contributif (POS) et doivent, de ce fait, recourir à la justice pour espérer accéder réellement aux soins dont ils ont besoin. Mais l'accès est-il pour autant meilleur au Venezuela ? C'est toute la question posée par ce chapitre 2 - d'un point de vue systémique - et

à laquelle l'enquête de terrain du chapitre 3 contribuera à apporter une réponse plus proche des réalités sociétales du pays.

Dans le contexte particulier du système de santé vénézuélien, où l'affiliation ne peut être un indicateur d'accès aux soins, il convient d'inclure d'autres paramètres nous permettant d'appréhender l'accès sur une base plus inclusive. Comme le fait apparaître clairement Lambert (1985), la notion d'accessibilité des services de santé rejoint la question, centrale en économie, du déséquilibre entre offre et demande de soins, tout en imprégnant son analyse d'une très forte dimension spatiale, géographique :

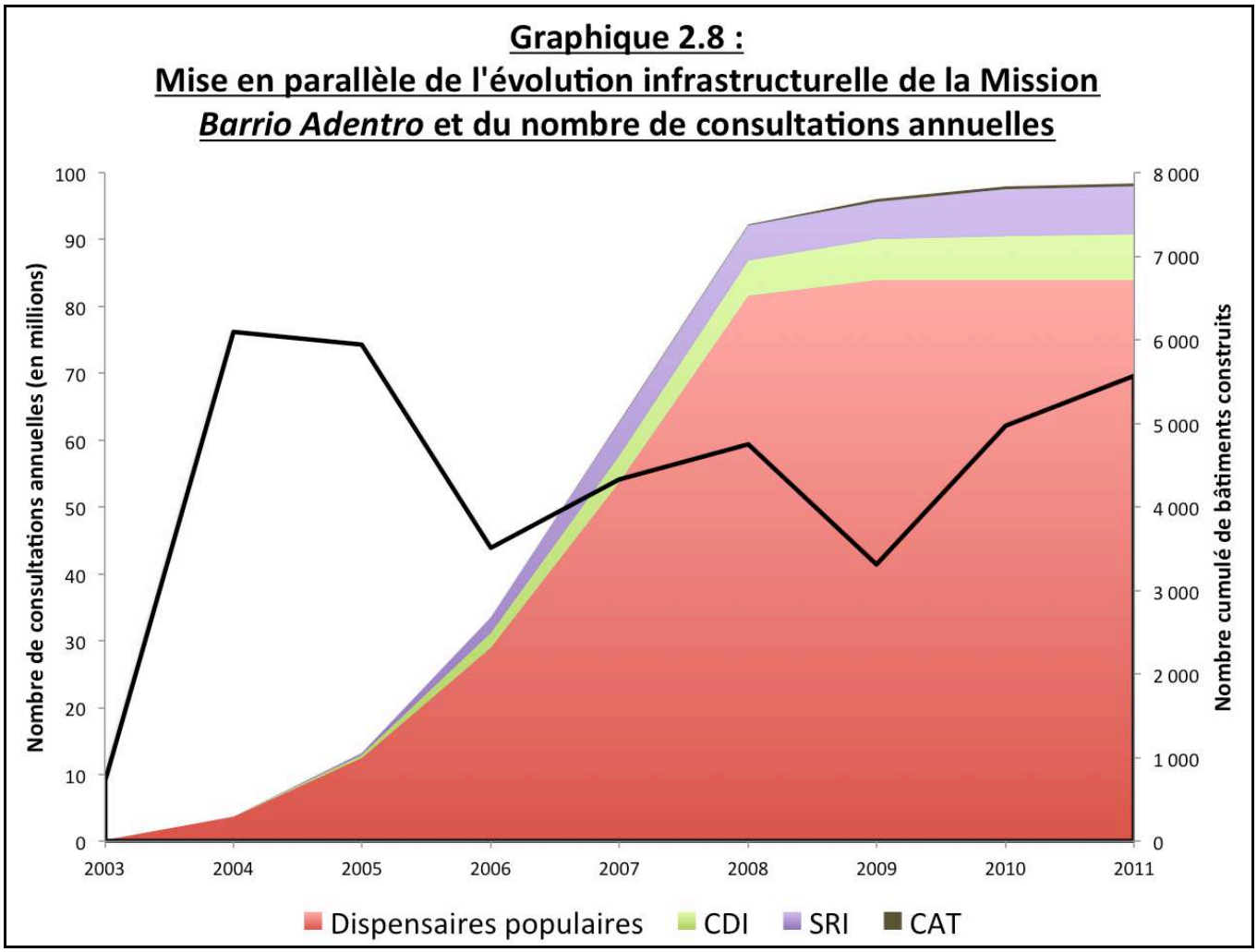
> « *Des enquêtes d'économie de la santé permettront d'identifier, sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins. La progression du taux d'utilisation des services existants (consultation, hospitalisation) accompagne la diminution des barrières d'accès aux soins (fréquence et commodité des transports, prise en charge des dépenses par les assurances). La concentration des médecins et celles des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire. (…) Les populations peu médicalisées et éloignées de centres de soins seront transportées à des coûts élevés (hospitalisation de personnes âgées) ou connaîtront une morbidité associée à une faible consommation de soins. A l'opposé, les populations de régions suréquipées révéleront de forts taux d'utilisation, mais on observera une duplication des services médicaux. Peu de pays sont parvenus à construire une carte sanitaire optimale* ».

Cette définition en termes de géographie de la santé nous permet de faire apparaître l'ambivalence de la notion d'accès aux soins : celle-ci peut s'analyser aussi bien du point de vue de la demande de soins au travers, par exemple, d'une étude de l'affiliation, des taux de consultations, des barrières à l'accès aux soins représentées par le nombre de plaintes déposées, etc. Mais l'analyse peut aussi se faire sur le plan de l'offre de soins : densité infrastructurelle, nombre de médecins par habitants, taux de vaccination, etc.

Et sur le plan des indicateurs de l'offre de soins, le Venezuela montre une évolution contrastée depuis 1999 et ce, toujours pour des raisons **organisationnelles**. La Mission *Barrio Adentro*, par exemple, a connu une croissance exponentielle de son taux de consultations explicable par la très forte décentralisation géographique de ses dispensaires de santé combinée à l'investissement très important de l'État vénézuélien dans les infrastructures de la

Mission (*Cf.* Graphique 2.8 : Évolution comparée du nombre de consultations et du nombre de centres de soins de la Mission *Barrio Adentro*).

Graphique 2.8 :
Mise en parallèle de l'évolution infrastructurelle de la Mission *Barrio Adentro* et du nombre de consultations annuelles



Source : graphique réalisé par l'auteur à partir des données rendues disponibles par le Ministère du Pouvoir Populaire pour la Santé (MPPS), l'Institut National de Statistiques (INS) et des interventions publiques du Président de la République lors de l'inauguration de centres de soins au cours des années 2007, 2008 et 2010.

Le graphique ci-dessus permet de comparer l'augmentation du nombre d'infrastructures de la mission *Barrio Adentro* avec le nombre officiel de consultations réalisées par la mission. Cela nous permet d'évaluer, du point de vue de l'offre, l'impact global de la mission sur l'accès à la santé des vénézuéliens. Mais tout d'abord, précisons quelques points importants sur la construction du graphique. Les chiffres donnés par le ministère de la santé concernant le nombre de consultations annuelles doivent être utilisés avec précaution du fait de certaines contradictions perçues entre les différentes sources gouvernementales, les chiffres pouvant

varier de 10 à 20% selon la source choisie. Nous avons donc dû réaliser des moyennes sur certaines années afin d'espérer nous rapprocher de la vision la plus réaliste possible.

En revanche, le nombre de dispensaires populaires, de Centres de Diagnostic Intégral (CDI), de Salles de Réhabilitation Intégrale (SRI) et de Centres de Haute Technologie (CAT) est lui, plus fiable, étant corroboré par recoupement des sources. Rappelons toutefois que les dispensaires populaires constituent le premier niveau d'attention de la mission (*Barrio Adentro I*) et que les CDI, SRI et CAT constituent le second niveau d'attention (*Barrio Adentro II*) mis en place à partir de 2005. Ne sont donc volontairement pas pris en compte, dans cette analyse, l'impact, plus difficile à évaluer, des troisièmes et quatrièmes niveaux d'attention de la mission, respectivement la rénovation d'hôpitaux existants et la construction d'hôpitaux spécialisés.

Précisons enfin que si le nombre de consultations augmente fortement dès l'année 2004 avant même que les dispensaires populaires n'aient été construits, c'est parce que les médecins cubains, arrivés dès 2003, commencèrent cette même année à réaliser des consultations à domicile, dans les structures existantes du service public de santé ou – ce qui fut le cas général – dans des locaux improvisés au cœur des quartiers pauvres.

Le graphique montre ainsi clairement que si la mission *Barrio Adentro* a un impact réel et très important sur l'accès à la santé (plus de 500 millions de consultations cumulées en 10 ans) celui-ci doit être grandement relativisé. En effet, à partir de 2006 et jusqu'en 2009, période où la croissance infrastructurelle de la mission est la plus importante, le nombre de consultations chute considérablement, pratiquement de moitié par rapport à 2004. Ceci est explicable de plusieurs façons, et ces explications constituent la cause essentielle du manque chronique de performance du système de santé vénézuélien, cause vers laquelle nous revenons en permanence, quel que soit l'angle d'analyse par lequel nous abordons la structure institutionnelle de ce système de santé : le manque d'organisation et de cohérence du système freine de façon très importante l'extension de l'accès aux soins qui, par ailleurs, s'accroit du fait des efforts financiers considérables réalisés par le gouvernement pour développer cette mission et atteindre les catégories les plus pauvres de la population.

Ainsi, un problème fondamental, évoqué par d'importantes associations de médecins (FMV, 2012) est le manque de matériel opérationnel et de médicaments, ainsi que des conditions de

travail optimales permettant aux médecins de travailler en toute sécurité. En effet, inséré dans un contexte socio-politique très instable, le système de santé vénézuélien, qui est, par nature, au carrefour de toutes les tensions sociales traversant la société vénézuélienne, est particulièrement frappé par ces tensions. Aussi, les médecins de la mission, cubains comme vénézuéliens, de par leur très grande proximité avec les populations en difficulté – c'est l'essence de leur mission – sont-ils fortement exposés à la violence omniprésente dans la société vénézuélienne. De plus, la polarisation de la société vénézuélienne concernant le projet de révolution porté par le gouvernement ne fait qu'accentuer cette situation : la mission *Barrio Adentro* étant, aux yeux de la population, l'un des symboles de cette révolution, elle est la cible privilégiée de cette violence politique extrême.

Dans ces circonstances, le système de santé vénézuélien s'est rapidement trouvé confronté à un problème majeur : le manque de médecins acceptant d'exercer dans la mission *Barrio Adentro*, le renfort des médecins vénézuéliens se révélant insuffisant pour faire face à la demande de soins dès les premières années de la mission, ce problème étant accentué, comme nous le soulignions précédemment, par un fort marquage social des médecins vénézuéliens, historiquement issus des catégories les plus aisées de la population. Ainsi, relativement peu de médecins vénézuéliens - eu égard aux besoins importants de la mission - ont ainsi accepté de travailler pour cette mission, et beaucoup l'ont quittée *à posteriori*, face aux difficultés rencontrées sur le terrain. Ainsi, en 2009, voici le bilan que dresse le Président Hugo Chavez lors d'une allocution télévisée : sur les plus de 6.000 dispensaires populaires maillant tout le pays, 2.149, soit près de 35% des infrastructures de la mission *Barrio Adentro I*, se trouvaient sans médecins et 1.199, soit 20%, fonctionnaient à mi-temps. Au total, donc, pour l'année 2009, années où nous avons pu constater précédemment une baisse des dépenses publiques dû à la crise mondiale (*Cf*. p. 163, Graphique 2.6 : Évolutions comparées du cours du pétrole brut « Brent » et des dépenses publiques du Venezuela en santé entre 1999 et 2010) seuls 55% des dispensaires populaires fonctionnaient à plein régime, c'est à dire deux médecins (généraliste, dentiste ou ophtalmologue, selon le choix de la communauté) et une infirmière travaillant à temps plein. Cette question du manque de personnel médical est donc l'une des causes principales qui expliquent les difficultés importantes que rencontre le système de santé vénézuélien au cours de son processus réformateur.

De surcroit, l'absence d'informations claires à ce sujet résonne comme un aveu de faiblesse de la part des autorités. En effet, la dernière donnée accessible concernant la densité de

médecins au Venezuela date de 2001 et elle est de 1,9 médecins pour 1000 habitants (OMS, 2011) sachant que la moyenne régionale est de 2,2 médecins pour 1000 habitants, toujours selon l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) et que le niveau optimal est de 3 médecins pour 1000 habitants. Nous ne pouvons donc traiter cette information, étant donné son ancienneté, et surtout son antériorité au changement qu'a constitué la mission *Barrio Adentro* dans le système de santé vénézuélien. Notons simplement que, d'un point de vue arithmétique, ce chiffre de 1,9 médecins pour 1000 habitants correspond à 47.000 médecins exerçant en 2001. Il y avait donc un déficit, déjà à l'époque, de 43.000 médecins pour atteindre la densité de 3 médecins pour 1000 habitants. Or nous savons par ailleurs que, de 2003 à 2011, le nombre cumulé de médecins cubains intégrés au système de santé vénézuélien est de 26.846 (Hugo Chavez, 2012). Donc, mathématiquement, même en admettant que le nombre de médecins vénézuéliens soit resté constant, ce qui n'a pas été le cas comme nous le verrons plus loin, le nombre total de médecins n'atteint pas la densité requise : le personnel médical - ici les médecins mais le résultat est le même pour le nombre d'infirmiers et les autres corps de métier - reste en sous-effectif.

Ce constat est en effet appuyé par les rapports soulignant deux aspects essentiels : 1) l'exode relatif des médecins vénézuéliens et 2) la désaffection, relative elle aussi, des formations universitaires de médecine. Concernant le premier point, la Fédération Médicale Vénézuélienne (FMV), réputée proche de l'opposition, mentionnait le fait que de 2005 à 2009, 7.800 médecins avaient quitté leur poste dans le service public dans le but, pour 30% d'entre eux selon l'étude, d'exercer à l'extérieur du pays. Au total, 5.200 médecins auraient ainsi quitté le pays pour les Etats-Unis, l'Australie, le Canada ou l'Espagne entre 2001 et 2011. Concernant le second point, la FMV rapporte le fait que le nombre d'étudiants en médecine, antérieurement de 2000 par an, s'est réduit d'environ 65% entre 2003 et 2011. L'explication à ce double phénomène est multiple : il correspond d'une part, à de réelles difficultés à exercer la médecine au sein du service public, à cause d'un manque de moyens et une désorganisation globale du système, mais également, et c'est un point central, à cause également de la baisse relative des salaires dans ce corps de métier due à la perte de pouvoir de négociation des syndicats, perçus par le gouvernement, surtout après la tentative de coup d'État de 2002 qui a impliqué la principale fédération syndicale du pays, comme étant à la « solde de la bourgeoisie nationale ». Ainsi, les salaires des médecins sont perçus par ces syndicats comme étant très inférieurs à ce qu'ils devraient être : 2.300 bolivars (417 euros) en 2011 au lieu des 9.000 bolivars mensuels (1634 euros), souhaités par les structures syndicales.

Notons que le salaire minimum vénézuélien, parmi les plus élevés d'Amérique latine, est, en 2011, de 1.548 bolivars mensuels (281 euros) soit 67% inférieur au salaire moyen des médecins. En Colombie, le salaire moyen d'un médecin généraliste est, lui, de 2,2 millions de pesos (949 euros) soit plus de quatre fois supérieur au salaire minimum, qui est de 535.600 pesos (231 euros) en 2011. Les médecins vénézuéliens ont donc effectivement, en moyenne, une situation financière beaucoup moins intéressante qu'en Colombie et, à plus forte raison, qu'aux Etats-Unis ou en Europe.

Tous ces éléments expliquent le désintérêt des étudiants pour cette profession et le départ d'un certain nombre de médecins à l'étranger. Mais cet état de fait doit être relativisé au regard des efforts faits par le gouvernement, en termes de salaire, d'une part, qui a connu une hausse de 30% en 2012 pour l'ensemble de la profession, et en matière de formation, d'autres part, avec la constitution, en parallèle des canaux traditionnels de formation en médecine, d'une formation alternative de « médecine intégrale communautaire » (MIC) spécialement pensée pour les besoins de la mission *Barrio Adentro I et II*, c'est à dire centrée sur l'attention primaire en santé et sur les pathologies courantes des quartiers pauvres. Comme nous le spécifiions précédemment, cette formation dirigée par la mission médicale cubaine est très critiquée par l'opposition car elle serait un « sous-diplôme » de médecine, au contenu de qualité inférieure aux parcours traditionnels. Il est nécessaire de bien comprendre la philosophie de cette nouvelle formation : elle a été construite pour accueillir les étudiants des quartiers pauvres, par opposition aux formations plus élitistes des parcours classiques, et apporter une réponse en harmonie avec les problématiques des communautés à savoir, à terme, un remplacement total des médecins cubains par des médecins provenant de ces mêmes quartiers et connaissant parfaitement le milieu ambiant. Plus globalement, les 7.000 diplômés de MIC de l'année 2012 ont été formés pour, théoriquement, dépasser le schéma de pensée classique des médecins imprégnés du « mode de pensée capitaliste », c'est à dire mus, pas uniquement mais en grande partie, par la volonté de gagner de l'argent. Cette formation a donc un but politique, tout autant que social. C'est tout le sens de la réforme du système de santé vénézuélien.

Si du point de vue de l'offre de soins, l'accès à la santé connaît au Venezuela un certain de nombre de freins nuançant grandement les résultats positifs qui, par ailleurs, ont pu être obtenus par le gouvernement, une étude rapide de l'accès aux soins du côté de la demande ne fait, quant à elle, que confirmer cette prise de position nuancée.

En effet, l'analyse des critiques faites à l'encontre du système de soins par les vénézuéliens lors d'une enquête menée en 2011 sur 241 personnes par l'observatoire vénézuélien des droits à la santé, Provea, un organisme a-partisan, met en évidence le fait que 56,4% des problèmes évoqués par les usagers concernent le manque de médecins, médicaments ou matériel rendant impossible l'accès réel aux soins, malgré l'existence de l'infrastructure en elle-même. Ensuite viennent les problèmes de qualité (37,3%) et, loin derrière, les problèmes d'accessibilité géographique (6,2%). Pour tempérer ces résultats, notons qu'un échantillon de 241 individus reste relativement peu important pour tirer des conclusions réellement fiables d'un point de vue macro-institutionnel. Notons simplement que ces résultats appuient nos analyses.

Ainsi, l'accès à la santé souffre au Venezuela d'un certain nombre de problèmes structurels parmi lesquels l'incapacité du système à maintenir une cohésion du corps médical à l'échelle nationale et le manque chronique d'organisation, ces deux éléments s'expliquant mutuellement. Mais d'un point de vue plus global, soulignons le fait que la mission *Barrio Adentro* a permis, d'une part, une très forte hausse des consultations en milieu urbain pauvre, traditionnellement inaccessible à la médecine et, d'autre part, une appropriation par les communautés du thème de la santé avec l'arrivée des médecins au cœur de leurs quartiers, en concertation avec les comités de santé maillant le pays : c'est la dimension de « l'accès à la santé », en tant que projection dans l'imaginaire collectif, que nous identifions comme acquis essentiel de la réforme réalisée par le Venezuela. *In fine*, ces résultats, bien qu'ils eussent pu être très supérieurs avec une meilleure organisation, demeurent un acquis important du processus politique en cours au Venezuela.

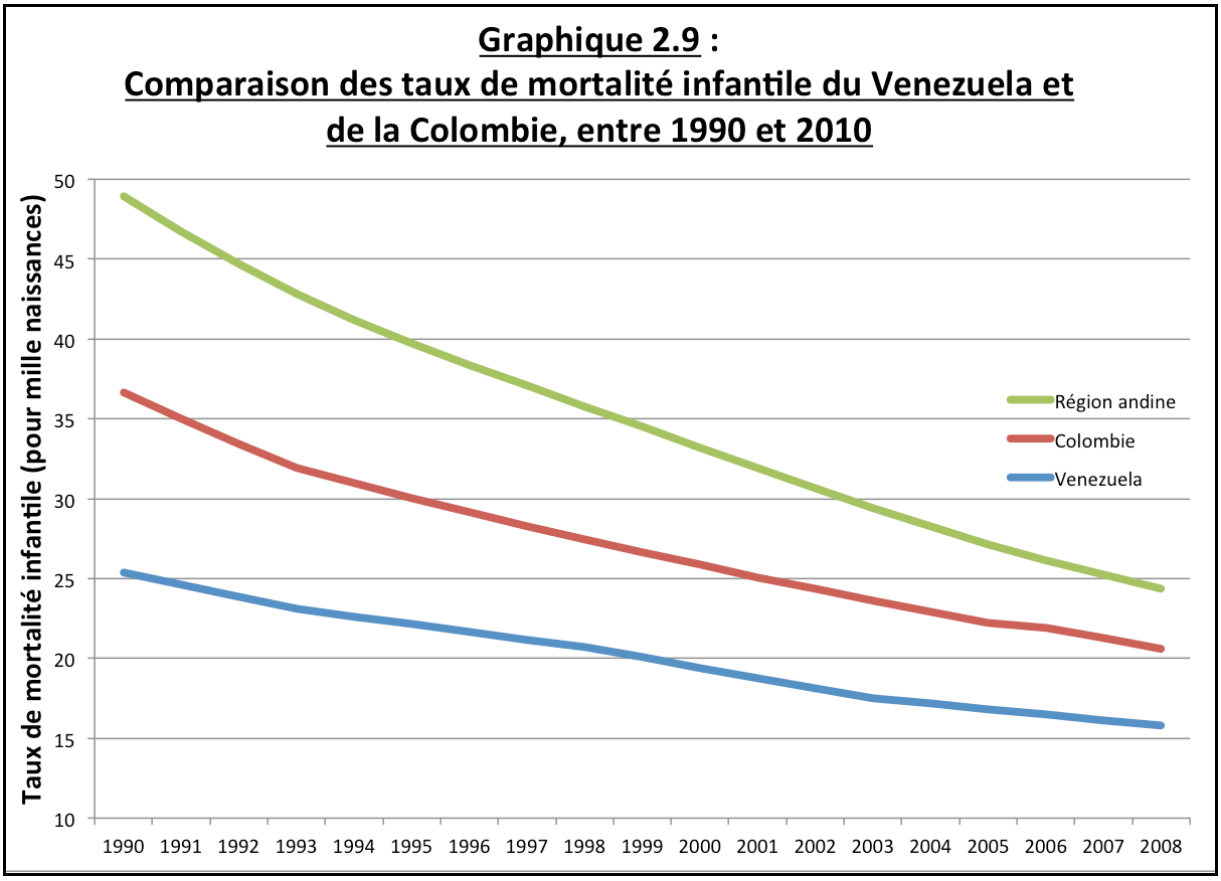
1.2 Bilan comparatif de l'état de santé de la population vénézuélienne

Avant de replacer notre étude dans le cadre théorique construit dans le premier chapitre, à savoir le circuit institutionnel vénézuélien, il est primordial d'analyser l'évolution des principaux indicateurs de santé caractérisant, eux aussi, l'efficacité du système à résoudre les problématiques de santé.

La première donnée que nous choisissons d'analyser, par symétrie avec l'étude du système de santé colombien de la section précédente, c'est le taux de mortalité infantile. Cet indicateur,

qui constitue le quatrième engagement des objectifs du millénaire pour le développement, revêt une importance particulière dans la mesure où il permet de juger de la qualité des soins obstétriques et pédiatriques, c'est à dire la capacité d'un système de santé à apporter des soins à une population particulièrement fragile : la petite enfance.

De ce point de vue, le Venezuela est légèrement mieux positionné que la Colombie (*Cf.* Graphique 2.9 : comparaison des taux de mortalité infantile du Venezuela et de la Colombie, entre 1990 et 2010), bien que ces deux pays suivent une tendance décroissante similaire à l'ensemble du monde, sauf l'Afrique (WHO, 2011).



Source : Organisation Panaméricaine de la santé (OPS, 2012)

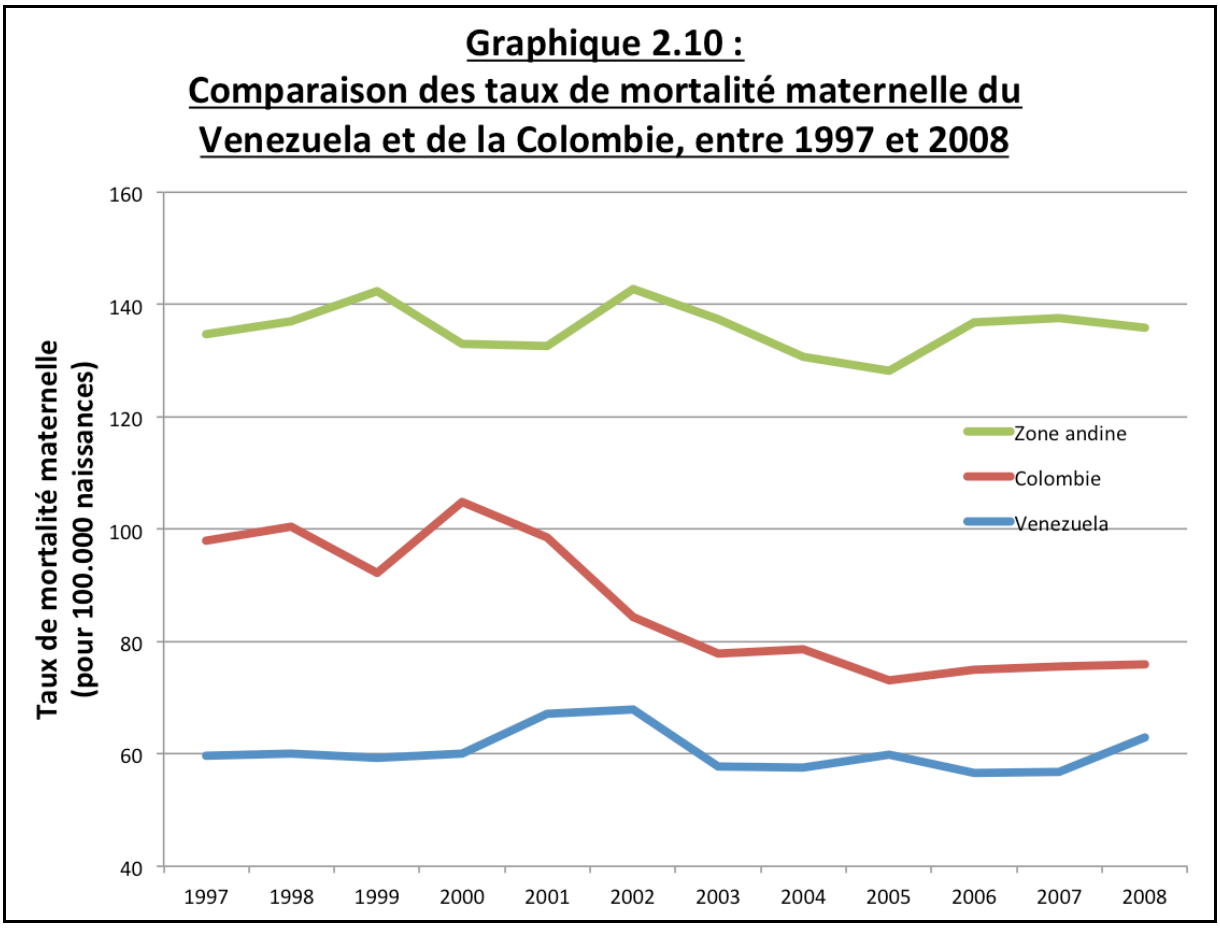
Plusieurs autres informations intéressantes peuvent être extraites du graphique ci-dessus. Premièrement, il est important de mentionner le fait que ces données représentent le nombre de décès *d'enfants de moins de un an* pour mille naissances, les données disponibles s'arrêtant en 2008. Par ailleurs, soulignons le fait que ces données sont sensiblement différentes d'une source à l'autre, y compris, ce qui est surprenant, entre l'OMS et l'OPS. Nous avons retenu les données de l'OPS, plus précises et, surtout, plus complètes d'un point de vue temporel.

Nous observons, à partir de ces données, un écart entre la Colombie et le Venezuela qui tend à se réduire. Parallèlement à cela, il semble évident que le Venezuela a globalement de meilleurs résultats que l'ensemble de la région andine[25], mais cet écart se réduit du fait d'une érosion de la pente du taux de mortalité infantile au Venezuela à partir du milieu des années 1990. Aussi, peut-on en conclure que si, globalement, la situation se trouve être meilleure actuellement au Venezuela, il convient de préciser que si la tendance se poursuivait à moyen-long terme, la situation risquerait de s'inverser à horizon 2020.

Par ailleurs, l'évolution du taux de mortalité infantile peut être connectée à celle d'un autre indicateur généralement interprété comme étant représentatif de la prise en charge sanitaire des adultes : le taux de mortalité maternelle (*Cf*. Graphique 2.10 : Comparaison des taux de mortalité maternelle du Venezuela et de la Colombie, entre 1997 et 2008). Cet indicateur correspond au cinquième des huit objectifs du millénaire pour le développement dont le but est de réduire la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015. Cet indicateur est important dans la mesure où il permet, bien entendu, d'évaluer le niveau d'attention porté aux mères avant, pendant et après l'accouchement, donc d'évaluer la cohérence générale d'un système et sa capacité d'anticipation, mais également car les enfant orphelins de mère connaissent un risque de mourir prématurément multiplié par dix par rapport aux autres enfants (ONU, 2010), entrainant une augmentation sensible de la mortalité infantile.

[25] La région andine, selon l'Organisation Panaméricaine de la Santé, inclut le Venezuela, la Colombie, l'Équateur, le Pérou et la Bolivie.

Graphique 2.10 :
Comparaison des taux de mortalité maternelle du Venezuela et de la Colombie, entre 1997 et 2008

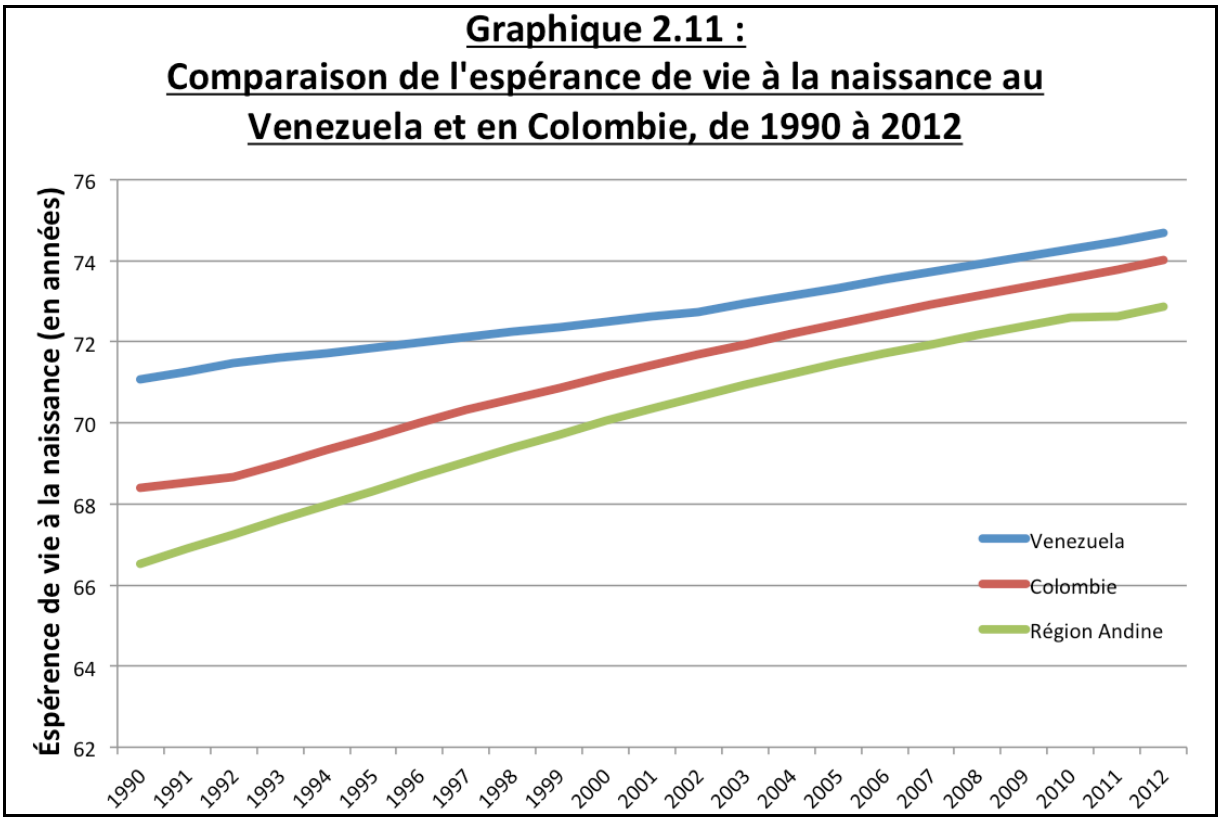


Source : Organisation Panaméricaine de la santé (OPS, 2012)

Le graphique ci-dessus montre une évolution différente de celle du taux de mortalité infantile. En effet, si le Venezuela reste mieux positionné que la Colombie sur les dix années que recouvrent les données, en revanche, l'évolution générale confirme l'analyse faite précédemment : l'écart diminue entre les deux pays du fait d'un net progrès de la Colombie, notamment entre 2000 et 2005. Le Venezuela, en revanche, est loin de remplir le cinquième objectif du millénaire pour le développement étant donné que le taux de mortalité n'a pas diminué de trois quarts depuis 1995, bien au contraire, il est passé d'environ 60‰ à 64‰ entre 1997 et 2008. Rappelons toutefois que les deux pays ont un taux de mortalité maternelle pratiquement deux fois inférieur à la région andine.

Ainsi, la situation est contrastée. En valeur absolue, le Venezuela montre de meilleurs indicateurs de santé, mais en dynamique, la Colombie connaît une évolution plus favorable. Analysons l'espérance de vie à la naissance afin d'observer si cet indicateur-clé, utilisé dans le calcul de l'IDH, confirme cette tendance (*Cf.* Graphique

2.11 : Comparaison de l'espérance de vie à la naissance au Venezuela et en Colombie, de 1990 à 2012).



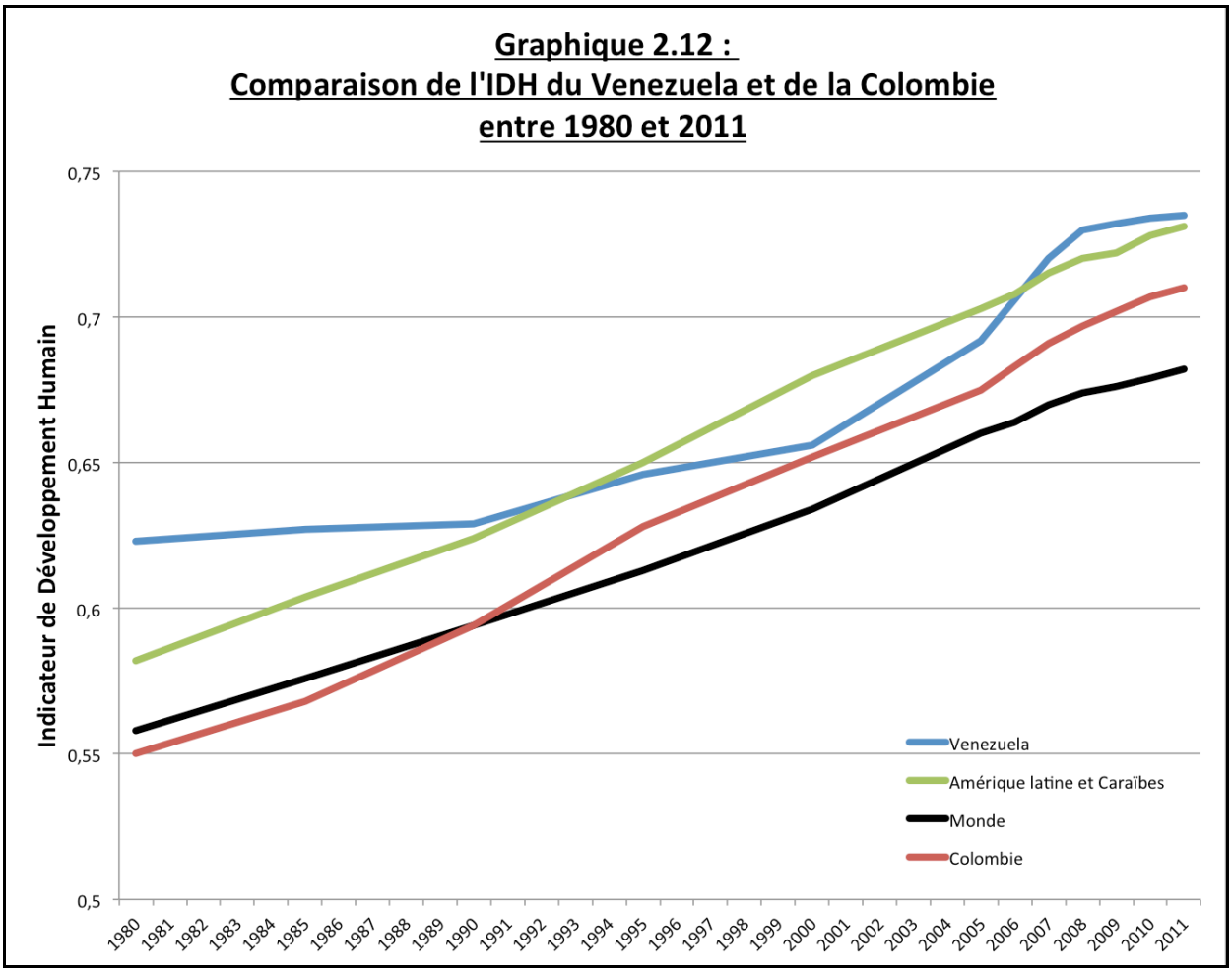
Source : Organisation Panaméricaine de la santé (OPS, 2012)

Le graphique ci-dessus fait apparaître les faits que nous décrivions précédemment : le Venezuela part d'une situation bien meilleure que celle de la Colombie et de l'ensemble de la région avec, en 1990, un écart de presque cinq ans séparant le Venezuela et la région andine en terme d'espérance de vie à la naissance. Or selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'espérance de vie à la naissance « *représente la durée de vie moyenne – autrement dit l'âge moyen au décès – d'une génération fictive soumise aux conditions de la mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge* ». Elle est donc, en d'autres termes, un indicateur fondamental dans la mesure où il permet d'évaluer les conditions d'existence générales d'une société rapportée à une génération fictive et à une date donnée. En effet, l'espérance de vie moyenne des vénézuéliens en 2012 est de 74,4 ans, ce qui ne veut pas dire que les vénézuéliens nés en 2012 vivront en moyenne 74,4 années. Ce ne pourrait être le cas uniquement si les conditions de vie au Venezuela restaient indéfiniment celles de 2012, ce qui est impossible étant donné l'évolution des technologies, des connaissances en médecine et plus globalement de la dynamique des systèmes sociaux, et notamment du système de santé. Aussi, l'écart important

qui séparait la Colombie du Venezuela en 1990 ne s'est pas maintenu dans le temps et, comme pour les autres indicateurs, nous observons un rattrapage progressif du Venezuela par la Colombie qui, sur les 20 dernières années, connait un taux de croissance des ses indicateurs sociaux, notamment concernant la santé, supérieur à ceux du Venezuela. Néanmoins, soulignons à nouveau le fait que le Venezuela, comme la Colombie, connaissent une situation globalement plus favorable que les autres pays de la région andine, le Venezuela étant en tête sur pratiquement l'ensemble des items (OPS, données 2012).

Enfin, il est intéressant de clore cette analyse sur l'état de santé de la population vénézuélienne par l'étude d'un indicateur composite introduisant la santé comme élément d'explication de l'évolution du niveau de développement humain global d'une population. En la matière, l'indicateur de référence est l'IDH (*Cf.* Graphique 2.12 : comparaison de l'IDH du Venezuela et de la Colombie entre 1980 et 2011), un indicateur composite intégrant l'espérance de vie à la naissance que nous venons d'étudier, mais également deux autres piliers soutenant la structure sociale d'un pays : l'éducation, mesuré par le taux d'alphabétisation et la durée moyenne de scolarisation pour les enfants d'âge scolaire, ainsi que le niveau de vie, à travers le revenu par habitant. Précisons que cette dernière composante de l'IDH ne reflète pas les inégalités frappant un pays : le revenu divisé par le nombre d'habitant n'a, en soit, pas beaucoup de sens dans une société très inégalitaire comme le sont en général les sociétés latino-américaines. Toutefois, l'IDH permet de « contextualiser », de situer la composante « santé » parmi les autres indicateurs sociaux-économiques de référence.

Graphique 2.12 :
Comparaison de l'IDH du Venezuela et de la Colombie entre 1980 et 2011



Source : Nations Unies (UNCTAD, 2012)

Le graphique ci-dessus est riche d'enseignements. Premièrement, le Venezuela maintient son avance sur la Colombie sur les trois décennies que recouvrent les données rendues disponibles par les Nations Unies. Deuxièmement, nous pouvons observer une inflexion du taux de variation de l'IDH vénézuélien à partir de l'année 2001, puis une nouvelle hausse à partir de 2005, dépassant le niveau d'IDH moyen de l'Amérique latine. Cette hausse observée du taux de variation de l'IDH du Venezuela est un signe tangible de l'impact positif des politiques sociales actives mises en place par le gouvernement, compensées toutefois par une hausse des revenus pétroliers à partir de 2003 et la mise en application de la loi sur les hydrocarbures augmentant sensiblement, dès cet instant, les recettes pétrolières *via* l'augmentation des royalties fixes pour l'exploitation du pétrole vénézuélien par les compagnies étrangères. Cette augmentation fit gonfler la composante « revenu par habitant » de l'IDH et, bien que ce revenu fut redistribué en grande partie à la population via les missions, elle fit infléchir dans une proportion conséquente l'indicateur. L'autre élément d'explication, en dehors de la composante « santé », est la forte croissance du taux d'alphabétisation entre 2002 et 2005 qui

fit passer le Venezuela dans la catégorie des pays « libres d'analphabétisme » selon l'UNESCO, en grande partie grâce à la mission *Robinson*, l'équivalent de la mission *Barrio Adentro*, mais pour l'éducation.

Mais il est également possible de déduire du graphique 2.12 la forte dépendance du Venezuela vis à vis des revenus pétroliers qui rend ce pays plus sensible aux crises économiques mondiales que la Colombie, comme le démontre la chute du taux de variation de l'IDH vénézuélien à partir de 2008, contrairement à l'évolution constante de l'indicateur colombien. Globalement, et au-delà de ce schéma, nous pouvons déduire le fait que le Venezuela observe une plus grande sensibilité aux cycles économiques mondiaux que la Colombie du fait de l'orientation quasi exclusive de son économie vers l'exportation de pétrole. Par voie de conséquence, la mobilisation active des revenus pétroliers par le gouvernement de Hugo Chavez pour lutter contre la pauvreté, a accentué la volatilité des indicateurs sociaux du Venezuela.

En somme, tant du point de vue de la problématique de l'accès aux soins que de l'évolution des indicateurs macro-sociaux, la situation vénézuélienne mérite d'être nuancée. En effet, si la volonté du gouvernement de lutter contre la pauvreté en utilisant la rente pétrolière est un fait établi et incontestable, cette stratégie de « semer le pétrole » n'a, pour le moment, pas eu pleinement l'efficacité attendue. En effet, nous avons pu observer que la forte croissance, nécessaire, des infrastructures de santé a été accompagnée de problèmes plus profonds traversant la société vénézuélienne. De même, la comparaison de l'évolution des indicateurs sociaux du Venezuela avec la Colombie amène à un constat accablant : la Colombie rattrape peu à peu son retard sur le Venezuela. Il est par conséquent absolument nécessaire d'aller plus loin dans l'analyse et essayer de comprendre, à l'instar de l'étude faite pour la Colombie, les soubassements de l'architecture institutionnelle du système de santé vénézuélien, les interconnexions entre les acteurs de ce système, et les éléments qui permettent d'analyser les blocages de la construction sociale vénézuélienne dans son ensemble. C'est l'objet de la sous-partie suivante.

2. L'évolution du système de santé replacée dans le contexte du circuit institutionnel vénézuélien

Le circuit institutionnel est le concept nous permettant d'analyser les différentes sphères interactionnelles d'un système de santé et de comprendre la multiplicité et la force des liens institutionnels unissant les acteurs de ces différentes sphères, tant du point de vue de l'action du système sur les individus que des processus rétroactifs des individus sur le système. Il permet, en somme, d'identifier les points de rupture entre les éléments théoriques portés par l'idéologie et la *praxis* institutionnelle, formelle ou informelle, produisant des défaillances que nous qualifions de « structurelles » dans l'architecture institutionnelle. Nous prendrons ces éléments comme point d'appui de notre analyse pour tenter d'évaluer la cohérence du système de santé vénézuélien et identifier les causes des contre-performances relatives des politiques de santé mises en place, eu égard aux capitaux et à l'énergie dépensés dans ces programmes sociaux. Nous verrons que la dynamique institutionnelle que tente d'impulser le gouvernement est un mouvement provenant en partie du bas de l'architecture, c'est à dire de la population organisée en comité de santé, vers le haut, c'est à dire les pouvoirs publics centraux (et non les pouvoirs intermédiaires) et ainsi modifier la structure organisationnelle en prenant appui sur les principes régissant la démocratie participative. Or il se trouve que ce processus rétroactif promu par le gouvernement rencontre un certain nombre de difficultés que nous développerons dans cette partie.

Mais rappelons tout d'abord le fait que l'ensemble des interactions entre acteurs se subdivise en trois « sphères interactionnelles », formant ensemble un circuit institutionnel, dit « autonome », dans la mesure où il interagit avec le reste de la société mais forme un ensemble défini et aux objectifs identifiables. Ces trois sphères entrent en interaction de la façon suivante : 1) les instances étatiques impactent le système de soins, 2) le système de soins impacte les individus et 3) les individus, à leur tour, impactent les instances étatiques selon le principe de « rétroaction institutionnelle », introduit par North. Chacune de ces trois relations peut être, ou non, à double sens, et doit être analysée sous un angle institutionnel « élargi », c'est à dire recouvrant trois dimensions essentielles : historique, politique et enfin, économique et sociale. À l'instar de l'analyse faite pour le cas de la Colombie, étudions en premier lieu les échanges institutionnels entre les instances politiques et l'offre de soins.

La relation institutionnelle s'établissant entre **les instances politiques vénézuéliennes** et **l'offre de soins** rejoint un type de relation très spécifique aux nations gouvernées par un pouvoir central fort. En effet, le premier point qui semble devoir être souligné est le fait que le Président Hugo Chavez détient un pouvoir et une influence très importants sur l'ensemble des instances publiques du pays. Tout d'abord, l'idéologie traversant les institutions vénézuéliennes est en très grande partie le résultat de l'évolution de la pensée, du discours et des évènements vécus par le Président. Cette évolution idéologique est effectivement fortement marquée par l'histoire personnelle du Président : partisan de la « troisième voie » au début de son mandat, les termes de « révolution » et surtout de « socialisme » apparurent suite au coup d'État manqué, organisé par la CIA et appuyé par certains secteurs de l'opposition vénézuélienne, qui tentèrent, ensemble, de le renverser en 2002 (Golinger, 2006).

Cet évènement, qui est crucial pour comprendre la température des relations internationales entre le Venezuela et les Etats-Unis, modifia considérablement la trajectoire politique, et par conséquent économique, du pays. C'est en effet suite au coup d'État manqué que naquirent les missions, émanant d'une collaboration économique et politique devenue plus étroite avec Cuba, suite à cet événement qui favorisa un rapprochement naturel entre les deux pays. Cette évolution ne fit ensuite que s'approfondir, le soutien de la population vis-à-vis du Président s'étant consolidée avec la tentative de coup d'État, son autorité fut par la suite légitimée à plusieurs reprises : lors d'élections législatives, puis lors d'une élection présidentielle largement gagnée en 2006, et même lors d'un référendum révocatoire[26] en 2004, où son ascendant sur la société vénézuélienne s'en trouva également renforcé. Il est important de savoir, pour comprendre l'appui populaire sur lesquelles se fondent les réformes gouvernementales, que sur 12 échéances électorales en 13 ans de pouvoir, une seule a été perdue par le parti du Président.

Au niveau du système de santé, cette forte influence du Président structure les relations entre les sphères institutionnelles. En effet, contrairement à la Colombie où l'État a cédé la place aux assureurs comme axe régulateur du système de soins, au Venezuela, c'est l'État qui

[26] Les articles 72 et 233 de la constitution de la République Bolivarienne du Venezuela prévoient la possibilité pour les citoyens d'organiser un référendum révocatoire de mi-mandat et d'initiative populaire, leur permettant de révoquer n'importe quel élu, Président compris, à condition de réunir les signatures de 20% des électeurs de la circonscription (ou pays, dans le cas de la révocation du Président). Cet instrument fut utilisé en 2004 par l'opposition vénézuélienne et le résultat fut de 59,10% pour le « non » (non à la révocation du Président) et 40,64% pour le « oui ».

contrôle fermement, par divers canaux, l'organisation du système de soins. L'intensité du lien institutionnel unissant ces deux sphères peut donc être défini comme étant « fort ». Ce lien se caractérise en effet par un contrôle important du gouvernement sur le système de soins à plusieurs niveaux : contrôle du prix des biens relatifs à la santé afin d'éviter une spirale inflationniste dans le secteur privé ; strict contrôle des salaires du secteur de la santé ; contrôle total du financement du secteur public *via* le FONDEN, étant donné que le mode de financement du système est exclusivement orienté vers l'offre de soins et non vers la demande, comme l'est le système assuranciel colombien ; contrôle enfin s'exerçant sur la formation universitaire, puisque l'alternative à la formation classique de médecine est une décision éminemment politique, comme nous l'avons analysé précédemment.

Ainsi, l'architecture institutionnelle du système de santé vénézuélien se présente sous des traits totalement antithétiques à ceux qui caractérisent le système de santé colombien : l'État, par l'entremise du ministère de la santé, y joue un rôle fondamental de pilotage, de gestion et de structuration des relations entre acteurs, un rôle se situant bien au-delà du simple contrôle, fonction délimitatrice des prérogatives de l'Etat dans le système de soins colombien. Mais il convient de préciser le fait que ce rôle important de l'Etat vénézuélien dans le système de santé, substrat fondamental de l'idéologie portée par le gouvernement, a plusieurs conséquences négatives indirectes en terme de soutenabilité :

Premièrement, la très grande interdépendance entre l'évolution du système et l'actualité politique secouant régulièrement le pays. Nous avions analysé précédemment le fait que le système de santé était soumis à une double dépendance structurelle : la dépendance vis-à-vis de Cuba et la dépendance vis-à-vis des revenus pétroliers. Une troisième dépendance, émergeant cette fois de l'analyse de l'architecture institutionnelle du système, peut être ici explicitée : le fait que le mode de gouvernance du système – le terme « gouvernance » étant entendu comme « *mode de gestion publique des biens communs* » (Ostrom, 1990) – expose fortement le système de santé vénézuélien aux changements politiques conjoncturels. Par exemple, la mission *Barrio Adentro* ne fut créée que suite au coup d'Etat manqué, qui tint le rôle de « déclencheur ». De même, la création de la nouvelle carrière de médecine communautaire intégrale ne fut créée qu'en réaction aux pressions croissantes des corporations syndicales de médecins et aux grandes grèves de la profession mettant en cause le manque de personnel et les conditions de travail. Un autre exemple significatif est celui des grandes missions mises en place récemment, comme par exemple la grande mission « *Filles*

et fils du Venezuela » qui octroie à chaque foyer pauvre[27] une allocation pour chaque enfant, dans la limite de trois enfants par foyer. Ce système, proche d'un système d'allocation familiale, n'a été mis en place que suite au cancer du Président Hugo Chavez qui s'est déclaré durant l'été 2011. Cette maladie, qui mit en danger sa vie, lui aurait fait prendre conscience, selon son propre témoignage, qu'il fallait « approfondir la révolution », d'où l'impérieuse nécessité d'aller plus loin dans la redistribution des revenus pétroliers à la population. Pour l'opposition, ces grandes missions seraient des actions démagogiques et auraient un but uniquement électoraliste, en vue des élections d'octobre 2012. Quelle que soit l'origine de ces grandes missions, nous avons là un aspect emblématique de la dynamique institutionnelle du Venezuela : d'une part, cette dynamique est de nature très pyramidale, les réformes décisives provenant très souvent du plus haut niveau de l'Etat et, d'autre part, elle est très dépendante des évènements politiques, plus ou moins nationaux, jalonnant l'histoire du pays. Ainsi, l'analyse que nous faisons de cette nature très spécifique caractérisant les relations entre l'Etat et chaque composante de la société vénézuélienne (le système de santé mais également, dans une moindre mesure et sous d'autres angles, le système éducatif ou l'armée, la culture, etc.) met en exergue l'incapacité structurelle de ce mode de gouvernance à mettre en œuvre un ensemble d'actions cohérentes et de nature anticipatives.

Deuxièmement, cette place importante de l'État vénézuélien dans le système de santé porte en elle les germes de la polarisation qui traverse actuellement la société vénézuélienne. En effet, le caractère très vertical des relations entre les pouvoirs politiques et l'offre de soins a pour effet d'importer, au sein du système de soins, les clivages profonds suscités par le projet de révolution socialiste, réduisant l'efficacité du système dans la prestation de services de santé, comme l'ont démontré les diverses actions d'opposition de la part des corporations médicales. Or, une composante essentielle de la soutenabilité d'un système est sa *cohésio*n et, après analyse, c'est bien la cohésion de l'offre de soins que les pouvoirs politiques n'ont pas su maintenir.

Ainsi, les relations étroites unissant les deux sphères institutionnelles que sont les pouvoirs politiques et l'offre de soins soulèvent un certain nombre de questions en lien avec la soutenabilité du système. Toutefois et plus globalement, si les modalités d'intervention de l'Etat sont à analyser avec précision, cette intervention est elle-même la réaction légitime d'un

[27] Ménages aux revenus inférieurs au salaire minimum, ou adolescentes enceintes et vivant dans un foyer aux revenus inférieurs au salaire minimum.

Etat face à une situation sanitaire très préoccupante au sortir des années 1990. Par ailleurs, ce lien institutionnel unissant les pouvoirs politiques et l'offre de soins que nous avons caractérisé comme étant « fort » et dont nous observons maintenant qu'il est quasi-unilatéral, est contrebalancé par une rétroaction très importante de la demande de soins sur les pouvoirs politiques, comme nous le verrons plus loin.

Mais avant cela et pour suivre le cheminement déterminé par le circuit institutionnel, il convient désormais d'analyser les liens institutionnels tissés entre **l'offre de soins** et **la demande de soins** dans le système de santé vénézuélien.

Notre analyse de l'offre de soins nous a conduit à expliquer, précédemment, que le système de santé vénézuélien fait face à une situation de *dualité* amortie par une décompartimentation partielle du système. D'un côté, l'offre de soins publique s'étend avec une grande composante assistancielle comprenant environ 70% de la population, selon nos calculs, et une petite partie assurancielle couvrant 18% de la population (*Cf*. p.172, Graphique. 2.7 : Comparaison de la répartition des individus dans les systèmes de santé vénézuélien et colombien). De l'autre côté, se maintient, à part, une petite composante assurancielle privée, accueillant 12% de la population. Ces deux composantes, publique/privé, sont par nature parallèles et ne sont complémentaires qu'exceptionnellement, donnant alors lieu à un transfert de patients mais, à l'origine, l'architecture institutionnelle est construite autour de cette dualité. Et cette dualité produit une double relation institutionnelle entre l'offre de soins et la demande de soins : deux types de règles totalement différentes qui se côtoient au sein du même système de santé.

La règle régissant la composante assurancielle privée est celle d'une concurrence restreinte par un cadre légal coercitif comme c'est le cas, mais dans une moindre mesure, en Colombie. Les prix ne peuvent varier librement et l'État s'est progressivement engagé dans un « bras de fer » avec le secteur privé en lui imposant peu à peu un certain nombre de règles, comme par exemple la décompartimentation du système, règles auxquelles les entités privées doivent s'adapter. Du côté de la demande de soins dans ce secteur, le comportement attendu de la part des individus est le libre choix fondé sur les principes d'information et de rationalité parfaite : le consommateur choisira le lieu où les soins prodigués seront les meilleurs pour un coût le plus avantageux possible, suivant un calcul coût-avantage intrinsèque à chaque individu. C'est l'essence de ce sous-système de soins assuranciel privé, essence à laquelle s'attaque frontalement le gouvernement vénézuélien en affirmant que la santé n'est pas réductible à une

marchandise. Afin d'illustrer le mieux possible cet affrontement idéologique, voire philosophique, sur la conception de la santé, nous choisissons de retranscrire ici une partie d'un discours du Président Hugo Chavez tenu lors de l'une de ses émissions dominicales retransmise en direct à la télévision et suivie par une partie importante de la population. En effet, ce passage parle de lui-même, il est particulièrement éclairant :

> « La médecine privée est une perversion, avec tout le respect que je dois aux médecins travaillant dans le secteur privé. Ce n'est pas une perversion, ça ? Si tu as de l'argent, tu es le bienvenu, si tu n'en as pas : meurs. Le médecin ne pose pas de question et ne demande rien, le médecin donne sa vie pour les autres ! Comme le Che Guevara a donné sa vie pour les autres, comme le Christ l'a fait aussi ! La carrière de médecin n'est pas faite pour devenir riche. Si quelqu'un veut devenir riche, millionnaire, qu'il ne fasse pas médecin, qu'il fasse autre chose : banquier, commerçant, ou je ne sais quoi. Mais le métier de médecin est sacré ! Car on jure de donner sa vie pour les autres ! C'est une profession plus que chrétienne : christique ! Guévarienne ! Je dis cela pour les médecins qui travaillent dans le secteur privé. Je vous préviens, surtout les propriétaires des cliniques privées : je vous laisse un peu de liberté, pour voir si vous vous reprenez. Mais si ce n'est pas le cas, soyez certains que le moment venu, je prendrai les décisions qu'il m'incombera de prendre, en tant que chef d'État et Président de la République. Soyez-en certains ! Je ne vais pas continuer de tolérer cette médecine privée dégénérée, à quelques exceptions près (…). On m'expliquait dernièrement le thème des dialyses : des malades chroniques des reins me disaient qu'ils doivent faire une dialyse tous les quatre jours. Si la personne ne les fait pas, elle meurt. Ce sont des gens qui ne peuvent pas uriner. Savez-vous combien on leur demande pour chaque dialyse ? 900.000 bolivars[28] tous les quatre jours ! Celui qui n'a pas de quoi payer ça, il meurt ! C'est un crime ! Un véritable crime ! Et je ne suis pas arrivé ici pour accepter ces choses là sous mon nez, non. C'est eux ou nous. »
>
> **Hugo Chavez, *Alo Presidente* n°296, État de Barinas, 2007. Traduit par l'auteur.**

Dans ce passage éloquent de transparence, le Président Hugo Chavez met en exergue les points que nous avons analysés jusqu'à présent, parmi lesquels nous retrouvons le point de rupture fondamental : la dualité extrême (ou « bras de fer ») que traverse actuellement le système de santé vénézuélien et qui est démontrée ici par la menace à peine voilée de nationalisation des cliniques privées, et qui provient, *in fine*, de deux visions antagoniques sur ce qu'est profondément le bien santé. Ce point de rupture idéologique s'observe donc logiquement dans l'analyse de l'autre relation nouée dans cette partie du circuit institutionnel, c'est à dire les règles formelles ou informelles codifiant les relations entre l'offre de soins *publique* (réseau public, missions et IVSS) et la demande de soins.

[28] Soit 160€ tous les quatre jours.

Ce deuxième type de relation institutionnelle concerne la majeure partie de la population vénézuélienne. Si l'intensité de la première relation pouvait être qualifiée de « faible », le prix étant le seul signal reconnu comme fonctionnel dans la vision marchande du bien santé animant le secteur privé, l'intensité de la seconde relation institutionnelle est au contraire très forte, étant donné que le service public tente, par divers canaux, de s'insérer en profondeur dans le tissu social de la société vénézuélienne à travers les missions. Aussi, les médecins des missions se logent-ils sur place, le deuxième étage des dispensaires populaires étant aménagé spécialement pour les accueillir.

Cette insertion des médecins au cœur des quartiers pauvres bouleverse l'architecture institutionnelle de l'ancien système de santé vénézuélien, en refondant totalement la nature de la relation entre l'offre de soins et la demande de soins, bien que nous ayons pleinement conscience des nombreuses difficultés rencontrées lors de ce processus et que nous avons pu analyser précédemment : manque de moyens malgré les sommes très importantes investies, manque chronique d'organisation et de vision à long terme, triple dépendance, etc. En effet, la nouvelle vision portée par les missions, axées sur la médecine préventive, responsabilise et conscientise les vénézuéliens sur l'origine de leurs problèmes de santé, l'importance de l'hygiène ou, par exemple, de la contraception, et apporte un soutien, parfois même psychologique, très efficace grâce à une connaissance parfaite du terrain et des familles, du fait de l'immersion totale et durable des médecins au sein de la communauté. Notons également que la proximité géographique entre la demande de soins et l'offre de soins transforme les habitudes de « consommation » des vénézuéliens de ce bien santé : de « bien de luxe », celui-ci est passé à « bien essentiel, indispensable à la vie », comme le prévoit la constitution de 1999, au même titre que l'eau potable ou l'électricité. Précisons qu'en 2011, 47% des consultations de la mission *Barrio Adentro* se sont faites à domicile (MPPS, 2012), achevant ainsi de démontrer la très grande mobilité des médecins et l'état d'esprit qui les anime : ceux-ci se sentent investis d'une « mission », nous avons pu le vérifier par nous-même lors de notre enquête de terrain.

Cette transformation profonde des relations institutionnelles unissant l'offre de soins et la demande de soins se répercute logiquement sur la nature de la relation nouée entre les deux autres sphères du circuit institutionnel : la **demande de soins** et les **pouvoirs politiques**.

Cette dernière relation se caractérise avant tout par un fort pouvoir rétroactif de la population dite « organisée » sur les instances dirigeantes du pays, au travers notamment des comités de santé et dont il est temps d'expliquer le fonctionnement précis.

Les comités de santé constituent le noyau institutionnel où s'exerce le pouvoir populaire dans le domaine précis de la santé – le terme « noyau institutionnel » étant défini ici comme l'échelon de base où s'exerce les interactions les plus directes entre les individus, c'est à dire sans autre médiation que la communication de personne à personne. Mais ces comités de santé font eux-mêmes partie d'un ensemble de comités, les conseils communaux, qui maillent les quartiers et les villages et qui, une fois ces maillons eux-mêmes réunis, forment un échelon supérieur d'exercice de la souveraineté populaire : la Commune. Directement au dessus de cet échelon vient la Nation, comme entité la plus performante de défense des intérêts du peuple vénézuélien – Hugo Chavez a une vision fondamentalement nationaliste – seulement surplombée par l'échelon le plus élevé : l'humanité, qui, dans la vision internationaliste du Venezuela se réclamant du socialisme du 21ème siècle, prend un sens profondément politique : seule l'union des Nations libres, souveraines et solidaires permettra de dépasser le capitalisme et, par voie de conséquence, l'impérialisme qui est vu, à l'instar de la vision léniniste, comme le « stade suprême du capitalisme » (Hugo Chavez citant Lénine, 2008).

Nous voyons donc la cohérence idéologique de cette vision qui s'organise par strates successives et dont le but ultime est de « *rendre le pouvoir au peuple, propriétaire originel de sa destinée* », selon la phraséologie du Président Hugo Chavez. Il est important d'analyser l'articulation entre ces différents ensembles qui se superposent.

En premier lieu, l'article 2 de la loi de 2006 sur les conseils communaux renseigne sur la nature de cette entité fondamentale qu'est le conseil communal :

> « Les conseils communaux, dans le cadre constitutionnel de la démocratie participative et protagonique, sont les instances où participent, s'articulent et s'intègrent les différentes organisations communautaires, les groupes sociaux et les citoyens, et qui permettent au peuple organisé d'exercer directement la gestion des politiques publiques et les projets orientés vers la réponse aux besoins et aux aspirations des communautés dans la construction d'une société fondée sur l'équité et la justice sociale ».

Concrètement, un conseil communal réunit les habitants volontaires d'une communauté en assemblées où se décident des aspects très concrets de leur vie de tous les jours : va t-on installer un dispensaire populaire ici ou là ? Préfère t-on allouer nos ressources à la rénovation de la chaussée ? Chez qui va être installée la cantine populaire[29] ? Voilà quelques exemples de questions auxquelles doivent répondre les conseils communaux. En d'autres termes, les conseils communaux ont pour finalité de mener à bien les projets considérés comme prioritaires par et pour la communauté. C'est la réalité que recouvre le concept de « démocratie participative ».

Mais l'une des difficultés pratiques rencontrées est la délimitation des frontières de la communauté qui doit, selon la loi « *réunir les familles et les citoyens qui habitent une aire géographique déterminée, qui partagent une histoire et un intérêt communs (…) et qui partagent les mêmes besoins et potentialités économiques, sociales, urbaines et autres.* » (Article 4-1 de la loi sur les conseils communaux). C'est donc les représentants des communautés, élus à main levée, qui déterminent l'aire géographique recouverte par les communes, en fonction des critères mentionnés par la loi, laquelle précise qu'une communauté regroupe entre 200 et 400 familles en milieu urbain, seuil abaissé à 20 familles en milieu rural et à 10 familles pour les communautés indigènes.

Une fois le conseil communal constitué, l'assemblée élit des représentants dans chaque domaine d'intérêt pour la communauté. Ces représentants travaillent alors au sein de différents « comités » (ou « commissions ») suivant les domaines considérés comme prioritaires par l'assemblée : santé, éducation, travail, logement, sport, environnement, etc. L'un de ces comité joue un rôle essentiel : la commission finances. En effet, cette commission accueille la banque communale qui reçoit les fonds directement des instances étatiques. Cette banque est gérée par des habitants élus par la communauté et surveillée par la communauté elle-même, à travers le « contrôle social », autre composante importante du conseil communal et composée également d'habitants élus par la communauté lors des assemblées. La banque communale peut donc être comparée à une coopérative d'épargne et de crédit dans son fonctionnement (Nuria, 2009). Ainsi, avec le conseil communal, les initiatives viennent des habitants eux-mêmes, ils contrôlent les ressources et s'assurent de la mise en œuvre des

[29] Cantines familiales financées par les revenus pétroliers et qui ont pour fonction de servir gratuitement 500 plats le midi aux familles les plus nécessiteuses du quartier, lesquelles sont choisies par le médecin de la mission *Barrio Adentro* et par le conseil communal.

travaux, lorsqu'ils ne s'en chargent pas eux-mêmes. Mais le conseil communal peut aller plus loin, grâce à un ensemble de lois qui se sont ajoutées progressivement à la loi de 2006, donnant plus de profondeur, de possibilités et de responsabilités à cette entité. Le conseil communal est en effet l'interlocuteur entre la communauté et le gouvernement, que ce soit à un niveau intermédiaire – les Etats – ou au niveau national. Il a mandat pour créer des émissions de radio ou de télévision locale, relayée ensuite par une chaine nationale spécialement crée en 2003 : « *ViveTV* », dont la programmation est elle aussi participative et protagonique, c'est à dire émanant des communautés à travers les conseils populaires de communication, instances formatrices sur les thèmes touchant à l'audiovisuel. L'enjeu étant que les communautés s'approprient la création et la diffusion de l'information, perçues comme un droit fondamental par le gouvernement.

Nous voyons donc que les comités de santé s'insèrent dans un tissu institutionnel très spécifique et différent du contexte colombien, et dont les objectifs dépassent très largement l'amélioration de l'état de santé de la population. L'objectif ultime étant que la population s'approprie la gestion des politiques publiques à une échelle communautaire, au contraire de la démocratie représentative où ce sont les députés seuls qui font et votent les lois. Pour atteindre cet objectif, une loi très controversée a été votée en décembre 2010, la loi organique des Communes. En effet, la Commune est définie par la loi comme étant :

> « (…) un espace socialiste qui, en tant qu'entité locale, se définit par l'intégration de communautés voisines ayant une mémoire historique, des traits culturels, us et coutumes partagés et qui se reconnaissent dans le territoire qu'elles occupent et dans les activités productives qui les font vivre et sur lesquelles s'exercent les principes de souveraineté et participation protagonique en tant qu'expression du pouvoir populaire, en accord avec un régime de production social et un modèle de développement endogène et soutenable, contenu dans le plan de développement économique et social de la Nation. »
>
> **Article 5 de la Loi organique des Communes, 2010. Traduit par l'auteur**

En clair, la Commune est un ensemble de conseils communaux qui acquièrent, avec la loi de 2011, des pouvoirs plus importants, et notamment un réel pouvoir législatif à travers le parlement communal dont l'objectif est de rédiger des lois afin de les soumettre au parlement national. Ainsi, cette loi donne en réalité une idée un peu plus précise sur le contenu du projet de « révolution socialiste » et sur la restructuration des fondements de l'architecture institutionnelle du Venezuela que cette révolution implique. En effet, nous interprétons cette

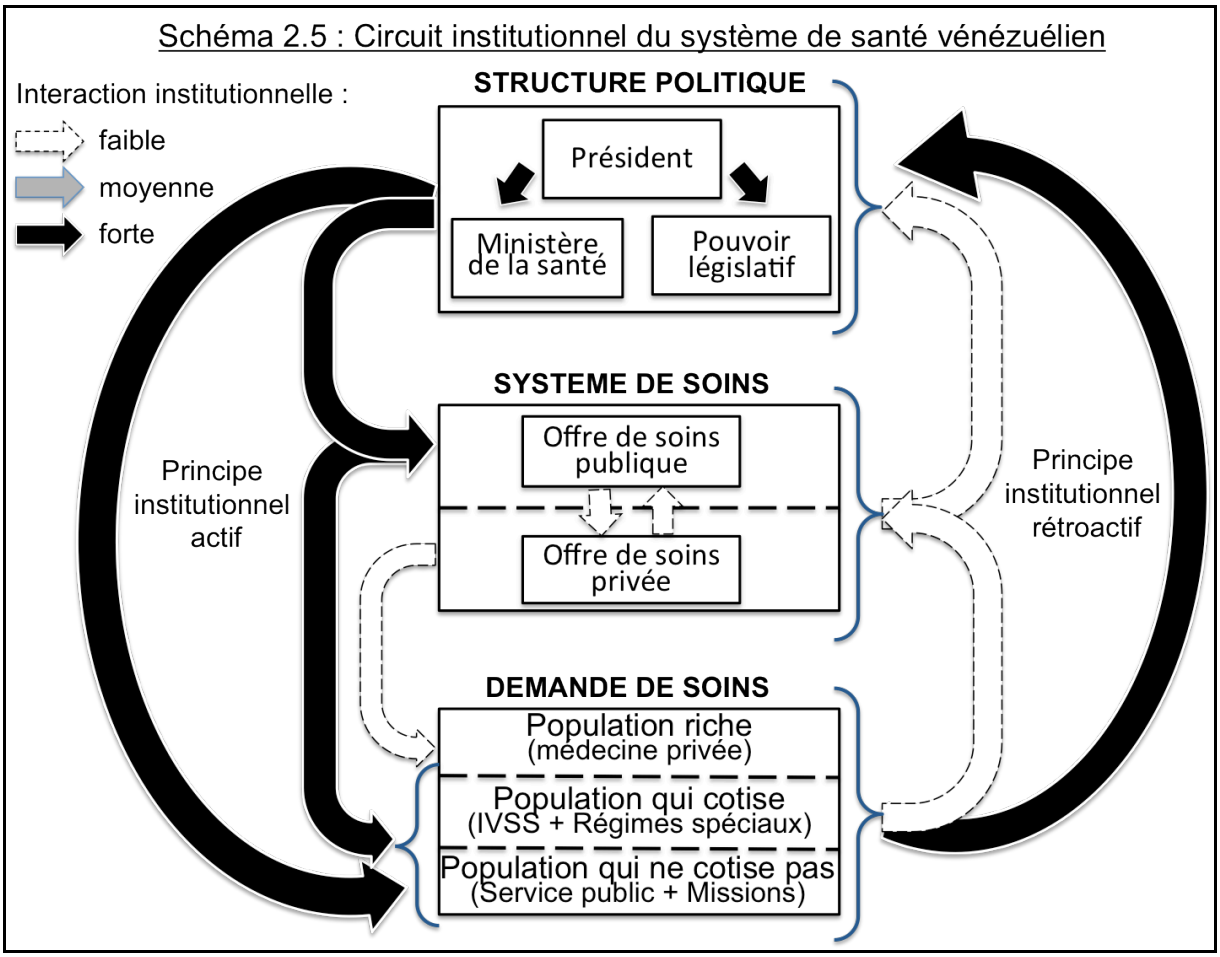
loi comme une réorganisation politico-territoriale du pays dans le but de donner plus de pouvoirs aux « communautés organisés », c'est à dire aux conseils communaux, au détriment des institutions intermédiaires comme les mairies, les Etats, etc. Dans son essence, la direction institutionnelle prise par le Venezuela est donc bien celle d'une bipolarisation du pouvoir qui suit un double mouvement : une concentration du pouvoir au niveau de l'Etat avec, par exemple, la possibilité pour le Président de légiférer par décret durant de longues périodes (c'est le principe des lois habilitantes), accompagnée d'une concentration progressive du pouvoir au niveau des communauté organisées. Il s'agit donc bien de la construction d'une *nouvelle forme d'institutionnalisme* à laquelle nous assistons au Venezuela : une nouvelle forme de fabrication des règles régissant la société et s'appuyant à la fois sur un pouvoir central fort, mais qui cherche, de plus en plus, à impliquer les individus dans l'édification de cette nouvelle construction sociale. En ce sens, nous pouvons considérer que le lien institutionnel entre les pouvoirs politiques et la demande de soins est forte et que la force de ce lien est à double sens.

En effet, il est très important de rendre compte dans notre analyse de l'influence qu'a le gouvernement sur les conseils communaux et qui est l'un des arguments majeurs employés par l'opposition vénézuélienne pour dénoncer la nouvelle architecture institutionnelle qui s'érige progressivement au Venezuela. Les conseils communaux, si ils sont officiellement apolitiques sont, de fait et très logiquement, intimement liés au projet de révolution socialiste porté par le gouvernement. De ce point de vue, la reconstruction des espaces de décision politique en faveur des « communautés organisées » est perçue par l'opposition politique vénézuélienne comme une tentative d'écarter plus encore du pouvoir les instances qui gouvernaient traditionnellement le pays, avant l'élection du Président Hugo Chavez : mairies, municipalités, États fédéraux gérés par un gouverneur appartenant à l'opposition voient s'élever un pouvoir contrôlé par la base électorale du Président, c'est à dire la population pauvre et une partie de la classe moyenne. C'est ce processus, cette poussée des aspirations politiques des classes pauvres, historiquement sans poids politique durable dans les pays d'Amérique latine, que nous appelons « *processus d'institutionnalisation par le bas* » et que promeut le gouvernement. Ce processus s'oppose à « *l'institutionnalisation par le haut* », c'est à dire la logique marchande imposée aux populations depuis le haut des institutions politiques : les règles du marché s'introduisant dans des structures sociales traditionnelles, anthropologiquement fortement imprégnées par les logiques d'entraide et l'usage des réseaux mais où l'Etat, comme par exemple l'Etat colombien dans le cas de la santé, oblige les

individus à adopter les comportements typiques de la consommation : le prix comme unique signal, le calcul coût-avantage comme outil de décision, quel que soit le bien dont il est question, même si ce « bien » est la santé.

Ainsi, si l'argument du contournement de la bureaucratie est un argument valide, permettant de comprendre la nouvelle direction prise par le gouvernement vénézuélien, et que ce premier argument recouvre en fait de façon plus ou moins masquée, comme le déplore l'opposition, une dépossession des élites politiques du pouvoir qu'elles détenaient traditionnellement sur le pays, ce qui est également un argument valide au regard des déclarations de Hugo Chavez, il faut considérer le fait que la nouvelle construction institutionnelle puise ses racines bien plus profondément que le simple renforcement d'un pouvoir politique actuellement en place. Il s'érige en opposition frontale au système capitaliste, à son mode de gouvernance privilégié, la démocratie représentative, et à sa philosophie, l'individu consommateur-producteur. La réforme institutionnelle recouvre, dans ses profondeurs idéologiques, la tentative d'un changement de *système de valeur* : en d'autres termes, la « communauté organisée » est au socialisme vénézuélien ce que « l'individu rationnel » est au pluralisme-structuré colombien.

