

EHESP

Master 2 Promotion de la Santé et Prévention

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **Septembre 2022**

**La Couverture Santé Universelle au prisme du genre
en Andhra Pradesh : analyse quantitative du
programme d'assurance maladie Aarogyasri.**

Adèle LENORMAND

Sous la direction de
Marine Al Dahdah et de
Bertrand Lefebvre.

Remerciements

Je tenais à remercier dans un premier temps Bertrand Lefebvre, pour son accueil, mais aussi pour avoir rendu ce stage possible et m'avoir fait confiance tout au long de mon séjour en Inde. Également, de la même manière, je remercie Marine Al Dahdah pour tout, que ce soit les moments d'échange sur l'accès aux soins permis par le programme et l'analyse des données, ou les moments hors de l'IFP qui ont rendu la fin de mon séjour à Pondichéry plus agréable. Être soutenue et encadrée par Bertrand et Marine m'a permis de pousser bien plus loin ma réflexion et de rendre mon travail bien plus intéressant. Enfin, un grand merci à Oliver-James Crook, qui en plus d'avoir égayé mon séjour en Inde par sa présence m'a aussi beaucoup aidé pour l'analyse quantitative des données du programme. Sans son aide, ce mémoire aurait perdu de son intérêt quant à l'analyse territoriale fournie.

Je remercie aussi chaudement le Professeur Purendra Prasad pour avoir pris de son temps pour échanger avec moi, tout comme Messieurs Tarun Jain et Sisir Debnath.

De manière plus globale, je suis reconnaissante à l'Institut Français de Pondichéry (IFP) de m'avoir accueilli de manière si bienveillante au sein de leur structure, et de m'avoir permis de faire des rencontres enrichissantes. Je remercie aussi la Maison des Sciences de l'Homme en Bretagne (MSHB) pour m'avoir permis de réaliser ce stage en Inde, et notamment de m'avoir par la suite donné l'occasion d'accomplir un terrain à Hyderabad. Je me dois de remercier aussi chaudement l'EHESP pour leur encadrement et leur réactivité, mais aussi pour m'avoir donné une aide ERASMUS+ pour partir en Inde, un grand merci donc à tous ceux ayant rendu cela possible.

D'un point de vue plus personnel, merci aux personnes que j'ai pu rencontrer au cours de mon séjour en Inde. Ma vie à Pondichéry n'aurait pas eu la même saveur sans eux.

Merci aussi à mes amis de longue date qui par leur présence continue m'ont soutenu lorsque j'en avais besoin. Je n'oublie pas non plus les amies que j'ai pu me faire de manière plus récente à Rennes. Merci pour tout, et notamment pour les conseils précieux et leur soutien dans la dernière ligne droite du mémoire.

Enfin, merci à ma famille de m'avoir toujours soutenu dans mes études, en me permettant notamment de commencer un deuxième master. Votre soutien, vos encouragements, et surtout votre confiance en moi m'a amené à me dépasser nombre de fois.

Sommaire

<u>Introduction</u>	1
Un objectif de Couverture Santé Universelle (CSU) porté par les Nations Unies de longue date :	1
L'Inde : d'une politique de santé publique ambitieuse à l'indépendance, à un système de soins marqué par l'emprise du privé et les inégalités de santé :	3
La situation sanitaire de l'Andhra Pradesh, dans laquelle s'inscrit de programme Aarogyasri :	6
Des barrières dans l'accès aux soins que nous pouvons analyser au travers du prisme du Levesque Framework et du Cube de la CSU :	9
Présentation du programme Aarogyasri en Andhra Pradesh : la réponse à un besoin en santé publique, avec une assurance maladie inclusive et centrée sur le curatif :	13
L'accès aux soins différencié en fonction du genre en Andhra Pradesh et en Inde, état des lieux :	17
<u>Méthode</u>	21
La revue de littérature comme point de départ :	21
L'analyse quantitative des données de remboursement du programme Aarogyasri en 2013 :	22
La réalisation d'une semaine de terrain à Hyderabad :	24
<u>Résultats</u>	27
Le profil d'utilisateurs dessiné par les actes d'Aarogyasri :	27
Une majorité des soins utilisés par les hommes :	27
Une répartition par âge inégale :	27
Tendance globale :	28
Répartition genrée des actes au sein du programme, en comparaison avec la population en Andhra Pradesh :	29
Une répartition par caste différant peu de la répartition présente en Andhra Pradesh :	30
L'utilisation du programme Aarogyasri en fonction du genre :	33
Les actes principalement utilisés, différenciation genrée :	33
Les catégories d'actes plébiscitées dans le cadre du programme :	33
Les catégories d'actes majoritairement utilisées par les femmes :	34
Des catégories d'actes inégalement réparties par âge, mais marquées aussi par une inégalité genrée à tout âge :	35
Inégalité territoriale dans la répartition des structures de soins accrédités et influence sur la distance dans l'accès aux soins :	38
L'importance du privé dans le programme, résultant en une inégale répartition territoriale des structures de soins :	38
Une importance variable du taux de fuite, en fonction des districts et du genre :	39
La distance dans l'accès aux soins des actes utilisés par les femmes et les hommes :	41
Etude de cas : l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans :	42

<u>Discussion</u>	45
Un programme dans le prolongement de la discrimination sociale plurielle à l'oeuvre dans la société, en termes de genre, de catégories d'âge ou de castes :	45
Un programme qui ne résorbe pas les inégalités d'accès aux soins, en particulier pour les femmes :	45
Des catégories d'actes qui traduisent l'utilité sociale des usagers :	47
L'intersectionnalité des variables genre et castes :	51
Un programme posé comme un exemple à l'échelle de l'Inde pour la réduction des inégalités d'accès aux soins, mais des pratiques compromettant la possibilité d'atteindre la CSU :	52
Le Levesque Framework comme grille d'analyse pour comprendre ces inégalités d'accès aux soins :	53
La conceptualisation du programme comme responsable des inégalités d'accès aux soins au sein d'Aarogyasri :	55
Un programme qui en pratique ne tient pas ses promesses :	58
Le contexte économique, politique et institutionnel comme responsable de la dynamique du programme :	59
Limites :	61
<u>Conclusion</u>	63
<u>Bibliographie</u>	65
<u>Annexes</u>	1

Liste des figures

Figure 1 : Schéma des déterminants de la santé (Dahlgreen et Whitehead, 1991).

Figure 2 : Levesque Framework (Levesque et alii, 2013).

Figure 3 : Cube de la Couverture Santé Universelle (OMS, 2010).

Figure 4 : Schématisation de la méthodologie suivie utilisant les méthodes mixtes.

Figure 5 : Comparaison de la répartition par âge et par genre des actes réalisés dans le cadre du programme Aarogyasri et de la population générale de l'Andhra Pradesh (Aarogyasri data, 2013 ; Census of India, 2011).

Figure 6 : Répartition des castes en Andhra Pradesh et au sein des actes du programme, en fonction du genre (Aarogyasri data, 2013 ; Census of India, 2011).

Figure 7 : Répartition des catégories d'actes pour les usagers de 0 à 20 ans, par genre (Aarogyasri data, 2013).

Figure 8 : Répartition des catégories d'actes pour les usagers de 21 à 60 ans, par genre (Aarogyasri data, 2013).

Figure 9 : Répartition des catégories d'actes pour les usagers de plus de 61 ans, par genre (Aarogyasri data, 2013).

Figure 10 : Pourcentage des actes réalisés hors du district d'origine des usagers du programme Aarogyasri (Aarogyasri data, 2013).

Figure 11 : Comparaison des taux de fuite par district en fonction du genre (Aarogyasri data, 2013).

Figure 12 : Répartition des catégories d'actes pour les actes concernant les enfants de moins de 5 ans, garçons et filles (Aarogyasri data, 2013).

Figure 13 : Comparaison du pourcentage de travailleurs en Andhra Pradesh par catégorie d'âge et par genre, et de la répartition des actes au sein du programme par catégorie d'âge (Census of India, 2011 ; Aarogyasri Health Care Trust, 2013).

Figure 14 : Levesque Framework traduit (Levesque et alii, 2013).

Figure 15 : Cube flottant de la CSU (Soors et alii, 2016).

Liste des sigles utilisés

BC : Backward Castes.

BM : Banque Mondiale.

BPL : Below the Poverty Line (sous le seuil de pauvreté).

CBHI : Community Based Health Insurance.

CGHS : Central Government Health Scheme.

CHC : Community Health Centre.

CSU : Couverture Santé Universelle.

ESIS : Employees State Insurance Scheme.

ODD : Objectifs de Développement Durable.

ODM : Objectifs de Développement du Millénaire.

NFHS : National Family Health Survey.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONU : Organisation des Nations Unies.

OOPE : Out-of-the Pocket Expenditure.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.

PAS : politique d'ajustement structurelle.

PHC : Primary Health Centre.

RACHI : Rajiv Gandhi Aarogyasri Community Health Insurance, connu sous le nom d'Aarogyasri.

RGPD : Règlement Général de Protection des Données.

RSBY : Rashtriya Swasthya Bima Yojna.

SC : Scheduled Castes.

SRS : Sample Registration System.

ST : Scheduled Tribes

Résumé

Contexte : En 2006, l'ONU pose comme objectif la Couverture Santé Universelle (CSU), pour un accès à des soins de qualité pour tous. Or, l'Inde se caractérise par des inégalités d'accès aux soins inter-étatiques et au sein des Etats. L'Andhra Pradesh ne fait pas figure d'exception, conduisant en 2007 à la mise en place par le gouvernement du programme d'assurance maladie Aarogyasri pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, avec en ligne de mire la CSU. Les inégalités genrées d'accès aux soins en Inde étant un enjeu de santé publique, nous avons analysé l'efficacité du programme Aarogyasri au prisme du genre, en cumulant d'autres variables susceptibles d'aggraver cette exclusion dans l'accès aux soins.

Méthodes : L'analyse menée dans cette étude se base sur une méthode mixte, alliant analyse quantitative et analyse qualitative, sans oublier une revue de littérature approfondie. L'étude quantitative a porté sur les données de remboursement du programme d'assurance maladie Aarogyasri en Andhra Pradesh en 2013, avec des analyses descriptives univariées et multivariées, et une analyse de l'utilisation spatiale du programme afin d'obtenir une matrice de distances pour l'accès aux soins. Enfin, une semaine de terrain à Hyderabad a permis de rencontrer des chercheurs et de réaliser des observations dans des hôpitaux du programme.

Résultats : Les actes du programme Aarogyasri nous dessinent le profil d'un utilisateur masculin, issu des Backward Castes (BC) et dans la catégorie d'âge de 35 à 60 ans. Les polytraumatismes sont les soins les plus pris en charge pour les hommes, alors que pour les femmes il s'agit de la cancérologie. L'utilisation territoriale au sein du programme est un reflet de la répartition inégale des structures de soins Aarogyasri en Andhra Pradesh, mais aussi d'une plus grande distance parcourue par les femmes pour rejoindre les hôpitaux.

Conclusion : Toutes ces données traduisent du prolongement des discriminations structurelles à l'œuvre dans la société au sein du programme, avec une intersection des inégalités dans l'accès aux soins. L'utilisation du programme est aussi un reflet de la manière dont la société considère chaque groupe social, en termes d'utilité sociale et de rôle dévolu à chacun d'entre eux. Les inégalités d'accès aux soins, notamment genrées, ne sont pas résorbées par le programme, ce qui questionne sur la visée réelle d'Aarogyasri, entre calcul politique et objectif de santé publique.

Mots clefs : Couverture Santé Universelle (CSU), Genre, Equité, Egalité, Accès aux soins, Assurance maladie, Aarogyasri, Andhra Pradesh.

Abstract

Background: In 2006, the UN set the goal of Universal Health Coverage (UHC), for access to quality healthcare for all. India is characterized by inequalities in access to healthcare between and within states. Andhra Pradesh is no exception, leading to the government's introduction in 2007 of the Aarogyasri health insurance Scheme for people living below the poverty line, with the UHC as a target. Since gender inequalities in access to healthcare in India are a public health issue, we focused on gender and how it combines with other factors to give varying healthcare access to survey the effectiveness of the Aarogyasri program.

Methods: The analysis conducted in this study is based on a mixed method approach, combining quantitative and qualitative analysis, in addition to an extensive literature review. The quantitative study focused on reimbursement data from the Aarogyasri health insurance Scheme in Andhra Pradesh in 2013, with univariate and multivariate descriptive analyses, and an analysis of spatial use of the program to obtain a distance matrix for access to care. Finally, a one-week field trip to Hyderabad provided an opportunity to meet with researchers and conduct observations in program hospitals.

Results: The Aarogyasri program data give us a profile of a middle-aged (35-60 years), male user, from the Backward Castes (BC). Polytrauma is the most common type of care for men, while for women it is cancerology. Territorial utilization within the program reflects the uneven distribution of Aarogyasri care facilities in Andhra Pradesh, but also the greater distance travelled by women to reach hospitals.

Conclusion: The data showcases the extension of structural discrimination at work in society within the program, with inequalities epitomised in access to healthcare. The use of the program is also a reflection of the way society considers each social group, in terms of social utility and expected place in society for each group. Inequalities in access to healthcare, particularly in terms of gender, are not dealt with, which raises questions about the real purpose of Aarogyasri, between political calculation – political goals and public health objectives.

Keywords: Universal Health Coverage (UHC), Gender, Equity, Equality, Access to care, Health insurance, Aarogyasri, Andhra Pradesh.

Introduction

A. Un objectif de Couverture Santé Universelle (CSU) porté par les Nations Unies de longue date :

En 1948, les membres de la nouvelle organisation de coopération internationale qu'est l'Organisation des Nations Unies (ONU) fixent les bases du travail commun à accomplir, par la rédaction des textes fondateurs de l'ONU, avec notamment la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Celle-ci proclame ainsi les droits et les devoirs inhérents aux pays signataires, mais aussi aux citoyens de ceux-ci. Le droit à la santé en fait ainsi partie, avec l'article 25 qui statue que "toute personne a le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires" (ONU, 1948). En parallèle de la Déclaration de l'ONU, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa Constitution signée dès 1946 et entrée en vigueur en 1948 définit ce qui est entendu par le concept de santé. La santé est alors posée comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité", et est "l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale" (OMS, 1946). Pour finir, l'OMS va plus loin en engageant la responsabilité des gouvernements vis-à-vis de la santé de leurs peuples, sur le principe d'un accès égal et complet pour tous. L'accès à la santé doit donc être une réalité pour tous, sans discrimination, et si ces principes ont été érigés il y a plus de 70 ans, beaucoup de travail reste à faire.

Différentes conférences dédiées à la santé sont venues jalonner les décennies, afin de faire de ce souhait (la santé pour tous) une réalité. Dans cette optique, en 1978 la Conférence de l'OMS d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire affiche une volonté internationale d'atteindre en 2000 un "niveau acceptable de santé" pour tous (OMS, 1978). Face à ce défi immense, et après des décennies 1980 et 1990 marquées par des crises économiques (Crise de la dette de 1982), sanitaires (VIH-SIDA) et politiques (l'effondrement du Bloc communiste) sérieuses dans les pays pauvres et émergents, une nouvelle réflexion est entamée au cours des années 2000. Cette réflexion engage notamment la Banque Mondiale (BM) et l'OMS, et conduit en 2006 à l'émergence de la notion de Couverture Santé Universelle (CSU), concept réaffirmé en 2010 et 2013 par l'OMS comme moyen d'atteindre la santé pour tous. La CSU a

ainsi été définie comme un accès pour tous “sans discrimination, à certains services de santé (décidés à échelle nationale) de base nécessaires en matière de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation, ainsi que de médicaments essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateurs à des difficultés financières, l'accent étant mis en particulier sur les populations pauvres, vulnérables et marginalisés” (Assemblée des Nations Unies, 2006). Le principe de non-discrimination dans l'accès aux soins est donc réaffirmé, voire approfondit par l'introduction de la notion d'équité, tout en appuyant l'aspect financier que revêt la CSU. Si cet aspect est aussi central, c'est que les dépenses de santé peuvent s'avérer potentiellement catastrophiques, et facteurs de pauvreté. Lutter contre la pauvreté (notamment la pauvreté extrême) consiste alors à lutter contre les dépenses excessives de santé (Sachs, 2005), ce qui explique le soutien de la BM à la CSU dans le cadre des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM). La CSU va par la suite être identifiée comme un moyen d'atteindre la santé pour tous et le bien-être, positionné comme l'une des cibles¹ des Objectifs de Développement Durable (ODD) en 2015. Ce retour historique nous donne ainsi à voir l'avancée des réflexions concernant les services de soins et la santé, tout en permettant de voir les changements de paradigme amorcés au fil des années. De ce fait, si Alma-Ata en 1978 consacrait l'État comme responsable de la santé des populations et pourvoyeur de soins, les années 1990 ont vu la logique marchande de la santé prendre davantage de place. Différentes raisons à cela peuvent être avancées, avec l'introduction du principe de l'utilisateur-payeur dans les systèmes de soins ou la privatisation des services de santé (par exemple en Inde). Dans certains pays, cela a pu aussi venir de l'ouverture du secteur sanitaire à la logique de marché du fait de préconisations internationales et des politiques d'ajustement structurelles (PAS), afin de répondre à des crises économiques et financières pénalisant ces pays. Toutes ces raisons ont conduit à une marchandisation de la santé, avec un secteur privé intégré pleinement à la stratégie d'accès aux soins des États (Hernández-Álvarez et alii, 2020). Si des succès majeurs et des efforts importants ont été déployés pour atteindre les objectifs identifiés par ces traités et ces déclarations (notamment les ODM puis les ODD), certains États restent en-deçà des espérances placées en eux, et qu'ils ont pu eux-mêmes se fixer.

¹ La cible 3.8 (Nations Unies, 2015).

B. L'Inde : d'une politique de santé publique ambitieuse à l'indépendance, à un système de soins marqué par l'emprise du privé et les inégalités de santé :

L'Inde est l'un de ces pays, avec une politique de santé ambitieuse imaginée à l'indépendance du pays en 1947, sur la base des travaux du Comité Bhore de 1946. Celui-ci milite pour un système de soins public, porté par un investissement massif de la part du gouvernement central et géré par les États, dans le système fédéral qui caractérise l'Union Indienne. Le rapport Bhore insiste également sur l'importance de développer les soins préventifs et curatifs à toutes les échelles, et notamment les soins primaires dans les zones rurales. Enfin, le Comité recommande le développement de la formation des personnels soignants, sous la responsabilité du gouvernement. La compétence sanitaire à l'indépendance va être dévolue aux États de l'Union, avec un Gouvernement central qui répartit de manière égale ses financements, sans tenir compte des inégalités préexistantes dans les services de soins. L'État central en plus de fournir des financements œuvre principalement dans la recherche médicale et la prévention des maladies contagieuses, en laissant les États fédéraux s'occuper des infrastructures, des personnels soignants et des services de soins. La Constitution statue ainsi que les États sont responsables de "la santé publique, l'assainissement, les hôpitaux et les dispensaires". Le gouvernement central par le biais des compétences partagées établie dans la Constitution va s'imposer comme un acteur clef en santé publique. Son intervention va ainsi aller de la construction d'infrastructures à la lutte contre les maladies contagieuses, mais aussi en intervenant dans la formation des professionnels de soins ou encore dans les politiques de planning familial. Cet interventionnisme de l'échelon central se retrouve d'ailleurs dans les grands plans qu'il impulse à partir des années 1950, et qui incluent des politiques de santé publique (Lefebvre, 2011). Cela peut donc résulter en un enchevêtrement de compétences et de politique de soins, complexifiant les prérogatives liées à la santé en Inde. Suivant les préconisations du Comité Bhore, le premier gouvernement à l'indépendance investit dans la création de nouvelles infrastructures de soins ou en renforçant celles préexistantes, de manière structurée et pyramidale afin de permettre un accès aux soins pour tous. Cependant, les années 1960 vont voir un basculement vers une logique de santé par objectifs plutôt que globale. Certaines problématiques de santé publique vont alors être posées comme prioritaires, aimantant tous les investissements, au détriment des structures de soins et du personnel soignant. Couplé par la suite à des investissements insuffisants (en 2018-2019, 2,3% du budget de l'Union alloué au Ministère de la Santé et bien-être de la famille (Ministry of Finance, 2019)) et en baisse,

puis à une privatisation toujours plus forte du système de soins dans le pays à partir des années 1980, la santé en Inde reste un domaine prioritaire des politiques publiques, d'où l'importance d'identifier les barrières entravant l'accès aux soins des Indiens, et d'identifier des pistes d'action à investir.