Nous percevons donc maintenant de façon plus précise la forme de l'architecture institutionnelle du système de santé vénézuélien : un pouvoir central fort tentant de passer par dessus les pouvoirs locaux traditionnels pour atteindre plus directement la population. Mais cette première dynamique est couplée à un processus bien plus profond, bien plus fondamental, et qui consiste à donner à cette population les moyens de s'émanciper et d'organiser elle-même ses conditions d'existence. En terme de circuit institutionnel, cela implique un échange important de règles entre l'Etat et la demande de soins, une forte interaction qui démontre la vivacité de la démocratie vénézuélienne, dans les limites que nous évoquions précédemment. Mais de son côté, l'offre de soins reste « comprimée » ou « restreinte » dans ses attributs par ces « ponts institutionnels » qui s'établissent en dehors d'elle, ce qui peut permettre d'expliquer les incohérences et le grave manque d'efficacité observé par ailleurs dans l'analyse des résultats macro-sociaux du système de santé vénézuélien. Ce sont toutes ces observations que nous tentons maintenant de rassembler dans le schéma suivant, avant de conclure cette section, puis ce chapitre 2 (*Cf*. Schéma 2.5 : Circuit institutionnel du système de santé vénézuélien).



Source : Schéma réalisé par l'auteur

Ce schéma, qui peut être comparé au schéma représentant le circuit institutionnel colombien (*Cf.* Schéma 2.2 p.137 : Circuit institutionnel du système de santé colombien), montre combien les relations institutionnelles entre les différentes sphères du système de santé vénézuélien émanent avant tout de la structure politique, pour revenir vers elle - selon le principe de rétroaction institutionnelle - depuis les bases de la société vénézuélienne. Notons, comme nous le décrivions précédemment, la division de l'action institutionnelle de l'offre de soins sur la demande de soins en deux principes distincts : un principe émanant de l'offre de soins publique, intervenant puissamment au cœur de la société vénézuélienne, doublée des principes de concurrence entre offreurs et de l'individu rationnel (en d'autres termes, « laisser-faire » le marché), principes qui portent l'action institutionnelle, limitée selon nous, de l'offre de soins privée sur une petite partie de la demande de soins.

À partir de cette grille de lecture, nous pouvons tirer comme enseignement général le fait que le système de santé vénézuélien s'articule autour d'un principe de « double création de règles ». En effet, la demande de soins « subit », en quelque sorte, les règles et l'idéologie

portée par le gouvernement, mais cette idéologie, imposée par un pouvoir central fort puisque nous avons vu qu'il contraint l'offre de soins à suivre ses règles, fonde sa légitimité sur le fait de laisser à la demande de soins la possibilité de modifier à son tour les règles institutionnelles via les grands principes de la démocratie participative que nous évoquions plus haut. C'est cette double action que nous voulions souligner par ce schéma.

Conclusion de la section 2

Pour conclure sur le système de santé vénézuélien et les liens institutionnels qui le traversent, cette étude nous a permis de faire plusieurs constats. Concernant son **idéologie**, nous avons pu faire le constat d'un virage radical à partir de 1999 sans que les instances politiques puissent toutefois impulser une direction claire en terme de **structure** systémique, tiraillée entre d'un côté la logique assistancielle pure, logique que semble pointer la prédominance croissante de la mission *Barrio Adentro,* et la logique assurancielle activée par une tentative de généralisation de la Sécurité Sociale, et dont la reconnaissance récente des droits sociaux des travailleurs informels semble être un pas important. Mais ce système construit sans réelle anticipation, donnant des **résultats** macro-sociaux mitigés eu égard aux investissements engagés, subissant même une triple dépendance – pétrole, expérience cubaine, climat politique – a toutefois l'avantage de son inconvénient : construit en partie depuis le bas de la société vénézuélienne, le **tissu institutionnel** du système de santé s'étend progressivement en s'adaptant aux structures sociales vénézuéliennes, parvenant à articuler intimement les questions sanitaires avec les autres problématiques endurées par la population vénézuélienne et tendant même à élever le niveau d'organisation des communautés. C'est le double mouvement du système de santé vénézuélien, pris en étau entre un État fort et des communautés organisées, ces deux sphères interactionnelles communiquant par-delà les entités intermédiaires suivant le principe de « double création de règles » qui caractérise, selon nous, la logique du circuit institutionnel vénézuélien.

Conclusion du chapitre 2

Les systèmes de santé colombien et vénézuélien présentent de profondes différences, tant du point de vue de l'idéologie qui les porte, de leur structure, de leurs résultats que de leur architecture institutionnelle, soit les quatre traceurs qui ont guidé notre étude. Au final, le système de santé colombien propose une organisation plus cohérente, moins « chaotique »

que celle du système de santé vénézuélien. Mais en revanche, ce dernier tente de forcer le destin en s'attaquant frontalement aux inégalités qui frappent le pays depuis des siècles, ainsi que tout le continent sud-américain. En effet, si le système de santé colombien conserve une dynamique inégalitaire, inégalités qui tendent même à s'accroître d'un point de vue global, le système de santé vénézuélien, quant à lui, se construit autour d'une proposition qui est claire, bien que sa mise en application soit désorganisée : changer le système dans sa logique fondamentale. Car la différence réelle entre les deux systèmes se trouve bien là : la réforme vénézuélienne cherche à atteindre les structures sociales en profondeur sans imposer aux individus un mode de pensée « calculatoire », comme c'est le cas en Colombie, mais elle propose aux individus d'élaborer eux-mêmes, à partir de leur propre réalité, les constructions sociales qu'ils considèrent comme prioritaires. Ce raisonnement se base sur un principe fondamental : la *participation sociale,* équivalent vénézuélien de la *rationalité parfaite* colombienne. À ce stade de la thèse, l'enquête de terrain se révèle être indispensable dans la mesure où elle va nous permettre d'affiner, d'approfondir, d'enrichir, de nourrir nos constats théoriques de la réalité pratique. C'est l'objet du troisième chapitre.

CHAPITRE III

Enquête de terrain dans les quartiers pauvres de Caracas et de Bogota

Vers une analyse empirique des barrières à l'accès aux soins

Depuis le commencement de cette thèse, notre analyse des systèmes de santé colombien et vénézuélien nous amène inéluctablement à faire le constat qu'une étude approfondie des soubassements institutionnels de l'architecture édifiée par les réformes entreprises par la Colombie et le Venezuela ne peut se soustraire à l'élaboration minutieuse d'une enquête de terrain qui tenterait de faire le clair sur les liens institutionnels noués entre les différents acteurs du système – catégorisés par nous en trois « sphères interactionnelles » - et de la capacité de ces liens, de natures très différentes pour chaque pays, à étendre l'accès aux soins et à dépasser, ou non, les limites que nous avons identifiées d'un point de vue « théorique » – ou plutôt « macro-institutionnel » – dans le chapitre 2, à savoir : une reproduction des inégalités en santé dans le système post-réforme colombien, mais avec une meilleure cohérence organisationnelle et, à l'opposé, une extension de l'accès aux soins suite à la réforme conduite par le gouvernement vénézuélien, mais au prix d'une déstructuration et une désorganisation chronique du système de santé vénézuélien.

Au fond, c'est sur cette dualité entre « cohésion institutionnelle » et « équité » - dualité qui transcende cette thèse et qui constitue, rappelons-le, le cœur de notre problématique - que notre enquête de terrain doit apporter un éclairage, c'est à dire une confirmation par les faits des constats macro-institutionnels issus de notre cadre analytique du circuit institutionnel ou, au contraire, une infirmation de ces constats – hypothèse que nous n'excluons pas – ou, enfin, apporter des nuances à l'analyse, les données chiffrées venant, c'est l'un des intérêts de l'enquête de terrain, mais pas le seul, affiner notre propos.

En effet, notre analyse nous a conduit à constater des différences fondamentales entre les deux systèmes de santé étudiés, différences que nous souhaitons analyser depuis un point de vue privilégié, c'est à dire depuis une immersion totale dans la réalité de ces populations. L'opposition séparant les deux idéologies émanant des pouvoirs politiques se retrouvent-elles, au final, dans le comportement des individus ? Ces idéologies ont-elles un impact si différent sur la société ? Parviennent-elles à transformer réellement la réalité institutionnelle des individus, c'est à dire l'ensemble des règles qui régissent les interactions entre les acteurs du système ? Comment les individus perçoivent-ils ces transformations ? Et au final, « l'accès aux soins » fait-il face à des « barrières institutionnelles » - termes que nous devrons définir avec précision - empêchant les individus de bénéficier des mesures mises en place par leur gouvernement ? C'est avec toutes ces questions en tête, et bien d'autres, que nous partîmes en Amérique du Sud, vérifier nos *a priori* sur les deux systèmes de santé, sans toutefois aucune certitude de résultats probants.

Et pour cela, nous avons fait le choix, dans cette enquête de terrain qui dura six mois - d'août 2010 à janvier 2011 - de cibler deux quartiers pauvres de Caracas et de Bogota. Le fait que nous ayons choisi d'analyser le fonctionnement des systèmes de santé dans la capitale des deux pays, et non dans une ville de taille et d'importance économique intermédiaires, est un choix que nous devons justifier. Cette introduction va nous permettre d'expliquer ce choix qui s'est basé sur plusieurs critères qui diffèrent pour l'un et l'autre des pays. Nous pouvons par ailleurs classer ces critères entre les raisons « pratiques » et les raisons « théoriques » qui justifièrent ce choix.

Pour Bogota, la première raison qui motiva ce choix, c'est la **bonne connaissance du terrain**. En effet, la Colombie est un pays que nous connaissons très bien, pour y avoir

voyagé durant toute notre enfance. La maitrise des codes du pays, la compréhension des réalités locales, la capacité d'interprétation des faits dans leur contexte culturel, tout ces éléments essentiels nous ont convaincu de choisir Bogota comme première ville d'étude.

Par ailleurs, les **liens familiaux et amicaux** dans la ville de Bogota nous permirent d'envisager avec plus de sérénité notre enquête dans cette immense capitale. Ce réseau préalable de contacts est en effet l'une des bases sur laquelle une enquête de terrain peut s'appuyer et faciliter ainsi le démarrage du travail, l'une des premières difficultés d'un tel travail résidant en fait – nous avons pu le constater – dans la recherche de son point de départ.

Ensuite, le choix de Caracas s'est fait en toute logique, par **symétrie** avec le choix fait pour la Colombie, c'est à dire la capitale du pays analysé. Et si nous n'avions aucun contact dans cette ville, cette lacune était compensée par l'intérêt particulier que nous portions pour un processus politique passionnant, la différence pressentie avec la Colombie augmentant notre intérêt pour ce pays et cette ville, symboles de changement en Amérique latine. Nous voulions voir de plus près la réalité de cette « révolution ».

D'un point de vue analytique, ce choix est également justifiable. En effet, la Colombie et le Venezuela sont, tout d'abord, deux des pays les plus urbanisés d'Amérique latine, avec des taux d'urbanisation respectivement de 75,4% et de 93,6% (UNDP, 2012). Ainsi, le Venezuela, pour des raisons de modèle économique historiquement centré sur la rente pétrolière, et la Colombie, pour des raisons de déplacement de population lié à la guerre civile, concentrent une majorité de la population dans quelques grandes villes. À ce titre, leurs capitales réunissent à elle seules une part importante de la population totale du pays. Avec plus de 6 millions d'habitants (INE, 2012), agglomération comprise, la ville de Caracas abrite environ 22% de la population vénézuélienne, et Bogota, avec plus de 8,5 millions d'habitants (DANE, 2012), regroupe quant à elle 20% de la population totale du pays. L'analyse de ces deux capitales a donc un sens, d'un point de vue démographique, étant donné la part importante de la population que ces villes accueillent.

De plus, Caracas et Bogota, dont la caractéristique la plus frappante, de prime abord, est leur étendue géographique – nous y reviendrons – se trouvent toutes deux dans le classement des « capitales mondiales », respectivement à la 57ème et 55ème place suivant le classement de la firme AT Kearney (2012), reflétant, selon les créateurs de cet indice, le niveau d'activité

commerciale, humaine, culturelle, politique et informationnel des villes faisant partie du classement. Notons qu'en Amérique du Sud, seules trois autres capitales sont identifiées, à l'instar des deux villes faisant l'objet de notre étude, comme étant des « villes mondiales » : Buenos Aires, Rio de Janeiro et São Paulo.

Par ailleurs, avec une population vivant dans les quartiers pauvres difficilement estimable mais parfois fixée à environ 40 à 60% des populations colombienne et vénézuélienne, soit un taux à peu près équivalent au taux de pauvreté (UN-Habitat, 2003), l'une des caractéristiques communes de ces grandes agglomérations urbaines latino-américaines est la place prépondérante de ces « *barrios* » (littéralement « quartiers » en espagnol, mais voulant désigner les quartiers pauvres), ou « *favelas* », ou encore « bidonvilles », ou « *slums* » en anglais, c'est à dire, selon la définition la plus générique que nous ayons trouvée et qui provient des Nations Unies : « *Une zone urbaine très densément peuplée, caractérisée par un habitat inférieur aux normes et misérable.* » (UN-Habitat, 2003). Cette définition inclut donc trois dimensions que nous devons relever ici et que nous préciserons dans le développement du chapitre :

1) une dimension avant tout **spatiale** avec le critère urbanistique dont nous verrons dans cette partie qu'il s'applique surtout à la périphérie des villes ;
2) une dimension **physique** caractérisée par une forte densité de population au kilomètre carré, plusieurs générations - et parfois même plusieurs familles - partageant une même habitation ;
3) une dimension **sociale**, prégnante dans l'imaginaire collectif, et qui caractérise la grande précarité des logements, souvent construits à partir de matériaux de récupération.

Ainsi, ces quartiers très défavorisés, où s'amassent progressivement les populations pour diverses raisons historiques, connaissent de multiples problématiques très spécifiques et complexes à résoudre pour les pouvoirs publics, submergés par l'ampleur du problème, et au premier rang desquels se trouvent les problématiques de santé. De par la grande proportion d'individus vivant dans ces « océans de misère » – le termes « océan » est réellement le terme qui vient à l'esprit du spectateur de ces plaines qui, dans leur immensité, sont comme inondées jusqu'à l'horizon par une marée de quartiers pauvres, et avec elles les collines environnantes, elles aussi comme « phagocytées » progressivement – il nous apparaissait

important de choisir l'un de ces quartiers comme lieu de notre enquête de terrain, espace très particulier autour duquel allait ensuite s'articuler notre problématique : tenter d'analyser des relations institutionnelles nouées entre ces espaces éloignés des centres de pouvoir traditionnels et les instances en charge de développer une politique de santé sur l'ensemble du territoire et dont l'objectif, au moins théorique, est d'étendre la couverture santé en ces lieux jusque là très difficilement accessibles à l'action des politiques publiques.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de présenter de façon méthodique notre enquête de terrain. Dans ce chapitre, nous faisons le choix de mettre en parallèle les deux quartiers dans chacune des deux parties, contrairement au choix fait dans le chapitre précédant où, pour des raisons de clarté du propos, nous avions décidé de séparer l'analyse des deux systèmes de santé. Nous justifions ce choix de décompartimentation de l'analyse par la volonté d'être plus démonstratif dans notre propos et, surtout, par le fait que l'analyse quantitative des données récoltées sur le terrain se prête à une comparaison directe, dans une même partie, notamment afin de pouvoir en tirer des conclusions immédiates et significatives dans leur mise en parallèle.

Nous diviserons donc ce chapitre en deux sections distinctes : la première section s'attachera à présenter le terrain, la construction de l'enquête, l'élaboration du questionnaire. Nous comparerons également les deux quartiers d'un point de vue de géographie de la santé, dont nous avons vu dans le chapitre précédant qu'elle était une composante incontournable de l'accès à la santé – notion que nous devrons d'ailleurs préciser encore afin de la rendre opérationnelle dans le cadre de notre enquête de terrain. La seconde section s'attachera, quant à elle, à faire l'analyse statistique des données de terrain – suivant les méthodes de la statistique *descriptive* - afin de tenter d'identifier des grandes tendances et l'interaction entre les variables obtenues grâce à l'investigation. Ces deux sections permettront d'appuyer ou d'infirmer notre propos concernant la dualité entre la « cohésion institutionnelle » et l'« équité », dualité identifiée comme étant déterminante dans la comparaison des systèmes de santé colombien et vénézuélien.

Section 1 : Analyse préparatoire à l'enquête de terrain : étude de l'offre de soins en terme de géographie de la santé

C'est au Venezuela que commença notre enquête de terrain. Nous arrivâmes à Caracas en août 2010 dans le but d'y rester trois mois afin de récolter des données qualitatives sur l'état de santé des habitants d'un quartier pauvre, sur leur accès aux soins ainsi que les freins rencontrés à cet accès. Mais de façon plus analytique, en plus de ces questions très concrètes, nous voulions, en accord avec notre problématique de thèse, comprendre deux choses : 1) du point de vue des individus, nous souhaitions savoir si les mécanismes de choix des individus correspondaient aux hypothèses établies au niveau des structures politiques puisées dans leurs idéologies respectives et 2) du point de vue de l'architecture institutionnelle, établir si ces différences impactaient différemment la structure du système de soins et avaient une incidence sur l'efficacité des institutions à octroyer des soins à la population, en clair : *l'idéologie* impactait-elle la *réalité sociale*, et cet impact était-il plutôt positif ou négatif ?

Nous nous sommes rendu compte, dès notre arrivée au Venezuela et malgré la méthodologie que nous nous étions préparés à suivre (*Cf.* Encadré 4 : Les références méthodologiques employées dans la préparation de l'enquête de terrain), de l'ampleur des difficultés pratiques qui nous attendaient pour répondre à ces questions, pourtant en apparence très simples. Le climat de violence du pays, tout d'abord, mais également le niveau de tension politique conduisant à une certaine défiance envers les étrangers dans les quartiers, dans les communautés, nous ont immédiatement frappé et conduit, un temps, à reconsidérer la faisabilité de notre projet puis, au fil des contacts rencontrés sur place, nous eûmes la chance de visiter un quartier, puis un autre, jusqu'à ce qu'enfin nous puissions choisir un quartier pauvre où le travail d'investigation nous apparut comme étant réalisable, selon des critères que nous définirons dans cette section.

Encadré 4 : Les références méthodologiques employées dans la préparation de l'enquête de terrain

Cette enquête de terrain d'une durée de six mois dans un milieu très particulier a nécessité une préparation minutieuse. Elle est fondée principalement sur les méthodes de **l'étude monographique** courante en sciences sociale, faite d'observations *in situ*, récoltées au moyen d'entretiens directifs en face à face, mais également d'un ensemble de témoignages autour du sujet traité et de documents récoltés à la source donnant lieu à une **analyse qualitative** des données. De ce point de vue les travaux de Dufour, Fortin et Hamel (1991) dans l'ouvrage de référence : « L'enquête de terrain en sciences sociales, méthode monographique et les méthodes qualitative » a été déterminant dans les grands choix méthodologiques de cette enquête.

Par ailleurs, en ce qui concerne la **méthode d'échantillonnage**, le **plan de sondage** et, dans une certaine mesure, le **ciblage des zones de sondage** et la **formulation du questionnaire** (questions psychosociales, découpage des questions par compartiments progressifs), cette enquête s'est appuyée sur une étude menée sous la direction de Pierre Chauvin et d'Isabelle Parizot dans certaines zones urbaines sensibles d'île de France en 2007 et qui concernait le recours aux soins : « vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens ». Par ailleurs, en matière de traitement des données, et notamment pour les questions de non-recours aux soins, les analyses des deux auteurs nous ont donné un éclairage utile.

Enfin, un travail très proche de la réalité dans laquelle nous nous sommes immergés nous a permis d'anticiper certaines caractéristiques spécifiques aux quartiers très pauvres : il s'agit d'une enquête de terrain menée en 2001 dans un bidonville de Casablanca par Abdelmajid Arrif, « Fragments d'une enquête dans un bidonville de Casablanca ». Nous avons ainsi pu anticiper les questions liées à **l'environnement particulier des bidonvilles**, traversé puissamment par les « rumeurs » (los « chismes », en espagnol), ainsi que l'état d'esprit spécifique des habitants étant donné leur positionnement dans la société et l'imaginaire qui sous-tend leurs actes, leurs projets, leur volonté de sortir de la situation difficile dans laquelle on les trouve. De ce point de vue, l'enquêteur, personne par définition étrangère au milieu étudié, revêt pour eux un statut spécifique qu'il est utile de se préparer mentalement à endosser.

Suite à trois mois d'enquête au Venezuela, nous pûmes rentrer en Colombie et débuter notre enquête de terrain dans ce second pays, laquelle dura trois mois également. La définition des critères de choix de la zone d'enquête et l'analyse du quartier du point de vue de l'offre de soins furent facilités par l'expérience acquise lors de notre enquête au Venezuela. Cette question essentielle du choix et de l'analyse des quartiers sera l'objet de la première sous-partie de cette section (A). Puis, dans un second temps, nous analyserons plus en profondeur l'organisation communautaire, les réalités institutionnelles de ces quartiers, réalités qui nous guidèrent dans l'élaboration du questionnaire (B).

A. Processus de sélection des quartiers au Venezuela et en Colombie

Le choix du quartier pour notre enquête de terrain se base sur trois critères principaux : le premier critère est celui du **niveau de violence** dans le quartier. Nous ne pouvions mener notre enquête à bien dans un quartier où les risques d'agression étaient trop importants. Ce problème, bien réel, fut donc surmonté grâce à notre intégration progressive dans les communautés appartenant à un ensemble administratif de quartiers pauvres nommé « *Magallanes de Catia »,* pour le Venezuela, et « *Potosi* », pour la Colombie, deux quartiers considérés comme relativement moins dangereux que les autres. Mais pour contrôler ce critère de dangerosité, nous n'avions pas d'indicateur : il s'agissait de faire confiance à ce que disaient les gens, seule garantie dont nous disposions.

Le second critère est celui du niveau de **pauvreté** du quartier. Nous souhaitions analyser l'accès aux soins de la population la plus pauvre et pour cela, nous devions baser notre étude sur une « *favelas* », c'est à dire les quartiers abritant « *les plus pauvres parmi les pauvres* ». Ce critère est défini, dans chaque pays, par les autorités qui utilisent un indicateur sensé représenter le niveau socio-économique de chaque quartier classé, de A à E au Venezuela et de 0 à 6 en Colombie. Cependant, étant donné que cet indicateur est utilisé, notamment, dans le calcul des impôts, nous savons par expérience qu'il n'est pas totalement fiable car fortement exposé aux risques de corruption et de manipulations administratives. Nous avons donc dû procéder à une analyse « socio-spatiale » de la ville qui vient compléter cet indicateur.

Enfin, le troisième critère est celui du **niveau d'organisation** atteint dans le quartier. En effet, notre but étant d'analyser les interactions entre les acteurs du système de santé, il nous paraissait indispensable qu'il existât dans le quartier sélectionné un certain nombre de relations institutionnelles identifiées, comme par exemple un conseil communal au Venezuela ou des embryons d'organisations communautaires en Colombie. Ce critère rejoignait d'ailleurs la nécessité pratique de tisser des liens solides avec les communautés, afin de minimiser les risques encourus du point de vue de notre sécurité. Voici donc le résultat de notre choix, suivant ces trois critères.

1. Analyse cartographique et recoupement des trois critères de choix

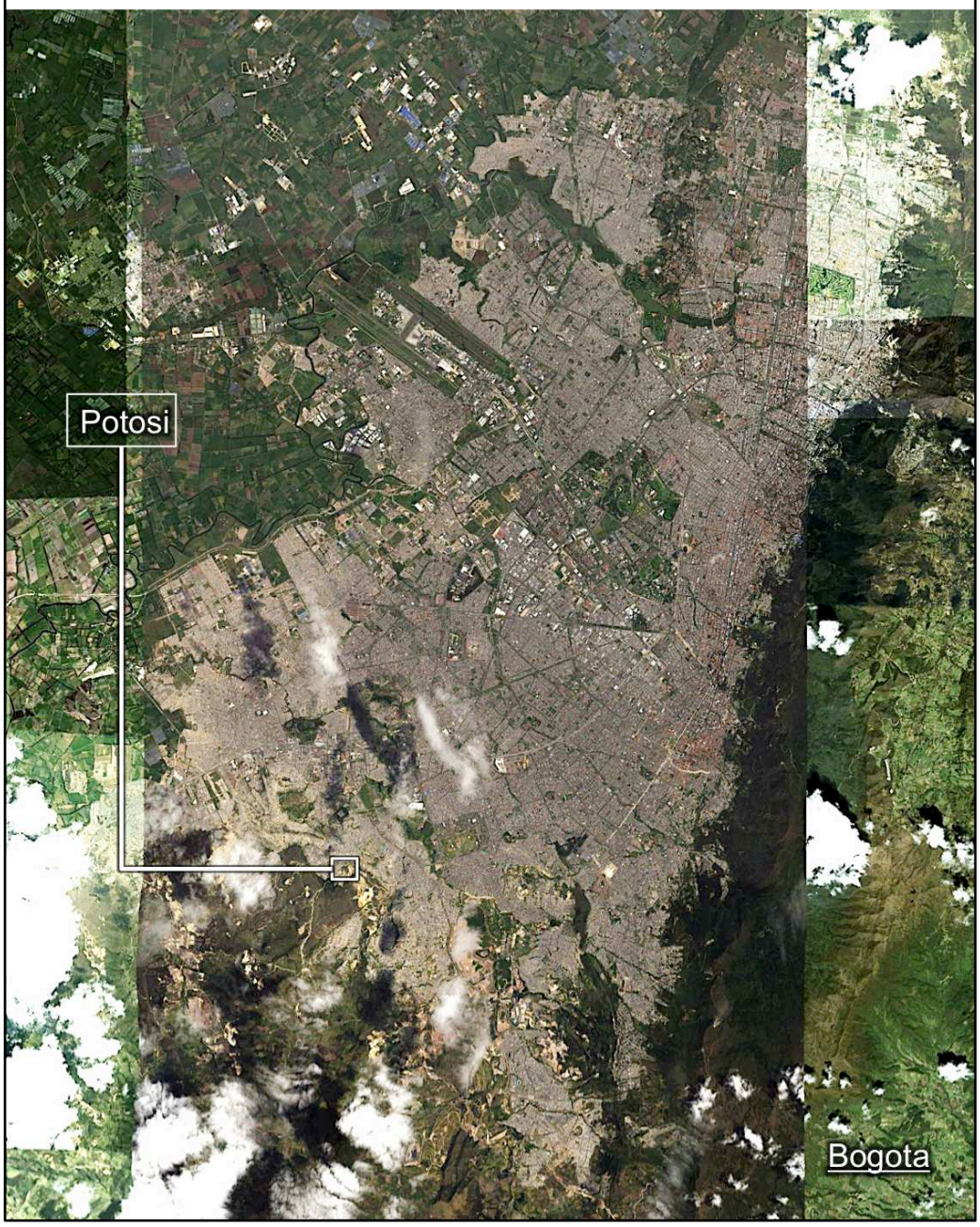
Bogota et Caracas sont toutes deux des capitales immenses, s'étendant respectivement, selon nos propres mesures[30], sur plus de 350 km^2 et 230 km^2, la densité de la population étant par conséquent de 24.285 habitants par km^2 pour Bogota et de 26.086 habitants par km^2 pour Caracas, soit une densité légèrement supérieure pour cette dernière. Notons que ces chiffres sont supérieurs à ceux atteints en moyenne par les capitales européennes : Paris, l'une des villes les plus densément peuplée d'Europe, a par exemple une densité de population de 21.196 habitants par km^2. Pour débuter cette enquête, Il nous fallait tout d'abord déterminer géographiquement le positionnement approximatif des quartiers pauvres. En effet, ces deux villes, à l'instar d'un certain nombre de capitales du monde montrent, schématiquement, une polarité dans leur organisation spatiale : pour Bogota, le Nord de la ville concentre une grande partie des quartiers « riches » et, *a contrario*, le Sud de la ville regroupe une part importante des bidonvilles. C'est cet « ordre socio-spatial » (Rebotier, 2008) qui, bien qu'il reste très schématique, caractérise le système urbain de Bogota.

Nous avons donc choisi, pour l'enquête à Bogota, un quartier situé à l'extrême Sud de la capitale : *Potosi*, du nom de la ville minière de Bolivie (*Cf.* Carte 3.1 : Le quartier de Potosi à Bogota, Colombie). En effet, une activité minière relativement importante caractérise cette zone, plus connue sous le nom de « *Ciudad Bolivar* ». Les quartiers de cette partie de la ville sont tous de niveau socio-économique « 0 », c'est à dire le plus bas niveau octroyé par les autorités. Cet indicateur composite, construit de façon assez obscure, se fonde sur les recensements nationaux et est censé représenter le niveau de développement des quartiers suivant plusieurs critères tels que le niveau de revenu par foyer, le niveau d'éducation, de santé, etc. Le niveau de revenu par foyer est la variable qui a le plus de poids dans cet indicateur (Uribe, 2008). Le niveau 0 correspond donc à un niveau de revenu mensuel inférieur ou égal à 463.500 pesos par foyer, c'est à dire 260 dollars soit 1,5 fois le salaire minimum. Notons que le nombre moyen d'individus par foyer est de six – l'indicateur est construit sur cette base – ce qui tendrait à signifier que le niveau de revenu retenu est légèrement supérieur au seuil de pauvreté extrême utilisé par la banque mondiale : 1,25 dollar par jour et par personne (en PPA). En effet, un rapide calcul montre qu'un individu classé dans la catégorie socio-économique 0 a un revenu moyen de 1,44 dollars par jour. Le niveau 0

[30] Calculs réalisés grâce à l'outil informatique « *Planimeter* », basé sur les données de Google Earth.

correspond donc à un niveau de pauvreté légèrement supérieur au seuil de pauvreté extrême. Potosi est classé à ce niveau socio-économique.

Carte 3.1 : Le quartier de Potosi à Bogota, Colombie



Source : Google Earth, *U.S Geological Survey*, photo datant de Janvier 2010.

Notre analyse socio-spatiale – choix d'un quartier en périphérie-sud, sur les hauteurs de la ville - rejoint donc l'indicateur utilisé par les autorités, ce qui démontre le fait que Potosi répond bien à notre critère de pauvreté. Par ailleurs, concernant le critère de dangerosité, très difficile à évaluer avec exactitude, il apparaissait que le quartier n'était pas frappé par la

délinquance commune, la plus dangereuse, mais conservait tout de même, en arrière plan, un fond de lutte politique entre groupes de guérilla civils et groupes paramilitaires. Par sécurité et comme preuve tangible de la tension existante, la recommandation nous fut faite à plusieurs reprises de ne jamais parler de politique lors de notre enquête, ce que nous n'avions de toute façon aucune intention de faire, ni à Potosi, ni d'ailleurs nulle part en Colombie.

Ces deux critères devaient rejoindre un troisième critère : le niveau d'organisation du quartier, nous permettant d'envisager un contact avec la communauté et une réflexion théorique sur les liens institutionnels entre ces organisations embryonnaires et les autorités. Il se trouve que Potosi, de par son histoire marquée par une très forte implication dans les luttes sociales colombiennes, explicable sociologiquement par le lien des habitants avec le bassin d'emploi minier, a gardé un tissu organisationnel populaire relativement important, quoique fortement dissout par les échecs successifs de la lutte armée révolutionnaire colombienne. Se trouve donc en place à Potosi, comme vestige de ces aspirations sociales et politiques autrefois portées par les habitants du quartier, un collège communautaire : *l'institut de cerros del sur*. Ce collège tient le rôle aujourd'hui de centre communautaire où se réunissent une fois par semaine les représentants de chaque pâté de maison afin de discuter des problèmes quotidiens du quartier. Nous verrons son fonctionnement plus précis ultérieurement dans la thèse. Il s'avère toutefois qu'il existe dans ce quartier un lien communautaire tissé entre les habitants, ce qui n'est pas un élément très courant à Bogota. De ce point de vue, le quartier répond donc à notre troisième critère.

Mais une différence importante en terme de géographie-physique sépare les deux capitales : la ville de Bogota est bâtie sur une immense plaine de haute altitude (l'« *alti-plano* »), située à 2640 mètres d'altitude, sur le flanc oriental de la cordillère occidentale, tandis que Caracas se situe à 25 kilomètres de la mer des Caraïbes, à seulement 800 mètres d'altitudes de moyenne, cernée au Sud, à l'Est et à l'Ouest par des collines et au Nord par « el Ávila », une chaine de montagne s'élevant à 2000 mètres d'altitude et dont le versant opposé à la ville plonge dans la mer des Caraïbes. Cette géomorphologie différente, Caracas étant beaucoup plus « confinée » que Bogota, combinée à l'explosion démographique qu'a connue la ville à partir des années 1920 liée à l'exploitation pétrolière (Marchand, 1969) ont octroyé à Caracas une dynamique socio-spatiale plus complexe que pour la capitale colombienne : une extension par ramifications, s'étendant entre les vallons convergeant vers la plaine de Caracas.

Toutefois, à l'instar de Bogota, nous pouvons schématiquement établir que Caracas se subdivise en deux, avec à l'Est une forte concentration de quartiers aisés et à l'Ouest, une part importante des quartiers pauvres de la ville. Nuançons toutefois cette analyse en soulignant le fait que le deuxième plus grand bidonville d'Amérique latine, *Petare*, se trouve à l'Est de la ville, tout près des quartiers riches, ce qui est la conséquence, selon nous, d'une superposition non-linéaire des agrégats successifs d'habitations accueillant les immigrants, notamment due à la topographie des lieux et à la vitesse très élevée du processus d'invasion, ces deux facteurs étant à la base de l'expansion anarchique de la ville (Marchand, 1969). Mais Petare étant de loin le quartier le plus dangereux du Venezuela – et également, du moins de réputation, l'un des plus dangereux d'Amérique latine – il était inconcevable que nous y développions notre étude.

Nous avons donc choisi, pour le Venezuela, un quartier situé à l'extrémité Ouest de la ville nommé *Magallanes de Catia* (*Cf.* Carte 3.2 : Le quartier de Magallanes de Catia à Caracas, Venezuela). Son caractère périphérique, accentué par sa position géographique sur les hauteurs de la ville, lui confère le statut de quartier très pauvre. Ce statut étant confirmé par le classement du quartier, de niveau E, le plus bas niveau socio-économique octroyé par les autorités, correspondant à un salaire moyen inférieur ou égal à 597 bolivars par foyers (Datanalisis, 2010) soit 138 dollars par mois. Rappelons que le salaire minimum vénézuélien s'élève à 1.548 bolivars soit 360 dollars mensuels. Le seuil retenu par les autorités est donc un revenu moyen par foyer plus de 2,5 fois inférieur au salaire minimum. Il correspond à un niveau de pauvreté très inférieur (de 40% inférieur, pour être précis) au seuil de pauvreté extrême absolu - qui est de 1,25 dollars par personne et par jour - si on se base dans notre calcul[31], comme pour la Colombie, sur une moyenne de 6 individus par foyer. On obtient en effet un niveau de pauvreté fixé à 0,76 dollars par jour et par personne. Donc, le seuil de pauvreté retenu par les autorités vénézuéliennes pour établir le fait qu'un quartier se situe parmi les plus pauvres du Venezuela est très inférieur – pratiquement deux fois inférieur – au seuil retenu par les autorités colombiennes, qui est de 1,44 dollars PPA.

Mais rien n'indique toutefois que Magallanes de Catia est objectivement plus pauvre que Potosi, étant donné que les indicateurs ne nous paraissent pas réellement fiables, d'une part, et que, d'autre part, le niveau de revenu des quartiers fluctue théoriquement au sein des bornes

[31] Le calcul est le suivant : 138 dollars mensuels par foyer / 30 = 4,6 dollars par jour et par foyer / 6 = 0,76 dollars par jour et par personne.

fixées par l'indicateur. Nous estimons donc que le niveau de pauvreté est du même ordre dans les deux quartiers étudiés, l'égalité parfaite étant, quoi qu'il en soit, impossible à atteindre.

Carte 3.2 : Le quartier Magallanes de Catia à Caracas, Venezuela

Source : Google Earth, photo datant de Janvier 2012.

Magallanes de Catia est donc un quartier très pauvre, mais dont le niveau de dangerosité nous est apparu comme étant acceptable. La délinquance commune est bien présente mais elle est régulée par le « contrôle communautaire », c'est à dire une lutte contre la petite délinquance par la communauté elle-même, toujours dans le cadre des conseils communaux, à l'initiative de comités de « sécurité » qui tentent de traiter le problème de la violence à sa racine : par la réinsertion des jeunes en difficultés dans leur famille, dans la communauté, puis dans la société. Concrètement, nous qui, par chance, avons rapidement pu nouer des liens avec les communautés organisées de Magallanes de Catia grâce à un jeune homme avec qui nous avons fait la connaissance par hasard, quelque jours seulement après notre arrivée, nous étions en quelque sorte « protégés » par la communauté elle-même. Nous avons donc pu réaliser notre enquête de terrain en toute liberté, en tout point du quartier, dans un relatif sentiment de sécurité.

Ce haut degré d'organisation communautaire, que nous avons pu constater pour la question de la violence, était l'un des trois critères que nous nous étions fixés pour le choix du quartier. Or il se trouve qu'au Venezuela, contrairement à la Colombie, ce sont les quartiers sans conseil communal, sans missions, sans organisation populaire qui sont l'exception. Donc, Magallanes de Catia, l'un des plus anciens quartiers de Caracas étant donné son positionnement géographique – pratiquement à l'entrée de la ville, à l'endroit où débouche l'autoroute venant de la mer – se caractérise par un très haut niveau d'organisation communautaire, avec l'ensemble des missions actives dans le quartier : la mission *Barrio Adentro*, bien sûr, mais aussi les missions d'éducation, Ribas, Robinson, les cantines populaires, la mission *Mercal* octroyant de la nourriture à des prix subventionnés, etc. De ce point de vue, le quartier choisi répond parfaitement à ce troisième critère.

Par conséquent, nous avons pu faire notre étude dans deux quartiers que nous estimons comparables selon les trois critères que nous nous étions fixé (*Cf.* tableau 3.1, ci-dessous : Synthèse des critères de sélection des deux quartiers de l'étude) : bas niveau relatif de violence, bas niveau de revenu par foyer, haut niveau relatif d'organisation communautaire. Les deux quartiers sont donc comparables selon ces trois items, laquelle comparabilité se trouve être accentuée, comme nous l'avons vu, par un positionnement géographique similaire : quartiers périphériques situés dans la banlieue pauvre de leur capitale respective.

Tableau 3.1 : Synthèse des critères de sélection des deux quartiers de l'étude

Critère / Quartier		Niveau de violence	Niveau de pauvreté		Niveau d'organisation communautaire
			Socio-spatiale	*Économique*	
Magallanes de Catia **Caracas Venezuela**	Caractérisation	Petite délinquance commune	Hauteurs périphériques de la ville	Bidonville : pauvreté extrême	Très élevé
	Estimation chiffrée	Estimation[32] : 3/5	Distance[33] : 11,02 km du centre-ville	Niveau E : ≤ 0,76$/j/pers.	Estimation : 5/5
Potosi **Bogota Colombie**	Caractérisation	Fond de violence politique	Hauteurs périphériques de la ville	Bidonville : pauvreté extrême	Moyen
	Estimation chiffrée	Estimation : 2/5	Distance : 10,65 km du centre-ville	Niveau 0 : ≤ 1,44$/j/pers.	Estimation : 3/5

Source : tableau réalisé par l'auteur, 2012.

Précisons le fait que ce choix s'est opéré en grande partie suivant une logique invisible mais pourtant bien présente : le hasard de nos rencontres. En effet, il eût été absolument impossible de réaliser ces deux enquêtes sans l'aide des personnes que nous avons eu la chance de rencontrer au cours de nos séjours au Venezuela et en Colombie. En nous introduisant dans les quartiers, en nous faisant rencontrer les membres des communautés pour signaler la nature pacifique de nos travaux, en nous faisant visiter les quartiers et en nous montrant les points d'accès à la santé, ces personnes nous ont permis de mener à bien cette étude en nous faisant économiser un temps précieux. Il est temps, maintenant, d'aller encore plus précisément dans l'analyse des résultats de ce travail d'enquête.

[32] En l'absence de données officielles fiables, par « estimation », nous entendons un score estimé par nous-même et allant de 0 à 5 suivant les observations faites sur place.
[33] Par « distance », nous entendons la distance en kilomètres séparant notre point de ralliement dans le quartier (point de départ quotidien de l'enquête de terrain) à la place Bolivar, centre historique de chacune des deux capitales.

2. Analyse de l'offre de soins dans les deux quartiers

L'analyse de l'offre de soins pour chaque quartier est un élément central dans la construction théorique que nous réaliserons dans la prochaine section et la définition que nous y ferons de *l'accès aux soins*. En effet, cet accès peut se définir du point de vue de la demande de soins : « L'individu a–t-il la possibilité d'accéder à un centre de soins adapté lorsqu'il en a besoin ? », mais aussi du point de vue de l'offre de soins : « Combien de points d'accès au système de soins existe t-il dans le quartier ? ». Il nous semble pertinent de séparer ces deux types de questions dans un premier temps, puis de les réunir au moment de l'évaluation plus précise de l'accès.

Pour analyser l'offre de soins dans deux quartiers différents, il convient d'analyser dans un premier temps la structure globale de ces quartiers. C'est ce que nous allons faire tout de suite.

Le quartier de Potosi, à Bogota, que nous avons parcouru pour interroger les habitants sur leur accès à la santé et analyser l'offre de soins, s'étend sur approximativement 0,24 km^2, c'est à dire environ 530 mètres sur 450, et regroupe aux alentour de 1200 familles selon les données rendues disponibles par la communauté elle-même, c'est à dire, en prenant pour base six individus par famille – base utilisée par les autorités – une population totale d'environ 7 200 habitants. Cela donne une densité de population approximative de 30 000 habitants au kilomètre carré, c'est à dire un chiffre supérieur de 24% à la densité moyenne de la capitale. Nos propres chiffres confirment donc les données officielles, qui établissent, en 2010, que le quartier de Potosi fait partie des quartiers les plus densément peuplés de Bogota (DANE, 2010). Cela conforte le critère de pauvreté que nous avancions précédemment.

L'offre de soins présente dans le périmètre « restreint » du quartier, se compose, très concrètement (*Cf*. carte 3.3 : l'offre de soins dans le périmètre restreint de Potosi) :

- d'une Unité d'Attention Primaire en santé (UPA), qui est généralement appelé, à tort, « Centre d'Attention Médicale Immédiate » (CAMI) par les habitants. En effet, le CAMI renvoie en réalité à un autre type d'entité, incluant les soins d'urgence contrairement à l'UPA, il y a donc une confusion dans l'esprit des habitants du

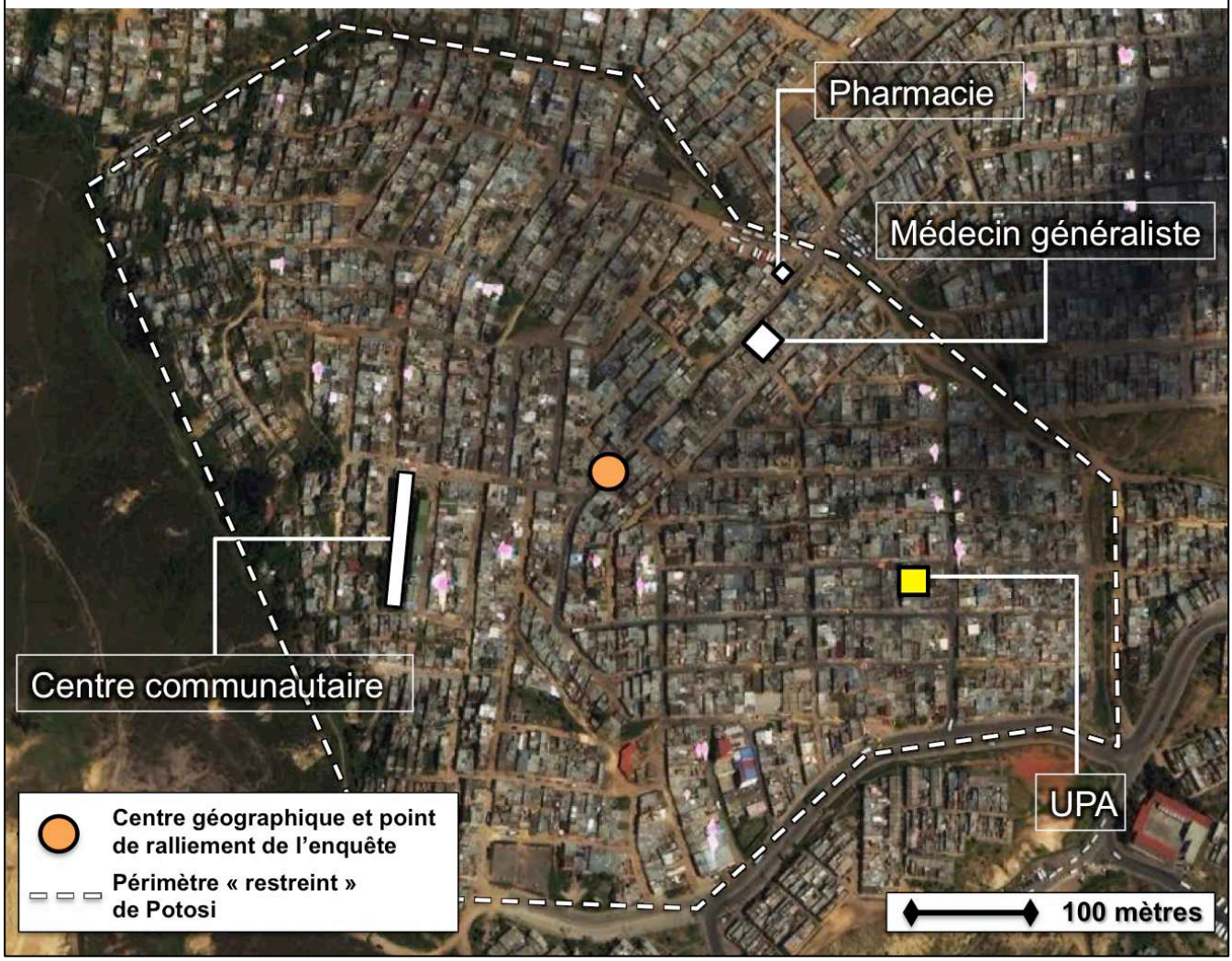
quartier. L'UPA correspond à un centre de soins primaires, strictement ambulatoire, octroyant des soins infirmiers (deux infirmières), des soins de médecine générale (un médecin) et des soins odontologiques (un dentiste). Ce centre correspond concrètement à une maison en brique, équivalente aux autres maisons du quartier, elle se trouve d'ailleurs en enfilade des autres maisons, d'une surface approximative de 100 mètres carrés, mais équipée comme un centre de soins, à l'équipement relativement ancien, et gardant une ambiance très populaire, très locale. Ce centre se situe en contrebas du quartier, au niveau de l'une des rues principales de Potosi où les maisons sont construites en dur, sur deux étages, et où l'activité commerçante est la plus dense. Il est très important de noter que ce centre est exclusivement réservé à la population affiliée au SISBEN 0 (premier échelon du SISBEN). Cette UPA dispose parfois d'une ambulance permettant de faire les transferts vers les autres centres de soins pour les cas graves. Précisons que cette ambulance est inopérante pour aller chercher les patients à domicile, la topographie des lieux, aux rues très inclinées et sans asphalte, rend très difficile d'accès une grande partie du quartier. L'UPA est ouverte théoriquement de 7h à 17h.

- d'une pharmacie vendant, comme c'est souvent le cas en Amérique du Sud, d'autres produits de la vie courante. Les horaires d'ouverture sont ceux d'une boutique de quartier ;

- d'un médecin généraliste travaillant chez lui.

- d'une infirmière exerçant à l'école communautaire (« centre communautaire », sur la carte ci-dessous), présente dans le quartier sur des créneaux horaires restreints : de 8h à 16h, uniquement la semaine. Cette infirmière travaillant uniquement avec les enfants, ce point d'accès n'apparaitra pas dans notre enquête, laquelle se concentre sur la population adulte, en âge d'interagir librement avec le système et d'en donner une évaluation.

Carte 3.3 : L'offre de soins dans le périmètre restreint de Potosi



Source : Google Earth, photo datant de Janvier 2010. Offreurs de soins positionnés par l'auteur.

Notons que le périmètre que nous appelons « restreint », correspond aux frontières juridiques du quartier de Potosi. Par extension, l'offre de soins du périmètre « élargi » du quartier, qualifie les centres de soins extérieurs à Potosi, mais où se rendent tout de même les habitants pour se faire soigner. Ce périmètre comprend, en terme d'offre de soins (*Cf* : Carte 3.4 : l'offre de soins dans le périmètre élargi de Potosi) :

- Le CAMI de Jérusalem, le quartier directement adjacent (cette fois il s'agit bien d'un CAMI), qui se trouve à environ 600 mètres de Potosi[34], soit 5 minutes à pieds.

[34] Distance calculée, comme précédemment, sur la base du centre géographique de Potosi, et non du centre en termes d'activité économique, moins représentatif, selon nous, de la distance moyenne que doit parcourir l'ensemble des individus. Nous retiendrons cette norme pour tous les calculs de distance qui concerneront le quartier et un point extérieur à celui-ci.

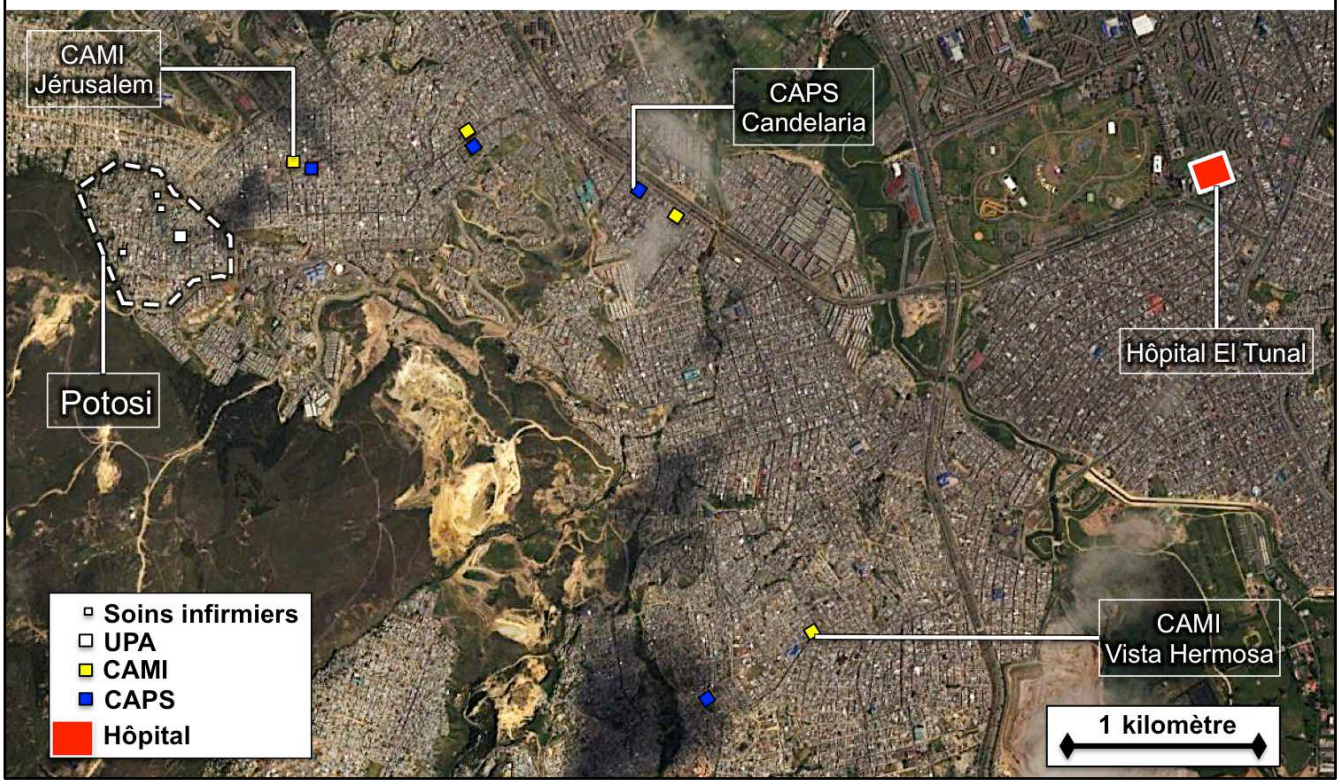
- Le CAMI de Vista Hermosa, un quartier plus éloigné mais où certains habitants de Potosi se rendent compte tenu du fait que le bus qui part de Potosi en direction du quartier adjacent passe juste devant ce centre médical *a priori* moins accessible. Il se trouve en effet à 2,8 kilomètres de Potosi en ligne droite, soit 5 minutes en bus, 30 minutes à pieds.

- La clinique de niveau 1 de Ciudad Bolivar, l'ensemble administratif qui inclut plusieurs quartiers dont Potosi : le Centre d'Attention Primaire en Santé (CAPS) de la Candelaria, clinique de taille moyenne traitant les urgences et des soins requérant un équipement plus spécialisé que l'UPA où le CAMI, ou des compétences plus spécialisées, comme les soins gynéco-obstétriques, pédiatriques ou orthopédiques. Ce CAPS reste un centre dont la principale activité reste l'octroi de soins ambulatoires, les cas graves étant transférés dans des centres de soins de niveau supérieur. Il se trouve à 2,5 kilomètres de Potosi, à vol d'oiseau, c'est à dire à environ 5 à 10 minutes en bus, 30-45 minutes à pieds.

- L'Hôpital de niveau 3 (avant dernier niveau, dans l'échelle colombienne) « el Tunal ». Cet hôpital de plus grande capacité d'accueil recouvre un panel de soins beaucoup plus large que les centres de soins des quartiers : urgences, soins spécialisés, opérations chirurgicales, traitement d'infections complexes, en plus des soins octroyés par les centres de niveau d'attention inférieur. Il se trouve à 5 kilomètres de Potosi, en ligne droite, c'est à dire à environ 20-25 minutes en bus compte tenu du fait qu'il se trouve sur la plaine de Bogota et que donc, pour y accéder, le bus doit serpenter le long de la colline, d'une part, et pénétrer dans le réseau très dense de circulation qui caractérise Bogota. En prenant en compte ces éléments, cet Hôpital se situe à une distance en réalité assez éloignée de Potosi.

- L'ensemble des UPA, CAMI et CAPS des quartiers environnants Potosi, mais dont les habitants ne nous ont pas rapporté l'existence lors de notre enquête : ils sont donc intégrés dans la représentation géographique ci-dessous mais seront analysés à part lors de l'étude. Il sera en effet intéressant de comprendre pourquoi ces offreurs de soins ne sont pas sollicités par les habitants de Potosi.

Carte 3.4 : L'offre de soins dans le périmètre élargi de Potosi



Source : Google Earth, photo datant de Janvier 2010. Offreurs de soins positionnés par l'auteur.

Nous notons d'ores et déjà une assez forte dispersion des centres de soins accessibles dans le périmètre élargi et, surtout, nous observons le fait que Potosi, du fait peut-être de son enclavement, est un quartier qui, contrairement aux autres, ne dispose pas de CAMI ni de CAPS, c'est à dire d'aucun centre de soins permettant le traitement de patients en urgence et offrant un équipement d'une gamme de complexité supérieure. Cela oblige donc les habitants de Potosi à se déplacer au-delà du périmètre immédiat de leur quartier pour obtenir de tels soins. C'est l'une des choses que notre enquête de terrain nous permettra de corroborer, d'une part, et de comparer avec le Venezuela, d'autre part.

Le quartier du Venezuela qui a fait l'objet de notre investigation, Magallanes de Catia, observe une structure géophysique, légèrement différente de celle de Potosi. En effet, le quartier vénézuélien que nous avons choisi est également situé en hauteur de la ville, dans sa périphérie la plus extérieure, mais est relativement moins enclavé que le quartier colombien du fait de la structure topographique de la zone, qui se prête moins à cette situation. Précisons également le fait que Magallanes de Catia s'étend approximativement sur 0,26 km^2, c'est à dire environ 850 mètres de long sur une largeur variable allant jusqu'à 450 mètres et regroupe

environ, selon la somme des données très approximatives que nous avons tenté de réunir, environ 1500 familles, ce qui ferait une population théorique de 9 000 habitants si l'on part du principe, comme nous l'avons fait pour la Colombie, que chaque famille accueille environ six membres. Rapporté à la taille du quartier, cela donne une densité de population de l'ordre de 34 500 habitants au kilomètre carré, soit une densité supérieure de 32% à la moyenne que nous avions calculée pour la ville et qui était de 26 086 habitants au kilomètre carré. Par ailleurs, cette densité de population, bien que supérieure, reste dans le même ordre de grandeur que celle du quartier colombien (30 000 hab/ km^2), ce qui semble normal eu égard à leur nature socio-spatiale convergente.

Et dans le périmètre restreint du quartier de Magallanes de Catia (*Cf.* Carte 3.5 : L'offre de soins dans le périmètre restreint de Magallanes de Catia), l'offre de soins se compose, précisément :

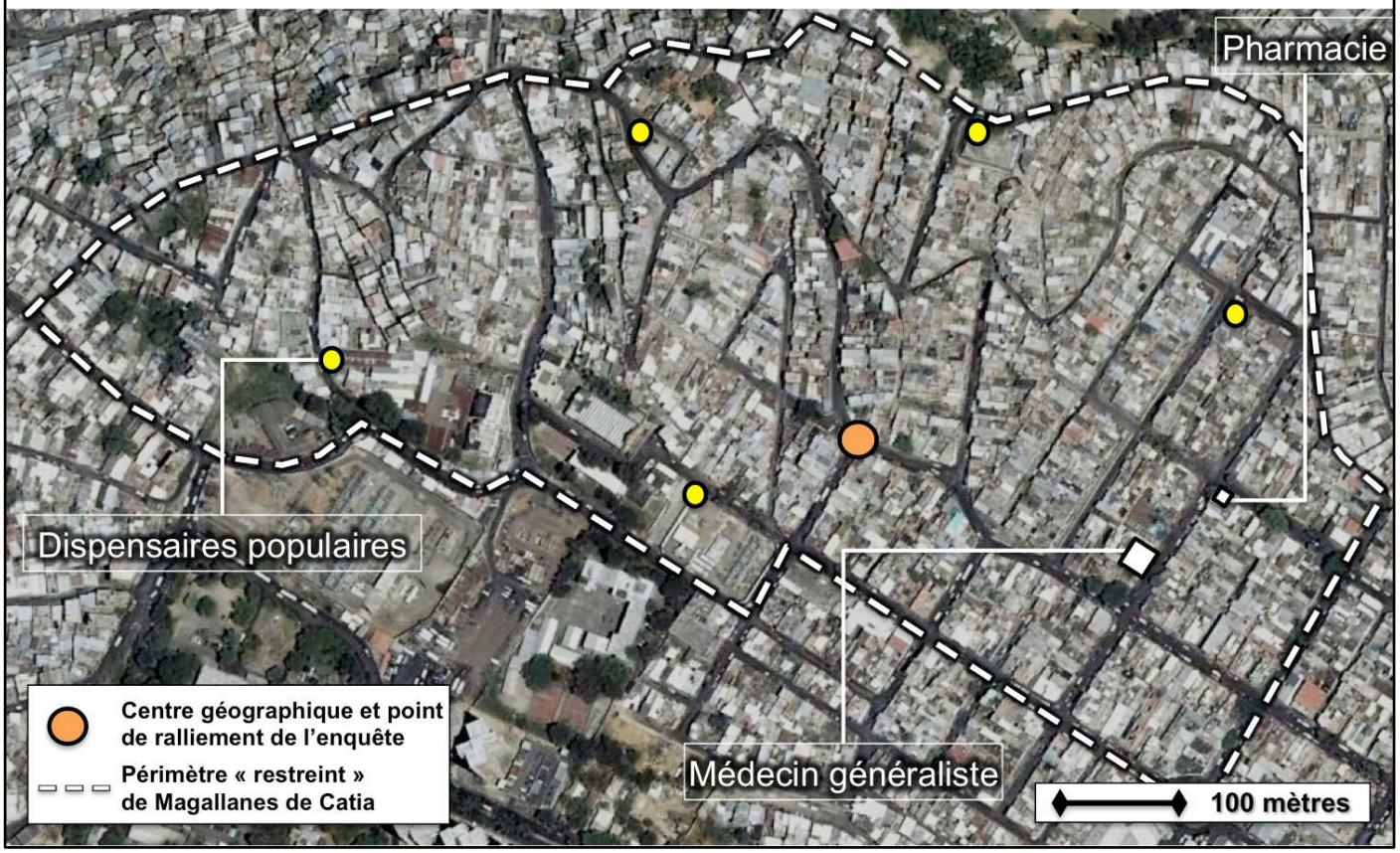
- De cinq dispensaires populaires de la mission *Barrio Adentro I*, appelés généralement les « modules cubains » ou « modules » par les vénézuéliens, en référence à une ancienne structure en santé mise en place dans les années 1990 mais dont le projet avait finalement échoué. Concrètement, un dispensaire populaire est, sous sa forme générique, une petite maison en brique rouge, octogonale, sur deux étages, au toit pointu et théoriquement autonome en électricité et en eau. Ces dispensaires peuvent accueillir deux médecins et une infirmière, le personnel cubain pouvant se loger au deuxième étage réservé à cet effet. Plusieurs possibilités s'offrent aux habitants qui font la demande de disposer d'un tel dispositif sanitaire : choisir deux médecins généralistes, dentistes ou ophtalmologues, ou alors une combinaison parmi ces trois spécialités. Cette décision relève de la compétence du conseil communal, et plus précisément du comité de santé de chaque quartier, chargé de ces problématiques et dont les propositions sont votées en assemblées communales, par vote à main levée. Les soins octroyés par ces modules sont des soins primaires, axés sur la prévention et le suivi très personnalisé des patients, le médecin connaissant parfaitement les habitants de par sa pleine intégration dans le quartier, intégration qui fait partie intégrante de la philosophie de ces missions. En tant que point d'entrée dans le système, le rôle de ces dispensaires est également d'orienter les patients dans les autres parties du système de soins vénézuélien. Notons que la majorité des cinq dispensaires se situent dans les hauteurs du quartier, là où les habitations sont

manifestement les plus précaires. Seuls deux d'entre eux sont en contre-bas, parmi lesquels un seul se trouve sur une des rues principales du quartier. Précisons enfin que leurs horaires d'ouverture sont seulement de 8h à 14h, nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

- D'une pharmacie, située dans la rue commerçante du quartier et vendant, en plus des médicaments, les produits les plus divers. Ses horaires d'ouverture sont ceux d'un commerce traditionnel.

- D'un médecin généraliste travaillant dans un appartement plus que vétuste, situé dans la rue principale du quartier. Nous n'avons pas pu nous entretenir avec lui, mais simplement constater l'état de délabrement de son cabinet.

Carte 3.5 : L'offre de soins dans le périmètre restreint de Magallanes de Catia



Source : Google Earth, photo datant de Janvier 2012. Offreurs de soins positionnés par l'auteur.

Ce qui est frappant sur cette carte, c'est la densité très supérieure de centres d'attention de soins primaires dans le quartier vénézuélien par rapport au quartier colombien, avec pas

moins de cinq dispensaires, c'est à dire 10 médecins et 5 infirmières, plus le médecin généraliste, pour le périmètre étudié.

Par ailleurs, lorsque l'on analyse le périmètre élargi (*Cf.* carte 3.6 : l'offre de soins dans le périmètre élargi de Magallanes de Catia), la comparaison est encore plus frappante. Celui-ci comprend en effet :

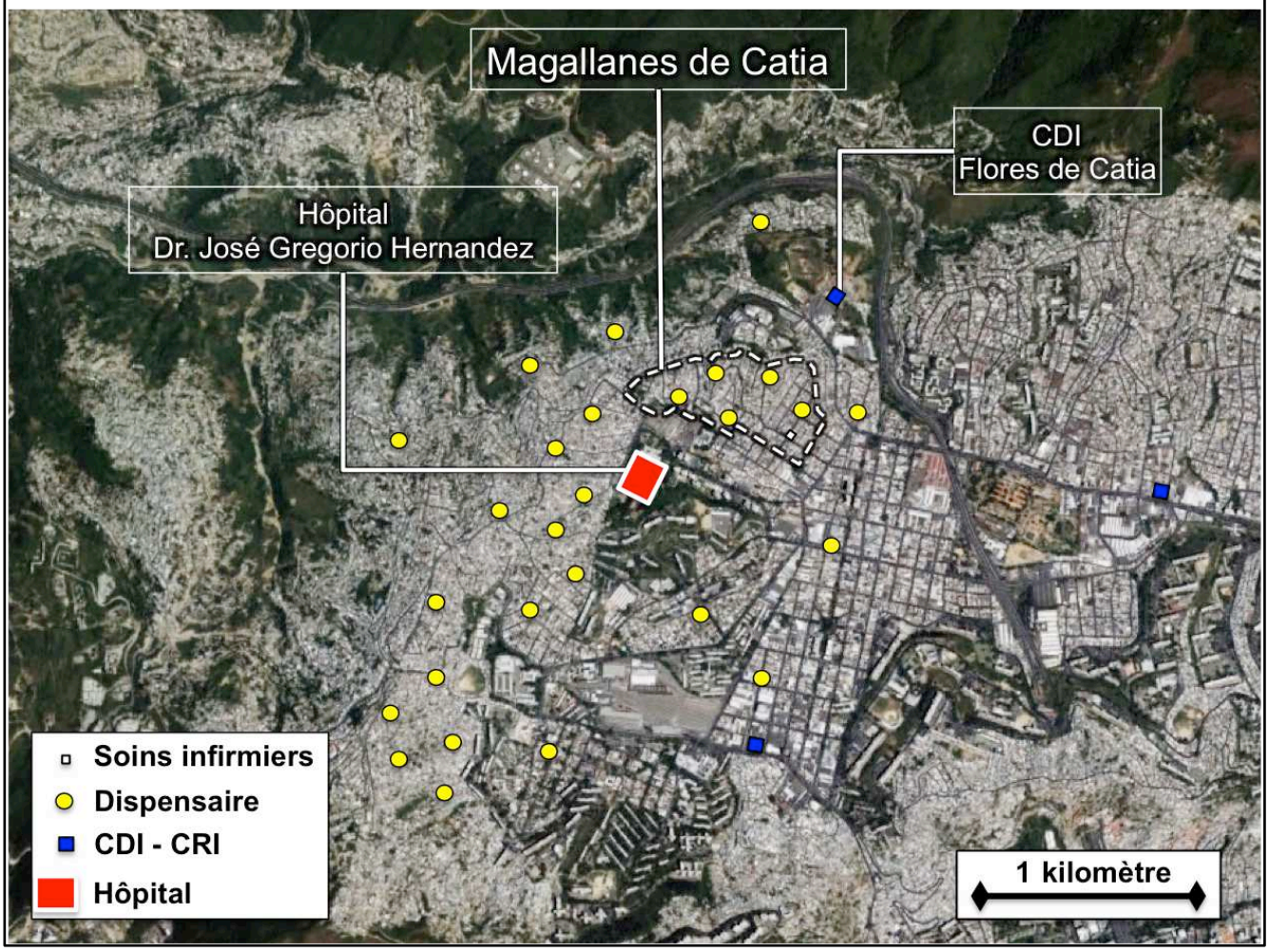
- Un Centre de Diagnostic Intégral (CDI), directement adjacent à un Centre de Réhabilitation Intégrale (CRI). Ces deux centres, qui octroient des soins de niveau deux, selon la grille vénézuélienne, se situent à 700 mètres en ligne droite du centre géographique de Magallanes de Catia. Toutefois, notons que l'accès à ces cliniques n'est pas si facile dans la mesure où celles-ci ont été construites sur une plaine en contre-bas du quartier qui, lui, se situe sur une colline. En effet, ces deux centres inaugurés en décembre 2008 par le Président de la République, ont été associés à plusieurs autres structures : un supermarché MERCAL où les aliments sont vendus à des prix subventionnés, un centre de production communal qui emploie les femmes des quartiers alentours dans une grande entreprise de textiles, des infrastructures sportives, un théâtre et deux écoles en construction. Cet ensemble nommé « Noyau endogène Fabricio Ojeda » est pensé pour être une « plate-forme socialiste », un centre d'activité économique et culturel pour l'ensemble des quartiers environnants, censé impulser une dynamique économique de façon « endogène ». C'est ce qui explique que sa construction, qui exigeait de l'espace, ait été réalisée sur un terre-plein, un peu à l'écart de l'ensemble des quartiers.

- Un hôpital public, l'hôpital « Dr. José Gregorio Hernandez », qui fait partie du réseau de soins de l'IVSS et dont la capacité officielle est de 370 lits. Cet hôpital de niveau 5 selon la classification vénézuélienne, c'est à dire le plus haut niveau de spécialisation du pays, se situe à 500 mètres en ligne droite du centre géographique de Magallanes de Catia. En effet, ce vieil hôpital construit en 1941 est aujourd'hui cerné de toutes parts par des quartiers pauvres. Du fait d'une surabondance de la demande de soins et d'un manque chronique de personnel que nous avons évoqué dans le Chapitre 2, cet hôpital a connu en 2010, c'est à dire peu avant notre investigation, des vagues importantes de grèves de la part du personnel médical. Cet élément conjoncturel sera mis en perspective dans nos données qualitatives et interprété comme étant la

conséquence de causes structurelles profondes, frappant la société vénézuélienne et, par ricochet, son système de santé.

- L'ensemble des dispensaires de santé de la mission *Barrio Adentro I* et qui maille l'ensemble des quartiers périphériques en grande densité, et également les quartiers plus centraux et donc plus riches, mais de façon beaucoup plus éparse.

Carte 3.6 : L'offre de soins dans le périmètre élargi de Magallanes de Catia



Source : Google Earth, photo datant de Janvier 2012. Offreurs de soins positionnés par l'auteur.

Notons le fait que cette carte relève un nombre non-exhaustif de dispensaires de santé étant donné leur nombre trop élevé pour être recensé par nous. En effet, contrairement à la Colombie qui, il est vrai, compte beaucoup moins de centres de soins, les autorités vénézuéliennes ne disposent pas de système de recensement public des dispensaires de la mission *Barrio Adentro*. Il paraitrait pourtant extrêmement simple et efficace de construire

une carte positionnant l'ensemble des centres de soins du pays et de recenser les centres inopérants, laissés à l'abandon où rencontrant des problèmes de manque de personnel ou d'approvisionnement en médicaments. L'absence d'un tel dispositif d'aide à la gestion, pourtant évident, démontre, une fois encore, le problème d'organisation structurel que rencontre le Venezuela. N'ayant pas eu le temps de recenser nous-même l'ensemble des dispensaires et leur état de fonctionnement, nous présentons cette carte 3.6 avec la vingtaine de centres de soins que nous avons pu comptabiliser nous-même, de façon approximative, autour de Magallanes de Catia, avec l'aide de la population locale.

Ainsi, nous observons aisément un tissu d'offreurs de soins beaucoup plus dense dans le quartier vénézuélien que dans le quartier colombien. Cela est essentiellement dû à l'ampleur de la mission *Barrio Adentro* dont nous observons désormais l'ancrage puissant grâce à l'outil cartographique. Nous notons également le fait que les quartiers vénézuéliens de l'ouest de Caracas se positionnent autour d'un hôpital public très excentré par rapport au centre de la capitale, contrairement à l'hôpital public desservant les quartiers sud de Bogota, moins excentré en termes relatifs, allongeant ainsi significativement la distance à parcourir pour les habitants des quartiers les plus démunis. Globalement, nous pouvons d'ores et déjà établir que l'offre de soins dans Magallanes de Catia est très supérieure quantitativement à celle de Potosi. Nous pouvons chiffrer cela très simplement, en calculant la densité de médecins dans le périmètre restreint de ces deux quartiers : 11 médecins pour 9 000 habitants à Magallanes de Catia et 3 médecins pour 7 200 habitants à Potosi, ce qui donne une densité de 1,2 médecins pour mille habitants dans le quartier de Caracas et de 0,42 médecins pour mille habitants dans le quartier de Bogota, soit une densité trois fois inférieure.

Cette offre de soins, dont nous observons très nettement l'écart quantitatif entre les deux pays, se structure autour de mécanismes institutionnels également très différents d'un quartier à l'autre. L'ensemble de ces différences nous ont amenés à fixer les grands axes du questionnaire identique que nous avons soumis à 500 habitants de chaque quartier. C'est cette construction progressive du questionnaire, qui fut fonction des observations faites sur le terrain, que nous allons expliciter dans cette deuxième sous-partie.

B. Processus de construction du questionnaire : l'analyse des réalités institutionnelles différentes d'un quartier à l'autre

Il est grand temps d'expliciter comment notre enquête de terrain s'articule à la problématique de notre thèse. Dans le chapitre 1, nous avions déterminé qu'il semblait pertinent d'expliquer les dynamiques institutionnelles au moyen d'un outil que nous avions construit à partir de différents concepts de l'économie institutionnelle, dans l'acception la plus large de ce corpus théorique, et qui, ensemble, permettaient de formuler l'hypothèse d'un « circuit institutionnel ». Cette vision « circuitiste » des processus de création (destruction) des règles formelles et informelles régissant le comportement des individus nous a amenés à envisager, dans le chapitre 2, les systèmes de santé colombien et vénézuélien comme étant deux systèmes opposés : l'un générant des règles à partir du haut de l'architecture institutionnelle, architecture dont le « centre de gravité institutionnel » sont les assureurs en santé, et l'autre tentant d'impulser un double processus de création de règles : depuis le haut de l'architecture institutionnel mais aussi, et de plus en plus, depuis le bas de l'architecture, c'est à dire les communautés organisées. L'investigation sur place a donc un double intérêt.

D'une part, son intérêt premier est d'observer *in situ* ce que nous essayons de comprendre à l'aide d'outils théoriques. Il paraissait en effet essentiel et évident de corroborer nos hypothèses théoriques sur la dynamique des deux architectures institutionnelles par une observation minutieuse du comportement des individus au sein du système. En d'autres termes, dans les quartiers pauvres, c'est à dire là où le besoin d'extension d'accès à la santé se fait le plus sentir, là où les institutions doivent trouver le moyen de pénétrer au mieux la société, la théorie rejoint-elle la pratique ? Les individus se comportent-ils comme le prévoient les hypothèses théoriques de chaque modèle : maximisation de l'utilité en rationalité parfaite, pour la Colombie, et haut niveau de conscience sociale et politique au Venezuela ?

D'autre part, une fois ce premier point essentiel soulevé, quels résultats concrets donnent ces deux modèles sur l'accès à la santé de la population la plus démunie ? Voilà comment l'enquête de terrain s'articule avec notre problématique de thèse : en permettant d'approfondir notre thèse selon laquelle les deux modèles colombien et vénézuélien, au-delà des idéologies

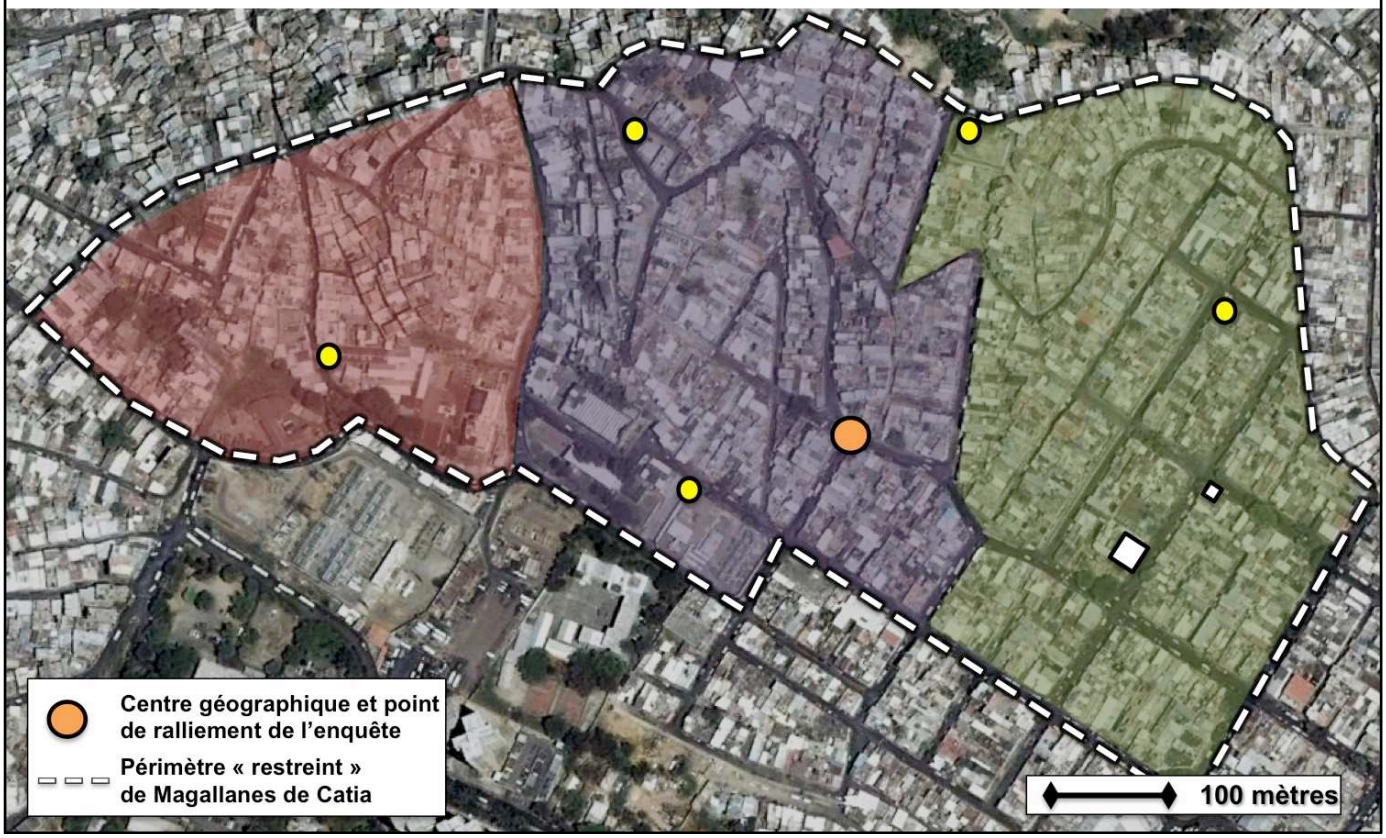
différentes, sont tous deux traversés par des limites structurelles qui empêchent, dans un cas comme dans l'autre, la pleine expansion de l'accès aux soins par l'assimilation, dans ces quartiers, des règles du système de soins. Répondre à ces questions intermédiaires permettra de répondre à la question plus globale qui est de savoir dans quelle mesure l'une ou l'autre des architectures institutionnelles est plus adaptée ou non à ce type de population. Pour cela, nous devons d'abord expliciter quels liens institutionnels nous avons observés sur le terrain, ce qui nous a amené à construire un certain type de questionnaire, dont nous montrerons dans un deuxième temps la construction progressive.

1. Les liens institutionnels observés sur le terrain confirment le schisme théorique séparant les deux modèles

Notre immersion dans les deux quartiers colombien et vénézuélien durant de longs mois nous a permis d'obtenir une vision plus réaliste des règles qui régissent ces quartiers en matière de santé, du comportement des individus, des liens institutionnels qui traversent ces communautés, du poids différent des Institutions selon le pays étudié. Du « socialisme du 21ème siècle » au « pluralisme structuré », un écart important sépare en effet les deux systèmes dans ce qui touche à la perception qu'ont les individus du rôle du système de soins, de l'importance de la santé, de leur implication dans les décision qui sont prises, et jusque dans les mécanismes mentaux qui structurent leurs décisions. Ce sont ces différences que seule une analyse au plus près des réalités des populations locales pouvait mettre en relief.

Au Venezuela, nous avons pu nous rendre compte de la réalité de la « démocratie participative » tant promue par le gouvernement. À la date de l'enquête, trois conseils communaux s'étaient formés dans le quartier de Magallanes de Catia (*Cf.* Carte 3.7 : délimitation approximative des conseils communaux dans le quartier de Magallanes de Catia). Ces conseils communaux, dont nous avons pu rencontrer certains représentants, fonctionnent bien selon le modèle décrit par la loi : des assemblées communales décident, chaque semaine, de choses concrètes touchant au quotidien des habitants du quartier. En notre présence lors de l'un de ces conseils hebdomadaires, où une soixantaine de personnes étaient présentes ce jour là, plusieurs décisions furent prises, comme par exemple l'allocation de ressources à la rénovation du système électrique alimentant le dispensaire de santé, défectueux depuis plusieurs semaines, ou l'achat d'un frigo pour la cantine populaire, lieu où peuvent manger gratuitement plusieurs centaines de personnes, parmi les plus démunies du quartier.

Carte 3.7 : Délimitation approximative des conseils communaux dans le quartier de Magallanes de Catia



Source : Google Earth, photo datant de Janvier 2012. Conseils communaux délimités par l'auteur à l'aide de deux représentants communautaires (2010)

Le processus d'élaboration de la simple carte ci-dessus démontre en lui-même le caractère très relatif et imprécis de la délimitation géographique des communautés, de la perception qu'elles ont de leurs propres frontières. En effet, nous fîmes face très rapidement, sur ce sujet précis, à des affirmations contradictoires de la part des principaux représentants des communautés, jusqu'à ce qu'enfin nous pûmes déterminer les « frontières » communautaires au sein du quartier.

Notons que Magallanes de Catia, selon nos calculs, est un quartier qui accueille près de 1 500 familles. Or, la loi recommande une moyenne de 500 familles par communauté organisée. Nous sommes donc ici pleinement dans la moyenne préconisée par l'État avec trois conseils communaux pour 1 500 familles, malgré des disparités dans les surfaces couvertes par chacun des trois conseils communaux et qui se répercutent nécessairement dans leur population respective, sans que nous puissions le vérifier avec précision.

Divisons, pour les besoins de l'analyse, le tissu institutionnel en trois branches distinctes : 1) les liens unissant les individus entre eux ; 2) les liens unissant les individus à l'État et 3) les liens unissant les individus aux administrations intermédiaires. Ces trois branches correspondent exactement aux interactions de la « demande de soins » au sein du circuit institutionnel (*Cf*. Chapitre 2, p. 137: Le circuit institutionnel vénézuélien). Qu'avons nous pu constater sur le terrain qui confirmerait ou infirmerait les hypothèses théoriques que nous avons formulées jusque là ?

Premièrement, concernant le lien institutionnel unissant les individus entre eux, c'est à dire le tissu de règles informelles cadrant l'action des individus au sein du système de santé, nous pouvons confirmer deux choses.

D'une part, nous avons pu constater le rôle prédominant des réseaux au sein des quartiers pauvres, rôle que nous pressentions dès le chapitre 1. En effet, à Magallanes de Catia, nous avons senti quelque chose qui ne peut être mesuré : le principe de solidarité comme colonne vertébrale de la vie du quartier. Tout le monde se connaît, se salue et s'entraide, dans tous les aspects de la vie. Dans le domaine de la santé, au sens large, cette tendance s'exprime pleinement au sein des conseils communaux où chacun donne son avis sur les services rendus par telle où telle institution, dispensaire où médecin. L'information circule, les individus partagent et parlent entre eux de leur expérience. C'est un point fondamental qui caractérise le quartier pauvre vénézuélien : l'échange intra-communautaire qui atteint un niveau très poussé, y compris dans le domaine de la santé, domaine désormais pleinement investi par les individus qui se sont approprié ce sujet devenu central dans leur vie de tous les jours. Ce lien est bien sûr encouragé, impulsé par les autorités, mais est désormais largement suppléé par les communautés organisées elles-mêmes, de façon autonome.

Cependant, un élément que nous avions relevé d'un point de vue macro-social et qui se trouve être confirmé dans notre analyse de terrain, c'est le clivage profond qui divise la société vénézuélienne : les habitants des quartiers pauvres, pourtant la base électorale du Président Chavez, adoptent des positions politiques que nous pouvons définir comme étant très clivées. Nous avons pu ressentir fréquemment cela dans nos conversations : les habitants du quartier étaient très souvent soit de fervents supporters du Président, exprimant même une ferveur quasi-religieuse, soit des opposants extrêmement critiques vis-à-vis de lui, mais d'un

extrémisme confinant souvent à la haine et parfois même à la violence. Selon que nous étions jugé comme faisant partie d'un camp ou d'un autre, nous risquions une altercation avec le camp opposé. Il devenait donc impératif, lors de nos nombreux entretiens, de préciser immédiatement que notre enquête était motivée par des objectifs universitaires et non politiques. De même, ce clivage se retrouve dans l'utilisation qui est faite des conseils communaux : ceux-ci sont très largement investis par des partisans du gouvernement, nous avons pu le vérifier nous-même, ce qui réduit la portée participative et protagonique de cette forme nouvelle d'exercice de la démocratie, étant donné qu'elle ne parvient pas à fédérer l'ensemble de la population dans les mécanismes qu'elle met en place. Ce clivage profond se retrouve donc jusqu'au cœur du fonctionnement interne des dynamiques institutionnelles propres au quartier.

Mais au-delà des relations entre les habitants du quartier, les liens entre les habitants et les institutions politiques existent au Venezuela sous une forme très particulière, à la fois symbolique et concrète : à travers la figure du Président, tout d'abord, omniprésent, adulé autant que détesté, il symbolise ce lien presque charnel entre chaque individu et les plus hautes instances de l'État, mais également à travers les conseils communaux, et notamment le comité finance, qui incarne quant à lui le lien direct entretenu entre la communauté et les instances dirigeantes du pays. Nous confirmons ici que le lien constaté entre les individus et l'État est fort.

Un lien plus ambigu et difficile à caractériser est celui qu'entretiennent les habitants du quartier avec les instances intermédiaires : le système de soins en lui-même, bien entendu, mais également, dans un sens plus large, l'ensemble des administrations qui s'interposent entre les individus et l'État : les corps intermédiaires. Il est impératif de souligner une chose essentielle sur cette question : les missions comme les conseils communaux relèvent tous deux de mécanismes visant à établir un lien direct entre l'État et les communautés, passant par-dessus les institutions intermédiaires du fait de leur haut niveau de corruption et d'inefficacité, historiquement vérifiable. Mais ce mécanisme a eu une double conséquence manifeste que nous effleurions dans le chapitre précédent.

D'une part, une gestion « à vue » des problèmes que rencontrent les citoyens. C'est à dire que le Venezuela se trouve, du fait de son architecture institutionnelle, dans une situation de gestion d'urgence permanente car en l'absence (ou quasi absence) de pouvoirs intermédiaires

fiables, l'essentiel de la maîtrise de la politique économique se trouve dans ce lien direct entre les communautés et l'État. C'est du moins ce vers quoi tend actuellement la trajectoire institutionnelle du pays. Or, la capacité de recul des communautés, même « organisées », semble inférieure à des instances étatiques intermédiaires, ne fut-ce que du point de vue de la cohérence systémique des décisions prises. Par exemple, la question délicate de la gestion des ordures ménagères, très d'actualité dans les quartiers de Caracas au moment de notre enquête et largement débattue au sein des assemblées communales auxquelles nous avons pu discrètement assister, nécessite une norme collectivement acceptée et appliquée. C'est l'exemple typique du cas où l'institutionnalisation par le bas rencontre une impasse du fait des lacunes du système vénézuélien à synthétiser la multiplicité des normes communales. Par conséquent, ce décalage entre l'idéologie, qui voudrait que les individus aient une capacité à s'organiser politiquement et à trouver une issue collective aux problèmes communs, et la contrainte de réalité, c'est à dire tous les freins rencontrés au cours des multiples médiations humaines dans l'atteinte d'un objectif, aboutit, au final et dans ce cas très précis, à l'amoncellement des déchets dans les bidonvilles de Caracas - du moins à Magallanes de Catia, que nous avons étudié de très près, mais nous avons pu observer ce phénomène un peu partout dans les bidonvilles de Caracas - augmentant considérablement les risques pour la santé et contribuant à mettre en échec les efforts immenses déployés par ailleurs dans la médecine préventive.

Cet « éternel retour du concret » - pour reprendre l'expression de Lénine - entre l'espoir soulevé par l'idéologie et la *praxis* sociale réelle, peut être analysé dans le cas du Venezuela d'une façon assez spécifique. En effet, la direction prise par le gouvernement vénézuélien est un processus voué à être long, voire très long. Il est clair qu'une tâche immense a été entreprise dans ce pays : la responsabilisation d'un être collectif, la formation politique des individus, la construction d'un modèle de société unique centré sur les besoins des communautés, exprimés et réalisés par elles-mêmes. Dans l'état actuel d'avancement du processus politique, vieux de « seulement » douze ans, sans qu'encore les communautés puissent réellement interagir entre elles de façon institutionnalisée et codifiée, dans cette situation à mi-chemin entre une démocratie parlementaire traditionnelle et cette volonté de construire une démocratie participative, dans cette situation plus qu'ambivalente, la société vénézuélienne se trouve être au « milieu du gué ». Si l'on prend en compte cela, c'est à dire le fait que le processus de transformation des fondations institutionnelles du Venezuela est loin d'être achevé, dans sa réalisation, bien sûr, mais nous ajoutons que dans sa conception même,

le processus n'est pas abouti puisqu'il est par définition une construction unique, alors nous comprenons que face à la Colombie, le Venezuela souffre d'un désavantage absolu très important. Il est compréhensible que face à la Colombie qui a engagé une réforme connue et reconnue, inspirée très largement du modèle assurantiel américain, ne remettant pas fondamentalement en cause l'héritage institutionnel néocolonial, se contentant de déplacer le centre de gravité du système de santé vers des entités privées à la logique depuis longtemps identifiée, la maximisation du profit, face à cette réforme colombienne stabilisée puisqu'elle emprunte des chemins déjà défrichés par d'autres, il est logique que le Venezuela, qui met en œuvre une réforme beaucoup plus profonde, à horizon temporel incertain, rencontre une inefficacité organisationnelle supérieure qui vient, de surcroît, s'ajouter à une désorganisation institutionnelle chronique commune, à des degrés divers, aux sociétés en sous-développement.

Nous dirions donc que la dynamique institutionnelle vénézuélienne est inachevée, tant dans sa trajectoire que dans sa conceptualisation, étant donné sa nature « novatrice » relativement au processus colombien, et que cela produit un dérèglement structurel de la circulation des règles entre les sphères institutionnelles : en quelque sorte un « court-circuitage » des canaux classiques de transmission des règles, qui jusque là suivaient le circuit classique, État / institutions intermédiaires / individus, et dont le système de santé vénézuélien a, pour l'heure, du mal à s'accommoder.

Le système de santé colombien trace, quant à lui, une trajectoire plus claire et mieux connue que le système de santé vénézuélien, y compris dans les quartiers pauvres. Du point de vue du lien institutionnel que nous avons observé *in situ* unissant les individus entre eux, il diffère assez fortement du lien unissant les habitants du quartier pauvre vénézuélien, quoique conservant une base commune : la très forte solidarité de voisinage, l'entraide comme ligne de vie essentielle pour survivre. Cependant, ce lien n'a pas le sens politique qu'il acquiert au Venezuela : les individus sont soudés mais ne sont pas mus par un idéal commun. C'est une très forte conclusion qui ressort de la comparaison de nos conversations et nos liens établis dans les deux quartiers. Nous le disions, en Colombie, il est très difficile et dangereux de parler de politique dans la rue, donc les gens n'en parlent pas et, de ce fait, semblent perdre toute volonté de réalisation commune. L'impression la plus frappante pour l'observateur extérieur est celle d'un quartier très pauvre où règne un fatalisme, une résignation, comme pluriséculaire. Pourtant, nous savions qu'il n'en a pas toujours été ainsi, que des groupuscules

politiques frappèrent et frappent encore, de façon souterraine, la société colombienne. Mais ces frémissements politiques lointains n'ont pas l'impact sur les consciences qu'a le processus politique vénézuélien sur sa population qui, bien qu'étant fortement divisée, est engagée dans son ensemble dans le débat sur l'avenir du Venezuela, sur la direction que doit prendre le système de santé vénézuélien, entre autre organisation nationale. À Potosi, bien loin de cette « germination » politique, les représentants de chaque pâté de maison se réunissent chaque samedi, à 14 heures, dans la petite école communale, pour parler de leurs problèmes, mais sans moyens financiers. Il s'agit surtout de donner des impulsions à l'entraide communautaire, à résoudre des problèmes de voisinage, mais l'appui des instances politiques est nul. Elles seraient même hostiles à ces réunions, selon le témoignage du professeur Leonidas, directeur de l'école communale.

De ce fait, le lien tissé entre les habitants et l'État en matière de santé est un lien très distendu. Nous pourrions qualifier cette relation de « désintérêt réciproque » : l'avis des habitants n'est pas une priorité pour l'État, tout comme les décisions de l'État semblent lointaines et ne pas concerner le quartier.

Le contact avec la santé se fait, en Colombie, au travers des assureurs. C'est là que la connexion se réalise entre une population aux besoins en santé souvent très spécifiques du fait de ses conditions de vie plus difficiles que la classe moyenne colombienne, et un système de santé fondé sur le principe d'efficacité comme moteur de sa propre dynamique. Et dans leur choix censé être rationnel, pratiquement calculatoire, nous observons qu'il se fonde en réalité sur une perception collective, diffuse et très imprécise, des avantages et inconvénients de chaque assureur. La théorie ne rejoint que très partiellement la *praxis* sociale : l'information n'est pas détenue parfaitement par les individus, leur choix ne se fonde pas sur un calcul coût-avantage, leurs décisions ne sont pas forcément rationnelles. Pour démontrer cela, nul besoin de mobiliser nos données de terrain - bien que nous tenterons de le faire dans la prochaine partie afin d'appuyer notre propos - il suffit de dialoguer avec les habitants de Potosi, par exemple, et constater le fait que les habitants ne connaissent pas l'ensemble de l'offre d'assureurs en santé, ne savent pas lesquels sont publics ou privés, ne connaissent pas le montant de leur UPC (subsides à la demande) et, pour une part non négligeable, ne connaissent pas leurs droits en matière de couverture santé, chose très rare au Venezuela étant donné l'ampleur du débat national sur ces questions éminemment politiques.

Simplement, le système colombien est relativement plus fonctionnel que le système vénézuélien de par sa plus grande application à travers le monde et la plus ample connaissance du comportement des acteurs qu'il met en œuvre. Il semble en effet que le schisme institutionnel séparant les deux systèmes se trouve bien là. Si le centre de gravité institutionnel du système de santé colombien se constitue des assureurs en santé, ce centre a pour objectif de maximiser son profit, comportement connu, pouvant être assez bien anticipé et régulé par les instances politiques. Du moins, les mécanismes pour réguler un marché de la santé existent et, quelle que soit l'analyse qui peut être faite sur leur conséquence sociale, ce système bénéficie d'une certaine stabilité. Le centre de gravité du système vénézuélien est, quant à lui, double (c'est le couple État / communautés organisées) et met en jeu des comportements beaucoup plus aléatoires et moins explorés tels que, par exemple, la conscience collective, la capacité d'auto-organisation, la cogestion État / société civile. Nous retrouvons bien là une différence principielle qui explique en partie les différences organisationnelles séparant les deux pays en matière de système de santé.

À l'échelle de Potosi, cela veut simplement dire que les habitants n'ont pas de prises réelles sur l'organisation du système de soins dans leur quartier. Ils n'imagineraient d'ailleurs pas un seul instant pouvoir en avoir, cet acte politique se situant au-delà de leur imaginaire collectif, de leur conception de ce que doit être un système de santé. Aussi, immergés dans ce quartier pauvre comme nous l'avons été, nous sentions bien que le système s'imposait à eux via les organes intermédiaires du système de santé, via les assureurs. La « liberté de choix » n'est dans ce contexte qu'un vœu pieux purement théorique.

Toute la question est de savoir comment expliciter au mieux ces dynamiques institutionnelles observées empiriquement. Nous avons fait le choix, pour surmonter cet enjeu important de la thèse, d'analyser « en creux » les synergies institutionnelles relatives à chaque pays en tentant d'analyser, au travers de notre enquête de terrain, les barrières institutionnelles subies par les individus pour accéder aux soins. La construction de notre questionnaire s'est donc articulée naturellement autour de ces deux questions : l'accès aux soins et les barrières institutionnelles.

2. Élaboration d'un questionnaire orienté vers deux questions principales : l'accès et les barrières à l'accès

L'élaboration du questionnaire est un processus très important dans la construction d'une enquête de terrain, il convient donc d'y consacrer une sous-partie à part entière. Il s'agissait, au moyen de ce questionnaire, de répondre à deux questions qui sont les piliers de notre thèse : premièrement, « *quel système de santé donne le meilleur accès aux soins ?* » et, deuxièmement, « *quels types de barrières institutionnelles s'élèvent dans l'une et l'autre des deux architectures ?* ». Voici les deux thèmes que devait aborder le questionnaire, en plus du ciblage socio-économique des individus.

Le questionnaire, qui s'est peu à peu transformé suite à plusieurs essais[35], se compose donc de différents groupes de questions dont nous ferons l'analyse globale puis présenterons la méthode d'utilisation à la fin de la sous-partie. Pour l'heure, analysons les questions en suivant le fil de notre réflexion, face aux réalités du terrain.

Le premier groupe de questions que nous souhaitions poser devait concerner les caractéristiques des individus interrogés, nous avons retenu les cinq questions suivantes :

11) Travaillez-vous ? (Formel, Informel, Non)
12) Vivez-vous en famille, en couple ou seul ?
13) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (18-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60 et plus)
14) Quel niveau d'étude avez-vous atteint ? (primaire, secondaire, bac, technique, universitaire)
15) Etes-vous propriétaire de votre logement ? (Oui, Non)
16) Sexe (homme, femme)

Ce groupe de question permet, par recoupement, de savoir quelle catégorie de la population répond plus ou moins à tel ou tel critère défini dans le questionnaire. Notons que la question de l'âge a dû être modifiée, car nous nous sommes aperçu, lors des premiers entretiens, que les individus ne répondaient pas facilement à cette question. Nous avons, pour cette raison créé cinq catégories. Toutefois, il est apparu très rapidement que ces questions, assez intrusives, ne pouvaient être posées immédiatement, de but en blanc, puisqu'elles

[35] Au total, 80 individus ont été interrogés avant d'aboutir à la version définitive du questionnaire.

nécessitaient d'avoir déjà établi un rapport de confiance entre nous et la personne enquêtée. Ce groupe de question fut donc déplacé à la fin du questionnaire, d'où le fait que la numérotation commence par 11 dans la liste ci-dessus.

Il nous apparaissait donc comme stratégique de débuter chaque entretien par une question ouverte, qui concerne le domaine de la santé mais tout en restant assez générale. Cette question qui tint le rôle de question introductive est la suivante :

1) Comment évaluez-vous votre état de santé entre 1 et 5 (Très mauvais, mauvais, moyen, bon, très bon) ?

Cette question permet d'obtenir un avis évidemment très subjectif, puisqu'un « 3 » pour un individu ne correspond pas forcément à un « 3 » pour un autre individu du même quartier, et à plus forte raison d'un autre pays où les différences culturelles pèsent sur les perceptions individuelles, mais cette information reste importante puisqu'elle permet d'obtenir un score sur l'état de santé perçu de la population interrogée, avec toutes les précautions qu'implique une comparaison entre les pays pour la raison susmentionnée. Notons toutefois que, d'une part, cet indicateur subjectif de l'état de santé est fréquemment utilisé en économie de la santé (Berchet, 2009) car il inclut des paramètres psycho-sociaux comme l'état de santé mentale ou la gravité de la maladie qui ne sont pas pris en compte par les indicateurs « objectifs ». Par ailleurs, certains travaux ont démontré que l'état de santé perçu est un très bon indicateur de la mortalité (Idler et Alii, 1997). Enfin, des études démontrent que malgré les différences culturelles qui séparent différents groupes ethniques, l'état de santé perçu reste un indicateur pertinent : un plus mauvais état de santé déclaré étant toujours associé à une plus grande prévalence de la maladie (Chandola et Alii, 2000 ; Molines et Alii, 2000).

Il nous fallait ensuite tenter d'aborder la question de l'accès aux soins du point de vue de la demande de soins. Après plusieurs tentatives, il nous est apparu que le plus efficace était de diviser cette question en deux, selon qu'il s'agissait d'un cas « grave » ou d'un cas « sans gravité ». Les deux questions sont les suivantes :

2) En cas de maladie grave, consultez-vous un médecin ? (jamais, très rarement, parfois, souvent, toujours).
3) En cas de mal-être général, consultez-vous un médecin par prévention ? (jamais, très rarement, parfois, souvent, toujours).

Bien sûr, se pose le problème de la frontière perçue par les individus entre ce qui est grave et ce qui ne l'est pas mais finalement, cette question a une importance relativement faible étant donné que ce qui est évalué, c'est bien le comportement des individus face à l'offre de soins *depuis leur propre perception de la gravité de la maladie*. Quel que soit l'emplacement du « curseur » dans l'esprit de la personne interrogée entre ce qui est grave et ce qui ne l'est pas, ce qui compte, c'est son comportement final : va-t-elle ou non consulter un médecin. Le critère de gravité permet simplement de créer deux sous-groupes et améliorer l'efficacité de la question lors de l'entretien. Nous assumons cependant ici son caractère subjectif.

Les questions suivantes devaient apporter des précisions à ces deux premières questions en tentant de situer le point d'accès dans chaque système, puis l'arborescence de l'offre de soins lorsque les soins à apporter étaient plus conséquents. Les deux questions sont les suivantes :

4) Lorsque vous êtes légèrement malade, où vous rendez-vous ? Distance de votre domicile ?
5) Lorsque c'est plus grave, où vous dirigez-vous ? Distance de votre domicile ?

La question portant sur la distance au domicile du centre de soins où se rend la personne revêt une certaine importance en ce qui concerne l'accès aux soins d'un point de vue géographique, d'une part, mais également en terme de « cohérence » du système de soins, d'autre part, puisque le fait qu'un individu doive faire une heure de trajet pour se faire soigner alors qu'un centre de soins se situe à cinq minutes à pied nous paraissait être un élément de mesure du niveau d'incohérence d'un système et un point de comparaison entre les deux système facilement mesurable et intéressant.

Viennent ensuite le groupe de questions portant sur les barrières institutionnelles s'interposant entre les individus et un plein accès aux soins. La difficulté était de recueillir un avis des habitants le plus proche possible de la « réalité » : il fallait faire en sorte que les gens se confient ce qui, dans un contexte politique assez tendu au Venezuela et les soupçons qui pesaient sur notre travail (espionnage pour la CIA ou pour la guérilla, selon le camp dans lequel se trouvaient les personnes suspicieuses), n'allait pas de soi. C'est ce que les enquêteurs appellent le « biais militant » (Olivero, 2001) : les habitants répondent non pas en fonction de la réalité qu'ils perçoivent, mais en réaction aux intentions qu'ils ressentent de la part de l'enquêteur. Ce biais joue sur la question de la *représentativité* de l'échantillon, question que nous traitons plus loin. Il fallait donc gagner la confiance des individus dès les

premières questions ou bien, ce qui arriva parfois, l'entretien pouvait avorter[36]. Ces questions étaient les suivantes :

6) Quelles raisons expliquent le fait que vous ne vous rendiez pas au médecin toutes les fois que vous êtes malade ? (je n'ai pas le temps, cela ne me paraît pas nécessaire, je préfère l'automédication, je n'ai pas d'argent, je ne fais pas confiance aux médecins, il y a trop d'attente, autre)
7) Etes-vous affilié à une assurance-santé ? Laquelle?
8) De 1 à 5, comment qualifieriez-vous la qualité des services de santé qui vous sont offerts ?
9) Quels problèmes rencontrez-vous ?
10) Ces problèmes vous dissuadent-ils parfois d'aller vous faire soigner ?

La question sept est une question de ciblage permettant d'évaluer la proportion d'individus affiliés dans les deux groupes de population étudiés, mais les questions six, huit, neuf et dix ont toutes les quatre pour but de cerner la nature des difficultés que rencontrent les personnes interrogées. Nous nous sommes rendu compte, lors des premiers entretiens, qu'il fallait poser la question sous deux angles différents pour espérer obtenir le spectre le plus large possible de réponses : dans un premier temps, il fallait soulever la question des barrières rencontrées du point de vue de l'individu avant d'utiliser les services de soins, c'est à dire, en d'autres termes, sa propension à ne pas utiliser l'offre de soins dont il dispose : c'est ce que nous appelons les « barrières subjectives » et c'est le sens de la question six. Puis, dans un second temps, il fallait évaluer les barrières rencontrées lorsque l'individu utilise l'offre de soins, c'est le sens des questions huit, neuf et dix et, à elles trois, ces questions rassemblent l'information sur ce que nous appelons les « barrières objectives ». Soulignons le fait que, dans un premier temps, nous avons tenté de laisser les personnes interrogées répondre librement à la question six mais il est rapidement apparu que, sans suggestion de notre part, les individus ne répondaient rien pour presque 90% d'entre eux, par crainte probablement de déclarer des opinions négatives face à des interrogateurs encore mal identifiés. Les propositions de réponse que nous avons ajoutées ensuite reprennent donc les réponses les plus fréquentes rencontrées lors des premiers entretiens, elles étaient complétées lorsque la réponse était différente de ces propositions. Globalement et pour toutes les questions ouvertes, les commentaires supplémentaires étaient notés.

Nous avons donc un questionnaire (*Cf.* Annexe 4 : un exemple de feuillet du questionnaire) qui, d'un point de vue global, est découpé en trois grands groupes de questions : 1) l'accès, 2)

[36] L'entretien n'était pas mené à son terme dans un cas sur dix, environ.

les barrières à l'accès et 3) le ciblage socio-économique des individus. Toute la difficulté est de savoir comment utiliser ce questionnaire, selon quelle méthode, qui et combien de personnes interroger.

D'un point de vue statistique, le choix de la méthode d'enquête était limité : il s'agissait de choisir le quartier selon nos critères spécifiés précédemment, puis, étant donné que nous ne disposions pas de liste exhaustive des habitants du quartier, laquelle nous aurait permis d'utiliser une méthode probabiliste, c'est à dire obtenir un hasard pur dans le choix de l'échantillon, nous avons dû nous orienter vers une méthode d'échantillonnage non-probabiliste sur place et par quotas. Ce qui signifie qu'à mesure que l'enquête avançait, nous devions ajuster notre échantillon sur la base d'un quota prédéfini, en l'occurrence le genre des individus. Ce qui impliquait de connaître la proportion nationale d'hommes et de femmes et tenter de rendre l'échantillon le plus représentatif possible selon ce critère, ce qui fut moins facile qu'il n'y paraissait théoriquement.

D'autre part, concernant la question de la taille de l'échantillon, nous avons choisi d'interroger 500 individus à Magallanes de Catia et 500 individus à Potosi, ce qui représente une proportion aux alentours de 5% de la population vivant dans chaque quartier, qui est d'environ 10.000 habitants, comme nous l'avons déjà vu précédemment. Il n'y a pas vraiment de règles statistique en la matière : au-delà d'un seuil minimal, qui est de 30 individus, la représentativité de l'échantillon est simplement croissante avec le nombre de personnes interrogés. Il est en effet nécessaire de découpler la question de la *représentativité* de la question de la *taille* de l'échantillon (Olivero, 2001). Notre choix de 500 individus pour chaque quartier est donc la conséquence de nos possibilités techniques et temporelles, la clé de la représentativité de l'échantillon se situant dans la méthode utilisée pour recueillir les données.

La méthode choisie est celle d'une étude qualitative fondée sur un modèle d'entretiens individuels directifs basé sur le questionnaire que nous venons de décrire. Très concrètement, une fois le terrain exploré, la communauté rencontrée, nous nous positionnions chaque matin au centre géographique du quartier qui correspondait par chance à un point de passage dans les deux terrains puis, à partir de ce point, nous évoluions aléatoirement sur l'ensemble du périmètre du quartier, interrogeant les habitants au hasard de nos rencontres durant toute la journée. Notons le fait que nous ne pouvions, pour des raisons de sécurité, enquêter au-delà de

16h-17h car, la nuit tombant très vite en Amérique du sud (aux alentours de 18h30 en fin d'année), notre sécurité devenait de plus en plus compromise à mesure que l'heure avançait. La phase des entretiens, c'est à dire la collecte des données en elle-même, a duré environ un mois et demi dans chaque pays.

Pour conclure cette section, nous voulons souligner le fait que la préparation et l'exécution de notre enquête a dû prendre en compte en permanence les réalités du terrain et que, bien que nous soyons partis dans cette investigation avec un grand nombre d'idées en tête, avec beaucoup de schémas préconçus, nous avons été contraints de nous adapter, quitte à modifier la ligne directrice de l'enquête en cours de route. Voici donc les résultats de cette enquête.

Section 2 : Résultats de l'enquête de terrain : traitement quantitatif des données

Les résultats qui peuvent être tirés de cette enquête sont essentiellement des résultats descriptifs étant donné la nature principalement *qualitative* des variables analysées. L'outil que nous utiliserons pour ce travail est le logiciel R qui est un logiciel libre disposant de fonctionnalités très poussées en matière de traitement statistique (Lafaye de Micheaux et Alii, 2010 ; Lyazrhi, 2005 ; Bessonneau, 2009). Cette partie nous est donc également utile dans la mesure où elle nous permet de nous familiariser avec le traitement quantitatif des données sur une plate forme très performante. Notons que les lignes de commandes et la totalité des résultats statistiques ne seront pas inclus dans le corps du texte afin de ne pas en alourdir la lecture et qu'elles seront toutes consultables en annexe. Enfin, l'ensemble des données sont disponibles sous forme de tableau dans l'Annexe 10 à la page 346.

Rappelons que l'objectif de cette enquête de terrain est d'apporter un soutien empirique à notre hypothèse théorique principale à savoir que le Venezuela aurait un plus grand accès aux soins que la Colombie mais que cet accès est limité par un défaut institutionnel structurel plus important au Venezuela qu'en Colombie, rendant les résultats finaux en matière d'accès aux soins très proches dans les deux pays, d'une part, et impliquant, d'autre part, des conséquences en terme de « soutenabilité institutionnelle », concept sur lequel aboutira, en dernière instance, cette thèse lors du recadrage macro-institutionnel que nécessitera son achèvement. Ainsi, c'est cette première hypothèse que nous allons tester dans cette deuxième section. Pour cela, ce travail de statistique descriptive se divisera en deux grandes sous-sections complémentaires. La première sous-section portera sur toutes les mesures comparatives en matière d'accès aux soins. La deuxième section, quant à elle, prolongera l'investigation en analysant plus en profondeur la question des barrières à l'accès aux soins, c'est à dire l'étude, en creux, des synergies institutionnelles dans les deux quartiers.

Il est important de souligner d'ores et déjà que ces résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble du pays. Ils apportent un éclairage utile sur le fonctionnement du système de santé, du point de vue de la demande de soins, dans les quartiers de Magallanes de Catia au Venezuela et de Potosi en Colombie, à la date de fin de l'enquête de terrain, c'est à dire

janvier 2011. Ces deux quartiers ont été choisis car des similarités importantes entre eux permettent de comparer leurs résultats spécifiques, avec toutes les précautions d'usages que requiert un tel exercice.

A. L'accès aux soins : mesures statistiques issues de l'enquête

Nous avons analysé précédemment l'accès aux soins du point de vue de l'offre de soins, c'est à dire, très concrètement, l'organisation, la densité et les modalités d'accès aux services de santé dans les deux quartiers de notre étude. Nous avons pu constater que globalement, l'offre de soins est plus dense dans le quartier pauvre vénézuélien et ce, sur plusieurs plans : à la fois géographiquement – ou plutôt numériquement – qu'en terme de disponibilité et de pénétration sociale des médecins au sein des communautés. Nous avons bien vu également, dans le chapitre précédent, à quel point, au Venezuela, les communautés organisées étaient impliquées dans le processus d'ancrage du système de soins dans le quartier – ce que nous appelons « le processus d'institutionnalisation de la santé » – et que nous avons confirmé dans la section 1 de ce chapitre, lors de la description des quartiers. Cependant, il est un point fondamental sans lequel ces assertions ont peu de sens : c'est de connaître, comprendre, mesurer si c'est possible le point de vue de la demande de soins sur son accès aux soins. De cette façon nous aurons une vision globale de l'impact des institutions de chaque pays sur les individus les plus pauvres, dans le domaine de la santé. Pour cela, nous procèderons en deux étapes : nous caractériserons dans un premier temps les différentes caractéristiques des échantillons recueillis sur le terrain ainsi qu'une variable, à savoir la « vulnérabilité socio-économique », qui nous servira, dans un second temps, à analyser de façon la plus fine possible l'accès aux soins.

1. Caractérisation des échantillons puis construction d'une variable spécifique aux échantillons analysés

La première chose que nous devons faire est une comparaison simple des principales variables afin de déterminer si des pondérations *ex post* à l'enquête devront être réalisées.

Voici un tableau exhaustif des données de ciblage[37] que nous avons récoltées (*Cf.* Tableau 3.2 : Les caractéristiques de base des deux échantillons).

[37] Par « données de ciblage », nous entendons les données permettant d'identifier les individus selon les caractéristiques mises en exergue par les questions 11 à 16.

Tableau 3.2 : Les caractéristiques de base des deux échantillons		
Données de ciblage	**Magallanes de Catia** Venezuela	**Potosi** Colombie
Sexe		
% Hommes	49,2 %	49,1 %
% Femmes	50,8 %	50,9 %
Logement		
% Propriétaires	66,4 %	59,2 %
% Locataires	32,8 %	40,4 %
Travail		
% Emplois informels	20,0 %	36,0 %
% Emplois formels	40,0 %	19,4 %
% Sans emploi	35,0 %	43,0 %
Situation familiale		
% Seuls	10,8 %	25,2 %
% En couple	15,4 %	15,6 %
% En famille	73,6 %	59,0 %
Niveau d'éducation		
% Primaire	26,0 %	45,8 %
% Secondaire	47,6 %	28,2 %
% Bac	21,2 %	19,6 %
% Technique	3,8 %	6,2 %
% Universitaire	0,8 %	0,2 %
Tranches d'âge		
18-29	31,2 %	22,4 %
30-39	16,4 %	21,2 %
40-49	21,8 %	19,0 %
50-59	15,4 %	20,8 %
60-69	14,4 %	16,6 %

Source : tableau réalisé par l'auteur à partir des données de l'enquête de terrain (2011)

Ce premier passage en revue des données comparatives de base permet de tirer plusieurs conclusions.

Premièrement, concernant les données individuelles, c'est à dire les trois critères propres à chaque individu : sexe, niveau d'éducation et tranche d'âge, nous remarquons une certaine homogénéité dans les caractéristiques des personnes consultées, toutes proportions gardées. En effet, notre indicateur qui nous servait de « quotas-cible », à savoir la catégorie « sexe », a pu être globalement tenu, les indicateurs nationaux[38] étant assez proches des chiffres atteints lors de l'échantillonnage. Par ailleurs, les niveaux d'éducation sont assez convergents sauf pour les deux niveaux les plus bas, à savoir le primaire et le secondaire, pour lesquels nous observons des taux inversés entre les deux pays. Cette inversion est en faveur du Venezuela où une part importante de la population interrogée, précisément 47,6%, dispose du niveau d'étude secondaire alors que dans l'échantillon colombien, ils ne sont que 28,2% dans ce cas. Ceci est explicable par le fait qu'au Venezuela, plusieurs missions sociales essaient, depuis ces dernières années, de réinsérer les adultes dans un parcours d'études adapté, leur permettant d'apprendre à lire et à écrire. Du reste, 25% des deux échantillons disposent d'un niveau d'étude égal ou supérieur au Bac (ou du moins son équivalent local). Enfin, concernant la répartition des individus par tranches d'âges, nous observons là encore une légère différence entre nos deux échantillons puisque nous obtenons une population globalement plus jeune dans notre échantillon vénézuélien avec une proportion de 31,2% de la population située dans la tranche 18-29 ans, contre 22,4% dans notre échantillon colombien, soit environ 10 points de moins qu'à Magallanes de Catia.

Quoi qu'il en soit, ces variations prévisibles ne pouvaient en aucun cas être contrôlées par nous et relèvent des aléas tolérables propres à une enquête de terrain. Par ailleurs, nos deux échantillons se caractérisent également par des caractéristiques que nous qualifierons de « sociales » ou « contextuelles » puisqu'elles concernent le logement, le travail et la situation familiale des individus que nous avons interrogés. Sur ce plan, nous notons une différence notable puisque la proportion de personnes propriétaires est plus importante dans notre échantillon vénézuélien que dans notre échantillon colombien (66,4% contre 59,2%). Pour expliquer le taux élevé de « propriétaires », précisons que ce terme s'applique à des biens immobiliers très précaires : maisons construites par les habitants eux-mêmes, généralement sans permis de construire et, par conséquent, sans suivre aucune norme de sécurité élémentaire. Les habitants sont ainsi généralement propriétaires *de facto*, plus que *de jure*.

[38] Selon les données rendues disponibles par les Nations Unies (2006), en Colombie la proportion hommes-femmes serait d'environ 50,76% de femmes et 49,23% d'hommes. Au Venezuela, la proportion nationale serait d'approximativement 49,74% de femmes et 50,25% d'hommes (UNPD World Population 2006)

Par ailleurs, les proportions d'emplois formels et informels sont inversées : 19,4% d'emplois formels dans l'échantillon colombien contre 40% dans le vénézuélien, et inversement. Nous ne saurions expliquer cette différence notable dans la structure des emplois dans ces deux quartiers pauvres, mais cet indice tendrait à montrer que la population du quartier vénézuélien est relativement moins vulnérable que celle du quartier colombien, bien que la distance séparant le salaire perçu par un emploi formel et un emploi informel ne soit pas si grande. En effet, selon les informations recueillies sur le terrain, les individus travaillant dans le secteur informel peuvent – sans pour autant que ce soit la règle – gagner autant qu'un travailleur du secteur formel percevant un salaire minimum. Toutefois, reste la proportion d'individus sans emploi qui est supérieure dans l'échantillon colombien (43%) par rapport au vénézuélien (35%). Nous pouvons donc énoncer le fait que, bien qu'il faille tempérer l'écart supposé entre le secteur formel et informel, ce que nous venons de faire, la comparaison des deux échantillons montre une situation sociale légèrement plus favorable pour la population de l'échantillon vénézuélien. Voyons si cela se confirme dans le troisième critère contextuel.

L'analyse du contexte familial montre en effet que les individus de l'échantillon colombien sont globalement insérés dans une structure familiale plus fragile. Cette différence s'exprime principalement entre les individus vivant seuls et les individus vivant en famille : en Colombie, 25,2% d'entre eux vivent seuls, contre seulement 10,8% dans l'échantillon vénézuélien. Cette différence se répercute intégralement sur les structures familiales lesquelles connaissent les mêmes différences symétriques, le pourcentage de couples étant le même pour les deux échantillons.

Donc, globalement, la comparaison des données de ciblage de nos deux échantillons montre que les personnes interrogées en Colombie vivent dans un contexte social relativement moins favorable que ceux interrogés au Venezuela. Que ce soit sur le plan individuel, où l'homogénéité relative des deux échantillons est pondérée par une population plus jeune et légèrement plus diplômée au Venezuela, que sur le plan contextuel où la population de l'échantillon vénézuélien évolue dans un contexte un peu plus stable, nous observons que ces différences sont suffisamment marquées pour être d'origine structurelle et non statistique : la population du quartier pauvre vénézuélien que nous avons choisi est légèrement moins vulnérable que celle du quartier pauvre colombien. De ce fait, afin d'améliorer la finesse de l'analyse, nous devons maintenant classer les individus selon une variable de « vulnérabilité

socio-économique » que nous allons élaborer en nous inspirant d'indicateurs construits dans d'autres études portant également sur les questions d'accès aux soins des personnes dans une situation de pauvreté (*Cf*. Encadré 5 : Un indicateur de vulnérabilité en santé : le score EPICES).

Encadré 5 : Un indicateur de vulnérabilité en santé : le score EPICES

Un certain nombre d'indicateurs ont été construits afin de cibler les personnes les plus vulnérables d'une population donnée. Ce besoin de précision dans le ciblage des individus s'explique par la nécessité pour les gouvernements ou les entités privées d'accroître l'efficacité des programmes d'assistance dans des situations bien déterminées : par exemple, pour prévenir les risques financiers (FMI, 2003), les risques liés à la sécurité urbaine (INSP, 2007) ou encore les désastres environnementaux (ATSDR, 2007). La multiplicité des indicateurs nous permet d'appréhender la structure globale des indicateurs et les différentes stratégies de collecte des informations.

Mais dans le domaine de la santé, le score EPICES (Labbe et Alii, 2007) est l'un de ceux qui se rapprochent le plus de nos propres objectifs. Construit dans le but de dépasser les indicateurs basés simplement sur la situation par rapport à l'emploi, ce score a pour but de différencier les individus en termes d'inégalités de santé, de risques de santé accrus et d'un moindre accès aux soins. Appliqué à une population de près de 200.000 individus, ce qui confère à l'indicateur une puissance statistique très importante, le questionnaire de 11 questions binaires (oui/non) du score EPICES embrasse un spectre très large de questions liées à la précarité en santé, appréhendée en termes « physique, mental et social » (suivant la définition large du préambule à la constitution de l'OMS), comme par exemple : « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec les membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?». De ce fait, le score EPICES est considéré comme un indicateur de « santé sociale », à l'inverse de l' autre indicateur existant : PASS (Pascal et Alii, 2004, 2005), axé essentiellement sur la dimension matérielle de l'accès aux soins.
De ce questionnaire du score EPICES, nous avons pu retenir trois questions (sans compter les questions basiques de ciblage, âge, sexe, niveau d'étude, etc.) qui s'adaptaient parfaitement au contexte de notre étude et qui permettaient d'identifier avec pertinence une situation de précarité dans le contexte des bidonvilles latino-américains.

- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
- Vivez-vous en couple ?
- Êtes-vous propriétaire de votre logement ?

Une fois l'auto-questionnaire rempli (nous choisirons la formule des entretiens en face à face, plus contrôlable), les personnes interrogées se prêtent à un examen complet de santé, bilan sanguin et examens para-cliniques, qui permettent d'obtenir une très grande précision dans les données recueillies par le score EPICES. Ensuite, pour l'analyse des données, les individus sont regroupés en deux catégories : les « précaires EPICES » (quintiles 4 et 5) et les « non-précaires EPICES » (quintiles 1 à 3). Nous nous inspirerons de cette méthodologie pour la création de la variable « vulnérabilité socio-économique » mais en faisant le choix de ne pas regrouper les cinq catégories afin d'obtenir une plus grande progressivité dans nos résultats.

Enfin, les données obtenues sont comparées à la base de données des personnes prises en charge par les centres de santé, permettant ainsi de confronter les deux approches de la précarité (administrative/EPICES), décelant une population dite « discordante » qui présente des caractéristiques socio-économiques, d'accès aux soins et de santé défavorables mais qui ne figurent pas dans les cibles prioritaires des centres de santé.

Pour cela, nous devons réaliser un classement des individus par « niveau social » afin de déterminer, au sein de cet échantillon, les personnes les plus démunies, frappées d'extrême

pauvreté, des personnes pauvres mais conservant quelques moyens de subsistance, comme par exemple un emploi formel, une famille sur laquelle s'appuyer, etc. En effet, nous avons constaté qu'au sein des quartiers, si la pauvreté est généralisée, elle ne frappe pas avec la même intensité l'ensemble des individus, lesquels, par conséquent, ne sont pas uniformément confrontés aux problématiques d'accès à la santé. Il était donc impératif, afin d'avoir une vision beaucoup plus fine de la situation dans ces quartiers, de maîtriser cette variable que nous appellerons « vulnérabilité socio-économique ».

Pour y parvenir, nous procédons de la façon suivante : dans les cinq questions de ciblage des individus, à savoir les questions 11, 12, 13, 14 et 15, il est nécessaire de comprendre qu'il s'agit, sur le plan socio-économique, de variables qualitatives ordinales, c'est à dire qu'elles peuvent faire l'objet d'un tri croissant ou décroissant, en d'autres termes d'un classement.

À la question 11, « *Travaillez-vous ?* », les quatre réponses possibles sont « Formel », « Informel[39] », « Non » et « Retraité ». Il est ici très clair que ces quatre réponses peuvent être classées : « Non », c'est à dire être sans aucun emploi, est une situation plus précaire que la situation caractérisée par les réponses « Informel » et « Retraité », lesquelles décrivent une situation plus précaire que la réponse « Formel ». Nous pouvons donc établir, pour le critère travail, que la réponse « Non » est un critère de vulnérabilité socio-économique.

À la question 12, « *Vivez-vous en famille, en couple, ou seul ?* », il est également possible de réaliser un classement : « vivre seul » est un gage de plus grande fragilité sociale lorsque des problèmes de santé surviennent, c'est une situation moins favorable que « vivre en couple » qui est elle-même une situation moins favorable que « vivre en famille », où un ensemble de canaux d'entraide peuvent plus facilement être activés. C'est ce que démontrent ces sociétés latino-américaines où, traditionnellement et pour mieux faire face à la pauvreté, plusieurs générations d'une même famille peuvent vivre sous un même toit, les plus jeunes aidant les plus âgés. Donc, plus on s'écarte de cet archétype du noyau familial soudé, plus on se rapproche d'une situation précaire. Ainsi, nous pouvons établir que « vivre seul » est un critère de vulnérabilité socio-économique.

[39] Le caractère informel de l'emploi est simplement déterminé, dans cette enquête, par l'absence d'un contrat de travail. Il s'agit par exemple du travail au noir, de l'économie familiale ou conviviale.

À la question 13, « *Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?* », cinq segments de réponse sont possibles : 18-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60 et plus. Il est ici évident que se situer dans le segment « 60 et plus » est la promesse d'une plus forte exposition aux problèmes de santé. Cette réponse est donc un critère de vulnérabilité socio-économique.

À la question 14, « *Quel niveau d'étude avez-vous atteint ?* », cinq réponses sont possibles : primaire, secondaire, bac, technique et universitaire. Ici, nous établissons l'hypothèse suivant laquelle disposer de peu de diplômes augmente la probabilité de se retrouver en difficulté d'un point de vue économico-social. Autrement dit, la réponse « primaire » est un critère de vulnérabilité socio-économique.

À la question 15, « Êtes-vous propriétaire de votre logement ? », il semble clair que la réponse « non » est un signal de plus grande précarité socio-économique que la réponse « oui ». Cette réponse « non » constitue donc un critère de vulnérabilité socio-économique.

Concernant la question 16, à savoir le fait que la personne est un homme ou une femme, nous avons pensé un moment pondérer la réponse « femme » de sorte qu'elle soit également un critère de vulnérabilité socio-économique. Il est vrai que nous avons observé, sur le terrain, le fait que bien souvent, dans ces sociétés latino-américaines très matriarcales, et à plus forte raison dans ces quartiers très pauvres, les femmes ont, en plus de leur propre situation déjà compliquée à gérer, à faire face pour leurs enfants et souvent leur foyer, quand les hommes, dans ces situations extrêmes, peuvent échapper plus facilement à ces contraintes. Dans ce contexte très spécifique, il nous semblait important de souligner le fait que la maladie, pour une mère de famille très pauvre, a un plus grand impact sur l'économie familiale que celle d'un homme. Mais devant cette hypothèse très forte, qui émanait au départ d'une simple intuition et non d'une analyse poussée du sujet, nous avons préféré considérer la réponse « homme » et « femme » à égalité. Ce choix étant encouragé également par un argument « technique » : en considérant le fait d'être une femme comme étant un critère de vulnérabilité, nous aurions obtenu, au dernier niveau de vulnérabilité (qui aurait été alors le niveau « 6 »), uniquement des femmes puisqu'elles seraient les seules à pouvoir cumuler tous les critères de vulnérabilité socio-économique. Nous avons considéré que cette hypothèse, bien que très intéressante, pouvait fragiliser la construction théorique globale.

Nous avons donc, pour les six questions de ciblages, cinq réponses correspondant chacune à un critère de vulnérabilité socio-économique. En substance, ces critères sont les suivants : « seul », « sans travail », « 60 ans et plus », « école primaire » et « locataire ». La variable « vulnérabilité socio-économique » que nous sommes en train de construire se comporte donc de la façon suivante : une personne qui ne répond à aucun de ces critères de vulnérabilité est classée dans la catégorie « 0 » ; une personne qui répond à un seul de ces critères de vulnérabilité est classée dans la catégorie « 1 », et ainsi de suite jusqu'à ceux qui répondent aux cinq critères de vulnérabilité et sont donc classés dans la catégorie « 5 ». Ainsi, par exemple, une personne âgée de 65 ans, vivant seule, n'ayant pas fait d'études, ne travaillant pas et n'étant pas propriétaire de son logement est classée dans la catégorie « 5 », elle est identifiée comme étant économiquement plus vulnérable qu'une personne étant classée de niveau « 1 ».

Ce procédé nous permet de maitriser une variable qui nous sera très utile dans la suite de l'étude pour affiner nos comparaisons et nos résultats. Voici la répartition des individus par catégories et par pays, selon la variable « *vulnérabilité socio-économique* » (*Cf*. Tableau 3.3 : Répartition de la variable vulnérabilité socio-économique pour les deux quartiers).

Tableau 3.3 : Répartition de la variable vulnérabilité socio-économique pour les deux quartiers

Vulnérabilité socio-économique	0	1	2	3	4	5
Potosi Colombie	13 %	34 %	29,4 %	17,2 %	5,4 %	1 %
Magallanes de Catia Venezuela	24,6 %	41,6 %	25,6 %	6,8 %	1,2 %	0,2 %

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Ce tableau nous permet de décrire avec précision la « composition sociale » des deux quartiers pauvres que nous avons choisis pour notre enquête. Nous observons que nos deux échantillons ont une structuration sociale légèrement différente, ce qui est acceptable dans la mesure ou l'écart n'est pas trop important : l'échantillon du quartier vénézuélien s'avère être légèrement moins vulnérable socio-économiquement que celui du quartier colombien. En effet, les valeurs « 0 » et «1 » de la variable « vulnérabilité » sont davantage représentées au Venezuela (66,2% du total de l'échantillon) qu'en Colombie (47% du total) ce qui implique

une légère sous-représentation de cette catégorie moins vulnérable en Colombie par rapport au Venezuela. Soulignons, à l'appui de ce constat, que la moyenne de cette variable « vulnérabilité socio-économique » est de 1,71 pour Potosi et de 1,19 pour Magallanes de Catia. Ce constat statistique confirme une impression ressentie sur le terrain où, effectivement, le quartier colombien semblait légèrement moins dynamique économiquement, globalement moins animé que le quartier vénézuélien et où la pauvreté semblait plus « pesante » pour les habitants. Peut-être était-ce la conséquence d'une période de l'année plus froide, où les gens sortaient moins, mais en tout état de cause, ces deux quartiers que nous avions choisi sur des critères similaires donnaient cette impression, corroborée ici par les chiffres.

Cette variable que nous venons de créer constitue pour nous un outil indispensable dans notre analyse comparative dans la mesure où, bien que nous nous trouvions dans un milieu où la pauvreté est extrême, des différences de niveau de vie existent et ont même, si l'on se risque à adopter un raisonnement marginaliste, une plus grande propension marginale à influer sur la qualité de vie générale des individus et donc sur leur santé : quelques « sous » en moins et c'est un repas entier qui se perd, par exemple. Pour cette raison, nous allons maintenant analyser les différentes composantes de l'accès aux soins à l'aune de cette variable de vulnérabilité socio-économique – mais pas seulement - variable qui nous paraît donc d'autant plus importante que nous nous trouvons dans ce contexte très particulier.
`

2. Analyse comparative approfondie des composantes de l'accès aux soins pour les deux échantillons, à l'aide de la variable « vulnérabilité socio-économique »

Avant d'étudier avec précision l'accès, il y a une première variable que nous devons analyser et qui émane directement du questionnaire : « l'état de santé perçu » des personnes interrogées[40]. Cette variable, totalement subjective par essence, doit certes être traitée avec précaution mais a l'avantage d'être riche d'enseignements. Le tableau suivant (*Cf.* Tableau

[40] Question n°1 du questionnaire : « comment vous sentez-vous de 1 à 5 ? » Cette question, de par sa simplicité et l'entrain qu'elle donnait à l'entretien qui allait suivre, s'est imposée en première position comme introduction à la série de questions.

3.4 : État de santé perçu des individus : proportions par niveau de santé et par quartier puis moyenne par quartier)

Tableau 3.4 : État de santé perçu des individus : proportions par niveau de santé et par quartier puis moyenne par quartier

	Magallanes de Catia Venezuela	**Potosi** Colombie
5 « Très bien »	46,2 %	33,9 %
4 « Bien »	30,2 %	34,4 %
3 « Moyen »	16,8 %	20,4 %
2 « Mal »	4,0 %	7,2 %
1 « Très mal »	2,8 %	4,2 %
Moyenne état de santé	**4,13**	**3,86**

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Nous remarquons dans ce tableau que l'échantillon du quartier vénézuélien observe un léger écart positif sur l'échantillon colombien concernant cette variable, notamment en ce qui concerne la catégorie « très bien » (c'est à dire : « je me sens en très bonne santé ») : 46,2% des personnes interrogées au Venezuela ont donné la note maximale contre 33,9% en Colombie. Dans cette étude, les vénézuéliens, suivant leur propre subjectivité qui n'est pas forcément la même que celle des colombiens (un « 5 » pour un vénézuélien correspond-il à un « 5 » pour un colombien ?), se sentent en meilleure santé que les colombiens, de peu mais la différence reste perceptible.

La question que l'on peut légitimement se poser est de savoir si cet état de santé perçu varie beaucoup suivant la vulnérabilité socio-économique des individus, et si cette variation diffère d'un pays à l'autre (*Cf.* Tableau 3.5 : double matrice État de santé perçu / vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi). Cet angle d'analyse concernant l'état de santé perçu nous permet ainsi d'avoir une première vision très générale sur le système de santé et l'impression globale qu'il laisse aux patients sur les bénéfices qu'il apporte du point de vue du résultat final : leur santé, tout en sachant, bien entendu, que les déterminants de la santé ne dépendent pas seulement de l'organisation du système de soins.

Tableau 3.5 : Double matrice état de santé perçu / Vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi

	Magallanes de Catia Venezuela						Potosi Colombie					
Vulnéra / ÉtatSan	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1	0,2%	0,6%	1%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%	1%	1,8%	0,6%	1%
2	1,4%	0,8%	1,6%	0%	0,2%	0%	0,8%	2,2%	2,4%	1%	0,8%	0%
3	3,2%	5,2%	5,8%	2,4%	0,2%	0%	1,2%	5,4%	6,6%	5,8%	1%	0%
4	8,6%	13,8%	6,4%	1,4%	0%	0%	5,2%	13,4%	9,2%	4,4%	1,8%	0%
5	11,2%	21,2%	10,8%	2,4%	0,6%	0%	5,6%	12,6%	10,2%	4,2%	1,2%	0%
Moyenne état de santé	**4,18**	**4,3**	**3,95**	**3,73**	**3,5**	**1**	**4,16**	**4,04**	**3,85**	**3,47**	**3,40**	**1**

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

La première chose que nous pouvons souligner ici, c'est une **tendance à la baisse de la moyenne de l'état de santé perçu avec l'augmentation du niveau de vulnérabilité socio-économique**. Cependant, il convient de préciser ici que cette tendance que nous observons, étant donné la nature qualitative ordinale des variables, ne peut être définie comme étant un lien de corrélation liant les deux variables. En effet, le nuage de points représenté par les réponses des individus dans les deux quartiers étant trop dispersé, la mesure de la qualité des estimations de l'équation de régression donne lieu à deux coefficients de détermination (R2) beaucoup trop petits, égaux à 0,0287 pour l'échantillon vénézuélien et à 0,05386 pour l'échantillon colombien (*Cf.* Annexe 5 : Coefficients de détermination entre san et vulnera, à Magallanes de Catia et à Potosi). Toutefois, la tendance que nous observons est significative puisque la moyenne conditionnelle par tranche, calculée dans la dernière ligne, montre clairement une baisse de la moyenne de l'état de santé perçu avec la catégorie de vulnérabilité socioéconomique : plus un individu est vulnérable, plus il a tendance à évaluer son propre état de santé à la baisse. Ce résultat, plutôt en accord avec ce que nous aurions pu prévoir, implique qu'il existe entre les individus des différences significatives de perception de leur état de santé suivant leur niveau socio-économique, alors que nous sommes pourtant dans un quartier très pauvre, c'est à dire milieu social *a priori* homogène, mais où de légères

différences sociales impactent grandement les conditions de vie de l'individu et, par extension, sa place dans la société et la perception qu'il s'en fait.

Par ailleurs, d'un point de vue comparatif, les résultats obtenus dans les deux quartiers montrent clairement un écart systématiquement en faveur du Venezuela, ce qui implique que l'écart global observé dans un premier temps (*Cf.* Tableau 3.4, p.252 : État de santé perçu des individus : proportions par niveau de santé et par quartier puis moyenne par quartier) se confirme ici et se répercute sur chaque catégorie de vulnérabilité socio-économique, à l'exclusion de la catégorie cinq, la plus vulnérable, où la moyenne de perception de l'état de santé est la même, soit une valeur de un sur cinq : la plus basse possible. Précisons que pour cette catégorie, le très petit nombre d'individus qu'elle représente impacte grandement la fiabilité de l'observation, même si, en vertu de la tendance observée entre le niveau de vulnérabilité et l'état de santé perçu, les résultats obtenus corroborent les conclusions les plus intuitives, à savoir une mauvaise perception de leur état de santé par cette catégorie d'individus très vulnérables.

À cette première analyse de la perception de la santé par les individus eux-mêmes fait suite l'étude de l'accès aux soins proprement dit. Le tableau suivant (*Cf.* Tableau 3.6 : Accès aux soins : proportions par niveau d'accès suivant la gravité perçue de la maladie, par quartier, puis moyenne par quartier) synthétise les résultats obtenus par les questions 2 et 3 du questionnaire.

Tableau 3.6 : Accès aux soins : proportions par niveau d'accès suivant la gravité perçue de la maladie, par quartier, puis moyenne par quartier

	Magallanes de Catia Venezuela		**Potosi** Colombie	
Gravité / Accès	Cas mineur	Cas grave	Cas mineur	Cas grave
0[41]	0 ,2%	4%	0,2%	4,2%
1	30,6%	2,8%	41%	5,4%
2	17%	2,6%	14%	4,4%
3	31,4%	15,8%	23,3%	26,4%
4	2%	5%	0,6%	2,8%
5	18,8%	69,8%	21%	56,8%
Moyenne Accès aux soins	**2,60**	**4,21**	**2,46**	**3,88**

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Tout d'abord, nous remarquons que les individus ont une très forte propension à répondre « 1 », « 3 » ou « 5 », c'est à dire les valeurs extrêmes ou la valeur moyenne, délaissant les valeurs intermédiaires « 2 » et « 4 ». Cette tendance à la polarisation des réponses, bien qu'étant un phénomène inhérent à ce genre de questionnaires, est un signe du fait que la question en elle-même n'appelle pas spontanément à une réponse graduée de la part des personnes enquêtées, mais à une réponse extrême ou parfaitement équilibrée : « En cas de maladie grave, vous rendez-vous chez le médecin ? (Jamais, très rarement, parfois, assez souvent, toujours) ». Les personnes ont naturellement tendance à répondre « jamais », « toujours » ou la valeur moyenne « parfois », car les deux réponses intermédiaires « très rarement » et « assez souvent » sont trop proches, sémantiquement, du point d'équilibre « parfois ».

Il est toutefois possible de démontrer avec les réponses à ces deux questions que les individus interrogés au Venezuela ont une meilleure appréciation personnelle de leur accès aux soins qu'en Colombie. En effet, avec une moyenne de 2,60/5 pour l'accès en cas de maladie jugée

[41] La valeur « 0 » pour la variable « accès aux soins » correspond aux individus déclarant ne jamais aller chez le médecin, souvent parce qu'ils disent ne jamais tomber malade, et non parce que l'offre de soins serait totalement inaccessible.

comme étant mineure par l'individu et de 4,21 pour l'accès en cas de maladie grave, les chiffres vénézuéliens sont supérieurs à ceux obtenus en Colombie : 2,46 en cas de maladie mineure et 3,88 en cas de maladie grave. **Donc, il est incontestable que les habitants de Magallanes de Catia que nous avons interrogés ressentent, avec toute la subjectivité qu'implique leur réponse, un meilleur accès aux soins qu'en Colombie** : ils déclarent s'y rendre plus systématiquement que les habitants de Potosi, la différence entre les deux quartiers est, sur ce critère précis, notoire.

Par ailleurs, précisons que s'il est tout à fait normal que la moyenne d'accès aux soins augmente avec la gravité de la maladie – en général, les individus se rendent plus volontiers chez le médecin lorsqu'ils sont gravement malades – cette différence est supérieure dans le cas de Magallanes de Catia. En effet, partant d'un niveau initial presque identique : 2,60 et 2,46 pour les cas de maladies mineures, ce qui implique des habitudes d'utilisation, dans ce cas précis, pratiquement équivalentes dans les deux quartiers, la vraie différence s'observe lorsqu'il s'agit de maladies graves où les habitants du quartier vénézuélien ont un « accès ressenti » plus important que ceux du quartier colombien avec une moyenne de 4,21 contre 3,88. Et puisque cet écart significatif qu'on observe pour les maladies graves n'est pas observé dans le cas des maladies mineures, cela tendrait à montrer que le dispositif *Barrio Adentro* au Venezuela, centré sur la prévention et les soins de première nécessité, n'aurait pas un impact beaucoup plus important sur la perception de l'accès aux soins que le dispositif colombien nommé « CAMI », réservé exclusivement aux patients affiliés au SISBEN 0. Ce serait un résultat fort que seule une analyse de l'utilisation réelle de l'offre de soins pourra ou non confirmer. Car en effet, pour l'instant, nous en sommes encore au stade de l'étude du ressenti des habitants des deux quartiers.

Et du point de vue de leur vulnérabilité socioéconomique, cet accès ressenti admet des moyennes différentes dans l'un et l'autre des deux quartiers (*Cf*. Tableau 3.7 : double matrice Accès aux soins / Vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi).

Tableau 3.7 : double matrice
Accès aux soins / Vulnérabilité socio-économique,
pour Magallanes de Catia et Potosi

		Magallanes de Catia Venezuela						Potosi Colombie					
	Vulnéra / Accès	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Accès Cas mineurs	0	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	1	7,0%	14,6%	7,8%	0,8%	0,2%	0,2%	7,0%	14,0%	11,6%	6,0%	2,0%	1%
	2	4,8%	6,8%	2,6%	2,4%	0,4%	0,0%	1,0%	5,6%	3,6%	2,4%	1,4%	0,0%
	3	7,0%	14,4%	8,2%	1,4%	0,4%	0,0%	3,2%	9,6%	7,2%	3,0%	0,2%	0,0%
	4	0,6%	0,6%	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
	5	5,2%	5,0%	6,4%	2,0%	0,2%	0,0%	1,8%	4,4%	6,8%	5,6%	1,8%	0,6%
	Moyenne accès aux soins	**2,68**	**2,39**	**2,81**	**3,03**	**2,67**	**1,00**	**2,12**	**2,28**	**2,55**	**2,83**	**2,67**	**1,00**
Accès Cas graves	0	0,6%	1,6%	1,0%	0,4%	0,4%	0,0%	1,0%	1,0%	1,8%	0,4%	0,0%	0,0%
	1	0,2%	2,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	2,0%	2,0%	1,0%	0,0%	0,0%
	2	0,4%	1,0%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,4%	1,8%	2,0%	0,2%	0,0%	0,0%
	3	5,0%	6,2%	4,2%	0,4%	0,0%	0,0%	5,2%	10,2%	7,2%	3,2%	0,6%	0,0%
	4	1,8%	1,6%	1,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	1,2%	0,6%	0,2%	0,6%	0,0%
	5	16,6%	29,2%	18,2%	5,0%	0,6%	0,2%	5,8%	17,8%	15,8%	12,2%	4,2%	1,0%
	Moyenne accès aux soins	**4,43**	**4,38**	**4,45**	**4,53**	**4,75**	**5,00**	**3,88**	**3,94**	**3,95**	**4,33**	**4,67**	**5,00**

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Comme dans le cas de l'état de santé perçu, nous observons ici une moyenne d'accès aux soins systématiquement supérieure dans le quartier vénézuélien, pour chaque niveau de vulnérabilité socioéconomique. Globalement, au niveau *cognitif*, les habitants de Magallanes de Catia ont une meilleure estime de leur état de santé et de leur niveau de fréquentation de l'offre de soins - et donc, implicitement, des moyens qu'ils ont d'accéder aux soins dans leur quartier - mise à part la catégorie d'individus la plus vulnérable pour laquelle les résultats s'avèrent être invariablement les mêmes qu'à Potosi. Notons d'ailleurs que pour cette catégorie précise de personnes, la moyenne d'accès aux soins est évaluée à « 1 » dans les cas de maladies bénignes, c'est à dire qu'elles n'y vont jamais dans ce cas-là, et à « 5 » dans les

cas de maladies graves, ce qui veut dire qu'elles y vont toujours dans cet autre cas. Ces résultats nous renseignent sur les modalités d'utilisation de l'offre de soins par les personnes les plus exposées : elles se contentent, dans les deux pays, de consulter un médecin lorsqu'elles se considèrent comme étant gravement malades, ce qui est l'aveu des limites des campagnes préventives et des mécanismes mis en place dans les deux pays, comme la Mission *Barrio Adentro* au Venezuela ou le SISBEN en Colombie, dont la raison d'être était justement d'aider en priorité cette catégorie précise de personnes[42]. Mais, encore une fois, le nombre limité d'observations dans cette tranche de la variable vulnérabilité nous empêche d'établir des conclusions fermes à ce sujet.

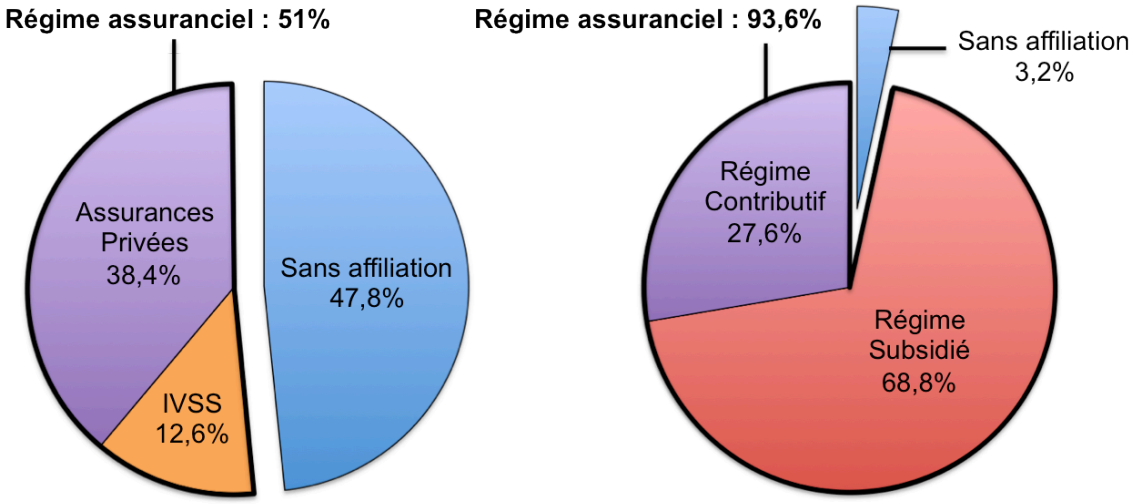
Par ailleurs, l'analyse de la relation linéaire entre les variables « vulnérabilité socioéconomique » et « accès déclaré à la santé » donne des coefficients de détermination dont la très faible valeur signifie une absence totale de corrélation entre les deux variables, avec un R2 respectivement égal à 0.003634 (cas mineur) et 0.001035 (cas grave) pour le Venezuela, et égal à 0.02317 (cas mineur) et à 0.02841 (cas grave) pour la Colombie (*Cf.* Annexe 6 : Coefficients de détermination entre valAvMin et vulnera, et entre valAvGra et vulnera, à Magallanes de Catia et à Potosi). Cette absence de lien de corrélation entre la perception de l'accès aux soins suivant la gravité de la maladie et le niveau de vulnérabilité était en fait prévisible puisque les seuils de consommation des soins de santé établis par les deux systèmes – autrement dit le passage d'un régime à un autre - ne sont pas fixés suivant un raisonnement marginaliste, à l'unité de revenu supplémentaire, mais suivant des référentiels macro-sociaux plus larges que les paramètres socio-économiques de nos échantillons, relativement homogènes de ce point de vue. Nous aurions donc très probablement pu observer ce lien de corrélation entre perception de l'accès aux soins et vulnérabilité socio-économique si nous avions comparé la population pauvre à la population riche affiliée aux régimes d'assurances complémentaires privés. Ce résultat nous permet ainsi de revenir sur une caractéristique fondamentale du bien santé : le critère de « bien supérieur » qui le qualifie, d'un point de vue économique, et qui définit un bien dont la consommation augmente plus que proportionnellement au niveau de revenu. Dans notre enquête de terrain, nous observons que cet axiome microéconomique ne se vérifie pas, ce qui n'implique pas qu'il soit faux : il est simplement trop réducteur et n'est pas adapté à un milieu social homogène comme l'est notre terrain d'étude.

[42] Rappelons que selon les critères de la variable « vulnérabilité », les personnes de la catégorie cinq sont sans domicile propre, âgées, seules, sans revenus et n'ont pas fait d'études.

Ainsi, il est important de remarquer que, contrairement à la perception qu'ont les individus de leur état de santé, l'auto-estimation qu'ils font de leur fréquentation de l'offre de soins n'est pas décroissante avec la catégorie de vulnérabilité socioéconomique à laquelle ils appartiennent et ce, dans aucun des deux échantillons. **Cette observation permet de considérer que les deux systèmes de santé n'offrent pas, parmi la population pauvre que nous étudions, de grandes différences entre les individus dans la mise à disposition *ressentie* de l'offre de soins**. Ainsi, du point de vue très subjectif des questions deux et trois du questionnaire, il n'y a pas d'inégalités qui puissent être mises en exergue *au sein* des deux échantillons. Reste la légère différence que nous évoquions plus haut *entre* les deux échantillons, en faveur du quartier vénézuélien.

Cette analyse préalable et indispensable du ressenti des individus interrogés est complétée, dans les questions quatre et cinq, par les questions portant sur l'accès « réel » des individus : leur point d'entrée dans le système, puis leur point de passage lorsque la maladie est perçue comme étant plus grave. Mais avant d'analyser avec précision l'accès réel (ou plutôt « effectif », le terme « réel » recouvre une signification bien trop large pour le sens que nous voulons donner à cet accès aux soins), il convient d'analyser l'appartenance statutaire des individus dans les différents régimes des deux systèmes de soins. C'est l'objet de la question sept du questionnaire (« Êtes-vous affilié à une assurance-santé ? Si oui, laquelle ? »). Voici le résultat obtenu après synthèse des informations récoltées sur le terrain (*Cf*. Graphique 3.1 : Comparaison de la répartition statutaire des individus dans les systèmes de santé, à Magallanes de Catia et à Potosi).

Graphique 3.1 :
Comparaison de la répartition statutaire des individus dans les systèmes de santé à Magallanes de Catia et à Potosi



Source : Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de terrain. 2012.

Nous observons ici plusieurs choses intéressantes. L'échantillon observe une répartition des individus dans les différents compartiments du système de santé notoirement distincte de la répartition nationale. En effet, dans l'échantillon du quartier de Magallanes de Catia, seul 47,8% de la population se trouve sans affiliation, ce qui veut dire que cette part de la population peut accéder de plein droit aux différents niveaux de la mission *Barrio Adentro*, aux hôpitaux publics dépendant du ministère de la santé, au réseau de soins de la sécurité sociale et des régimes spéciaux. Mais ce chiffre est beaucoup plus élevé à l'échelon national : 70% selon nos calculs (*Cf.* p.172, Graphique 2.7 : comparaison de la répartition des individus dans les systèmes de santé vénézuélien et colombien). Cela est très probablement dû à deux biais : 1) l'estimation nationale que nous possédons et qui est basée sur des sources gouvernementales pourrait être surestimée ; 2) les résultats de l'enquête sont impactés par un biais d'échantillonnage intrinsèque à notre étude ; et 3) soit ces deux phénomènes se sont produit ensemble aboutissant à cette importante divergence entre la proportion nationale et la proportion observée dans l'échantillon.

Cette différence se répercute logiquement sur la proportion d'individus couverts par une assurance privée, qui est de 12% à l'échelle nationale et de 38,4% dans l'échantillon. En revanche, la proportion d'individus bénéficiaires de la sécurité sociale (IVSS) est sensiblement la même : 12,6% dans l'échantillon contre 14% nationalement.

À Potosi, en Colombie, des différences sont également observables. Dans l'échantillon recueilli, seuls 3,2% des individus se trouvent hors-système, ce qui implique, contrairement au Venezuela, qu'ils doivent s'acquitter de 30% du prix des soins prodigués. Cette proportion est de 20% à l'échelle nationale. Cette différence est entièrement répercutée sur la proportion d'individus affiliés au régime subsidié : 55,8% dans l'échantillon contre 39% nationalement (*Cf*. p.272, Graphique 2.7). En revanche, la proportion d'individus dans le régime contributif est presque exactement la même : 37,8% dans l'échantillon contre 38% nationalement.

Nous constatons donc qu'au Venezuela comme en Colombie, par rapport aux chiffres obtenus à l'échelle nationale, une proportion moindre d'individus a répondu « non » à la question « êtes-vous affilié à un régime d'assurance ? ». Comment expliquer ce phénomène ? S'il s'agit bien d'un biais d'échantillonnage, comme nous l'évoquions plus haut, plusieurs causes peuvent en être à l'origine. Tout d'abord, émettons l'hypothèse d'un biais de sélection, c'est à dire que nous aurions mal choisi les échantillons. Cette possibilité nous semble peu probable étant donné le soin que nous avons pris à sélectionner, dans chaque pays, l'un des quartiers les plus pauvres. En effet, ce biais aurait dû logiquement jouer dans l'autre sens, c'est à dire stimuler une sur-représentation de la population sans affiliation. Hors, c'est l'inverse qui s'est produit. Nous devons donc émettre l'hypothèse d'un biais lié à la volonté des personnes interrogées de ne pas révéler une situation jugée par elles défavorable ou « honteuse ». C'est une hypothèse qui nous semble plausible.