C'est dans cette logique que certains États ont décidé de mettre en place des politiques publiques, en partant du constat que tous les Indiens n'ont pas un accès à la santé égal, avec des inégalités fortes interétatiques, mais aussi intra-étatiques. Des différences territoriales sont ainsi lisibles, avec des inégalités d'accès aux soins entre les États du Nord et du Sud de l'Inde, ou entre les territoires ruraux et urbains de manière globale. Par exemple, si le Kerala compte 3,8 professionnels de santé pour 1 000 habitants (52% de population rurale), le Bihar lui n'en dénombre que 1 pour 1 000 habitants (89% de population rurale) (Etudes économiques de l'OCDE, 2014). Également, des inégalités socio-économiques fortes structurent l'organisation sociale du pays, que ce soit en termes de genre, de caste, de religion ou encore de revenu socioprofessionnel (Kumar, 2010). Ces différentes inégalités se cumulent, aggravant l'exclusion de l'accès aux droits de certaines populations. De ce fait, ces marqueurs territoriaux et sociaux structurent véritablement les logiques de pouvoir et d'accès aux droits en Inde, et se retrouvent dans l'accès à la santé.

En effet, différentes raisons de non-accès aux soins sont identifiées par les Indiens, avec notamment pour près de 47% d'entre eux la présence (ou plutôt l'absence) d'infrastructures de soins et de matériels adéquats comme responsable majeure de ce non-recours aux soins, avec comme autre raison mise en exergue la mauvaise qualité des soins (Lefebvre, 2011). Cela illustre donc bien la crise structurelle du système sanitaire indien, avec un parcours de soins en parallèle dépendant de la capacité financière du patient puisqu'il convient de noter qu'en Inde 80% des dépenses de santé sont pris en charge par les ménages (Seilan et alii, 2020). Ces frais à charge pour les patients (nommés Out-Of-Pocket Expenses, ou OOPE) poussent chaque année 50 millions de ménages dans la pauvreté (Zodpey et Farooqui, 2018). L'aspect financier apparaît donc comme l'une des principales barrières dans l'accès aux soins, avec un arbitrage pour certains foyers entre la santé et les dépenses courantes (nourriture notamment) se faisant au détriment des soins. Dans cette optique, la BM et l'OMS ont identifié l'accessibilité financière (et la lutte contre la pauvreté de manière annexe pour la BM) comme aspect central pour l'accès aux soins, ce qui a dirigé nombre de politiques publiques. L'une des manières de réduire les difficultés financières associées aux dépenses de santé passe par la mise en place d'assurance maladie. La manière de penser cette politique

publique et de la mettre en place peut alors permettre de réduire les dépenses de santé, et particulièrement pour “les populations pauvres, vulnérables et marginalisées”, répondant au souhait de l’ONU de 2006.

En Inde, différents programmes d’assurance maladie ont vu le jour dans cette optique. Certains n’ont pas attendu l’apparition du concept de CSU dans les années 2000 pour émerger, comme l’Employees State Insurance Scheme (ESIS) mis en place dès 1948 à destination des employés d’entreprises privées, ou encore le Central Government Health Scheme (CGHS), lancé en 1954 à destination des employés du gouvernement central. Également, en complément des programmes financés par les institutions publics, dès les années 1980 d’autres programmes assurantiels ont pu émerger en Inde, les Community Based Health Insurance (CBHI). Lancés à un niveau local dans différentes régions indiennes, ces programmes expérimentaux n’ont jamais pleinement réussi à se déployer, du fait d’un manque de soutien et d’investissement public suffisant. Ces échecs relatifs ont conduit à partir des années 1990 à une libéralisation du marché de l’assurance-santé, du fait notamment de la mise en place de la PAS qui a imposé une ouverture des services à la concurrence. Le marché de l’assurance-maladie s’est alors ouvert d’une part aux acteurs privés et d’autre part aux acteurs internationaux. Cependant, encore aujourd’hui la pénétration de ces assurances privées reste limitée à la population aisée du pays. De manière plus récente, l’État central a lancé le programme Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) en 2008, inspiré de plusieurs programmes d’assurance maladie locaux posés comme des réussites (dont le programme Aarogyasri en Andhra Pradesh). Le RSBY cible dans un premier temps les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, avant d’étendre le programme aux travailleurs du secteur informel. Ces dernières années, le gouvernement de Modi a aussi lancé le Ayushman Bharat Yojana (PM-Jay) en 2017, avec comme objectif affiché d’atteindre la CSU et de “ne laisser personne derrière ” (National Health Portal, 2019). Ce programme prend le relais du programme RSBY. Pendant la période d’activité du RSBY, face aux critiques dirigées contre ce dernier, certains États indiens ont pu faire le choix de lancer en parallèle leur propre programme d’assurance maladie, ou de poursuivre le développement de programmes impulsés avant l’apparition du programme RSBY.

C. La situation sanitaire de l'Andhra Pradesh, dans laquelle s'inscrit de programme Aarogyasri :

L'Andhra Pradesh fait ainsi partie de ces Etats ayant développé une réflexion sur l'amélioration de l'accès aux soins en s'affranchissant de l'Etat central, en mettant en place un programme d'assurance avant l'apparition du RSBY. Le programme d'assurance maladie Rajiv Gandhi Aarogyasri Community Health Insurance (RACHI), appelé plus communément Aarogyasri, a été impulsé dès 2007. À l'origine, ce programme a été mis en place dans trois districts défavorisés, les districts de Mahbubnagar, d'Anantapur et de Srikakulam, avant d'être étendu en 2008 à tous les districts d'Andhra Pradesh. Pour revenir sur la genèse ayant conduit à la mise en place de ce programme, il s'agit dans un premier temps de s'intéresser à la conceptualisation des politiques publiques. Kingdon a ainsi représenté la formalisation de ces dernières en amenant la notion de fenêtre d'opportunité politique (Kingdon, 1984). Dans ce modèle, trois courants interagissent afin d'expliquer par la suite la mise à l'agenda d'un problème public. Le premier courant est celui du problème, avec l'identification d'un problème de santé publique. Ensuite, le courant de la solution consiste en la préexistence d'outils ou de stratégies préexistantes et pouvant être mobilisés pour résoudre le problème rencontré. Enfin, le dernier courant renvoie au courant politique, avec des acteurs politiques se saisissant du problème. Pour finir, la mise à l'agenda ne peut se faire que si ces trois courants se rencontrent, et qu'une fenêtre d'opportunité politique s'ouvre. Cette fenêtre constitue un événement plaçant le problème sur le devant de la scène, le rendant incontournable. Il peut naître d'une mobilisation majeure de la population ou encore d'un rapport alarmant sur un problème donné. Bien souvent, cette fenêtre d'opportunité est ouverte par des "entrepreneurs politiques", soit des personnalités poussant pour sa mise à l'agenda. Dans le cas du programme Aarogyasri, le problème de santé publique ici consiste en un accès aux soins réduit pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, du fait de fortes contraintes financières. La solution envisagée va être la mise en place d'un programme d'assurance maladie, réduisant le reste à charge à payer par les patients. Enfin, les personnalités politiques se sont accordées de manière consensuelle sur la nécessité de faciliter l'accès aux soins des personnes ciblées par le programme, avec un premier ministre à l'époque, Y. S. Rajasekhara Reddy, ayant déjà mis en place auparavant un Trust prenant en charge les soins de santé de certains patients pauvres. Cependant, ce qui a enclenché la mise en place du programme Aarogyasri tient surtout au contexte politique et social de 2007. Des manifestations pour permettre un accès aux soins pour tous sans restriction du fait du facteur financier ont lieu, provoquées par l'impossibilité de certains enfants nécessitant des interventions cardiaques d'y avoir recours. Face à la demande de l'opinion publique relayée

par les médias, et avec en arrière-plan les élections dans l'État en 2009, une fenêtre d'opportunité politique pour la prise en charge financière de certaines opérations coûteuses a pu s'ouvrir, avec une généralisation du Trust préexistant à toutes les personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Ce programme dès sa mise en place est particulièrement populaire (et le reste encore aujourd'hui), et n'a jamais été remis en cause par les partis d'opposition, malgré le coût induit. Le Secrétaire principal au Ministère de la Santé, de la Médecine et de la Famille PK Agarwal pose ainsi Aarogyasri comme une "protection sociale, en s'attaquant aux problèmes de santé qui sont à l'origine d'endettements et qui plongent souvent les gens dans une détresse financière et physique dévastatrice" (Yellaiah, 2013). Le constat ayant amené la mise en place du programme résonne donc avec le bilan fait par les Nations Unies en 2006. Cela a eu pour effet la création de l'un des programmes d'assurance maladie les plus ambitieux et innovateur en Inde, vu comme une réussite et répliqué dans plusieurs États indiens.

L'un des facteurs induisant un contexte favorable à la mise en place du programme est la combinaison du développement historiquement plus fort des structures de soins dans le Sud de l'Inde avec des politiques sociales et de lutte contre la pauvreté ambitieuses, héritées de l'époque coloniale (Jeffery, 1988). Cela se retrouve dans l'Etat de l'Andhra Pradesh, avec une couverture en services de soins primaires par les Primary Health Centres (PHCs), Sub-Centres, Community Health Centres (CHCs) plus élevée (de l'ordre de 5 927 habitants/établissement) qu'au Maharashtra (8 910 habitants/établissement), alors même que cet Etat voisin est plus développé économique. Cependant, si la couverture de structures de soins apparaît comme relativement dense en Andhra Pradesh, 500 PHCs et 400 CHCs supplémentaires seraient nécessaires pour avoir des services de soins en quantité suffisante, en se basant sur les recommandations de l'OMS de 2007 (Prasad, 2020). La structure de soins, théoriquement, s'organise de manière pyramidale, avec un premier accès aux soins par les Sub-Centres, avant d'avoir des services de soins plus complets avec les PHCs, puis les CHCs.

La densité importante de structures de soins en Andhra Pradesh, à l'échelle de l'Inde, mais aussi le contexte social et politique favorable expliquent le développement du programme et son enracinement au fil des années. Cependant, il convient de garder à l'esprit également le fait que l'Etat reste caractérisé, comme le reste des États indiens, par une déliquescence des structures de soins publics et par l'emprise toujours plus forte du secteur privé. Cette

importance du privé est particulièrement forte en Andhra Pradesh, due à différentes raisons. L'une d'elle est le surplus de personnels de soins apparu dans les années 1970, ayant conduit certains à s'établir dans le privé et d'autres à s'exiler. Par la suite, les personnes ayant émigré ont pu revenir dans le pays et s'installer eux aussi des établissements de soins privés, ou alors investir dans des cliniques privées. Une seconde raison expliquant cette importance du privé dans le secteur médical en Andhra Pradesh est le contexte économique particulier dans l'État à partir des années 1960. Ainsi, cette période avait vu l'émergence de la figure de l'entrepreneur-agriculteur détenteur de capitaux importants et d'une volonté d'investir dans l'éducation de leurs descendance. Un investissement majeur a alors été fait en direction des études de médecine, avant de par la suite financer l'installation de leurs enfants par la construction de cliniques privées. De ce fait, l'État de l'Andhra Pradesh se démarque donc en Inde comme l'un des États où le secteur de soins privé est le plus développé, avec des structures oscillant entre intérêt économique et sanitaire. Cela a comme conséquence une offre de soins moindre dans les territoires ruraux, exclusivement couverts par les structures publiques. Ainsi, le programme Aarogyasri compte 50 hôpitaux publics ruraux, 52 hôpitaux publics urbains, 389 hôpitaux privés urbains et aucun en territoire rural (Prasad, 2020). Si cette répartition ne prend en compte que les structures de soins Aarogyasri, elle n'en reste pas moins évocatrice de la répartition spatiale des hôpitaux dans l'État, et de l'influence d'une logique de profit sur la couverture sanitaire.

Enfin, nous pouvons nous pencher sur certaines des cibles de ODD en Andhra Pradesh. Nous pouvons ainsi prendre l'une des cibles des ODD consacrée à la mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui vise un taux mondial en dessous de 25 pour 1000 naissances vivantes (OMS, 2015). L'Andhra Pradesh affiche un taux à 41 pour 1000 naissances vivantes (NFHS-4, 2015-2016), mais si ce taux est supérieur aux recommandations de l'OMS, il reste inférieur au taux indien de 50 pour 1000 naissances vivantes. Cependant, de fortes disparités existent entre territoires ruraux et urbains dans l'État : la mortalité des enfants de moins de 5 ans est de près de 45% en zone rurale (pour 67% de la population en Andhra Pradesh), contre un taux de 29% en zone urbaine. En ce qui concerne la santé maternelle, des progrès restent également à faire. La mortalité maternelle en Andhra Pradesh et dans le Telangana se situe à respectivement à 3,2% et 3,1%, avec un taux de mortalité maternelle indien bien supérieur, à 6,5% (SRS, 2022). La mortalité des enfants de moins de 5 ans et la mortalité maternelle nous donne donc un aperçu de la position de l'Andhra Pradesh comme territoire relativement développé en matière de services de soins par rapport au reste de l'Inde, mais non exempte

des inégalités territoriales à l'œuvre sur tout le territoire national. Le programme Aarogyasri doit donc composer avec des structures de soins inégalement réparties sur le territoire et avec des indicateurs de santé parmi les meilleurs en Inde, mais en-deçà des espérances de l'OMS. Tout cela vient justifier l'existence du programme Aarogyasri qui vise à améliorer la santé des populations les plus vulnérables de l'Etat, par la mise en place d'une couverture santé visant à la réduction des inégalités d'accès aux soins, et notamment en termes financiers. L'objectif est ainsi l'accessibilité financière pour tous, en commençant par les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, et en ciblant les soins les plus onéreux. Cependant, afin de juger de l'effectivité du programme dans son objectif affiché, il convient de confronter la notion de CSU aux différents obstacles qui peuvent aussi influencer sur l'accès aux soins, et avec les différents déterminants de la santé.

D. Des barrières dans l'accès aux soins que nous pouvons analyser au travers du prisme du Levesque Framework et du Cube de la CSU :

Ainsi, si l'accessibilité financière est identifiée comme la principale barrière à l'accès aux soins et se trouve au centre de la stratégie mise en place aux différentes échelles afin d'atteindre une CSU pour tous, elle ne doit pas occulter la pluralité des obstacles pouvant influencer le parcours de soins de l'individu. Ces barrières dans l'accès aux soins ont été formalisées dans le Levesque Framework, qui nous permet d'identifier au cours du parcours de soins (allant de l'apparition d'un besoin de prise en charge médicale aux conséquences de la prise en charge réalisée) les capacités que doit déployer l'individu dans l'accès aux soins (et les déterminants influençant celles-ci), mais aussi l'accessibilité plurielle des services au cours de ce parcours de soins (Levesque et alii, 2013). Les déterminants de santé des individus vont ainsi être multiples, intervenir aux différentes étapes du parcours de soin et sont cumulatives, comme le montre bien la catégorisation des déterminants de santé ci-dessous.

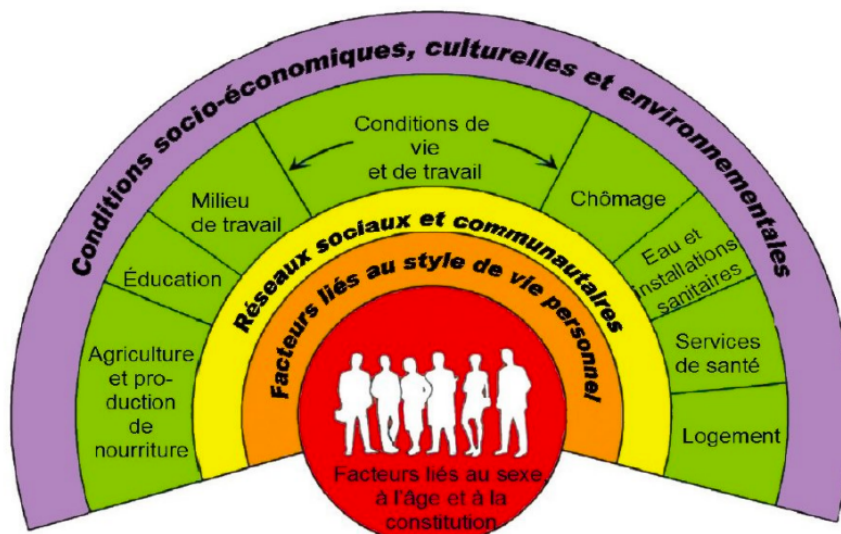


Figure 1 : Schéma des déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991).

Ces déterminants de santé incluent tant les déterminants socio-économiques que l'environnement, la culture et l'environnement politique et institutionnel. La santé est alors à comprendre comme un construit issu de l'addition cumulative des différents déterminants de santé, induisant un rapport propre à chacun à la santé et un accès aux soins différent selon chacun : si les conditions de vie influencent fortement l'accès aux soins et la santé de l'individu, au sein d'une même famille présentant les mêmes conditions d'existence des différences se feront ressentir. Elles peuvent être dues au genre, à l'âge, à l'éducation reçue ou encore à l'influence des pairs. Ces déterminants s'additionnent, tout comme les inégalités qu'ils induisent, comme la schématisation de ces déterminants le laissent bien à voir. Une intersectionnalité² de ces déterminants peut alors aggraver la problématique de l'accès aux soins, par exemple le fait de vivre en territoire rural loin des services de soins, d'être une personne à mobilité réduite et de ne pas avoir le capital (social et économique) facilitant le transport vers les services hospitaliers urbains. Le Levesque Framework permet de donner à voir de manière linéaire ces déterminants de santé, institutionnels et personnels, et présente de manière visuelle les différents freins et barrières pouvant intervenir au cours du parcours de soins. Différents types d'accessibilité vont être identifiés par son auteur, mis en parallèle avec diverses capacités des individus à atteindre ces services de soins.

² La notion d'intersectionnalité a été introduite en 1989 par Crenshaw, montrant les exclusions multiples et cumulatives que certains peuvent expérimenter du fait de leur appartenance à plusieurs groupes sociaux discriminés. En plus d'exclusion, dans la lutte pour l'accès aux droits cela peut aussi invisibiliser ces personnes.

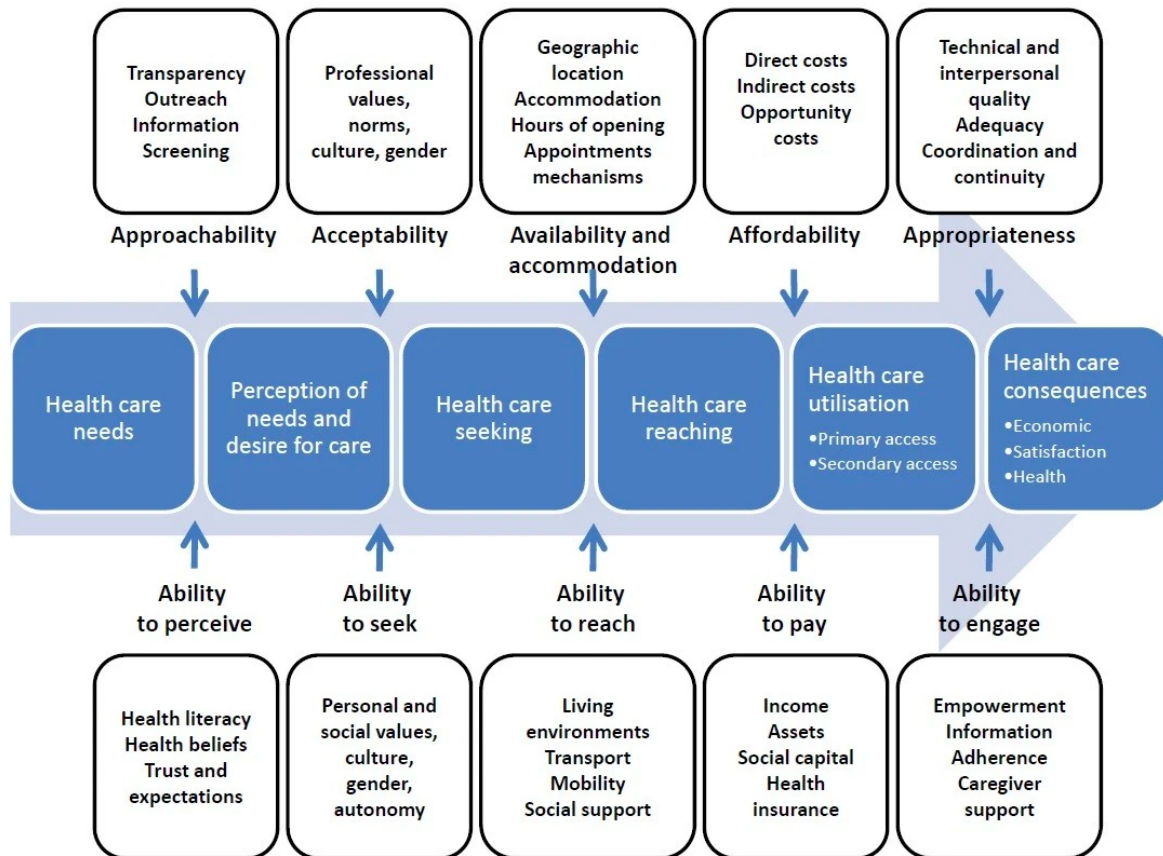


Figure 2 : Levesque Framework (Levesque et alii, 2013).

Face à la pluralité des freins dans l'accès aux soins et à la complexité de chercher à travailler sur chacun d'entre eux du fait de l'effet cumulatif des déterminants de la santé, des priorités ont été fixées pour faciliter la mise en place d'une couverture sanitaire pour tous. Cela se traduit dans les politiques publiques, avec un travail concentré sur certains types d'accessibilité. C'est particulièrement le cas pour l'accessibilité physique et financière, avec dès 2006 dans la définition de la CSU une emphase placée sur le fait de supprimer les barrières constituées par l'impossibilité de payer ses soins. Cela se retrouve également dans la conceptualisation graphique de la CSU, sous forme de Cube.

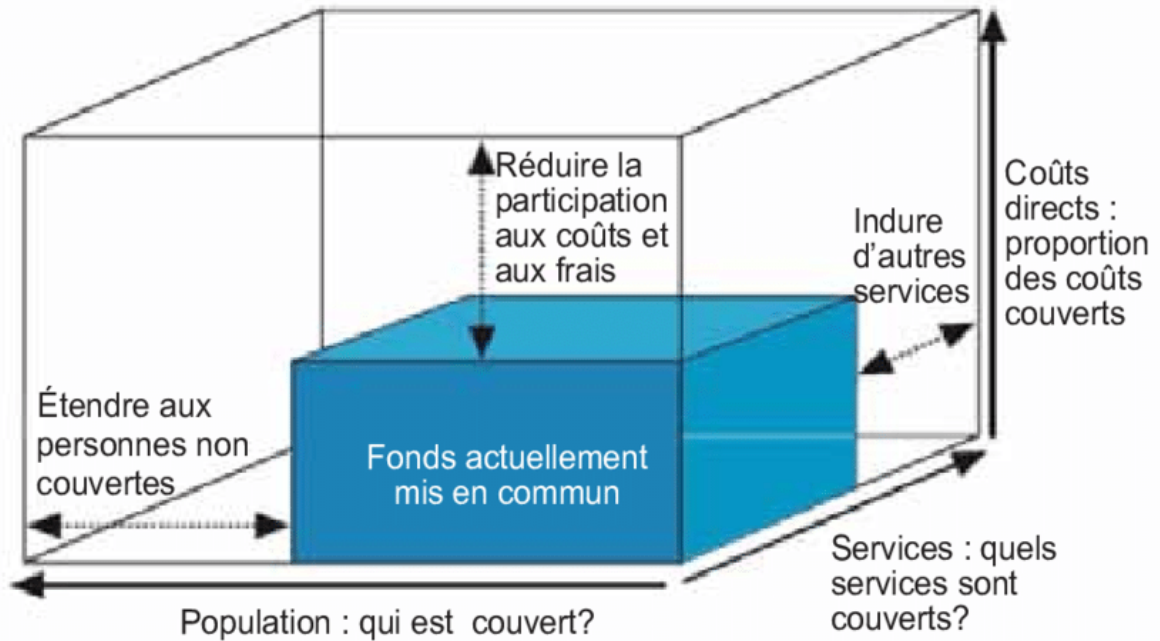


Figure 3 : Cube de la Couverture Santé Universelle (OMS, 2010).

3 axes sont renseignés sur ce Cube, afin de permettre de situer chaque système de soins : un axe populationnel, un autre renseignant les services inclus et enfin un dernier mentionnant les coûts pris en charge. Confronter son service de soins à ce Cube permet ainsi de voir à un niveau global de quelle manière l'accès aux soins peut être amélioré, et par quels leviers. En parallèle, étudier son modèle sanitaire à l'aune du Levesque Framework aide à identifier les barrières persistantes à une couverture santé efficace, de par une étude macro et micro des freins persistants.

Cependant, le Cube de la CSU laisse de côté l'une des dimensions centrales à laquelle doit parvenir la CSU, à savoir le fait que celle-ci doit travailler de manière approfondie sur l'égalité des chances, en considérant davantage l'accès aux soins pour les personnes précaires, marginalisées et vulnérables. Également, la CSU donne une vision figée du système de soins étudié, tout en n'abordant pas la question de la qualité des services. Toutes ces limites ont mené à repenser le Cube, en mettant au centre des préoccupations du nouveau Cube, le "Cube flottant", la notion d'équité dans l'accès aux soins, mais aussi en appuyant la nécessité de prendre en compte la dynamique politique et économique à l'origine de la mise en place du système de soins étudié (Soors et alii, 2016). Le Cube flottant prend ainsi en compte tant la conceptualisation institutionnelle ayant mené à la mise en place de la politique publique, que les pratiques de cette dernière. L'analyse conceptuelle du Cube flottant peut alors être appuyée dans son étude par la théorie des courants conduisant à l'émergence de politique publique de

Kingdon. Enfin, l'organisation des soins et la mise en œuvre en pratique de ceux-ci doivent être confrontés aux services pris en charge au sein du service de soins couvert par la CSU, afin de permettre de voir si en pratique les services de soins sont bien accessibles (Soors et alii, 2016). Tout cela donne donc un nouveau Cube "augmenté", le Cube flottant. Ce dernier rend ainsi mieux compte de ce qu'est la CSU, et est un outil plus pointu pour étudier les services de soins visant la CSU.

En effet, par l'introduction de la notion d'équité en santé le Cube flottant rend mieux compte de l'objectif de la CSU de permettre un accès aux soins à tous, sans discrimination. De ce fait, si l'égalité donne à tous un même accès aux services, sans discrimination, l'équité va elle différencier l'accès aux services afin d'atteindre un niveau égal entre les groupes populationnels, et amoindrir les inégalités à l'œuvre dans la société. Cette notion est notamment issue du concept de justice sociale développé par Rawls. Ce dernier pose ainsi les inégalités comme justes, si et seulement si elles profitent aux plus démunis, afin de permettre à chacun d'avoir un même accès aux droits et aux services (Rawls, 1971). Cela renvoie à l'idée d'égalité des chances, dans une optique de "rattrapage" permise notamment par les politiques publiques par le biais de la discrimination positive, afin de compenser les inégalités des chances de départ. Cela fait d'ailleurs écho à la théorie des Capabilities de Sen, qui oppose liberté formelle et liberté réelle (Sen, 1980). Ici, si les soins sont accessibles à tous en principe, puisqu'ils ne sont pas réservés à une partie de la population, dans les faits une large part de celle-ci peut se voir exclue de l'accès aux soins. Cela peut être dû aux capacités personnelles que présente le Levesque Framework, mais aussi aux barrières issues de l'accessibilité plurielle induite par le système de soins. Le Levesque Framework exprime donc toute sa pertinence ici en se confrontant à la notion d'équité, qui se doit d'être au cœur des préoccupations des décideurs politiques lors de la formalisation des services de soins. Cela peut alors créer une tension entre soucis d'universalisme et de non-discrimination dans la mise en œuvre des politiques publiques (en donnant à tous autant), ou choix de mettre en place des politiques de discrimination politique ciblant en général certaines parties de la population. Pour finir, il s'agit de rappeler que la CSU dans sa définition de 2006 introduit ainsi la possibilité de différencier les politiques publiques permettant d'atteindre l'accès aux soins pour tous en se concentrant davantage sur certaines parts de la population.

De ce fait, comme avancé précédemment, le Levesque Framework et la CSU (par le biais notamment du Cube flottant) peuvent être des outils intéressants pour appuyer l'étude d'un système de soins. Cela peut alors mettre en valeur les manquements du programme de soins passé en revue, afin de pouvoir formaliser des axes d'action et d'approfondissement de l'action publique menée. Le programme d'assurance maladie Aarogyasri se prête ainsi bien à cette étude, en étant considéré comme l'un des programmes indiens les plus aboutis afin d'atteindre in fine la CSU. L'objectif principal du programme étant donc la CSU, cela semble aller de soi de confronter celui-ci au Cube de la CSU afin d'initier notre analyse du programme en l'analysant de manière globale.

E. Présentation du programme Aarogyasri en Andhra Pradesh : la réponse à un besoin en santé publique, avec une assurance maladie inclusive et centrée sur le curatif :

Le programme a comme cible principale les foyers vivant sous le seuil de pauvreté³, ce qui représente près de 80% de la population de l'État (Rao et alii, 2014), mais étendu aussi à d'autres bénéficiaires⁴. L'inclusion dans le programme se fait de manière automatique, afin de réduire les freins dans l'accès aux soins par le biais du programme, mais aussi afin de rendre cette quasi-universalité du programme effective. En se rapportant au Cube de la CSU, la part de la population non-couverte est donc marginale et ne devrait, à priori, ne concerner que la part de la population de l'État la plus aisée. Dans le cadre des soins pris en charge, nous retrouvons cette volonté d'aller vers une CSU dans l'État, avec des soins passés de 166 en 2007 à 938 en 2012 (Rao et alii, 2014), et en constante augmentation. Les procédures et thérapies prises en charge couvrent ainsi 29 spécialités, dont la cancérologie, la cardiologie ou encore les questions de polytraumatismes, en étant centrées sur les soins tertiaires et sur le curatif. De plus, des "Health camps" sont réalisés dans les villages par les hôpitaux inclus dans le programme, afin de réaliser des consultations gratuites permettant une détection plus précoce des pathologies potentielles, et rediriger les individus vers les services de soins adéquats. En parallèle de cela, le transport vers les hôpitaux est pris en charge (service d'ambulance gratuite 108), et un service de centre d'appels fournissant des conseils médicaux est géré par le Trust chargé du programme (Help Line 104). Entre le 1^{er} avril 2007 et le 20

³ L'Andhra Pradesh est caractérisé par un seuil de pauvreté haut, fixé à Rs.60000 en zone rurale et Rs.75000 en zone urbaine, d'où l'importance du nombre de foyers sous le seuil de pauvreté dans l'État et donc de facto le nombre de foyers éligible à la couverture permise par le programme Aarogyasri.

⁴ Les personnes possédant les cartes suivantes : Annapurna card, Anthyodaya Anna Yojana card et Journalist card.

janvier 2013, dans le cadre d'Aarogyasri, près de 36000 Health camps ont ainsi eu lieu dans les villages, avec près de 6,6 millions de personnes ayant pu bénéficier d'un examen médical (Reddy et alii, 2013). Les soins pris en charge sont en grande majorité dans le cadre du programme les soins hospitaliers, puisque particulièrement coûteux et inaccessibles pour nombre d'individus au sein de la population. En se rapportant au Levesque Framework, nous voyons donc bien que la principale barrière que cherche à mitiger le programme Aarogyasri est l'accessibilité financière, en travaillant aussi à l'accessibilité physique en déclinant des services médicaux diagnostic de proximité par le biais des Health Camp et du service d'appel téléphonique. Enfin, en termes de coûts couverts par le programme, la couverture par l'État des frais engendrés dans le cadre de ce programme est à hauteur de 200 000⁵ Rs. par année et par famille, et un premium pour chaque famille à la charge de l'État à hauteur cette fois-ci de 200 Rs. par an. La limite pour chaque famille dans le cadre d'Aarogyasri est de cinq membres, en laissant chaque famille libre de faire l'arbitrage. Laisser ce libre-arbitrage dans l'utilisation du programme pose ainsi un risque pour la pérennité de l'assurance maladie, avec la possibilité de se retrouver dans une situation de sélection adverse et d'avoir au sein des familles renseignées comme bénéficiaires majoritairement des personnes considérées comme susceptibles d'avoir besoin de soins médicaux et en mauvaise santé (Mathevet, 2021). Or, le principe de l'assurance maladie repose sur un partage du risque, avec un panel de bénéficiaires plus ou moins susceptible d'avoir recours aux services de soins, afin d'équilibrer les coûts entre dépenses engendrées et apport monétaire pour être inclus dans le programme. Si ce risque perdure donc dans le cadre du programme Aarogyasri, le fait que l'État fournisse la couverture maladie et que celle-ci soit automatique réduit cette possibilité.

A partir de cet état des lieux réalisé à l'aide du Cube de la CSU, nous pouvons émettre différentes remarques préliminaires. Tout d'abord, Aarogyasri cible la population la plus vulnérable aux "health shock"⁶, avec comme bénéficiaires principaux les personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Le programme se rapproche donc d'une politique publique de discrimination positive, en fournissant un soutien financier aux ménages précaires afin de leur faciliter l'accessibilité financière vis-à-vis des services de soins. Cependant, différents questionnements émergent quant à ce choix, de par notamment l'attribution de la carte reconnaissant le statut à la famille de BPL⁷ (risques d'attribution sous la pression de foyers

⁵ Ce qui équivaut à plus de 2 508,54€ de frais couverts, taux de change septembre 2022.

⁶ Les "health shocks" sont considérés comme la première cause dans les pays en développement du basculement des foyers dans la pauvreté (Krishna, 2007).

⁷ BPL : Below the Poverty Line.

ayant de l'influence) (Prasad, 2020), conduisant elle-même automatiquement à l'inclusion dans le programme⁸. Également, les foyers vivant sous le seuil de pauvreté comprenant 80% des habitants de l'Etat (chiffres variant entre 80 et 95% en fonction des sources), le programme paraît hésiter entre universalisme et discrimination positive, ce qui pose la question de l'efficacité de son ciblage. Enfin, si le programme s'inscrit dans la logique des Nations Unies de lutter contre les OOPÉ pour faciliter l'accès aux soins, la question se pose de la pertinence des actes ciblés. Ceux-ci concernent majoritairement les soins hospitaliers coûteux mais plus rares en termes de recours aux soins, interrogeant donc sur le bénéfice réel d'Aarogyasri pour la population.

Pour aller plus loin dans cette analyse, passer le programme au crible du Cube flottant de la CSU nous permet de le confronter cette fois à la notion d'équité, centrale lorsqu'un programme fait le choix de cibler une partie de sa population pour bénéficier d'une politique publique. Pour étudier l'effet du programme Aarogyasri, il ne suffit alors plus de regarder dans son ensemble si le programme a été utilisé et dans quelle proportion. Il s'agit ici de décrypter par qui Aarogyasri a été utilisé et de quelle manière. En effet, comme nous avons pu le voir auparavant, les déterminants de santé (et les inégalités induites) sont multiples et cumulatifs. Ainsi, l'une des inégalités structurantes dans l'accès aux droits en Inde, qui attire tous les regards et toutes les politiques publiques, est la caste. Celle-ci va voir la majorité des politiques de discrimination positive lui être dédiées (Somanathan, 2008), à la faveur de la lutte contre toute forme d'inégalité et de discrimination inscrite dans la Constitution (articles 15 et 16). Cependant, cela ne doit pas occulter le fait que d'autres inégalités structurent la société et l'accès aux droits, dont le genre. De ce fait, en Inde, les inégalités dans leur ensemble restent importantes et varient selon les États, et au sein même de ceux-ci. C'est le cas des inégalités de genre, qui si elles sont un facteur d'inégalité sociale, elles se doivent d'être mises en perspective avec les inégalités de classe, de caste et d'origine géographique dans une logique intersectionnelle et cumulative (Marius, 2016).

Différents indicateurs viennent ainsi mettre en valeur ces inégalités entre les hommes et les femmes en Inde. Amartya Sen avait introduit dès les années 1990 une réflexion sur la question, en montrant que le phénomène des "Missing Women"⁹ était particulièrement important dans le pays, du fait notamment des normes et valeurs, mais aussi de la politique de

⁸ Une hausse des foyers BPL a pu ainsi être constatée à la suite de la mise en place de programmes d'assurance maladie fonctionnant sur le même modèle d'attribution (programme d'activité d'Aarogyasri, 2009-2010).