Nous devons quoi qu'il en soit recouper ces résultats avec les points d'accès « réels » au système de santé, déclarés par les individus lors des questions 4 et 5 : « Où vous rendez-vous lorsque vous êtes légèrement/gravement malades ? ». En effet, la différence entre le statut déclaré par les individus, c'est à dire leur position parmi les différents régimes du système de santé, peut différer de leurs habitudes de consommation du bien santé. En clair, un habitant de Magallanes de Catia peut nous répondre qu'il est affilié à une assurance privée puis nous déclarer qu'il fréquente la mission *Barrio Adentro*, car celle-ci lui semble plus adaptée à ses

besoins lorsqu'il contracte une maladie bénigne. Nous approchons ici le concept **d'adéquation** entre l'offre et la demande de soins. Toutefois, l'adéquation définie par le statut de l'individu par rapport à sa consommation réelle du bien santé a le défaut d'être uniquement observable dans un système où les individus peuvent circuler librement entre les catégories du système, ce qui est le cas au Venezuela, dans une certaine mesure et dans un sens précis, et très peu en Colombie, comme le démontrent les chiffres que nous allons décrire. En effet, en Colombie, un individu est obligatoirement tributaire du réseau de soins déterminé par l'EPS à laquelle il a choisi de s'affilier alors qu'au Venezuela, tout individu peut choisir de se faire soigner par l'ensemble des entités publiques existantes, du fait de la gratuité et l'universalité réelle de ce réseau de soins. Ainsi défini, le principe d'adéquation perd en pertinence.

Pour qu'il prenne tout son sens, il est nécessaire de se fonder sur d'autres variables solides et comparables dans les deux pays. Étant donné que notre objectif est ici d'analyser l'accès aux soins sous plusieurs angles, notre première démarche analytique sera de maîtriser la variable « distance ». Pour cela, nous allons diviser le quartier en trois zones :

1) La zone « restreinte », que nous avons décrite précédemment, et dont le rayon maximum, à partir du centre géographique des deux quartiers, est de 500 mètres. Cette zone caractérise une distance « faible » entre l'offre et la demande de soins. Ce qui implique que la distance maximale à parcourir pour qu'un individu traverse le quartier se situe entre cinq et sept minutes à pieds. Dans ce périmètre, l'offre de soins est qualifiée de « très accessible ».

2) La zone « élargie » du quartier, c'est à dire le périmètre-tampon s'interposant entre le quartier, que nous avons choisi périphérique dans les deux cas, et la zone d'habitation à la densité caractéristique du centre-ville. Cette zone, que nous avons choisie d'un rayon de trois kilomètres, caractérise une distance « moyenne » entre l'offre et la demande soins et correspond à un temps de trajet approximatif de 45 minutes à pied et de quinze minutes en bus[43]. Pratiquement aucun habitant des deux quartiers étudiés ne

[43] En considérant la vitesse moyenne de marche d'environ 5km/h et d'environ 30 km/h en bus, sachant que le bus s'arrête constamment en Amérique latine, les arrêts de bus n'existant pas.

possédant une voiture, ce cas de figure est donc volontairement éludé. Dans ce périmètre, l'offre de soins est qualifiée « d'accessible ».

3) La zone « hors-quartier » correspond à l'ensemble de la ville situé en dehors de la zone élargie. Cette zone « hors-quartier » caractérise une distance « élevée » entre l'offre et la demande de soins, ce qui justifie le fait de qualifier l'offre de soins de « difficilement accessible », les temps de parcours excédant une heure à pieds et 20 minutes en bus.

Ce découpage par zone va permettre, par ailleurs, de classer les points d'accès du système de soins (question 4), puis les canaux de circulation dans le système (question 5), selon leur distance géographique par rapport aux deux quartiers étudiés.

Il s'agit donc maintenant de regrouper l'ensemble des points d'accès pour chaque système de soins – points déclarés par les individus – et de les identifier suivant : 1) la catégorie à laquelle ces points d'accès appartiennent (assurance, assistance, dépenses directes), 2) la variable distance que nous venons de définir, et 3) la proportion d'individus concernés par chaque point d'accès. Nous obtenons ainsi les deux tableaux suivants (*Cf.* Tableaux 3.8 et 3.9 : Répartition des individus dans les quartiers de Potosi et de Magallanes de Catia selon le point d'accès au système de soins déclaré lors des entretiens directs.) :

Tableau 3.8 : Répartition des points d'accès aux soins déclarés par les habitants de Magallanes de Catia suivant le caractère « grave » ou « non-grave » de la maladie contractée.

			Cas mineurs		Cas graves	
Catégorie	Point d'accès au système de soins	Distance au centre de Potosi	Proportion	Total par catégorie	Proportion	Total par catégorie
Assistanciel	Dispensaire populaire	faible	37,4%	67,8%	1,8%	55,4%
	Centre de diagnostic intégral[44]	moyenne	10%		17,6%	
	Hôpital public[45]	moyenne	20,2%		36%	
	Croix rouge	élevée	0,2%		0%	
Assurantiel	Sécurité Sociale (IVSS)[46]	moyenne	3,4%	24,6%	5,6%	38,8%
	Clinique privée[47]	élevée	21%		33,2%	
	Dispensaire du travail	moyenne	0,2%		0%	
Dépenses directes	Médecin de famille	faible	1,6%	2,8%	0%	0,2%
	Pharmacie	faible	0,4%		0%	
	Entraide familiale	faible	0,8%		0,2%	
Aucune	Ne se rendent nulle part		4,2%	4,2%	5,6%	5,6%

Source : données provenant de l'enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Le tableau ci-dessus montre un résultat particulièrement intéressant : à Magallanes de Catia, le point d'accès le plus sollicité dans le cas des maladies jugées comme bénignes par les individus est clairement l'offre de soins du système assistanciel et la mission *Barrio Adentro* en particulier. En effet, les dispensaires populaires et les CDI sont évoqués par 47,4% des individus interrogés comme premier point d'entrée du système. Au total, hôpital public inclus, c'est pratiquement 70% des individus qui déclarent utiliser le système assistanciel en première instance dans les cas de maladies considérées comme non-graves. Notons que dans ce même

[44] L'item « Centre de Diagostic Intégral » regroupe, dans la base de donnée, les réponses « CDI » et « Clinica popular », autre terme désignant cette entité.
[45] Par « Hôpital public », nous entendons les personnes non-affiliées à la sécurité sociale et utilisant l'hôpital « Docteur José Gregorio Hernandez », appartenant au réseau de l'IVSS.
[46] Par IVSS, nous entendons les personnes utilisant l'hôpital « Docteur José Gregorio Hernandez » en tant qu'affiliés au régime d'assurance sociale.
[47] L'ensemble des cliniques privées mentionnées par les personnes interrogées se trouvent dans la zone hors-quartier.

cas de figure, 20% des individus déclarent se rendre dans une clinique privée, ce qui est très inférieur au taux d'affiliation dans le système assuranciel privé qui est de 38,4% (*Cf.* p. 260 Graphique 3.1 : Comparaison de la répartition des individus dans le système de santé à Magallanes de Catia et à Potosi). Nous observons donc là les premiers signes d'une circulation inter-régime des individus en faveur du système assistanciel public : les individus brisent les barrières du système et, bien qu'ils soient affiliés à une assurance privée, déclarent préférer se rendre dans la Mission *Barrio Adentro* pour se faire soigner en cas de maladie bénigne. Cette information est à mettre en lien avec la variable « distance ». En effet, il semble logique que celle-ci ait un impact sur la décision des individus et que les points d'accès caractérisés par une distance « faible » ou « moyenne » aient une puissance attractive permettant d'expliquer la circulation inter-régime.

Par ailleurs, nous avons, lors de l'enquête de terrain, séparé deux questions : celle portant sur les « points d'accès » (question n°4) de celles portant sur les « points de parcours » (question n°5 : « Où vous rendez-vous lorsque votre maladie est plus grave ? »). C'est à dire que nous considérons que l'accès aux soins répond à deux logiques distinctes, suivant le contexte dans lequel s'inscrit sa sollicitation : il y a, d'une part, une logique préventive ou, plus exactement, une logique curative de faible enjeu, c'est à dire lorsque la maladie déclarée est considérée par l'individu comme peu grave, et une logique curative d'urgence, où l'enjeu ressenti est supérieur, vital, c'est à dire lorsque la maladie est au contraire considérée par la personne comme « grave », suivant toute la subjectivité de son jugement, subjectivité que nous assumons dans cette enquête qui est axée sur l'interaction entre la demande de soins, subjective par essence, et l'offre de soins. La comparaison de ces deux contextes « maladie bénigne » et « maladie grave », dans le tableau 3.8 ci-dessus, montre que, en ce qui concerne le quartier vénézuélien, dans le cas des maladies graves, les priorités des individus se modifient, sans toutefois s'inverser, puisqu'ils tendent à préférer le système assuranciel privé qui récolte 38,2% des suffrages, soit la quasi-totalité des individus affiliés à une assurance privée. Cependant, au total, le système assistanciel garde son avance avec presque 50% des personnes interrogées qui disent s'orienter vers le réseau de soins public, soit un total légèrement supérieur à la somme des personnes sans affiliation (47,8%).

Nous observons donc bien une circulation inter-régime décrivant la dynamique suivante : pour des cas de maladie non-grave, une partie importante des personnes affiliées au système d'assurance privée se reporte sur les Mission *Barrio Adentro* pour se faire soigner mais,

lorsque la maladie déclarée est plus grave, il se réoriente vers leur point de parcours naturel, c'est à dire leur offre de soins statutaire. Notons que la population affiliée à la sécurité sociale (12,6% du total) se disperse sur l'ensemble des points d'accès, seule une petite partie se maintient sur son point d'accès naturel. Suivant les données dont nous disposons, la variable « gravité de la maladie » affecte le choix des individus suivant la distance que ceux-ci ont à parcourir pour se rendre à un centre de soins, ce qui confirme un résultat très intuitif. Plus la maladie est grave, plus les individus sont prêts à se rendre loin de chez eux pour se faire soigner.

Pour la Colombie, voici le tableau que nous obtenons, après synthèse des résultats de notre enquête :

Tableau 3.9 : Répartition des points d'accès aux soins déclarés par les habitants de Potosi suivant le caractère « grave » ou « non-grave » de la maladie contractée.

				Cas mineurs		Cas grave	
Catégorie		**Point d'accès au système de soins**	**Distance au centre de Potosi**	**Proportion**	**Total par catégorie**	**Proportion**	**Total par catégorie**
Assurantiel	**Subsidié**	UPA Potosi	faible	33,2%	51,6%	10,5%	63,9%
		Réseau EPS-S de proximité	moyenne	12%		31,2%	
		Réseau EPS-S	élevée	6,4%		22,2%	
	Contributif	Réseau EPS de proximité	moyenne	2,4%	12,8%	4,8%	25%
		Réseau EPS	élevée	10,4%		20,2%	
Dépenses directes		Entraide familiale	faible	1,2%	2,4%	0,4%	1,2%
		Médecin de famille	faible	0,4%		0,6%	
		Pharmacie	faible	0,8%		0,2%	
Aucune		Ne se rendent nulle part		33,2%	33,2%	10%	10%

Source : données provenant de l'enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Comparé au Venezuela, le tableau ci-dessus montre une évolution différente du choix des individus quant à leur point d'accès aux soins suivant la gravité ressentie de leur maladie. En effet, rappelons deux choses essentielles qui caractérisent le système de santé colombien et qui nous a maintes fois été rappelé par les différents acteurs de ce système : premièrement, la

distinction « public/privé » n'a plus de sens en Colombie étant donné que tous les offreurs de soins dépendent des contrats qu'ils passent avec les assureurs, intermédiaires uniques entre l'offre et la demande de soins. Deuxièmement, l'offre de soins en Colombie est beaucoup plus éclatée qu'au Venezuela. En effet, en Colombie, les réponses qui s'étendent sur 46 occurrences ont dû faire l'objet d'un tri minutieux afin de parvenir aux deux catégories « réseau EPS-S » et « réseau EPS ». Au Venezuela, le seul hôpital public consulté par les habitants de Magallanes est l'hôpital le plus proche et le nombre d'assurances est beaucoup plus réduit qu'en Colombie du fait de la structure du système : le système assuranciel vénézuélien est un système de type oligopolistique.

De même, à Potosi, du fait de l'architecture du système de santé, nos chiffres permettent d'attester d'une quasi absence de circulation des individus entre les différentes catégories du système : les personnes affiliées au régime subsidié utilisent les services de ce régime qui leur est exclusivement réservé, comme l'UPA de Potosi, et les personnes affiliées au régime contributif utilisent, pour leur part, le réseau de soins que met à leur disposition leur assureur respectif. Précisons ici le fait que les réseaux « EPS-S et EPS de proximité » correspondent aux centres de soins de niveau intermédiaire qui ceinturent la périphérie de la ville et auxquels peuvent se rendre les affiliés des deux régimes, à condition que leur EPS ait un contrat avec ces points d'accès. Concernant cette catégorie de points d'accès aux soins, nous observons un très faible emploi de ce réseau de proximité par les EPS du régime contributif, préférant une concentration moins coûteuse de leurs services sur un réseau de soins moins excentrés, obligeant les patients de ce régime à faire des déplacements souvent très long. C'est ce qui explique l'autre fait caractérisant l'accès aux soins issue de l'enquête : le pourcentage élevé, en Colombie, de personnes se rendant « nulle part » en cas de maladie.

En effet, comparé à la répartition statutaire des individus, le fait important à mettre en évidence est qu'il y a moins d'individus déclarant accéder aux soins pour chaque catégorie que d'individus affiliés : pour les cas de maladies considérées comme bénignes, 51,6% déclarent accéder réellement au réseau de soins du régime subsidié contre 68,3% théoriquement (*Cf.* p.260 : Graphique 3.1), et 12,8% d'accès réel au réseau du régime contributif contre 27,6% d'accès théorique. Cette différence se reporte presque intégralement sur la catégorie d'individus déclarant se rendre « nulle part » en cas de maladie non-grave, pas même à la pharmacie, et qui constitue 33,2% des réponses en première instance. Ce chiffre, beaucoup plus important que pour le quartier vénézuélien - pour lequel cette catégorie

concernait 5% des individus - constitue l'un des résultats importants de notre enquête. Ce pourcentage élevé d'individus se réduit en seconde instance, pour les cas de maladies considérées comme « graves », à 10%, ce qui reste plus élevé que pour le quartier vénézuélien pour lequel cette catégorie concernait 6,6% des individus. Naturellement, dans les cas des maladies graves, les chiffres de l'accès réel tendent à rejoindre ceux de l'accès statutaire.

Donc, notre interprétation de ces résultats peut se résumer de la façon suivante : à Potosi, les individus ont globalement un accès aux soins plus difficile qu'à Magallanes de Catia, et notamment lorsque la maladie déclarée ne nécessite pas de soins d'urgence. Contrairement au système vénézuélien où n'importe qui peut utiliser les points d'accès décentralisés, en Colombie, chaque individu est tenu d'utiliser son réseau de soins prédéterminé par les EPS, ce qui est une explication structurelle du non-accès relativement plus important dans le *barrio* colombien. Cependant, nous devons souligner le fait que, pour les affiliés du régime subsidié, le point d'accès décentralisé (UPA de Potosi) et le réseau de proximité restent des points d'appui importants du système de soins et tiennent, pour cette catégorie de la population, un rôle important d'absorption de la demande de soins des plus démunis. Nous observons même que, comparativement au Venezuela, les points d'accès intermédiaires jouent mieux leur rôle en cas de maladie grave à Potosi où 31,2% des individus déclarent les utiliser contre seulement 11,2% à Magallanes de Catia, où les individus préfèrent s'orienter directement vers les hôpitaux publics, choix qui tend à accentuer l'engorgement du système de soins public.

C'est ce bilan en demi-teinte que nous pouvons faire jusqu'à présent et qui doit impérativement être complété par une analyse des barrières institutionnelles à l'accès aux soins dans les deux quartiers. C'est l'objet de la deuxième partie de cette deuxième section.

B. Analyse empirique des barrières institutionnelles

Au chapitre premier, nous avions défini les systèmes de santé comme des ensembles interactionnels entre acteurs, interactions qui se déroulent toutes à l'intérieur - et également entre - trois sphères institutionnelles que nous avions délimité de la façon suivante : les structures politiques, l'offre de soins et la demande de soins. Ces trois sphères faisaient l'objet, dans notre analyse, d'une circulation des règles et des normes, de façon active et rétroactive et qui déterminaient le mouvement de ce que nous avons appelé le « circuit institutionnel ». Le but de ce chapitre est de déterminer, par l'analyse de l'interaction entre ces trois sphères, dans lequel des deux pays étudiés les entraves à la bonne application des règles formelles entre les sphères sont les plus contraignantes et enrayent la progression de l'institutionnalisation des soins dans les quartiers pauvres, c'est à dire la bonne marche du circuit institutionnel. En d'autres termes, nous cherchons ici à évaluer la hauteur des barrières institutionnelles qui s'interposent entre les individus et la pleine jouissance de leurs droits en matière de soins. Notre analyse étant focalisée sur le point de vue de la demande de soins - finalité du système de santé – nous tenterons tout d'abord d'élaborer une typologie des barrières institutionnelles à l'accès, de mesurer leurs caractéristiques et leur impact sur les individus au regard de plusieurs variables, puis, dans un second temps, nous ferons la jonction entre ces barrières institutionnelles et la perception qu'ont les individus de leur accès aux soins en prenant en compte le contexte macro-institutionnel rencontré lors de l'enquête de terrain.

1. Typologie et analyse quantitative des barrières institutionnelles à l'accès aux soins

Nous avons observé plusieurs dynamiques caractérisant l'accès aux soins dans les deux quartiers pauvres, sujets de notre étude. Nous avons pu observer des résultats contrastés dans les deux quartiers, la dépendance de l'accès vis à vis des variables « distance », « vulnérabilité » et du caractère volatile, au Venezuela, de l'accès « réel » par rapport à ce que nous avons appelé l'accès « statutaire », et de la place importante prise par le « non-accès » en Colombie. Cette circulation inter-régime au Venezuela et cette forte proportion de personnes ne se déplaçant pas en cas de maladie, dans le quartier colombien, appelle à une analyse, en creux, des « barrières institutionnelles » qui s'interposent entre les individus et l'offre de soins.

Le terme de « barrière institutionnelle » est un concept qu'il convient avant tout de bien définir. Partant des études sur l'accès aux soins et notamment des approches structuralistes avec les modèles de recours d'Andersen et Adey (1974, 1981) et d'Andersen et Newman (1973) qui définissent les trois principaux facteurs d'utilisation des services sanitaires : facteurs prédisposant, capacité et déclenchant, ou encore en se fondant sur la notion de *non-recours* (Warin, 2002) et les trois critères fondamentaux du recours qui en dérivent: « savoir, pouvoir, vouloir », nous envisageons les barrières institutionnelles comme l'ensemble des difficultés que rencontre un individu pour accéder aux soins lorsque celui-ci en éprouve le besoin. Ce sont, pour reprendre la vision circuitiste des systèmes de santé, l'ensemble des disfonctionnements systémiques qui s'interposent entre la demande de soins et l'offre de soins. Il s'agit donc, dans cette définition générale, de toutes les limites qui relèvent de l'organisation du système de santé en lui-même. Pour clarifier cette définition trop générale, trop englobante, il est nécessaire de la fractionner afin d'en préciser le sens.

Nous admettons en effet que ces barrières puissent être de deux natures différentes : elles peuvent être « subjectives » ou « objectives ». Par « barrières subjectives », nous entendons l'ensemble des contraintes qui émanent de l'individu, ces barrières peuvent donc, pour cette raison, être appelées également « barrières individuelles ». Mais leur caractère individuel ne les rend pas moins institutionnelles dans la mesure où c'est bien le système, le mode d'organisation du système de santé, ses mécanismes incitatifs, qui modifient la subjectivité des individus. En effet, un individu très malade qui ne souhaite pas se faire soigner en expliquant qu'il « n'aime pas ça », ne parvient pas à franchir, en lui-même, une barrière subjective, qu'elle soit d'ailleurs justifiée ou non. Mais cette barrière, propre à cet individu, est le produit du contexte dans lequel celui-ci évolue : le système de santé dans son ensemble a échoué à le convaincre de l'utilité de la prévention, ou de l'efficacité des soins curatifs pour soulager ses souffrances. C'est en ce sens que les barrières subjectives sont, par essence, institutionnelles, dans la mesure où elles sont toujours le produit de l'interaction des individus entre eux, d'une part, ou de leur interaction avec le mode d'organisation dans lequel ils s'insèrent, d'autre part.

Afin de mieux éclairer ce type de barrière institutionnelle, nous les subdivisons en deux catégories : les barrières subjectives « internes » et les barrières subjectives « externes ». En

effet, cette subdivision provient d'une observation faite sur le terrain : les individus peuvent ne pas se rendre au centre de soins lorsque cela est nécessaire pour deux raisons :

- Soit parce qu'ils ne le *veulent* pas pour des raisons qui leur sont propres (peur du médecin, pas envie de s'y rendre, etc.), ce sont les barrières subjectives internes. Elles sont subjectives dans la mesure où elles varient en fonction de la personnalité de chacun, et elles sont internes dans la mesure où elles touchent à l'identité de chaque individu ;

- Soit parce qu'ils ne le *peuvent* pas, pour des raisons propres à chaque individu, mais qui dépassent le cadre de leur volonté (pas le temps, trop loin, pas d'argent, etc.), ce sont les barrières subjectives externes. Elles sont subjectives car elles varient en fonction de chacun, elles diffèrent suivant la vie de chaque individu mais elles sont externes car elles s'élèvent en dehors des individualités et restent profondément contextuelles.

Enfin, les barrières institutionnelles « objectives » concernent plus simplement les barrières rencontrées par les individus et qui émanent des structures qui mettent à disposition l'offre de soins. Elles sont objectives car dans leur cas, « *la réalité s'impose à l'esprit indépendamment de toute interprétation* » (définition du mot « objective » selon le Larousse, 2012). Ainsi, ces barrières institutionnelles objectives (trop d'attente, manque de médicaments, manque de médecins) peuvent elles-mêmes se subdiviser en deux catégories : les barrières objectives « dissuasives » et les barrières objectives « non-dissuasives ». En effet, nous avons construit, dans le questionnaire une question à deux étapes : à la question n°9 « *Quels problèmes rencontrez-vous [lorsque vous accédez aux soins]?* » succède une autre question : « *Ces problèmes vous dissuadent-ils parfois d'aller vous faire soigner ?* » (Question n°10), ce qui permet de relier la première réponse (trop d'attente, pas assez de médecins, médecins incompétents, etc.) à une mesure de la hauteur de cette barrière rencontrée, du moins à son caractère franchissable ou non.

Ainsi, nous voyons bien que le questionnaire, dans sa partie axée sur les barrières institutionnelles, s'articule autour de deux questions clés : la question n°6 (« *Quelles raisons expliquent le fait que vous ne vous rendiez pas au médecin toutes les fois que vous êtes malade ?* ») qui amène les personnes interrogées à formuler un premier volet de réponses

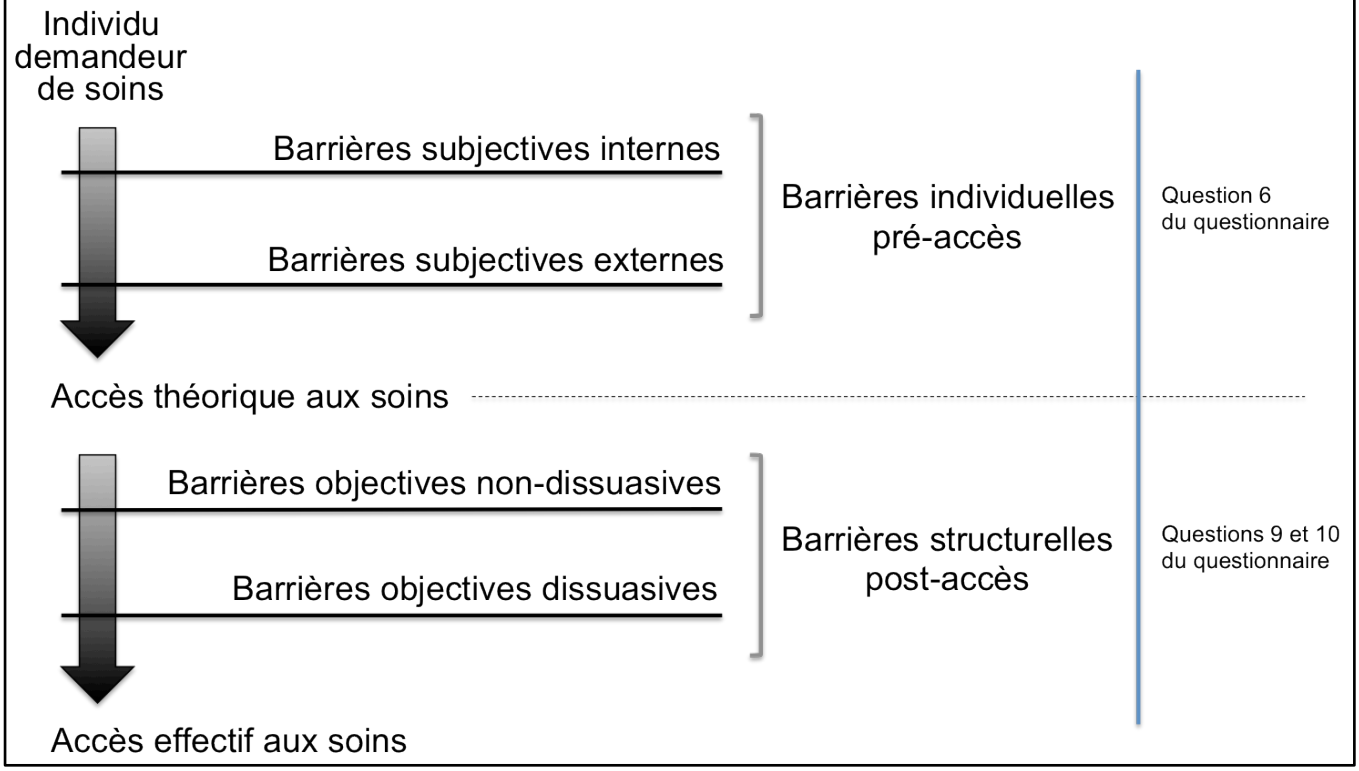
autour des barrières subjectives, c'est à dire celles s'interposant avant d'accéder aux soins, puis, dans un second temps, les questions n°9 et 10, lesquelles amènent les personnes interrogées à préciser leur pensée concernant les barrières objectives qu'elles ont à franchir une fois insérées dans le système de soins.

Ainsi, dans notre effort pour construire une variable prenant en compte la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées, il est désormais important de hiérarchiser ces barrières afin de leur allouer un « poids » relatif que nous utiliserons dans la suite de notre raisonnement. Mais cette nécessité « théorique » n'est pas sans lien avec une observation empirique et de bon sens : l'énoncé que nous venons de faire des barrières institutionnelles rencontrées lors de l'enquête de terrain ne peut se soustraire à une évaluation qualitative de celles-ci. En d'autres termes, pour les personnes interrogées comme pour nous-même, ces barrières institutionnelles n'ont pas toutes le même pouvoir de contrainte sur les individus. D'un côté, les barrières institutionnelles propres à chaque individu (barrières dites « subjectives ») émanent moins, d'une certaine façon, de la responsabilité directe du système de santé que les barrières objectives. En effet, elles opèrent chez l'individu un frein à son accès aux soins, mais ce frein n'est pas de nature structurelle, il est surmontable d'un point de vue individuel : si la personne déclare ne pas aimer aller se faire soigner, elle aura tout de même la possibilité d'y aller si elle surmonte en elle l'obstacle de sa propre subjectivité. Cette barrière est considérée par nous comme étant moins « haute » que si, par exemple, il n'y avait pas de centre de soins : dans ce cas, quel que soit son état d'esprit ou les moyens à sa disposition, la personne ne pourrait pas, de toute façon, franchir cette barrière objective à l'accès aux soins.

Donc, nous partons du postulat que les barrières subjectives sont relativement moins dissuasives que les barrières objectives. Et entre les deux types de barrières subjectives - internes ou externes – nous considérons que les barrières subjectives internes (les réponses du type : « je n'ai pas envie d'aller me faire soigner », « je me moque de ma santé ») sont moins difficiles à surmonter que les barrières externes (« je n'ai pas d'argent », « c'est trop loin de chez moi ») car nous estimons que les premières relèvent de contraintes psychologiques plus facilement franchissables dans l'urgence d'une maladie, que les barrières matérielles qui s'interposent entre l'individu et l'offre de soins. En d'autres termes, nous faisons le choix d'élever la réponse « je n'ai pas les moyens de m'y rendre » à un rang supérieur à la réponse « je n'ai pas envie d'y aller » : la première étant une réponse marquant une contrainte sociale

de première importance, la deuxième étant déclarative et dont rien ne prouve qu'elle ne serait pas levée en cas de maladie grave. Nous obtenons donc le schéma suivant, résumant ce que nous venons de définir (*Cf*. Schéma 3.1 : Typologie des barrières institutionnelles).

Schéma 3.1 : Typologie des barrières institutionnelles



Source : Auteur (2012)

Dans le schéma ci-dessus, nous avons pris soin de classer les barrières institutionnelles par ordre d'importance, c'est à dire, de haut en bas, en fonction croissante de l'impact qu'elles ont sur la personne. Notons que cet ordre correspond par ailleurs à leur ordre d'interposition : la barrière subjective interne et tous les déterminants psychologiques qu'elle mobilise chez l'individu est la première qui doit être franchie. Puis vient la barrière subjective externe, c'est à dire la contrainte du contexte social dans lequel s'inscrit le parcours de l'individu au sein du système de santé. Une fois ces barrières individuelles traversées, ce sont les barrières objectives, ou structurelles, qui doivent être surmontées par les individus, autrement dit les barrières propres au système de soins et communes à l'ensemble des individus. Ici, les réponses des individus sont liées à la question n°10 qui caractérise le caractère dissuasif, ou non, de la barrière institutionnelle. Cette distinction séquentielle des barrières institutionnelles permet d'allouer à chacune d'elle une importance relative, un « score », qui ouvre la voie à un classement des individus suivant la hauteur des barrières qu'ils rencontrent lors de leur

cheminement dans le système de santé. Cette catégorisation des individus suivant des normes identiques pour chaque pays, permettra ensuite de comparer les deux quartiers sur cette question essentielle des barrières institutionnelles afférentes aux systèmes de santé des deux pays.

Poursuivons notre raisonnement : nous utilisons notre classement défini préalablement pour pondérer la hauteur relative des barrières institutionnelles en fonction du nombre de barrières rencontrées par les personnes interrogées. Ainsi, nous considérons qu'une barrière subjective interne a une valeur nominale de « 1 », et qu'une barrière subjective externe a une valeur nominale de « 2 ». À une barrière objective, plus difficile à franchir, est allouée une valeur nominale de « 3 » si elle est non-dissuasive, et de « 4 » si elle est dissuasive. Nous pouvons maintenant établir qu'un individu, lorsqu'il accède aux soins, peut se trouver impliqué dans quatre situations possibles, suivant les interactions institutionnelles qui gouvernent son cheminement dans le système :

- **Première situation** : l'individu interrogé ne rencontre aucune barrière institutionnelle et parvient, sans difficulté, à recourir à l'offre de soins. Dans cette situation, nous considérons que la variable « barrière institutionnelle » est « nulle ». Sa valeur nominale est de « 0 ».

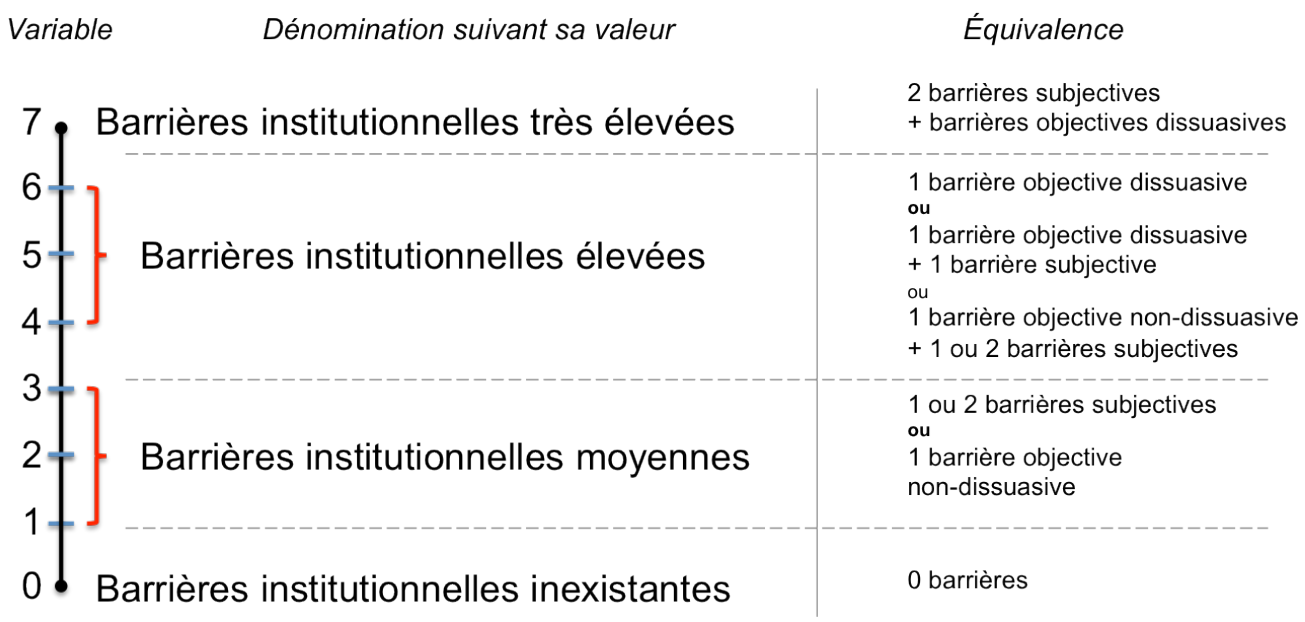
- **Deuxième situation** : l'individu interrogé rencontre des difficultés à accéder réellement aux soins, soit au niveau subjectif – ou individuel – soit au niveau objectif, une fois la personne insérée dans le système de soins. Dans ce cas, si la personne rencontre une seule barrière institutionnelle, cette variable est égale à la valeur relative de la barrière qu'il rencontre. La hauteur de la barrière prendra donc une valeur entre 1 et 4.

- **Troisième situation** : la personne déclare rencontrer deux barrières institutionnelles, à la fois au niveau subjectif et au niveau objectif, lesquelles viennent s'interposer entre elle et l'accès réel aux soins. Dans ce cas, la variable « barrières institutionnelles » sera égale à la somme des valeurs cumulées des barrières rencontrées : la valeur variera donc logiquement entre 4 et 6.

- Enfin, **quatrième et dernière situation** : la personne interrogée déclare rencontrer plus d'une barrière institutionnelle dans l'une ou l'autre des deux catégories : barrières individuelles ou barrières structurelles. Dans ce cas de figure, un peu plus complexe, c'est la *nature* de chaque barrière rencontrée qui sera prise en compte. Par exemple, si la personne interrogée répond, pour les barrières subjectives (question 6), « Je n'aime pas aller chez le médecin » et « Je n'ai pas l'argent pour m'y rendre », nous faisons face à une personne qui rencontre deux types de barrières individuelles : l'une est subjective interne, l'autre subjective externe. Dans ce cas de figure, la hauteur des barrières institutionnelles est la somme de leur valeur relative, c'est à dire « 3 », plus la barrière objective, si l'individu en rencontre une. La valeur maximale de la variable que nous créons est donc, en toute logique, de « 7 ».

Cette différentiation de la valeur intrinsèque des barrières institutionnelles, bien qu'elle soit, bien entendu, discutable de par les choix théoriques forts qu'elle implique, nous est cependant apparue comme étant absolument nécessaire d'un point de vue empirique. Nous ne pouvions mettre sur un même plan les réponses du type « *Il n'y a pas assez de médecins* » (barrière subjective non-dissuasive), barrière impliquant, et ce profondément, les choix politiques réalisés au niveau étatique, aux réponses du type « *Je n'ai pas envie d'y aller* » (barrière subjective interne), laquelle implique avant tout l'individu et l'ensemble des contraintes psychologiques qui déterminent son action. Un autre exemple, permettant de mieux saisir ce choix *a priori* assez hardi mais qui repose en fait sur un constat simple et de bon sens : la réponse « *Je ne vais pas chez le médecin car je suis infirmière* » (barrière subjective interne), ne pouvait avoir le même poids, dans nos calculs sur la hauteur des barrières institutionnelles, que la réponse « *Les médecins sont incompétents, ils ont failli me tuer* » (barrière objective dissuasive). C'est la raison qui explique cette construction théorique basée sur la distinction et la hiérarchisation des barrières rencontrées. Le schéma suivant en est un résumé (*Cf.* Schéma 3.2 : La variable « hauteur des barrières institutionnelles ».)

Schéma 3.2 : Caractérisation de la variable « Barrières institutionnelles »



Source : Auteur (2012)

Dés lors, en calculant la proportion d'individus, dans chaque quartier, frappés par les barrières institutionnelles suivant la variable que nous venons de créer, la comparaison des deux quartiers devient tout de suite plus aisée. Par ailleurs, la création de cette variable nous permettra, par la suite, d'établir des liens de corrélation entre la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées par les personnes interrogées et leur niveau de vulnérabilité économique. De même, il sera intéressant de comprendre comment s'articule la variable « hauteur des barrières institutionnelles » avec l'accès aux soins. Mais avant cela, le tableau suivant nous renseigne sur la répartition des individus dans les deux quartiers, suivant la variable créée précédemment (*Cf.* Tableau 3.10 : Proportion d'individus dans chaque quartier suivant la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées).

Tableau 3.10 : Proportion d'individus dans chaque quartier suivant la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées

		Magallanes de Catia Venezuela		**Potosi** Colombie	
Hauteur des barrières institutionnelles		% par niveau	% par catégorie	% par niveau	% par catégorie
Très élevée	7	2,4%	2,4%	6,2%	6,2%
Élevée	6	7%	48%	15,8%	38,4%
	5	24,2%		15,2%	
	4	16,8%		7,4%	
Moyenne	3	9,8%	41,8%	12,6%	42,6%
	2	7,4%		11%	
	1	24,6%		19%	
Nulle	0	7,8%	7,8%	12,8%	12,8%

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Ce tableau nous dévoile plusieurs faits intéressants. Le premier que nous pouvons souligner est le fait qu'une part plus importante de l'échantillon colombien rencontre des barrières institutionnelles de niveau sept, c'est à dire des barrières dites « très élevées » : elles concernent en effet 6,2% des personnes de l'échantillon de Potosi, contre 2,2% de celles de l'échantillon de Magallanes de Catia. Cette différence notable que nous constatons contrevient, *a priori*, à notre intuition première qui consistait à considérer que le système de santé vénézuélien, moins bien organisé que le système de santé colombien, interposait plus de barrières institutionnelles entre les individus et l'offre de soins. Il s'avère que pour cette part de la population colombienne, les barrières institutionnelles rencontrées en dehors et à l'intérieur du système de soins, sont en effet les plus hautes prévues par notre classement.

Toutefois, nous notons immédiatement après ce premier constat que cette différence se répercute plus qu'intégralement sur les barrières institutionnelles dites « élevées », lesquelles sont rencontrées par une part plus grande de l'échantillon vénézuélien : 48% contre 38,4% pour l'échantillon colombien. Notons que cette différence se concentre au niveau 5 et 6 des barrières institutionnelles. Puis, aux niveaux inférieurs, les différences s'atténuent et une part

un peu moins importante de l'échantillon vénézuélien rencontre des barrières institutionnelles dites « nulles » : 7,8% contre 12,8% pour l'échantillon colombien. Donc, nous pouvons établir que les barrières institutionnelles rencontrées par les individus interrogés en Colombie sont légèrement plus hautes que celles rencontrées par les habitants du quartier vénézuélien. D'ailleurs, pour corroborer cette première observation importante, notons que la hauteur moyenne des barrières institutionnelles est de 3,23 pour l'échantillon colombien et de 3,14 pour l'échantillon vénézuélien. Une fois ce constat réalisé, il s'agit de comparer la *nature*, différente ou similaire, des barrières rencontrées par les habitants des deux quartiers.

Or, si l'on analyse nos résultats en faisant la distinction entre barrières subjectives et barrières objectives, les résultats sont les suivants (*Cf*. Tableau 3.11 : Proportion d'individus dans chaque quartier suivant la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées, subjectives et objectives).

Tableau 3.11 : Proportion d'individus dans chaque quartier suivant le type de barrières institutionnelles rencontrées

	Types de barrières institutionnelles rencontrées	**Magallanes de Catia** Venezuela			**Potosi** Colombie		
		% du total	Raisons principales	% du total	% du total	Raisons principales	% du total
Barrières Subjectives	Aucune barrière subjective	18%[48]	-		21,2%	-	
	Barrières subjectives internes	59,8%	Préfère l'automédication Lui semble inutile	30,6% 7,8%	35,2%	Préfère l'automédication Défiance	18,6% 8,4%
	Barrières subjectives externes	15,8%	Manque de temps Manque d'argent	11,4% 2%	24,4%	Manque d'argent Manque de temps	14,8% 11,2%
	Deux types de barrières subjectives	6,4%	Manque de temps + Préfère l'automédication	3,2%	19,2%	Pas d'argent + Préfère l'automédication	9,2%
	Total	**100%**			**100%**		
Barrières Objectives	Aucune barrière objective	42,6%	-		50%	-	
	Barrières objectives non-dissuasives	24,4%	Trop d'attente Manque de médicament	9,8% 8,8%	18,4%	Trop d'attente POS[49] beaucoup trop limité	12% 6,2%
	Barrières objectives dissuasives	33%	Manque de médecins Trop d'attente	18% 13,6%	31,6%	Trop d'attente POS beaucoup trop limité	13,6% 10,2%
	Total	**100%**			**100%**		

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Le tableau ci-dessus permet d'affiner grandement notre analyse des barrières institutionnelles rencontrées par les personnes interrogées dans chaque quartier. Tout d'abord, sur la construction du tableau, il convient de préciser que nous avons porté, dans les deux colonnes « raisons principales », les deux réponses les plus fréquemment évoquées qui recouvrent, en général, entre 60 et 90% des réponses pour chaque type de barrière institutionnelle envisagée. Pour mieux en comprendre la mécanique, voici un exemple de lecture du tableau concernant les barrières subjectives internes pour les habitants du quartier de Magallanes de Catia : les barrières subjectives internes touchent 59,8% des personnes interrogées dans ce quartier, ce

[48] Pourcentages calculés sur la base du total des individus interrogés dans le quartier : en l'occurrence, à Magallanes de Catia, 18% des individus ne rencontrent aucune barrière subjective avant d'accéder aux soins.

[49] Rappelons que le POS est le Plan Obligatoire de Santé, c'est à dire l'éventail de médicaments et de traitements rendus disponibles par le législateur et par conséquent pris en compte dans les plans d'assurances-santé.

qui veut dire que plus de la moitié de l'échantillon rencontre ce type de barrières institutionnelles. Et pour ce type de barrière à l'accès aux soins, la réponse la plus fréquente est : « je préfère l'automédication », ce qui veut dire que 30,6% du total des personnes interrogées observent un comportement curatif spontané, sans avoir eu de contact avec une quelconque offre de soins extérieure. Notons que ce réflexe d'automédication est moins présent dans le quartier colombien où 18,6% des personnes interrogées déclarent avoir recours à ce type de soins individuels.

Ce premier résultat peut être analysé de différentes façons. En effet, l'automédication peut provenir de deux phénomènes de natures opposées. Soit il émane d'un sentiment de rejet face à une offre de soins trop inaccessible ou pas pleinement satisfaisante, et dans ce cas il est une réponse *par défaut* aux problèmes sanitaires rencontrés, soit cette pratique est le résultat d'une capacité des individus à apporter eux-mêmes une réponse curative adaptée aux maladies qu'ils rencontrent, suivant un *effet positif d'apprentissage* consécutif aux efforts en matière de formation à la prévention réalisés par l'un et l'autre des deux gouvernements. À cette question, délicate à trancher, la deuxième barrière subjective interne observée dans les deux pays nous livre une partie de la réponse : au Venezuela, les individus déclarent, en deuxième instance, ne pas se rendre chez le médecin toutes les fois qu'ils sont malades car cela leur semble « inutile » (7,8% des individus). En Colombie, en revanche, ils répondent ne pas s'y rendre toutes les fois qu'ils sont malades car ils n'ont pas « confiance » (8,4% des individus). Cette deuxième ligne de réponse vient compléter la première et nous renseigne sur l'état d'esprit d'une partie des habitants des deux quartiers : au Venezuela, l'automédication serait plutôt le résultat d'une campagne réussie de prévention menée dans les quartiers pauvres, et ce en profondeur, par la mission *Barrio Adentro*, alors qu'en Colombie, l'automédication proviendrait plutôt d'une défiance vis-à-vis du système de soins. Cette analyse rejoint une intuition que nous avons nous-même ressentie lors de notre contact prolongé avec la population locale.

Par ailleurs et plus globalement, ce tableau nous permet de proposer le constat suivant : d'une part, une analyse par type de barrière montre que l'échantillon vénézuélien rencontre, au total, un nombre légèrement plus important de barrières subjectives et objectives internes mais qu'en revanche, ce qui fait augmenter la hauteur moyenne des barrières institutionnelles en Colombie, ce sont les barrières subjectives externes (donc liées au contexte économique et géographique du quartier) et surtout la *juxtaposition des barrières subjectives internes et*

externes. Autrement dit, dans le quartier vénézuélien, un nombre plus important d'individus rencontrent des barrières soit subjectives internes, soit objectives, mais en Colombie, si le nombre d'individus est moins important, les barrières qu'ils rencontrent se superposent les unes aux autres, faisant augmenter la hauteur moyenne pour cet échantillon. Par ailleurs, les deux barrières principales évoquées par les habitants du quartier vénézuélien se concentrent sur deux axes interdépendants :

1) Le premier axe que nous pouvons évoquer ici est *le facteur temps*, en d'autres termes la congestion du système vénézuélien que l'on retrouve sous différentes formes à quatre niveaux institutionnels sur cinq : barrières subjectives externes, cumul des barrières subjectives, barrières objectives dissuasives et non-dissuasives. Pour que cette barrière se trouve évoquée comme étant « dissuasive » pour 13,6% des individus interrogés, soit 41,2% des individus rencontrant ce type de barrière, c'est que cet item est bien un élément structurant du non-accès dans l'organisation du système de soins de ce quartier vénézuélien.

2) Par ailleurs, le deuxième axe est bien *la carence en médecins, en médicaments,* plus généralement le manque de moyens du système de soins, qui provient des défauts organisationnels, lame de fond de l'architecture du système de santé vénézuélien, et qui explique en grande partie la congestion de celui-ci, ci-dessus mentionnée. Comme preuve de la centralité de cette question dans les préoccupations des habitants, nous observons que cette réponse « manque de médecins » représente la première barrière dissuasive avec 18% des individus déclarant rencontrer cette barrière, autrement dit presque une personne sur cinq, devançant même la réponse « trop d'attente ». Ainsi, en répondant de la sorte, les individus signalent le fait qu'ils renoncent parfois à aller se faire soigner car ils savent que personne ne pourra les recevoir. C'est bien le deuxième axe central que nous retirons de l'analyse de ce tableau concernant l'interposition des barrières institutionnelles dans l'accès aux soins des habitants de Magallanes de Catia.

À Potosi, en Colombie, en revanche, ces barrières se portent sur deux autres axes non moins fondamentaux et dont nous avons vu également les principaux traits dans le chapitre précédent.

1) Tout d'abord, *la préoccupation économique* est beaucoup plus évoquée en Colombie qu'au Venezuela. En effet, il est notoire que la fréquence de la réponse « Je n'ai pas d'argent » représente la première réponse en tant que barrière subjective externe, à un niveau de presque 15%. De surcroit - et c'est l'explication principale de la proportion très supérieure, dans l'échantillon colombien, des barrières institutionnelles de niveau 7 – la catégorie « cumul des barrières subjectives », c'est à dire les individus ayant déclaré rencontrer à la fois une barrières subjective interne et une barrière subjective externe, est surreprésentée en Colombie (19,2% contre 6,4% des personnes interrogées au Venezuela) en raison de la prédominance de la réponse « Je n'ai pas d'argent ». En d'autres termes, cette réponse très fréquente vient s'ajouter très souvent, chez les personnes interrogées, à des barrières subjectives internes de type « Je n'ai pas confiance ». Ainsi, les difficultés financières agissent, dans le système de santé colombien, comme une toile de fond sur laquelle viennent se greffer d'autres barrières subjectives et objectives, et qui explique la hauteur relative plus élevée des barrières institutionnelles dans le quartier pauvre colombien, par rapport au quartier vénézuélien.

2) Par ailleurs, *les limites des Plans Obligatoires de Santé*, c'est à dire le trop petit éventail de soins proposé aux patients, constitue le deuxième frein à l'accès réel aux soins pour les habitants du quartier colombien. Cette réponse constitue même pour certains une barrière dissuasive, avec un tiers des réponses liées à ce thème dans cette catégorie de barrière, soit 10,2% de la population de l'échantillon colombien. C'est donc bien un problème central du système de soins de ce pays, dont nous avions précédemment souligné l'inégalité légale, institutionnelle, que constituait la différence importante séparant les plans de santé des régimes subsidié et contributif. Enfin, à cette barrière institutionnelle objective que représente le POS vient s'ajouter un autre problème de fond, commun aux deux pays : les délais d'attente avant de se faire soigner. La très forte représentation de cette réponse dans le quartier colombien (13,6% des individus considère ce problème comme étant dissuasif), vient tempérer notre hypothèse de départ d'une organisation relativement meilleure du système de santé colombien. Force est de constater que ce dernier connaît, à l'instar du système de santé vénézuélien, des problèmes structurels de congestion chronique du système de soins.

Enfin, afin de vérifier la validité de notre construction théorique concernant les différents niveaux des barrières institutionnelles, nous allons étudier la nature du lien unissant la variable « hauteur des barrières institutionnelles » et la variable « qualité ressentie de l'offre de soins » émanant de la question 8 du questionnaire : « *De 1 à 5, comment qualifieriez-vous la qualité des services de santé qui vous sont offerts ?* ». En effet, si notre raisonnement a un sens au regard de la réalité évaluée par l'enquête de terrain, la variable « hauteur des barrières institutionnelles » devrait avoir une relation – fut-elle ténue – avec la variable « qualité ressentie de l'offre de soins ». Voici la matrice construite sur cette base (*Cf.* Tableau 3.12 : Double matrice : Hauteur des barrières institutionnelles / Qualité ressentie de l'offre de soins, pour Magallanes de Catia et Potosi).

Tableau 3.12 : Double matrice
Hauteur des barrières institutionnelles / Estimation de la qualité de l'offre de soins, pour Magallanes de Catia et Potosi

	Magallanes de Catia Venezuela					**Potosi** Colombie				
Qualité / HautBar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	0	3	5	4	0	1	3	18	9	0
6	2	5	9	9	10	10	5	36	22	6
5	6	16	50	35	14	1	12	32	26	5
4	6	2	27	29	19	1	3	17	11	5
3	4	0	9	16	20	7	0	16	13	28
2	2	0	2	4	29	7	1	2	8	37
1	17	0	2	5	99	20	1	4	8	61
0	0	0	0	0	39	0	0	2	10	51
Moyenne HautBar	**2,7**	**5,3**	**4,6**	**4,3**	**1,8**	**2,8**	**5,0**	**4,9**	**4,0**	**1,6**

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Les résultats du tableau ci-dessus sont particulièrement intéressants à plusieurs égards. Nous observons tout d'abord immédiatement qu'au plus bas niveau de qualité ressentie des soins – niveau « 1 » – la hauteur moyenne des barrières institutionnelles dans les deux pays est

inférieure à « 3 », ce qui veut dire que ceux qui octroient la plus mauvaise note au système de santé rencontrent, en moyenne, des barrières institutionnelles de basse amplitude. Ce résultat, *a priori* paradoxal, est en réalité parfaitement logique car nous observons que les individus qui notent de cette façon leur expérience dans le système de santé, c'est à dire avec une note si extrême, la plus basse possible, sont des gens qui rencontrent, dans les faits, un haut niveau de barrières subjectives internes et relativement peu de barrières objectives. Il est important de souligner que ce phénomène se vérifie à la fois dans le quartier vénézuélien et dans le quartier colombien. Cela implique deux choses : soit nous considérons que notre méthode de classement des barrières institutionnelles n'est pas opérationnelle car les barrières subjectives ont une pondération sous-évaluée par rapport aux barrières objectives, ce qui aboutit à ce résultat paradoxal selon lequel les plus « mécontents », rencontrent en réalité des barrières institutionnelles relativement basses alors *qu'ils auraient dû en rencontrer de plus hautes*, selon notre préconception théoriques des barrières institutionnelles, soit, au contraire, nous faisons le choix d'interpréter le résultat que nous obtenons en disant que, au sein des quartiers tels que nous les avons parcourus, la perception qu'ont les individus les plus mécontents de leur système de santé ne correspond pas nécessairement à une expérience objective négative mais, dans la plupart des cas, à des dispositions personnelles, subjectives, les amenant à cette vision-là. De surcroît, ces barrières subjectives les empêchant de se rendre normalement chez le médecin les font se confronter à moins de barrières objectives que la moyenne des individus. C'est tout le sens de ces barrières relativement basses pour les individus « mécontents », ou du moins très critiques.

Sur le reste des valeurs observables, c'est à dire sur la variation de la variable « qualité » entre « 2 » et « 5 », nous notons une diminution progressive de la hauteur moyenne des barrières institutionnelles, ce qui nous ramène au résultat le plus intuitif, à savoir : plus la note octroyée par les personnes interrogées augmente, plus la hauteur moyenne des barrières institutionnelles décroît, **ce qui implique une tendance unissant les deux variables, sans toutefois pouvoir parler de lien de corrélation**. En effet, le calcul des déterminants de corrélation R2 donne des résultats trop petits pour pouvoir expliquer la variance de la variable « hauteur des barrières institutionnelles » (hautBar, dans R) par celle de la variable « qualité ressentie des soins » (valFin). Avec un résultat de 0.8551 pour le Venezuela et de 0.7975 pour la Colombie (*Cf.* Annexe 7 : Coefficients de détermination entre hautBarTot et valFin, à Magallanes de Catia et à Potosi), nous pouvons déduire un faible lien de corrélation direct entre les deux variables. Toutefois, comme pour les analyses précédentes, nous nous

appuyons sur l'espérance conditionnelle de la variable Y (ici, hautBarTot) en fonction de la variable X (en l'occurrence valFin) qui a un sens bien que, étant donné la nature de nos variables qui ne sont que des variables qualitatives (ou au mieux quantitatives discrètes), ne possède pas la puissance explicative d'une régression linéaire. Mais cette méthode garde, statistiquement une forte significativité.

Et d'un point de vue comparatif, sur la base de cette méthode, nous obtenons comme résultat le fait qu'au Venezuela, la hauteur moyenne des barrières institutionnelles est supérieure à la moyenne obtenue en Colombie sur les valeurs « 2 », « 4 » et « 5 » et au contraire, inférieure sur les valeurs « 1 » et « 3 », ce qui ne permet pas d'identifier un écart cognitif notoire entre les deux quartiers. En effet, si les notes évaluant la qualité des soins et la hauteur des barrières institutionnelles avaient eu un écart significatif entre les deux pays, c'eût été le signe d'une subjectivité des individus clairement dissemblable d'un pays à l'autre : une « mauvaise note » sur la qualité de système de soins aurait impliqué une signification différente, en terme de barrières institutionnelles, pour les habitants des deux quartiers. Ainsi, ces résultats que nous obtenons permettent d'identifier des ordres de grandeurs similaires dans les deux quartiers, ce qui est un signe positif pour la valeur explicative de notre démarche analytique.

Toutefois, une fois ces premiers constats liminaires réalisés, il est important d'analyser le comportement de la variable « barrières institutionnelles » en fonction de la variable « vulnérabilité socio-économique » afin de vérifier si, dans l'un des deux quartiers, les barrières institutionnelles telles que nous les avons définies affectent plus une catégorie sociale plutôt qu'une autre. D'une part, il s'agit, par ce moyen, de mesurer le niveau d'égalité (ou d'inégalités) à l'intérieur de chaque système de soins, dans la mesure où ils seraient capables de faire porter le poids de leurs pesanteurs institutionnelles sur l'ensemble de la population, à égalité, ou si, au contraire, ces pesanteurs pèsent uniquement sur une partie de la population. Et d'autre part, nous pourrons comparer ce critère d'égalité entre les deux systèmes de soins, ce qui nous permettra de développer la thématique égalité-efficacité, intrinsèque aux débats théoriques sur les systèmes de santé. Voici la double matrice que nous obtenons (*Cf.* Tableau 3.13 : double matrice hauteur des barrières institutionnelles / Vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi) :

Tableau 3.13 : double matrice
Hauteur des barrières institutionnelles / Vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi

	Magallanes de Catia Venezuela						**Potosi** Colombie					
Vulnéra / HautBar	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7	5	2	2	3	0	0	2	5	13	7	3	1
6	7	14	11	3	0	0	8	34	20	15	2	0
5	40	48	27	4	2	0	16	30	21	6	3	0
4	28	39	14	3	0	0	6	12	10	7	1	1
3	13	14	19	3	0	0	8	17	16	14	9	0
2	7	19	7	4	0	0	8	18	16	9	3	1
1	18	62	32	8	2	1	11	40	27	12	3	2
0	5	10	16	6	2	0	6	13	23	16	5	0
Moyenne HautBar	**3,74**	**3,06**	**2,92**	**2,82**	**2,00**	**1,00**	**3,34**	**3,34**	**3,17**	**3,13**	**3,03**	**3,00**

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Le tableau ci-dessus indique, en ligne, le niveau des barrières institutionnelles rencontrées et, en colonne, le niveau de vulnérabilité socioéconomique des personnes interrogées, sachant que le « 0 » représente la situation la moins pire (zéro critères de vulnérabilité) et que le « 5 », au contraire, représente la vulnérabilité la plus importante (cinq critères de vulnérabilité). Tout d'abord, le calcul du R2 (*Cf.* Annexe 8 : Coefficient de détermination entre hautBarTot et vulnera, à Magallanes de Catia et à Potosi) permet encore une fois d'écarter la possibilité d'un lien de corrélation direct entre les deux variables : avec un R2 égal à 0.01862 pour l'échantillon vénézuélien et à 0.002008 pour l'échantillon colombien.

Nous observons en revanche une tendance à la baisse progressive de la moyenne de la variable « hauteur des barrières institutionnelles » en fonction de la variable « vulnérabilité » : **plus les individus sont dans une situation socio-économique précaire, moins ils rencontrent, en moyenne, de barrières, et cela dans les deux quartiers étudiés**. Rappelons que la perception de l'état de santé était impacté par la vulnérabilité des individus (*Cf.*

Tableau 3.5 : double matrice État de santé perçu / vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi). Nous constatons donc que cette perception subjective ne rejoint pas ce que nous avons mesuré par notre méthode de calcul : si la perception de leur état de santé décroît avec l'aggravation de leur situation socioéconomique, la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées, quant à elle, décroit également. Il était important de mettre en relief ce léger décalage entre perception cognitive et réalité objective.

Par ailleurs, entre le quartier vénézuélien et le quartier colombien, une différence importante de comportement de la variable « hauteur des barrières institutionnelles » est à souligner. En effet, la hauteur des barrières est globalement plus basse au Venezuela, pour toutes les catégories de vulnérabilité, sauf pour la moins vulnérable, le niveau « 0 », pour laquelle le système de santé colombien interpose moins de barrières institutionnelles entre les patients et les soins, la hauteur moyenne y étant de 3,34 contre 3,74 au Venezuela. Par ailleurs, la dispersion de la hauteur moyenne est plus importante au Venezuela qu'en Colombie, avec une dispersion des valeurs entre 3,74 et 1, contre 3,34 et 3 en Colombie, ce qui implique un impact plus important de la variable vulnérabilité dans le quartier vénézuélien par rapport au quartier colombien, mais au bénéfice des cinq catégories les plus pauvres. Pour résumer, dans les deux quartiers étudiés, le système de santé vénézuélien semble plus inégalitaire - mais en faveur des plus pauvres - que le quartier colombien qui préserve une forme de constance dans la hauteur des barrières institutionnelles, laquelle constance bénéficie, si on relativise, à la catégorie la moins vulnérable. C'est ce constat paradoxal et très important – nous le soulignerons dans la sous-partie suivante – que nous pouvons extraire de ce tableau.

Enfin, comme dernier élément d'analyse et moyen de donner toute sa cohérence à ce chapitre, nous allons étudier les liens unissant la hauteur des barrières institutionnelles et l'accès aux soins afin, d'une part, de comprendre comment s'articulent ces deux concepts et, d'autre part, évaluer dans quelle mesure nous aurions pu améliorer notre méthode analytique au regard des réalités que nous avons observées sur le terrain.

2. Étude du lien complexe unissant les barrières institutionnelles et l'accès aux soins par l'analyse du contexte macro-institutionnel rencontré sur le terrain

Nous voici à un tournant délicat de la thèse. En effet, nous avons, jusqu'à maintenant, traité séparément les questions portant sur l'accès aux soins et celles portant sur les barrières institutionnelles, pour lesquelles nous venons d'esquisser notre propre grille d'analyse. L'objet de cette dernière sous-partie est d'amorcer un bouclage théorique en synthétisant ces deux questions et en développant un sujet qui fait la jonction entre ces deux thèmes interdépendants : il s'agira en effet d'analyser dans quelle mesure et sous quels angles les barrières institutionnelles impactent-elles l'accès aux soins dans les deux quartiers pauvres.

Tout d'abord, rappelons que la création de la variable « hauteur des barrières institutionnelles » s'inscrivait dans le cadre d'une réflexion sur l'évolution globale des systèmes de santé dans les quartiers pauvres des deux pays étudiés, évolution que nous avons décrite comme étant dépendante d'un « circuit institutionnel » reliant l'ensemble des acteurs dans les deux sens interactionnels inhérents à chaque relation. Il s'avère que notre enquête de terrain se proposait d'analyser le point de vue de la demande de soins et d'identifier les barrières institutionnelles faisant barrage entre les individus et les soins proprement dits. Nous avions, en raison de la monographie des deux systèmes de santé réalisée dans le chapitre deux, un apriori défavorable, sur le plan des barrières institutionnelles, pour le système de santé vénézuélien et, sur le plan des inégalités, pour le système de santé colombien. C'est tout le sens de notre problématique, la raison d'être profonde de cette thèse. Or, nous venons de montrer, par la synthèse de nos résultats de terrain que, pour le cas très précis de nos deux échantillons de 500 personnes dans chaque quartier, les barrières institutionnelles sont relativement plus élevées pour l'échantillon colombien, et relativement plus inégalitaires (mais en faveur des catégories les plus pauvres) au Venezuela, soit un résultat exactement opposé à ce que nous avions anticipé, même si par ailleurs, le comportement de la variable « barrière institutionnelle » a suivi une trajectoire prévisible de *tendance positive* (et non corrélative) avec le niveau de vulnérabilité et de tendance positive au moins partielle avec la qualité ressentie des soins.

Le lien significatif qui reste à analyser est donc celui qui unit la hauteur des barrières institutionnelles et l'accès ressenti aux soins. Force est de constater que ce lien, dans le cadre

de l'enquête de terrain, est ténu (*Cf.* Tableau 3.14 : double matrice Hauteur des barrières institutionnelles / accès aux soins, pour Magallanes de Catia et Potosi).

Tableau 3.14 : double matrice
Hauteur des barrières institutionnelles / Accès aux soins,
pour Magallanes de Catia et Potosi

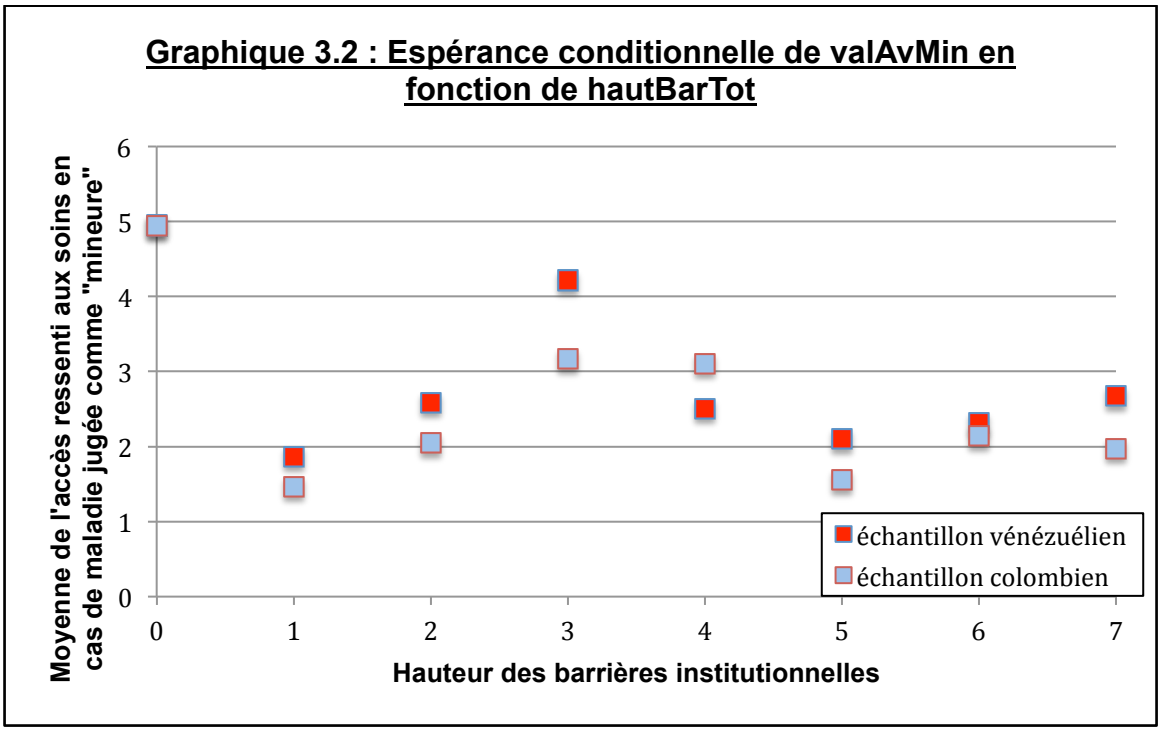
		Magallanes de Catia Venezuela								**Potosi** Colombie							
	HautBar / Accès	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Cas mineur	**0**	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	1	0	57	12	3	29	43	9	0	0	68	23	18	8	51	25	12
	2	0	27	2	4	14	25	9	4	0	9	9	6	8	8	22	8
	3	1	37	16	7	22	51	15	8	2	15	21	13	7	17	30	11
	4	0	2	3	0	2	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0
	5	38	0	4	35	16	0	1	0	61	1	1	26	14	0	2	0
	Moyenne Accès	**4,95**	**1,87**	**2,59**	**4,22**	**2,51**	**2,10**	**2,31**	**2,67**	**4,94**	**1,47**	**2,05**	**3,17**	**3,11**	**1,55**	**2,14**	**1,97**
Cas grave	**0**	0	12	2	2	3	1	0	0	1	12	2	2	1	2	0	1
	1	0	12	1	0	0	1	0	0	0	13	7	3	1	0	3	0
	2	1	2	1	1	3	4	1	0	0	0	2	1	3	4	9	3
	3	1	17	6	0	14	29	10	2	0	25	21	11	5	30	30	10
	4	0	4	4	1	3	5	6	2	0	3	1	2	1	4	3	0
	5	37	76	23	45	61	81	18	8	62	42	22	45	26	36	34	17
	Moyenne Accès	**4,87**	**3,76**	**4,11**	**4,71**	**4,35**	**4,31**	**4,17**	**4,50**	**4,92**	**3,26**	**3,42**	**4,23**	**4,22**	**3,87**	**3,71**	**3,90**

Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

En effet, le tableau ci dessus présente en ligne le niveau d'accès aux soins perçu par les individus suivant la gravité ressentie de leur maladie, et en colonne la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées par les personnes interrogées. Comme pour les analyses précédentes de corrélations entre variables, l'analyse du lien entre ces deux variables est

rendue plus complexe par la nature des réponses qui s'échelonnent de 1 à 5 avec une forte dispersion des nuages de points. Cette caractéristique, inhérente à une enquête qualitative de ce type, ne permet pas de déduire un lien de corrélation entre les variables. Les coefficients de détermination de la variable « accès » par la variable « hauteur des barrières institutionnelles » donne des résultats trop petits pour pouvoir être considérés comme significatifs : 0.03196 (cas mineur) et 0.00347 (cas grave) pour l'échantillon vénézuélien, et 0.08743 (cas mineur) et 0.002462 (cas grave) pour l'échantillon colombien (*Cf.* Annexe 9 : Coefficients de détermination entre valAvMin, valAvGra et hautBarTot, à Magallanes de Catia et à Potosi).

Nous ne pouvons donc pas déterminer statistiquement de lien de corrélation entre les deux variables. Toutefois, une observation plus précise de nos résultats permet de faire plusieurs constats intéressants en matière d'évolution tendancielle des deux variables. En effet, si nous analysons l'évolution de l'espérance conditionnelle de l'accès aux soins ressenti dans le cas de maladies jugées comme mineures (valAvMin, suivant la dénomination choisie sous R) et dans celui de maladies jugées comme graves (valAvGra) en fonction de la hauteur des barrières institutionnelles (hautBarTot), nous notons dans un premier temps la valeur élevée que prend l'accès ressenti aux soins lorsque les barrières prennent une valeur nulle. Ce résultat est logique puisque les personnes déclarant avoir les moyens de se rendre le plus fréquemment chez le médecin sont aussi celles qui déclarent ne rencontrer aucunes barrières institutionnelles à cet accès, quel que soit le niveau de gravité de maladie analysé. En revanche, la suite des résultats mérite toute notre attention (*Cf.* Graphique 3.2 : Espérance conditionnelle de valAvMin en fonction de hautBarTot).

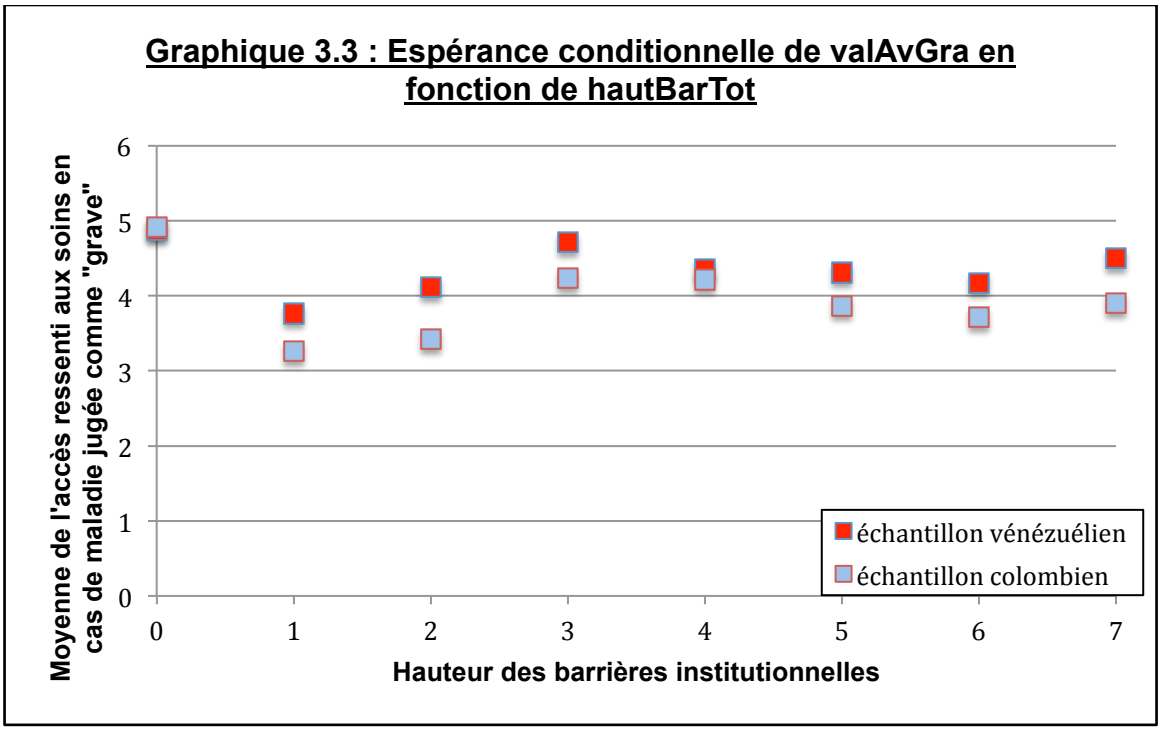


Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Nous voyons clairement dans le schéma ci-dessus une baisse très importante du niveau d'accès aux soins perçu lorsque le niveau des barrières institutionnelles prend une valeur de « 1 » et de « 2 », lesquelles valeurs correspondent aux barrières subjectives, respectivement internes et externes. Rappelons le fait que notre classement des barrières institutionnelles, et leur pondération subséquente, résultait d'une appréciation subjective de la hauteur imputable à chaque type de barrière : nous estimions, suivant notre *a priori*, que les barrières subjectives, c'est à dire propres à chaque individu, étaient relativement moins infranchissables que les barrières objectives intrinsèques au système de soins. Devant les résultats de notre enquête de terrain, nous sommes dans l'obligation de constater que les barrières subjectives, et notamment les barrières subjectives internes qui ont trait aux perceptions cognitives de chacun, sont les types de barrières qui correspondent à une estimation basse de l'accès aux soins estimée par les individus interrogés : **dans le cadre de notre enquête de terrain, les barrières subjectives s'avèrent représenter, dans les deux quartiers étudiés, un obstacle plus important à l'accès aux soins que les barrières dites « externes », c'est à dire liées aux systèmes** (problèmes d'engorgement, offre insuffisante, etc.).

Par ailleurs, nous notons que si notre pondération de la hauteur relative à chaque type de barrière institutionnelle avait su tenir compte d'emblée de cet état de fait, nous aurions pu observer un lien de corrélation entre les variables hautBarTot et valAvMin étant donné

l'évolution décroissante de la variable à partir d'une hauteur des barrières institutionnelles de « 3 ». Donc sans être fausse, notre construction théorique s'avère être perfectible, l'évaluation des tendances concernant à nouveau la hauteur des barrières et l'accès perçu, mais cette fois dans le cas de maladies considérées comme graves, vient à l'appui de ces premiers résultats (*Cf*. Graphique 3.3 : Espérance conditionnelle de valAvGra en fonction de hautBarTot).



Source : enquête de terrain réalisée par l'auteur (2011)

Nous observons que dans le cas des maladies considérées comme graves, les individus répondent systématiquement connaître une fréquentation moyenne plus importante de l'offre de soins, et donc implicitement un accès moyen plus ample dans ce cas de figure spécifique. Nous notons également un impact toujours présent des barrières subjectives, mais atténué par rapport au cas des maladie bénignes étudié précédemment.

D'un point de vue comparatif, nous constatons entre les deux échantillons un écart en ce qui concerne le niveau d'accès perçu par les personnes interrogées. L'espérance conditionnelle de l'accès perçu est en effet pratiquement toujours supérieure au Venezuela quel que soit le niveau des barrières institutionnelles, à l'exception du niveau 4 (cas mineurs) et du niveau 0 (cas graves). Cette observation implique donc le fait que pour les personnes interrogées au Venezuela, les barrières institutionnelles - que nous avons nous-même classées par catégorie - ont un poids relatif moins important dans leur fréquentation *déclarée* du système de soins que

pour les personnes de l'échantillon colombien : **par conséquent, les barrières institutionnelles ont, dans le quartier vénézuélien, un impact indirect moins important sur la perception qu'ont les individus de leur niveau de fréquentation du système de soins, que dans le quartier colombien**. Ces résultats corroborent les analyses que nous avons faites jusqu'à présent.

Conclusion du Chapitre 3

Ainsi, pour conclure ce chapitre, il semble impératif de synthétiser les résultats que nous avons développés jusqu'à présent. Fondé de prime abord sur une analyse spatiale des systèmes de santé implantés dans les deux quartiers pauvres, nous avons pu constater dans ce chapitre une densité de l'offre de soins très supérieure dans le quartier vénézuélien par rapport à celle du quartier colombien. Les principes sous-jacents au développement exponentiel de la Mission *Barrio Adentro* ont permis ce maillage de l'offre de soins, appuyé sur la stimulation du « pouvoir populaire », c'est à dire les individus prenant en charge eux-mêmes les problèmes qu'ils rencontrent au quotidien, avec un appui variable de l'État. Cette institutionnalisation de l'offre de soins propre au Venezuela, que nous avons décrite comme émanant du « bas », c'est à dire des communautés organisées, a donné lieu à une architecture du système de soins que nous pouvons qualifier « d'organique », de par la très grande imbrication existant entre la structure sociale créatrice des règles et les acteurs qui s'y implantent : proximité des médecins avec les patients, imprégnation des règles par les habitants, forte implication de ceux-ci dans les décisions qui sont prises collectivement, etc. Tous ces éléments ont permis l'éclosion rapide d'une offre de soins dont nous avons pu mesurer nous même l'importance de son développement infrastructurel et son impact positif sur la perception qu'ont les individus de leur état de santé (*Cf.* Tableau 3.4, p.252). Ces éléments ne se retrouvent pas en Colombie où l'essentiel des soins octroyés aux patients le sont via le programme rattaché au SISBEN : le réseau de CAPS et de CAMI vers lesquels convergent une part importante des patients du quartier colombien de Potosi (*Cf.* Tableau 3.9, p.266).