⁹ Ce "manque de femmes" est estimé à partir du nombre de femmes présentes dans une société donnée, en comparaison avec le nombre de femmes que devrait compter la société.

planning familial indienne (Sen, 1990). Or, ce fait n'a pas évolué depuis avec un déséquilibre homme-femme persistant dans le pays, traduit par le sex-ratio suivant : pour 1000 hommes, l'Inde présente 940 femmes (Census of India, 2011). A l'échelle de la population, pour parvenir à une population égale entre les hommes et les femmes en 2011, 38 millions de femmes manquent en Inde (Marius, 2016). Le sex-ratio normal étant de 1050 femmes pour 1000 hommes, l'Inde fait figure de mauvaise élève à échelle mondiale. Différentes explications peuvent être avancées pour justifier cette différence, dont la surmasculinisation des naissances et la surmortalité féminine (Marius, 2016). Chasles avance aussi comme explication au déficit de femmes, en plus des avortements sélectifs en faveur des garçons et de la surmortalité féminine, la mortalité maternelle (Chasles, 2009). Pour revenir sur la surmortalité féminine, celle-ci est particulièrement prégnante dans la petite enfance, alors même que "en théorie, les filles sont biologiquement plus résistantes que les garçons" (Chasles, 2009). Ainsi, Chasles met en parallèle cette théorie avec les chiffres de la mortalité infantile de 2005, une fois et demie plus importante pour les filles que pour les garçons. Elle assimile cela à un "infanticide lent ou passif", soit le fait d'accorder des traitements différentiels aux enfants, dont un moindre recours médical pour les petites filles, une moindre vaccination, un moindre apport nutritionnel ou encore un recours à l'allaitement plus bref (Chasles, 2009). De ce fait, en 2005 l'Enquête nationale sur la santé familiale montrait que le taux de vaccination pour les enfants de 2 ans était de 41,7% pour les filles contre 45,3% pour les garçons, ce qui appuie les propos tenus par la chercheuse. L'autre explication de la surmortalité féminine mise en valeur par Chasles (qui prend d'ailleurs comme cas d'étude l'Andhra Pradesh) est due à la mortalité maternelle, avec des raisons inhérentes à la grossesse et à ses complications (hémorragies, avortements dans de mauvaises conditions), mais peut-être due aussi à des raisons périphériques illustratives de la déconsidération sociale des femmes (anémie, carences nutritionnelles venant de l'enfance, pratiques sociales telles que les grossesses précoces et rapprochées). Une inégalité de genre est donc lisible ici tant au niveau populationnel avec un déséquilibre entre le nombre d'hommes et de femmes, mais également dans les raisons induisant ce déséquilibre. Le traitement différencié des deux genres s'explique par les normes et les valeurs à l'œuvre dans la société, et se traduit dans les comportements. Cela induit ensuite un différentiel sanitaire, résultant in fine en une surmortalité féminine dès le plus jeune âge. D'autres facteurs influencent aussi cette différence dans la santé des hommes et des femmes en Inde, dont l'importance cruciale de l'éducation (Prinja, 2017 ; Banerjee et alii, 2013) et de la mobilité territoriale variable selon le genre (Marius, 2016).

L'Inde ne présente donc pas une situation homogène, comme nous le montre le cas de l'Andhra Pradesh. Dans cet État, le nombre de femmes était ainsi d'environ 42,1 millions en 2011, pour 42,4 millions d'hommes. Le déséquilibre entre les hommes et les femmes est bien moindre qu'à l'échelle de l'Inde. En plus de cela, le sex-ratio est de 993 femmes pour 1000 hommes (3^{ème} État après le Kerala et le Tamil-Nadu) en 2011. Cependant, en parallèle le sex-ratio juvénile s'est lui abaissé en 2011, de 939 filles pour 1000 garçons, avec une baisse de 22 points de cet indicateur depuis 2001 (Census of India, 2011). Si l'Andhra Pradesh présente une situation favorable en Inde avec des inégalités numériques genrées moins marquées que dans d'autres territoires, l'évolution négative du sex-ratio juvénile invite à la vigilance sur ce point.

F. L'accès aux soins différencié en fonction du genre en Andhra Pradesh et en Inde, état des lieux :

L'étude des inégalités genrées d'accès aux soins en Andhra Pradesh a déjà pu être faite par Virginie Chasles dans le district d'Anantapur, en mettant en valeur les restrictions spatiales contraignant l'accès aux soins des femmes et un accès aux soins faisant écho des inégalités dans l'accès aux droits globalement en Inde pour les femmes (Chasles, 2009). Venir étudier à l'échelle de l'État ces inégalités d'accès aux soins pour les femmes, dans une logique territoriale, permettrait alors de prolonger les travaux de Chasles. Ce serait d'autant plus pertinent que l'état des lieux de la recherche sur les inégalités de genre nous permet de voir que le champ de la recherche portant sur les violences liées au corps a été exploré (Kapadia, 2002) de longue date, mais que sensiblement moins d'études portent sur les inégalités de genre en lien avec l'appropriation et l'utilisation de l'espace. Les recherches portant sur ce thème sont ainsi plus récentes et moins nombreuses (Chasles, 2008 ; Guilmo, 2010). Or, le rapport à l'espace conditionne l'accès aux soins, d'autant plus lorsque les structures de soins ne se répartissent pas de manière égale sur le territoire étudié. A l'échelle de l'Andhra Pradesh, le programme Aarogyasri nous fournit des données pour l'accès aux soins de ses bénéficiaires, hommes et femmes. L'objectif du programme est de faciliter l'accès aux soins de ses bénéficiaires les plus précaires en tâchant de lever la barrière financière empêchant nombre de personnes d'accéder aux soins. En plus de cela, le programme cherche à réduire le frein représenté par l'accessibilité physique de par les services d'ambulance et de conseils médicaux par téléphone. Si Aarogyasri cible une partie de

la population de l'Andhra Pradesh (il s'agit cependant plus d'une exclusion des plus aisés que d'un ciblage des plus précaires du fait du pourcentage de personnes incluses), au sein du programme l'accès aux soins se fait sans différence en fonction du genre, de la caste, de la religion ou même de l'âge. Dans le prolongement des travaux de Virginie Chasles, il peut alors être intéressant à l'aide des données fournies par le programme Aarogyasri d'étudier l'accès aux soins, notamment en fonction du genre, afin de voir si des inégalités émergent dans l'utilisation des services.

En effet, comme nous avons pu le voir auparavant, les inégalités entre les hommes et les femmes dans l'utilisation des services de santé concernent aussi l'accessibilité spatiale, plus limitée pour les femmes. Cela influe leur fréquentation des structures de soins, alors même que les structures hospitalières tendent à être concentrées dans les grandes villes, en particulier à Hyderabad, perçue comme une *medicity* à l'échelle de l'Inde. La mobilité des femmes pour l'accès aux services de santé étant plus réduite que celle des hommes, et ces services étant inégalement répartis à échelle territoriale, est-ce qu'en Andhra Pradesh ces inégalités se vérifie dans le cadre du programme Aarogyasri, alors même que ce dernier est censé lever les barrières économiques, physiques, ou les problèmes de littératie en santé. Est-ce que le programme réussit à résorber/réduire ces inégalités ?

Sous-questions de recherche explorées :

- Est-ce que ces inégalités entre hommes et femmes existent pour toutes les thérapies ?
- Est-ce que ces inégalités hommes-femmes existent dans toutes les catégories d'âge ?
- Est-ce que ces inégalités genrées existent et sont similaires parmi les castes ?
- Est-ce que le fait de vivre dans des zones particulièrement éloignées des services accentue les inégalités hommes-femmes ?
- Est-ce que la durée du séjour est similaire entre les hommes et les femmes, et spécifique à certaines catégories d'acte ?

Méthode

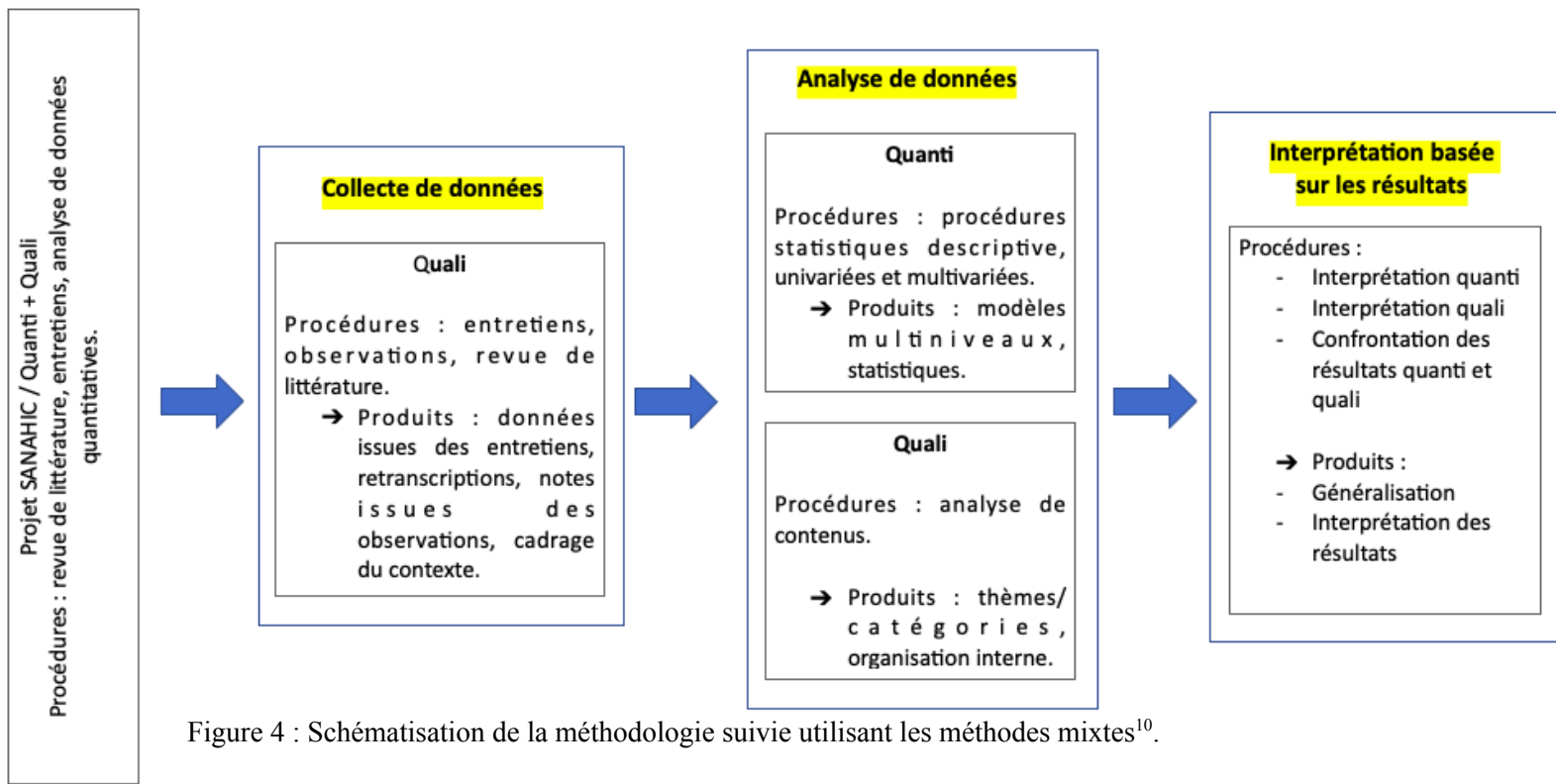


Figure 4 : Schématisation de la méthodologie suivie utilisant les méthodes mixtes¹⁰.

A. La revue de littérature comme point de départ :

Pour répondre à ces questionnements, différentes étapes ont jalonné cette étude, en commençant par une revue de littérature, avant d'entrecroiser recherche quantitative et qualitative.

Dans un premier temps, une revue de littérature a été menée afin de mieux cerner le programme et la question de l'accès aux soins. Celle-ci s'est d'abord concentrée sur les potentielles barrières dans l'accès aux soins (notamment les inégalités), que ce soit de manière globale ou plus spécifiquement en Inde et en Andhra Pradesh. Afin de poser le contexte du programme Aarogyasri, se pencher sur la situation sanitaire mais aussi sociale et historique en Inde et en Andhra Pradesh a été un second axe d'étude. Par la suite, notre travail portant plus spécifiquement sur l'accès aux soins favorisé ou non par le programme d'assurance maladie Aarogyasri, nous avons réalisé un travail exploratoire sur les recherches portant sur ce dernier, mais aussi sur les programmes similaires en Inde. Pour finir sur notre revue de littérature, nous avons aussi fait le lien de l'accès aux soins avec le concept de CSU, mais aussi d'équité

¹⁰ Schématisation inspirée de l'article de Marie-Renée Guével et Jeanine Pommier, « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration », Figure 1.

et de justice sociale, ce qui a constitué l'une des lignes directrices de notre revue de littérature. La question du genre étant centrale dans notre analyse des données de remboursement du programme Aarogyasri, nous avons été amenées aussi à phosphorer autour de cette question. Pour réaliser cela, nous nous sommes appuyé sur les sites Google Scholar et Pubmed en grande majorité, en avançant ensuite par capillarité : lorsqu'un article, une revue ou un livre entrain dans notre étude et utilisait des travaux apportant une nouvelle perspective à notre sujet d'étude, nous incorporions alors ces travaux dans notre revue de littérature. Les mots clefs utilisés sont les suivants : CSU, équité, égalité, accès aux soins, systèmes d'assurance maladie en Inde, genre, santé, Aarogyasri et Andhra Pradesh.

B. L'analyse quantitative des données de remboursement du programme Aarogyasri en 2013 :

Par la suite, nous avons commencé à analyser les données quantitatives recueillies par Aarogyasri entre les années 2008 et 2013. Ce sont les données de remboursement des soins, portant sur les actes réalisés au sein du programme d'assurance maladie. Ces données ont ainsi été partagées sur le site internet du programme dans un souci de transparence et de lutte contre la corruption. Cela s'est fait autour des années 2013 et 2015, ces données ne sont cependant plus accessibles librement aujourd'hui. Il est important de noter aussi dans le droit indien l'absence d'équivalent au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), protégeant les données des patients dans le cadre de la santé, et l'accès à de telles données. Ces données sont cependant anonymisées. Nous avons aussi effectué uniquement un traitement agrégé des données de remboursement, à échelle globale mais aussi au niveau plus fin des sous-districts lors de notre analyse spatiale (appelés mandals).

Le choix a été fait de se concentrer sur l'année 2013, du fait d'une contrainte de temps, mais aussi parce que cette année nous a paru idéale pour étudier le programme. En effet, en 2013 le programme était étendu à tous les districts de l'Andhra Pradesh depuis 2008 et avait eu le temps de s'implanter sur le territoire et dans les pratiques. En plus de cela, la partition de l'Andhra Pradesh et du Telangana en 2014 a conduit à une duplication du programme dans les deux nouveaux Etats, et donc constitue un grand changement dans la gestion de ce dernier.

Les variables suivantes sont renseignées au sein d'Aarogyasri : le numéro de carte Aarogyasri et l'identifiant du numéro de carte, l'âge, le sexe, la caste, la catégorie de soins (avec le nom de celle-ci et l'identifiant de la catégorie), l'acte médical réalisé (nom et code), le lieu

d'origine du patient (village, mandal et district), la date et le montant de pré-authorisation de la demande d'acte médical, la date et le montant de la demande de remboursement pour l'acte, le nom de l'hôpital et son type (privé/public), la localisation de l'hôpital (village et district), la date de l'opération, la mortalité associée à l'opération et la date de la mort, et enfin par quel biais l'individu s'était présenté à l'hôpital. Dans ces variables, nous avons mis de côté certaines variables, notamment les identifiants de carte Aarogyasri, les codes médicaux pour les catégories de soins et d'actes médicaux, la mortalité recensée et le biais par lequel l'individu avait intégré le programme. Les données de remboursement ont ensuite été nettoyées avant tout traitement, en mettant notamment en conformité les dates renseignées, que ce soit pour les opérations ou les demandes de remboursement de l'acte médical. D'autres coquilles ont pu être identifiées également en ce qui concerne l'âge des patients, avec des personnes ayant atteint l'âge honorable de 140 ans. Nous avons fait le choix de fixer à 101 ans l'âge maximum. Pour finir, notre traitement du jeu de données nous a aussi conduit à reprendre les mandals des hôpitaux du programme, en confrontant ces derniers ensuite aux mandals des patients Aarogyasri pour s'assurer d'une correspondance orthographique. Un mandal est une unité administrative équivalente à un sous-district, entre les villes/villages et le district. Ils sont au nombre de 1128 en Andhra Pradesh (Census of India, 2011), et couvrent entre 35 000 et 55 000 individus (Vaddiraju, 2020). Cette échelle est donc relativement désagrégée, avec une équivalence dans le contexte français avec le canton. Dans le reste de l'Inde, le mandal est aussi connu sous le nom de tehsil, là aussi sous-district.

Après avoir nettoyé les données et pris connaissance du jeu de données, une première exploration de celles-ci et des variables en présence nous a permis de développer nos sous-questions de recherche, en lien avec la problématique de l'étude. Nous nous sommes alors concentré sur l'utilisation du programme en termes d'utilisation territoriale/spatiale par les utilisateurs, afin de voir si une distinction apparaît en fonction du genre, puis au sein des femmes. Deux logiciels nous ont aidé dans notre analyse, R Studio et Excel, afin d'effectuer des analyses descriptives univariées et multivariées, à même de décrire les utilisateurs du programme (genre, âge et caste), mais aussi l'utilisation de celui-ci (en termes de structures fréquentées, pour quels actes, à quel coût). Les variables étant très factuelles et descriptives, peu d'informations pouvant nous apporter des facteurs explicatifs étaient incluses dans la base de données (par exemple : pas de données sur l'état de santé des utilisateurs ou sur leurs revenus), ce qui auraient pu enrichir notre analyse. Également pour cette étude quantitative, Oliver-James Crook nous a apporté son aide. Il travaille au sein de l'IFP au sein du

département de géomatique et a pu nous appuyer sur l'analyse de l'utilisation spatiale du programme. Également, Bertrand Lefebvre ayant déjà travaillé avec une stagiaire par le passé sur le nettoyage des données, cela a pu nous faire gagner du temps. Son travail sur le calcul des distances entre la localisation d'origine des patients et leur lieu d'hospitalisation a aussi été un atout dans notre étude sur l'accès aux soins en fonction du genre.

C. La réalisation d'une semaine de terrain à Hyderabad :

Pour finir, nous avons eu l'opportunité de faire un terrain d'une semaine à Hyderabad. Grande métropole indienne de près de dix millions d'habitants, l'offre de soins y est importante et attire les patients de la région, y compris dans le cadre du programme (25% des actes remboursés en 2013). Ce terrain court devait permettre de confronter les résultats issus des données de remboursement quantitatives à la réalité sur le terrain, par la rencontre avec des chercheurs ayant travaillé sur le programme Aarogyasri, ainsi que des personnes ayant pu participer à la mise en place du programme. Nous avons ainsi identifié les chercheurs à l'aide des travaux étudiés lors de la revue de littérature, et en cherchant ceux qui seraient potentiellement toujours à Hyderabad aujourd'hui. La demande d'entretien a ensuite été faite par mail. Une majorité des chercheurs n'étaient plus sur place, peu ont répondu. Trois chercheurs ont pu être rencontrés, dont deux co-auteurs par vidéoconférence et un chercheur en présentiel à l'Université d'Hyderabad.

Nous avons aussi cherché à rencontrer des responsables du Aarogyasri Health Care Trust, qui administre le programme d'assurance maladie. Nos sollicitations, que ce soit par mail ou en présentiel, n'ont malheureusement pas abouti. Cela nous prive donc du point de vue des administrateurs du programme, sur l'accès aux soins permis par ce dernier.