Mais ces réalités divergentes quant à la philosophie sous-jacente aux mécanismes régulant l'offre de soins destinée aux plus démunis ne doit pas masquer une réalité qu'a mise en lumière cette enquête de terrain en ce qui concerne le Venezuela : l'importance relative des acteurs privés dans l'octroi de plans d'assurance-santé à la population du *barrio* (*Cf.* Tableau

3.8, p.264). Divisée sur le processus politique à l'œuvre au Venezuela, une partie de l'échantillon (36%) a choisi d'être prise en charge par les systèmes d'assurance privés, bien qu'une part conséquente de celle-ci (environ un tiers) utilisent malgré tout les missions dans le cas de maladie jugée par elle bénigne. Ce phénomène de circulation inter-régime n'existe pour ainsi dire pas du tout en Colombie où les choix des individus, s'ils sont censés être plus larges au moment de l'affiliation, sont ensuite bien plus encadrés et restreints au réseau de soins auquel ils se sont affiliés, une fois l'EPS « choisie » par l'individu suivant les informations partielles que celui-ci parvient à recueillir.

Une fois insérés dans le circuit institutionnel que représente le système de santé, les individus rencontrent un certain nombre de barrières institutionnelles, dont nous avons élaboré une typologie et qui s'interposent entre eux et l'offre de soins. Les chiffres recueillis sur le terrain nous ont permis de mettre en évidence plusieurs tendances.

Tout d'abord, nous avons souligné le fait que les habitants du quartier vénézuélien rencontrent des barrières en moyenne moins hautes que les habitants du quartier colombien (*Cf.* Tableau 3.10, p.277), ce qui contrevient à notre intuition de départ, formée à l'issu de la monographie du système de santé vénézuélien élaborée dans le chapitre précédent. Les chiffres montrent en effet une juxtaposition des barrières subjectives et objectives plus importante en Colombie, faisant croître leur hauteur moyenne pour l'échantillon du quartier colombien (*Cf.* Tableau 3.11, p.279). Par ailleurs, les habitants de Potosi rencontrent des problèmes principalement liés à leur situation économique, ainsi qu'aux limitations intrinsèques au Plan Obligatoire de Santé Subsidié (POS-S), c'est à dire à l'éventail de médicaments et de traitements rendus disponibles par la loi colombienne pour les personnes les plus pauvres intégrées au SISBEN. Les habitants de Magallanes de Catia rencontrent, eux, des problèmes principalement liés à la congestion du système et au manque de médecins chronique du système de santé vénézuélien, problème que nous avions détecté dès la monographie du chapitre 2.

En ce qui concerne le comportement de cette variable « barrières institutionnelles », il est à noter que la nature de notre enquête ne nous a pas permis de déterminer avec fermeté un lien de dépendance entre variables mais uniquement de percevoir deux grandes tendances que voici :

- Du point de vue des *inégalités*, nous avons noté une plus grande variance de la hauteur des barrières institutionnelles selon la catégorie socio-économique pour l'échantillon vénézuélien, ce qui veut dire qu'une plus grande inégalité frappe les habitants de Magallanes de Catia face aux barrières institutionnelles, bien que cette inégalité soit en faveur des populations les plus démunies et est donc, globalement, une inégalité « positive ». L'échantillon colombien observe, lui, une constance dans l'évolution de cette variable par rapport à la vulnérabilité socio-économique des habitants.

- Du point de vue de la *nature des barrières*, nos résultats démontrent, dans les deux quartiers, une plus grande importance des barrières subjectives dans l'accès perçu aux soins, par rapport aux barrières objectives, et notamment les barrières subjectives internes que nous avions définies comme étant les barrières issues des déterminismes cognitifs propres aux individus, leur imaginaire ou les contraintes personnelles qui limitent leur action.

Donc globalement, au-delà des déterminants spatiaux-infrastructurels pour lesquels nous avons vu que le quartier vénézuélien présentait une supériorité sur le quartier colombien, l'échantillon vénézuélien présente également une avance tant *cognitive* - c'est à dire sur tout ce qui touche à la perception qu'ont les individus de leur état de santé, de l'accessibilité des soins, de leur insertion dans le système organisationnel chargé de leur dispenser des soins – qu*'objective*, avec des barrières institutionnelles globalement moins hautes et qui freinent relativement moins l'accès perçu aux soins. Cette enquête de terrain présente donc un bilan globalement favorable au Venezuela, sans toutefois nous instruire d'un écart considérable entre l'un et l'autre des deux quartiers en matière d'accès aux soins. Pourtant, étant donné les moyens importants mobilisés par l'état vénézuélien - et dont la densité importante de dispensaires de soins en est la preuve tangible – cette évaluation positive reste malgré tout un bilan en demi-teinte, la question de la « soutenabilité » de l'architecture du système de santé vénézuélien restant posée.

CHAPITRE IV

Synthèse et prospective :

Retour sur la notion de circuit institutionnel et de sa portée analytique relative aux barrières à l'accès aux soins

De la théorie à la réalité observée, il existe un écart dont le rôle de tout travail analytique est de réduire l'amplitude. Ces six mois passés sur le terrain ont permis à nos recherches d'acquérir une dimension nouvelle, un réalisme qui, jusque-là, n'influençait que trop marginalement nos raisonnements. Bien loin de penser que cette confrontation à la réalité sociale que recouvre l'accès aux soins chez les plus démunis peut altérer nos analyses, nous considérons cet apport comme une force dans notre démonstration théorique. Ainsi, l'enquête de terrain développée dans le Chapitre 3 avait pour but de mettre en lumière des tendances observables à l'échelle micro-institutionnelle, dans les quartiers les plus pauvres des deux pays. Ce dernier chapitre a pour but de synthétiser l'ensemble de nos résultats afin d'en tirer le meilleur parti dans l'amélioration et le développement de notre cadre d'analyse utilisé jusqu'ici, à savoir le « circuit institutionnel ».

En effet, depuis le commencement de cette thèse, notre analyse des systèmes de santé colombien et vénézuélien nous amène inéluctablement à faire le constat qu'une étude approfondie des soubassements institutionnels de l'architecture édifiée par les réformes entreprises par la Colombie et le Venezuela ne peut se soustraire à l'élaboration minutieuse d'une enquête de terrain. Cette enquête devait permettre de porter un éclairage nouveau sur les liens institutionnels noués entre les différents acteurs du système – catégorisés par nous en trois « sphères interactionnelles » - et de la capacité de ces liens, de natures très différentes pour chaque pays, à étendre l'accès aux soins et à dépasser, ou non, les limites que nous avons identifiées d'un point de vue « théorique » – ou plutôt « macro-institutionnel » – dans le chapitre 2. Ces limites sont les suivantes : une reproduction des inégalités en santé dans le système post-réforme colombien, mais avec une meilleure cohérence organisationnelle et, à l'opposé, une extension de l'accès aux soins suite à la réforme conduite par le gouvernement vénézuélien, mais au prix d'une déstructuration et une désorganisation chronique du système de santé vénézuélien.

Mais l'enquête de terrain de six mois a permis d'enrichir notre étude et par conséquent d'affiner notre jugement. Il nous apparaît donc désormais indispensable d'amener ces apports micro-institutionnels à un niveau d'analyse permettant l'amélioration de notre vision théorique macro-économique. Pour ce faire, nous récapitulerons dans ce chapitre conclusif les données micro-institutionnelles accumulées lors de l'enquête de terrain que nous resituerons dans le cadre d'analyse du circuit institutionnel, puis nous comparerons nos résultats à l'évolution observée des grands agrégats macroéconomiques, mettant ainsi en évidence les points de concordance et les points de divergence entre notre analyse et les réalités observées d'un point de vue macroéconomique (Section 1). Ensuite, à la lumière des résultats obtenus par ce rapprochement, nous réévaluerons l'efficacité du concept de « circuit institutionnel » à expliquer les faits observés au sein des deux systèmes de santé, ce qui nous permettra, d'une part, de formuler de nouvelles hypothèses de travail plus opérationnelles puis, appuyés sur ces dernières, d'émettre un ensemble de suggestions de politiques publiques des systèmes de santé destinées aux décideurs politiques des deux pays étudiés (Section 2).

Section 1 : Des observations de terrain aux évolutions macroinstitutionnelles : vers un rapprochement des deux dimensions analytiques

Toute la difficulté d'une « remontée théorique » du niveau micro vers le niveau macro réside dans le fait de savoir isoler les observations suffisamment fiables qui permettent de déduire des faits stylisés pertinents sur une échelle d'observation supérieure. Cependant, afin de se détacher clairement de l'individualisme méthodologique et suivant en cela la pensée de Durkheim, il paraît impératif de rappeler le fait que *le tout n'est pas réductible à la somme des parties*, autrement dit, suivant une démarche holistique, nous considèrerons que les systèmes que nous étudions sont « supérieurs » à la somme des analyses partielles faites sur le terrain : d'une part, les individus sont fortement déterminés par le milieu dans lequel ils évoluent et, d'autre part, la richesse de leurs interactions aboutit à un système dont l'évolution globale peut être distincte de celle des microcosmes étudiés dans le chapitre 3. Ce système de pensée, issu de notre volonté de conduire un raisonnement multi-échelle à ce stade de la thèse, nous amène donc, d'une part, à **synthétiser** les multiples conclusions de l'enquête de terrain (A) et, d'autre part, à éclairer ces résultats par un rappel de l'évolution des grandes variables **macroéconomiques** pour chacun des deux pays (B).

A. Synthèse des résultats de l'enquête de terrain : les points clés de l'accès aux soins et des institutions

C'est donc à ce point de la thèse que nous relevons le défi d'opérer la jonction entre nos observations de terrains et le cadre théorique que nous avions élaboré préalablement et qui, rappelons-le, consistait en une approche réflexive, une réappropriation des concepts-clés des différents courants de l'économie de la santé qui nous paraissaient pertinents dans l'étude des systèmes de santé latino-américains. Mais afin de préparer cette indispensable jonction, il convient de faire la synthèse des résultats obtenus, d'une part, puis d'analyser ces résultats en portant toute notre attention sur l'évolution des grandes variables macroéconomiques. Cette hauteur de vue nous permettra ensuite de développer notre cadre conceptuel macro-institutionnel.

1. Synthèse des résultats de l'enquête de terrain du point de vue de l'accès aux soins

Le travail déployé sur le terrain a permis de développer un ensemble de résultats et de conclusions portant simultanément sur plusieurs dimensions analytiques. Le but de cette sous-partie sera de les synthétiser et d'en proposer un premier tableau synoptique. En effet, l'enquête de terrain de six mois nous a amené à porter notre attention sur des aspects très divers de notre objet d'analyse, sous des angles parfois insoupçonnés avant notre départ. Ce sont ces apports empiriques de natures différentes qu'il convient désormais de classifier afin de pouvoir en tirer parti dans les parties suivantes. Parmi ces résultats, deux catégories particulières se distinguent : 1) les résultats portant directement sur *l'accès aux soins* des personnes interrogées ou leur insertion socioéconomique dans le système étudié ; et 2) les résultats qualifiant *les barrières à l'accès aux soins*, autrement dit mettant en lumière un vecteur fondamental de subjectivité chez les individus insérés dans ce système.

Cette double analyse se subdivise elle-même en deux aspects-clés de l'étude : 1) les résultats portant un *éclairage conceptuel* sur nos objets d'analyse - l'accès ou les barrières à l'accès - et 2) ceux pointant spécifiquement des éléments permettant de *comparer* les deux systèmes de soins. Ainsi, nous pouvons construire le tableau synoptique suivant, que nous commenterons ensuite (*Cf.* Tableau 4.1 : Tableau synoptique des résultats de l'enquête de terrain).

Tableau 4.1 : Tableau synoptique des résultats de l'enquête de terrain du point de vue de l'accès et des barrières à l'accès

	Accès aux soins	Barrières à l'accès
Éclairage conceptuel	La moyenne de l'état de santé perçu diminue avec l'augmentation de la vulnérabilité socioéconomique.	Les individus qui notent le moins bien le système de soins sont ceux qui rencontrent le moins de barrières : dispositions subjectives négatives.
	La moyenne de l'accès ressenti aux soins augmente avec la gravité de la maladie : plus la maladie est grave, plus les soins semblent accessibles aux individus.	Une tendance unissant les deux variables « hauteur des barrières institutionnelles » et « qualité ressentie » est observée : plus les barrières sont hautes, moins la qualité ressentie par les individus est élevée.
	Les personnes les plus pauvres ont tendance à réserver leurs consultations chez le médecin lorsqu'elles considèrent que la maladie déclarée est grave.	Plus les individus sont dans une situation socio-économique précaire, moins ils rencontrent, en moyenne, de barrières.
	Il n'y a pas de lien observable entre l'accès ressenti aux soins et le niveau socioéconomique : l'accès ressenti n'augmente pas avec le revenu.	

-	Différences notables dans la répartition statutaire des individus entre les échantillons recueillis dans les deux pays et les données nationales.	Les barrières subjectives s'avèrent représenter, dans les deux quartiers étudiés, un obstacle plus important à l'accès aux soins que les barrières dites « externes », c'est à dire liées aux systèmes.
	Un système universel comme celui du Venezuela accroit la circulation inter-régime.	Une plus grande importance des barrières subjectives dans l'accès perçu aux soins est constatée, par rapport aux barrières objectives, et notamment les barrières subjectives internes qui sont définies comme étant les barrières issues des déterminismes cognitifs propres aux individus, leur imaginaire ou les contraintes personnelles qui limitent leur action.
	La variable « gravité de la maladie » affecte le choix des individus suivant la distance que ceux-ci ont à parcourir pour se rendre à un centre de soins.	
Éclairage comparatif	La densité de l'offre de soins très supérieure dans le quartier vénézuélien par rapport à celle du quartier colombien.	Les barrières institutionnelles rencontrées par les individus interrogés en Colombie sont légèrement plus hautes que celles rencontrées par les habitants du quartier vénézuélien (moyenne de 3,23 contre 3,14).
	L'échantillon vénézuélien est moins précaire suivant trois critères (logement, emploi, structure familiale).	
	La vulnérabilité socioéconomique moyenne est de 1,71 en Colombie et de 1,19 au Venezuela.	L'automédication est plus élevée en Colombie (21,2 contre 18%) liée à une campagne préventive réussie au Venezuela et à une forme de défiance en Colombie.
	La moyenne de l'état de santé perçu est supérieure au Venezuela (tous les niveaux socio-économiques sauf le moins favorisé).	
	La moyenne de l'accès ressenti aux soins est toujours supérieure au Venezuela (cas graves et cas mineurs).	Les barrières sont concentrées sur deux axes : Venezuela = facteur temps et carence en médecins. Colombie = préoccupations économiques et limite des POS.
		Les deux pays connaissent le problème de congestion à égalité.
	La différence dans l'accès ressenti est moins importante pour les maladies bégnines (l'efficacité des missions est à relativiser).	Le système de santé vénézuélien est plus inégalitaire - mais en faveur des plus pauvres - que celui du quartier colombien qui préserve une forme de constance dans la hauteur des barrières institutionnelles.
	Les points d'accès intermédiaires jouent mieux leur rôle en cas de maladie grave à Potosi où 31,2% des individus déclarent les utiliser contre seulement 11,2% à Magallanes de Catia.	Les barrières institutionnelles ont, dans le quartier vénézuélien, un impact indirect moins important sur la perception qu'ont les individus de leur niveau de fréquentation du système de soins, que dans le quartier colombien.

Source : Tableau réalisé par l'auteur (2012)

La synthèse proposée ci-dessus permet de tirer deux conclusions : l'une portant sur la démarche analytique en soi et l'autre sur les résultats de la comparaison entre les deux quartiers.

D'une part, du point de vue de l'éclairage conceptuel, la double analyse empirique de l'accès aux soins que nous avons réalisée – c'est à dire l'analyse à la fois « positive », par l'étude de l'accès aux soins en lui-même, et « négative », ou « en creux », par l'analyse des barrières institutionnelles à l'accès – permet de mettre en évidence des caractéristiques très spécifiques que la seule étude de l'accès n'eut pas permis de mettre en lumière. En effet, nous observons par exemple que les résultats portant sur l'accès aux soins ne permettent pas d'établir de lien ferme entre l'accès ressenti aux soins et le niveau socioéconomique des individus. En revanche, en analysant ce phénomène sous l'angle des barrières institutionnelles, une tendance apparaît, puisque nous observons alors que plus les individus sont dans une situation socioéconomique précaire, moins ils rencontrent, dans les deux systèmes mais de façon plus accentuée au Venezuela, de barrières institutionnelles à l'accès. Cet exemple, qui n'est pas le seul, permet de justifier la démarche analytique que nous avons suivie : nous observons un affinement très net de la perception de l'accès aux soins en considérant, dans un deuxième temps, la hauteur des barrières institutionnelles qui s'interposent entre les individus et les soins de santé.

D'autre part, d'un point de vue comparatif et sur plusieurs aspects différents, le système de santé semble, dans le quartier pauvre vénézuélien, ouvrir un accès aux soins plus étendu et plus efficace que dans le quartier pauvre colombien, bien que cette assertion doive être tempérée comme nous le verrons ensuite. En effet, de prime abord, tant du point de vue de l'accès que des barrières à l'accès, nos résultats statistiques esquissent un système de santé vénézuélien plus opérationnel dans la résolution des problèmes spécifiques que connaissent les quartiers les plus pauvres. La réforme entreprise au Venezuela au début des années 2000 s'avère donc mieux adaptée dans ce contexte aux besoins très particuliers que la réforme colombienne. Que ce soit en termes de densité infrastructurelle, d'intégration dans le milieu ambiant, d'acceptation et d'assimilation cognitive des règles par les individus - toutes choses que nous avons regroupées au sein du concept « d'institutionnalisation de l'accès aux soins » - les modalités d'expansion du système de soins vénézuélien, c'est à dire en partant du bas de l'architecture institutionnelle, permettent un meilleur ancrage, tant qualitatif que quantitatif, de l'accès aux soins dans la zone restreinte du quartier pauvre. Toutefois, il est à noter qu'un

résultat important apparaît en ce qui concerne la périphérie directe des quartiers pauvres étudiés : le système de santé Colombien assure une meilleure densité de points d'accès « intermédiaires », ce qui influe directement sur l'efficacité du système de soins à acheminer les patients dans le reste du système en cas de maladie grave.

Ainsi, le système de santé vénézuélien semble mieux s'insérer dans la réalité des quartiers pauvres, bien que le quartier colombien bénéficie, d'une part, d'une meilleure ceinture d'accès intermédiaires autour du quartier pauvre et, d'autre part, est impacté négativement par le contexte économique global, plus défavorable en Colombie qu'au Venezuela, facteur participant à la relativisation de nos résultats. Mais avant d'effectuer ce travail nécessaire de relativisation des résultats par une prise de hauteur macroéconomique, il convient d'accomplir à nouveau un travail de synthèse de nos résultats, mais cette fois du point de vue des institutions.

2. Synthèse des résultats de l'enquête de terrain du point de vue des institutions

Ainsi, s'il apparaît dans notre enquête de terrain une supériorité du Venezuela sur la Colombie en matière d'accès aux soins dans les quartiers étudiés – supériorité qui reste à relativiser d'un point de vue macroéconomique, tant sur le plan du coût des deux systèmes que sur celui de leurs résultats observés par les organisations internationales – il semble utile de synthétiser l'implication des deux réformes sur le plan des transformations institutionnelles. Pour cela, nous allons également construire un tableau synoptique faisant le point sur cette question précise. Pour construire ce deuxième tableau récapitulatif, contrairement au premier tableau, nous ne pouvons éviter d'utiliser nos catégories de base que sont les deux quartiers étudiés : Potosi pour la Colombie et Magallanes de Catia pour le Venezuela. Il semble ensuite pertinent, pour que ce chapitre conclusif soit le plus clair possible, de diviser le tableau en deux autres catégories : d'un côté les modalités organisationnelles, tant légales qu'infrastructurelles, prévues par les réformes pour amener les individus à se comporter comme le prévoit l'idéologie qui sous-tend chacun d'elles ; et de l'autre les réalités comportementales observées sur le terrain (*Cf.* Tableau 4.2 : Tableau synoptique des résultats en matière de réalités institutionnelles observés lors de l'enquête de terrain).

Tableau 4.2 : Tableau synoptique des résultats en matière de réalités institutionnelles observés lors de l'enquête de terrain		
	Modalités institutionnelles et infrastructurelles prévues par la réforme	Réalités institutionnelles et comportementales observées
Venezuela	En vertu de la construction d'une démocratie participative, les habitants doivent se réunir en conseils communaux et délibérer sur les priorités de développement de leur quartier. C'est l'institutionnalisation « par le bas ».	Les conseils communaux réunissent principalement les soutiens du gouvernement et ne reflètent donc pas parfaitement la volonté générale dans les quartiers pauvres, étant donné la division profonde de la société vénézuélienne sur le projet politique en cours.
	Les conseils communaux doivent constituer, par agrégation, une Commune au pouvoir législatif national. La démocratie participative est envisagée selon plusieurs niveaux décisionnels structurant à terme l'organe législatif de la République.	Le projet de la Commune se confronte aux contraintes de la démocratie parlementaire traditionnelle, qui est contre l'instauration d'un contre pouvoir populaire. C'est un thème clivant et fondamental de la société vénézuélienne.
	La démocratie participative a pour organe essentiel le conseil communal qui représente le lien direct entre les citoyens et l'État. À ce titre, les conseils communaux doivent être en relation directe avec l'État.	Un grand nombre de défaillances sont énumérées par les acteurs concernant ce lien « direct », qui s'avère lui aussi pénalisé par les pesanteurs bureaucratiques afférentes à la société vénézuélienne.
	Le peuple doit se gouverner lui-même, seule issue envisagée pour dépasser les défauts de la démocratie représentative.	Le mécanisme institutionnel à la base du conseil communal reste l'élection. Le conseil communal est donc une nouvelle forme de bureaucratie « semi-publique » élue.
	Le système entier repose sur le volontariat et l'adhésion massive des citoyens étant donné que chaque conseil communal a besoin de 20 à 30 personnes pour fonctionner normalement.	Cette classe de citoyens effectuant des tâches bureaucratiques parfois complexes n'est pas rémunérée, ce qui pose la question de la pérennité dans le temps d'un tel fonctionnement.
	Le système de santé est universel et gratuit.	Le système de santé reste divisé entre une logique assurancielle et une logique assistancielle sans qu'une orientation claire soit définie.
	Le financement de la part assistancielle du système de santé est garanti par l'État via le FONDEN.	La hauteur et la constance des financements parvenant aux comités de santé varient périodiquement en fonction des cours du pétrole.

Colombie	La réforme prévoit une multiplicité d'assureurs garantissant la conformité du système de santé avec la règle de concurrence pure et parfaite. C'est ce que nous appelons l'institutionnalisation « par le haut ».	Les assureurs disposent d'un pouvoir de marché très important étant donné leur position oligopolistique face à l'éclatement des offreurs de soins.
	Les individus sont rationnels et donc capables de choisir la meilleure offre de soins. Ce principe est la clé de voute théorique justifiant la concurrence entre les offreurs de soins ainsi qu'entre les assureurs.	Les individus ne choisissent pas leur police d'assurance en fonction de critères objectifs mais suivant un processus fortement mimétique, sans considérer la totalité des informations, magnifiées et donc déformées par la publicité.
	Les deux Plans Obligatoires de santé sont destinés à converger dans la couverture de soins qu'ils octroient aux affiliés des deux régimes : subsidié ou contributif.	La liste des médicaments et traitements disponibles pour chacun des deux POS ne connait toujours pas de processus visant à les faire converger. Cela contraint une partie de la population bénéficiant du POS-S à se tourner vers la justice qui devient alors un pilier du système de santé.
	L'État garde une prérogative importante de contrôle et de supervision du système de santé.	Le type de contrôles actuellement mis en œuvre ne permet pas à l'État d'être efficace et de tenir pleinement son rôle. Le centre de gravité institutionnel s'est donc déplacé vers les assureurs qui détiennent un fort pouvoir institutionnel.
	Le SISBEN est un outil statistique décentralisé devant cibler les populations pauvres pouvant bénéficier du régime contributif.	Sa trop forte décentralisation expose cet outil aux multiples canaux de la corruption. Les cibles ne sont donc pas toutes les plus pauvres.
	Le seul principe rétroactif prévu est celui inhérent à la démocratie représentative.	Le lien entre les citoyens et l'État est très distendu pour des raisons historiques de violence endémique à la fois politique, mafieuse et commune qui ont augmenté la méfiance envers les Institutions et réduit, par ricochet, le champ institutionnel des individus à la communauté restreinte.

Source : Tableau réalisé par l'auteur (2012)

Le tableau ci-dessus montre bien les antagonismes que nous avions relevés d'un point de vue macro-institutionnel et que nous avons pu vérifier sur le terrain. Sur un plan général, l'analyse

en termes d'institutionnalisations « par le bas » et « par le haut », pour décrire les processus à l'œuvre au sein des deux architectures institutionnelles, est valide malgré les objections faites à l'endroit des mécanismes rétroactifs prévus par la réforme vénézuélienne. En effet, les lourdeurs bureaucratiques, qui modèrent l'efficacité de la démocratie participative, s'observent dans les deux systèmes, aussi bien vénézuélien que colombien, aggravant d'ailleurs d'une façon égale la congestion du système de soins, laquelle est une émanation desdites lourdeurs, et ne peut donc pas être uniquement imputée à la nature intrinsèque du système de santé vénézuélien, comme nous le pressentions à tort au commencement de cette thèse.

De même, nous avons constaté, sur le terrain, la division qui traverse la société vénézuélienne et qui a pour conséquence une surreprésentation des citoyens attachés au processus politique dans les instances démocratiques qui constituent le cœur du processus d'institutionnalisation « par le bas ». Cet état de fait peut être analysé de plusieurs façon suivant les points de vue : soit comme un accaparement planifié, voulu, de la démocratie participative au bénéfice du pouvoir en place, soit comme l'incapacité des gouvernants à rendre le processus politique et la rupture qu'il implique acceptable aux yeux de la moitié de la population qui refuse alors, par réaction, de s'investir dans ces instances. Notre analyse, nos entretiens nombreux sur le terrain, nous amènent à considérer que les deux raisons se mélangent suivant les quartiers, suivant les cas de figures considérés : logique de pouvoir et incompréhensions mutuelles forment ensemble un bloc obstruant les canaux de la démocratie participative pour une part très importante de la population vénézuélienne. Mais d'un point de vue logique, cette évolution inhérente à un processus révolutionnaire contesté, ne peut remettre en cause le constat de l'existence du processus général de production de règles depuis le bas de l'architecture institutionnelle vénézuélienne.

Pour la Colombie, comparativement, la synthèse des résultats réalisée dans le tableau 4.2 est encore plus saisissante. Si des initiatives populaires sont mises en place – nous l'avons constaté à Potosi dans le domaine de l'éducation – celles-ci n'ont pas un soutien massif, continu, cohérent des Institutions colombiennes. Leur marginalité nous interdit donc de les comparer au processus vénézuélien. Les colombiens, par conséquent, « subissent » la règle établie par la réforme et dont la substance essentielle est la concurrence entre les acteurs du système, au centre duquel se trouvent les assureurs. Mais insérés dans un circuit institutionnel déséquilibré par nature, soutenus suivant une idéologie non conforme aux réalités pratiques

que vivent les individus, les assureurs (EPS) ont acquis un pouvoir institutionnel coercitif s'exerçant de tout son poids sur l'offre de soins, en premier lieu, mais également sur la demande de soins par la distorsion informationnelle générée grâce à la place qui est faite à la publicité, ainsi que sur l'État, contraint de considérer le poids économique représenté par le marché oligopolistique des assureurs en santé et, ce faisant, d'abandonner progressivement une partie de ses prérogatives sur le contrôle des EPS. Dans ce cadre d'analyse ici synthétisé, il s'agit bien d'un processus d'institutionnalisation formé depuis « le haut » de l'architecture institutionnelle colombienne.

Ainsi, la mise en place de deux médiations institutionnelles différentes pour parvenir à étendre l'accès aux soins à des catégories jusqu'alors en marge du système de santé ont un résultat relativement meilleur dans l'un des deux pays. L'institutionnalisation par le bas, malgré tous les défauts que nous avons soulignés et soupesés, octroie au Venezuela des avantages nets sur la Colombie qui, sans connaître un écart considérable avec le Venezuela suivant le critère de l'accès aux soins, reste insérée dans un processus globalement moins vertueux que le Venezuela, c'est à dire moins à même d'étendre et d'ancrer l'accès aux soins dans la réalité des quartiers pauvres colombiens. Mais cette analyse synthétique - issue à la fois de l'analyse de l'architecture institutionnelle et de l'enquête de terrain - ne peut se suffire à elle-même : elle nécessite le développement du contexte macro-économique qui permettra de consolider une vision illustrant, dans toute sa complexité et ses nuances, le positionnement relatif des deux systèmes.

B. Éclairage macroéconomique des résultats de terrain

Si les formes opposées d'institutionnalisation de l'accès aux soins que nous identifions dans les deux pays ont un impact différent sur l'accès aux soins, et ce plutôt en faveur du Venezuela selon notre thèse, il convient maintenant d'analyser à quel prix ces effets ont été obtenus et dans quel contexte social et économique ils s'inscrivent. Ces deux formes d'institutionnalisation doivent donc être comparées du point de vue macroéconomique suivant deux critères fondamentaux : les efforts financiers que chacune d'elle implique pour les deux pays, d'une part, et l'évolution des grands indicateurs macro-sociaux identifiés par les organismes internationaux, d'autre part.

1. Les résultats analysés sous l'angle de leur coût global pour chacune des deux sociétés

Dès le Chapitre 2, nous avions entrevu, dans nos monographies des systèmes de santé, certaines données macroéconomiques incontournables à la compréhension des tensions sociales à l'œuvre au sein des deux pays étudiés. Il convient dans ce dernier chapitre de les rappeler en les complétant, puis de tenter d'expliquer la divergence des conclusions selon l'angle d'analyse choisi. Cet éclairage nouveau permettra, dans la section suivante, d'affiner notre cadre conceptuel à partir de cette vision désormais globale de notre sujet d'étude. D'un point de vue méthodologique, il s'agit donc bien, dans cette dernière partie de la thèse, de tenter de passer de notre cas particulier à des conclusions générales, c'est à dire de procéder à une démarche analytique de type inductive.

Dès lors, l'idée de départ est de repérer le coût supporté par la société pour chacun des deux systèmes de santé puis d'en observer les résultats du point de vue des grands indicateurs sociaux afin, *in fine*, de situer les conclusions de notre enquête de terrain dans ce contexte dressé dans sa globalité.

En matière de financement, nous l'avons vu dès le chapitre II, les choses sont peu claires du côté du Venezuela. Les montants alloués aux dépenses de santé et déclarés par les organes officiels du gouvernement n'incluent pas les dépenses relatives à la mission *Barrio Adentro*, dont nous avons pu mesurer l'ampleur dans notre enquête de terrain. En Colombie, en revanche, les chiffres énoncés semblent bénéficier historiquement d'un niveau de crédibilité plus important. Toutefois, aucun des deux pays ne rend disponible de comptes détaillés de la santé, identifiant clairement les dépenses nationales et les dépenses courantes de santé, ou précisant les postes de dépenses par objet, par type de consommation de soins. Rappelons précisément les données dont nous disposons.

En Colombie, les dépenses totales de santé déclarées s'élèvent à 7,6% du PIB (OMS, 2012), soit approximativement, selon les sources, entre 26 et 27 milliards de dollars à prix courants, pour l'année 2010. Pour le Venezuela, le chiffre officiel, pour la même année, est de 4,9% du PIB, ce qui amène cette dépense à environ 15 milliards de dollars, toujours en prix courants. Donc *a priori*, les dépenses de santé, publiques et privées, sont strictement supérieures en

Colombie. Mais ramenées à la population de chaque pays, les ordres de grandeur s'inversent puisque la population colombienne est supérieure de 61% par rapport à la population vénézuélienne. Par conséquent, en prenant en compte l'inflation beaucoup plus forte au Venezuela, les dépenses totales de santé *per capita* sont de 472 dollars constants en Colombie et de 663 dollars constants au Venezuela, toujours en 2010 (OMS, 2012), soit un chiffre nettement supérieur pour le Venezuela. La distinction entre dépenses publiques et privées donne, par ailleurs, une perspective intéressante que nous devons rapporter ici. Si l'on s'en tient aux données de l'OMS, le pourcentage des dépenses *publiques* de santé sur les dépenses totales de santé est de 72,7% en Colombie et de 34,9% au Venezuela. Donc suivant ce constat et sans savoir qu'une part très importante des dépenses publiques de santé du Venezuela est masquée et n'apparaît donc pas dans les statistiques, nous pourrions conclure à un faible appui des instances publiques vénézuéliennes en matière de santé, d'autant plus que ce pays affiche un taux de dépenses directes de 90,6% contre 71,5% pour la Colombie ce qui dénote une très forte participation des ménages dans la part des dépenses privées de santé au Venezuela.

Seulement, et c'est tout le problème de la question des dépenses de santé dans cette thèse, les dépenses publiques de santé sont sous-estimées au Venezuela puisqu'elles n'incluent pas l'engagement du FONDEN dans le financement du système de soins vénézuélien, engagement financier dont l'amplitude n'a d'égale que l'opacité de la répartition des fonds gérés par cette instance. Nos estimations, recoupées avec celles de plusieurs études, dont la plus conséquente et récente est celle de Pasqualina Curcio Curcio (2010), parviennent à une fourchette située entre 3 et 3,5 milliards de dollars constants au début des années 2010 (2,7 milliards de dollars en 2007, selon l'étude de Pasqualina Curcio Curcio), soit un pourcentage approximatif de 20 à 25% des dépenses totales de santé du Venezuela ce qui ferait accroître d'autant les dépenses de santé *per capita*, augmentant ainsi l'écart déjà significatif avec la Colombie. Ces approximations n'ayant pas pu être vérifiées dans les comptes de santé de la nation, nous en restons au stade de l'hypothèse.

Toutefois, il est établi que si en valeur absolue les dépenses totales de santé sont largement supérieures en Colombie, lorsqu'elles sont rapportées à la population les données s'inversent et une conclusion émerge : le système de santé vénézuélien coûte plus cher, en termes relatifs, que le système de santé colombien. Cette différence oscille, dans une proportion très approximative – compte tenu des inconnues susmentionnées – entre 40 à 50% *per capita*. Ce

résultat – prévisible et que nous pressentions dès le second chapitre de cette thèse – apporte un élément macroéconomique important qui nous permet de relativiser les résultats positifs de la réforme du système de santé vénézuélien. Car en effet, s'il est avéré que notre enquête de terrain établit une supériorité relative de l'accès aux soins – accès analysé à la fois positivement et négativement (barrières à l'accès) – l'effort financier entrainé par la réforme de 1999 reste massif et d'une ampleur bien supérieure aux écarts constatés sur le terrain en termes d'accès aux soins pour les habitants pauvres des deux nations. Ce constat permet de souligner une fois de plus le manque d'efficacité du système de santé vénézuélien que nous avons mis au jour sous plusieurs angles dans les deux chapitres précédents et que nous sommes obligés de rapporter ici, cette fois en s'inspirant d'une démarche en terme de « coût-avantage ».

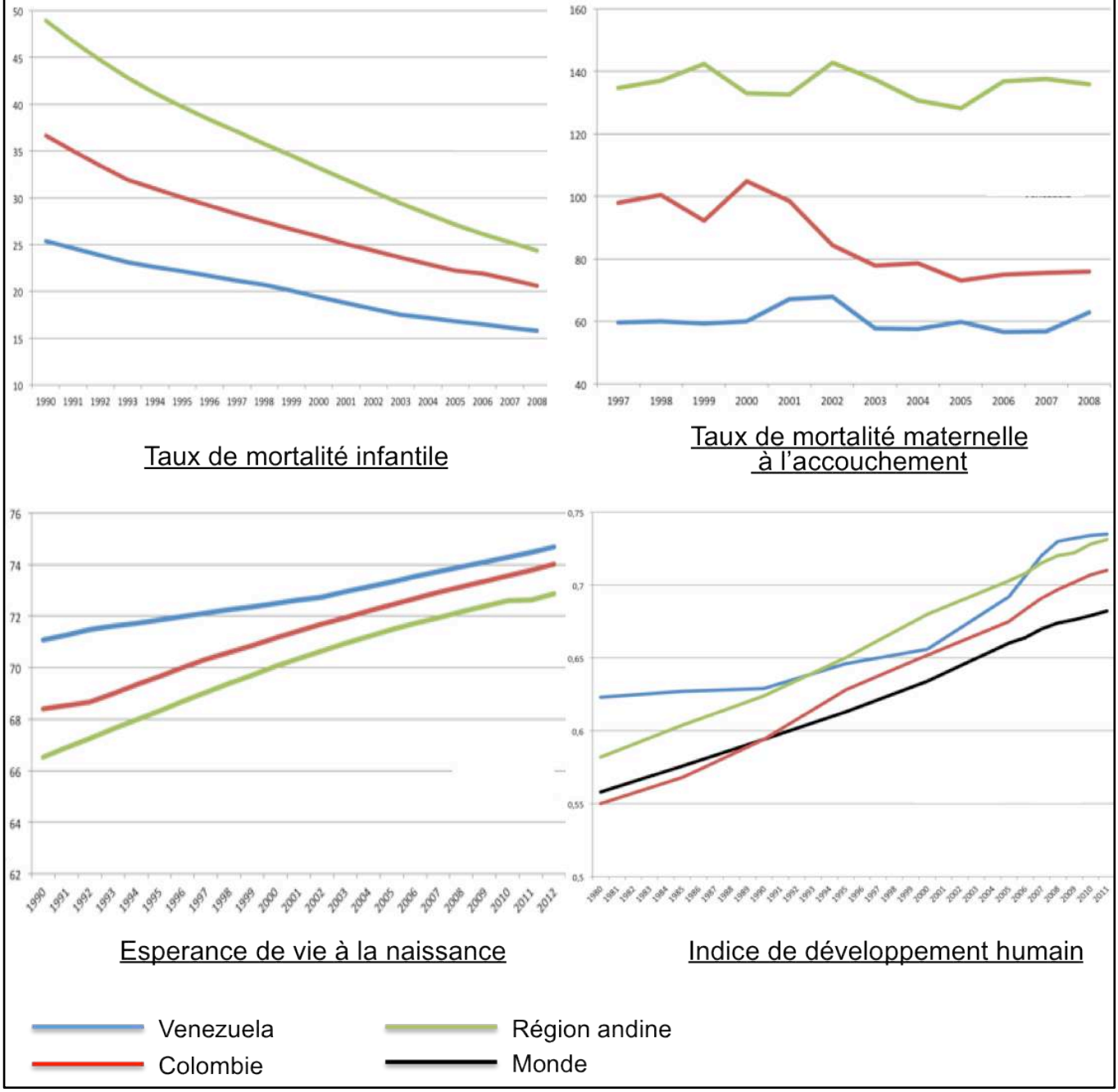
2. L'éclairage nuancé des indicateurs macro-sociaux

Il s'agit maintenant de synthétiser l'évolution comparée des grands indicateurs de santé mesurés par les institutions internationales afin de dégager une vue d'ensemble la plus étendue possible. En effet, ce thème, traité dans le Chapitre 2 et que nous résumons ici, est un élément argumentatif de premier plan puisqu'il permet de comparer les résultats tangibles et sur longue période des deux systèmes de santé que nous étudions. Un point sur cette question est donc indispensable dans ce chapitre conclusif.

Les trois indicateurs généralement utilisés pour mesurer l'évolution de la situation sanitaire dans un pays sont : le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité maternelle à la naissance et l'espérance de vie à la naissance. Sur chacun de ces trois indicateurs de référence, une évolution commune se dégage : si le Venezuela part d'une situation meilleure que la Colombie au début des années 1990, la Colombie rattrape progressivement ce retard, jusqu'à converger vers les chiffres atteints par le Venezuela à la fin des années 2000 (*Cf*. Graphique 4.1 : Synthèse de l'évolution des grands indicateurs de santé pour la Colombie et le Venezuela). Entre autres évolutions notables et intimement corrélées à celle des indicateurs de santé, il apparaît que si l'IDH du Venezuela croît à partir des années 2000, ce n'est pas lié à la croissance positive des indicateurs de santé mais bien à celle des deux autres éléments de l'indicateur composite (Lapierre, Vaisset, 2012) : l'abolition de l'analphabétisme en quatre ans et la forte croissance du PIB par habitants consécutive, entre autres, à la reprise de la

stratégie de cartel conduite par le gouvernement vénézuélien au sein de l'OPEP et, par conséquent, l'explosion du prix du pétrole au cours des années 2000.

Graphique 4.1 : Synthèse de l'évolution des grands indicateurs de santé pour la Colombie et le Venezuela



Source : OPS, UNCTAD, 2012

En effet, un point important à souligner est le fait qu'au Venezuela, depuis le début des années 2000, il n'y a aucun changement notable, aucune inflexion de la pente des trois

indicateurs globaux ci-dessus, hormis - et ce très légèrement – le taux de mortalité maternelle à l'accouchement. Cela tendrait à prouver deux choses inconciliables : soit la réforme vénézuélienne n'a pas eu le temps de produire ses effets sur ces grands indicateurs, tant les transformations engagées ont un impact qui doit être envisagé sur un horizon lointain, soit son effet est tellement infime qu'il ne peut être perçu à cette échelle macroéconomique. Appuyés désormais sur l'enquête de terrain, nous pouvons affirmer que les transformations institutionnelles profondes introduites par la réforme du système de santé vénézuélien sont destinées à produire leur effet à moyen-long terme et que les points d'inflexion des indicateurs-clés s'observeront inévitablement dans les décennies qui viennent, avec une ampleur que nous ne pouvons anticiper avec précision.

De ce point de vue, il est à noter que les données disponibles pour la Colombie ne permettent pas non plus d'observer d'inflexion importante des indicateurs de référence - à l'exception notable du taux de mortalité maternelle à l'accouchement, à partir des années 2000 - car les données rendues disponibles par les organisations internationales débutent en 1990, soit trois ans avant l'introduction de la Loi 100 qui réforma le système de santé colombien. Nous ne pouvons donc logiquement comparer les périodes pré et post-réforme en se basant sur ces données.

Nous avons donc décrit, à ce stade de ce chapitre conclusif, une situation caractérisée par de meilleurs résultats pour la réforme vénézuélienne en matière d'accès aux soins, lesquels résultats ont été obtenus à l'aide de notre enquête de terrain, qui est en quelque sorte une « photographie » de la situation à l'échelle des individus, mais qui sont relativisés par l'observation de l'évolution des grands indicateurs de santé qui montrent, quant à eux, un rattrapage progressif de la Colombie sur les deux dernières décennies. Sans être contradictoires, ces deux résultats nous amènent à nous interroger sur notre cadre d'analyse, le circuit institutionnel, clé de voûte de notre raisonnement général, et à tenter d'en améliorer la puissance explicative au regard des contradictions apparentes que nous évoquions précédemment, par l'apport de certaines variables supplémentaires et incontournables.

Section 2 : Bouclage du circuit institutionnel et propositions normatives de politiques publiques

Cette dernière section de ce dernier chapitre se propose d'employer à nouveau notre outil conceptuel élaboré au cours du chapitre premier, le circuit institutionnel, afin de ré-analyser et d'expliquer le récit en apparence contradictoire que livre l'étude des systèmes de santé colombiens et vénézuéliens sur deux plans différents (micro-macro) et, si possible, de tenter d'améliorer la pertinence analytique de cet outil. Cette exigence répond au besoin impérieux de confronter les résultats de terrain et les statistiques internationales à l'analyse théorique globale. Il s'agit donc ici d'opérer un bouclage théorique (A) afin de pouvoir fixer nos conclusions et ainsi terminer sur des propositions normatives de politiques publiques à l'usage des décideurs oeuvrant au sein des deux gouvernements (B).

A. Circuit institutionnel, compléments conceptuels tirés du terrain

La réflexion sur l'architecture institutionnelle des systèmes de santé des deux pays que nous nous sommes proposé d'étudier dans cette thèse devait s'inscrire dans une démarche analytique personnelle, adaptée au contexte très spécifique des réformes entreprises au sein de deux pays en développement et appliquée, de surcroît, à la population la plus pauvre disposant de caractéristiques propres, le but étant d'interpréter les modalités d'extension d'accès aux soins du point de vue des institutions générées par les réformes, et d'évaluer leurs impacts relatifs. De ce fait, il semble maintenant nécessaire, d'une part, de revenir sur le concept déployé dans cette thèse et, d'autre part, d'en faire la critique constructive, laquelle nous permettra ensuite de formuler quelques propositions normatives.

1. Retour sur la portée analytique de la notion de circuit institutionnel

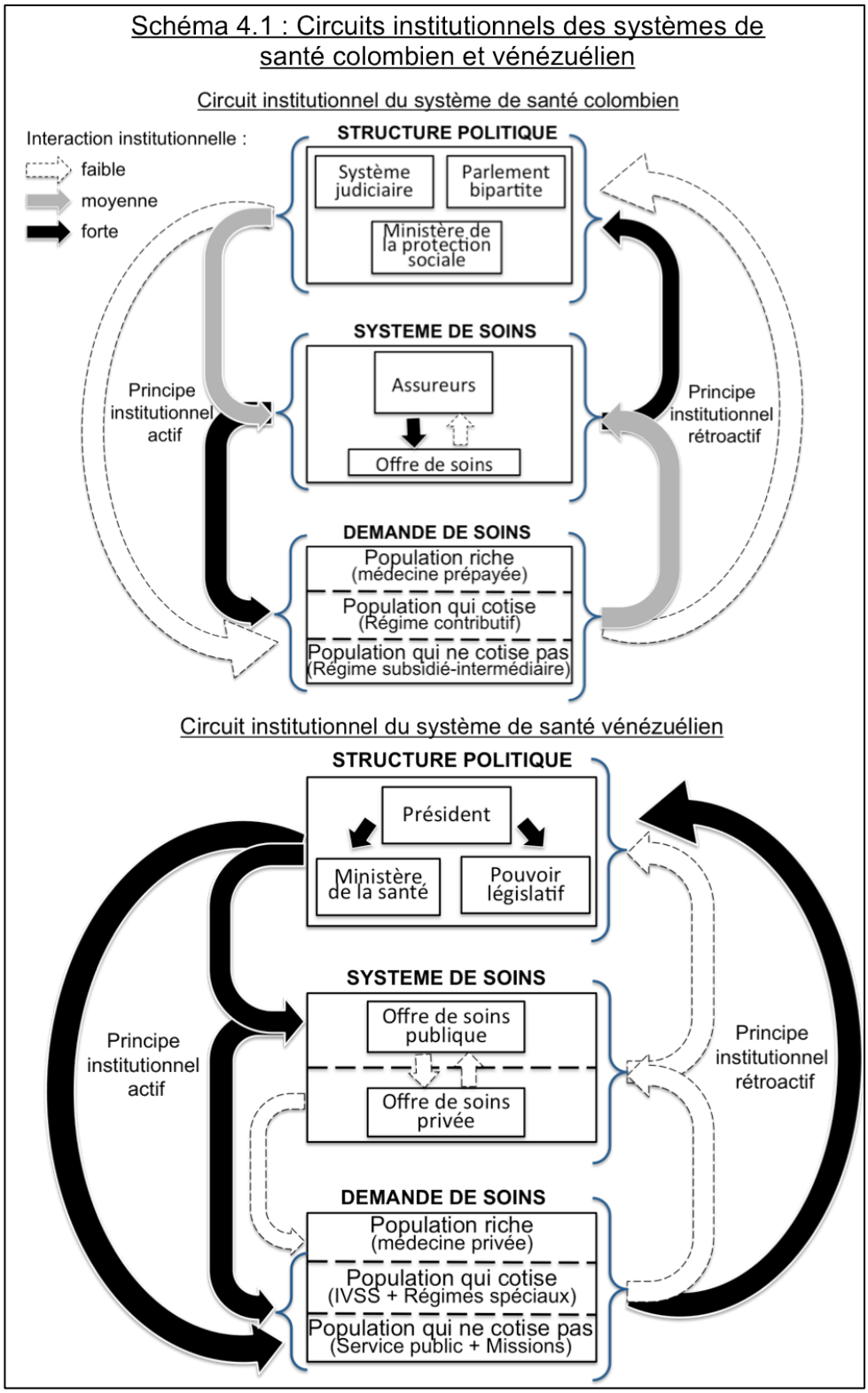
Le concept de circuit institutionnel constituait une approche réflexive de plusieurs outils de l'économie de la santé pour décrire l'auto-adaptation des règles institutionnelles régissant un système spécifique. En effet, dans cette conception particulière, le système de santé est

interprété comme étant une entité composite dans laquelle les individus nouent un ensemble de relations à double sens et de différentes natures, à la fois formelles et informelles, et qui, *in fine*, définissent et influencent la structure globale dans laquelle ils interagissent. Le concept central que nous sollicitions dans cette vision était celui de rétroaction de Douglas North, autrement dit l'influence-retour des individus sur les structures politiques qui déterminent le type de règles qui irrigue une société et, dans ce cas précis, les schémas institutionnels appliqués aux sphères institutionnelles inférieures : l'offre et la demande de soins, c'est à dire le marché de la santé (*Cf.* Schéma 1.4 : cadrage synthétique des relations institutionnelles relatives à un système de santé).

C'est bien au sein de cette analyse que nous avions conçu le principe d'institutionnalisation des soins de santé dans les quartiers pauvres : s'opérant depuis le bas de l'architecture institutionnelle pour le Venezuela, de par la pénétration des instances décisionnelles populaires dans le processus de création de règles régissant le marché de la santé dans ces secteurs, et depuis le haut de l'architecture institutionnelle pour la Colombie, du fait de la prédominance de la règle de concurrence à tous les niveaux du système, règle à laquelle les individus n'ont d'autre issue que de participer *via* le « choix » - supposé rationnel - qu'ils font de leur assureur en santé : ils n'élaborent pas eux-mêmes leur propre règle de conduite, le choix de l'assureur est la règle qu'ils doivent suivre, les mécanismes incitatifs inhérents à l'offre de santé ainsi stimulée entrainant l'organisation du réseau de soins proprement dite sans qu'intervienne directement les individus concernés.

Nous avions caractérisé cela au travers de deux schémas qui montraient l'opposition des flux interactionnels régissant les deux circuits institutionnels. Il convient ici de les analyser ensemble afin de souligner ces différences (*Cf.* Schéma 4.1 : Circuits institutionnels des systèmes de santé colombien et vénézuélien).

Schéma 4.1 : Circuits institutionnels des systèmes de santé colombien et vénézuélien



Source : schéma réalisé par l'auteur (2012)

Ce schéma montre bien, d'un point de vue global, que les deux systèmes de santé fonctionnent suivant deux dynamiques opposées : le moteur de l'extension de l'accès aux soins étant les assureurs en Colombie et la co-responsabilité entre l'État et la demande de

soins au Venezuela. Toute la problématique de la thèse était d'analyser dans quel schéma institutionnel les individus rencontraient relativement plus de barrières à l'accès. Nous avons montré dans le Chapitre 2 toute la complexité des deux architectures institutionnelles et certains de leurs résultats tant quantitatifs que qualitatifs, qui semblaient montrer une certaine disparité dans la *nature* des barrières institutionnelles, mais une forme d'homogénéité dans leur *hauteur* relative. Puis nous nous sommes plongés au plus proche de la réalité vécue par les habitants parmi les plus pauvres des deux nations, affinant ainsi nos résultats en faveur du système de santé vénézuélien, dans les cas que nous avons étudiés. Il s'agit donc maintenant de compléter les deux circuits institutionnels eu égard aux réalités observées au niveau de la demande de soins et des barrières institutionnelles qui s'interposent entre les individus et l'offre de soins.

Le premier constat fondamental qui est rapidement apparu au cours de cette thèse est le fait que l'efficacité du système - c'est à dire, d'un point de vue institutionnaliste, la fluidité d'application des règles par l'offre de soins, leur acceptation et assimilation par les individus – n'est pas le privilège du système de santé colombien, bien au contraire : la seule stimulation des assureurs et des offreurs de soins par la loi de la concurrence ne produit pas nécessairement une simplicité et une unicité des conventions qui régissent un système donné. En l'occurrence, l'enquête de terrain démontre sous plusieurs angles que, dans le cas de la population pauvre, les barrières liées aux défaillances organisationnelles du système de santé sont aussi élevées en Colombie qu'au Venezuela. En d'autres termes, du point de vue de la demande de soins, la « bureaucratie » est aussi pesante dans un pays comme dans l'autre, indépendamment de l'architecture institutionnelle. Cela nous amène à un constat sans appel : aucune des deux réformes n'a su distancier l'autre sur ce point, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu de « progrès » – ou même de « régression » – de l'une d'elle sur ce thème - ce constat nous est inaccessible étant donné que nous ne pouvons comparer nos données avec celles d'une situation antérieure - mais, *a minima*, cela démontre que cette incapacité est partagée par les deux réformes.

Compte tenu de la différence inconciliable de nature qui sépare les réformes des deux pays, cette première conclusion tendrait à montrer que l'amélioration de ce que nous appelons la « fluidité du circuit institutionnel » - et qui est la capacité de production, d'échange et d'application des règles par toutes les composantes d'un système – est assujettie à des caractéristiques plus profondes que les seuls attributs institutionnels d'un pays. Cette fluidité

de circulation et d'application des règles, que l'on peut observer par ailleurs dans d'autres pays du monde dits « développés », indépendamment des systèmes de santé mis en place, ont trait à des caractéristiques historiques, culturelles et sociales, qui forment ensemble une « expérience institutionnelle », aux caractéristiques propres à chaque pays. Ce que nous appelons le « développement » est bien le produit d'une évolution parfois plurimillénaire des sociétés, évolution elle-même influencée par le rapport de force entre nations qui s'est noué au cours de l'histoire. En l'occurrence, les multiples guerres coloniales et néocoloniales dont le Venezuela et la Colombie ont été – et sont encore – le théâtre, ainsi que l'application rapide et parfois violente au cours du XX^{ème} siècle de modèles de société – modèles à la fois économiques et politiques – importés depuis l'extérieur ont précipité ensemble la construction hâtive d'architectures institutionnelles mal adaptées, se superposant les unes aux autres plus ou moins anarchiquement suivant les gouvernements, grippant ainsi ce que nous appelons le circuit institutionnel et que les différentes réformes ne parviennent pas à rééquilibrer, tributaires qu'elles sont d'une expérience institutionnelle relativement courte – en situation d'autonomie, au moins partielle, vis à vis des différentes puissances mondiales – et jalonnée des difficultés inhérentes à l'histoire très violente des deux pays.

Ainsi, les circuits institutionnels du Venezuela et de la Colombie sont marqués, depuis la formation des deux États-nations, par une barrière se situant bien au-delà de celles que nous avons mesurées dans notre enquête de terrain : il s'agit d'une barrière exogène au concept que nous avons conçu car bien que celui-ci prenne en compte la structure politique irriguant le système de son *idéologie*, qui est un substrat de l'évolution sociale du pays, le circuit institutionnel reste centré sur les barrières strictement endogènes au système, sans réellement s'ancrer dans une perception plus large des forces s'exerçant sur le système analysé. C'est ce que révèle cette première conclusion.

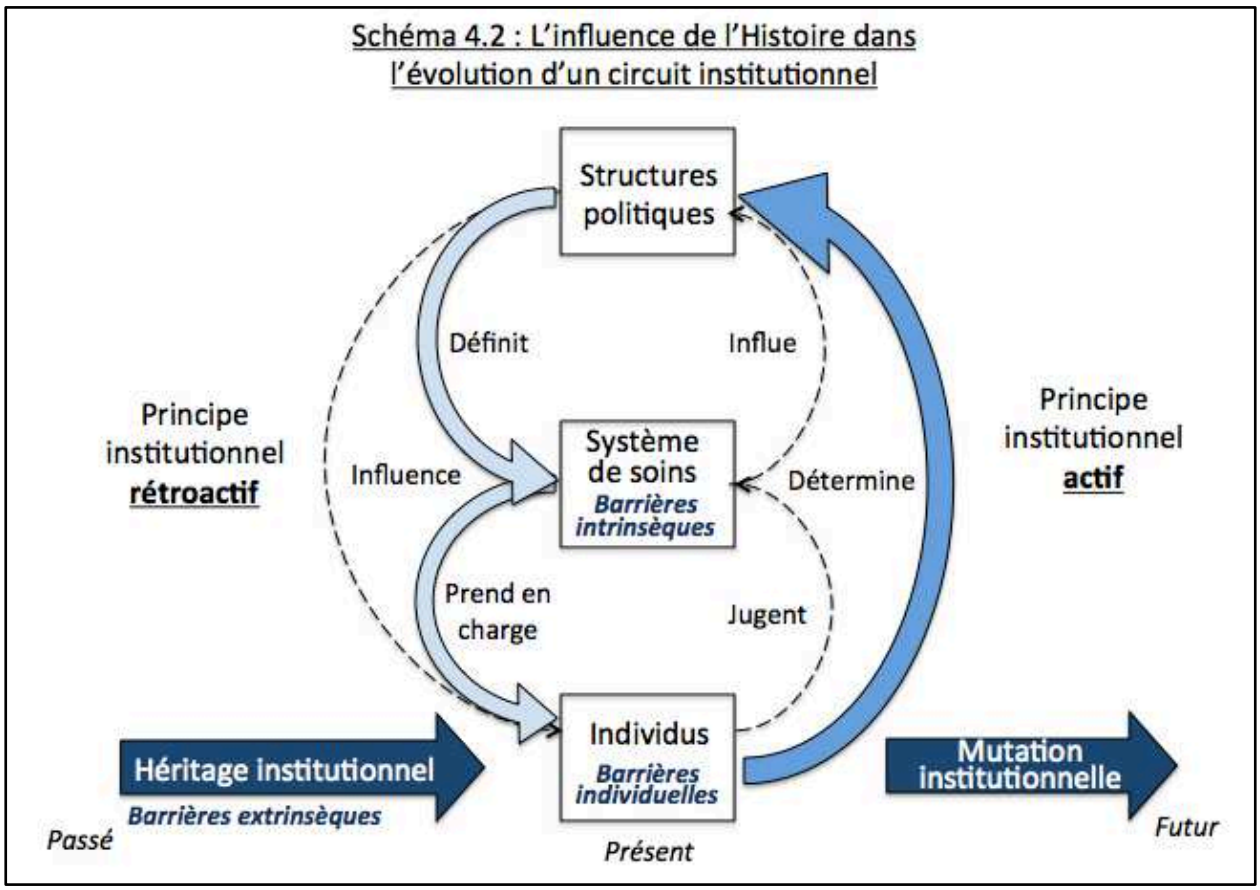
Mais analysé sous un autre angle, le concept, au contraire, prend toute sa valeur : il permet en effet le dépassement de la vision strictement économique et celle, notamment, en vigueur dans le courant de l'économie publique où le point central du débat est la division entre le marché et l'État et leur place respective dans la gestion d'un système. Le circuit institutionnel, comme nous avons pu le constater, permet d'appréhender les nuances existantes entre ces deux entités et parvient à interpréter la dynamique institutionnelle d'un système tel que celui du Venezuela où, dans le cas de la santé, la gestion est ni totalement étatique, puisque les individus interviennent largement dans le processus de décision en matière de politique

publique, ni totalement par le marché, puisque les entités privées sont volontairement circonscrites dans un rôle marginal par les autorités politiques. Cette non limitation au schisme habituel en économie (marché/État) permet ainsi à notre analyse de prendre en compte des paramètres usuellement sous-estimés, tels que le niveau d'organisation sociale, les barrières cognitives supportées par les individus, la force des réseaux, etc. Nous reviendrons sur ce point fondamental dans la sous-partie suivante.

Car en effet, une autre conclusion essentielle tirée de l'enquête doit être ici soulignée et portée sur le terrain théorique. Concernant ce que nous avons défini comme étant des « barrières cognitives », l'enquête de terrain nous a permis de constater que ces barrières, liées à la perception que se font les individus du système de santé – et que nous avons également appelé « barrières subjectives » – constituent une barrière plus importante que les barrières dites « objectives » ce qui, dans le cadre de notre concept, permet de préciser l'enchainement des blocages institutionnels à l'œuvre dans l'un et l'autre des deux systèmes. En effet, si les causes originelles de ces blocages sont à chercher du côté des déterminants historiques et sociaux des deux pays étudiés, qui constituent les barrières « extrinsèques » au système de santé et qui sont bien à la base des dérèglements macro-institutionnels observés dans notre thèse, nous avons pu constater que leur impact principal se situe au niveau des individus et de leurs perceptions intimes en relation avec le système, et non des structures organisationnelles en tant que telles, qui ne sont que la matérialisation présente des contraintes exercées par les deux principaux acteurs de changement que sont l'Histoire d'une nation et les individus qui la composent à un moment donné.

Partant de ce constat, nous formulons l'hypothèse théorique suivante : la structuration macro-institutionnelle d'un système renferme, nous l'avons vu, toutes les contraintes héritées de l'Histoire, puisque cette dernière représente, en quelque sorte, le « code génétique » d'une société à une époque donnée. Mais nous pourrions considérer que le point d'entrée de ces contraintes se situe au niveau des individus eux-mêmes puisqu'ils sont, en dernière instance, les héritiers de l'histoire de leur pays et décident, suivant leur niveau de conscience collective, suivant l'évolution des antagonismes de classe qui traversent leur corps social, de la forme du gouvernement qui bâtira, dans les faits, les Institutions formelles régulatrices du système considéré. Cette forme institutionnelle, cette architecture élaborée à partir d'une *idéologie* est donc issue de la confrontation des courants de pensée historiquement dominants et modèle à son tour la vision portée par chaque individu, lesquels sont insérés dans un système qu'ils ont

contribué eux-mêmes à générer, que ce soit par leur activisme politique ou au contraire leur soumission aux règles établies. Il s'agit donc bien d'un cycle au centre duquel nous faisons le choix de placer l'individu en tant que créateur et vecteur des idées traversant l'Histoire de son pays. Ainsi, cette conceptualisation, que nous résumons dans le schéma 4.2 ci-dessous, permet de situer le circuit institutionnel sur temps long et de positionner les barrières subjectives inhérentes à chaque individu comme axe central de notre réflexion (*Cf.* Schéma 4.2 : L'influence de l'histoire dans l'évolution d'un circuit institutionnel).



Source : Schéma réalisé par l'auteur (2012)

En considérant l'individu comme acteur principal des mutations à l'œuvre dans la société nous inversons le raisonnement que nous avions établi au commencement de cette thèse : les principes institutionnels actifs sont ceux émanant du corps social car en effet, celui-ci est à l'initiative du mouvement général de la société, des valeurs qu'elle porte et des idées qu'elle brasse et amène au pouvoir. La séquence qui suit est par conséquent déterminée par les principes institutionnels rétroactifs qui proviennent des structures politiques, comme mouvement-retour de ce premier élan impulsé par les individus érigés en collectif et mus, à

des degrés différents comme c'est le cas entre la Colombie et le Venezuela, par un idéal commun.

Ainsi, en introduisant « l'héritage institutionnel », nous intégrons dans l'analyse un paramètre important qui nous est apparu très vite comme l'élément résolutif d'une limite conceptuelle : le caractère « fermé » et « endogène » du circuit institutionnel, ce qu'aucun système humain ne peut être empiriquement. Nous avançons également, à partir de l'expérience de notre enquête, une hypothèse relative à la hiérarchie des barrières institutionnelles, le raisonnement étant le suivant : les barrières historiques (que nous avons appelées également barrières extrinsèques) surdéterminent les barrières individuelles, lesquelles se répercutent sur les structures internes, prédéterminant ainsi les barrières dites « intrinsèques » au système.

En tout état de cause, l'enquête de terrain a permis d'appliquer et de développer le concept de circuit institutionnel, et d'en souligner à la fois les limites et les mérites. L'un des mérites que nous soulignions précédemment et qu'il convient de développer plus largement ici est celui de dépassement du débat habituel en économie : celui de la fracture entre les politiques axées sur l'État et celles centrées sur le marché. D'autres solutions existent et doivent êtres prises en compte.

2. Vers une analyse plus poussée des approches économiques quant à la division marché-État

La déclaration de Alma Ata, en 1978, posait déjà, au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé, les premiers jalons vers le dépassement de la simple dichotomie marché-État, qui ne semblait déjà plus pertinente, et appelait de ses vœux une approche *communautaire* des questions liées à la santé, c'est à dire centrée sur les individus - appréhendés en tant que groupes sociaux - et concevant les soins primaires comme axe principal de résolution des inégalités en santé. Le point VI de cette déclaration est sur ce point le plus clair et le plus précis :

> « Les soins de santé primaires sont des 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**[50] et à un coût que la

[50] Passages surlignés par l'auteur

> communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans **un esprit d'auto-responsabilité** et **d'auto-détermination**. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, **rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent**, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »
>
> Déclaration d'Alma Ata, OMS, 1978

Cette déclaration avait pour ambition de proposer aux États du monde entier de réduire les inégalités en matière de santé – au sein et entre les pays - en articulant leurs systèmes de soins à d'autres politiques sociales, et notamment en améliorant l'accès aux soins de première intention.

Certains auteurs, beaucoup plus tard, placèrent cette idée au cœur de leur vision de l'organisation des systèmes de santé en proposant une approche *populationnelle* de la gestion des biens publics, en réaction aux approches « *monolithiques ne reconnaissant que le marché ou l'État comme forme efficace d'organisation humaine* » (Ostrom, 2011). En effet, dans le discours qu'elle prononce lorsqu'elle reçoit le « Prix Nobel » d'économie[51] (Ostrom, 2011), si l'objet de l'analyse qu'elle fait alors ne porte pas directement sur les soins de santé, l'auteur suggère un cadre d'analyse plus pertinent que la dichotomie classique en économie, marché-État - qu'elle appelle les « modèles simples » - et dont les hypothèses de base ont été largement critiquées par de nombreuses générations d'économistes : l'analyse de la gestion des biens publics à travers le prisme de ces deux seules Institutions se révèle être insuffisante, selon elle, pour expliquer les arrangements institutionnels que les humains érigent dans le but de gouverner la production et la répartition de ces biens. Pour dépasser ce cadre d'analyse, l'auteur propose une approche en terme d'industries « polycentriques », c'est à dire des modes de production où l'ensemble des acteurs impliqués dans la production, la gestion et la fourniture d'un bien public, quelle que soit leur nature (public, privé, à but lucratif ou non) parviennent à des formes d'organisation productives. Ainsi, différentes études que cite l'auteur (Andersson et Otrom, 2008, Ostrom, Schroeder et Wynne, 1993) démontrent que les différents centres d'organisation et de pouvoir (d'où le terme de « polycentrisme »), contrairement aux croyances enseignées par l'économie classique, parviendraient, en s'organisant, à instaurer une gouvernance vertueuse, sous certaines conditions.

[51] Discours pour la réception du « Prix de la Banque de Suède en économie en mémoire d'Alfred Nobel », prononcé en 2008 mais révisé et publié en 2011.

Par cette approche, c'est bien toute la philosophie sous-jacente aux modèles économiques dominants, et en particulier la théorie des jeux, qui est remise en question par la dénonciation d'une non prise en compte réelle des décisions collectives des individus dans la résolution de leurs problèmes communs, notamment en ce qui concerne la surexploitation d'une ressource commune, ou bien, dans notre cas, de la fourniture d'un bien public tel que la santé. En effet, dans les modèles simples, le « choix » des individus est illusoire puisque largement encadré par une autorité supérieure, désignée comme omnisciente : dans le dilemme du prisonnier, par exemple, les deux détenus sont autoritairement séparés par les policiers et leur conduite est dictée par la connaissance qu'ont les policiers de leur intérêt commun. Par conséquent, le choix des prisonniers n'en est pas réellement un, il est la conséquence d'une inférence abductive définie par une instance supérieure. Dans ce contexte, l'apport de Elinor Ostrom est de montrer que les individus laissés à leur libre arbitre dans la gestion de systèmes complexes parviennent, dans un nombre élevé de cas, à une forme de « gouvernance efficace », accompagnée de mécanismes d'auto-création de règles.

En somme, les situations de coopération entre les individus sont plus fréquentes que ne le prévoient les courants orthodoxes de l'économie et les résultats de cette coopération sont, pour les métas-analyses qui ont été regroupés et/ou faites par l'auteur, relativement meilleurs que ne l'envisage la théorie dominante. La stricte analyse en terme de marché ou d'État se révèle donc être insuffisante pour décrire une réalité institutionnelle et économique très complexe. Ce sont ces mêmes contraintes théoriques qui nous ont poussés, dès le commencement de cette thèse, à tenter de construire un cadre conceptuel capable de transcender les hypothèses analytiques classiques en prenant en compte le niveau d'organisation des individus et leur puissance rétroactive sur les choix de politique publique. Ainsi, les travaux de Elinor Ostrom démontrent que l'approche par les communautés que nous avons adoptée pour analyser l'incidence de deux cadres institutionnels opposés sur les populations, est justifiée d'un point de vue à la fois théorique et empirique.

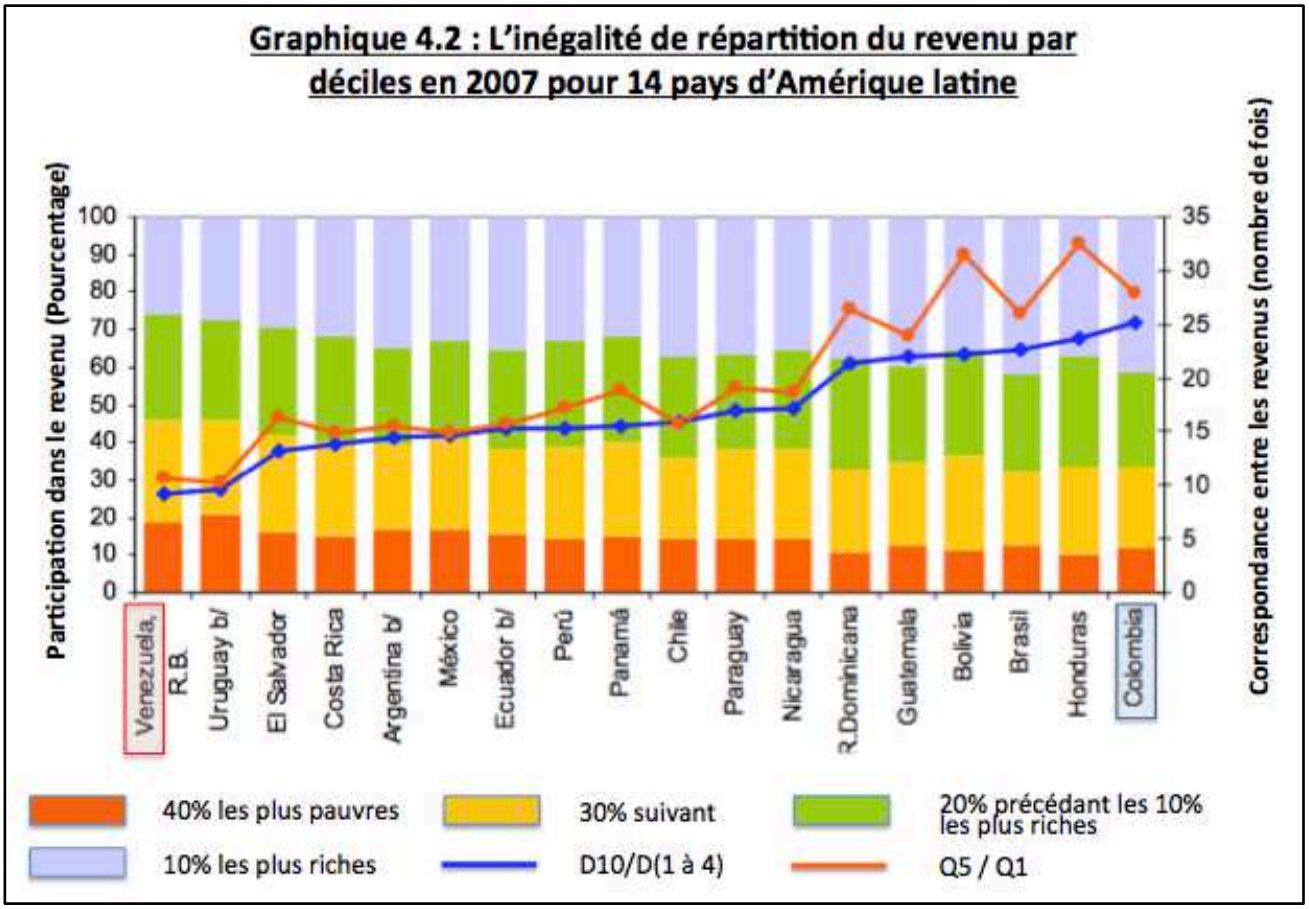
Mais c'est maintenant l'avenir de ces politiques publiques que nous devons tenter de discuter, à l'aune des courants théoriques que nous venons de soulever ainsi que des résultats généraux de notre thèse, et ce afin d'identifier les orientations qui nous paraissent les meilleures possibles pour l'un et l'autre des deux pays à l'étude dans cette thèse.

B. Analyse normative de politique publique : le difficile exercice de la prospective institutionnelle en milieu politique incertain

Si l'on reprend les termes de l'approche par les systèmes polycentriques, nous pourrions dire que le gouvernement vénézuélien a adopté une approche populationnelle, sous une forme particulière dans laquelle l'État conserve un rôle central. La Colombie, quant à elle, maintient une forme de système simple où les individus choisissent entre différents acteurs de la santé en concurrence : la règle du marché et le choix qui en dérive – choix dont nous avons vu à plusieurs reprises les limites – sont la règle d'action des différents acteurs de la santé. Nous avons observé dans un cas comme dans l'autre les contraintes très importantes qui pèsent de tout leur poids sur chacun des deux systèmes, contraintes qui sont intimement liées à des principes exogènes aux systèmes de santé, au premier chef desquelles se trouve le poids de l'histoire et l'expérience institutionnelle des deux pays, lesquelles ont un impact indirect sur les politiques publiques engagées par les deux nations. Il convient donc de définir, pour chaque pays, l'avenir probable des deux systèmes analysés et l'évolution souhaitable de la gestion publique de ces systèmes.

1. La réduction des inégalités reste le défi majeur de la Colombie

Toute la difficulté des analyses prospectives est qu'elles doivent embrasser un large spectre de paramètres pour espérer se rapprocher d'une tendance réaliste. Nous avons montré que le système de santé pluraliste-structuré, inséré dans l'évolution générale de la société colombienne, montre clairement une tendance à, sinon approfondir, du moins reproduire les schémas inégalitaires traversant la société colombienne. À l'échelle du pays, cette tendance à la reproduction des inégalités continue de s'observer tout au long du début du XX^{ème} siècle, comme le montre l'étude de l'évolution des grandes variables macroéconomiques, et notamment la structure de la répartition du revenu national par décile où l'on peut clairement positionner la Colombie comme le pays ayant le moins progressé en matière d'inégalités par rapport aux autres pays d'Amérique latine (CEPAL, 2008), au contraire du Venezuela qui se trouve en tête de classement (*Cf.* Graphique 4.2 : l'inégalité de répartition du revenu par déciles en 2007 pour 14 pays d'Amérique latine).



Source : CEPAL, Panorama social en Amérique latine (2008).

Donc, si nous avons observé au cours de cette thèse un lent rattrapage des indicateurs globaux de santé de la part de la Colombie vis-à-vis du Venezuela, ne perdons pas de vue que cette dynamique s'inscrit dans une tendance générale de reproduction des inégalités de revenus : l'indice de Gini, de Theil et de Atkinson placent systématiquement la Colombie dans le groupe de pays latino-américains où les inégalités augmentent au cours de la dernière décennie, au contraire du Venezuela où ces trois indicateurs montrent la plus grande régression des inégalités de revenu dans la région (Bossio, 2010). Mais ces inégalités de revenus se prolongent naturellement sur le plan social et, comme nous le montrions dans le Chapitre 2, les inégalités en santé constituent un élément structurel du système de santé colombien.

Dans ce contexte, toute la question est de savoir si ces inégalités sociales persistantes produiront à moyen-long terme des bouleversements politiques d'une ampleur telle qu'un changement systémique pourrait être envisagé, lequel se répercuterait sur l'architecture institutionnelle du système de santé colombien. Notre sentiment est qu'en ce domaine et

surtout dans le contexte social houleux de la Colombie, rien ne peut être anticipé à l'avance sans faire preuve de légèreté. Toutefois, nous estimons que le conflit armé qui traverse la Colombie depuis 50 ans est un facteur limitatif des luttes sociales en Colombie, puisqu'en concentrant l'attention et les craintes de la population sur la violence du conflit armé – qui a perdu progressivement sa substance politique – il soustrait du débat public la question des inégalités, ou du moins la rend suspecte aux yeux des autorités, et se pose comme un obstacle dans l'accession des mouvements de gauche au pouvoir.

Paradoxalement, la guerre civile est donc en quelque sorte un précieux « appui » pour le modèle libéral qui a été mis en place, dans la mesure où elle détourne l'attention des citoyens et sert d'alibi à une focalisation des autorités publiques sur la répression policière et armée de la violence. Donc, logiquement, nous estimons qu'une réforme de l'architecture institutionnelle du système de santé colombien est nécessaire, que celle-ci doit prendre une direction clairement populationnelle, sortir du schéma individuel centré sur la maladie, contraindre les assureurs en santé dans leurs prérogatives, restreindre leur pouvoir par tous les moyens en vertu du principe que la santé ne pourra s'institutionnaliser dans les quartiers pauvres et au-delà, dans les villages pauvres, dans les villes excentrées, que si les habitants ont les moyens techniques et financiers de prendre en main leurs propres problèmes sanitaires, lequel schéma d'auto-organisation ne peut être établi que sur des droits garantis par une constitution nouvelle. Simplement, nous considérons qu'une telle évolution ne pourra être possible qu'une fois résolue la question de la guerre civile. Mais alors, une fois la question sociale enfin redevenue centrale en Colombie, les mouvements sociaux devront affronter les forces économiques parmi les plus puissantes du pays : les assureurs en santé, les EPS, qui forment ensemble un complexe industriel oligopolistique, dont nous avons vu l'influence dans la société colombienne. Une influence qui n'est d'ailleurs pas étrangère au caractère absolument vital du secteur dans lequel ces entreprises évoluent. De ce point de vue, la réforme colombienne semble avoir produit un effet de non-retour, un « *policy lock-in* » (Palier, 1999) par la puissance même qu'elle érige au sein du système de santé tout entier.

Mais au-delà de cela, le simple fait de contrebalancer le pouvoir des assureurs en choisissant une direction populationnelle et communautaire en matière de santé, en privilégiant l'octroi de soins de première intention, l'éducation préventive, la proximité et l'adéquation des soins, constituerait une telle volte-face par rapport aux politiques engagées depuis 20 ans en Colombie qu'une telle réforme, si elle devait avoir lieu, nécessiterait une préparation, une

planification sur plusieurs années afin d'éviter l'écueil de la désorganisation et la confusion qui règnent dans le système de santé vénézuélien, et devrait impérativement viser un équilibre des pouvoirs entre les trois sphères interactionnelles que nous délimitions dans notre Chapitre 1, à savoir : les pouvoir politiques, l'offre de soins et la demande de soins.

2. Le Venezuela : seule une meilleure organisation permettra d'ancrer les choix institutionnels faits au cours des dix dernières années

Sur le plan institutionnel, le Venezuela a pris une direction relativement claire mais cependant fragile puisqu'elle ne tient, dans l'état actuel des choses, que par le soutien populaire dont bénéficie Hugo Chavez, l'actuel Président de la République. En effet, le système vénézuélien, nous l'avons suffisamment commenté, est polarisé entre d'un côté les pouvoirs publics, personnifiés à l'extrême, et la demande de soins très largement impliquée dans le maillage du système de soins sur l'ensemble du territoire. Mais le lien qui unit ces deux entités ne donne aucun signe de durabilité à long terme en l'absence du Président qui, en raison de son immense influence dans la société vénézuélienne, semble pour l'instant indispensable à la poursuite des réformes en cours.

En effet, l'afflux de capitaux dans le système de santé tel qu'il a été conçu provient en grande partie des ressources pétrolières dont la principale entreprise exportatrice vénézuélienne (PDVSA) a été nationalisée par le Président Hugo Chavez dès le début de son mandat. Il s'agit là d'un enjeu économique et politique dépassant de loin le strict cadre vénézuélien puisqu'il concerne les principales multinationales de la planète, qui, avant la prise de pouvoir du Président Hugo Chavez, exploitaient librement cette manne pétrolière, mais aussi la première puissance mondiale, les Etats-Unis, qui bénéficiait jusqu'alors de prix avantageux de la part de son quatrième fournisseur de pétrole. Avec la réactivation d'une stratégie de cartel à l'OPEP par le Venezuela au début des années 2000 et la hausse des prix du pétrole qui l'accompagna, ainsi que la nationalisation de PDVSA, Hugo Chavez s'est mis dans une position géopolitique à la fois forte, par le prestige international qu'il obtint immédiatement parmi les pays non-alignés, en particulier en Amérique latine, mais également fragile du fait de la pression nationale et internationale que dût, dès lors, supporter le pays. Ce faisant, nous considérons que plus les antagonismes produits par cette politique risquée s'exacerbent, plus la personnalité du Président Hugo Chavez devient nécessaire à ce poste. En effet, il semble qu'à ce niveau de responsabilité, si les soubassements institutionnels qui soutiennent la

politique d'un Président ne sont pas pleinement ancrés dans une société - à plus forte raison lorsque cette politique est ambitieuse ou risquée – alors, seule la personnalité du chef d'État imprime la dynamique de la Nation toute entière, ce qui implique que sa disparition conduirait à la dissolution des processus mis en œuvre pendant son mandat. Cette hypothèse est d'autant plus vraie si le successeur à ce Président est un opposant au régime actuel. Dans ce cas, si l'architecture institutionnelle n'est pas encore stabilisée, tout peut être remis en question : les alliances régionales, la destination des revenus pétroliers, le pouvoir des communautés organisées, etc. Tout pourrait, en un instant, s'évanouir dans les pages du temps.

Ainsi la disparition du Président Hugo Chavez risquerait de voir la structure érigée en dix ans dangereusement déstabilisée. Pour résoudre ce problème de fond, il semble urgent pour les instances vénézuéliennes d'accomplir, entre autre, un travail de clarification des attributions des différents régimes du système de santé vénézuélien. La première tâche primordiale étant de choisir une orientation claire entre un système de santé totalement gratuit, financé – mais pour combien de temps ? – par les revenus pétroliers, ou bien, ce qui semble plus soutenable à long terme, tenter d'ériger un système de santé contributif unifié et réduire progressivement la part assistancielle du système de soins, ce qui supposerait une résolution rapide de l'épineuse question du travail informel, à laquelle le gouvernement actuel est d'ailleurs attelé, d'un point de vue législatif par la création d'un régime de sécurité sociale spécifique aux travailleurs sans contrats, et d'un point de vue économique par la diversification industrielle et la création de pôles de production localisés, décentralisés, dédiés à l'intégration professionnelle des familles vivant dans les *barrios*, dans un cadre de développement en harmonie avec la communauté et donc vertueux économiquement pour les quartiers pauvres.

En toute état de cause, un choix clair doit être fait en ce qui concerne la direction du système de soins et, ce qui est également très important, un effort organisationnel doit être opéré. Pour accomplir un saut qualitatif des services de santé, il est impératif d'attacher une importance particulière à tous les corps intermédiaires en charge de la gestion quotidienne du système. La polarisation du système entre la sphère gouvernementale et la sphère communautaire a produit un déséquilibre en défaveur des instances intermédiaires : tous les corps de métier au premier rang desquels les médecins, les infirmiers, les gestionnaires, les secrétaires médicales, etc. Pour eux, la focalisation sur la mission *Barrio Adentro* a produit mécaniquement un déficit d'attention, de financements, de directives, en un mot : de « gouvernance », ce qui a conduit à

une détérioration progressive de leurs conditions de travail, affectant leur motivation et leur disposition à produire un service de qualité.

Car si l'organisation du système de soins vénézuélien est critiquable en soi, il ne faut pas sous-estimer la division qui affecte profondément la société vénézuélienne au sujet du Socialisme du 21ème siècle que souhaite ériger le Président Hugo Chavez et qui conduit également, c'est une réalité qu'on ne peut nier, une part des fonctionnaires, des travailleurs de tous les secteurs, à mal exercer leur profession, à générer des blocages pour des raisons idéologiques. À ce problème, malheureusement, nous ne voyons pas de solution à court terme, puisque une amélioration des moyens de contrôle et de supervision, qui est pourtant impérative, conduirait *ipso facto*, à un approfondissement de la division de la société et enclencherait un cercle vicieux qui reviendrait à faire échouer le processus en cours, par une escalade de surveillance et une ambiance policière que dénoncerait immédiatement l'opposition. Le seul moyen d'augmenter l'adhésion de ces opposants aux nouvelles règles régissant le système de santé vénézuélien, c'est de faire la preuve que ce Socialisme tant décrié leur est finalement bénéfique, et que ces bénéfices sont tangibles. Ce qui revient à améliorer l'efficacité des différents systèmes par un effort massif d'organisation et de clarification quant aux objectifs finaux.

Conclusion du Chapitre 4

Ainsi, pour les deux systèmes de santé, notre conclusion converge vers un même point : pour permettre de rendre les deux systèmes de soins soutenables, il convient pour chacun d'entre eux de rééquilibrer le poids des trois sphères du circuit institutionnel que forment ces systèmes complexes. Pour la Colombie, cela suppose de réduire le poids des EPS dans le système et de l'orienter, dans la mesure du possible, vers une approche communautaire de la santé, prenant en compte le choix *réel* des acteurs des quartiers pauvres, afin de dépasser le problème structurel des inégalités. Pour le Venezuela, l'effort doit être porté sur l'organisation du système qui contribuera grandement à l'acceptation générale de l'architecture institutionnelle érigée par le gouvernement de Hugo Chavez, mais cela passe par un rééquilibrage du poids des acteurs en faveur des instances intermédiaires, garantes de la gestion du système, et la résolution de la dépendance du système vis à vis des revenus pétroliers, ressource qui n'est pas infinie, et qui suppose le passage vers un système contributif, ancré sur les droits acquis par la cotisation et donc le salariat. Il s'agit donc, en

quelque sorte, sans toutefois pouvoir parler d'amalgame, d'une *convergence* des deux systèmes de santé que nous suggérons : l'évolution vers un système de santé contributif est, en dernière analyse, un enjeu commun aux deux pays.

CONCLUSION GÉNÉRALE

À l'origine, le but que nous nous étions fixé était d'ordre théorique : comprendre l'organisation de deux systèmes de santé que nous savions totalement différents et observer comment un système peut être traversé par une idéologie, par quel moyen cette « superstructure » parvient à s'imposer au sein de « l'infrastructure » - pour reprendre les termes de Marx et Engels - et en vient finalement à modifier cette dernière en profondeur. Nous voulions comprendre les modalités par lesquelles deux idées totalement différentes, portées par deux pouvoirs antagonistes, peuvent s'intégrer dans deux sociétés très proches sur de nombreux plans, en transformer les fondements et au final les faire diverger totalement. Mais nous nous sommes aperçu, au fil de nos recherches, que les choses s'avèrent être moins simples que cela : les individus ne réagissent pas comme le prévoient les idéologies car un lien complexe unit les humains, le pouvoir et leurs infrastructures, créant une dynamique propre à chaque société, laquelle dynamique se trouve être plus ou moins éloignée des sentiers imaginés à l'avance par leurs concepteurs.

Il nous a donc fallu éclaircir, pour la Colombie comme pour le Venezuela, le fonctionnement de chacun des deux systèmes de santé, établir pour chacun un schéma synthétique, évaluer la nature des interactions entre les différentes sphères que nous avions identifiées d'un point de vue théorique puis tenter de discerner, dans chaque pays, l'impact de chacune des deux architectures institutionnelles sur les grandes variables évaluant l'état de santé de la population. Mais cette monographie de chaque système de santé n'était pas encore suffisante. Les liens institutionnels noués entre les individus, entre eux et leur offre de soins, ainsi qu'avec les autorités investies du pouvoir politique devaient être observés au plus proche des réalités vécues par les individus eux-mêmes, à un niveau permettant d'affiner réellement notre perception des deux systèmes de santé et de leur capacité à s'étendre, à « s'institutionnaliser », c'est à dire à se fondre dans la réalité sociale de ces quartiers si particuliers, où l'État, dans notre esprit, avait si peu d'emprise.

C'est bien cette entreprise d'éclaircissement des liens noués par les habitants des quartiers les plus pauvres avec les différents acteurs du système de santé de chaque pays qui constitue le cœur de cette thèse. Répondant à la problématique originelle, à savoir évaluer la capacité de l'un où l'autre des deux modèles à se stabiliser puis s'ériger comme système efficace d'octroi des soins dans ces lieux jusque là privés de la médecine moderne, l'enquête de terrain nous a permis de donner une perspective nouvelle à notre travail et de modifier nos vues. En constituant un panel de 500 individus dans chacun des deux quartiers et en analysant nos résultats, nous avons pu présenter des pistes fermes de comparaison des deux systèmes, nous permettant d'affirmer que les deux processus d'institutionnalisation - l'un identifié par nous comme s'effectuant depuis le « haut » de l'architecture institutionnelle et l'autre depuis le « bas » - connaissent tous deux des entraves importantes de différentes natures, matérialisées sous la forme de « barrières institutionnelles », qui empêchent ou du moins défavorisent l'apparition d'un processus vertueux d'expansion et d'intégration des soins médicaux dans ces quartiers pauvres.

En effet, ces barrières institutionnelles, à la fois subjectives et objectives, s'interposent entre la demande de soins et l'offre de soins et, ce faisant, bloquent la circulation et surtout l'assimilation, par les habitants des quartiers pauvres, des règles établies par les deux systèmes - issus des idéologies opposées - pour déployer l'accès aux soins. En d'autres termes, que ce soit l'approche populationnelle au Venezuela, ou l'approche par les

mécanismes de marché en Colombie, si l'objectif des autorités est d'étendre réellement l'accès aux soins dans les quartiers pauvres, cet objectif n'est pas pleinement atteint.

Toutefois, notre thèse démontre que cette conclusion générale doit être nuancée. En effet, si nous montrons que les barrières institutionnelles qui s'érigent comme frein à un plein ancrage des soins dans ces quartiers sont surtout issues de la propre subjectivité des individus, il s'avère que ces barrières sont relativement moins hautes dans le quartier pauvre vénézuélien que dans le quartier pauvre colombien. La démarche populationnelle du gouvernement vénézuélien, bien qu'elle n'atteigne pas – et de loin – l'ensemble des objectifs visés, est toutefois relativement moins en décalage par rapport à la réalité comportementale des individus, que ne l'est l'approche par le marché de l'assurance du gouvernement colombien. Cependant, lorsqu'on relativise ce premier résultat et qu'on prend en compte le niveau de financement des deux systèmes, il s'avère que l'écart positif qui sépare le Venezuela de la Colombie en matière d'accès aux soins est très inférieur à l'écart qui sépare les deux systèmes de santé en terme de coût par habitant, en défaveur cette fois du Venezuela.

Or la question sous-jacente est bien celle de la *soutenabilité* des deux systèmes de santé. Et de ce point de vue, la faiblesse du système de santé vénézuélien est trop claire pour ne pas devoir être soulignée : la dépendance au pétrole fait courir un risque insoutenable pour l'ensemble de la société qui dépend des revenus pétroliers pour ses programmes sociaux. Un changement de régime, et plus grave encore : un changement de *Président* pourrait être le point de départ d'une transformation institutionnelle brutale qui serait grave à très court terme sur le plan social. L'échéancier du système de santé colombien laisse quant à lui plus de temps mais la réforme de l'architecture institutionnelle à envisager n'en est pas moins profonde : érigée sur une base assurancielle, cette dernière court un risque moins grand que le système vénézuélien, bien que la fuite en avant des dépenses des assureurs privés et, à l'instar des HMO aux Etats-Unis, le coût qu'ils font supporter à l'ensemble de la société colombienne peut être déstabilisateur à moyen-long terme. Donc en tout état de cause et objectivement, une réforme globale est à envisager dans les deux pays pour enclencher une réelle stabilisation des systèmes de santé et, surtout, un ancrage de leurs principes dans la réalité des quartiers pauvres des deux pays.

Car en effet, ce sont bien ces « principes-souches » forgés par les idéologies que nous avons tenté d'étudier afin d'évaluer leur capacité d'adaptation et de reproduction dans des milieux

singuliers. Or notre conclusion est pessimiste puisqu'au final, les colombiens interrogés n'ont pas – ou n'ont pas encore – le niveau de rationalité exigé par la théorie économique et les vénézuéliens, quant à eux, n'ont pas – ou pas encore – la capacité d'organisation suffisante pour s'ériger en communautés exemptes de barrières institutionnelles. La non satisfaction des hypothèses motrices des deux systèmes de santé empêche la bonne circulation des règles au sein du circuit institutionnel et donc, *in fine*, la stabilisation du système.

Pendant un temps, cette conclusion rencontrait sans cesse dans notre esprit un profond questionnement, en particulier devant cette contradiction fondamentale : comment un système de valeur issu d'une société à un moment donné - puisque l'idéologie se façonne chez un peuple, lentement, dans le brassage d'idées qui naissent et se transforment tout au long de l'histoire humaine – peut-il ne pas s'intégrer naturellement au sein de la société qui l'a engendrée ? En effet, la pensée rousseauiste nous apprend que l'homme s'engendre lui-même par l'histoire, comme « être collectif », mais alors, pourquoi les idées qui naissent de lui-même, si elles recherchent le bien, si elles recherchent ce qui est juste, n'exercent-elles pas sur la totalité de cet être collectif une influence suffisamment forte pour que ce dernier en soit imprégné, que l'idée s'impose et que la société progresse ?

Il semblerait que c'est l'Histoire elle-même, envisagée comme mouvement progressif des idées, qui détient la réponse à cette question fondamentale. En effet, si le socialisme du 21ème siècle ne s'impose pas au Venezuela en raison des contradictions internes qui traversent cette idéologie, des faiblesses économiques intrinsèques à son application pratique dans ce pays et, surtout, de son trop grand écart avec la nature humaine, alors cette idée s'éteindra peut-être au Venezuela mais ressurgira un jour à nouveau ailleurs, et cette fois, sous une forme probablement plus proche des réalités qui contraignent la condition humaine. Et si le pluralisme structuré colombien, du fait aussi des limites fondamentales que nous énoncions, et notamment la reproduction des schémas inégalitaires que la société colombienne finira par vouloir abattre, en venait à se transformer progressivement ou brutalement et que, sous l'influence des expériences vécues dans les pays voisins, ce système progresse dans un sens plus démocratique, plus proche des communautés en encourageant des formes plus poussées d'organisation populaire, si l'histoire humaine est bien ce que nous pensons qu'elle est, c'est à dire une recherche par tâtonnements d'une forme de bonheur, alors il se pourrait que les générations futures assistent à une convergence des systèmes de santé colombien et

vénézuélien vers un point d'équilibre qui déterminerait une interaction plus vertueuse entre les trois sphères institutionnelles que nous définissons dans notre thèse.

Ce raisonnement dialectique à portée historique lointaine nous amène à développer, pour conclure, les pistes de réflexion que nous entrevoyons à l'achèvement de cette thèse. En effet, en nous aidant à acquérir une vue plus étendue des choses, ce travail a accru notre détermination à vouloir, d'un point de vue théorique, développer cette vision circuitiste des systèmes institutionnels car nous ressentons, bien qu'il soit seulement en construction, que ce concept possède un certain potentiel explicatif et permettra, à terme, de mieux comprendre les approches communautaires des soins de santé mises en place dans un certain nombre de pays d'Amérique latine, et notamment ceux participant au « virage à gauche » latino-américain. D'ailleurs, d'un point de vue plus empirique, le contact avec le terrain lors de notre enquête nous a convaincus de rechercher les clés d'une vision institutionnaliste de la santé au plus proche des communautés, l'élaboration de règles issues du bas d'une architecture institutionnelle nous ayant paru être le principe décisif et novateur, capable, s'il est encadré, d'offrir des solutions réalistes aux problèmes que vivent, impuissants, des millions de latino-américains.

Ainsi, cette thèse nous a conduits bien au-delà de ce que nous espérions pouvoir accomplir en débutant ce travail. Les voies empruntées pour explorer notre champ de recherche, au premier rang desquelles se trouve notre enquête de terrain de six mois dans ce que la société réserve de plus dur à l'être humain, nous ont permis de questionner la matière économique autant que nous-mêmes. Nous qui côtoyions ces quartiers depuis si longtemps en ne faisant qu'imaginer confusément tous les courants d'idées et d'espoirs qui traversent ces « océans de misère », nous savons désormais qu'à l'instar des océans véritables, cette pauvreté enfante en son sein une infinité d'expériences et de richesses qui peuvent apporter une somme d'enseignements utiles à la science économique, aux sciences humaines et au-delà, à l'humanité toute entière.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - Comptabilité du régime contributif 2000-2005 335

ANNEXE 2 - Comptabilité du régime subsidié 2000-2005 336

ANNEXE 3 - Classement des EPS par nombre de tutelles déposées pour 10 000 affiliés 337

ANNEXE 4 - Un exemple de feuillet du questionnaire 338

ANNEXE 5 - Coefficient de détermination entre san et vulnera 339

ANNEXE 6 - Coefficient de détermination entre valAvMin et vulnera et entre valAvGra et vulnera 340

ANNEXE 6 (suite) 341

ANNEXE 7 - Coefficient de détermination entre hautBarTot et valFin 342

ANNEXE 8 - Coefficient de détermination entre hautBarTot et vulnera 343

ANNEXE 9 - Coefficient de détermination entre valAvMin, valAvGra et hautBarTot et vulnera 344

ANNEXE 9 (suite) 345

ANNEXE 10 – Résultats complets de l'enquête de terrain menée dans les quartiers de Potosi en Colombie et de Magallanes ` de Catia au Venezuela entre Août 2010 et Janvier 2011 346

ANNEXE 1
Comptabilité du régime contributif 2000-2005

	Conceptos	2 000	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005
	INGRESOS						
3.1	Cotizaciones sociales de salud	4 308 971	4 782 958	5 316 413	5 857 697	6 015 579	6 636 978
	3.1.1 Cotización patronal de salud	2 780 739	3 092 980	3 402 504	3 787 977	3 882 013	4 195 963
	3.1.2 Cotización empleados de salud	1 390 369	1 546 490	1 701 252	1 893 989	1 941 006	2 097 982
	3.1.3 Cotización independientes de salud	137 863	143 489	212 657	175 731	192 560	234 704
	3.1.4 Cotizacion salud Regimen de Excepcion						108 329
3.2	Ingresos por UPC contributivo (1)	123 759	167 361	174 214	176 300	215 503	248 780
3.3	Pagos suplementarios hogares: cuotas moderadoras, copagos, etc.	113 792	111 271	138 924	150 883	173 433	251 528
3.4	Transferencias de las Administraciones Públicas	59 806	140 734	91 943	90 140	201 049	432 753
3.5	Transferencias corrientes diversas	7	90	3	6	53	-
3.6	Primas brutas de planes complementarios	23 890	19 000	26 137	23 120	37 206	3 704
3.7	Otras ventas de servicios	50 641	78 489	184 254	105 485	44 832	91 297
3.8	Ingresos no operacionales	465 319	343 887	326 648	335 598	228 398	789 443
	Total ingresos	**5 146 187**	**5 643 791**	**6 258 537**	**6 739 231**	**6 916 053**	**8 454 482**
	GASTOS						
3.9	Transferencia interna a Solidaridad	324 551	440 781	437 850	510 469	561 970	544 054
3.10	Transferencia interna a Promoción	162 276	220 391	91 949	183 769	224 788	217 622
3.11	Prestaciones sociales en dinero	139 428	136 085	147 890	170 098	171 461	157 913
3.12	Giro de UPC al Régimen Contributivo	-	-	-	-	0	-
3.13	Prestaciones sociales en especie (Tutelas)	-	-	8 184	52 188	89 063	141 899
3.14	POS del sistema contributivo (neto)	2 903 139	3 249 689	3 421 729	3 749 917	3 885 795	4 124 003
	3.14.1 POS del sistema contributivo	2 998 876	3 359 273	3 463 600	3 807 827	3 945 227	4 142 488
	3.14.2 menos recobros	-95 737	-109 584	-41 871	-57 911	-59 432	-18 485
3.15	Acciones de Promoción y Prevención	232 032	245 751	260 701	298 498	321 738	334 957
3.16	Indemnizaciones de planes complementarios	24 553	23 469	18 903	26 195	31 871	3 704
3.17	Gastos y costos de administración	603 767	602 977	749 897	766 813	815 293	872 735
	3.17.1 Consumo intermedio	237 826	232 371	397 928	400 903	443 981	470 722
	3.17.2 Remuneración a los empleados	348 529	353 662	336 028	356 024	370 394	401 534
	3.17.3 Impuestos y otros	17 412	16 944	15 941	9 885	919	479
3.18	Transferencia interinstitucional	-	52 199	17 140	15 323	363 417	363 417
3.19	Gastos no operacionales	288 413	121 073	274 948	141 267	89 656	650 215
	Total gastos	**4 678 159**	**5 092 415**	**5 429 192**	**5 914 537**	**6 555 051**	**7 410 519**
	Diferencia entre ingresos y gastos	**468 028**	**551 376**	**829 345**	**824 694**	**361 002**	**1 043 963**
	Numero de afiliados	**14 193 311**	**13 335 932**	**13 165 467**	**13 805 201**	**14 827 250**	**15 533 582**
	Numero de Cotizantes	**8 197 964**	**8 027 473**	**7 401 591**	**7 971 508**	**8 032 282**	**8 235 013**
	Numero de Beneficiarios	**5 995 347**	**5 308 459**	**5 763 876**	**5 833 693**	**6 794 968**	**7 298 569**

Source : DANE (2007)

ANNEXE 2
Comptabilité du régime Subsidié 2000-2005

Conceptos	2000	2001	2002	2003	2004	2005
INGRESOS						
6.1 Ingresos por UPC subsidiado	0	0	0	0	0	-
6.2 Pagos suplementarios hogares: cuotas moderadores, copagos,	30 061	35 326	29 911	12 029	24 007	20 043
6.3 Otras ventas de servicios	1 607	12 152	14 903	14 405	5 310	62 271
6.4 Ingresos no operacionales	33 092	68 935	76 036	153 264	53 326	52 846
6.5 Transferencia del Gobierno (Situado fiscal)	854 575	1 228 117	117 001	459 366	508 578	642 966
6.6 Transferencia del Gobierno (Sistema general de participaciones)	760 835	819 504	2 591 476	3 081 218	3 342 813	3 586 493
6.7 Rentas cedidas	537 528	587 310	483 618	596 907	796 727	870 763
6.8 Recursos propios	320 897	102 323	217 867	39 047	23 161	395 326
6.9 Recursos de crédito	9 714	23 527	7 408	1 665	2 668	57 930
6.10 Regalías	23 519	29 556	27 773	33 252	6 389	59 987
6.11 Aportes departamentales	22 283	31 726	36 315	22 383	41 410	56 717
6.12 FOSYGA	845 517	659 209	856 688	635 910	923 903	971 548
6.12.1 Solidaridad	739 908	605 898	782 840	568 227	865 285	933 540
6.12.2 Promoción y Prevención	19 708	98	151	27 557	0	16 930
6.12.3 Ecat	85 900	53 213	73 697	40 126	58 619	21 077
6.13 Otros recursos	248 419	536 174	388 927	211 091	267 183	111 575
Total Ingresos	**3 688 048**	**4 133 860**	**4 847 922**	**5 260 536**	**5 995 478**	**6 888 465**
GASTOS						
6.14 POS del sistema subsidiado (neto)	982 312	1 326 766	1 463 668	1 543 626	1 768 397	2 250 985
6.14.1 POS del sistema subsidiado	993 764	1 341 582	1 475 740	1 563 347	1 775 435	2 255 060
6.14.2 Menos recobros	-11 452	-14 816	-12 072	-19 722	-7 038	-4 075
6.15 Primas de reaseguro por enfermedades alto costo	35 858	53 484	30 935	7 282	0	-
6.16 Acciones de Promoción y Prevención	97 015	140 812	163 068	117 671	133 635	169 736
6.17 Giros de UPC al Régimen Subsidiado	0	0	0	0	0	-
6.18 Subsidio a la oferta - atención a los vinculados	1 164 514	1 420 497	1 536 541	1 589 304	1 869 434	2 262 121
6.19 Salud de no mercado	1 009 199	1 100 549	1 264 606	1 456 867	1 713 682	1 824 218
6.20 Formación bruta de capital fijo	145 206	155 111	65 549	116 715	6 180	6 492
6.21 Gastos y costos de administración	217 723	390 305	350 313	528 593	591 043	658 233
6.22 Gastos no operacionales	28 447	38 422	47 547	87 191	16 720	37 862
Total gastos	**3 680 274**	**4 625 947**	**4 922 228**	**5 447 249**	**6 099 090**	**7 209 647**
Diferencia entre ingresos y gastos	**7 774**	**-492 086**	**-74 306**	**-186 713**	**-103 612**	**-321 183**
Numero de Afiliados	**9 455 395**	**10 820 344**	**11 866 178**	**12 306 872**	**15 332 686**	**18 351 775**

Source : DANE (2007)

ANNEXE 3

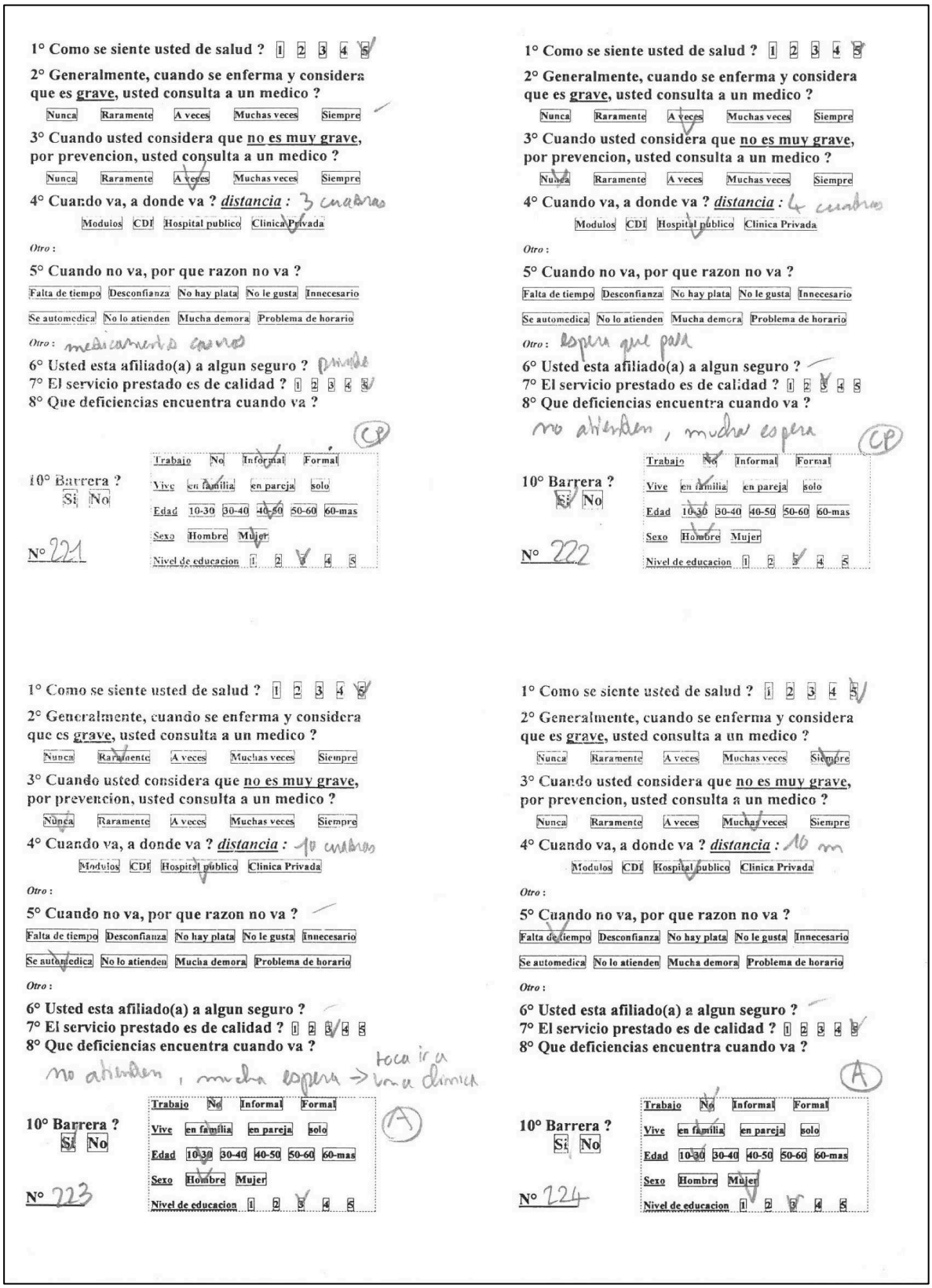
Classement des EPS par nombre de tutelles déposées pour 10.000 affiliés

	1999	2000	variación 1999/2000	2001	variación 2000/2001	2002	variación 2001/2002	2003	variación 2002/2003	2004	variación 2003/2004	2005	variación 2004/2005	Promedio anual últimos 7 años	Promedio anual últimos 3 años
Instituto de Seguros Sociales	17,2	29,9	74,1%	41,9	39,8%	57,5	37,4%	63,1	9,7%	74,8	18,6%	77,3	3,3%	51,7	71,8
Salud Colombia EPS	-	-	-	-	-	-	-	17,8	-	32,5	82,5%	71,6	120,4%	40,6	40,6
Sánitas	2,8	3,4	23,5%	5,5	61,1%	10,1	82,4%	12,0	19,8%	33,9	181,1%	56,4	66,5%	17,7	34,1
Salud Colmena / Colmédica	4,5	8,1	80,5%	6,9	-13,8%	13,3	91,8%	17,6	32,5%	21,7	23,0%	32,8	51,2%	15,0	24,0
Salud Colpatria	1,3	4,1	216,0%	17,6	326,1%	17,0	-3,5%	20,9	22,9%	26,9	28,9%	32,7	21,4%	17,2	26,9
Coomeva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29,4	-	29,4	29,4
Red Salud	-	-	-	-	-	-	-	16,3	-	22,7	39,4%	29,3	29,2%	22,8	22,8
Saludcoop	3,4	3,0	-11,8%	5,6	85,6%	8,1	45,8%	12,4	53,4%	22,1	77,9%	27,6	25,1%	11,7	20,7
Servicio Occidental de Salud, S.O.S.	2,1	3,4	64,4%	5,5	61,1%	10,1	82,4%	11,8	17,3%	15,3	29,9%	25,1	63,8%	10,5	17,4
Susalud	3,5	5,5	57,1%	9,3	68,5%	13,2	42,7%	14,3	7,9%	17,6	23,0%	24,9	42,0%	12,6	18,9
Cruz Blanca	1,9	2,2	14,8%	3,7	68,7%	6,3	71,3%	11,3	80,1%	20,2	79,1%	23,5	16,3%	9,9	18,3
Comfenalco Valle	3,4	2,6	-21,8%	4,1	56,5%	5,6	36,1%	8,6	53,9%	13,6	57,8%	17,1	26,3%	7,8	13,1
Compensar	1,4	1,9	31,9%	2,2	16,3%	4,5	105,4%	7,1	55,4%	10,1	42,7%	14,0	39,5%	5,9	10,4
Famisanar	1,5	2,2	43,3%	3,1	45,6%	5,6	79,9%	7,2	28,6%	7,8	7,4%	13,0	67,6%	5,8	9,3
Cajanal*	8,4	56,5	575,0%	48,9	-13,5%	99,0	102,6%	78,8	-20,4%	170,7	116,8%	-	-		-
EPS de Caldas*	2,7	9,0	237,3%	29,9	230,9%	20,6	-31,2%	69,6	237,9%	-	-	-	-		-
Colseguros*	5,4	5,6	3,7%	3,9	-30,0%	11,3	185,8%	22,1	96,0%	-	-	-	-		-

Source : ***Cour constitutionnelle in Defensoría del Pueblo (2007) « La tutela y el derecho a la salud », Programa de salud, Bogotá.***

ANNEXE 4

Un exemple de feuillet du questionnaire



1° Como se siente usted de salud ? 1 2 3 4 5

2° Generalmente, cuando se enferma y considera que es grave, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

3° Cuando usted considera que no es muy grave, por prevencion, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

4° Cuando va, a donde va ? *distancia* : 3 cuadras

Modulos | CDI | Hospital publico | Clinica Privada

Otro :

5° Cuando no va, por que razon no va ?

Falta de tiempo | Desconfianza | No hay plata | No le gusta | Innecesario

Se automedica | No lo atienden | Mucha demora | Problema de horario

Otro : medicamento caseros

6° Usted esta afiliado(a) a algun seguro ? privado

7° El servicio prestado es de calidad ? 1 2 3 4 5

8° Que deficiencias encuentra cuando va ?

CP

10° Barrera ? Si No

Trabajo | No | Informal | Formal

Vive | en familia | en pareja | solo

Edad | 10-30 | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-mas

Sexo | Hombre | Mujer

Nivel de educacion 1 2 3 4 5

N° 221

1° Como se siente usted de salud ? 1 2 3 4 5

2° Generalmente, cuando se enferma y considera que es grave, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

3° Cuando usted considera que no es muy grave, por prevencion, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

4° Cuando va, a donde va ? *distancia* : 4 cuadras

Modulos | CDI | Hospital publico | Clinica Privada

Otro :

5° Cuando no va, por que razon no va ?

Falta de tiempo | Desconfianza | No hay plata | No le gusta | Innecesario

Se automedica | No lo atienden | Mucha demora | Problema de horario

Otro : espera que pasa

6° Usted esta afiliado(a) a algun seguro ?

7° El servicio prestado es de calidad ? 1 2 3 4 5

8° Que deficiencias encuentra cuando va ?

no atienden, mucha espera

CP

10° Barrera ? Si No

Trabajo | No | Informal | Formal

Vive | en familia | en pareja | solo

Edad | 10-30 | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-mas

Sexo | Hombre | Mujer

Nivel de educacion 1 2 3 4 5

N° 222

1° Como se siente usted de salud ? 1 2 3 4 5

2° Generalmente, cuando se enferma y considera que es grave, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

3° Cuando usted considera que no es muy grave, por prevencion, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

4° Cuando va, a donde va ? *distancia* : 10 cuadras

Modulos | CDI | Hospital publico | Clinica Privada

Otro :

5° Cuando no va, por que razon no va ?

Falta de tiempo | Desconfianza | No hay plata | No le gusta | Innecesario

Se automedica | No lo atienden | Mucha demora | Problema de horario

Otro :

6° Usted esta afiliado(a) a algun seguro ?

7° El servicio prestado es de calidad ? 1 2 3 4 5

8° Que deficiencias encuentra cuando va ?

no atienden, mucha espera → toca ir a una clinica

A

10° Barrera ? Si No

Trabajo | No | Informal | Formal

Vive | en familia | en pareja | solo

Edad | 10-30 | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-mas

Sexo | Hombre | Mujer

Nivel de educacion 1 2 3 4 5

N° 223

1° Como se siente usted de salud ? 1 2 3 4 5

2° Generalmente, cuando se enferma y considera que es grave, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

3° Cuando usted considera que no es muy grave, por prevencion, usted consulta a un medico ?

Nunca | Raramente | A veces | Muchas veces | Siempre

4° Cuando va, a donde va ? *distancia* : 10 m

Modulos | CDI | Hospital publico | Clinica Privada

Otro :

5° Cuando no va, por que razon no va ?

Falta de tiempo | Desconfianza | No hay plata | No le gusta | Innecesario

Se automedica | No lo atienden | Mucha demora | Problema de horario

Otro :

6° Usted esta afiliado(a) a algun seguro ?

7° El servicio prestado es de calidad ? 1 2 3 4 5

8° Que deficiencias encuentra cuando va ?

A

10° Barrera ? Si No

Trabajo | No | Informal | Formal

Vive | en familia | en pareja | solo

Edad | 10-30 | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-mas

Sexo | Hombre | Mujer

Nivel de educacion 1 2 3 4 5

N° 224

ANNEXE 5

Coefficients de détermination entre san et vulnera, à Magallanes de Catia et à Potosi

Calcul R2 San/vulnera Venezuela

```
Call:
lm(formula = san ~ vulnera, data = venrev)

Residuals:
   Min      1Q  Median      3Q     Max
-3.3478 -0.3478  0.0183  0.8352  1.3844

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  4.34783    0.07228  60.152  < 2e-16 ***
vulnera     -0.18305    0.04772  -3.836 0.000141 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 0.9998 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.0287,  Adjusted R-squared: 0.02675
F-statistic: 14.71 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.0001413
```

Calcul R2 San/vulnera Colombie

```
Call:
lm(formula = san ~ vulnera, data = colrev)

Residuals:
   Min      1Q  Median      3Q     Max
-3.2505 -0.5724 -0.0245  0.9755  1.6536

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  4.25054    0.08678  48.983  < 2e-16 ***
vulnera     -0.22605    0.04245  -5.325 1.53e-07 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.063 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.05386,          Adjusted R-squared: 0.05196
F-statistic: 28.35 on 1 and 498 DF,  p-value: 1.534e-07
```

ANNEXE 6

Coefficients de détermination entre valAvMin et vulnera, et entre valAvGra et vulnera, à Magallanes de Catia et à Potosi

```
Call:
lm(formula = valAvMin ~ vulnera, data = venrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-2.5906 -1.4989  0.3177  0.5011  2.5011

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  2.49891    0.10303  24.255   <2e-16 ***
vulnera      0.09167    0.06802   1.348    0.178
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.425 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.003634,         Adjusted R-squared: 0.001633
F-statistic: 1.816 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.1784

Call:
lm(formula = valAvGra ~ vulnera, data = venrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-4.2987 -1.1608  0.7473  0.7473  0.9312

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  4.29871    0.09693  44.348   <2e-16 ***
vulnera     -0.04597    0.06400  -0.718    0.473
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.341 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.001035,         Adjusted R-squared: -0.0009708
F-statistic: 0.516 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.4729


Call:
lm(formula = valAvMin ~ vulnera, data = colrev)

Residuals:
   Min     1Q Median     3Q    Max
-2.520 -1.312 -0.312  0.688  2.896
```

Suite page suivante…

ANNEXE 6 (suite)

Coefficients de détermination entre valAvMin et vulnera, et entre valAvGra et vulnera, à Magallanes de Catia et à Potosi

Coefficients:

```
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  2.10352    0.12400  16.965  < 2e-16 ***
vulnera      0.20847    0.06066   3.437 0.000638 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.519 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.02317,            Adjusted R-squared: 0.0212
F-statistic: 11.81 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.0006385


Call:
lm(formula = valAvGra ~ vulnera, data = colrev)

Residuals:
   Min      1Q  Median      3Q     Max
-4.1709 -0.7844  0.8291  1.0499  1.4917

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  3.50832    0.11830  29.655  < 2e-16 ***
vulnera      0.22086    0.05788   3.816 0.000153 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.449 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.02841,            Adjusted R-squared: 0.02646
F-statistic: 14.56 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.0001527
```

ANNEXE 7

Coefficients de détermination entre hautBarTot et valFin, à Magallanes de Catia et à Potosi

```
Call:
lm(formula = hautBarTot ~ valFin, data = venrev)

Residuals:
    Min      1Q  Median      3Q     Max
-1.21341 -0.21341 -0.12207  0.08197  2.08197

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  1.12207    0.05162  21.736  < 2e-16 ***
valFinNo     2.79597    0.08554  32.685  < 2e-16 ***
valFinSI     5.87793    0.75517   7.784 4.13e-14 ***
valFinSi     4.09135    0.07827  52.273  < 2e-16 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 0.7534 on 496 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.8551,  Adjusted R-squared: 0.8542
F-statistic: 975.4 on 3 and 496 DF,  p-value: < 2.2e-16


Call:
lm(formula = hautBarTot ~ valFin, data = colrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-1.6104 -0.6104 -0.2640  0.7360  1.7360

Coefficients:

            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  1.26400    0.06425  19.673  < 2e-16 ***
valFinNo     3.22513    0.12388  26.035  < 2e-16 ***
valFinSI     4.06933    0.59003   6.897 1.63e-11 ***
valFinSi     4.34639    0.10407  41.766  < 2e-16 ***
valFinsi     5.73600    1.01792   5.635 2.94e-08 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.016 on 495 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.7975,  Adjusted R-squared: 0.7959
F-statistic: 487.4 on 4 and 495 DF,  p-value: < 2.2e-16
```

ANNEXE 8

Coefficients de détermination entre hautBarTot et vulnera, à Magallanes de Catia et à Potosi

```
Call:
lm(formula = hautBarTot ~ vulnera, data = venrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-3.4996 -1.9255  0.5004  1.7875  4.6487

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  3.49961    0.14144  24.743  < 2e-16 ***
vulnera     -0.28707    0.09339  -3.074  0.00223 **
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.957 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.01862,        Adjusted R-squared: 0.01665
F-statistic:  9.45 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.002228


Call:
lm(formula = hautBarTot ~ vulnera, data = colrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-3.3857 -2.2059 -0.2059  1.7941  3.9739

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)   3.3857     0.1836  18.445   <2e-16 ***
vulnera      -0.0899     0.0898  -1.001    0.317
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 2.249 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.002008,        Adjusted R-squared: 4.06e-06
F-statistic: 1.002 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.3173
```

ANNEXE 9

Coefficients de détermination entre valAvMin, valAvGra et hautBarTot, à Magallanes de Catia et à Potosi

```
Call:
lm(formula = valAvMin ~ hautBarTot, data = venrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-2.4992 -1.3700  0.1131  0.7593  2.7593

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  3.01611    0.11865  25.420  < 2e-16 ***
hautBarTot  -0.12923    0.03187  -4.055 5.83e-05 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.405 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.03196,            Adjusted R-squared: 0.03001
F-statistic: 16.44 on 1 and 498 DF,  p-value: 5.828e-05


Call:
lm(formula = valAvGra ~ hautBarTot, data = venrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-4.3177 -1.1276  0.6823  0.8023  0.8824

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  4.11764    0.11311  36.403   <2e-16 ***
hautBarTot   0.04001    0.03038   1.317    0.188
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.339 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.00347,            Adjusted R-squared: 0.001469
F-statistic: 1.734 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.1885


Call:
lm(formula = valAvMin ~ hautBarTot, data = colrev)

Residuals:
   Min     1Q  Median     3Q    Max
-2.9106 -1.1031  0.0894  1.0988  3.0988
```

Suite page suivante…

ANNEXE 9 (suite)

Coefficients de détermination entre valAvMin, valAvGra et hautBarTot, à Magallanes de Catia et à Potosi

```
Coefficients:
             Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  3.11247    0.11504  27.056  < 2e-16 ***
hautBarTot  -0.20188    0.02923  -6.907 1.52e-11 ***
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.468 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.08743,           Adjusted R-squared: 0.08559
F-statistic: 47.71 on 1 and 498 DF,  p-value: 1.515e-11

Call:
lm(formula = valAvGra ~ hautBarTot, data = colrev)

Residuals:
    Min      1Q  Median      3Q     Max
-3.9908 -0.8935  1.0092  1.1065  1.2361

Coefficients:
             Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  3.99075    0.11507  34.682   <2e-16 ***
hautBarTot  -0.03241    0.02923  -1.109    0.268
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

Residual standard error: 1.468 on 498 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.002462,          Adjusted R-squared: 0.000459
F-statistic: 1.229 on 1 and 498 DF,  p-value: 0.2681
```

ANNEXE 10

Résultats complets de l'enquête de terrain menée dans les quartiers de Magallanes de Catia au Venezuela et de Potosi en Colombie entre Août 2010 et Janvier 2011

Enquête menée en Colombie dans le quartier de Potosi entre Août 2010 et Octobre 2010 348

Enquête menée au Venezuela dans le quartier de Magallanes de Catia entre Novembre 2010 et Janvier 2011..... 389

Correspondance des variables et des réponses		
Nom R	**Dénomination explicite**	**Type de réponse**
San	État de santé perçu	Score de 1 à 5
valAvGra	Accès perçu en cas de maladie grave	Score de 1 à 5
valAvMin	Accès perçu en cas de maladie mineure	Score de 1 à 5
medic1	Orientation dans le système de soins en cas de maladie mineure (point d'accès)	Réponse ouverte
medic2	Orientation dans le système de soins en cas de maladie grave (point de parcours)	Réponse ouverte
dist	Distance du domicile au point d'accès le plus proche	Distance ou temps convertible
valAvMeta	Barrières rencontrées avant l'accès aux soins	Liste suggérée + réponse ouverte
aff	Affiliation à une police de santé	Binaire : oui / non
valAp	Qualité ressentie des soins	Score de 1 à 5
valApMeta	Barrières rencontrées une fois inséré dans le système de soins	Réponse ouverte
valFin	valApMeta dissuasive ou non	Binaire : oui / non
income	Situation sur le marché du travail	**1** : sans emploi, **2** : informel, **3** : formel
context	Contexte familial	**1** : en famille, **2** : en couple, **3** : seul
age	Catégorie d'âge par tranche	**1** : 18-29, **2** : 30-39, … , **5** : 60 et plus
sex	Genre	**1** : homme, **2** : femme
educ	Niveau de diplôme	**1** : primaire, **2** : secondaire, **3** : bac, **4** : technique, **5** : universitaire

	san	valAvGra	valAvMin	medic1	medic2	dist	valAvMeta	aff	ass	valAp	valApMeta	valFin	income	context	age	sex	educ	owner
1	5	5	1	Remedios caseros	Candelaria	20	Falta de tiempo - no hay plata - se automedica	Sisben	Colsubsidio	3			1	1	4	2	1	2
2	5	5	5	CAMI - Remedios caseros	Meissen			Sisben	Salud total	5	Me dan no mas pastas	No	1	3	5	2	1	1
3	4	5	1	Candelaria		20	No hay plata - Se automedica	Sisben	Solsalud	5			1	1	5	2	1	1
4	5	5	3	Candelaria		20	No hay plata	Sisben	Humana vivir	4	A veces no hay droga	No	1	1	4	2	1	1
5	5	2	2	Olaya		20	Desconfianza - no le gusta - se automedica	Eps	Salud total	3	Siempre dan lo mismo	No	2	1	2	2	1	1
6	4	3	3	Candelaria		15	Falta de tiempo - no me gusta	Eps	Compensar	5			1	1	1	2	2	2
7	5	5	5	CAMI	CAMI Jerusalem	5		Sisben	Humana vivir	5			1	3	5	2	1	1
8	3	5	5	CAMI		5		Sisben	Unicajas	3	Siempre dan lo mismo	No	2	3	4	2	1	2
9	4	1	1	CAMI	Candelaria	15	Desconfianza	Eps	Colsubsidio	5			2	3	3	1	1	1
10	3	5	5	CAMI	Candelaria	20		Eps	Solsalud	5			1	1	3	2	1	2
11	4	3	3	CAMI	Manuela Beltran	10	No me gusta	Sisben	Humana vivir	3			1	1	1	2	3	1
12	4	3	3	Candelaria		20	No me gusta - me automedico	Sisben	Humana vivir	3	Siempre dan lo mismo	No	1	1	3	2	1	1
13	4	3	3	CAMI		5	Falta de tiempo	Eps	Colsubsidio	5			2	1	3	1	1	2
14	2	5	5	CAMI		5		Sisben	Caprecom	5			2	1	2	2	1	2
15	2	5	5	CAMI		5		Sisben	Fondo financiero	5			1	2	4	2	1	1
16	3	5	5	CAMI		10		Sisben	Salud condor	5			1	1	1	2	4	2
17	5	5	5	CAMI		5		Sisben	Humana vivir	5			1	2	2	2	1	2
18	5	5	5	CAMI	Candelaria	15		Sisben	Humana vivir	5			1	1	5	1	1	1
19	5	3	3	CAMI		15	Desconfianza	Sisben		5			1	1	1	2	2	1
20	5	5	5	CAMI		5		Sisben	Humana vivir	5			2	1	5	2	1	2
21	5	5	5	Corbe Salud Teusaquillo		60		Eps	Salud coop	5			1	1	2	2	1	1
22	5	5	5	Candelaria		15		Sisben	Humana vivir	5			1	1	3	2	1	1

23	4	5	5	Olaya		15		Eps	Salud total	5			1	3	5	2	1	2
24	4	5	5	Ecosos Santa librada		60		Sisben	Eco SOS	3	Problema para pedir citas	No	2	1	5	1	1	1
25	5	5	5	CAMI		15		Sisben	Salud total	5			2	1	5	1	1	1
26	5	3	3	CAMI	Jerusalem	10	Falta de tiempo - deconfianza	Eps	Cruz blanca	4	Mucha espera	No	3	3	1	2	4	1
27	5	3	3	Candelaria		10	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben	Humana vivir	5			1	1	3	2	1	1
28	5	5	5	CAMI		5		Eps	Colsubsidio	5			1	1	1	2	1	2
29	1	5	1	CAMI	Meissen	5;30	Falta de tiempo - se agrava donde el medico	Sisben	Humana vivir	5			1	1	2	2	1	2
30	4	5	1	CAMI	Meissen	5;40	Falta de tiempo - se automedica	Sisben	Humana vivir	5			2	1	1	1	2	1
31	3	5	1	Restrepo		60	No hay plata - Se automedica	Sisben	Humana vivir	3	Cita muy tarde (1 mes)	Si	2	3	3	2	2	2
32	4	4	2	Candelaria		15	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben	Humana vivir	5	Espera	No	2	1	2	1	2	1
33	5	5	1	MetroSur		30	No hay plata - Se automedica	Eps	Cafe salud	3	Es igual de demorado que el SISBEN	Si	1	3	2	2	2	1
34	2	5	2	CAMI	Candelaria	20	No hay plata - Se automedica	Sisben		5			2	2	5	1	1	2
35	2	4	2	Candelaria		30	No hay plata - siempre dan pastas	Sisben	Humana vivir	4			1	3	5	2	1	1
36	3	5	5	Candelaria		20		Eps	Nueva eps	3	Problema para pedir citas - Tiene que hacer cola aunque sea prioritario - muchas travas para entregar los medicamentos	Si	1	2	4	1	2	1
37	5	1	1				Por question de papeles	No					2	1	1	1	2	1
38	5	4	1	CAMI	Tunal	2;20	No me gusta	Sisben	Salud total	4	Colas	No	2	1	1	1	1	1
39	5	5	1	Farmacia	Jerusalem	5;15	Innecesario - se automedica	Sisben	Salud total	5			2	1	1	1	1	1
40	3	5	1	Candelaria		20	No hay plata	Eps	Compensar	4			1	2	4	1	4	1
41	4	3	3	Tunal		40	Innecesario	Sisben	Fondo financiero	5			1	1	1	2	4	2
42	5	3	3	CAMI		5	No hay plata - no me gusta	Sisben	Salud total	1	Mala atencion - no atienden rapido	No	1	1	3	2	1	2
43	3	3	3	CAMI		5	Desconfianza - se automedica	Sisben	Humana vivir	3	Medicamentos no me mejoran	No	2	1	3	2	1	1
44	3	5	5	CAMI		5		Sisben	Humana vivir	5			2	1	4	2	1	1
45	5	2	2	CAMI			Falta de tiempo	Eps	Salud coop	3	Siempre dan lo mismo	No	2	1	1	2	2	1
46	5	3	3	Nueva EPS		15		Eps	Salud total	1	Solo calmantes -	No	2	1	4	1	3	1

												servicio malo						
47	4	5	5	CAMI		5		Sisben	Humana vivir	5			1	1	4	2	1	1
48	2	5	5	Candelaria		15		Sisben	Humana vivir	4	Se demora en dar la cita	No	1	1	5	2	1	1
49	4	5	1	Famisanar		60	Se automedica	Sisben	Famisanar	3	Demora - mucha gente	Si	3	3	2	1	2	2
50	3	5	1	Meissen		60	Miedo	Sisben	Colsubsidio	5			2	1	2	1	1	1
51	3	5	1	CAMI	Tunal	15;30	Innecesario	Eps	Cafe salud	5			1	1	4	2	2	2
52	4	5	1	Candelaria		30	Se automedica	Sisben	Candelaria	3	Demora - no autorizan los examenes	Si	1	3	4	2	1	2
53	5	4	2	Famisanar		60	Innecesario	Eps	Famisanar	5			1	1	1	1	2	1
54	3	3	1	Unicajas		25	Se automedica	Sisben	Unicajas	2	Muy lejos - la cita la dan para muy tarde	Si	2	2	4	1	2	2
55	5	5	3	Candelaria		20	Falta de tiempo	Eps	Salud total	5			1	2	1	2	3	2
56	5	2	1	Sanitas		20	Innecesario	Eps	Sanitas	4	Demora	Si	1	1	1	1	1	1
57	3	4	1	CAMI	Meissen	5;30	Se automedica	Sisben	Meissen	3	Mala atencion	Si	2	2	4	2	1	1
58	4	5	1	Cafe salud		30	No me atienden	Eps	Cafe salud	5			3	3	3	2	2	1
59	5	2	1	Meissen		45	Se automedica	Sisben	Meissen	3	Mucha gente - no hay citas - remiten mucho	Si	3	3	3	2	2	2
60	5	5	1	Famisanar		60	Se automedica	Sisben	Famisanar	5			2	2	1	2	2	2
61	3	5	5	Candelaria		30		Sisben	Humana vivir	3	Los medicamentos no sirven	Si	1	1	5	1	1	1
62	3	5	1	Salud coop		30	Se automedica	Sisben	Candelaria	4	No hay droga - demora en la cita	Si	3	1	5	2	2	1
63	2	5	1	Carlos Lleras			Se automedica - Tiene droga permanente	Sisben	Carlos Lleras	5			4	1	5	1	1	1
64	4	5	1	Hospital militar		60	No me gusta - se resuelve solo	Eps	Hospital militar	3	Demora	Si	1	1	3	2	2	1
65	5	5	1	Clinica del occidente		60	Remedios naturales	Eps	Cafe salud	5			2	2	5	1	1	2
66	5	0	1	CAMI Jerusalem		15	Falta de tiempo	Sisben	Jerusalem	5			3	1	1	1	1	1
67	5	3	1	CAMI Jerusalem		10	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben	Salud total	5			1	3	3	2	2	1
68	4	3	1	CAMI	Jerusalem	10;15	Falta de tiempo	Sisben	Jerusalem	3	Demora	Si	1	1	1	2	2	1
69	4	5	1	CAMI Jerusalem		20	Se automedica	Sisben	Meissen	4	Mucha gente	Si	2	2	2	1	2	2
70	3	1	1				Se me perdio el carnet	Sisben	Jerusalem				2	3	3	1	1	1
71	4	3	1	CAMI	Vista hermosa	5;30	Falta de tiempo	Eps	Salud total	4	Demora	No	2	1	1	1	2	2

72	3	1	1				Medicamentos naturales	Sisben	Vista hermos				1	1	5	1	1	1
73	3	3	1	CAMI	Meissen	10;40	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben	Humana vivir	5	No cubre la droga	Si	1	1	4	2	1	2
74	3	0	1	CAMI		10	Pereza	Sisben	Unicajas	5			2	3	4	2	1	2
75	4	2	1	Famisanar		60	Mal servicio	Eps	Famisanar	3	Dan siempre lo mismo	Si	1	1	2	2	2	1
76	5	5	1	CAMI	Meissen	10;60	Innecesario	Sisben	Meissen	3	La droga es cara	Si	1	1	2	1	1	1
77	5	5	1	Cafe salud		60	Se automedica	Eps	Cafe salud	5			3	1	2	1	2	1
78	3	5	5	CAMI		15				5			2	1	3	1	1	1
79	3	5	1	Hospital San rafael		60	Se automedica	Eps	San Rafael	4			3	1	3	1	2	1
80	4	1	1				No tengo SISBEN						2	3	3	1	1	3
81	3	5	1	Nueva EPS		120	Innecesario	Eps	Nueva EPS	5			4	3	5	1	2	2
82	5	5	1	Hospital militar		30	Falta de tiempo	Eps		5			3	1	2	1	2	2
83	3	3	1	CAMI Jerusalem		15	Se automedica	Sisben	Salud Total	5			2	1	4	1	1	2
84	4	5	1	Famisanar		60	Se automedica	Eps	Famisanar	4	Demora en las citas	Si	3	3	2	1	2	1
85	5	5	5	Apojeo		30		Eps	Cafe salud	5			2	1	3	1	1	1
86	5	5	5	Meissen		20		Sisben	Salud total	5			2	1	1	2	4	1
87	3	5	2	Drogueria	CAMI Jerusalem	20	Falta de tiempo - no hay plata - se automedica	Eps	Salud coop	5			3	1	4	1	1	1
88	3	2	1	CAMI	Meissen	10;20	Falta de tiempo - se automedica - no me atienden	Sisben	Cafe salud	3	Diagnostico muy superficial	Si	2	3	3	2	1	1
89	5	5	3	Hospital militar		90	No me gusta - me automedico	Eps	Ministerio defensa	5			4	3	2	1	2	1
90	3	5	2	CAMI	Meissen	5;30	Falta de tiempo - no hay plata - me automedico	Sisben		3	Demora en la atencion	Si	3	1	2	1	1	2
91	2	5	1	Remedios caseros	Candelaria	20	No hay plata - me automedico	Sisben	Salud total	4	No hay citas	Si	1	1	5	2	1	2
92	5	5	5	Compensar		15		Eps	Compensar	5			3	2	3	1	2	2
93	4	3	1	CAMI Jerusalem	Candelaria	20.30	Falta de tiempo	Sisben	Solsalud	4	Demora en las citas	Si	2	3	1	2	2	1
94	3	5	2	Candelaria		30	Espera que se resuelva solo	Sisben	Salud total	5			1	1	3	2	1	1
95	5	5	2	CAMI		5	No me gusta						2	3	2	2	1	2
96	5	5	2	venecia		15	Se automedica	Eps	Salud total	5			3	1	2	2	3	2
97	4	5	2	Nueva EPS		15	Falta de tiempo - se automedica	Eps	Nueva EPS	4	Demora para las citas	No	3	1	3	2	2	2
98	4	5	2	Cruz blanca		30	Se automedica	Eps	Nueva EPS	5			3	1	3	1	2	2

99	5	5	4	CAFAN	CAFAN	30;120	Falta de tiempo - se automedica	Eps	CAFAN	5			3	1	2	2	3	2
100	4	5	4	Fontibon		120	Espera que se resuelva solo	Eps	Nueva EPS	5			3	1	4	1	1	1
101	1	3	1	CAMI	medico particular	10; 120	Desconfianza - no hay plata - no me atienden	Sisben	Humana vivir	2	me mandan para otro lado	Si	1	3	5	2	1	1
102	4	5	2	medico particular		30	Falta de tiempo - no hay plata - se automedica	Sisben	Humana vivir	4	Demora en las citas	Si	2	1	5	2	1	1
103	3	5	1	Salud coop		90	No hay plata	Eps	Salud coop	4	Problema de citas - no atienden por un minuto de retrazo	Si	1	2	2	2	2	2
104	3	5	2	Quiroga		10	Falta de tiempo - no hay plata - se automedica	Eps	Nueva EPS	5			3	1	2	1	1	2
105	5	3	1	Meissen		30	Me automedico	Sisben	Humana vivir	5	Demora para las citas	Si	2	1	1	1	3	2
106	5	5	5	CAMI	Meissen	2;20		Sisben	Colsubsidio	5			1	3	4	1	3	1
107	3	5	1	Nabarro		120	No me atienden	Eps	cruz blanca	5			3	3	4	2	2	1
108	5	3	2	CAMI	Meissen	5;40	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben		3	No atienden rapido	Si	2	3	1	2	2	2
109	4	0	1	CAMI	Meissen - Tunal	5;30	Pereza						2	1	1	1	2	2
110	4	5	1	Kennedy		90	No hay plata	Eps	Humana vivir	5			1	1	1	1	1	2
111	5	5	5	Candelaria		15		Sisben	Humana vivir	5			3	1	4	1	1	2
112	5	5	5	CAMI Jerusalem		20		Eps	Salud coop	5			1	1	1	1	4	1
113	4	0	1	Olaya		30	Falta de tiempo - no hay plata - se automedica	Eps	Salud total				3	1	2	1	1	2
114	4	0	1	CAMI	Candelaria	5;30	Falta de tiempo	Sisben	Humana vivir	5			3	1	1	2	4	1
115	5	5	5	La victoria		60		Sisben	Salud coop	5	Espera	No	2	1	2	1	1	1
116	1	5	1	Candelaria		30	No hay plata	Sisben	Humana vivir	5			2	1	5	1	1	2
117	4	5	3	CAMI	Candelaria	5;20	Mucha demora para las citas	Sisben	Solsalud	1	Mucha demora - no hay droga	Si	2	3	2	2	1	1
118	1	5	5	Meissen		40		Sisben	Salud totaL	5			1	2	3	2	1	2
119	3	5	2	CAMI Jerusalem	Candelaria	15;30	No hay plata - se automedica	Sisben	Humana vivir	4	Mucha demora	No	3	1	4	1	1	1
120	3	1	1	Nueva EPS		60	Falta de tiempo	Sisben	Nueva EPS				3	3	1	1	2	2
121	5	3	2	Candelaria		30	Falta de tiempo - no hay plata - me automedico	Sisben	Humana vivir	4	Mucha gente - demora	No	1	2	1	2	2	2
122	4	5	1	Candelaria		30	Falta de tiempo - innecesario - me automedico	Eps	Confenalco	5			1	2	2	1	1	2

123	5	1	1	Farmacia			No hay plata - me automedico	Eps	Famisanar				3	3	2	1	4	1
124	4	5	5	CAMI		5		Sisben	Salud total	3	Hacer fila, 30 minutos de cola	No	1	2	5	1	1	2
125	4	5	1	Alqueria		30	No me gusta	Eps	Nueva EPS	4			2	3	3	2	1	1
126	1	4	2	Meissen		40	Me automedico - no me atienden	Sisben	Salud total	3	Muchas vueltas para atenderme	Si	1	1	5	1	1	1
127	5	5	1	Candelaria		15	Falta de tiempo	Eps	Compensar	4	Desorganizacion	Si	3	1	1	1	4	1
128	4	5	5	Candelaria		15		Sisben	CENDAR	5			1	3	5	2	1	2
129	4	2	2	Colsubsidio		60	No me atienden	Eps	Famisanar	3	Cobran multas	Si	3	3	4	2	2	1
130	3	5	5	Unicajas		90		Sisben	Unicajas	3	No hay urgencias	Si	2	2	5	1	1	2
131	5	3	1	Candelaria		15	Falta de tiempo - innecesario	Sisben	Humana vivir	5			1	1	1	2	2	1
132	3	3	1	Candelaria		30	Falta de tiempo - no hay plata - no me gusta - me automedico	Sisben	Candelaria	3	Demora	si	1	1	1	1	2	1
133	2	3	1	CAMI	Candelaria	10;30	Falta de tiempo			4	No dan las citas a tiempo	Si	2	1	4	2	2	1
134	4	3	1	CONFACUNDI		20	Medicamentos naturales	Sisben	Meissen	5			1	1	4	2	2	1
135	4	5	1	Kennedy		120	No me atienden	Eps	Humana vivir	3	Toca pedir muchas citas para que me atiendan	Si	2	1	4	1	1	1
136	5	5	5	CAMI	Meissen	5;30		Sisben	Humana vivir	5			1	1	1	2	1	1
137	2	2	2	Candelaria		60	Desconfianza - se automedica	Eps	Compensar	2	Siempre dan lo mismo - casi me matan	Si	1	2	5	1	2	1
138	3	4	1	Vista hermosa		10	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben	Salud total	1	No cubre todo el pos - toca dar un porcentaje - mucha espera porque el sistema se cae	Si	2	2	3	1	1	2
139	5	3	1	Sierra morena		60	Me automedico	Sisben	Sierra morena	5			1	1	2	2	1	2
140	2	5	2	CAMI Jerusalem		45	Medicamentos naturales	Sisben	Solsalud	3	No atienden si no hay citas - no prestan servicio de urgencia	No	2	1	5	1	1	1
141	3	5	2	Salud coop	Cafe salud - cruz blanca	30	No hay plata - me automedico	Eps	cruz blanca	4	A veces no hay medicamentos - colas	No	1	3	4	2	1	2
142	1	5	2	meissen		40	No hay plata - toca comprar la droga	Sisben	Solsalud	2	Espera por la cita	SI	1	2	3	2	1	2
143	5	5	1	Famisanar		120	Falta de tiempo - me automedico	Eps	Famisanar	5	Espera mucho en urgencias	No	1	1	1	1	1	1
144	4	5	2	CAMI	Candelaria	10.30	Innecesario - me automedico	Eps	Humana vivir	4	Espera	Si	1	1	1	2	2	2
145	2	5	2	CAMI	CAMI Jerusalem	5.20	Me automedico - mucha demora en la cita	Sisben	Unicajas	1	Mucha demora en las autorizaciones	Si	1	1	1	2	2	1

146	4	5	3	Polycarpa		60	Desconfianza	Eps	Saludcoop	3	Los medicos no prestan atencion - siempre dan los mismos medicamentos	Si	3	1	1	2	3	1
147	4	5	1	Candelaria		20	Queda muy lejos	Sisben	Humana vivir	4			1	1	1	2	2	2
148	3	4	2	Candelaria		20	Falta de tiempo	Eps	Nueva EPS	3	No atienden bien los pacientes - espera - cobran multa	Si	3	1	3	1	1	1
149	3	5	5	CAMI		5				4	No atienden si no pago	No	1	1	2	2	3	2
150	3	5	1	Candelaria		20	No hay plata	Eps	Nueva EPS	4	Congestion	No	3	3	3	2	1	1
151	4	5	3	CAMI		5		Sisben		5			4	2	5	1	1	1
152	4	5	5	Simon Bolivar		60	No hay plata	Sisben		5			1	3	5	1	1	1
153	1	4	1	CAMI	Vista hermosa	5;30	No hay plata - nadie me ayuda	Sisben	Salud condor	5			1	3	5	1	1	1
154	5	5	5	CAMI	el Tunal	5;30		Sisben	Humana vivir	5			1	1	2	2	1	2
155	4	5	1	Meissen		20	Falta de tiempo - se automedica	Sisben	Caprecom	5			1	3	2	2	1	2
156	3	5	1	CAMI	Hospital humana vivir	5;20	Falta de tiempo - remedios caseros	Sisben	Humana vivir	5			2	2	3	2	3	1
157	4	0	1	Farmacia			No hay plata - mucha demora	Eps	Famisanar				3	3	4	1	1	1
158	4	5	3	Sierra morena		15	Falta de tiempo - no hay plata - se automedica	Sisben	Unicajas	3	Muy demorado	Si	2	1	3	2	1	1
159	5	0	1				No me gusta	Sisben	Humana vivir				3	2	2	2	3	2
160	2	4	1	CAMI	Meissen	5;20	Desconfianza - me automedico	Sisben 2	Solsalud	3	No dan los buenos medicamentos - siempre dan los mismos	Si	1	2	4	2	1	1
161	1	1	1	Medicamentos caseros			No hay plata - espero que pase						1	1	5	2	1	1
162	3	3	3	Hospital de soacha		40	No hay plata	Eps	Humana vivir	3	Espera - siempre dan los mismos medicamentos	Si	1	1	2	2	1	2
163	4	5	1	CAMI	MEISSEN	5;60	No hay plata - se automedica	Sisben	Salud totaL	5			1	3	5	2	1	1
164	4	3	3	Hospital de CAFAN		30	Pereza	Eps	Cafan	3	Espera	No	2	1	1	2	2	1
165	4	5	2	Salud coop		30	Innecesario - me automedico			5			1	1	1	2	2	1
166	3	3	1	CAMI Jerusalem		20	Innecesario	Sisben	Meissen	3	No atienden rapido	Si	2	1	3	1	2	1
167	3	3	1	CAMI		15	Me automedico	Sisben	Humana	5			3	2	2	1	2	2

				Jerusalem					vivir									
168	4	5	1	Candelaria		45	Me automedico	Eps	Salud total	4	demora	Si	2	1	3	1	2	2
169	1	5	5	Candelaria		20		Eps	Nueva EPS	1	No hay citas - siempre dan lo mismo	SI	4	1	4	1	1	2
170	4	4	3	CAMI Jerusalem		20	Se me perdio el carnet	Sisben	Solsalud	5			2	3	3	2	2	1
171	4	5	1	Hospital en la 27			Falta de tiempo - espera	Eps	Sura	3	Siempre dan lo mismo	No	3	1	4	1	1	1
172	5	5	5	Candelaria		20		Eps	Compensar	5			3	2	2	1	3	2
173	2	5	5	CAMI	Meissen	10;30		Sisben	Solsalud	3	No me dieron la pastilla	Si	2	1	4	2	2	1
174	5	5	5	HospitaL vista hermosa		20		Sisben	Humana vivir	3	Mucha espera - No hay citas	Si	3	3	5	1	1	2
175	4	5	5	HospitaL vista hermosa		20		Sisben	Salud condor	5			2	2	4	2	1	1
176	5	5	3	Clinica San rafael		45	No hay plata - medicamentos caseros	Eps	Suramericana	5			1	2	2	2	2	2
177	3	5	2	Meissen		20	Desconfianza	Sisben	Humana vivir	3	Espera	No	1	1	3	2	3	1
178	2	1	2	CAMI Jerusalem		20	Estoy solo - nadie me lleva	Sisben	Humana vivir	1	Mucha demora - no me examinan - no me atienden	Si	1	3	4	1	1	1
179	2	3	2	MEISSEN		20	No hay plata - me automedico	Sisben	Humana vivir	3	Problema para reclamar la droga	Si	1	3	4	2	1	2
180	4	5	5	Candelaria		30		Sisben	Humana vivir	5			1	1	4	2	1	2
181	4	5	3	Kennedy		45	Innecesario - espero que pase	Eps	Cafan	4	Espera	No	3	1	1	2	3	2
182	5	1	1	Remedios caseros			Desconfianza	Sisben	Salud total				2	3	5	1	1	1
183	2	5	3	Meissen	Candelaria	30;30	Desconfianza - no hay plata - no me atienden - mucha demora	Sisben	Solsalud	2	Falta inzumos - no hay remedios - problema del POSS	Si	4	3	5	1	1	1
184	3	5	3	Remedios caseros	Salud total	60	Falta de tiempo - no hay plata - me automedico	Sisben	Salud total	4			1	1	5	1	1	1
185	5	5	3	CAMI Jerusalem	el Tunal	20;45	Espera que se resuelva solo	Sisben	Solsalud	3	Demoras en la cita	Si	2	1	1	2	2	2
186	4	5	1	Medicina alternativa	Santa lucia	90	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben	Colsubsidio	5	Burocracia	No	1	3	1	1	3	1
187	4	5	3	Candelaria		30	Mucha demora	Sisben	Colsubsidio	2	Demora - no atienden bien	No	1	1	1	2	4	1
188	5	5	2	CAMI Jerusalem	Meissen	20;30	Falta de tiempo	Sisben	Humana vivir	5			3	1	3	2	1	1
189	4	5	1	EPS		60	No me gusta	Eps		4	Demora	SI	1	3	2	1	2	1
190	3	1	1				Me automedico	Sisben	Vista hermos				1	1	2	1	2	2

191	3	5	1	Candelaria		10	Me automedico	Sisben	Humana vivir	5			1	1	4	2	2	1
192	3	5	1	CAMI Jerusalem		30	No hay plata	Sisben	Unicajas	5			1	1	5	1	1	1
193	4	5	1	CAMI Jerusalem		10	No me gusta	Sisben	Unicajas	5			2	3	1	2	2	2
194	1	3	1	CAMI Jerusalem		20	No me atienden	Sisben	Candelaria	5			1	1	4	2	2	1
195	2	5	5	Nueva EPS		120		Eps	Nueva EPS	4	Demora	No	4	3	5	2	1	1
196	5	3	1	Sanitas		60	Me automedico	Eps	Sanitas	5			3	1	1	1	2	1
197	5	5	1	CAMI	Meissen	15;20	Medicamentos naturales	Sisben	Meissen	5			1	3	3	2	2	2
198	3	5	3	Vista hermosa		30	No me atienden	Sisben	Solsalud	3	La cita es muy lejos	Si	1	1	3	1	2	1
199	3	4	1	CAMI Jerusalem		30	Innecesario	Sisben	Solsalud	5			1	3	4	1	1	2
200	5	5	5	Cruz blanca		15		Eps	cruz blanca	5			3	2	4	1	2	1
201	4	5	1	CAMI Jerusalem		20	Se resuelve solo	Sisben	Meissen	4	Demora	Si	2	1	2	1	2	1
202	5	0	1	CAMI Jerusalem		20	Se automedica	Sisben	Candelaria	5			3	1	2	1	2	2
203	4	0	2	CAMI		15	Se automedica	Sisben	Solsalud	5			2	3	4	1	2	2
204	2	5	1	Policlinico		30	Se automedica	Eps	Salud Total				2	2	3	1	2	2
205	3	3	1	CAMI	Candelaria	15,35	Falta de tiempo	Sisben		5			2	3	5	2	1	1
206	5	5	1		Candelaria	30	No me atienden	Sisben	Humana vivir	3	Demora - malas infrastructuras - pesimo servicios de citas propias	Si	1	2	5	1	1	1
207	4	3	3		CAMI Jerusalem	10	No me gusta	Sisben	Salud total	2	La cita solo la dan para ciertos dias - mala atencion de los medicos	Si	2	3	2	2	2	2
208	1	5	5		CAMI Jerusalem	30		Sisben	Humana vivir	4	Siempre dan lo mismo	Si	1	3	5	2	1	2
209	4	3	3	CAMI	Candelaria	10;30	Falta de tiempo - no le gusta - mucha demora	Sisben	Humana vivir	3	Demora	No	2	3	3	2	1	1
210	1	5	5		Tunjundito Hospital	30		Sisben	Colsubsidio	3	Demora - mala atencion	No	1	1	5	2	1	1
211	1	3	3	CAMI	Potosi	5;45	Falta de tiempo - No hay plata	Eps	Particola	5			1	1	4	2	1	1
212	3	5	5		Hospital Quiroga	30		Sisben	Salud Total	5			2	3	5	2	1	1
213	1	5	5		Hospital Estrella	60		Sisben	Humana vivir	4			1	3	3	2	1	1