Enfin, deux observations au sein d'hôpitaux prenant part au programme Aarogyasri ont pu être réalisées. Différents hôpitaux avaient été identifiés comme terrains d'observation potentiels. Ces derniers faisaient partie du programme Aarogyasri dès 2013, et quatre catégories d'hôpitaux avaient été identifiées. Des hôpitaux voyant plus de femmes que d'hommes dans le cadre du programme, dans le privé et dans le public, ou au contraire les hôpitaux dont la fréquentation par genre était la même, dans le privé et le public. Deux catégories d'actes médicaux nous ont alors servi de base pour identifier ces structures hospitalières : la chirurgie plastique, avec un nombre de femmes et d'hommes relativement proches (environ 1700 femmes pour 1530 hommes), et la chimiothérapie, avec ici des femmes

largement bénéficiaires de ce service (environ 22000 femmes pour 6000 hommes). Dans chaque cas, un hôpital privé et public se détachait en termes de fréquentation, ce qui en a fait nos terrains d'observation potentiels. Il s'agissait ainsi des hôpitaux Owaisi Hospital (privé) et du Osmania General Hospital (public) pour les chirurgies plastiques, et du MNJ hospital (public) et du Basavatarakam indo-american cancer hospital (privé) dans le cadre des chimiothérapies. L'un des chercheurs que nous avons rencontré, le Professeur Purendra Prasad, nous a aussi conseillé de solliciter le Nims hospital (public) et le STAR hospital (privé). Le Nims hospital se distingue par sa taille à Hyderabad . Le STAR hospital a été créé par la compagnie d'assurance ayant administré le programme Aarogyasri à sa création. Il est aujourd'hui l'un des principaux hôpitaux privés à Hyderabad. Le Nims hospital a cependant refusé toute demande d'entretien et d'observation. À l'hôpital STAR, la personne chargée du programme n'était pas présente lors de la semaine de terrain. Cependant, deux observations ont été menées, dans les hôpitaux identifiés pour leur part dans la chimiothérapie. Malheureusement donc, aucune observation dans les hôpitaux réalisant une grande part de chirurgie plastique n'a pu être faite.

Cette semaine de terrain a été instructive quant à la difficulté de réaliser des observations dans les structures hospitalières sur une période de temps aussi courte. Cela a été intéressant tout de même aussi pour pouvoir observer en pratique comment le programme est mis en oeuvre, même si le nombre d'hôpitaux visités ne nous permet pas d'avoir une vision représentative du fonctionnement en Andhra Pradesh ou même à Hyderabad, d'autant plus qu'ils s'agissaient d'hôpitaux spécialisés.

Résultats

Au cours de l'analyse quantitative des données de remboursement du programme Aarogyasri en 2013, différents résultats ont pu être récoltés, portant sur le profil d'utilisateurs dessiné par les soins consommés, mais aussi ce que l'utilisation des actes nous apprend sur l'accès aux soins. Comme ligne directrice, nous avons passé ces données au crible de la problématique de l'accès aux soins en fonction du genre.

A. Le profil d'utilisateurs dessiné par les actes d'Aarogyasri :

Le programme Aarogyasri a vocation à permettre un accès aux soins pour toutes les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, afin d'atteindre *in fine* la CSU. Nous avons donc pris le parti de nous pencher sur le profil des utilisateurs de cette assurance maladie, en se référant aux actes réalisés dans le cadre du programme, afin de découvrir si Aarogyasri permet de réduire les inégalités d'accès aux soins, et particulièrement pour les catégories populationnelles les plus discriminées dans l'accès aux soins. Un profil d'utilisateurs va se distinguer à travers une analyse statistique descriptive des remboursements de soins.

1. Une majorité des soins utilisés par les hommes :

Le programme Aarogyasri est utilisé en majorité par les hommes, en représentant 57,8% des actes au sein du programme, alors même que dans la population générale de l'Andhra Pradesh, l'écart de la proportion des hommes et des femmes dans la population est infime, puisqu'il n'est que de 50,2% au détriment des femmes (Census of India, 2011). Cette importance de la population masculine dans les actes d'Aarogyasri ne s'explique donc pas par une forte présence des hommes dans la population de l'Etat, ce qui questionne sur l'inégalité dans l'accès aux soins au sein du programme et sur la question de l'équité en santé.

2. Une répartition par âge inégale :

Cela nous amène à pousser plus loin notre étude de la caractérisation des bénéficiaires de cette assurance. Nous avons alors cherché à connaître la répartition par âge au sein du programme, en décomposant cette distribution et en y ajoutant la variable genre.

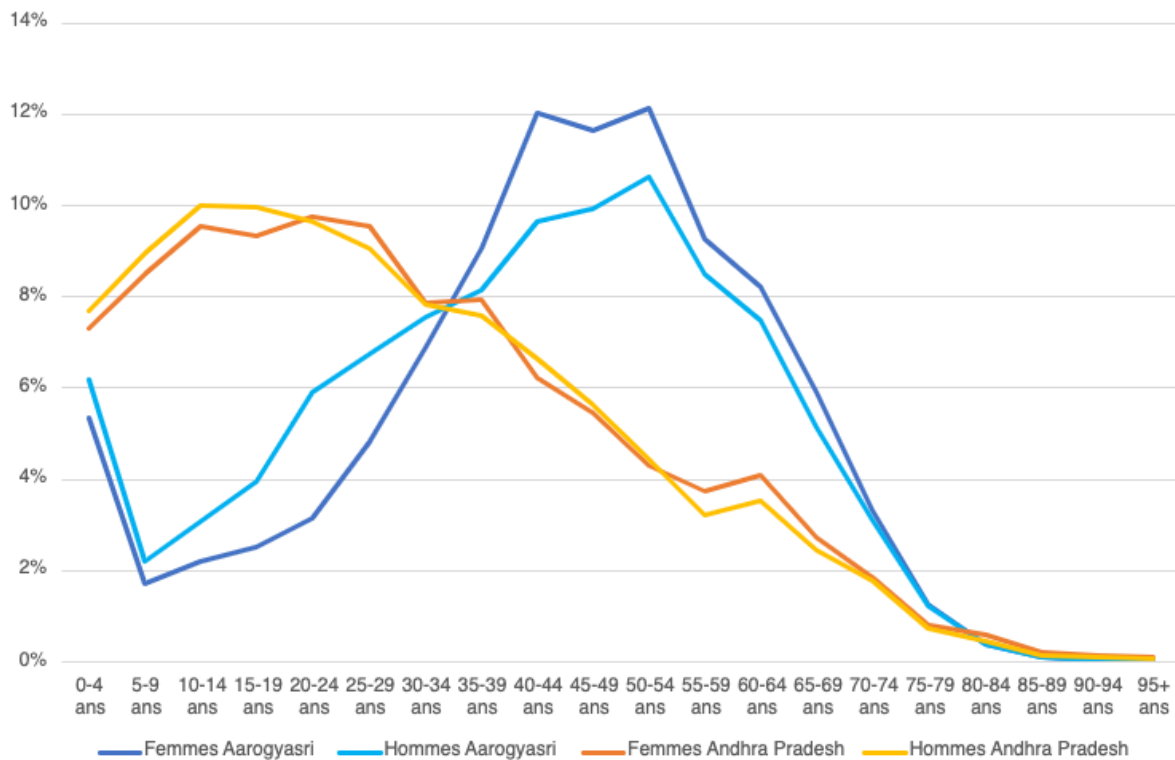


Figure 5 : Comparaison de la répartition par âge et par genre des actes réalisés dans le cadre du programme Aarogyasri et de la population générale de l'Andhra Pradesh (Aarogyasri data, 2013 ; Census of India, 2011).

a. Tendance globale :

De ce fait, au sein du programme la répartition par âge diffère grandement de celle de la population générale de l'Etat. Cette répartition de la population en Andhra Pradesh et des actes réalisés dans le cadre du programme se rejoint à 35 ans, avant de diverger radicalement de nouveau. Nous pouvons prendre cela comme repère pour étudier la représentation par âge au sein du programme, avant et après 35 ans. Ainsi, les personnes de moins de 35 ans représentent près de 62,5% de la population générale de l'Etat contre 31,8% des actes réalisés dans le programme Aarogyasri, avec une inversion en miroir ensuite. Il semble donc au regard de ces chiffres y avoir une surreprésentation dans l'accès aux soins pour les adultes, et particulièrement pour les adultes entre 35 et 60 ans.

Pour aller plus loin, nous avons cherché à voir si cette répartition est similaire au sein du programme Aarogyasri entre les femmes et les hommes. Tout d'abord, en comparant en valeur absolue la répartition des actes concernant les hommes et les femmes dans le programme Aarogyasri par âge, nous pouvons voir que celle-ci est constante, avec un

différentiel continu en faveur des hommes (compris entre 1,1 points pour la catégorie d'âge 40-44 ans et 2,6 points pour les personnes entre 20 et 24 ans)¹¹. Ce n'est pas le cas dans la population générale de Andhra Pradesh où ces deux courbes s'entrecroisent (cf Figure 5)¹², avec notamment plus de femmes que d'hommes à partir de 55 ans (ce qui ne se retrouve pas dans l'utilisation du programme).

b. Répartition genrée des actes au sein du programme, en comparaison avec la population en Andhra Pradesh :

Par la suite, nous avons alors pris le parti de comparer la répartition au sein des groupes femmes et hommes dans Aarogyasri, et femmes et hommes en Andhra Pradesh, afin de savoir si la distribution au sein de chaque groupe était la même, en termes de pourcentages.

Ce que nous apprend ce graphique est qu'il y a une sous-représentation du service avant 35 ans, particulièrement entre 0 et 19 ans, avec par exemple entre 5 ans et 9 ans près de 8% de différence entre la répartition au sein de la population générale et au sein du programme. Cette sous-utilisation du service est particulièrement marquée pour les femmes de cette catégorie d'âge, avec ensuite une utilisation en termes de part plus importante que celle des hommes jusqu'à 70 ans environ. Cette surreprésentation est particulièrement marquante entre 35 ans et 54 ans, avec entre 40 et 44 ans notamment une utilisation du service de près de 12% contre moins de 10% pour les hommes, et alors même que les femmes de l'Andhra Pradesh de 40 à 44 ans ne représentent qu'environ 6% des femmes de l'Etat toutes catégories d'âge confondues. L'utilisation du programme par les femmes est donc beaucoup plus hétérogène que celle des hommes avec une surutilisation du service par les femmes entre 40 et 60 ans, comme nous le montre l'écart important de la présence de femmes de cette classe d'âge dans le programme avec celle des hommes, et vis-à-vis de la répartition par âge des femmes en Andhra Pradesh.

Nous avons donc un programme qui est utilisé principalement par les adultes, et en particulier par les hommes adultes comme nous avons pu le voir par la répartition genrée des actes du programme. Cette répartition n'est pas justifiée par la division par âge de la population de l'Andhra Pradesh, mais par des choix des utilisateurs d'Aarogyasri. L'utilisation du programme dans les deux cas, hommes et femmes, augmente ainsi considérablement à partir de 20 ans avec un plateau entre 35 et 55 ans environ, et va décroître fortement ensuite.

¹¹ Annexe 1.

¹² Ibid.

Les femmes de 30 à 60 ans représentent ainsi près de 61% des actes des femmes utilisant le programme Aarogyasri, contre une part de 20% pour les femmes avant 30 ans et 19% pour les femmes après 60 ans. La répartition par âge est donc encore plus déséquilibrée pour les femmes que pour les hommes.

Pour confirmer cette analyse sur la répartition en termes d'âge et en fonction du genre, nous avons réalisé un test non-paramétrique de Wilcoxon afin de voir si la distribution de l'âge diffère bien en fonction du genre. Or, $p\text{-value} < 2.2e-16$ et sachant que le risque est fixé à 5%, $p\text{-value}$ est très en-dessous de ce taux. Nous pouvons donc rejeter H_0 et l'hypothèse de distribution similaire en termes d'âge, entre les actes des femmes et des hommes. Les actes utilisés par les femmes et les hommes ne se répartissent pas de manière similaire en termes d'âge.

3. Une répartition par caste différant peu de la répartition présente en Andhra Pradesh :

A l'échelle des Etats, la répartition de chacune des castes n'est pas révélée. Cependant, les Scheduled Castes (SC) et les Scheduled Tribes (ST) faisant l'objet de politiques de discrimination positive particulières, le pourcentage de personnes appartenant à ces catégories est connu (Jaffrelot, 2019). Appartenir aux SC et aux ST identifie les personnes de ces catégories comme nécessitant le plus d'aide de la part des institutions, dans une optique de compensation des discriminations sociales structurelles subies afin de tenter de rectifier cet état de fait. Il y a donc dans ces politiques une visée de justice sociale, afin de réduire des discriminations induisant des inégalités dans l'accès aux droits, notamment dans le droit à la santé. Or, le programme Aarogyasri ayant vocation à moyen terme d'atteindre la CSU, l'idée est bien dans le programme d'essayer d'atteindre les personnes les plus éloignées de l'accès aux soins. En vérité, des études ont pu montrer que si cette assurance maladie vise un accès à la santé pour tous, et notamment pour les personnes souffrant le plus d'une inégalité d'accès aux soins, ces inégalités perdurent au sein du programme avec des bénéficiaires surtout pour les usagers les plus éduqués et pour les castes les plus favorisés (Rao et alii, 2011 ; Fao et alii, 2012). Pour confirmer ou non les analyses réalisées précédemment, nous avons alors confronté la part des SC et des ST dans le programme Aarogyasri, et dans la population de l'Andhra Pradesh. Dans cet État, les SC sont ainsi près de 17% et les ST au nombre de 7% (Census of India, 2011). Cependant, dans le programme d'assurance maladie étudié, ces parts descendent à respectivement 14% et 4% des bénéficiaires, ce qui représente une légère sous-représentation des ST et des SC dans le programme.

Pour décrire davantage l'accès des SC et des ST à la santé, nous avons décidé de croiser les variables genre et caste, afin de voir si la sous-représentation des SC et des ST dans le programme assurantielle se retrouvait autant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, si dans les deux cas une sous-représentation des SC et des ST se retrouve, cette moindre présence de ces catégories sociales est plus forte chez les femmes.

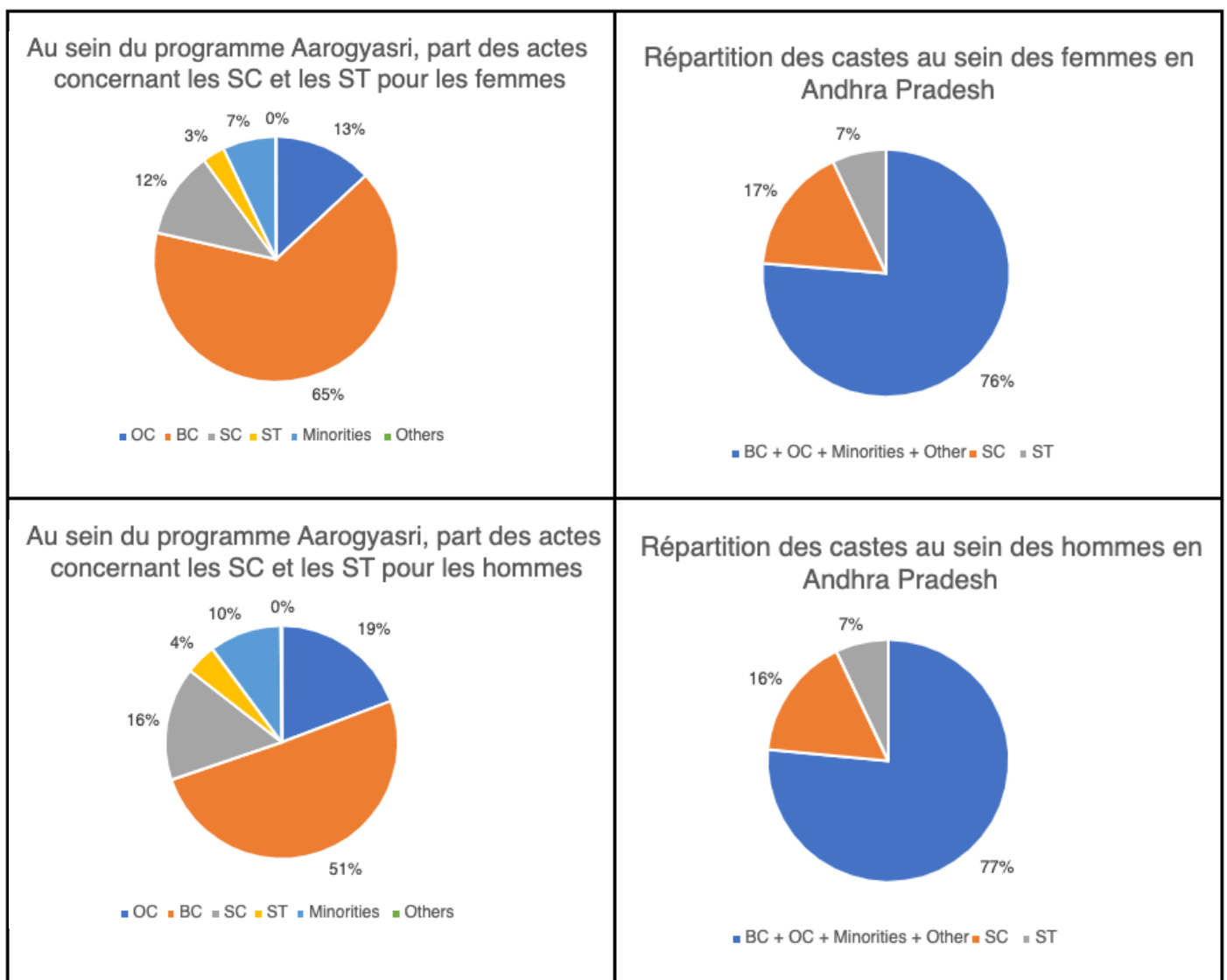


Figure 6 : Répartition des castes en Andhra Pradesh et au sein des actes du programme, en fonction du genre (Aarogyasri data, 2013 ; Census of India, 2011).

En effet, les hommes bénéficiaires du programme Aarogyasri sont à 16% issus des SC et à 4% des ST, alors même que parmi les hommes en Andhra Pradesh la proportion de SC était de 16% et les ST de 7%. Ici, ce sont les hommes tribaux qui sont sous-représentés dans le programme. Pour les femmes, elles sont à 12% issues des SC dans le programme, et à 3% des ST. Or, dans la population globale, les femmes venant des SC sont 17% et 7% à venir des ST.

De ce fait, ces données nous permettent de voir que si les ST présentent un accès aux soins moindre dans le cadre du programme Aarogyasri peu importe le genre, les SC nous offrent un visage plus contrasté. Les femmes issues des SC sont ainsi sous-représentées, ce qui semble prolonger l'inégalité d'accès aux soins dans le cadre du programme qui touche les femmes.

Aussi, en analysant la distance entre les mandals d'origine des usagers du programme et les structures hospitalières fréquentées, nous pouvons remarquer en se penchant sur les actes concernant les personnes issues des SC et des ST que les distances moyennes et médianes diffèrent. Les soins utilisés par les ST vont présenter une distance moyenne de 76,5 km et une médiane à 56,8 km, contre 65,7 km de moyenne et une médiane de 43,1 km pour les SC. Il y a donc une distance pour l'accès aux soins plus importante dans le cas des ST.

Au-delà de cela, nous sommes allés rechercher si la sous-représentation des SC dans les soins pour les femmes, en particulier en comparaison avec les hommes, se retrouvait avec une différence de distance moyenne dans l'accès aux services. Les soins concernant les femmes des SC vont ainsi présenter une moyenne de 68,7 km entre le mandal d'origine de la femme et l'hôpital fréquenté, pour une distance médiane de 44,4 km. Or, pour les hommes des SC, la distance moyenne est de 63,5 km et la médiane de 41,8 km. Il y a donc non seulement une différence dans l'accès au soins que laisse percevoir les soins consommés par les femmes des SC par rapport aux hommes de la même caste, mais l'utilisation territoriale du programme n'est pas la même non plus avec une distance aux structures de soins plus grande.