214	5	5	5	CAMI	Potosi	10;30		Sisben	Salud Total	3	Mala atencion, siempre dan lo mismo	No	1	1	1	2	1	1
215	5	5	3		Hospital Olaya	30	Falta de tiempo - me automedico	Eps	Salud total	4			1	2	4	1	3	1
216	5	5	5		Candelaria	30		Sisben	Humana vivir	4			2	1	5	1	1	1
217	5	3	3		Hospital San Francisco	30	Nunca me enfermo	Eps	Escopsos	3			2	1	5	2	1	1
218	5	3	3		Hospital Meissen	30	Falta de tiempo - me automedico	Sisben	Humana vivir	3			2	1	3	1	3	1
219	4	5	5		Hospital Vista Hermosa	30		Sisben	Eco SOS	5			2	1	2	2	4	1
220	4	5	5		Hospital Meissen	30		Sisben	Eco SOS	4			2	1	5	1	1	1
221	5	3	3		Hospital Policia	30	Falta de tiempo - me automedico	Eps	Policia	4			3	1	2	1	3	1
222	5	5	5	CAMI	CAMI Tanque	20		Sisben	Salud Total	4			1	1	1	2	1	2
223	4	3	3		Cruz Blanca	40	No me gusta	Eps	Cruz Blanca	3	Mucha demora	No	2	1	1	2	1	1
224	5	3	3	CAMI	Potosi	5;30	No me gusta	Eps	Salud Vida	5			3	1	1	1	3	1
225	4	3	3	CAMI	Vista hermosa	3;40		Sisben	Humana vivir	2	El servicio es malo	Si	1	1	4	2	3	2
226	5	3	3	CAMI	Potosi	1;30	No Hay Plata - No Me Gusta - No Me Atienden - Mucha Demora			2	Siempre le dicen a uno que esta bien	No	1	1	2	2	1	1
227	4	5	5	CAMI	Potosi	1;30		Sisben	Unicajas	5			2	3	4	2	1	2
228	2	2	2	CAMI	CAMI Jerusalem	5;20	Falta de tiempo - no hay plata	Sisben	cruz blanca	4			2	1	3	1	1	2
229	5	3	3	CAMI	CAMI Jerusalem	5;20	Falta de tiempo - Desconfianza	Sisben	Salud total	4	Muy mala atencion de los medicos	No	1	1	1	1	2	1
230	5	3	3	CAMI	CAMI Jerusalem	5;20	Desconfianza - no hay plata	Sisben	Humana vivir	4		Si	2	2	3	1	1	2
231	3	1	1		el Tunal	30	No hay plata	Sisben	Eco SOS	3		Si	1	2	4	1	1	1
232	5	3	3	CAMI	CAMI Jerusalem	3;20	Desconfianza - poca medicina	Sisben	Eco SOS	4		Si	2	1	2	1	1	2
233	4	5	5	CAMI	Potosi	5;30		Sisben	Humana vivir	4		Si	1	1	3	2	1	1
234	5	3	3		Vista hermosa	15	Falta de tiempo - mucha demora	Sisben	Humana vivir	3		Si	2	1	2	2	2	2
235	4	3	3		Compensar Asistir	20	Falta de tiempo - desconfianza - problema de horario - muy mamon	Eps	Compensar	3	Demora	No	2	1	2	2	3	1
236	5	1	1	CAMI	CAMI Jerusalem	2;20		Eps		3		Si	2	1	3	1	1	1
237	5	3	1		Nueva EPS	10	Me automedico	Eps	Nueva EPS	4	Demora	Si	1	3	3	2	2	2
238	4	2	1		Salud total	10	No me atienden	Eps	Salud total	2	Demora - mala	Si	3	2	1	2	3	1

												medicacion						
239	4	3	1		Candelaria	30	Me automedico	Sisben		5			2	2	3	2	2	2
240	5	5	1	CAMI	Soacha	5;40	Medicina natural	Sisben 2		4	Demora	Si	2	3	2	1	3	1
241	5	0	1				me automedico	Eps	Nueva EPS				2	1	4	1	3	1
242	5	5	1	CAMI	el Tunal	4;30	Me automedico	Sisben	Humana vivir	2	No atienden - no dan citas	Si	1	1	1	2	2	1
243	3	3	1		Candelaria	30	No me atienden	Sisben	Eco SOS	1	No atienden - urgencias no sirven	Si	1	1	5	2	1	1
244	5	5	1	CAMI	CAMI jerusalem	3;20	Innecesario	Sisben	Cadre	4	lenta la facturada	No	2	2	3	2	3	1
245	5	1	1				No me gusta	Sisben	Humana vivir				3	1	2	1	2	2
246	3	5	1		Salud Total	90	Innecesario - me automedico	Eps	Salud total	4			1	1	3	2	2	2
247	4	5	3	CAMI	CAMI Jerusalem	3;10	Falta de tiempo	Sisben	Vista hermos	5			1	1	1	1	3	1
248	4	3	1		Cafe salud	60	innecesario	Eps	Cafe Salud	4	Demora - medico mala gente	Si	3	1	2	2	3	2
249	4	3	3	CAMI	Potosi	3;30	Falta de tiempo - no le gusta	Sisben	Solsalud	4		Si	1	1	2	2	1	1
250	3	3	3	CAMI	Potosi	10;30	Falta de tiempo - no le gusta	Sisben		3	No me atienden bien	No	1	3	1	2	3	2
251	5	3	3		el tunal	60	Falta de tiempo - desconfianza	Sisben	Humana vivir	3	mucha espera	No	3	3	2	1	5	1
252	3	5	5	CAMI	Jerusalem meissen	3;30		Sisben	Salud total	4		Si	1	1	5	2	1	1
253	5	3	3	CAMI	Jerusalem	3;15	Falta de tiempo - no hay plata	Eps	Compensar	5		Si	1	1	1	1	3	1
254	5	3	3		Olaya	15	Falta de tiempo	Eps	Salud Total	5			2	1	2	1	2	2
255	4	3	3		Olaya	15	No me gusta	Eps	Salud total	5			2	1	2	2	2	2
256	5	3	3		Olaya	15	Falta de tiempo - no le gusta	Eps	Salud total	5			2	1	2	1	2	2
257	2	5	5		Olaya	10		Eps	Salud total	5			1	1	4	1	1	1
258	4	3	3		Cruz Blanca	15	No le gusta	Eps	Cruz Blanca	5			2	1	3	1	1	1
259	5	3	3		Candelaria	15	No le gusta	Sisben	Humana vivir	3			1	1	1	1	1	1
260	5	5	5		Candelaria	30		Sisben	Humana vivir	5			1	1	2	1	1	2
261	4	5	1		Vista hermosa	30	Me automedico	Eps	Salud total	3	demora	Si	1	3	3	2	2	2
262	5	3	1		Meissen	15	me automedico	Sisben	Candelaria	5			2	3	4	2	3	1
263	5	5	1		Policarpa	15	no me atienden	Eps	Cruz Blanca	5			2	3	3	2	3	1

264	5	5	1	CAMI	Jerusalem	10;30	no me atienden	Sisben	Vista hermos	3	demora - negligencias	Si	2	3	3	2	3	1
265	2	5	3	CAMI		4	innecesaria	Eps	Salud Total	4	demora	Si	2	1	3	2	3	2
266	5	3	3	CAMI	Meissen	8;30	Falta de tiempo	Sisben	Meissen	4	demora	No	1	1	1	2	3	1
267	5	5	1	CAMI	Meissen	4;30	me automedico	Sisben	Humana vivir	5	demora	Si	1	1	3	2	3	1
268	5	5	1	Cualquiera			Falta De Tiempo - No Hay Plata - Me Automedico			4	Si no hay plata no atienden	Si	1	3	4	2	1	2
269	5	0	1				Se resuelve solo	Sisben	Salud Total				1	3	2	2	2	1
270	4	5	5	CAMI		2		Sisben	Humana vivir	4	demora	Si	1	3	5	2	2	1
271	4	3	1	CAMI		2	Falta de tiempo	Eps	Cruz Blanca	4	demora	No	3	1	2	1	3	1
272	5	5	1		Candelaria	45	me automedico	Sisben	Humana vivir	4	demora - mala atencion	Si	2	1	3	1	4	1
273	3	5	1	CAMI	Vista hermosa	5;45	Me automedico	Sisben	Humana vivir	5			2	3	5	1	1	2
274	3	3	1		Compensar	7	No me gusta - medicina natural	Eps	Compensar	3	Mala atencion	Si	3	1	1	2	4	1
275	4	0	1				no me gusta	Sisben					2	1	1	2	4	1
276	2	5	1		Candelaria	30	me automedico	Eps	Nueva EPS	5			1	1	5	2	3	1
277	5	5	3	CAMI	Meissen	3	Falta de tiempo - se automedica	Sisben	Humana vivir	5			3	1	2	1	3	1
278	3	5	1	CAMI		5	Me automedico	Sisben	Humana vivir				2	1	3	2	2	1
279	4	5	3		el Tunal	5	Falta de tiempo	Sisben	Humana vivir	5			2	1	2	2	3	1
280	2	5	5	Olaya	Santa lucia	3;30		Eps	Salud Total	3	Mucha espera en urgencias	No	3	1	5	1	3	1
281	3	5	3	CAMI	Meissen	3,45	No hay plata - me automedico - medicamentos caseros	Sisben	Humana vivir	4	POS no cubre todo	Si	1	3	4	2	2	2
282	4	5	3		Policarpa	10	Me automedico - no me atienden - mucha demora	Eps	Salud coop	4	Espera - siempre dan los mismos medicamentos	Si	3	1	3	2	4	2
283	4	5	2	CAMI	Meissen	2;25	Me automedico - no me atienden	Sisben	Colsubsidio	1	Toca comprar la droga, no me atendieron en el cami	Si	1	3	4	1	2	2
284	4	5	3		Candelaria	20	No hay plata	Sisben	Salud total	4	Siempre dan la misma droga - no hacen examenes	Si	3	1	2	1	4	2
285	5	5	5	CAMI	el Tunal	15;30	No me gusta - hay mucha fila	Sisben	Humana vivir	4	Filas - hay que madrugar mucho	No	1	1	3	2	1	1
286	4	3	3		Cruz Blanca	60	No hay plata	Eps	Cruz Blanca	4		Si	1	1	2	2	1	2
287	4	5	3	CAMI	Jerusalem	10;2	No hay plata	Eps	Colsubsidio	4	Espera	No	1	1	4	2	1	1

						0												
288	4	5	3		Nueva EPS	15	No hay plata	Sisben	Eco SOS	4		Si	2	3	2	1	1	1
289	4	5	2		Vista hermosa	15	No hay plata	Sisben	Salud total	4	Espera	No	1	3	3	2	1	2
290	4	5	2		Candelaria	10	No me gusta - mala atencion	Sisben	Solsalud	3	Espera	No	2	3	3	2	1	2
291	1	5	5		Soacha	60		Sisben	Eco SOS	2		Si	1	1	4	2	1	1
292	2	5	2		Nueva EPS	30	Falta de tiempo	Eps	Nueva EPS	1	Sitas muy tarde - Espera	Si	3	1	4	1	1	1
293	3	3	3	CAMI	Potosi	20	No hay plata	Sisben	Salud total	3		Si	1	1	1	2	3	2
294	4	5	5		Olaya	60		Eps	Salud total	3	Espera	No	1	2	1	2	1	2
295	5	3	3		Candelaria	15	No me gusta - problema de horario	Eps	Compensar	3		Si	2	1	2	1	1	2
296	3	3	3		Cafe salud	30	No me gusta - mucha demora	Eps	Cafe Salud	3	Espera	No	1	1	2	1	1	2
297	5	3	3		Chico	60	Falta de tiempo - no me atienden	Eps	Susalud	3		Si	1	2	4	2	1	1
298	4	1	1		Colsubsidio		Falta de tiempo	Sisben	Colsubsidio	3		Si	2	1	4	1	1	1
299	5	5	5		Olaya	20		Eps	Prepagada	4	Espera	No	1	1	1	2	3	1
300	3	2	2	CAMI	Potosi	3;24	Falta de tiempo	Sisben		3		Si	2	3	1	2	2	2
301	5	5	1		Unicas	10	Se resuelve solo	Sisben		3	Desaparecen los datos	No	1	1	4	2	1	2
302	4	1	1		Cafesalud	30	Falta de tiempo	Eps	Cafesalud				3	2	3	2	1	1
303	4	3	1	CAMI	Candelaria	30	Innecesario	Sisben		4	Mala atencion	Si	2	3	4	2	2	1
304	4	0	2	CAMI		4	Me automedico	Sisben	Humana vivir	3	Demora en la entrega de examenes	Si	2	1	4	1	2	1
305	4	5	1		meissen / militar	30	Costumbre	Sisben	Humana vivir	4		No	2	1	2	1	2	1
306	5	5	1		Policlinico	45	Me automedico	Eps	Salud total	4	Espera	Si	3	1	2	1	2	1
307	3	5	1		Candelaria	30	Innecesario	Sisben	Humana vivir	5	Espera	No	1	1	4	2	1	2
308	5	3	2	CAMI	Jerusalem	10;20	Falta de tiempo	Sisben		5			2	2	1	2	2	1
309	2	5	1	CAMI	Cruz Blanca	10;90	Me automedico	Eps	Cruz Blanca	2	No atienden a tiempo	Si	3	2	3	2	1	1
310	3	5	1		Candelaria	30	Mucha demora; problema de horario	Sisben	Humana vivir	4			1	2	5	1	1	1
311	3	3	2	CAMI			No hay plata	Sisben	Agicen	3	No atienden - demora	Si	1	3	4	2	2	2
312	5	3	1	Medico particular		120	Falta de tiempo			5	Falta comunicacion con la operadora	Si	2	1	4	2	1	1
313	5	3	3	CAMI		7	Innecesario	Sisben	Vista hermos	3	Demora	Si	2	3	5	1	1	1
314	4	3	1		Rafael Uribe	40	No hay plata - medicina	Sisben		5			1	1	4	2	1	1

							natural											
315	3	5	1		Sierra Morena	10	Falta de tiempo	Sisben		5			1	3	5	1	1	2
316	3	2	1		Candelaria	30	No hay plata - Medicina natural	Sisben	Humana vivir	3	Si no es grave no atienden - demora	Si	1	2	4	2	1	2
317	5	5	3	CAMI		2	No me gusta - medicamentos caseros	Sisben	Caprecom	5			1	1	1	2	1	2
318	4	2	2	CAMI	Jerusalem	5;20	Desconfianza - no me atienden	Sisben	Salud Total	3	Citas muy tarde	Si	2	1	3	2	1	2
319	3	5	3	CAMI	Meissen	15;45	Espera que se resuelva solo	Sisben	Humana vivir	3	la EPS alarga mucho las vueltas	Si	1	1	2	2	1	2
320	4	5	5		Candelaria	20		Sisben	Humana vivir	5			1	1	5	2	2	1
321	4	5	2		Candelaria	20	Espera que se resuelva solo - medicamentos caseros	Sisben	Humana vivir	5			1	3	5	2	1	1
322	1	5	2	CAMI	Meissen	3;30	Falta de tiempo - me automedico	Sisben	Colsubsidio	5			2	3	4	2	1	1
323	5	5	3	CAMI	meissen	2;30	Falta de tiempo - me automedico	Sisben	Humana vivir	3	Siempre dan lo mismo	Si	2	1	1	2	2	1
324	4	5	2		Candelaria - Salud total	20	Falta de tiempo	Eps	Salud Total	5			2	1	3	1	2	1
325	5	5	1	CAMI Jerusalem		20	No me atienden	Sisben	Eco SOS	3	Falta de interes de los funcionarios	Si	1	1	2	2	2	2
326	5	5	1	CAMI		3	No hay plata - Espero que pase solo	Sisben	Humana vivir	3	Me dieron una crema no mas	Si	3	3	5	1	1	1
327	4	5	2		CAFAN de la florida	90	No me atienden	Eps	Famisanar	3	Mucha demora en la citas	Si	2	2	1	1	2	2
328	3	5	5	CAMI		10	No hay plata	Sisben	Colsubsidio	2	Dan siempre las mismas pastas y no muy buenas	Si	2	2	5	1	1	2
329	3	5	5		Vista hermosa			Sisben	Humana vivir	4	Siempre dan las mismas drogas	No	2	3	4	1	1	1
330	2	5	1		El tunal		Falta de tiempo - no hay plata - me automedico	Sisben	Eco SOS	3	Mucha espera en la cita	Si	1	2	3	2	1	1
331	4	0	1				Remedios caseros	Sisben	Humana vivir				2	1	4	1	1	2
332	2	5	1		Alquerta	30	No hay plata - me automedico	Eps	Nueva EPS	5			1	3	5	2	1	1
333	4	5	1	CAMI	Candelaria	3;20	Falta de tiempo - me automedico	Sisben	Humana vivir	4	Espera	No	3	1	3	2	1	1
334	3	5	1		Centro medico avenida primero de Mayo	60	Falta de tiempo - no hay plata - me automedico	Sisben	Colsubsidio	3	Np me atienden - mucha espera	Si	2	3	2	2	1	2
335	4	5	1		Clinica Roma	10	Innecesario - espero que pase	Eps	Famisanar	4	Mucha burocracia	Si	3	1	1	1	4	2

336	4	5	2	CAMI	CAMI Jerusalem	3;15	No me gusta - No me atienden	Sisben	Salud total	3	No atienden - rapido por urgencias	Si	2	1	2	2	2	2
337	3	5	5	CAMI	Meissen	1;10		Sisben	Humana vivir	4	No hay inzumos (seringa…)	No	1	3	4	2	1	1
338	2	5	2	Candelaria	Meissen	20;10	No me atienden - medicamentos caseros	Sisben	Humana vivir	5	Demora para las citas		1	2	4	2	2	1
339	4	0	5	CAMI		2		Sisben	Humana vivir	5			2	1	3	1	1	1
340	5	0	1				Innecesario	Eps	Cruz roja				2	2	2	1	1	2
341	2	5	1	CAMI	Cancerologia	4;60	No hay plata - espero que pase solo	Sisben	Humana vivir	3	Mucha espera	No	1	1	5	1	2	1
342	5	5	5		Hospital policia	60		Eps	Policia	5			1	1	4	2	2	2
343	3	2	2	CAMI	Olaya	3;30	No hay plata	Eps	Salud Total	5		Si	1	1	4	2	2	1
344	3	2	2		San Rafael	90	No hay plata - me automedico	Eps	Cruz Blanca	3	Espera	No	1	2	2	2	2	1
345	5	2	2		CAFAN	70	No me gusta	Eps	Famisanar	4	Mucha espera	No	1	1	2	2	2	2
346	1	2	2		Tunal	30	Desconfianza	Sisben	Salud Total	2	Espera	No	1	2	3	2	2	1
347	3	2	2	CAMI		15	Desconfianza - me automedico	Eps	Colsubsidio	3	Mucha espera	No	2	3	1	1	2	1
348	4	5	2	CAMI	Tunal	10;15	Desconfianza - me automedico	Sisben		3	Hacer fila, sacar cita es dificil	No	2	3	2	1	2	1
349	2	5	3		Salud coop	60	No hay plata - me automedico	Eps	Cruz blanca	3	Espera	No	1	1	1	2	2	1
350	3	5	5		Jerusalem	15		Sisben	Humana vivir	3		Si	2	1	4	1	1	3
351	5	5	2		Meissen	30	Falta de tiempo - Desconfianza	Sisben	Humana vivir	3	Espera	No	1	3	5	2	1	1
352	5	5	2		Tunal	20	No le gusta	Eps	Salud Total	5	Espera	No	1	1	1	1	3	2
353	5	2	1	CAMI	Meissen	5;40	Se automedica - problema de horario	Sisben		4	Mucha gente	Si	1	1	2	2	3	2
354	4	1	1				Me automedico						2	2	3	1	3	2
355	4	3	1	CAMI	Solsalud	3;45	Innecesario	Sisben	Solsalud	3	El servicio es malo	Si	1	2	4	2	3	1
356	5	5	1	CAMI	Olaya	5;30	Me automedico	Sisben	Salud Total	4			2	1	1	2	4	2
357	4	3	1		Candelaria	10	Innecesario	Sisben		5			2	2	1	2	3	1
358	5	3	1		Candelaria	5	Me automedico	Sisben	Humana vivir	2	Mucho papeleo para atender	Si	2	1	3	2	3	1
359	4	5	3	CAMI		4	Falta de tiempo	Sisben	Solsalud	2	No atienden bien	Si	1	1	1	1	3	2
360	5	2	1	CAMI	Meissen		Me automedico			1	No atienden bien - demora	Si	2	1	1	1	3	2
361	3	5	1	CAMI	Candelaria	4;35	Me automedico	Sisben	Humana vivir	5	Demora	No	2	3	5	2	3	1

362	4	5	1	CAMI		4	Se resuelve solo	Sisben	Humana vivir	5			1	3	5	2	3	1
363	4	4	3	CAMI	Jerusalem	2;10	Falta de tiempo	Sisben	Humana vivir	5	Demora	No	2	1	3	2	3	2
364	4	0	1	CAMI		5	La cita no sirve - no vale la pena	Sisben	Salud Total	4	Remiten mucho	No	2	3	5	1	3	1
365	4	5	3		Candelaria	15	Falta de tiempo - se automedica	Sisben	Humana vivir	1	Mucha espera	No	2	1	1	2	3	2
366	3	3	3		Jerusalem	30	No le gusta - Mucha demora	Sisben	Humana vivir	2	Espera	No	1	1	4	1	1	1
367	1	3	3	CAMI	Jerusalem	10;15	No hay plata	Sisben		1			1	3	1	2	3	2
368	4	5	5	CAMI	Potosi	3;10		Sisben	Colsubsidio	3	Mucha espera	No	2	1	1	1	2	2
369	4	5	1		Olaya	5	Falta de tiempo	Eps	Salud Total	4	Demora	Si	3	1	2	1	4	1
370	5	3	1		Salud coop	4	Innecesario	Eps	Salud coop	5			1	2	2	2	3	2
371	3	3	2	CAMI	Policarpa	3;20	No me atienden	Sisben	Salud Total	5			3	1	2	2	4	2
372	5	5	1	CAMI	Vista hermosa	5;30	Me automedico	Sisben	Meissen	2	No hay medicos - la cita horrible	Si	1	2	4	2	3	1
373	1	5	1		Olaya	5	Me automedico	Eps	Salud Total	2	La droga tiene efecto retardado	Si	3	1	3	1	3	1
374	4	5	2		Cruz Blanca	2	Me automedico	Eps	Cruz Blanca	3	Siempre dan la misma droga	Si	1	1	3	2	3	1
375	5	5	3	CAMI		4	Innecesario	Sisben	Humana vivir	5		No	2	2	1	2	3	2
376	3	3	2	CAMI		5	Me automedico	Sisben	Colsubsidio	4	Demora en la cita	Si	2	3	4	2	3	1
377	2	5	5		Salud coop	15		Eps	Salud Coop	3	Siempre dan el mismo medicamento	No	2	1	4	1	3	1
378	3	5	5		Candelaria	30		Sisben	Colsubsidio	3	Mucha demora	No	2	2	4	2	1	2
379	4	3	3		Olaya	15	Falta de tiempo - no hay plata	Eps	Cruz Blanca	4			3	1	3	1	1	1
380	4	3	3	CAMI	Jerusalem	3;15	Falta de tiempo - no ha plata	Sisben	Humana vivir	4			2	1	3	2	3	1
381	5	5	5		Meissen	60		Sisben	Unicajas	1	Mucha demora	No	1	1	3	2	3	1
382	3	3	3	CAMI	Vista hermosa	2;30	No hay plata	Eps	Colmenia	3	Espera	No	1	3	3	2	1	2
383	3	5	3		68 con americas	90	Falta de tiempo	Eps	Cruz Blanca	5			2	3	3	2	1	1
384	3	5	5		Candelaria	20		Eps	Famisanar	3	Esperar casi dos horas	No	1	3	5	2	1	1
385	4	3	3	CAMI		3	Falta de tiempo	Eps	Famisanar	3			1	2	3	2	1	1
386	4	5	5		Candelaria	30		Sisben	Salud Total	4			1	3	2	2	3	1
387	5	5	5	CAMI	Candelaria	10;30		Eps	Compensar	3	Espera	No	1	1	2	2	3	1
388	5	5	5		Cafan	60		Eps	Famisanar	4			3	1	1	1	4	1

389	4	5	3		Famisanar	45		Eps	Famisanar	4			3	1	4	2	4	2
390	4	3	3		Candelaria	15	Desconfianza - Mucha demora	Eps	Nueva EPS	1	Siempre dan lo mismo y no formulan calmantes	Si	3	1	4	1	1	1
391	5	5	5		Candelaria	30		Sisben	Humana vivir	3			2	1	3	2	1	1
392	5	3	3	CAMI	Potosi	2;6	Innecesario - mucha demora	Sisben		3	Toca comprar la droga	No	1	1	1	2	1	1
393	2	3	3		Candelaria	15	Falta de tiempo - me automedico	Eps	Particular	3	Espera	No	2	2	1	1	3	2
394	5	3	3	CAMI	Potosi	5	1	Eps	Caja salud	3		Si	2	2	3	1	3	1
395	4	3	3	CAMI	Jerusalem	3;15	Falta de tiempo	Eps	Particular	3		Si	2	1	4	1	1	1
396	4	5	5		Jerusalem	60		Eps	Colsubsidio	4	No me atienden rapido	No	1	3	3	2	1	1
397	5	5	5	CAMI	Potosi	4;5		Sisben	Humana vivir	3	Espera para las citas	No	2	1	2	2	3	2
398	5	5	5		Candelaria	30		Eps	Humana vivir	3			1	1	3	2	1	1
399	4	5	5		Famisanar	15		Eps	Famisanar	5			1	1	4	1	2	1
400	4	3	3		Olaya	60	Falta de tiempo - Mucha demora	Eps	Salud Total	3	Mucha espera	No	1	1	1	2	3	1
401	3	5	1		Candelaria	15	Me automedico - se resuelve solo	Sisben	Humana vivir	5			2	3	4	2	2	2
402	4	5	5		Compensar	25		Eps	Compensar	5			3	1	1	2	2	1
403	5	3	1		SaludCoop	30	Me automedico	Eps	Saludcoop	2	No me atienden	Si	2	1	4	1	2	1
404	5	5	5	CAMI		3		Sisben		4	Demora	Si	3	2	2	1	3	2
405	4	3	1	CAMI		10	Me automedico	Sisben	Meissen	3	Dan la cita para muy lejos	Si	2	3	5	1	1	1
406	4	5	1		Famisanar	90	Me automedico	Eps	Famisanar	5			1	2	4	2	2	1
407	5	1	1				Me automedico	Sisben	Vista hermos				3	1	2	2	2	2
408	3	5	5		Colsanitas	240		Eps	Colsanitas	5		No	1	1	5	2	2	1
409	3	3	1	CAMI		3	Me automedico	Sisben	Candelaria	5			2	1	3	2	2	2
410	4	3	3	CAMI	Jerusalem	4;10	Me automedico	Sisben	Meissen	4			2	1	4	2	2	1
411	4	5	1		CAMI	3	Me automedico			2			2	1	5	1	1	1
412	5	3	1	CAMI	Jerusalem	5;60	Innecesario	Eps	Saludcoop	5			1	1	1	1	2	1
413	4	4	1		Meissen	10	Innecesario	Eps	Famisanar	5			3	3	2	2	3	2
414	4	1	1				No me gusta	Eps	Cruz roja				1	1	1	1	2	1
415	5	3	3		Salud Total	30	Falta de tiempo	Eps	Salud Total	4	Demora	Si	3	1	2	2	3	1
416	4	5	5		Jerusalem	30		Sisben	Humana vivir	5			1	1	5	2	1	2
417	5	3	1		Famisanar	20	Me automedico	Eps	Famisanar	3	No atienden urgencias	Si	3	1	2	2	2	1

418	5	3	1		Famisanar	20	Me automedico	Eps	Famisanar	3	Mal servicio	Si	3	1	2	1	2	1
419	3	0	1				Me automedico	Sisben	Vista hermos				2	1	5	1	2	2
420	4	5	1		CafeSalud	60	Falta de tiempo	Eps	Cafesalud	3	Los medicamentos no sirven	Si	3	1	4	1	2	1
421	4	5	2		Tunal	30	No hay plata	Eps	Saludcoop	2			2	3	5	1	1	2
422	4	5	2		CafeSalud	40	No me gusta	Eps	CafeSalud	5	Espera	No	1	3	1	1	3	1
423	3	5	5		Palermar	120	No me gusta	Eps	Compensar	4			3	3	3	2	4	1
424	4	5	2		Libano	60	No hay plata	Eps	Cafesalud	5			3	3	2	2	1	2
425	4	3	3		Nueva EPS	30	No me gusta - me automedico	Eps	Nueva EPS	3	Atencion insufisiente	No	1	3	2	2	1	1
426	3	5	2		Sierra morenta	60	No me gusta - no me atienden	Sisben		1	No me atienden rapido	Si	2	3	4	2	1	1
427	4	5	2	CAMI	Vista hermosa	4;30	No me gusta - me automedico	Sisben	Salud Total	5			1	1	2	2	2	1
428	4	5	3		Tunal	20	Falta de tiempo	Sisben	Humana vivir	4	Espera	Si	2	1	5	1	1	1
429	4	3	3	CAMI	Potosi	5;20	Innecesario	Sisben		4			1	1	5	2	1	1
430	4	3	3		Tunal	30	Falta de tiempo - problema de horario	Sisben	Humana vivir	4	Espera	Si	2	1	4	2	3	2
431	4	5	5	CAMI	Potosi	4		Sisben	Salud Total	4			1	1	5	1	1	1
432	5	5	5		Meissen	30		Sisben	Unicajas	5			1	3	5	2	1	1
433	4	3	3		Olaya	15	Falta de tiempo	Eps	Salud Total	3			2	1	2	1	2	1
434	5	5	5	CAMI	Potosi	4;5		Sisben	Colsubsidio	4			1	1	1	2	1	1
435	5	5	5		Venecia	15		Eps	Cruz blanca	5			2	1	4	2	1	2
436	5	5	5	CAMI	Jerusalem	3;5		Eps	Cruz blanca	5			1	1	1	2	1	1
437	4	3	3	CAMI	Manuela	5;45	Falta de tiempo	Sisben	Salud Total	5			1	1	1	2	3	2
438	4	3	3		Olaya	15	Falta de tiempo - desconfianza - no hay plata	Eps	Salud Total	5			2	1	3	1	1	1
439	4	3	3		Clinica Occidente	60	Falta de tiempo	Eps	Cruz blanca	4			3	1	1	1	3	2
440	5	3	3		Cafe Salud	15	Falta de tiempo	Eps	Cafe Salud	5			2	1	2	1	1	1
441	5	3	3		Candelaria	15	Nunca me enfermo	Sisben	Humana vivir	5			2	1	2	1	2	2
442	5	1	1		Olaya	15	Nunca me enfermo	Sisben	Salud Total	5			3	1	1	2	1	2
443	5	1	1	CAMI	Jerusalem	5;15	No me gusta	Eps	Saludcoop	5			2	1	2	1	1	2
444	5	3	3	CAMI	Potosi	4;15	Falta de tiempo - no me gusta	Eps	Cruz blanca	5			2	2	4	1	1	2
445	5	3	3	CAMI	Jerusalem	5;30	No me gusta	Sisben	Unicajas	3			1	1	1	2	3	1

446	5	0	0	CAMI	Potosi	3;15	Nunca me enfermo	Eps	Particular	5			2	3	4	1	1	1
447	5	5	5	CAMI	Jerusalem	1;30		Eps	Colmenia	2	No me atienden bien	Si	3	1	1	2	3	1
448	5	5	5		Candelaria	15		Eps	Famisanar	5			2	3	1	1	3	2
449	5	5	5	CAMI	Jerusalem	4;30		Eps	CafeSalud	4			2	1	2	2	3	1
450	3	3	3		Candelaria	15	Falta de tiempo - No hay plata	Sisben	Eco SOS	4	Demora - siempre dan lo mismo	Si	2	3	4	2	1	1
451	5	3	3	CAMI	Jerusalem	3;15	Falta de tiempo	Sisben	Salud Total	5			1	1	1	2	3	2
452	4	5	5		Candelaria	15		Sisben	Eco SOS	5			1	2	4	2	1	1
453	4	3	3		Nueva EPS	20	Falta de tiempo - me automedico	Eps	Nueva EPS	3			3	2	4	2	1	1
454	5	1	2		Nueva EPS	15	No hay plata			5			3	1	1	1	4	2
455	2	3	3		Nueva EPS	15	Falta de tiempo - No hay plata	Eps	Nueva EPS	5			3	2	4	1	2	1
456	5	3	3		Nueva EPS	15	Falta de tiempo	Eps	Nueva EPS	3	Siempre dan lo mismo	Si	3	1	1	1	4	2
457	5	3	3		Tunal	20	Falta de tiempo	Sisben		5			1	1	1	2	4	2
458	5	5	5		Tunal	20		Sisben		5			3	1	1	1	3	2
459	5	3	3		Olaya	15	Falta de tiempo	Eps	Compensar	5			3	1	1	2	4	2
460	5	5	5		Candelaria	30		Sisben		4	Mucha espera - siempre dan lo mismo	No	2	3	3	1	2	2
461	3	5	3	CAMI	Meissen	5;35	Falta de tiempo - No hay plata - medicamentos caseros	Sisben	Humana vivir	4	Espera para la cita	No	1	1	4	2	1	2
462	4	5	4	CAMI	la Manuela	7;90	No hay plata	Sisben		5			1	3	4	1	1	1
463	3	1	1				Falta de tiempo - me automedico						1	1	1	2	3	2
464	4	5	3		Salud Total	45	No hay plata - me automedico - mucha demora	Eps	Salud Total	5			1	1	3	2	2	1
465	5	5	1		Olaya	7	No me gusta	Sisben	Salud Total	5			2	1	1	2	4	2
466	4	2	1		Nueva EPS	30	El servicio no es bueno - mala droga	Sisben	Caja Salud	4			2	1	4	1	1	2
467	2	2	2	CAMI	Vista hermosa	3	Falta de tiempo - Me automedico - Mucha demora	Sisben	Humana vivir	5			2	1	4	1	1	1
468	4	5	2		San Rafael	3	No hay plata - no me gusta - me automedico	Eps	Susalud	3	Hay que esperar meses para una cita	Si	1	1	1	2	1	2
469	4	5	1		Jerusalem	30	Me automedico	Eps	Famisanar	3	Demora - siempre dan lo mismo	Si	3	2	2	2	3	1
470	4	0	2		Jerusalem	30	No me gusta	Sisben	Humana vivir	3	Demora	Si	1	3	1	2	1	1
471	4	5	1		Alqueria	15	No me gusta	Eps	Nueva EPS	5			Pensionado	1	5	1	2	1

472	3	1	1				No me gusta	Eps	Cruz blanca				3	2	2	1	2	1
473	4	3	1		Famisanar	60	Falta de tiempo - innecesario - me automedico	Eps	Famisanar	5			3	1	2	2	3	1
474	5	1	1				Me automedico - falta de tiempo	Eps	Colsubsidio				2	2	2	1	2	2
475	3	5	1	CAMI	Meissen	7;30	Me automedico	Sisben	Meissen	5			1	3	5	1	1	2
476	3	5	1		Lorenzo Kentuz	20	Innecesario	Sisben	Salud Total	5			2	2	2	1	2	2
477	1	5	1		Candelaria	30	Me automedico	Sisben	Meissen	3	Las citas son muy lejos - siempre dan lo mismo	Si	2	3	3	2	1	1
478	5	5	5		Colsubsidio	60		Eps	Colsubsidio	5			1	2	3	2	1	2
479	5	5	1	CAMI	Jerusalem	4;15	Espero que se resuelve solo	Sisben		5			1	1	1	1	2	1
480	3	3	1		San Francisco	60	Me automedico	Sisben	Unicajas	3	No dan citas - no contestan	Si	2	1	5	1	1	1
481	4	3	1	CAMI	Jerusalem	7;15	Innecesario	Sisben	Tunal	2	No hay citas - ponen problema por los papeles	Si	2	1	1	2	3	2
482	4	0	1		Compensar	45	No me gusta - siempre dan lo mismo	Eps	Compensar	4	No confio - son malos	Si	3	1	3	2	3	1
483	4	1	1				No me gusta						1	2	2	1	3	2
484	5	3	1		Jerusalem	5	Remedios caseros	Sisben	Salud Total	3	Demora - mala atencion a los internos	Si	1	3	2	2	3	1
485	4	3	1	CAMI	Jerusalem	4;10	Espero que se resuelve solo	Eps	Nueva EPS	4	Demora en la citas	Si	2	1	1	2	4	2
486	3	1	1				Me automedico - medicina natural	Sisben					2	3	5	2	2	2
487	4	5	3		Olaya	35	Tengo pereza	Eps	Salud Total	4	Demora en urgencias	Si	3	1	2	2	4	2
488	4	5	3		Candelaria	3	Medicina natural	Sisben	Humana vivir	5			3	2	3	1	4	2
489	2	5	1		CAMI	2	Me automedico	Sisben	Tunal	3	No hay urgencias	Si	1	1	1	2	3	2
490	3	5	2		Candelaria	25	No hay plata	Eps	Salud Total	5			1	3	5	2	3	1
491	4	5	5	CAMI	Jerusalem	2;10		Sisben	Salud Total	5			1	2	4	2	1	2
492	4	3	1	CAMI	Jerusalem	4;15	Medicina natural	Eps	Unicajas	3	Demora	Si	3	3	3	2	2	2
493	4	3	1		Salud Total	25	Falta de interes por uno	Eps	Salud Total	3	Demora en las citas	Si	3	1	2	1	3	1
494	3	3	1	CAMI	Jerusalem	5;15	Innecesario	Sisben	Humana vivir	3	Falta de atencion	Si	1	1	1	2	3	2
495	3	5	1	CAMI	Candelaria	9;30	Me automedico	Sisben	Salud Total	5			3	3	4	2	2	2
496	2	5	1		Vista hermosa	25	Medicina natural	Sisben	Unicajas	5			2	2	5	2	3	1
497	1	5	5		Candelaria	20		Sisben	Vista	4	A veces cierra por	No	2	3	5	1	1	2

									hermos		inundacion							
498	5	3	1	CAMI	Meissen	2;20	Medicina natural	Sisben	Humana vivir	5			2	2	2	1	3	1
499	5	5	5	CAMI	Jerusalem	10;25		Eps	Caprecom	5			1	2	4	2	2	2
500	4	3	1		Cruz blanca	15	Me automedico	Eps	Cruz blanca	4			3	1	1	2	3	2

	san	val Av Gra	val Av Min	medic1	medic2	dist	valAvMeta	aff	valAp	valApMeta	valFin	income	context	age	sex	educ	owner
1	5	5	3	Modulo	Clinica privada	1000	Innecesario	No	4	No hay medicamentos	Si	3	1	1	2	2	2
4	4	5	1	Cruz Roja	Hospital publico	100	Automédicacion	No	3	Espera	Si	3	1	1	2	3	1
8	3	5	3	Modulo	CDI	20	No hay plata	No	4	No hay medicamentos	Si	1	1	1	2	1	2
10	5	5	3	Hospital publico		500	Automédicacion	Privado	1	No hay medicamentos, mala atencion	Si	2	1	2	2	2	2
12	3	5	3	CDI		300	No le gusta	Privado	5			3	1	5	2	2	2
14	5	5	5	Clinica privada		400		Privado	5			1	3	2	2	2	1
15	3	5	5	Modulo	Clinica privada	500		No	4	Espera	No	1	1	3	2	2	2
16	4	1	1			300	Nunca me enfermo	No				1	1	3	2	1	1
19	3	4	5	Modulo	Clinica privada	200	No hay plata	Privado	5			4	1	5	2	2	2
20	5	5	2	Modulo	CDI	500	Automedicacion	No	5			1	2	2	2	1	1
25	5	5	3	Clinica privada		300	Automedicacion	No	5			1	1	2	2	1	2
26	5	5	2	Modulo	CDI	0	No me enfermo mucho	No	5			1	3	3	1	1	0
37	4	5	2	Modulo	CDI, Clinica privada	50	Automedicacion	Privado	5			2	1	5	2	1	2
38	3	5	3	Modulo	Hospital publico	50	Pereza	No	3	Falta de medicamentos	No	2	1	4	1	1	2
39	3	5	2	Modulo	Hospital publico, clinica privada	100	Falta de tiempo, Automedicacion	SS	2	Falta de material, Espera	Si	1	1	2	2	2	2
40	5	4	3	Modulo	CDI, Hospital publico	100	Automedicacion	No	2	Falta de medicamentos, remiten para otro lado	Si	1	1	4	2	1	1
41	3	4	2	Modulo	Hospital publico	300	Falta de tiempo, no hay plata	No	4	Espera	Si	3	1	1	1	2	1
42	5	5	2	Hospital publico		300	Automedicacion	No	3	Mal organizado	Si	2	1	1	1	2	1
43	5	5	2	Hospital publico		200	No le gusta, pereza	No	3	Espera, Falta de medicamentos	No	1	1	1	2	2	1
44	5	5	2	Modulo	Hospital publico	50	Automedicacion	Privado	3	Hospital falta de doctores, espera	No	1	1	1	2	2	1
45	4	5	2	CDI	Hospital publico	2000	Automedicacion	No	4	Mucha espera, falta de medicamentos	No	2	1	3	1	2	2
46	5	5	5	Clinica popular	Hospital publico	500		Privado	5			3	1	4	2	2	2
47	5	5	3	Modulo	CDI	80	Innecesario	SS	5			4	1	5	1	1	1

48	4	5	2	Clinica privada		500	Automedicacion	Privado	4	Problema de organizacion (clave)	Si	3	1	4	1	1	1
49	4	5	5	Clinica privada		400		Privado	4	Demora en emergencias	No	3	2	3	1	1	2
50	5	5	5	Clinica privada		5		Privado	5			1	1	3	2	2	1
51	5	5	2	Clinica privada		300	No le gusta, automedicacion	Privado	5			1	1	1	1	3	1
52	4	5	2	Modulo	Hospital publico	1000	Falta de tiempo	No	3	Congestion	Si	1	1	1	2	3	1
89	1	1	1			100	Automedicacion	Privado				2	1	3	2	2	2
90	4	5	1	Hospital publico		200	Automedicacion	No	4	Mala atencion	Si	1	1	5	1	2	1
91	4	1	1			500	No le gusta	Privado				1	1	1	2	2	
92	4	5	1	Hospital publico		100	Falta de tiempo	No	5	Muchos	No	1	1	1	2	2	1
93	4	5	1	Clinica privada		10	No le gusta	No	5			2	3	4	1	3	1
94	5	5	3	Hospital publico	CDI	100	Automedicacion	Privado	5	Hospitales cerrados	No	2	3	5	1	2	1
95	5	3	1	Hospital publico		100	No le gusta	No	3	Mala atencion	No	2	1	1	2	2	2
96	5	5	1	Hospital publico	Clinica privada	50	No le gusta	No	5			3	2	2	2	2	2
97	5	5	1	Clinica privada	Modulo	1000	Desconfianza en los modulos	No	5			1	1	1	2	3	1
98	4	5	1	Hospital publico		500	Innecesario	No	3	Demora	Si	3	1	3	1	2	2
99	4	5	1	Clinica privada		100	Automedicacion	Privado	3			3	1	5	1	3	1
100	5	5	3	Modulo		100	Automedicacion	No	4	Mala atencion	No	1	1	1	1	2	1
101	4	5	2	Clinica privada		100	Desconfianza	Privado	5	Problema de organizacion (clave)	No	1	1	3	2	3	1
102	4	2	2	Modulo	Hospital publico	150	No le gusta	No	5	Espera	No	3	1	3	2	2	1
103	4	2	2	CDI	Hospital publico	100	No le gusta, miedo	No	4	Espera	No	1	1	1	2	3	1
104	5	5	1	Modulo	CDI	300	Innecesario, se automedica	Privado	5			3	1	1	1	2	1
105	5	3	3	Modulo	Hospital publico	50	Pereza	No	3	Examenes mut superficiales	Si	3	1	1	1	2	1
106	5	5	2	Hospital publico		250	Automedicacion	No	4	Espera	Si	3	2	1	1	2	2
107	3	5	2	Hospital publico		250	Automedicacion, horarios no convienen	No	4	Espera	Si	1	2	1	2	2	2

108	4	5	1	Hospital publico		200	Automedicacion	Privado	3	No hay doctor, espera	Si	3	1	1	1	2	1
109	5		2	SS		200	Casi no me enfermo	SS	5			2	1	4	1	1	1
110	5	5	5	Modulo	Hospital publico, clinica privada	100			1	Falta de medicos, falta de inzumos, hay que ir al privado	Si	2	3	3	2	2	2
111	3	5	5	Clinica privada		300		Privado	5			4	1	5	2	2	1
112	5	5	2	Modulo	Hospital publico	300	Automedicacion	No	5			1	1	1	2	2	1
113	5	5	2	Clinica privada		200	No le gusta	Privado	5			1	1	1	2	2	1
114	5	5	1	Clinica privada		300	Innecesario	No	5			1	1	2	2	2	1
115	3	5	3	Clinica privada	Modulo	100		Privado	5			1	1		2	1	1
116	4	5	3	Clinica privada		200	Espera si se resuelve solo	Privado	5			1	1	1	1	2	1
117	5	5	3	Modulo	Clinica privada	50	Falta de tiempo	Privado	5	Desasiado	No	3	3	3	1	2	2
118	4	5	3	Modulo	Clinica privada	50	Desconfianza, no hay plata, se automedica	Privado	5			3	3	2	1	2	2
119	4	1	1			500	Desconfianza, se automedica, miedo	Privado				3	1	3	1	1	1
120	5	5	5	Clinica privada		200		Privado	5			3	1	3	2	4	1
121	5	5	5	Modulo	Hospital publico	300		No	4	Congestion, no hay medicos	No	3	1	2	1	3	2
122	4	5	4	Clinica popular		100	Desconfianza, malos diagnosticos	No	5	Espera	No	3	1	3	2	2	1
123	5	3	2	SS		100	Falta de tiempo, se automedica, problema de horario	No	5	Espera	No	3	1	3	1	2	1
124	5	5	3	Modulo	Hospital publico, clinica privada	200	Automedicacion	No	4	Espera	Si	3	3	3	2	2	1
125	3	5	3	Hospital publico		1000	Falta de tiempo, no hay plata	No	4	Falta de medicamentos	Si	3	1	3	1	2	1
126	5	5	1	CDI	Hospital publico	50	Automedicacion	No	5			3	1	3	1	1	2
127	4	4	3	Modulo	CDI	100	Me tienen que llevar	Privado	5			3	3	5	1	1	1
128	1	2	2	SS	Clinica privada	200	No lo atienden, se automedica	Privado	5	Espera	Si	2	3	3	2	1	2
129	5	5	3	Modulo	Hospital publico	400	Falta de tiempo	No	5			1	1	1	1	3	1
130	5	5	5	Modulo	CDI, Hospital publico	100		No	5			3	1	1	1	2	2
131	5	5	5	Clinica		300		Privado	5			3	3	3	2	3	2

				privada													
132	5	5	5	Clinica privada	Hospital publico	200		Privado	4	Espera	No	3	1	3	2	3	1
133	3		2	Familiar		300	Desconfianza, se automedica, no me enfermo	Privado	5			4	1	5	1	2	1
134	5	5	3	Clinica privada		200	Falta de tiempo, se automedica	Privado	5			1	1	1	2	1	1
135	5	3	3	CDI		200	No le gusta, se automedica	No	4	Espera	Si	1	1	1	2	1	1
136	5	5	3	Modulo	Hospital publico	300	Falta de tiempo, se automedica	No	5			3	1		2	-1	1
137	5	4	1	Familiar	Hospital publico	100	No le gusta, mieda	Privado	3	Arreglan el hospital, Falta de medicamentos	No	2	1	1	1	1	1
138	5	5	3	Modulo	CDI, Hospital publico	400	Innecesario, se automedica	SS	5			3	1	4	1	1	1
139	3	5	3	Medico particular	Hospital publico	400	Desconfianza, miedo	No	1	No hay doctor, no hay medicinas	Si	2	3	4	1	1	1
140	5	5	3	Hospital publico	Modulo	1400	Innecesario, se automedica	No	3	No atienden	Si	1	3	4	2	1	2
141	5	5	3	Modulo	Clinica popular	400	Falta de tiempo, se automedica	No	5			1	1	3	2	2	2
142	5	2	3	Hospital publico		100	No le gusta, se automedica	No	5			1	1	1	1	3	1
143	5	5	1	Modulo	CDI	50	Falta de tiempo	Privado	5			3	2	3	1	1	2
144	5	5	3	Modulo	Clinica privada	100	Innecesario, medicamentos casero	Privado	4	Los doctores llegan tarde, mucha gente, espera	No	1	1	4	1	1	1
143	4	5	5	Modulo	Clinica privada	50		Privado	3	Examenes muy superficiales	No	4	3	5	1	2	1
146	4	5	2	Modulo	Clinica popular	300	Innecesario, se automedica	No	3	Horarios, a veces no van los medicos	No	1	1	1	1	2	1
147	5		5	Modulo	CDI	200		Privado	5			2	1	4	2	1	2
148	4	5	1	Modulo	Hospital publico	300	Automedicacion	No	2	No hay medicos, mucha espera	Si	2	1	1	1	1	2
149	5	5	3	Clinica popular	Clinica privada	50	No le gusta, automedicacion, miedo	SS	5			3	1	3	1	2	1
150	5	5	3	Hospital publico		400	Falta de tiempo, no le gusta	SS	5	Espera	No	3	1	3	1	2	2
151	3	5	5	Hospital publico	Clinica privada	200		Privado	5			1	1	4	1	1	1
152	5	5	5	Medico particular	Hospital publico	300		No	5			1	1	5	1	1	1
153	5	3	3	Modulo	Hospital publico	50	Falta de tiempo	SS	3	Mala atencion	No	3	1	1	2	3	1

154	3	3	3	Modulo	Hospital publico, clinica privada	200	Falta de tiempo	No	3	Demora, horarios	Si	1	1	4	2	2	1
155	4	2	2	Familiar		500	Automedicavcion	No	3	Muy caro los medicos	Si	1	1	4	1	2	2
156	5	5	1	Modulo	Hospital publico	300	Automedicacion	Privado	5	No hay medicos, no atienden	Si	1	1	1	2	2	1
157	5	1	1			10	Automedicacion	Privado				4	1	5	1	3	1
158	3	5	3	Hospital publico	Clinica privada	100	Innecesario, automedicacion	Privado	3	Espera	Si	3	3	3	1	3	2
159	3	5	5	Clinica privada		300		No	5			1	1	5	2	2	1
160	3	5	5	Clinica privada		300		No	5			1	1	5	1	1	1
161	1	3	1	Modulo	Hospital publico	100	No hay plata	No	5	No atienden	Si	1	1	5	1	2	1
162	3	3	3	Hospital publico		200	Innecesario	SS	2	No hay medicos	Si	1	2	5	1	2	1
163	4	5	3	Modulo	CDI	200	Falta de tiempo, problema de horario	No	5	Desorganizacion, demora	Si	1	1	2	2	3	1
164	3	1	1			250	No le gusta	No				1	2	4	2	2	1
165	4	5	2	Modulo	CDI, Clinica privada	50	Desconfianza	Privado	5			3	1	1	1	3	2
166	2	5	2	Modulo	CDI, Clinica privada	1000	Automedicacion	Privado	5			3	1	2	1	2	1
167	3	5	5	Hospital publico		200		No	3	No hay medicamentos	No	1	1	5	2	2	1
168	5	5	2	Modulo	Hospital publico	50	Innecesario	SS	3	No hay medicamentos	Si	3	1	4	1	3	1
169	4	5	3	Clinica privada	Modulo	100	Automedicacion	Privado	4	Espera	No	1	1	1	2	3	2
170	5	3	1	CDI		50	Automedicacion	No	5			2	1	3	2	2	2
171	2	5	1	Modulo	CDI, Hospital publico	200	Innecesario, se automedica	Privado	5	No hay medicamentos	No	1	2	4	2	3	1
172	5	5	5	Hospital publico	Clinica privada	300		Privado	4	Faltan medicos	No	3	1	2	1	3	1
173	4	5	3	CDI	Clinica privada	10	Innecesario	Privado	5	No hay medicamentos	No	3	2	4	1	3	1
174	4	5	3	Hospital publico	Clinica privada	200	Innecesario	Privado	5			2	1	4	1	1	2
175	4	5	3	Hospital publico		300	Falta de tiempo	No	4			1	1	1	2	2	1
176	5	5	1	Modulo	Hospital publico	50	Innecesario, se automedica	No	5	No hay medicamentos	Si	2	2	3	2	2	2
177	4	5	5	Modulo	CDI	1000		Privado	4	Faltan medicos pero las enfermeras reemplazan	No	3	1	3	2	3	1
178	5	5	5	Modulo	Hospital publico	200		Privado	5			1	2	1	2	2	1
179	5	5	5	Modulo	CDI	300		No	5			1	1	5	2	2	1

180	5	5	3	Modulo	CDI	300	No le gusta	No	5			1	1	1	2	3	1
181	5	5	3	Clinica privada		200	Falta de tiempo, se automedica	Privado	5			1	1	1	2	2	1
182	5	5	1	CDI		200	No le gusta, se automedica	No	4	Espera	Si	1	1	1	2	2	1
183	5	5	3	Modulo		100	Automedicacion	SS	3	Espera	Si	2	1	2	2	2	1
184	5	3	1	Modulo	Hospital publico	400	Falta de tiempo	Privado	1	Espera	Si	3	3	2	1	3	2
185	4	3	1	Hospital publico		100	Automedicacion	No	3	No hay inzumos	Si	1	1	1	2	3	2
186	3	3	2	Hospital publico		100	Automedicacion	No	1	No hay inzumos	Si	1	1	1	2	3	2
187	5	5	3	Clinica privada		500	No hay plata	No	5			3	3	1	1	2	1
188	3	5	5	Clinica privada		300		SS	5			4	3	5	1	2	2
189	5	3	2	Modulo		100	Automedicacion	No	4			2	1	3	2	2	1
190	5	5	2	Clinica privada		50	no le gusta	No	5	Espera	No	3	1	1	1	3	1
191	5	5	1	Modulo	CDI	50	Falta de tiempo, no hay plata	No	5	No hay medicamentos	Si	1	2	3	1	3	1
192	5	5	1	Modulo	CDI	50	No hay tiempo	Privado	5			2	2	3	2	1	2
193	3	1	1			50	No le gusta	No				2	3	2	2	2	1
194	5	5	3	Clinica privada		200	Automedicacion	Privado	4	Espera	Si	3	2	3	2	3	1
195	3	5	5	Clinica privada		200		Privado	1	No atienden	No	1	1	1	2	3	1
196	4	3	1	Hospital publico		100	Falta de tiempo	No	4	Espera	Si	3	1	1	1	1	2
197	4	5	1	Hospital publico	Modulo	300	Automedicacion	No	2	Faltan medicos, faltan inzumos	Si	2	1	2	1	2	2
198	5	5	1	Hospital publico	Modulo	300	Innecesario	No	5			2	1	4	2	2	1
199	4	5	1	CDI	Clinica privada	1000	Desconfianza, mucha demora	Privado	5	No hay nada	Si	2	2	2	1	2	2
200	4	1	1			500	No le gusta	No				2	2	2	1	2	2
201	5	5	3	Modulo	hospital publico	300	Falta de tiempo, se automedica	Privado	5			2	1	1	1	1	1
202	5	5	2	Modulo	Hospital publico	200	Falta de tiempo, se automedica	Privado	5			1	1	1	1	1	1
203	3	4	2	Hospital publico		500	Se automedica	SS	3	No hay inzumos	Si	1	1	5	1	1	1
204	4	5	4	Hospital publico		400	Falta de tiempo	Privado	4	Espera	No	3	1	2	1	2	1

205	5	5	2	Modulo	CDI	100	No hay plata, se automedica	No	5			1	1	4	2	3	2
206	3	5	2	Farmacia	Modulo	200	Se automedica	No	5			3	1	3	1	1	1
207	5	5	3	Modulo	Hospital publico	50	Falta de tiempo, se automedica	No	4	Espera	No	3	1	1	2	2	2
208	5	5	3	Clinica privada		60	Innecesario	Privado	5			1	1	1	1	2	1
209	5	5	5	Hospital publico		100		Privado	4	Congestion	No	1	1	1	1	2	1
210	5	3	1	Modulo	Hospital publico	200	Mucha demora	No	3	Mucha gente	Si	1	1	1	2	1	1
211	5	3	1	Modulo	Hospital publico	200	Mucha demora	No	2	Desorganizacion, demora	Si	1	1	1	2	1	1
212	2	5	5	Hospital publico	SS	100		No	3	No hay medicina a veces	No	1	1	5	2	3	1
213	4	5	3	Hospital publico		100	Innecesario, espera que se resuelva solo	No	3	Falta de medicamentos	Si	1	1	1	1	2	1
214	3	5	3	Modulo	Hospital publico	100	Se automedica	No	4	Falta de medicamentos	Si	1	1	1	1	2	1
215	4	5	3	Hospital publico	CDI	50	Se automedica	No	3	Falta de medicamentos	Si	1	1	1	1	2	1
216	3	3	3	Modulo	CDI, Clinica privada	800	Se automedica	Privado	5	Me tratan mal en la clinica	Si	3	1	1	2	3	1
217	5	5	1	CDI		100	la doctora me manda las pastillas	No	5			3	3	3	1	1	1
218	4	3	2	Hospital publico		200	Se automedica	No	2	No hay aparatos, no hay medicinas	Si	3	1	1	1	2	1
219	1	5	5	Modulo	Hospital publico	100		No	5			1	3	4	1	1	2
220	5	2	1	Modulo		400	Innecesario, me enfermo casi nunca	No	5			1	1	5	1	1	1
221	5	0	3	Clinica privada		200	Medicamentos caros, no hay plata	Privado	5			2	1	3	2	2	1
222	5	3	1	Hospital publico		300	Espera si se resuelve solo	No	3	no me atienden, mucha espera	Si	1	1	1	1	2	1
223	5	2	1	Hospital publico		800	Se automedica	No	3	No atienden, mucha espera, toca ir a una clinica	Si	1	1	1	1	2	2
224	5	5	4	Hospital publico		10	Falta de tiempo	No	5			1	1	1	2	2	2
225	5	5	1	Hospital publico		50	Pereza	Privado	4	Espera	Si	1	1	1	1	2	1
226	5	3	1	Clinica privada		50	Pereza	Privado	5	Espera	Si	1	1	1	1	2	1
227	5	5	1	Clinica privada	Hospital publico	50	Desconfianza, pereza	Privado	4	Espera	Si	1	1	1	1	2	1
228	4	5	1	Hospital	Clinica privada	30	Falta de tiempo	No	2	No hay personal, no hay	No	2	1	2	1	2	2

				publico						inzumos, malos diagnosticos							
229	5	5	5	CDI		50		No	5			1	1	1	1	2	2
230	4	3	1	SS		200	Automedicacion	SS	4	Desasiado, los doctores llegan tarde	No	1	1	1	2	2	1
231	4	3	1	SS		200	Automedicacion	SS	4	Los doctores llegan tarde, desaseado	No	3	1	1	1	1	1
232	4	5	5	CDI	Clinica privada	100		Privado	3	Falta de inzumos	No	3	1	2	2	2	2
233	3	5	5	Modulo	CDI	300		No	4	A veces no hay medicamentos	No	2	1	3	2	2	1
234	4	4	1	Modulo	Hospital publico	50	Falta de tiempo, se automedica	No	5			1	1	1	1	1	1
235	5	4	3	Clinica privada		400	Mucha demora	SS	5			3	1	3	1	2	1
236	3	4	1	Farmacia	hospital publico		Desconfianza, se automedica, no lo atienden	No	1	Faltan medicos, faltan inzumos, los medicos estan a la defensiva	Si	1	1	4	2	2	1
237	5	3	2	Hospital publico	Clinica privada	100	Falta de tiempo	Privado	3	Espera, no hay material	No	1	1	1	2	1	1
238	3	5	5	Clinica privada		100		Privado	4	Problema de organizacion (clave)	No	3	1	3	2	3	1
239	5	5	2	Hospital publico		50	Automedicacion, pereza	No	3	Espera	Si	2	1	1	1	2	1
240	3	0	2	Modulo	CDI	150	Automedicacion	Privado	4	Espera	Si	1	1	5	1	1	2
241	5	5	4	Modulo	hospital publico	10	Pereza	No	5			1	1	1	1	2	2
242	5	5	1	Clinica privada		100	Falta de tiempo	Privado	5			3	1	1	1	1	1
243	5	5	3	Modulo	Clinica privada	100	Falta de tiempo	Privado	5			1	1	5	2	1	1
244	3	5	1	Modulo			Se automedica	SS	3	Espera en el SS, Toca ir por el reposo	Si	3	1	3	2	2	1
245	5	5	5	Clinica privada		50		No	4	Espera	No	4	2	5	1	2	2
246	1	5	3	Modulo	CDI	100	Se automedica	No	5			2	1	1	2	3	2
247	5	5	3	Modulo	CDI, Hospital publico	30	Falta de tiempo, se automedica	No	5	Hospital malo, no hay equipos, maltratos, espera	No	3	1	1	1	2	2
248	5	5	3	Clinica privada		800	Innecesario, se automedica	Privado	5			1	1	1	2	2	1
249	5	5	2	Modulo	hospital publico	300	Pereza	No	3	No hay medicos	Si	1	1	1	2	1	2
250	5	5		Modulo	CDI, Hospital publico	600	No le gusta, espera que se resuelve solo	No	5			2	1	4	2	1	2
251	5	5	2	Hospital publico		600	Se automedica	No	5			1	1	2	2	2	2

252	5	5	3	Modulo	Hospital publico	400	Se automedica	No	5			3	1	1	1	1	2
253	5	0	1	Modulo	CDI, Clinica privada	200	Se automedica	SS	5			4	3	5	2	1	2
254	5	5	1	Modulo	CDI	200	Se automedica	No	5			2	1	3	2	2	2
255	5	3	3	Clinica privada		50	Se automedica, falta de tiempo	Privado	4	Maltrato de enfermeras	Si	3	1	1	2	4	1
256	4	5	3	CDI		50	Falta de tiempo	No	4			2	2	3	1	2	2
257	4	5	1	Modulo		100	Por viajes	No	5			2	3	3	1	3	1
258	4	3	5	SS		100	Falta de tiempo	SS	3			3	3	5	1	2	2
259	5	5	1	Modulo	CDI, Clinica privada	500	Se automedica	Privado	5			3	1	1	1	2	1
260	2	5	1	Hospital publico	Modulo	100	Se automedica	No	4			2	2	5	1	1	1
261	4	5	1	Modulo	Hospital publico	200	Innecesario	No	3	Espera	No	1	2	1	2	2	1
262	4	3	5	Modulo	Hospital publico	300	Falta de tiempo	No	5			3	1	3	1	3	1
263	5	0	5	Clinica privada		500		Privado	1	Sacan la gente, desafilian, problema con la clave	No	1	2	4	2	2	1
264	3	5	5	Hospital publico	Clinica privada	500		Privado	4	No hay medicos, no hay inzumos	Si	2	1	2	2	1	1
265	2	5	5	Clinica privada		50		No	3	Espera	No	1	1	3	2	2	2
266	3	5	2	Modulo		100	Se automedica	Privado	4	No esta la doctora	Si	3	1	2	2	3	2
267	4	0	5	Modulo	Hospital publico	100		No	5	Espera	No	1	1	5	2	2	1
268	5	3	2	Clinica privada		200	Falta de tiempo	Privado	3	Demora	No	3	1	3	1	2	1
269	5	3	3	Hospital publico	Clinica privada	200	Pereza	Privado	1	Todas	Si	3	1	2	1	1	1
270	5	3	3	CDI	Hospital publico	10	Se automedica	No	5			2	2	3	2	2	2
271	5	4	3	Modulo	Hospital publico	300	Falta de tiempo	Privado	3	Espera	No	1	1	1	2	2	1
272	4	4	2	Hospital publico	Clinica privada	300	Se automedica	Privado	3	Espera	No	1	1	1	2	2	1
273	4	4	1	Hospital publico		100	Innecesario	Privado	3	Mucha gente, poco material	Si	3	1	3	2	2	2
274	5	3	3	Hospital publico	Clinica privada	100	Se automedica	No	1	Atienden las enfermeras, espera	Si	1	1	1	2	3	1
275	4	5	3	Hospital publico		300	Se automedica	SS	2	Todas	Si	2	1	3	1	2	1
276	5	1	3	Modulo	Hospital publico	200	Falta de tiempo	No	5	No hay inzumos	No	2	1	3	1	2	2
277	4	5	3	Modulo	Hospital publico	50	Se automedica	No	4	Mala asepcia	Si	1	1	1	1	3	1
278	5	3	3	Hospital publico	Clinica privada	200	No le gusta	No	4	No atienden bien	No	1	1	1	2	3	1

279	5	3	3	Modulo	Hospital publico	50	Falta de tiempo, innecesario	No	4	No hay medicamentos	Si	3	1	3	2	2	2
280	5	5	1	Modulo	CDI	100	Se automedica	No	5	Remiten mucho, espera	No	3	2	3	1	3	2
281	5	5	5	CDI	Clinica privada	100		SS	3	Problema de organizacion GRAVE	No	3	2	3	1	3	1
282	4	3	3	Modulo		200	Falta de tiempo	No	4			3	2	2	2	2	2
283	5	3	1	Hospital publico	Clinica privada	300	No le gusta	Privado	5			1	3	3	2	2	1
284	4	5	3	CDI	Hospital publico, clinica privada	400	Problema de horario	Privado	3			1	1	1	1	2	1
285	4	0	1	Hospital publico	Clinica privada	300	Se automedica	SS	1	Mala atencion, no hay medicamentos	No	2	3	3	1	3	2
286	5	5	5	Clinica privada		500		Privado	5			2	2	5	1	1	1
287	4	3	1	Clinica privada		100	Falta de tiempo	No	4			3	3	4	2	3	1
288	4	3	2	Modulo	Clinica privada	200	Me enfermo poco	Privado	4	Faltan medicamentos, demora	Si	3	1	2	1	3	1
289	3	4	3	CDI		500	Problema de horario	No	5	Espera	Si	3	2	4	1	4	1
290	4	3	1	CDI	Hospital publico	100	Pereza	Privado	1	Seguro no sirve	No	2	2	2	1	2	1
291	5	5	3	Modulo	Hospital publico	100	Se automedica	No	2	los doctores son malos	No	1	1	3	2	2	1
292	3	5	1	Clinica privada		100	Casi no me enfermo	Privado	5	Espera	Si	1	1	4	2	1	1
293	1	5	5	Modulo	CDI? Clinica privada	300	No hay plata	Privado	5			2	1	4	2	2	1
294	5	5	5	Modulo	Hospital publico	100		Privado	3	Problema de organizacion (clave)	Si	3	1	3	2	3	1
295	4	4	2	Modulo	Hospital publico	100	Falta de tiempo, se automedica	No	3	Falta de dedicacion, irrespeto, falta de insumos, falta de personal	Si	2	1	1	1	4	1
296	5	5	3	Hospital publico		500	Falta de tiempo	No	5			3	1	1	1	1	2
297	4	4	2	Hospital publico		100	Falta de tiempo	Privado	3	Falta de disposicion y de atencion	Si	3	1	2	1	3	1
298	4	5	3	Modulo	Hospital publico	200	Se automedica	No	4	Mucha gente; espera, malos diagnosticos	Si	1	1	2	2	1	1
299	4	2	1	Clinica privada		700	Falta de tiempo	Privado	5			3	1	1	1	3	2
300	5	5	3	Modulo	Clinica privada	500	Falta de tiempo	Privado	5			1	1	1	1	2	1
301	1	5	3	Modulo	CDI, Hospital publico	5	Se automedica	No	5			4	1	5	2	1	1
302	5	5	3	Modulo	CDI	25	Falta de tiempo, innecesario	No	5			3	1	3	1	2	1

303	1	5	2	Clinica popular		50	Espera si se resuelve solo, miedo	No	5	Espera	No	2	3	4	2	1	2
304	3	5	5	Modulo	CDI, Clinica privada	50		No	4	Problema de diagnostico	Si	3	1	4	2	2	1
305	4	5	4	Modulo	CDI, Hospital publico	200	No hay plata	SS	3	A veces no hay medicamentos	Si	1	2	5	2	1	1
306	4	5	3	Modulo	Clnica privada	200	Se automedica	Privado	4	A veces no hay medicamentos	No	1	1	1	2	3	1
307	5	5	1	Clinica privada		200	Se automedica	Privado	5			4	1	5	1	2	1
308	4	5	3	Modulo	CDI, Hospital publico	100	Se automedica	No	5			1	1	2	2	2	2
309	4	5	2	Clinica privada		200	Se automedica	No	4	Falta de plata	Si	1	2	1	2	2	1
310	4	5	2	Clinica privada		200	Se automedica	No	4	Falta de plata	Si	2	2	1	1	1	1
311	4	5	3	Modulo	Clinica privada	200	Se automedica	Privado	5	Las empresas no reconocen el reposo de los cubanos	No	3	2	1	2	2	1
312	3	5	5	CDI	Clinica privada, SS	200		Privado	5			3	3	5	1	1	1
313	5	5	3	Modulo	Hospital plubico, clinica privada	300	Se automedica	No	3	Mucha espera	Si	2	1	1	2	1	1
314	5	5	2	Modulo	Hospital publico	5	Se automedica	No	5			2	1	2	1	1	1
315	5	5	1	Familiar	Hospital publico	50	Familiar	Privado	4	Nunca hay material	No	3	2	3	1	2	2
316	3	5	3	Clinica privada		400	Pereza	Privado	5			1	1	1	1	4	1
317	5	5	3	Medico particular	Clinica privada, Hospital publico	400	Se automedica	Privado	3	Espera	Si	3	2	3	1	2	1
318	5	5	3	Medico particular	Clinica privada, Hospital publico	400	Se automedica	Privado	3	Espera	Si	3	2	2	2	1	1
319	4	5	3	Clinica privada		50	Espera si se resuelve solo	Privado	5			1	1	1	1	1	1
320	5	5	5	Hospital publico		300		No	3	Lo estan arreglando, falta de inzumos	No	1	1	5	2	1	1
321	5	5	1	CDI		50	Se automedica	No	5			3	1	3	1	3	1
322	5	5	3	Hospital publico		50	Falta de tiempo	No	2	Espera, no me atienden, malos diagnosticos	No	2	2	3	1	1	1
323	1	5	1	Hospital publico	Clinica privada	100	Se automedica	SS	5			1	3	5	2	1	2
324	5	5	5	Clinica privada		100		Privado	4	No hay sita, problema de gestion (clave)	Si	3	1	5	1	4	1
325	3	5	3	Hospital publico		2000	Se automedica, pereza	No	3	No hay medicos	No	3	1	2	1	2	2
326	5	5	3	Modulo	CDI, Hospital	300	Falta de tiempo,	Privado	5	Espera	No	1	1	1	1	1	1

					publico		espero que pase solo										
327	3	5	5	Modulo	Hospital publico	100		No	5			1	1	5	2	3	2
328	4	5	2	Modulo	Clinica privada	50	Innecario	Privado	4			1	1	1	1	2	1
329	5	5	3	Modulo	CDI, Hospital publico	300	Se automedica, soy enfermera	SS	3	No hay inzumos, horarios	No	3	1	2	2	3	1
330	5	5	3	Clinica privada		300	Miedo	Privado	3	Espera, la clave	Si	3		2	1	1	2
331	3	5	3	Medico particular	Clinica privada	300	Falta de tiempo	Privado	5			3	2	4	1	1	1
332	3	5	2	Modulo	CDI, Hospital publico	300	Falta de tiempo, se automedica	SS	2	Casi no hay inzumos, doctor esta de vacaciones	Si	3	1	3	1	1	2
333	5	5	3	Clinica privada		600	Se automedica	Privado	4	Espera	Si	1	1	1	1	2	1
334	5	0	0			50	Nunca me enfermo	No			No	2	1	4	1	1	1
335	5	0	3	Modulo		300	Se automedica	No	5			2	1	3	1	1	1
336	4	5	5	Clinica privada		900		Privado	5			3	1	2	2	3	1
337	5	5	3	Clinica privada		200	Innecesario	Privado	4	Espera	Si	1	1	1	1	2	1
338	5	5	4	Modulo	Hospital publico, clinica privada	400	Se automedica	No	5			2	1	3	2	1	1
339	5	5	3	Clinica privada		900	Se automedica	SS	5			2	1	4	1	3	1
340	4	5	5	Modulo	CDI, Hospital publico	200		SS	5			3	2	5	1	2	1
341	4	5	2	Clinica privada		200	Dezconfianza	Privado	5	Falta de inzumos	No	3	1	1	2	2	1
342	5	5	1	CDI	Hospital publico	100	Dezconfianza, no le gusta, no lo atienden	Privado	3	Espera	Si	3	1	1	1	1	2
343	4	5	3	Modulo	Clinica privada	100	Se automedica, medicamentos caseros	Privado	4	Espera	No	4	1	5	1	3	1
344	5	5	5	Hospital publico		300		No	1	No atienden, mucha espera	No	2	1	1	1	1	1
345	4	5	1	CDI		900	Se automedica	Privado	4	Mucha gente	No	1	1	1	1	2	2
346	5	0	1			100	Se automedica	Privado				3	1	1	1	1	1
347	4	5	3	Modulo	Clinica privada	500	Falta de tiempo	No	2	Espera, no hay medicinas, horario	Si	3	1		2	1	2
348	1	5	1	Modulo	CDI, Hospital publico	200	Estoy solo en la casa	No	5			1	1	1	1	1	0
349	3	5	4	CDI		50	Falta de tiempo	SS	5			4	1	5	2	2	1

350	5	3	4	Clinica privada		400	Innecesario	Privado	3	Espera	No	3	1	4	2	3	1
351	4	3	2	Clinica privada		400	Innecesario	No	4	Espera	Si	2	2	3	1	5	2
352	4	5	1	Clinica privada	Hospital publico	200	Innecesario	Privado	3	Problema de organizacion (la clave)	Si	3	1	3	2	3	1
353	4	5	3	Hospital publico	Clinica privada	500	Se automedica	SS	5			3	1	4	1	3	2
354	4	3	3	Modulo	CDI	700	Se automedica	No	5			3	1	1	1	4	1
355	4	3	3	CDI	clinica privada	50	Falta de tiempo	Privado	4	Falta de atencion	Si	3	1	2	2	2	2
356	4	3	3	Hospital publico	Clinica privada	200	Innecesario	Privado	4	No cubre todo	No	1	1	1	1	3	1
357	4	3	1	Hospital publico	Clinica privada	50	Innecesario	Privado	3	Pedir la sita es demorado	Si	3	1	4	1	2	1
358	5	5	5	Clinica privada	Hospital publico	50		No	5			3	1	5	2	2	2
359	2	3	2	Modulo		400	Falta de tiempo	Privado	5	Mala atencion	Si	2	1	4	2	2	1
360	5	5	3	Clinica privada		50	Innecesario	Privado	4	Espera	No	3	1	1	1	5	1
361	4	3	3	CDI	Hospital publico	900	No le gusta, miedo	No	5			1	1	1	2	3	1
362	4	5	5	CDI	Clinica privada	100		SS	5			1	1	4	2	2	1
363	4	5	5	Modulo	CDI	700		Privado	5	No hay inzumos, mucha gente	Si	3	1	3	2	1	2
364	5	0	1	Hospital publico		400	Se automedica	SS	1	No hay inzumos	No	3	1	4	1	3	2
365	5	5	5	CDI	Clinica privada	50		Privado	5			3	1	3	1	4	2
366	5	5	5	CDI	Clinica privada	50		Privado	3	Mala atencion	Si	3	1	2	2	3	2
367	5	1	1			100	Falta de tiempo	No				3	2	3	1	2	1
368	5	5	1	CDI	Hospital publico	100	Se automedica	No	2	Mala atencion, espera	Si	1	2	2	2	2	1
369	3	3	3	Modulo		10	Mucha demora	SS	3	Mala atencion	No	1	1	5	1	1	1
370	4	5	3	Modulo	CDI	20	Se automedica	Privado	5			3	2	5	1	4	1
371	2	3	3	Modulo	CDI	50	Se automedica	No	4	Espera	Si	2	1	5	1	2	2
372	5	3	1	Clinica privada		500	Se automedica	Privado	3	Problema de organizacion (la clave)	Si	3	1	5	1	3	1
373	5	5	1	Clinica privada		100	Se automedica	No	5			1	1	3	1	3	1
374	5	5	1	Clinica privada		100	No le gusta	No	5			3	1	2	1	2	1
375	5	3	1	CDI	Clinica privada	200	Innecesario	No	3	No atienden	No	3	1	2	1	1	1
376	5	3	3	Clinica privada		200	Se automedica	Privado	4	Espera	Si	1	1	1	1	1	1

377	3	3	1	Clinica privada		300	Se automedica	Privado	2	Problema de organizacion (la clave)	Si	3	3	2	2	2	2
378	2	3	1	Hospital publico		600	Falta de tiempo	No	5			3	1	2	2	2	2
379	4	5	2	CDI	Hospital publico	100	Falta de tiempo	Privado	5			3	2	4	2	3	2
380	5	5	2	CDI	Hospital publico	50	Innecesario	Privado	5			3	2	2	2	2	1
381	5	3	3	Clinica privada		900	Innecesario	Privado	5			3	2	4	2	3	2
382	5	5	5	Hospital publico	Clinica privada	200		Privado	3	No hay material, no hay habitaciones	No	1	1	1	1	3	1
383	3	5	5	Hospital publico		300		SS	4	No hay inzumos	No	3	1	4	2	2	1
384	4	5	5	Modulo		400		No	5			2	1	4	1	2	1
385	5	5	2	Modulo	CDI	100	Innecesario	No	5	No hay inzumos	No	1	3	3	2	2	1
386	5	5	1	Hospital publico		50	Mucha demora	No	5			2	1	1	1	1	1
387	5	3	1	Hospital publico		700	Innecesario	No	5			4	2	5	1	2	1
388	4	5	5	Clinica privada		900		Privado	5			2	2	4	1	2	1
389	5	5	5	Modulo	hospital publico	50		No	5	No hay inzumos	No	3	2	2	1	2	1
390	5	1	1			500	Se resuelve solo	No				3	3	3	1	2	1
391	4	5	1	Clinica privada		100	Se automedica	No	5			3	1	5	2	2	2
392	4	4	2	Modulo	Hospital publico	200	Falta de tiempo	No	4	Espera	No	3	1	1	1	2	1
393	5	3	3	Modulo	Hospital publico	300	Se automedica	No	2	No sirve, espera, no esta el doctor	No	3	1	1	2	2	1
394	5	3	1	Hospital publico		100	No le gusta	No	3	No sirve, malos diagnosticos	No	1	1	1	2	1	1
395	3	5	5	Clinica privada		100		Privado	5			2	1	1	2	3	1
396	4	4	3	Modulo	CDI, Hospital publico	100	Falta de tiempo	No	4	Espera	Si	1	1	1	2	3	2
397	4	5	5	CDI	Hospital publico, clinica privada	300		SS	4	No hay inzumos	Si	3	2	4	1	2	1
398	5	1	1			200	Se automedica	No				2	1	4	1	1	1
399	5	5	5	Modulo	CDI	1000		No	4	Demora, no hay medicos	Si	3	1	1	1	2	1
400	5	5	1	Hospital publico		900	Innecesario	No	3	Espera	Si	3	3	4	1	2	1
401	4		5	Modulo	CDI	50		SS	5			1	1	5	1	3	1
402	4	5	5	Clinica privada		50		Privado	4	Espera	No	1	1	1	1	2	2

403	4	5	5	Modulo	CDI - Hospital publico	100		SS	4	Hospital : no hay material	No	3	1	2	1	2	1
404	3	5	2	Clinica privada		100	Se automedica	No	5			2	3	4	2	1	2
405	4	4	3	Modulo	CDI	50	Innecesario - Se automedica	SS	5			1	1	5	2	2	1
406	3	5	3	Cruz roja	Clinica privada	25	Se automedica	No	3	Desorganizacion, equipamiento viejo, falta de inzumos	No	3	3	3	2	2	1
407	4	4	2	Hospital publico		100	Falta de tiempo	No	3	Demora	Si	3	1	2	2	2	1
408	4	5	2	Hospital publico	Clinica privada	200	Se automedica	No	5			2	1	3	2	2	1
409	4	5	4	Modulo	CDI - Clinica privada	25	Falta de tiempo	SS	5			3	3	2	2	3	1
410	1	1	1			200	Miedo	No				3	3	2	2	1	1
411	4	5	1	Hospital publico	Clinica privada	100	Innecesario - Se automedica	Privado	2	Espera - comprar medicamentos - no atienden	Si	3	2	2	1	1	2
412	2	5	3	Clinica privada		100	Se automedica	Privado	3	Espera	Si	3	1	2	2	3	1
413	2	5	3	Clinica privada		100	Se automedica	Privado	3	Espera	Si	3	1	2	2	3	1
414	5	3	2	Clinica privada		100	Se automedica	Privado	3	Espera - examenes muy superficiales	Si	3	1	1	2	3	1
415	4	5	3	CDI	Hospital publico	300	Falta de tiempo	SS	5	Hospital : faltan medicos	No	3	1	1	1	2	1
416	5	5	1	Clinica privada		150 0	Medicina casera	No	3	Demora	Si	2	1	2	2	2	2
417	4	5	5	Hospital publico	Clinica privada	200		Privado	5		No	1	1	1	2	1	2
418	3	5	5	Hospital publico	Clinica privada	200		Privado	5			3	1	3	2	1	2
419	4	5	3	Modulo	Clinica privada	200	Se automedica	SS	3	No hay inzumos - espera	Si	2	1	4	2	2	1
420	5	0	2	Modulo	Medicina casera	200	Desconfianza - no le gusta - miedo	No	5			2	3	5	1	2	2
421	4	5	5	clinica privada		100		Privado	5			1	1	3	2	1	1
422	3	5	3	Consultorio del trabajo	Clinica privada	30	Se automedica	Privado	3	Problema de horario	No	3	1	4	2	3	1
423	3	5	5	Clinica privada		100		Privado	5			4	1	4	2	1	2
424	4	5	1	Modulo	CDI - Hospital publico	50	Falta de tiempo - descuido	SS	5			1	1	2	2	3	1
425	4	5	3	Modulo	Hospital publico	20	Innecesario - Se	Privado	5			3	1	3	1	3	2

							automedica										
426	2	5	5	Hospital publico		100		No	5			4	2	5	2	2	2
427	4	5	2	CDI	Clinica privada	500	No hay plata - innecesario	No	5			1	1	1	2	2	1
428	5	2	1	Clinica privada		400	Desconfianza - no le gusta	No	4	Los medicos no investigan los nuevos medicamentos	Si	3	2	2	2	2	1
429	3	5	2	Modulo	Clinica privada	900	Falta de tiempo - problema de horario	No	3	Espera a veces - no hay doctores	Si	1	2	2	2	1	2
430	4	5	3	Clinica privada		200	Falta de tiempo - se automedica - mucha demora	No	5			2	2	2	2	1	2
431	4	5	3	Clinica privada		900	Se automedica	Privado	4	Mucha gente - espera- medico ocupada	No	4	2	4	2	3	1
432	4	5	2	Medico particular		50	Innecesario	Privado	5			1	3	5	2	2	1
433	5	5	5	Modulo	CDI - Hospital publico	100		No	5	falta de medicamentos	No	1	1	1	2	1	1
434	3	5	3	Hospital publico	Clinica privada	10	No me atienden	No	3	No hay medicos pero los poco que hay son buenos	Si	1	3	3	2	3	1
435	4	5	3	Clinica privada		300	Innecesario	No	5			1	1	5	2	2	1
436	5	5	5	Modulo	CDI - hospital publico			No	1	No hay medicos, agua, inzumos, electricidad	No	4	1	5	2	4	2
437	3	3	3	Modulo	CDI - SS	50	Falta de tiempo	SS	5			1	1		2	2	2
438	1	5	5	Hospital publico		300	Se automedica - problema de horario	No	2	Mucha espera en emergencia - super mala atencion	No	1	1	4	2	2	2
439	2	5	3	Modulo	CDI - Clinica privada	50	Falta de tiempo	SS - privado	5			3	1	2	2	3	1
440	4	5	1	Modulo	CDI - Hospital publico	200	Se automedica - medicamenos caseros	No	5			1	1	3	2	3	2
441	3	5	3	Modulo	CDI - Hospital publico	200	Falta de tiempo	No	3	Problema de horario	Si	3	1	3	2	2	2
442	3	5	5	Modulo	CDI - Hospital publico	100		No	4	Espera	No	1	1	5	2	3	2
443	4	5	3	Modulo	CDI - Hospital publico	1000	Falta de tiempo - no me gusta	No	4	Falta de atencion - falta de inzumos	Si	3	1	3	1	2	1
444	5	5	5	Hospital publico		200		SS	5			4	3	5	2	1	1
445	1	5	3	Hospital publico	Clinica privada	100	No me gusta - espera	SS	2	No hay inzumos - no hay camillas	Si	3	1	2	1	1	1

446	4	5	3	Clinica privada		10	Desconfianza	Privado	5			3	3	4	1	2	2
447	4	5	1	Hospital publico	Clinica privada	100	Innecesario - espero que se resuelva solo	SS	3	Mucha congestion - espera	No	2	1	3	2	2	2
448	4	5	3	Hospital publico		100	Falta de tiempo	No	3	Demora	Si	3	1	2	2	4	2
449	5	5	1	Modulo	Clinica privada	400	Se automedica	Privado	3	Espera - no hay medicinas	Si	1	3	3	2	4	1
450	5	0	1			100	Se automedica - innecesario	SS				4	2	5	1	2	1
451	4	5	1	Clinica privada		200	Desconfianza	Privado	4	Mucha gente - clave	Si	3	1	3	2	2	1
452	5	3	3	CDI - hospital publico		200	Se automedica	No	5			3	2	2	1	2	1
453	2	3	3	Modulo	CDI - Hospital publico	400	Se automedica - pereza	No	4	Mucha gente	No	2	1	3	1	2	2
454	4	2	2	Modulo	SS	100	Problema de horario	SS	2	Los medicos tardan en atender - mucha gente	Si	1	2	1	2	2	1
455	5	5	5	Clinica privada		500		Privado	5			2	1	5	1	3	1
456	5	3	2	Modulo	Hospital publico	100	Pereza	No	5			1	1	1	2	3	1
457	3	3	1	Hospital publico		100	Se automedica	SS	1	No atienden - demora	Si	3	2	1	2	2	1
458	5	5	1	Modulo	Hospital publico	100	se automedica	No	5			3	1	4	2	1	1
459	5	3	1	Modulo	CDI	50	Innecesario	Privado	5			3	1	2	2	2	2
460	4	3	1	Clinica privada		800	Innecesario	Privado	5			3	1	1	1	1	1
461	4	5	3	CDI	Modulo	400	Se aautomedica	No	5	Mucha gente	No	1	1	1	2	2	1
462	4	3	1	Hospital publico	CLInica privada	900	Innecesario	SS	3	No hay medicos - no hay materiales	Si	2	1	4	2	2	1
463	3	0	1	Modulo	CLInica privada	100	Se automedica	Privado	5			1	1	5	2	3	1
464	3	5	1	Modulo	CDI	100	Se automedica	Privado	4	Mucha gente	No	4	1	5	1	3	1
465	4	3	3	CDI	Hospital publico	100	Problema de horario	Privado	4	desasiado	Si	2	2	1	2	4	2
466	3	5	5	Clinica privada		100		Privado	4	Clave	Si	3	1	1	2	4	1
467	3	1	1			700	Desconfianza - no le gusta	Privado				1	1	4	2	2	2
468	4	0	1			100	Se automedica	No				2	1	3	1	3	1
469	5	5	3	Hospital publico	Clinica privada	100	Se automedica	No	3	No hay medicos	Si	1	1	2	2	2	2
470	5	5	1	Clinica		10	Se automedica	No	3	Mucha gente - demora	No	1	1	4	1	4	2

				privada													
471	5	3	1	Modulo	Hospital publico	200	No le gusta	No	4	No hay material - maltrato de los doctores	Si	3	1	1	2	3	1
472	5	5	5	Hospital publico	Clinica privada	50		Privado	4	Demora	No	2	1	4	2	2	2
473	5	5	2	clinica privada		100	Falta de tiempo	Privado	5			2	1	1	2	3	1
474	2	5	3	Doctor en casa	Clinica privada	100	Innecesario	No	5			4	1	5	1	2	1
475	5	5	1	Hospital publico		100	Falta de tiempo	No	2	no me atienden, mucha espera	Si	1	1	1	1	1	2
476	3	3	1	Modulo	CDI	100	Se automedica	No	5	mucha gente	No	2	1	4	2	2	1
477	4	5	3	Clinica privada		300	Se automedica	Privado	5			4	1	5	2	3	1
478	3	5	1	Clinica privada		300	Se automedica	SS	5	Espera	Si	1	1	4	1	2	1
479	4	4	2	CDI	Hospital publico	200	Se automedica	Privado	5			3	1	1	2	3	1
480	3	3	2	Modulo	Hospital publico	100	Se automedica	No	4	Espera	Si	2	1	5	2	1	1
481	3	5	3	Hospital publico	CDI	900	Innecesario	No	1	No atienden - agrandados	No	3	1	4	2	1	1
482	3	5	1	Hospital publico	Clinica privada	50	Se automedica	No	3	Espera	Si	2	2	4	2	2	1
483	5	3	1	Hospital publico		200	Se resuelve solo	No	4			2	1	3	2	2	1
484	2	0	3	Modulo	Hospital publico	1400	Se automedico	No	5			1	3	4	1	2	1
485	5	5	5	Hospital publico		500		SS	3	Falta de inzumos	Si	4	1	4	1	4	1
486	4	5	2	Clinica privada		800	Se automedica	Privado	4	la clave	Si	3	1	1	1	2	2
487	5	5	1	Modulo	CDI - Hospital publico	100	Innecesario	SS	3	Falta de atencion	No	3	2	3	1	2	1
488	5	5	3	Clinica privada	CDI	100	Se automedica	Privado	4	Demora	Si	1	1	3	2	2	1
489	5	5	5	Clinica privada		1000		Privado	5	Mucha gente	No	3	1	3	2	2	1
490	5	0	1	Hospital publico	Clinica privada - seguro social	500	Se automedica	No	5			2	1	4	1	2	1
491	4	5	1	Modulo	Hospital publico	100	Se resuelve solo	No	3	No estan los medicos - hospital no funciona	No	3	1	2	1	2	1
492	5	5	3	CDI	Hospital publico	300	Innecesario	No	3	No atienden - remiten mucho	Si	1	2	1	2	2	2
493	4	5	3	CDI		300	Se automedica	SS	5	Falta de personal	Si	3	1	3	1	4	2
494	5	0	1			50	Se automedica	No				3	1	1	1	4	2

495	4	5	1	Clinica privada		200	Se automedica	Privado	4	Mala atencion del personal - demora	Si	3	1	1	2	2	1
496	5	5	1	Clinica privada		500	Se automedica	Privado	2	la clave	Si	3	1	3	2	3	1
497	5	3	1	Modulo	Hospital publico - clinica privada	100	Innecesario	No	4	No cumplen con toda la atencion	No	1	1	1	1	3	2
498	4	3	1	Modulo	Hospital publico	100	Se automedica	No	4			2	1	3	2	1	2
499	5	5	5	Modulo		200		No	5			2	1	3	1	2	2
500	5	3	1	Clinica privada		300	Se automedica	Privado	5			1	1	5	2	3	1
501	4	5	1	Modulo	CDI - Hospital publico	100	Se automedica	SS	5	Espera	No	3	2	4	1	2	1
502	4	5	2	Modulo	CDI - Hospital publico	200	Se automedica	SS	4	Falta de gestion - inzumos	No	3	2	2	1	2	2
503	2	4	3	CDI	SS	100	Falta de tiempo - se automedica	SS	4	Espera	Si	1	3	5	2	1	1
504	4	5	3	Modulo	Hospital publico	50	Falta de tiempo - se automedica	No	3	Mala atencion - cola - espera	SI	3	1	2	2	2	1
505	2	0	1			300	Se automedica - nunca me enfermo	No				3	3	3	2	2	2
506	4	5	5	Hospital publico	Clinica privada	100		Privado	3	No hay inzumos	Si	3	2	2	2	3	2
507	4	5	5	Clinica privada		50		Privado	5			3	1	1	1	2	1
508	5	5	3	Hospital publico	Clinica privada	100	Se automedica	No	4	Falta de medicamentos - maquinaria no sirve - espera	Si	3	3	3	1	1	1
509	5	5	2	Modulo	CDI - Hospital publico	400	Se automedica	Privado	3	Falta de medicamentos - los medicos no estan	Si	3	1	1	1	2	1
510	5	5	3	Modulo	CDI- hospital publico	20	No hay plata - se automedica	No	3	Problema de horario - falta de medicamentos	Si	1	1	2	2	1	2
511	3	5	2	Modulo	CDI	20	Falta de tiempo - se automedica	No	5			1	1	4	2	2	2
512	3	5	5	Modulo	Hosptial publico - clinica privada cuando hay plata	200		No		Espera	Si	1	1	2	2	1	1
513	3	5	5	Hospital publico	Clinica privada	50		Privado	3	Problema de clave	No	3	3	4	1	1	1
514	4	5	3	Medico particular	Clinica privada	100	Se automedica	Privado	4	Espera	Si	3	1	1	2	2	1
515	5	5	2	Modulo	Hospital publico	20	Falta de tiempo	No	5	Espera	Si	2	1	1	1	1	1
516	3	5	3	Clinica privada		400	Falta de tiempo	SS	5			3	1	2	2	2	2
517	5	5	4	Clinica privada		100	Se automedica	Privado	3	la clave - espera	Si	1	2	2	2	1	1

518	5	0	2	Hospital publico		100	Nunca me enfermo	No	5			4	2	5	1	1	2
519	4	2	2	Hospital publico			Nunca me enfermo	No	5	Espera	No	2	3	5	1	1	
520	4	5	2	Clinica privada		50	Miedo	No	5			2	2	4	1	1	1
521	5	5	5	Modulo	CDI	50		Privado	4	Problema de horario	No	2	1	3	2	2	1
522	5	5	3	Modulo	Hospital publico	50	Innecesario - Se automedica	No	5	Problema de horario	Si	1	2	2	2	5	1
523	4	5	3	Modulo	Hospital publico	50	Innecesario - Se automedica	Privado - SS	3	Problema de horario	Si	3	2	2	1	2	1
524	3	5	1	Hospital publico		300	Se automedica	No	4	Espera	No	3	3	2	2	1	2
525	3	5	5	Modulo	Hospital publico - clinica privada	200		Privado	5	espera	No	2	1	3	1	1	1
526	5	5	1	SS	CDI	200	No le gusta	No	5			3	1	3	2	3	1
527	5	5	3	SS		100	Espera que se resuelve solo	SS	5			3	1	2	1	1	1
528	5	5	1	Hospital publico		500	Falta de tiempo	No	5			3	1	2	2	1	2
529	3	5	3	Modulo	CDI - Clinica privada	50	Se automedica	Privado	5			2	2	3	1	1	2
530	3	5	2	Modulo	CDI - Hospital publico	200	Se automedica	No	5			2	3	4	1	1	2
531	5	5	1	Modulo	CDI - Hospital publico	200	Se automedica	SS	5			3	3	1	2	1	1
532	5	5	3	Modulo	Hospital publico	300	Falta de tiempo - se automedica	No	3	No hay medicos - espera - no me atienden	Si	1	1	1	1	1	2
533	1	5	5	Clinica privada		300		Privado	5			4	1	5	1	1	1
534	5	5	2	Clinica privada		100	desconfianza - no le gusta	Privado	5			3	1	3	1	3	2
535	3	5	3		Hospital publico	50	Se automedica	No	3	Atienden mal - mala gente	Si	4	1	5	2	2	1
536	5	2	1	Clinica privada		200	Falta de tiempo - desconfianza	Privado	5			3	2	1	1	2	2
537	5	5	1	Hospital publico	Clinica privada	500	Se resuelve solo	Privado	5	La clave	No	3	1	1	1	2	2
538	3	5	1	CDI - hospital publico		600	Se automedica	SS	4	Los laboratorios no trabajan al 100% - no hay inzumos	No	1	1	4	1	1	1
539	5	5	1	Modulo		10	Se autoimedica	SS	5			3	2	3	1	1	1
540	4	5	2	Modulo	CDI - Clinica privada	100	Innecesario - Se automedica	Privado	5			1	1	3	2	2	1
541	3	4	1	Modulo	CDI - Hospital	900	Se automedica	No	5			2	1	5	1	2	1

					publico												
542	5	5	5	Clinica privada	Hospital publico	300		Privado	5	Espera	Si	3	1	3	1	2	2
543	4	3	1	Modulo	Clinica privada	400	Se automedica	Privado	3			1	1	4	1	2	1
544	5	3	1	Hospital publico	Clinica privada	7000	Se automedica	Privado	2	Demora	Si	3	2	2	1	2	1
545	5	0	1			100	Falta de tiempo	No				3	1	1	2	3	2
546	5	5	5	Hospital publico	Clinica privada	500		Privado	3	Falta de recursos	Si	3	1	2	1	2	1
547	4	5	3	Hospital publico	Clinica privada	500	Se automedica	No	3	Falta de personal	Si	3	1	1	2	2	2
548	3	4	1	Modulo	CDI	100	Falta de tiempo	No	5			3	1	1	2	1	1
549	4	3	1	Hospital publico	Clinica privada	300	Innecesario	No	2	No hay medicos - no hay medicinas	Si	1	1	2	1	2	1
550	2	5	1	CDI	Hospital publico	100	Se automedica	No	5			2	3	4	1	2	2
551	5	5	1	CDI	Hospital publico	50	Se automedica	No	3	No hay capacitaciones en los hospitales - remiten mucho	No	2	1	4	1	2	1
552	3	5	1	Modulo	CDI	300	Se automedica	No	5			1	2	3	2	3	1
553	2	5	3	Modulo	Clinica privada	50	Se automedica	Privado	2	Espera	Si	3	1	3	2	4	1
554	3	5	1	Clinica privada		150	Se automedica	Privado	3	Mucha gente	Si	3	1	4	1	3	1
555	5	5	2	Hospital publico	Clinica privada	200	Se automedica	Privado	4	No hay inzumos	Si	2	1	3	1	3	2
556	5	5	5	Hospital publico		900		SS	3	No hay medicos	Si	3	1	2	1	2	2
557	5	5	1	Hospital publico	Clinica privada	100	Se automedica	No	2	Falta de inzumos - falta de personal	Si	2	1	1	1	3	1
558	2	3	1	CDI	Hospital publico	100	Innecesario	SS	4	Hay que tener palanca	No	2	1	2	2	5	1
559	4	4	1	Hospital publico	Clinica privada	100	Se automedica	Privado	4	Falta de inzumos	No	3	1	1	2	3	1
560	5	5	1	Hospital publico	Clinica privada	100	Innecesario	Privado	3	Faltan inzumos - mala atencion	No	3	1	1	1	3	1

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET AUTRES ILLUSTRATIONS

1. Tableaux

CHAPITRE 1

Tableau 1.1 : Synthèse comparative du néo-institutionnalisme, conventionnalisme et du régulationnisme

CHAPITRE 2

Tableau 2.1 : Les matrices colombiennes des systèmes segmenté
et pluraliste-structuré
Tableau 2.2 : Nombre de tutelles dans le secteur de la santé entre 1999 et 2005
Tableau 2.3 : Motifs les plus fréquents des tutelles
Tableau 2.4 : Table de la valeur désagrégée par groupe d'âge et de sexe de l'UPC pour 2007
Tableau 2.5 : Evolution de l'UPC des deux régimes de 1995 à 2007 (en Pesos)
Tableau 2.6 : Affiliation par sexe et par régime en 2007
Tableau 2.7 : Taux de consultation (en %) par régime, en 2000 et 2005
Tableau 2.8 : Classement des causes du non accès aux soins (en %) par régime en 2007
Tableau 2.9 : Inégalités dans la couverture des plans de vaccination chez les enfants (entre 1995 et 2005)
Tableau 2.10 : Taux de mortalité infantile par groupes socio-économiques (entre 1995 et 2005
Tableau 2.11 : Dénutrition chronique chez l'enfant de moins de cinq ans (entre 1995 et 2005)
Tableau 2.12 : Complications à l'accouchement et ses suites (en%), par groupes socio économiques, entre 2000 et 2005
Tableau 2.13: Les matrices vénézuéliennes des systèmes segmenté et « pré-socialiste »

CHAPITRE 3

Tableau 3.1 : Synthèse des critères de sélection des deux quartiers de l'étude
Tableau 3.2 : Les caractéristiques de base des deux échantillons
Tableau 3.3 : Répartition de la variable vulnérabilité socio-économique pour les deux quartiers
Tableau 3.4 : État de santé perçu des individus : proportions par niveau de santé et par quartier puis moyenne par quartier
Tableau 3.5 : Double matrice état de santé perçu / Vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi
Tableau 3.6 : Accès aux soins : proportions par niveau d'accès suivant la gravité perçue de la maladie, par quartier, puis moyenne par quartier
Tableau 3.7 : double matrice Accès aux soins / Vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi
Tableau 3.8 : Répartition des points d'accès aux soins déclarés par les habitants de Magallanes de Catia suivant le caractère « grave » ou « non-grave » de la maladie contractée.
Tableau 3.9 : Répartition des points d'accès aux soins déclarés par les habitants de Potosi suivant la caractère « grave » ou « non-grave » de la maladie contractée.

Tableau 3.10 : Proportion d'individus dans chaque quartier suivant la hauteur des barrières institutionnelles rencontrées
Tableau 3.11 : Proportion d'individus dans chaque quartier suivant le type de barrières institutionnelles rencontrées
Tableau 3.12 : Double matrice Hauteur des barrières institutionnelles / Estimation de la qualité de l'offre de soins, pour Magallanes de Catia et Potosi
Tableau 3.13 : double matrice Hauteur des barrières institutionnelles / Vulnérabilité socio-économique, pour Magallanes de Catia et Potosi
Tableau 3.14 : double matrice Hauteur des barrières institutionnelles / Accès aux soins, pour Magallanes de Catia et Potosi

CHAPITRE 4

Tableau 4.1 : Tableau synoptique des résultats de l'enquête de terrain du point de vue de l'accès et des barrières à l'accès
Tableau 4.2 : Tableau synoptique des résultats en matière de réalités institutionnelles observés lors de l'enquête de terrain

2. Schémas et figures

CHAPITRE 1

Schéma 1.1 : Les institutions dans la théorie néo-institutionnaliste
Schéma 1.2 : Les quatre niveaux de définition du terme « institution »
Schéma 1.3 : Les institutions dans la théorie de la régulation
Schéma 1.4 : Cadrage synthétique des relations institutionnelles relatives à un système de santé
Schéma 1.5 : Circuit institutionnel relatif à un système de santé incluant le concept de réseau

Figure 1.1 : Inélasticité de la demande de soins par rapport au prix
Figure 1.2 : Demande de soins dans le cas de plusieurs maladies
Figure 1.3 : Hypothèse de Grossman : évolution du stock de santé avec le temps
Figure 1.4 : Détermination du stock de capital santé

CHAPITRE 2

Schéma 2.1 : Le système de santé colombien
Schéma 2.2 : Circuit institutionnel du système de santé colombien
Schéma 2.3 : Cartographie des missions sociales vénézuéliennes
Schéma 2.4 : Le système de santé vénézuélien
Schéma 2.5 : Circuit institutionnel du système de santé vénézuélien

CHAPITRE 3

Schéma 3.1 : Typologie des barrières institutionnelles
Schéma 3.2 : Caractérisation de la variable « Barrière institutionnelle »

CHAPITRE 4

Schéma 4.1 : Circuits institutionnels des systèmes de santé colombien et vénézuélien
Schéma 4.2 : L'influence de l'histoire dans l'évolution d'un circuit institutionnel

3. Graphiques

CHAPITRE 1

Graphique 1.1: Le travail informel en Amérique latine

CHAPITRE 2

Graphique 2.1 : Affiliation au système de santé vénézuélien entre 1990 et 2011
Graphique 2.2 : Tranches de salaires par régime, 2007
Graphique 2.3 : Évolution du taux de mortalité infantile entre 1990 et 2010
Graphique 2.4 : Taux de pauvreté extrême en terme absolu pour le Venezuela et la Colombie entre 1980 et 2010
Graphique 2.5 : Évolution du coefficient de Gini pour le Venezuela et la Colombie entre 1980 et 2010
Graphique 2.6 : Évolution comparée du cours du pétrole brut « Brent » et des dépenses publiques du Venezuela en santé entre 1999 et 2010
Graphique 2.7 : Comparaison de la répartition des individus dans les systèmes de santé vénézuélien et colombien
Graphique 2.8 : Mise en parallèle de l'évolution infrastructurelle de la mission *Barrio Adentro* et du nombre de consultations annuelles
Graphique 2.9 : Comparaison des taux de mortalité infantile du Venezuela et de la Colombie entre 1990 et 2010
Graphique 2.10 : Comparaison des taux de mortalité maternelle du Venezuela et de la Colombie entre 1997 et 2008
Graphique 2.11 : Comparaison de l'espérance de vie à la naissance au Venezuela et en Colombie de 1990 à 2012
Graphique 2.12 : Comparaison de l'IDH du Venezuela et de la Colombie entre 1980 et 2011

CHAPITRE 3

Graphique 3.1 : Comparaison de la répartition statutaire des individus dans les systèmes de santé à Magallanes de Catia et à Potosi
Graphique 3.2 : Espérance conditionnelle de valAvMin en fonction de hautBarTot
Graphique 3.3 : Espérance conditionnelle de valAvGra en fonction de hautBarTot

CHAPITRE 4

Graphique 4.1 : Synthèse de l'évolution des grands indicateurs de santé pour la Colombie et le Venezuela
Graphique 4.2 : L'inégalité de répartition du revenu par déciles en 2007 pour 14 pays d'Amérique latine

4. Cartes

CHAPITRE 3

Carte 3.1 : Le quartier de Potosi à Bogota, Colombie
Carte 3.2 : Le quartier de Magallanes de Catia à Caracas, Venezuela
Carte 3.3 : L'offre de soins dans le périmètre restreint de Potosi
Carte 3.4 : L'offre de soins dans le périmètre élargi de Potosi
Carte 3.5 : L'offre de soins dans le périmètre restreint de Magallanes de Catia
Carte 3.6 : L'offre de soins dans le périmètre élargi de Magallanes de Catia

Carte 3.7 : Délimitation approximative des conseils communaux dans le quartier de Magallanes de Catia

5. Encadrés

INTRODUCTION
Encadré 1 : La Colombie et le Venezuela, comparaison des grands agrégats

CHAPITRE 2
Encadré 2 : Le FOSYGA
Encadré 3 : Le FONDEN

CHAPITRE 3
Encadré 4 : Les références méthodologiques employées dans la préparation de l'enquête de terrain
Encadré 5 : Un indicateur de vulnérabilité en santé : le score EPICES

BIBLIOGRAPHIE

1. Articles et ouvrages

A

ACOSTA Olga Lucía, GAMBOA Luis Fernando (2005), « Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia », *Universidad del Rosario* : *borradores de investigación*, n°69, Juin, Bogotá.

ADAY Lu Ann, ANDERSEN Ronald (1981), « Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview ». *Med Care, n°*19 (supplément), pp. 4-27.

ADAY Lu Ann, ANDERSEN Ronald (1974), « A framework for the study of access to medical care », *Health Serv Res, n°*9, pp. 208- 220.

AGLIETTA Michel, ORLEAN André (1982), *La violence de la monnaie*, Presses Universitaires de France, Paris.

ALAMEDA OSPINA Raul (2007), « La piramide social colombiana », *sans éd*.

ANDERSEN Ronald, NEWMAN John (1973), « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly– Health and Society* n°51, pp. 95-124.

ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-Yves (2000), *La dynamique des groupes restreints*, Presses Universitaires de France, 12ème édition, Septembre.

AOKI Masahiko (2006), *Fondements d'une analyse institutionnelle comparée*, Éditions Albin Michel.

ARRIF Abdelmajid (2001), « Fragments d'une enquête dans un bidonville de Casablanca », *Ethnologie française* 1/2001 (Vol. 31), p. 29-39.

ARROW Kenneth (1963), « Uncertainty And The Welfare Economics Of Medical Care », *American Economic Review*, Volume LIII, Numéro 5, Décembre.

ARTHUR Brian (1989), « Competing Technologies, Increasing Returns and Lock-in by Small Historical Events », *The Economic Journal*, n°99, Mars, pp.116-131.

ASSIDON Elsa (2000), *Les théories économiques du développement,* Coll. Repères, éd. La Découverte.

B

BAINVILLE Jacques (1924), *Histoire de France*, Editions Kontre Kulture, Paris.

BALLET Jerôme (2008), « Propriété, biens publics mondiaux, bien(s) commun(s) : Une lecture des concepts économiques », *Développement durable et territoire*, Dossier n°10, Mars.

BARDEY David (2008), « Le rôle des ESS (Entreprises Solidaires de Santé) dans le cadre du système de sécurité sociale en santé en Colombie », *Organisation Internationale du Travail*, Genève.

BARDEY David (2008), « Regulación del sector de la salud colombiano: algunas reflexiones », *Revista Colombiana de Economía de la Salud*, Colombian Health Economists Association.

BARDEY David (2002), « Demande induite et réglementation de médecins altruistes », *Revue économique*, Vol. 53, n°3, pp.581-588.

BARDEY David, KIUHAN Samir, SUAREZ Julio (2009), « Seguros de desempleo: revisión de literatura y propuesta para Colombia », *Revista Fasecolda*, Septembre.

BARDEY David, MALDONADO Dario (2008), « The Colombian Health System », *Review of the Geneva Association*, Mai.

BARÓN LEGUIZAMÓN Gilberto (2007), « Gasto nacional en salud en Colombia 1993-2003 : composición y tendencias », *Revista de Salud Pública*. Vol. 9. No. 2. Avril-Juin. pp. 167-179, Bogotá D.C.

BARÓN LEGUIZAMÓN Gilberto (2007*), Cuentas de salud de Colombia de 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*, Ministerio de la protección social y Programa de Reforma de Salud (PARS), Departamento Nacional de Planeación, Bogotá D.C.

BATIFOULIER Philippe, BIENCOURTI Olivier (2001), « Politiques de sante : éclairages par l'économie des conventions : de l'économie politique de l'arbitraire à la politique économique de l'arbitraire. », *Communication aux Ateliers Thématiques en Economie de la Santé*, Mai.

BATIFOULIER Philippe, BUTTARD Anne, DOMIN Jean-Paul (2011), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, Editions Eska. Paris.

BATIFOULIER Philippe, BIENCOURT Olivier, DE LARQUIER Guillemette (2003), « L'Économie des conventions et les théories des conventions », *Working Paper*, Université Paris 10, Avril.

BATIFOULIER Philippe, GADREAU Maryse (2006), « Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique » in EYMARD-DUVERNAY François (2006), *L'économie des conventions. Méthodes et résultats*, La Découverte, Tome 2, pp. 453-468.

BATIFOULIER Philippe, MERCHIERS Jacques, URRUTIAGUER Daniel (2002), « David Lewis et la rationalité des conventions », *Revue de philosophie économique*, n°6, pp. 36-57.

BECKER Garry (1964), *Human Capital*, N.B.E.R., NewYork

BEJEAN Sophie (2009), « Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale » *in in* BRAS P-L., DE POUVOURVILLE G. et TABUTEAU D. (2009), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Science Po. Les presses, Paris.

BEJEAN Sophie (1994), *Économie du système de santé, du marché à l'organisation*, Economica, Paris.

BEJEAN Sophie, GADREAU Maryse (1997), « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *in Revue d'économie industrielle,* n°81, Juillet.

BENARD Jean (1985), *Economie publique*, Economica, Paris.

BERCHET Caroline, JUSOT Florence (2009), « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition », *Économie publique*, n°24-25, pp.73-100.

BESSONNEAU Pascal (2009), « Introduction au langage R, Les bases de la manipulation des objets ». *Centre International d'Études Pédagogiques*, Cogmaster.

BILLAUDOT Bernard (2001), *Régulation et croissance. Une macroéconomie historique et institutionnelle*, L'Harmattan.

BONNET Pascal (2002), « Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins », *Dossier de DEA GEOS*, Université Paul Valéry, Montpellier 3.

BONVECCHIO Anabelle, BECERRIL-MONTEKIO Victor, CARRIEDO-LUTZENKIRCHEN Angela, LANDAETA-JIMENEZ Maritza (2011), « Sistema de salud de Venezuela », *Salud Publica Mex n°53*, Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

BORNER Silvio, BRUNNETTI Aymo, WEDER Beatrice (1992), « Institutional obstacles to Latin American growth », *International Center for Economic Growth*, San Francisco.

BOSSIO ROTONDO Juan Carlos (2010), « Amérique latine : pauvreté, inégalités, chômage et orientations politiques », *Revue vie économique*, Janvier.

BOWLES Samuel, BOYER Robert (1990), « A Wage-led Employment Regime : Income Distribution, LabourDiscipline, and Aggregate Demand in Welfare Capitalism », *in* MARGLIN S.A., SCHOR J. (eds), *The Golden Age of Capitalism,* Clarendon Press, Oxford, pp.187-217.

BOYER Robert (2004), *Une théorie du capitalisme est-elle possible ?*, Editions Odile Jacob, Mai.

BOYER Robert (2003), « Les institutions dans la théorie de la régulation », *Cahiers d'économie Politique,* n° 44, pp. 79-101.

BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier (2009), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Sciences Po, Les Presses, Paris.

BRUNAT Marion (2010), *Analyse économique de l'accessibilité des soins primaires en France : la question de l'organisation de l'offre de services de santé ambulatoires*, Thèse de Doctorat en Sciences Économiques dirigée par Claudine Offredi, Université Pierre Mendes France, Grenoble 2.

BUCHANAN James, TULLOCK Gordon (1962), *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*, Volume 3 of The Collected Works *in* The online library of Liberty.

C

CAHUC Pierre (1998), *La nouvelle microéconomie*, Repères n°126, Editions La Découverte, Novembre.

CHABAUD Didier, PARTHENAY Claude, PEREZ Yannick (2005), « L'évolution de l'analyse northienne des institutions : la prise en compte des idéologies », *Revue économique*, n°56.

CHABAUD Didier, PARTHENAY Claude, PEREZ Yannick (2004), « North versus Williamson ? Oppositions et complémentarités dans la Nouvelle Economie Institutionnelle », *Working Paper GRJM.*

CHAMBARETAUD Sandrine, HARTMANN Laurence (2004), « Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles », *Revue de l'OFCE*, Octobre.

CHANDOLA Tarani, JENKINSON Crispin (2000), « Validating Self Rated Health in Different Ethnic Groups », *Ethnicity and Health*, n°5, pp.151-159.

CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle (2007), « vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens », *Les Éditions de la DIV*.

CHEVALIER François (1993), *L'Amérique latine de l'Indépendance à nos jours*, Presses Universitaires de France, Paris.

CHEVALLIER Georges (2010), Systèmes de santé. *Clés et comparaisons internationales*, L'Harmattan.

CONTE Bernard (2003), « La bonne gouvernance néolibérale », *Université de Bordeaux*.

COMMONS John Rogers (1934), *Institutional Economics. Its place in Political Economy*, Macmillan.

CULLIS John, WEST Peter (1979), *The economics of health*. *An introduction*, Oxford, Martin Robinson.

CULYER Anthony (1971), « The nature of the commodity health care and its efficient allocation », *Oxford Economic Papers*, n°23, pp.189-211.

D

DARREAU Philippe (1995), « Institutions et croissance économique », *Publication de l'Université de Limoges*, Juillet.

DAUDIGEOS Thibault, VALIORGUE Bertrand (2009), « L'apport de la théorie des conventions à la théorie néo- institutionnelle des organisations », *sans éd.*

DAVID Paul (1985), « Clio and the Economics of QWERTY », *American Economic Review,* n°75, Mai, pp.332-337.

DE GROOTE Tony, DE PAEPE Pierre, UNGER Jean-Pierre (2007), « Colombia : prueba *in vivo* de la privatización del sector salud en países en desarrollo », *Revista de la Universidad Nacional Salud Pública*, n°25, Bogotá D.C.

DE POUVOURVILLE Gérard (2010), « Patients, médecins, hôpitaux : une nouvelle donne ? Comment l'analyse économique répond-elle aux évolutions sociétales ? », *Les tribunes de la santé*, Hors-série, pp. 53-65.

DENZAU Arthur, NORTH Douglass (1993), « Shared Mental Models : Ideologies and Institutions », *Economic History*, EconWPA.

DÍAZ Yadira (2003), «¿ Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo ?: El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia », *Documento CEDE, ISSN 1657-7191*, Bogotá D.C.

DUFOUR Stéphane, FORTIN Dominic et HAMEL Jacques (1991), « L'enquête de terrain en sciences sociales, méthode monographique et les méthodes qualitative », *Les classiques des sciences sociales*, Montréal.

DUPUY Jean Pierre (1989), « Common knowledge et convention », *Revue économique*, vol. 40, n° 2, Mars, p. 361-400

DUQUE ROLDAN Maria Isabel, GOMEZ MONTOYA Luis Fernando, OSORIO AGUDELO Jair Albeiro (2009), « Analisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del sector salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones », *Revista del Instituto Internacional de Costos*, n°5, Juillet/Décembre 2009.

DURKHEIM, Émile (1975), *Textes*, Présentation de Victor Karady Texte 1 : Elément d'une théorie sociale, Texte 2 : Religion, morale, anomie, Texte 3 : Fonctions sociales et institutions, Les éditions de minuit, Paris.

DOMENIGHETTI Guido (1995), « Incertitude médicale : justification éthique de la demande induite », *Journal d'économie médicale*, Tome 13, n°7-8, pp.353-362.

E

ENTHOVEN Alain (1990), *The History And Principles Of Managed Competition*, Health Affairs, volume 12.

ERHEL Christine, PALIER Bruno (2005), « Europe sociale et Europe de l'emploi : l'apport de Douglass North à l'explication des trajectoires nationales », *Economies et Sociétés,* Série Socio- Economie du Travail, n°26, pp 1531-1556.

ERHEL Christine (2004), « Les politiques de l'emploi en Europe : recherches institutionnelles et comparatives », *Dossier pour l'habilitation à diriger des recherches*, Universite Paris I, Pantheon-Sorbonne, Septembre.

ESLAVA-SCHMALBACH Javier (2008), « Evaluación del impacto en costo-equidad del sistema de salud colombiano. 1998-2005 », *Revista salud publica*, n°17, Novembre, Bogotá D.C.

ESPINOSA Karem, RESTREPO Jairo Humberto, RODRIGUEZ Sandra (2003), «Producción académica en la economía de salud en Colombia, 1980 – 2002 », *Borradores de CIE*. n°5, Centro de Investigaciones Económicas, Medellin.

EVANS Richard (1974), « Supplier-induced Demand :Some Empirical Evidence and Implications », pp.163-173 *in* PERLMAN M., *The Economics of Health and Medical Care*, Wiley and Sons.

EYMARD-DUVERNAY François, FAVEREAU Olivier, ORLEAN André, SALAIS Robert, THEVENOT Laurent (2003), « Valeurs, coordination et rationalité l'économie des conventions ou le temps de la réunification dans les sciences économiques, sociales et politiques », *sans éd*., Octobre.

F

FANTINO Bruno, ROPERT Gérard (2004), *Guérir le système de santé de ses maux avec 40 proposition pour une réforme*, ALEAS Éditeur.

FARGEON Valérie (2009), *Introduction à l'économie de la santé*, Presses Universitaires de Grenoble, Collection L'économie en plus.

FARÍAS SUAREZ Adriana, FARÍAS DE ESTANY Jenny (2009), « Participación comunitaria: otra mirada al sistema de salud venezolano », *Poblacion y Salud en Mesoamérica*, Revue électronique semestrielle, Université du Costa Rica.

FEDERACION MEDICA VENEZOLANA (2012), « Solo el 7% de los inzumos estan llegando a los hospitales », Article consultable sur le site : Consumid.org.

FLOREZ Elisa, ACOSTA Olga Lucia (2007), « Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano », *Departamento Nacional de Planeación (DNP)*, Bogotá D.C.

FRANCO GIRALDO Alvaro (2011), « Reforma del SGSSS Colombiano 1438 de 2011 », *Facultad nacional de Salud Publica, Universidad de Antioquia.*

FUCHS Victor (1978), « The Supply of Surgeons and the Demand for Operations », *Journal of Human Resources*, vol. XIII, supplément, pp. 35-56.

G

GADREAU Maryse, LIEVAUT Jeanne, BATIFOULIER Philippe (2009) « La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique », *Revue d'Épidémiologie et de santé Publique*, Volume 58, n°5, Octobre, pp.301-311.

GALEANO Eduardo (1971), *Les veines ouvertes de l'Amérique latine*, Siglo Veintiuno Editores.

GALIENI Sebastian, SANGUINETTI Pablo (2003), « The impact of trade liberalization on wage inequality : evidence from Argentina », *Journal of Development Economics*, n°72.

GLASSMAN Amanda (2007), « Incentivos basados en el desempeño para la salud : Programa de transferencias condicionadas en efectivo en América Latina y el Caribe. Centro para el Desarrollo Global », *Documento de Trabajo,* n°120. Bogotá D.C.

GOLINGER Eva (2006), *The Chavez code : cracking US intervention in Venezuela*, Olive Branch Press, Massachussetts.

GONZALES ECHEVERRIA José Manuel, MONTEALEGRE ISERN Alejandro (1988), *El miedo al crimen en San José*, Faculté de droit de San José.

GONZALEZ Fernan, ZAMBRANO Fabio (1995), « L'Etat inachevé. Les racines de la violence en Colombie », *CINEP-CCFD-FPH, Editions Charles-Léopold Mayer*, Dossier pour un débat, n° 42.

GONZALES ROSSETTI Alejandra, RAMIREZ Patricia (2000), « Enhancing the political feasibility of health reform: the colombia case », *Health Sector Reform Initiative*, Harvard School of Public Health, Juin.

GORBANEFF Yuri, TORRES Sergio, CONTRERAS Nelson (2008), « Insurance Power Sources facing Hospital Providers in the Colombian Health System. The Case of the Industrial Concentration », *Revista gerencia y politica de salud*, n°7, pp.177-186, janvier-juin, Bogotá.

GROSSMAN Michael (1972), « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », *Journal of Political Economy*, n°80.

GROSSMAN, Michael (1982), « The Demand For Health After a Decade », *Journal of Health Economics*, n°1, pp.1-3.

H

HALIMI Serge (2004), *Le grand bond en arrière*, Editions Fayard.

HARRIBEY Jean-Marie (2011), « Le bien commun est une construction sociale : apports et limites d'Elinor Ostrom », *L'économie politique*, n °49, Janvier, pp.98-112.

HERTZMAN Clyde (1994), « The Lifelong Impact of Childhood Experiences: A Population Health Perspective », *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 123, n°4, Automne, pp. 167-180.

HUBER Évelyne (1999), « La diffusion des modèles de réformes sociales en Amérique », *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, décembre.

HUSSON Michel (2001), « L'école de la régulation, de Marx a la fondation saint-Simon : un aller sans retour ? » *in* BIDET J. et KOUVELAKIS E., *Dictionnaire Marx contemporain*, Presses Universitaires de France.

I

IDLER Ellen, BENYAMINI Yael (1997), « Self-Rated Health and Mortality : A Review of Twenty-Seven Community Studies », *Journal of Health and Social Behaviour*, n°38 ? pp.21-37.

J

JARAMILLO Iván (1999), *El futuro de la salud en Colombia : Ley 100 de 1993, cinco años después*, Editions FESCOL, Bogotá D.C.

JARAMILLO URIBE Jaime (1989), *Nueva historia de Colombia*, Ediciones Planeta, Bogota D.C.

JÜTTING Johannes (2003), « Institutions and development : a critical review », *OECD Technical Papers*, n ° 210, OECD Development Center.

L

LABBE Émilie, MOULIN Jean Jacques, GUEGUEN René, SASS Catherine, CHATAIN Carine, GERBAUD Laurent (2007), « Un indicateur de mesure de la précarité et de la santé sociale : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie », *Centre technique d'appui et de formation des Centres d'Examens de Santé (CETAF)*.

LAFAYE DE MICHEAUX Pierre, DROUILHET Rémy, LIQUET Benoît (2010), *Le logiciel R : Maîtriser le langage, Effectuer des analyses statistiques*, Editions Springer Verlag France, Novembre.

LAGROYE Jacques (2002), *Sociologie politique*, PFNSP & Dalloz, Paris.

LAMBERT Denis Clair (1985), *Lexique d'Economie de la Santé*, Editions Economica. Paris.

LAUTIER Bruno (2012), « La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine. Une proposition de méthode d'analyse des configurations des droits sociaux », *Revue de la régulation*, n°11, Premier semestre, Paris.

LAUTIER Bruno (2005), « A propos de la réforme de l'assurance-maladie en Colombie : universalisation d'un droit, ou universalisation de l'accès au marché ? », *Réunion du groupe de travail « protection sociale »*, Réseau impact, Mars.

LE PEN Claude (1988), « Demande de soins, demande de santé », *Revue d'Économie Politique*, Volume 98, n°4, pp. 458-470.

LÉNINE (1916), *L'impérialisme, stade suprême du capitalisme*, Éditions du progrès.

LÉVY Johanna, MALO Miguel (2010*), De la participacion en salud a la construccion del poder popular. Experiencias para el debate*, LÉVY J. et MALO M. (Eds), Caracas.

LEWIS David (1969), *Convention : A Philosophical Study*, Harvard University Press, Cambridge.

LIPIETZ Alain (1991), « Les rapports capital-travail à l'aube du XXI^{ème} siècle », *in* Chaumont et Van Parijs (eds), *Les limites de l'inéluctable*, De Boeck-Wesmael*,* Bruxelles.

LIVET Pierre (1994), *La Communauté virtuelle, action et communication,* Editions de l'Eclat, Combas.

LIVET Pierre, THEVENOT Laurent (1994), « Les catégories de l'action collective », *in* ORLEAN A. (Ed), *Analyse économique des conventions*, Presses Universitaires de France.

LONDOÑO Juan-Luis, FRENK Julio (1997), « Pluralismo Estructurado : Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina », *Banque Interaméricaine de Développement*, EUA, New York.

LOPEZ-CASTAÑO Hugo (1987), « Secteur informel et société moderne; l'expérience colombienne », *Revue Tiers-Monde*, n°110, avril, p.369-394

LYAZRHI Faouzi (2005), « Une introduction au langage R », *UP Biostatistique*.

M

MAIQUI Flores (2005), « Sector Salud en Venezuela », *Instituto de Altos Estudios en Salud Publica*, Caracas, Mai.

MALAGA Etal (2000), « Equidad y Reforma en Salud en Colombia », *Sans éd*.

MARCHAND Bernard (1969), « La structure urbaine de Caracas », *Annales de Géographie*, tome 78, n°427. pp. 286-309.

MEJÍA VILLEGAS Darío (2007), « La tutela y el derecho a la salud », *Defensoría del Pueblo*, Programa de salud, Bogotá D.C.

MENAHEM Georges (2000), « Demande de santé ou demande de sécurité : deux modèles pour la santé en économie », *Working paper*, CREDES, Mars.

MENARD Claude (2003), « L'approche néo-institutionnelle : des concepts, une méthode, des résultats », *Cahiers d'économie Politique,* n° 44, pp.103-118.

MENDOZA Alberto (2006), « Medicas EPS, S.A: a competir por "el mercado del dolor" », *Asoreforma ley 100*, Juillet, Bogotá.

MESA LAGO Carmelo (2007), « Social Security in Latin America: Pension and Health Care Reforms in the Last Quarter Century », *Latin American Research Review*, Volume 42, n°2, pp. 181-201.

MESA-LAGO Carmelo. (2005), *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL, Working Paper. Santiago de Chile. Décembre.

MOLINES C., SAPIN Christophe, SIMÉONI Marie-Claude, GENTILE S., AUQUIER Pascal (2000), « Santé perçue et migration : une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n°48, pp.145-155.

MOUGEOT Michel (1986), *Le système de santé*, Economica, Paris.

MUÑOZ Socorro (1999), « Coberturas de Vacunación. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI », *Boletín fin de Milenio.*

N

NORTH Douglass (2005), *Understanding the process of economic change*, Princeton University Press.

NORTH Douglass (1994), « Economic Performance Through Time », *The American Economic Review*, Juin, 84:3, p. 359-368.

NORTH Douglass (1991), « Institutions », *Journal of Economic Perspectives*.

NORTH Douglass (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance,* Cambridge University Press, Cambridge.

NORTH Douglass, SUMMERHILL William, WEINGAST Barry (1999), « Order, Disorder and Economic Change: Latin America vs. North America », *Governing for Prosperity Editions*, Yale University Press.

NUÑEZ Jairo, GONZALO ZAPATA Juan (2012), « La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinamica del gasto y principales retos de cara al futuro », *Fedesarrollo*, Bogota D.C.

NURIA Elisa, RIERA Miguel (2009), « Des conseils et communes au Venezuela », *RISAL*, février.

O

OLIVERO Patrick (2001), « Calcul de la taille des échantillons : application aux cas simples et usuels », *CETE du Sud Ouest, Evaluation d'impact et tests de matériel,* Avril.

OROZCO AFRICANO Julio Mario (2006), « Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia », *Universidad de Cartagena*, Août, Cartagena.

ORTIZ GÓMEZ Gustavo (2006), « Fuentes de financiación del sistema general de seguridad social en salud en Colombia », *sans éd*. Octobre, Pereira.

OSTROM Elinor (2005), *Understanding Institutional Diversity*, Princeton University Press, Août.

OSTROM Elinor (1990), *Governing the Commons : The Evolution of Institutions for Collective Action*, Political Economy of Institutions and Decisions, Novembre.

OSTROM Elinor, SCHROEDER Larry, WYNNE Susan (1993), *Institutional Incentives And Sustainable Development: Infrastructure Policies In Perspective,* Theoretical Lenses on Public Policy, Septembre.

P

PALIER Bruno, BONDI Giuliano (1999), « Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue française de science politique*, 49ème année, n°3, pp.399-420.

PASCAL Jean (2005), « Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public », *Santé publique*, n°17, pp.357-369.

PASCAL Jean (2004), « Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital », *Presse médicale*, n°30, pp.710-715.

PELAEZ QUINTERO Jaime Alberto (2012), « Salud financiera de EPS : rumbo al quirofano », *El Pulso. Periodico para el sector de la salud*, n°165, Juin.

PAULY Mark (1980), « Doctors and their Workshops : Economic Models of Physician Behavior », *NBER Monograph*, University of Chicago Press.

PHELPS Charles, NEWHOUSE Joseph (1974), « Coinsurance, the Price of Time, and the Demand for Medical Services », *The Review of Economics and Statistics*, MIT Press, vol. 56(3), pp. 334-342, Août.

PIERSON Paul (1994), *Dismantling the welfare state ? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*, Cambridge University Press, Cambridge.

PIGOU Arthur (1920), *The economics of welfare*, Editions Macmillan and Co. Première Édition *in* The online library of Liberty, Londres.

PITCHIK Carolyn, SCHOTTER Andrew (1987), « Honesty in a model of strategic information transmission », *American Economic Review*, vol. 77, pp. 1032-1036.

PREBISCH Raúl (1963), *Hacia una dinamica del desarrollo latinoaméricano*, FCE, Mexico.

PREBISCH Raúl, DA CONCEIÇÕ TAVARES Maria, FURTADO Celso, PINTO Anibal, SUNKEL Osvaldo et alii (1969), *América Latina, Ensayos de interpretación económica*, Editorial Universitaria S.A., Chili.

PREVOST Benoît, (2010) « Douglass North : hétérodoxie néo-institutionnelle versus néolibéralisme ? », *Revue de la régulation*, n°7, Premier semestre.

R

RAFFINOT Marc (1991), *Dette extérieure et ajustement structurel*, Vanves : Edicef, Collection Universités francophone.

RAINHORN Jean-daniel, BURNIER Marie-José (2001), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI*^{ème} *siècle*, Presses Universitaires de France.

RAVEAUD Gilles (2005), « L'Economie des conventions : théorie pragmatique, ou méthode radicale ? », *Documents de travail, série règles, institutions, conventions*, n°5, Avril.

RAVEAUD Gilles (2004), *Économie des conventions théorie pragmatique ou méthode radicale,* sans éd.

REBERIOUX Antoine (2001), « La dynamique des conventions entre consensus et conflit », *in* Batifoulier, P. (ed.), *Théorie des conventions*, Economica, pp. 253-277

REBOTIER Julien (2008), *Les territorialités du risque urbain à Caracas. Les implications d'un construit socio-spatial dans une métropole d'Amérique latine*. Thèse de doctorat en géographie, aménagement et urbanisme, dirigée par Hélène Rivière d'Arc, Université Sorbonne-Nouvelle, Paris 3.

RESTREPO ZEA Jairo Humberto (2004), « ¿Que enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? », *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol.3, numero 006, Juillet, Bogotá.

RESTREPO ZEA Jairo Humberto, LOPERA John Fernando, RODRIGUEZ ACOSTA Sandra Milena (2007), « La integración vertical en el sistema de salud colombiano », Revista de Economía Institucional, vol. 9, n°17, second semestre, pp. 279-308.

RESTREPO ZEA Jairo Humberto, RODRIGUEZ ACOSTA Sandra (2005), « Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia », *Revista de Economía Institucional*, volume n°7, n°12, premier semestre.

RICE Tim (1983), « The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induces Demand », *Medical Care*, 21 (8), pp. 803-815.

ROCHAIX Lise (2009), « Petite histoire de l'économie de la santé » *in* BRAS P-L., DE POUVOURVILLE G. et TABUTEAU D. (2009), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Science Po. Les presses, Paris.

ROCHAIX Lise (1989), *Asymétries informationnelles et comportement médical,* Thèse de Doctorat dirigée par R. LAUNOIS, Université de Rennes I.

RODRIK Dani (2008), *One Economics, Many Recipes: Globalization, Institutions, and Economic Growth,* Editions e-Book.

RUIZ GÓMEZ Fernando (2009), « Alternativas de subsidio parcial para universalizar el aseguramiento social », *Publication de la Pontificada Universidad Javeriana*, Mai, Bogotá D.C.

S

SALUDIJIAN Alexis (2005), « Le modèle de la croissance excluante et l'insécurité économique dans le Mercosur depuis 1990 », *Revue Tiers Monde*, Volume 46, n°184, pp. 883-905.

SAMUELSON Paul (1954), « The Pure Theory of Public Expenditure », *The Review of Economics and Statistics.* 36, N°4, pp. 387–389

SCHEIL-ADLUNG Xénia, KUHL Catharina (2012), *Evidence on gender inequities in social health protection : The case of women living in rural areas*, ESS Paper, n°29, Genève.

SCHEIL-ADLUNG Xénia (2011), « Les inégalités d'accès aux services de santé en Europe », *Organisation Internationale du Travail, Question-réponse*, Octobre.

SCHUT Frederik, GREB Stefan, WASEM Juergen (2003), « Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and Netherlands », *International Journal of Health Care Finance and Economics*, n°3, pp. 117-138.

SEARLE John (1995), *The Construction of Social Reality*, The Free Press, New York.

SEGURA DEL POZO Javier (2011), « El sistema publico de salud en Venezuela », *Salud publica y algo mas*, Décembre.

SIMON Herbert (1991), « Rationality in Political Behavior », *Political Psychology*, Volume 16, n°1, Mars, pp.45-61.

SIMON Herbert (1976), « From Substantive to Procedural Rationality » in *Method and Appraisal in Economics*, Latsis Editions, Cambridge University Press, pp. 129-148.

SMITH Adam (1776), *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations*, Economica, Paris.

STARFIELD Barbara (2001), « Equidad en salud y atencion primaria: una meta para todos », *Gerencia y política de salud n°1*, Novembre, Bogotá D.C.

STIGLER George (1971), « The Theory of Economic Regulation », *The Bell Journal of Economics and Management Science*, Volume 2, Issue 1, pp.3-21.

T

TERSEN Georges (1961), *Simon Bolivar*, Le club français du livre, Collection Les portraits de l'Histoire, Paris.

THOMAS Laure, MONTMARQUETTE Claude (2001), « La demande de soins de santé. Modèles théoriques et empiriques », *Rapport présenté à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention du grade de Maitre ès Sciences*, Université de Montréal, Février.

TIROLE Jean (1993), *Théorie de l'organisation industrielle*, Economica, Paris.

TRINQUARD Sébastien (2006), « Demande induite par l'offre ambulatoire : un survol de la littérature théorique et empirique », *Cahiers du Laser*, Working Paper.

U

UBIFRANCE (2008), « Marché et industrie pharmaceutique en Colombie », *Fiche de synthèse*, les missions économiques, Paris.

URIBE-MALLARINE Consuelo (2008), « Estratificacion social en Bogota : de la politica publica a la dinamica de la segregacion social », *Pontificia Universidad Javeriana*, Bogota.

V

VEBLEN Thorstein (1909), « The Limitation of Marginal Utility », *Journal of political Economy*, vol.17

VELEZ Marcela (2008), *Salud : Negocio e inequidad, Quince años de la ley 100 en Colombia*, Editions Aurora, Bogotá.

VESSET Natacha, LAPIERRE Vincent (2012), « Les programmes sociaux dans la campagne présidentielle vénézuélienne de 2012. Analyse comparative des cas de la santé et de l'éducation », *Revue Problèmes d'Amérique Latine*, n°86, pp.47-60.

W

WARIN Philippe (2002), « Le non-recours vu par les associations intervenant dans le secteur de l'urgence sociale », *ODENORE*, Note de recherche, Septembre.

WILENSKY Gail, ROSSITER Louis (1981), « The Magnitude and Determinants of Physician Initiated Visits in the United States », *in Health Economics and Health Economics*, North Holland, pp. 215-245.

WILLIAMSON John (1990), *Latin American Adjustment: How Much Has Happened. Washington*, D.C. Institute for International Economics.

WILLIAMSON Oliver (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*. *Firms, Markets, Relational Contracting*, Free Press. New York.

WILLIAMSON Oliver (1975), *Markets and Hierarchies : Analysis and Antitrust Implications. A Study in the Economics of Internal Organization*, Free Press.

WOODWARD Robert, WARREN-BOULTON Frederick (1984), « Considering the effects of financial incentives and professional ethics on appropriate medical care », *Journal of health economics*, n°3, pp. 223-237.

Y

YOUNG Hobart Peyton (1996), « The economics of convention », *Journal of Economic Perspectives*, n°10/2, pp. 105-122.

YOUNG Hobart Peyton (1993), « Evolution of conventions », *Econometrica*, n°61, pp. 57-84.

2. Rapports et discours

AGENCY FOR TOXIC SUBSTANCES AND DISEASE REGISTRY (2007), *The CDC/ATSDR Public Health Vulnerability Mapping System : Using a Geographic Information System for Depicting Human Vulnerabiliy to Environmental Emergencies*, Center For Disease Control end Prevention.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (2005), *La sécurité sociale en Amérique latine*, Revue Internationale de Sécurité Sociale, Volume 58, n°2-3, Avril-Septembre.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (2004), « Financement des pensions par l'impôt et réduction de la pauvreté en Amérique latine : les impacts en Argentine, au Brésil, au Chili et en Uruguay », *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, Volume 57, n°4, Octobre-Décembre.

BANQUE MONDIALE (2012), *Annual Report 2012*, WB Editions.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (2012), « Socle de protection sociale pour la justice sociale et une mondialisation équitable. Rapport IV (2B) », *Conférence internationale du travail*, 101ème session, Genève.

CHAVEZ Hugo (2012), « Situation du système de santé vénézuélien », *Intervention publique au Théatre Teresa Careño*. 23 Juillet, Caracas.

CHAVEZ Hugo (2009), « Le financement par le secteur pétrolier dans l'histoire du Venezuela », *Intervention publique au sommet Afrique-Amérique latine*.

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AMERIQUE LATINE (2012), *Panorama Social de America latina*, Document informatif, Nations Unies.

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AMERIQUE LATINE (2010), *Panorama Social de America latina*, Document informatif, Nations Unies.

COMISSION ECONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE (2010), « America latina : evolucion de la pobreza y la indigencia 1980-2009 *»*, *Service d'information,* Nations Unies.

CORTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA (2007) « La tutela y el derecho a la salud » *in* Defensoría del Pueblo (2007), *Programa de salud*, Bogotá.

FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL (2003), « Indicateur de vulnérabilité », *Fiche technique*, Avril.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2007), *Indicateurs de vulnérabilité associés à la sécurité d'un territoire*, Rapport pour le gouvernement du Quebec.

MESA DE UNIDAD DEMOCRATICA (2011), *Lineamientos del Programa de Gobierno de Unidad Nacional*, Campaña presidencial del 2012.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL (2007), *Encuesta Nacional en Salud del año 2007*, Bogotá D.C.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA COMUNICACION EN INFORMACION (2009). « Venezuela, una potencia. Mensaje anual 2009 », *MINCI publicaciones*. Caracas, Venezuela.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA PLANIFICACION Y EL DESARROLLO (2008), « Logros sociales », *MPPPD publicaciones*, Caracas, Venezuela.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2012), « Reporte anual de actividad - 2011 », *MPPS publicaciones,* Caracas, Venezuela.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2008), *Reporte sobre los gastos en salud*, Venezuela, Caracas.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2008), « Lineamientos para los comités de salud », *MPPS publicaciones,* Caracas, Venezuela.

NATIONS UNIES (2010), « Améliorer la santé maternelle », *Sommet des Nations Unies, Fiche d'information,* 20-22 septembre 2010, New York Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (2010), « L'Initiative OIT-ONU pour un socle de protection sociale: le rôle de la sécurité sociale dans les réponses à la crise, la reprise et l'après-crise », *Interview de Michael Cichon par ilo.org*, Juin.

ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE (2009), *Perspectives économiques de l'Amérique latine*, Publications de l'OCDE.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2011), *World Health statistic report 2011*, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010), *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Document de Synthèse. Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems : Improving performance*. Washington.

ORGANIZATION OF THE PETROLEUM EXPORTING COUNTRIES (2011), *Annual Statistical Bulletin,* 2010-2011 OPEC Edition.

PETROLEOS DE VENEZUELA S. A Y SUS FILIALES (2012), *Informe de gestion anual 2011*, Ministerio del poder popular de petroleo y mineria.

PETROLEOS DE VENEZUELA S.A Y SUS FILIALES (2009), « Informe Operacional y Financiero », *PDVSA publicaciones,* Caracas, Venezuela.

PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACION Y ACCION EN DERECHOS HUMANOS (2011), *Situacion de los derechos humanos en Venezuela*, Informe Anual Octubre 2010 - Septiembre 2011, PROVEA.

UNITED NATION DEVELOPMENT PROGRAM (2012), « Human Development Report : The sustainable future we want », *Anual Report 2011-2012*.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (2012), *Report 2012 : Youth and skills: Putting education to work*, Paris.

UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENTS PROGRAMME (2003), *The Challenge of slums*, Earthscan Publications, Global Report on human settlements, UN Habitat.

3. Textes juridiques

ASSEMBLEE NATIONALE DE LA RÉPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU VENEZUELA (1999), *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*, Gaceta oficial extraordinaria n°5 453, Caracas, Venezuela.

ASSEMBLÉE NATIONALE DE LA RÉPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU VENEZUELA, Décret Nº 3.854, dans la « Gaceta Oficial nº 38.261 », *Loi sur la réforme partielle de la banque centrale du Venezuela*.

ASSEMBLÉE NATIONALE DE LA RÉPUBLIQUE DE COLOMBIE (1991), *Constitución de la República de Colombia*, Diario Oficial N°. 45.980, Bogota, Colombie.

ASSEMBLÉE NATIONALE DE LA RÉPUBLIQUE DE COLOMBIE (1993), *Ley 100 de 1993*, Diario Oficial No. 41.148 du 23 décembre 1993.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1946), « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé », *Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19 juin -22 juillet 1946.

4. Principaux sites internet

Banque Mondiale : www.banquemondiale.org

Commission Économique pour l'Amérique Latine : www.eclac.org

Datanalisis : www.datanalisis.com/

Département Administratif National de Statistiques (Colombie) : www.dane.gov.co

Institut National de Statistiques (Ven.) : www.ine.gov.ve

Journal El Tiempo (Col.) : www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-10820436

Ministère de la santé et de la protection sociale (Col.) : www.minsalud.gov.co

Ministère du pouvoir populaire pour la santé (Ven.) : www.mpps.gob.ve

Organisation de lutte contre la corruption gouvernementale : www.transparency.org

Organisation des Nations unies pour l'éduc., la science et la culture : www.unesco.org

Organisation Internationale du Travail : www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm

Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int/fr

Organisation Panaméricaine de la Santé : http://new.paho.org/index.php

Nations Unies : www.un.org

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes 6

INTRODUCTION GÉNÉRALE 8

CHAPITRE I : Les institutions en économie de la santé, élaboration d'un cadre théorique : le circuit institutionnel 26

Section 1 : Les Institutions, entre Idéologie, Convention et Régulation : le point sur la théorie 29

A. Les bases posées par le courant néo-institutionnaliste ne suffisent pas à expliquer les dynamiques institutionnelles 30

1. Une dynamique générale des institutions se heurtant au « Path Dependency » 31
2. Le concept de rationalité limitée : le trait d'union entre l'analyse néo-institutionnelle et la théorie des conventions 36

B. Les prolongements hétérodoxes à la définition du rôle des institutions : de la théorie des conventions à la théorie de la régulation 41

1. La théorie des conventions ou le dilemme du dépassement de la vision strictement stratégique vers une méthode d'analyse interprétative 41
2. De l'interprétation à la dynamique historique des institutions par la théorie de la régulation 47

Section 2 : L'économie de la santé et la place des institutions 53

A. L'évolution progressive de l'économie de la santé : les insuffisances de l'analyse néoclassique dans sa prise en compte des institutions 54

1. Du modèle néoclassique de la demande de soins… 55
2. … À la demande de santé et le modèle de Grossman 62

B. Vers une approche institutionnaliste de la demande de soins : adaptation au contexte des pays latino-américains 68

1. Introduction de critères institutionnalistes dans les choix des individus : définition d'un cadre théorique spécifique 68
2. Architectures institutionnelles des systèmes de santé : poids du réseau et poids de l'histoire comme singularités latino-américaines 75

CHAPITRE II : Colombie et Venezuela : deux processus d'institutionnalisation des systèmes de santé axés sur des idéologies opposées 84

Section 1 : Le système de santé colombien : du système assurantiel à l'institutionnalisation « par le haut » 88

A. Une architecture globale laissant une place prépondérante aux assurances 89

1. État des lieux du système de santé post-réforme : de l'Idéologie issue du « pluralisme structuré » à l'extension de la couverture maladie par les mécanismes assurantiels 89

1.1 Le pluralisme-structuré : un « juste milieu » très proche du managed care américain 90

1.2 Un processus d'institutionnalisation du système de santé basé sur une stimulation des acteurs intermédiaires mais qui conduit mécaniquement à leur concentration 92

2. Spécificités du modèle colombien : la justice et le prix du panier de soins, les deux piliers régulateurs du système de santé 98

2.1 La justice : un axe de régulation pour compenser les inégalités produites par l'architecture globale du système de santé 99

2.2 Le prix du POS : un mécanisme incitant théoriquement les assureurs à faire baisser le coût des soins 104

B. Les inégalités en santé et leur reproduction dans le circuit institutionnel colom 110

1. Mesure de l'équité et de l'état de santé : une hausse de la couverture qui masque la persistance d'inégalités géographiques et sociales 110

1.1 Mise en parallèle de l'affiliation et de l'accès : un résultat très contrasté 111

1.2 Bilan de l'état de santé de la population colombienne 120

2. L'évolution du système de santé dans le contexte institutionnel colombien 126

Section 2 : Le système de santé vénézuélien au sein de la révolution bolivarienne : les missions sociales ou une tentative d'institutionnalisation de la santé « par le bas » 141

A. Les « missions » : un système de solidarité nationale comme point d'ancrage de la révolution bolivarienne 142

1. État des lieux du système : lignes de fractures idéologiques et montée en puissance des missions 142

1.1 Cadrage historique et idéologique 143

1.2 La place des missions sociales : une structuration nouvelle du système de santé vénézuélien 148

2. Spécificités du modèle vénézuélien : limites et blocages de l'intégration institutionnelle des réformes et systèmes de dépendances multiples 154

2.1 Les enjeux politiques comme frein à la pleine intégration des missions : la question du maintien du processus révolutionnaire en toile de fond 154

2.2 La double dépendance du Venezuela envers ses revenus pétroliers et envers Cuba : l'élément limitatif de la réforme du système de santé vénézuélien 162

B. Résultats macro-sociaux du système de santé et analyse du circuit institutionnel vénézuélien 170

1. Une extension de l'accès aux soins compensée par une déstabilisation du système de santé 170

1.1 Mise en parallèle des résultats en terme d'accès aux soins et de la cohérence générale du système de santé 171

1.2 Bilan comparatif de l'état de santé de la population vénézuélienne 179

2. L'évolution du système de santé replacée dans le contexte du circuit institutionnel vénézuélien 187

CHAPITRE III : Enquête de terrain dans les quartiers pauvres de Caracas et de Bogota. Vers une analyse empirique des barrières à l'accès aux soins 202

Section 1 : Analyse préparatoire à l'enquête de terrain : étude de l'offre de soins en terme de géographie de la santé 206
A. Processus de sélection des quartiers au Venezuela et en Colombie 209
1. Analyse cartographique et recoupement des trois critères de choix 210
2. Analyse de l'offre de soins dans les deux quartiers 217
B. Processus de construction du questionnaire : l'analyse des réalités institutionnelles différentes d'un quartier à l'autre 227
1. Les liens institutionnels observés sur le terrain confirment le schisme théorique séparant les deux modèles 228
2. Élaboration d'un questionnaire orienté vers deux questions principales : l'accès et les barrières à l'accès 236

Section 2 : Résultats de l'enquête de terrain : traitement quantitatif des données 242
A. L'accès aux soins : mesures statistiques issues de l'enquête 243
1. Caractérisation des échantillons puis construction d'une variable spécifique aux échantillons analysés 243
2. Analyse comparative approfondie des composantes de l'accès aux soins pour les deux échantillons, à l'aide de la variable « vulnérabilité socio-économique » 251
B. Analyse empirique des barrières institutionnelles 269
1. Typologie et analyse quantitative des barrières institutionnelles à l'accès aux soins 269
2. Étude du lien complexe unissant les barrières institutionnelles et l'accès aux soins par l'analyse du contexte macro-institutionnel rencontré sur le terrain 288

CHAPITRE IV : Synthèse et prospective : retour sur la notion de circuit institutionnel et de sa portée analytique relative aux barrières à l'accès aux soins 296

Section 1 : Des observations de terrain aux évolutions macroinstitutionnelles : vers un rapprochement des deux dimensions analytiques 298
A. Synthèse des résultats de l'enquête de terrain : les points clés de l'accès aux soins et des institutions 298
1. Synthèse des résultats de l'enquête de terrain du point de vue de l'accès aux soins 299
2. Synthèse des résultats de l'enquête de terrain du point de vue des institutions 302
B. Éclairage macroéconomique des résultats de terrain 306
1. Les résultats analysés sous l'angle de leur coût global pour chacune des deux sociétés 307
2. L'éclairage nuancé des indicateurs macro-sociaux 309

Section 2 : Bouclage du circuit institutionnel et propositions normatives de politiques publiques 312
A. Circuit institutionnel, compléments conceptuels tirés du terrain 312
1. Retour sur la portée analytique de la notion de circuit insttutionnel 312
2. Vers une analyse plus poussée des approches économiques quant à la division marché-État 319

B. Analyse normative de politique publique : le difficile exercice de la prospective institutionnelle en milieu politique incertain 322
1. La réduction des inégalités reste le défi majeur de la Colombie 322
2. Le Venezuela : seule une meilleure organisation permettra d'ancrer les choix institutionnels faits au cours des dix dernières années 325

CONCLUSION GÉNÉRALE 330

TABLE DES ANNEXES 334

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET AUTRES ILLUSTRATIONS 389

BIBLIOGRAPHIE 393

TABLE DES MATIÈRES 413

Résumé

Parmi l'ensemble des pays d'Amérique latine, la Colombie et le Venezuela sont deux pays très proches, pour des raisons aussi bien historiques que géographiques et culturelles. Pourtant, les profondes réformes constitutionnelles des deux pays, réalisées au cours des années 1990, s'opposent sur de nombreux plans. Le système de santé, enjeu crucial des deux réformes dans la lutte contre la pauvreté, caractérise cette opposition : inspirée de la réforme du système de santé américain, la réforme colombienne laisse une place centrale aux assureurs privés tandis qu'au contraire, la réforme vénézuélienne se veut être le point d'ancrage du « Socialisme du 21ème siècle » et du réengagement de l'État dans le système de santé. Bien que très différent, chaque modèle a permis une amélioration sensible des indicateurs de santé, sans pour autant pouvoir résoudre les contradiction profondes auxquels ils sont soumis.

Mots clés : *Colombie, Venezuela, systèmes de santé, pauvreté, institutions*

Classification JEL : I11 ; I18 ; I38

Abstract

Among all Latin american countries, Colombia and Venezuela are the closest, for reasons as much historical as geographical and cultural. However, profound constitutional reforms in the two countries, completed during the 1990s, conflict on many levels. The health care system, a critical stake in both reforms, exemplifies this divergence: inspired by the reform of the American health care system, the Colombian reform reserves a central place for private insurers, whereas the Venezuelan reform claims to be the anchor of « 21st century socialism » and the re-engagement of the State in the health care system. Though very different, each model has allowed for measurable improvement in health indicators, without being able to resolve the deep contradictions to which they are subjected.

Key words: *Colombia, Venezuela, health care systems, poverty, institutions*

Resumen

De entre el conjunto de países de América latina, Colombia y Venezuela son dos países muy cercanos por razones tanto históricas como geográficas y culturales. Sin embargo, las profundas reformas constitucionales de ambos países, realizadas a lo largo de los años 90, se oponen en numerosos aspectos. El sistema de salud, objetivo clave de ambas reformas, caracteriza esta oposición. Inspirada en la reforma del sistema de salud norteamericano, la reforma colombiana da prioridad a las aseguradoras privadas, mientras que, al contrario, la reforma venezolana pretende convertirse en insignia del « Socialismo del siglo XXI » y del compromiso del Estado por el sistema de salud. Si bien son muy diferentes, cada modelo ha permitido una mejora notable de los indicadores de salud, sin que por ello se hayan podido resolver las profundas contradicciones a las que están sometidos.

Palabras claves: *Colombia, Venezuela, sistemas de salud, pobreza, instituciones*