Pour finir sur cet aspect, un test khi-2 a été mené afin de savoir s'il y avait bien un lien entre les variables castes et genre, ou si ces deux variables étaient indépendantes. Or, ici le risque α est fixé à 5% et p-value est largement inférieure à ce pourcentage (p-value = 1.82e-10). Nous pouvons donc rejeter H0 et l'hypothèse d'indépendance des deux variables. La répartition de la caste dépend bien du genre des bénéficiaires, ce qui confirme les observations réalisées.

A partir des actes du programme, nous pouvons en retirer que l'utilisateur moyen est donc un homme adulte, issu des Backward Cast (BC). La première leçon que l'on peut tirer de l'analyse du profil d'utilisateur du programme est que ce dernier, du fait d'inégalités dans l'accès aux services d'Aarogyasri, paraît poursuivre les inégalités à l'œuvre dans la société. Étudier l'utilisation de l'assurance maladie, en fonction du genre notamment, confirmera ou non cette première constatation.

B. L'utilisation du programme Aarogyasri en fonction du genre :

L'utilisateur d'Aarogyasri est donc principalement un homme adulte, issu des BC. Au-delà de ce constat, nous pouvons nous demander si cette différenciation genrée dans le profil d'utilisateur est lisible aussi en termes d'utilisation. Pour étudier cela nous nous sommes penchés sur les catégories d'actes privilégiés par les utilisateurs, en déclinant cela en fonction du genre et des catégories d'âge. Nous avons aussi étudié les préférences en termes de structures hospitalières, et notamment la distance dans l'accès aux soins des hommes et des femmes, afin de voir si le parcours de soins est similaire. Enfin, nous avons réalisé une étude de cas sur l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans, emblématique de l'accès à la santé genré.

1. Les actes principalement utilisés, différenciation genrée :

Dans le cadre du programme Aarogyasri, les actes pris en charge sont les soins du tertiaire, du fait du coût important que ce type d'actes représentent pour les utilisateurs. Ces actes sont peu courants, et exclus les actes déjà pris en charge par les programmes nationaux. C'est le cas notamment des maladies infectieuses, des actes en lien avec la maternité et cela exclut donc aussi les actes dans une optique de surveillance de survenue des pathologies, pour venir traiter de manière curative plutôt que préventivement. Cela a une influence sur les utilisateurs du programme, mais aussi sur les catégories de soins plébiscitées dans le cadre de ce programme.

a. Les catégories d'actes plébiscitées dans le cadre du programme :

Les catégories d'actes sont au nombre de 29, avec cinq catégories d'actes qui se détachent en termes d'importance : l'oncologie médicale (représente 16% des actes médicaux totaux), les polytraumatismes (15,4%), la néphrologie (14,4%), la chirurgie cardiaque et cardiothoracique (9,2%) et la chirurgie génito-urinaire (9,1%). En se penchant davantage sur les actes inclus dans le programme, nous pouvons voir que certains d'entre eux sont spécifiquement dédiés à une partie de la population. Il s'agit par exemple des actes pédiatriques (pédiatrie et chirurgie pédiatrique), utilisés à 94% par la catégorie d'âge 0-10 ans, des actes gynécologiques où 100% des bénéficiaires sont des femmes, ou encore des actes génito-urinaires utilisés à 74% par des hommes. En plus de cela, certaines catégories d'actes

sont à priori non-genrées mais du fait d'une prévalence plus élevée d'une pathologie chez l'homme ou la femme, l'acte associé en devient genré. Nous pouvons ainsi évoquer les actes liés aux cancers qui sont principalement présents chez les femmes, les problèmes cardiaques avec une prévalence plus forte chez les hommes, de même que la néphrologie ou les polytraumatismes. Ces derniers concernent surtout les hommes puisque très liés à l'activité professionnelle, mais aussi à des facteurs de risque dans la vie quotidienne plus élevés. Cela explique donc en partie la répartition inégale des actes médicaux en fonction du genre, mais aussi la moindre utilisation de certaines catégories de soins¹³.

Pour confirmer cette première intuition d'un lien entre la variable genre et la répartition des soins, afin de déterminer l'indépendance ou non des variables du genre des patients et de la catégorie de soins pour laquelle ils ont été traités, nous avons réalisé un test Khi-2. Cela nous permet d'identifier des associations entre variables, mais aussi d'effectuer des comparaisons. Or, le test ici présente un p-value largement inférieur au pourcentage de risque α fixé à 5% (p-value < 2.2e-16). Nous pouvons donc rejeter H0 et l'hypothèse d'indépendance des deux variables. Le genre des patients a donc une influence sur la catégorie de soins.

b. Les catégories d'actes majoritairement utilisées par les femmes :

Les femmes vont ainsi être majoritaires dans les catégories de soins relatifs aux actes gynécologiques, à la cancérologie (oncologie médicale, chimiothérapie et chirurgie carcinologique), à la chirurgie ORL, à la dermatologie, à la chirurgie plastique et à la rhumatologie. En ce qui concerne les actes gynécologiques (100% des actes), cet état des faits est sans surprise.

Pour la cancérologie, le programme distingue l'oncologie médicale, la chimiothérapie et la chirurgie carcinologique. En termes d'actes, les femmes représentent 68% des utilisateurs de la catégorie "oncologie médicale", 79% des utilisateurs pour la chimiothérapie et 66% des actes de chirurgie carcinologique. Une disparité genrée est donc notable pour les actes liés à la cancérologie, et particulièrement en ce qui concerne les actes chimiothérapeutiques.

La dermatologie voit aussi une majorité des actes consommés par les femmes, à près de 63%. Cependant, le poids de cette catégorie d'actes est moindre dans le programme, ne comptant que 91 actes au total.

La chirurgie plastique est à rapprocher de la dermatologie puisqu'il s'agit surtout d'actes rectifiant un problème ayant une incidence esthétique. Une majorité d'actes concerne la prise

¹³ Tableau récapitulatif annexe

en charge des brûlures, avec 11 actes portant sur cette problématique sur 26, représentant près de 2667 actes sur 3220 (83% des actes de la catégorie). Près de 53% de l'utilisation de la catégorie d'acte "chirurgie plastique" se fait par les femmes, et 55% des cas traités pour des brûlures sont des femmes.

En ce qui concerne la chirurgie ORL, 56% des actes sont utilisés par des femmes, ce qui est assez surprenant. En effet, les troubles ORL touchent en majorité les hommes, du fait de la plus forte proportion de fumeurs et en lien avec la consommation d'alcool. Également, sachant qu'en Inde les déplacements des femmes sont davantage restreints dans un espace de proximité (Chasles, 2008) et donc plus protégées des nuisances de différents types (sonores, particules, produits phytosanitaires, etc), le fait qu'une majorité des utilisateurs d'Aarogyari pour les chirurgies ORL soit des femmes surprend. En analysant plus avant cette catégorie d'actes, il apparaît que sur les 7575 actes de chirurgie ORL, 3220 sont liés à la tympanoplastie (réparation du tympan perforé). Sur ces 3220 actes, près de 60% concernent des femmes (1920 actes) avec une concentration dans certains districts (huit districts), et particulièrement à Visakhapatnam (14% des femmes traitées pour cet acte viennent de ce district). En allant de nouveau plus loin, une concentration importante au sein du mandal Visakhapatnam (capitale du district) est remarquable, avec près de 48% des actes. En analysant ensuite la présence des hôpitaux spécialisés en ORL sur le territoire, un hôpital spécialisé dans l'ORL est présent à Visakhapatnam. Cette importance des utilisateurs provenant de ce district peut donc avoir comme explication partielle la présence d'une offre de soins spécialisés dans la région, avec potentiellement une offre stimulant la demande de soins.

Enfin, les femmes représentent 89% des bénéficiaires des actes de rhumatologie dans le programme, et en particulier les femmes comprises dans les catégories d'âge de 11 à 50 ans (354 sur 420 actes de rhumatologie au total). Les actes de rhumatologie étant normalement davantage utilisés par les personnes âgées, sans différence genrée si marquée, cette répartition nous a questionné, et nous a amené ensuite à pousser plus loin nos recherches, afin d'étudier ce qu'inclut cette catégorie d'actes. Cela concerne de ce fait principalement des soins liés au lupus, qui concerne les femmes enceintes ou en âge de l'être.

c. Des catégories d'actes inégalement réparties par âge, mais marquées aussi par une inégalité genrée à tout âge :

En ce qui concerne la distribution des catégories d'actes utilisés en fonction de l'âge, comme nous pouvions nous y attendre, les actes ne sont pas les mêmes en fonction des

périodes de la vie. Tous les actes ne sont pas renseignés dans les graphiques ci-dessous, seulement ceux correspondant à plus de 1% de la part des actes, pour au moins un des deux genres, ont été renseigné ici afin de faciliter la compréhension.

Pour la catégorie d'âge de 0 à 20 ans, de manière assez logique, les actes pédiatriques vont être présents et vont se concentrer sur la tranche d'âge de 0 à 10 ans comme nous le montre la répartition des actes concernant les enfants de 11 à 20 ans (Figure 7), avec une plus forte proportion en pourcentage chez les filles que chez les garçons (près de 52% pour les filles contre 45% pour les garçons). La catégorie d'âge suivante (de 11 à 20 ans) voit les polytraumatismes peser fortement en proportion d'actes pour les garçons (environ 35% des actes), alors que du côté des filles de cette catégorie d'âge cela ne représente qu'un pourcentage moindre des actes réalisés (environ 10% des actes). Celles-ci voient une distribution des catégories d'actes plus homogène, avec une hausse du poids de la cancérologie amorçant la tendance observable par la suite (l'oncologie médicale, la chimiothérapie et la chirurgie carcinologique comptent pour 15% des actes).

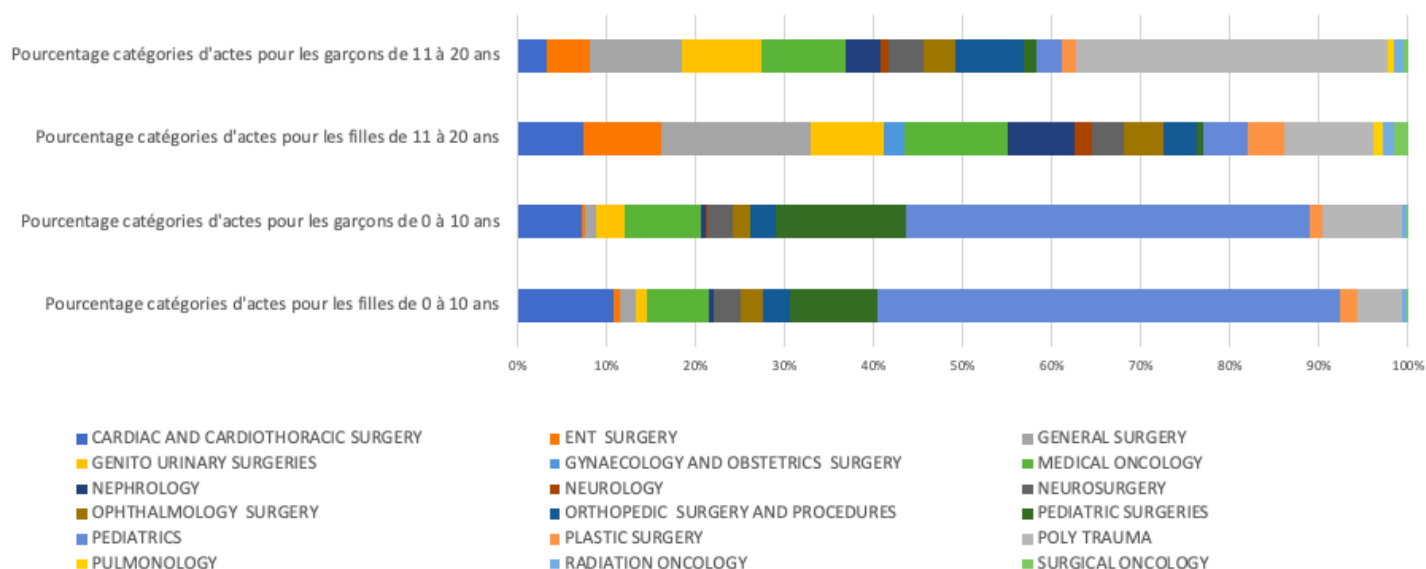


Figure 7 : Répartition des catégories d'actes pour les usagers de 0 à 20 ans, par genre (Aarogyasri data, 2013).

Pour la tranche d'âge suivante, avec les actes utilisés par les usagers de 21 à 60 ans, la proportion forte des actes polytraumatiques chez les hommes amorcée dans la catégorie d'âge de 11 à 20 ans se vérifie (Figure 8). Cela vient des activités plus exposantes pour les hommes (plus touchés par les accidents de la route ou les accidents de travail par exemple). Cela équivaut à près de 24% des actes pour les actes concernant les hommes de 21 à 40 ans. Ces actes vont rester à un faible pourcentage chez les femmes, du fait pour leur part à leur "confinement" à un espace de proximité, comme vu précédemment. Chez celles-ci, cela va

être la cancérologie qui va être particulièrement utilisée par rapport aux autres actes médicaux. L'oncologie médicale va ainsi compter pour près de 25% des actes pour les femmes de 21 à 40 ans, puis pour près de 34% pour la catégorie suivante. A noter également du côté des actes pour les hommes la part importante de la catégorie consacrée à la chirurgie génito et urinaire (17% pour les hommes de 21 à 40 ans), et de la néphrologie (jusqu'à 24% pour les hommes de 41 à 60 ans).

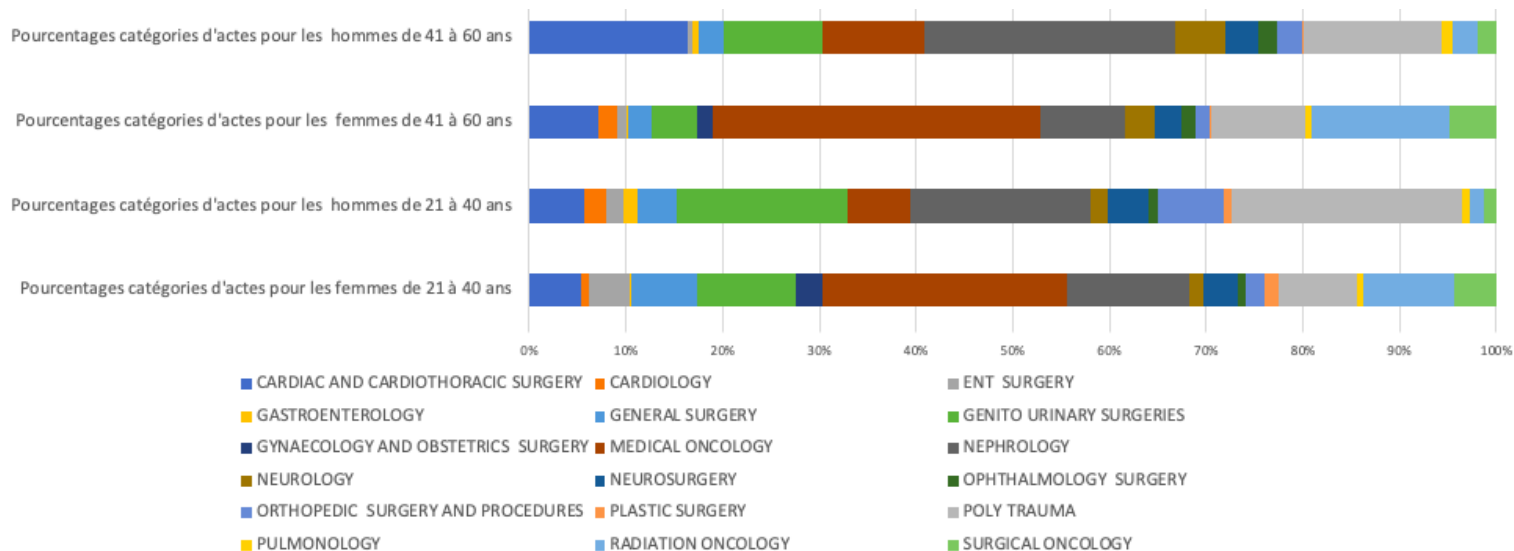


Figure 8 : Répartition des catégories d'actes pour les usagers de 21 à 60 ans, par genre (Aarogyasri data, 2013).

Enfin, chez les femmes, si la cancérologie tient une place prééminente entre 21 et 60 ans, ce n'est ensuite qu'à partir de plus de 61 ans que cette ampleur des actes cancérologiques va être disputée par les actes polytraumatiques, avec les chutes plus fréquentes et notamment l'importance de fractures de la hanche. Les actes polytraumatiques entre 61 à 70 ans pour les femmes vont ainsi représenter 23% de cette catégorie, avec une proportion similaire pour les actes d'oncologie médicale. Après 70 ans, c'est les soins polytraumatiques chez les femmes qui vont être les actes les plus utilisés, représentant 2950 actes, contre 1924 actes pour les actes liés à la cancérologie. Ainsi, si les actes concernant les femmes de plus de 61 ans voient deux catégories d'actes (la cancérologie et le polytrauma) se distinguer, pour les actes concernant les hommes la répartition va une fois encore être distribuée de manière plus égalitaire. Dans les deux cas, nous pouvons noter l'absence de tout acte rhumatologique.

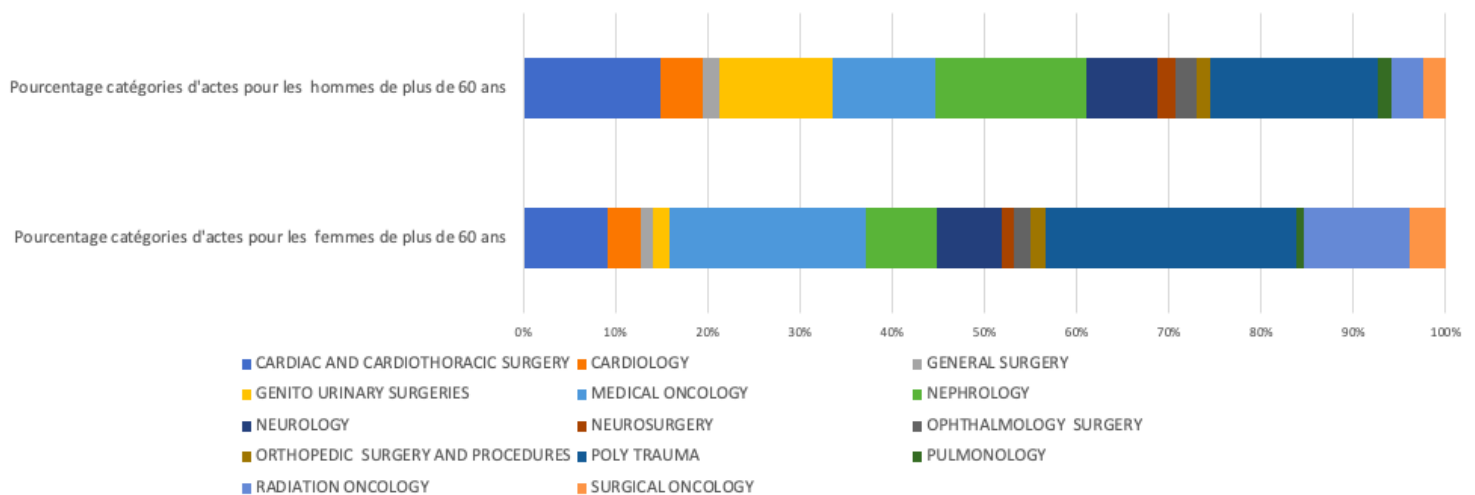


Figure 9 : Répartition des catégories d'actes pour les usagers de plus de 61 ans, par genre (Aarogyasri data, 2013).

2. Inégalité territoriale dans la répartition des structures de soins accrédités et influence sur la distance dans l'accès aux soins :

Les hôpitaux privés tiennent une grande place dans le programme, avec près de 68,6% des utilisateurs d'Aarogyasri qui se rendent dans ces structures lorsqu'elles ont recours aux soins. Si des différences genrées transparaissent dans le programme à bien des égards (avec notamment comme dit précédemment près de 58% des actes utilisés par des hommes), ce n'est pas le cas lorsqu'il s'agit de se diriger vers les structures publiques ou privées.

a. L'importance du privé dans le programme, résultant en une inégale répartition territoriale des structures de soins :

Cette préférence du privé va se justifier par le nombre d'hôpitaux privés faisant partie du programme, dû comme nous avons pu l'évoquer plus tôt au développement des structures hospitalières privées en Andhra Pradesh de manière historique. En 2013, les données de remboursement du programme nous indiquent que sur 432 hôpitaux utilisés, 314 étaient privés (environ 72,7%) et 118 publiques. De fortes disparités territoriales se dessinent alors, avec des hôpitaux privés exclusivement présents en zone urbaine (et dans une écrasante majorité dans les grandes villes). Également, tous les districts ne présentent pas le même pourcentage d'hôpitaux privés (le district de Nalgonda comptait 11% d'hôpitaux privés en 2011 selon Yellaiah contre 89% à Hyderabad), mais le constat reste le même : dans tous les districts, les actes réalisés dans le cadre du programme le sont majoritairement dans les hôpitaux privés, avec près de 69% des actes (Yellaiah, 2013). Cette inégale répartition des

structures de soins privées (alors même que le privé représente un poids énorme dans le programme Aarogyasri) signifie donc une inégale répartition de l'offre de soins proposée par Aarogyasri. Cette inégale répartition des structures de soins accrédités par le programme se lit dans l'exemple d'Hyderabad. En termes de structures de soins utilisés en 2013, le district compte 62 hôpitaux privés et 14 publiques, illustrant à l'échelle de ce district le déséquilibre en faveur du privé dans le programme (81,6% des structures Aarogyasri à Hyderabad sont privées). Au total, ces hôpitaux pèsent donc pour 17,6% dans les hôpitaux Aarogyasri en Andhra Pradesh, pour 27% d'actes dans le cadre du programme, alors même qu'à l'échelle de l'Andhra Pradesh, ce district ne représente que 5% environ de la population de l'Etat (Census of India, 2011).

b. Une importance variable du taux de fuite, en fonction des districts et du genre :

Ce différentiel questionne alors sur l'utilisation territoriale d'Aarogyasri, ce qui nous a amené à rechercher le taux de fuite¹⁴ par districts des utilisateurs du programme, en se basant sur les actes. Nous avons ainsi calculé pour chaque district le nombre d'actes réalisés dans des hôpitaux externes au district d'origine des patients. Cela nous a donné le graphique suivant :

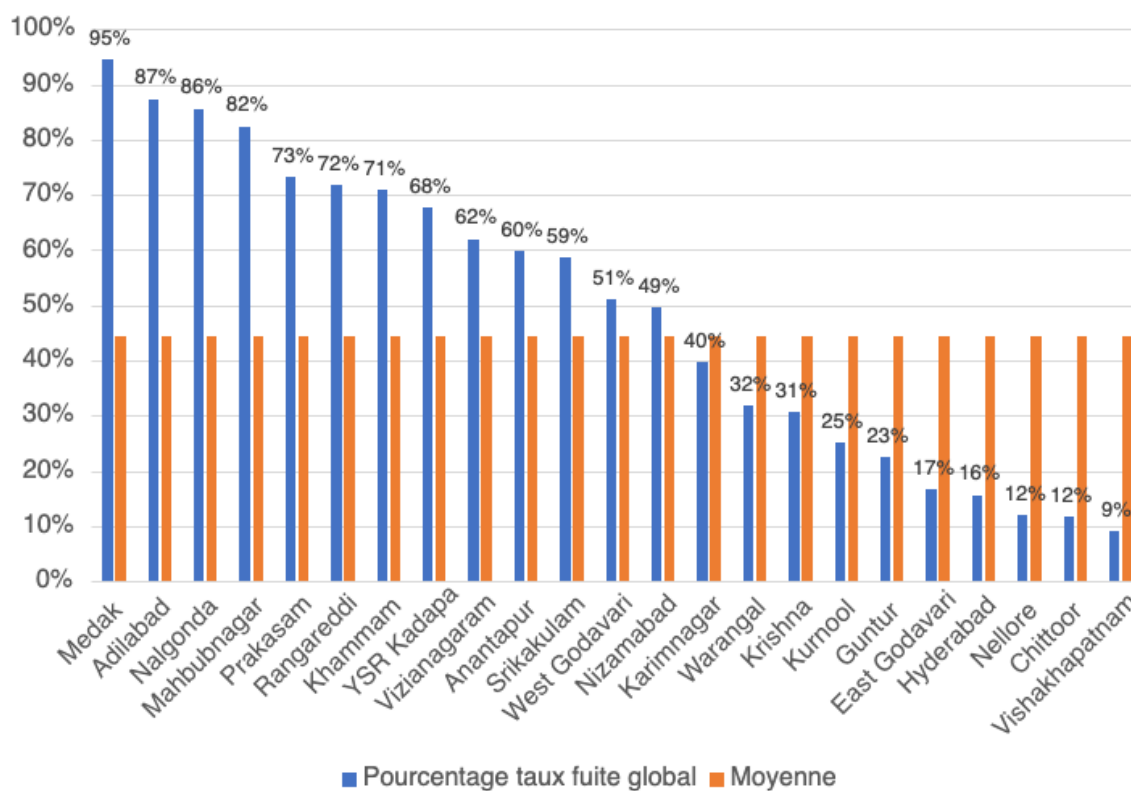


Figure 10 : Pourcentage des actes réalisés hors du district d'origine des usagers du programme Aarogyasri (Aarogyasri data, 2013).

¹⁴ Nombre d'actes réalisés hors du district d'origine déclaré par l'utilisateur.

Cela nous permet ainsi de voir la disparité territoriale en termes d'utilisation territoriale du programme Aarogyasri, avec une moyenne de taux de fuite de 44,3%. Le district de Medak se distingue ici avec pratiquement tous les actes médicaux concernant des patients issus du district réalisés hors du district, à 94,5%. Au contraire, nous pouvons lui opposer les hôpitaux vers lesquels se dirigent les bénéficiaires venant de Vishakhapatnam, qui ne se trouvent qu'à 9,1% hors du district.

Pour une analyse plus fine, nous pouvons nous intéresser à l'échelle des mandals. Ainsi, sur 495 127 actes étudiés, seulement 76 280 actes voient le mandal d'origine du patient et le mandal de l'hôpital être le même, soit un pourcentage de 15,4%. S'il y a donc une mobilité inter-district pour l'accès aux soins, elle est encore plus forte entre les mandals.

En termes de taux de fuite, l'analyse par le prisme du genre nous permet de remarquer un taux moyen plus important pour les actes concernant les femmes, qui vont à 46,2% hors de leur district d'origine pour des soins, contre 42,7% pour les hommes. Des disparités territoriales sont de nouveau observables, comme nous le montre le graphique ci-dessous (Figure 11).

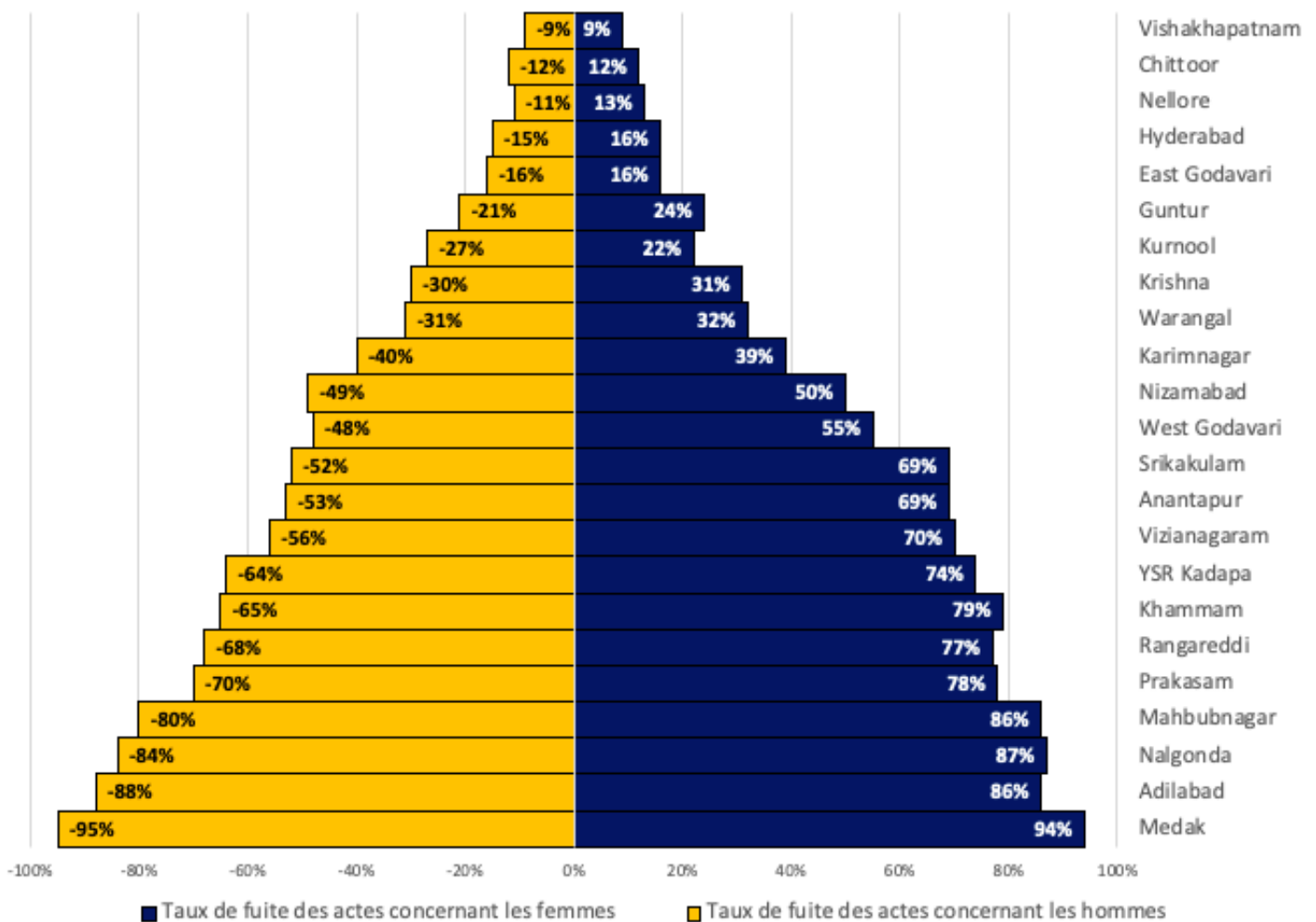


Figure 11 : Comparaison des taux de fuite par district en fonction du genre (Aarogyasri data, 2013).

Nous avons ainsi plusieurs districts qui voient le différentiel entre le taux de fuite des actes des femmes et des hommes être supérieur à 10 points, avec dans l'ordre croissant YSR Kadapa (10 points de différence), Vizianagaram (14 points), Khammam (14 points), Anantapur (16 points) et Srikakulam (17 points). En règle générale, les femmes paraissent donc quitter davantage leurs districts afin de recevoir des soins médicaux, comme le montre les districts précédemment cités.

c. La distance dans l'accès aux soins des actes utilisés par les femmes et les hommes :

Pour confirmer ou non cette idée, nous avons alors choisi d'étudier de manière plus fine la distance dans l'accès aux soins pour les femmes et les hommes, en comparant la distance moyenne des actes concernant les femmes, et des actes pour les hommes. Il y a ainsi en moyenne 70,1 km entre le mandal d'origine du patient de sexe masculin et du mandal de destination de l'hôpital fréquenté (échantillon de 286 262 actes), contre 76,2 km pour les actes

des femmes (208 865 actes). La médiane diffère aussi, de 44 km pour les actes des hommes contre 47,2 km pour les actes des femmes. Enfin, le premier quartile des actes concernant les hommes est de 15,9 km et le troisième de 89,5 km, les actes des femmes voyant le premier quartile fixé à 16,6 km et le troisième à 100,1 km. Les femmes en moyenne au sein du programme vont plus loin pour accéder aux soins au sein du programme Aarogyasri. L'analyse de l'utilisation territoriale genrée de l'accès aux soins nous permet donc de voir qu'en termes d'accès aux soins, une certaine inégalité territoriale genrée est lisible.

3. Etude de cas : l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans :

Pour les enfants, l'accès aux soins est en général dépendant des parents. Afin de savoir s'il y avait pour les enfants un choix de faire davantage accéder aux soins les garçons plutôt que les filles, nous avons décidé de comparer l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans et des enfants prématurés.

En effet, le choix de réaliser cette comparaison vient du fait que l'accès au soins des enfants prématurés ne vient pas d'une décision prise par les parents, ce ne sont pas eux qui les emmènent aux structures de soins puisqu'ils sont déjà dans celles-ci. Nous avons choisi de comparer avec les actes concernant les enfants de moins de 10 ans du fait de la moindre autonomie de ces derniers par rapport aux autres tranches d'âge puisqu'ils sont sous tutelle parentale, mais aussi du différentiel important entre les actes concernant les garçons et les filles de moins de 5 ans. En effet, sur 28918 actes concernant des enfants de moins de 5 ans (en excluant les enfants prématurés), 11 201 sont des filles, représentant un pourcentage de 39%. Sur 9927 actes concernant des enfants de 5 à 9 ans, 3570 actes s'appliquent à des filles. Les grands prématurés sont au nombre de 2569, avec 1172 filles et 1397. Les garçons sont majoritaires, avec un différentiel de 1,19 points de plus. Pour les enfants de moins de 5 ans, les garçons sont majoritaires à 1,58 points, et pour les enfants de 5 à 9 ans cette proportion augmente à près de 1,78 points. Une différence dans l'accès aux soins des enfants de moins de 10 ans paraît donc émerger aussi de ces chiffres.

Il convient aussi de préciser qu'en termes de catégories d'actes, les garçons et les filles fréquentent les hôpitaux pour le même type d'actes, comme le montre le graphique ci-dessous pour les enfants de moins de 5 ans.

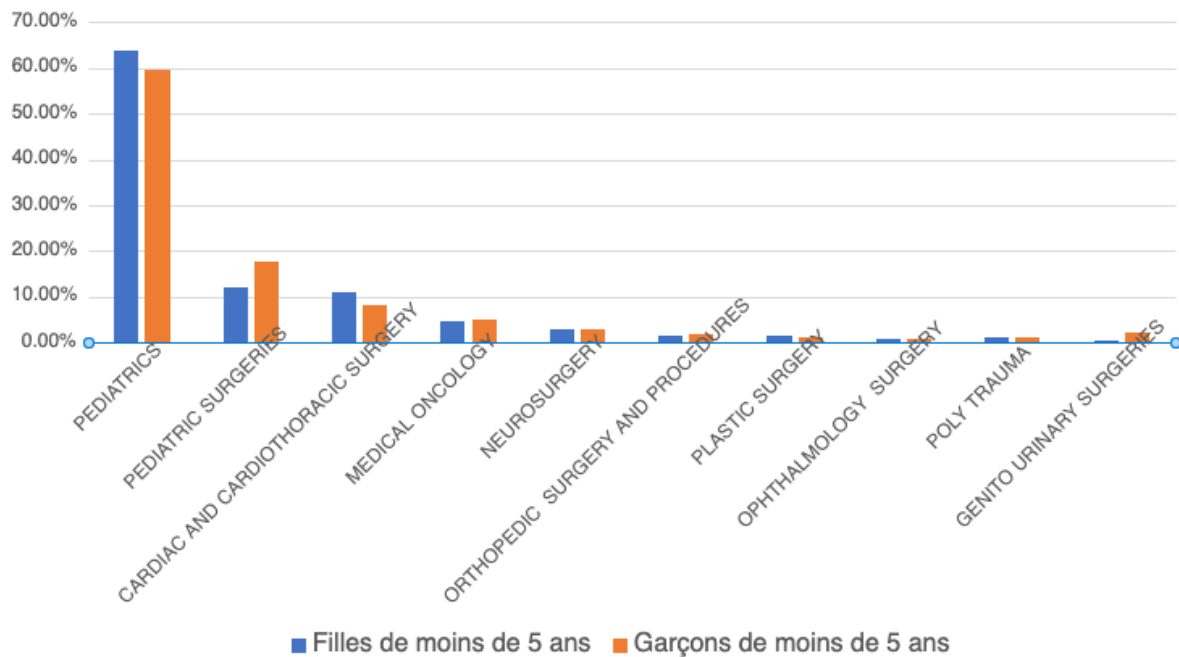


Figure 12 : Répartition des catégories d’actes pour les actes concernant les enfants de moins de 5 ans, garçons et filles (Aarogyasri data, 2013).

Cette différence ne peut donc venir d’un différentiel dans les catégories d’actes pour les enfants de moins de 5 ans. Également, la distance pour les actes pour les filles et les garçons de moins de 5 ans est sensiblement la même. Ainsi, la distance moyenne pour les actes des filles de moins de 5 ans est de 70 km, avec un premier quartile à 12,6 km et un troisième quartile à 90,4 km. La médiane est de 36,7 km. Pour les actes des garçons de moins de 5 ans, la distance moyenne est de 71,6 km, avec un premier quartile à 13 km et un troisième quartile à 92,8 km. La médiane dans leur cas est de 39,6 km.

Il n’y a donc pas pour les actes des enfants de moins de 5 ans de différentiel en termes de catégories d’actes utilisés ou de distance dans les structures de soins. L’aspect structurel de l’accès aux soins entre les garçons et les filles est le même, ce que nous pouvons déduire de cette différence entre le différentiel garçon-fille pour les enfants prématurés, et pour les enfants de moins de 5 ans, est que ce qui diffère va être la préférence des parents pour les garçons quand à l’accès à la santé. Cela va dans le sens des études montrant que l’investissement dans la santé des femmes et particulièrement des filles est moindre que celui des garçons (Banerjee, 1998 ; Chasles, 2009 ; Vilms et alii, 2017 ; Guilmoto, 2018), que ce soit en termes de visites aux structures de soins ou de coûts dépensés pour les soins des filles. Une priorisation de la santé des garçons au détriment des filles dans l’enfance se lit donc dans

les données de remboursement du programme Aarogyasri, et se poursuit à tous les âges de la vie.

L'accès aux soins est donc différent non seulement en fonction du genre, mais aussi selon les catégories d'âge et de la caste. L'utilisation du programme nous permet de caractériser celle-ci, avec un choix sans surprise penchant fortement vers les hôpitaux privés, et des parcours de soins différents en termes d'utilisation territoriale des services selon les districts, avec des femmes qui vont plus loin pour accéder aux structures de soins. Les actes médicaux permettent d'aller plus loin pour analyser l'accès aux soins par le genre, avec des inégalités genrées mais aussi en termes de catégorie d'âge. Notre analyse des données d'Aarogyasri nous a, pour finir, mené à comparer l'accès aux soins des enfants, en fonction de l'implication des parents dans cet accès aux soins (prématurés déjà à l'hôpital comparés avec les enfants de moins de 5 ans). Cela reflète un choix dans l'accès aux soins des garçons, ce qui nous questionne sur la question de l'équité au sein du programme.

Discussion

Les résultats nous laissent à penser que les inégalités d'accès aux soins ne sont pas résorbées par le programme, avec des actes qui révèlent une utilisation prolongeant les inégalités à l'œuvre dans la société. Cela questionne sur si ces inégalités ne sont que le fait des dynamiques sociales, ou si cela reflète davantage une discrimination structurelle.

A. Un programme dans le prolongement de la discrimination sociale plurielle à l'oeuvre dans la société, en termes de genre, de catégories d'âge ou de castes :

Le programme Aarogyasri vise à réduire les inégalités d'accès aux soins par la mise en place d'une assurance maladie. Cependant, l'analyse des données de remboursement de 2013 ont pu nous montrer que l'accès aux soins des femmes en termes de nombre d'actes est moindre que celui des hommes, et que de la même manière Aarogyasri avantage les adultes, venant des BC. L'utilisation des actes traduit aussi le regard de la société sur chaque catégorie populationnelle. Enfin, le cumul des inégalités approfondit l'exclusion de certaines parties de la population.

1. Un programme qui ne résorbe pas les inégalités d'accès aux soins, en particulier pour les femmes :

Les soins réalisés dans le cadre du programme Aarogyasri concernent donc principalement les hommes (58% des actes), entre 35 et 60 ans (49,9% pour les actes portant sur les hommes et les femmes de cette tranche d'âge et 31,5% pour les hommes uniquement), et venant des BC (près de 58% des soins). Le programme prolonge les inégalités à l'œuvre dans le reste de la société indienne, en ne parvenant pas à placer les groupes les plus éloignés de l'accès aux soins de manière structurelle comme bénéficiaires du programme Aarogyasri (femmes, enfants, personnes âgées, les SC et ST). Le principe d'équité dans l'accès aux soins est négligé puisque si le programme avait comme visée première de permettre aux plus vulnérables d'accéder à la santé, en vérité il n'est pas à la mesure de son ambition.

En effet, les inégalités d'accès à la santé en Inde restent importantes notamment au prisme du genre et de la caste, avec la nécessité de porter une attention plus soutenue à la répartition de l'accès à la santé et à la fréquentation des structures de soins au sein de la société (Balarajan et alii, 2011). Dans cette optique, nous avons cherché à voir si le programme permettait de réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les femmes. Or, ce que nous apprend les données de remboursement de ce programme est que les inégalités d'accès aux structures sanitaires perdurent au sein de l'assurance maladie, avec une surreprésentation des actes concernant les hommes (près de 58%). Différentes raisons peuvent être évoquées pour justifier la surreprésentation des hommes dans le programme, avec comme évoqué précédemment, un accès différencié à la santé en fonction du genre issu des normes et des valeurs dans la société. Cela va ensuite se traduire dans les comportements sanitaires, avec une moindre fréquentation des structures de soins par les femmes et avec une surmortalité des femmes dès l'enfance (Chasles, 2009).

Également, l'éducation joue un rôle clef dans cette différence dans la santé des hommes et des femmes en Inde. Plusieurs études ont pu prouver la corrélation positive entre niveau d'éducation et accès aux soins (Prinja, 2017 ; Banerjee et alii, 2013). Or, en Inde l'éducation n'est pas la même pour les garçons et les filles, avec en 2011 un écart d'alphabétisation de 16,7% en faveur des hommes (Marius, 2016). L'intersectionnalité de ces inégalités, de genre et dans l'éducation, se retrouve aussi avec nombre d'autres variables, dont la classe sociale, la religion ou encore la caste. De ce fait, le genre va se conjuguer avec d'autres déterminants sociaux, et résulter en un accès aux droits moindre, notamment sanitaire. L'analyse des données de remboursement du programme Aarogyasri en est d'ailleurs une illustration marquante, avec le cumul des inégalités en termes de genre, de caste, voire de catégories d'âge (par exemple les femmes des SC ou les fillettes).

Les travaux de Marius donnent à voir de manière explicite ce côté cumulatif des inégalités, avec une mise en perspective du pourcentage des femmes qui doivent demander la permission pour se rendre dans un centre de santé ou qui ne peuvent se rendre seules au centre, avec différentes variables. L'une d'entre elle concerne le niveau d'instruction des femmes, et permet de voir qu'en Inde, si 73% des femmes doivent demander la permission pour aller au centre de santé et 34% ne peuvent se rendre seule dans ces centres, en détails les disparités sont frappantes en fonction du niveau d'études des femmes. Ainsi, une femme illettrée à plus de deux fois plus de risque de ne pouvoir s'y rendre seule qu'une femme ayant un diplôme de niveau collège universitaire (40% vs 17%) (Marius, 2016). Les données de remboursement d'Aarogyasri ne nous donnant pas le niveau d'éducation des usagers du programme, nous

n'avons pu mettre en regard l'accès aux soins au sein du programme en fonction du genre et de l'éducation. Cette variable manquante pourrait cependant nous aider à mieux expliquer l'inégalité dans l'accès aux soins entre les femmes, ce qui justifierait de mener une enquête en complément des données quantitatives pour mieux caractériser les femmes accédant aux soins dans le programme.

Un autre motif expliquant la différence d'accès aux soins des femmes peut être le rapport des femmes à l'espace. Ainsi, la mobilité reste fortement conditionnée par le genre. Chasles montre que les femmes vont être cantonnées à un espace de proximité, « l'espace légitime », avec des mobilités de proximité et utilitaires. Les femmes se déplacent majoritairement accompagnées, dans une logique de protection (de l'honneur familial, vis-à-vis d'autrui). Ces chiffres sont d'autant plus importants que la femme est jeune, a un faible niveau d'instruction et vit dans des aires moins développées. Ce dernier facteur joue énormément, avec un lieu de résidence qui influe fortement sur l'indépendance dans l'accès aux soins, mais aussi dans l'accès aux soins tout court. Les femmes résidant dans les métropoles sont ainsi 16% à ne pouvoir se rendre seules en centre de santé, contre 45% pour les femmes vivant dans les villages les moins développés (Marius, 2016). Si l'accessibilité géographique ici joue dans l'accompagnement de ces femmes, le système de normes et de valeurs plus prégnant dans les zones rurales est à prendre en compte également. Chasles avance en complément que l'accès aux soins différencié des femmes est une bonne illustration du manque de reconnaissance sociale de ces dernières, avec des restrictions spatiales marquées et des effets sanitaires parfois importants.

2. Des catégories d'actes qui traduisent l'utilité sociale des usagers :

Au-delà d'expliquer le moindre accès à la santé des femmes, les raisons avancées pour expliquer l'inégalité d'accès aux soins des femmes peuvent aussi nous aider à comprendre la moindre utilisation du service proposé par Aarogyasri par les enfants (et en particulier les filles), et les personnes âgées. Ces deux catégories sont caractérisées par une moindre autonomie dans les déplacements, mais aussi par une utilité sociale moindre puisque les enfants et les personnes âgées sont à la charge de la famille.

En gardant en tête que le programme Aarogyasri ne fonctionne pas de manière individuel mais familial, avec un montant alloué aux membres de la famille enregistrés sur la carte, si un

choix doit être fait quant à la répartition des fonds du programme au sein de la cellule familiale, ce choix va porter prioritairement au maintien en forme de la principale source de revenu du ménage, donc de l'homme en âge de travailler. Cela expliquerait ainsi en partie la surreprésentation des hommes au sein du programme. Ainsi, entre 30 et 60 ans, plus de 90% des hommes travaillent en Andhra Pradesh. Cette période coïncide avec la catégorie d'âge pour laquelle les actes du programme sont les plus fréquents chez les hommes.

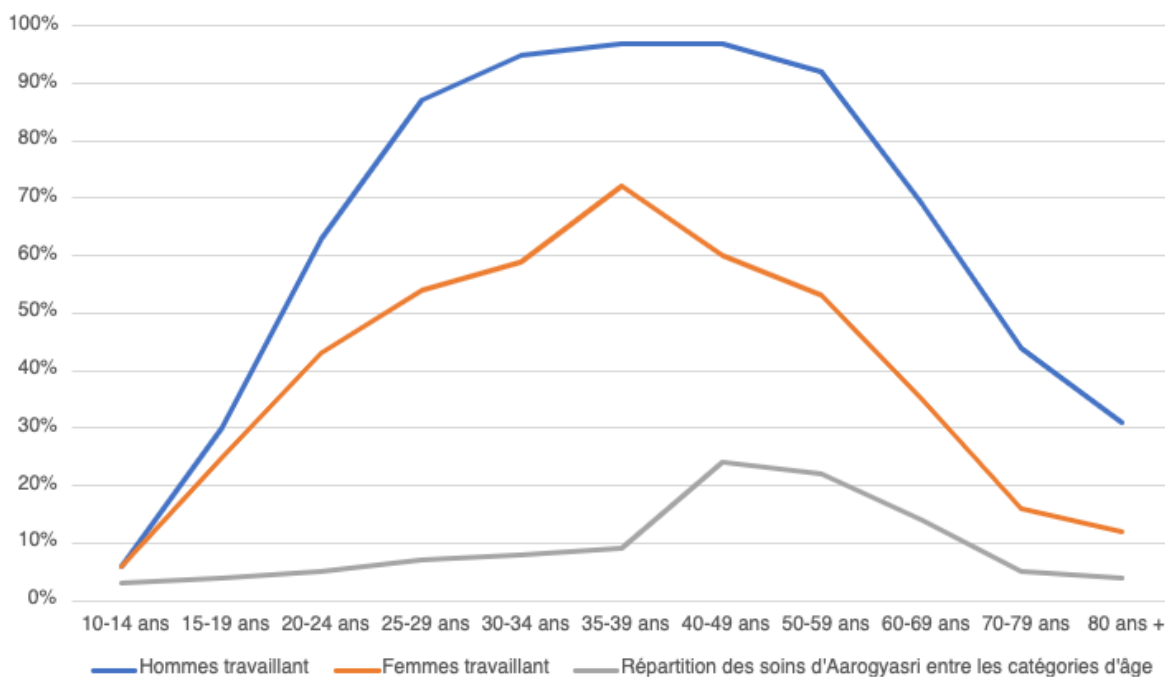


Figure 13 : Comparaison du pourcentage de travailleurs en Andhra Pradesh par catégorie d'âge et par genre, et de la répartition des actes au sein du programme par catégorie d'âge (Census of India, 2011 ; Aarogyasri Health Care Trust, 2013).

Le graphique ci-dessus nous permet de visualiser la population active en Andhra Pradesh en fonction des catégories d'âge et du genre (Census of India, 2011), travail formel et informel compris, en parallèle de la répartition des soins au sein du programme. Nous pouvons ainsi remarquer que les actes du programme Aarogyasri se répartissent de manière similaire à la tendance en termes de population active, hommes et femmes. Ainsi, plus le nombre d'actifs est important dans la population générale, plus le nombre d'actes pour la catégorie d'âge augmente.

Cela nous permet aussi de voir que le pourcentage de femmes en Andhra Pradesh travaillant est non-négligeable, même si de manière moins importante que les hommes. Elles sont très concernées par le travail informel, puisque près de 95% des femmes travaillant en Inde sont dans le secteur informel (Global Compact Network of India, 2019). En plus de cela, il faut y

ajouter le travail informel constitué par la tenue du ménage ou la gestion du foyer. Il apparaît donc comme indispensable d'être attentif à la santé des femmes de cette catégorie d'âge, d'autant plus qu'elles ont aussi comme fonction précieuse d'être mère. La répartition par âge des hommes et des femmes au sein du programme Aarogyasri traduit donc bien le regard que porte la société sur chacun de ces groupes populationnels, avec une considération sociale des femmes principalement concentrée sur la période de leur vie où elles s'accomplissent en tant que mères et comme travailleuses, et pour les hommes une focalisation de l'attention moins tranchée mais tout aussi soutenue sur la période d'activité professionnelle. Attention cependant à un fait : plus les individus vieillissent, plus le besoin de soins augmente, notamment hospitaliers. Cela joue ainsi dans l'usage du service par les individus à partir de 35 ans, notamment du fait des procédures prises en compte au sein du programme.

Un élément dans la répartition des actes a pu aussi attirer notre attention. Il s'agit de l'utilisation très importante des actes de chimiothérapie par les femmes, supérieure aux actes de médecine oncologique ou de chirurgie carcinologique. En effet, les actes de chimiothérapie concernent les femmes à 79%, contre 68% pour l'oncologie médicale. Or, la différence entre ces catégories d'actes est la répétition dans le temps des actes de chimiothérapie et le handicap que cela peut induire. Une hypothèse pour cette sur-représentation des services par les femmes pourrait être que ces actes étant chronophages (et représentent un coût d'opportunité important), les hommes vont être moins enclins à subir des séances de chimiothérapie. Au-delà d'un choix personnel, les personnels de soins peuvent aussi avoir un rôle dans cette différence de proportion, en proposant en dernier recours ces actes aux hommes du fait du handicap que cela peut induire, et du temps que cela prend. L'accès à une catégorie d'actes paraît ici biaisée donc par la vision sociétale sur un groupe populationnel, les hommes. Nous pouvons d'ailleurs comparer cela avec l'utilisation de la chimiothérapie pour les enfants de 11 à 20 ans. Ces actes dans cette classe d'âge ne sont que faiblement utilisés du fait d'une plus faible prévalence des problèmes cancérologiques, cependant nous pouvons observer que les soins de chimiothérapie concernant les filles de 11 à 20 ans représentent près de 1,1% des actes utilisés par ce groupe d'utilisateurs, et que pour les garçons de 11 à 20 ans ce pourcentage est de 1%. Or, cette catégorie d'âge est marquée par une faible activité professionnelle (entre 10 et 14 ans, population active de 6% et entre 15 et 19 ans, population active de 27,5%). Cela peut donc aller dans le sens d'une utilisation moindre de la chimiothérapie par la suite du fait de l'effet négatif que cela peut induire sur l'activité professionnelle. Par rapport à ce différentiel de représentation genrée au sein des

actes de chimiothérapie, se pencher davantage sur ces soins, en considérant notamment le type de cancer traité par Aarogyasri et l'incidence en termes de chimiothérapie (potentiellement variable) pourrait être intéressant, tout comme la répartition de ces derniers en fonction du genre.

Enfin, en se focalisant davantage sur les femmes, seulement 5 catégories d'actes au sein du programme Aarogyasri vont les concerner principalement. Nous pouvons revenir davantage sur les trois catégories d'actes que sont la cancérologie, la chirurgie plastique et la dermatologie. Pour les problèmes cancérologiques, l'importance du nombre de femmes se justifie par le fait qu'entre 30 et 60 ans, la cancérologie concerne principalement les femmes, avec les cancers du sein et des organes génitaux notamment. Deux catégories d'actes ensuite peuvent être rapprochées : la chirurgie plastique et la dermatologie. Celles-ci sont similaires puisqu'elles visent à rectifier principalement des handicaps qui viennent altérer le physique. De ce fait, l'importance des femmes dans la catégorie chirurgie plastique peut s'expliquer pour plusieurs raisons. Cette catégorie comprend des actes chirurgicaux prenant en charge les brûlures. Or, les brûlures sont de longue date un problème de santé publique en Inde, et un problème genré. En 1998, l'Inde était le seul pays où les brûlures faisaient partie des quinze principales causes de mortalité (OMS, 1999). Or, nombre d'études ont pu mettre en valeur l'aspect genré de ces décès, dû à l'importance des accidents domestiques (avec la répartition genrée forte du travail domestique et le confinement des femmes à l'espace domestique), mais aussi à l'ampleur des (tentatives) homicides et des suicides féminins réalisés en utilisant le feu. Ainsi, une étude de 2003 mettait en avant que dans les territoires ruraux indiens, près de 81% des cas de brûlures ayant conduit à un décès concernaient des femmes (Batra, 2003). Au-delà de cela, l'apparence physique reste inégalitaire en fonction du genre, avec une exigence de la part des femmes de faire un effort sur le plan esthétique, alors que de manière historique cette attention au physique masculin était moins contraignante. Pour les femmes, cela va bien plus loin avec des femmes amenées à n'exister que par la séduction, avec une attention constante au physique (Chollet, 2012). De ce fait, cette théorie nous donne les clefs pour comprendre pourquoi dans le cadre du programme Aarogyasri, la chirurgie plastique et la dermatologie voient davantage de femmes utiliser ces services que les hommes. En effet, au-delà d'une possible prédominance des cas de brûlures pour les femmes, ces actes visent surtout à préserver l'apparence, plus importante pour les femmes que pour les hommes. Toutes ces catégories d'actes induisent aussi une importante spécialisation dans les services de santé, ce qui peut expliquer ensuite la distance plus importante pour les actes concernant

les femmes dans le programme, avec des hôpitaux spécialisés concentrés dans les grandes villes.

Les catégories d'actes utilisées ici vont donc refléter la vision que porte la société sur ce qui importe pour chaque genre, avec une apparence plus importante pour les femmes que pour les hommes, et l'importance de préserver la capacité de travailler pour l'homme (dans la moindre utilisation de la chimiothérapie). Cela justifie aussi la faible attention pour les classes d'âge présentant le moins d'individus actifs, ce qui va dans le sens d'un programme utilisé principalement au prisme de l'utilité socio-économique des individus. Dans cette optique, les filles vont alors moins fréquenter les services de soins, puisque si les garçons sont un capital économique qu'il convient de préserver pour le futur (futur pourvoyeur économique du foyer), ce n'est pas le cas des filles. Pour finir, la différence de distance parcourue pour les actes concernant des femmes et pour les actes des hommes (moyenne différente de 6 km environ) peut se justifier entre autres par le degré de spécialisation des actes utilisés majoritairement par les femmes, comme la cancérologie. Au contraire, les hommes vont beaucoup utiliser Aarogyasri pour les actes de traumatologie, qui sont pris en charge eux à des échelles géographiques de proximité.

3. L'intersectionnalité des variables genre et castes :

Enfin, la question du croisement des variables genre et castes est particulièrement intéressante dans le cadre de notre étude, puisque cette analyse est une bonne illustration de l'intersectionnalité des inégalités. Cela se lit aussi avec le cumul entre inégalités liées au genre et à la catégorie d'âge (par exemple l'accès aux soins moindre des filles de moins de 10 ans), mais les castes et les tribus étant un prisme très utilisé en Inde pour les problématiques d'accès aux droits, comparer au sein du programme la représentation des SC et des ST, en fonction du genre nous a paru intéressant. De ce fait, les actes concernant les femmes issues des SC et les actes concernant les hommes venant eux aussi des SC sont révélateurs. La répartition des castes pour les actes concernant les hommes montrent une représentation similaire entre les SC dans la population de l'Andhra Pradesh et au sein du programme, alors que les SC sont sous-représentés pour les actes concernant les femmes. Cela traduit donc une intersectionnalité des inégalités à l'œuvre dans le programme, et nous conforte dans l'idée que le programme ne permet pas à ceux qui sont les plus éloignés de l'accès aux droits (et donc à la santé) d'y accéder plus aisément, dans une logique de justice sociale.

Différentes raisons peuvent ainsi être avancées, en se basant sur les travaux déjà effectués sur le sujet. L'une d'elle peut être le manque de sensibilisation et de connaissance sur le programme, couplé à une littératie en santé plus faible. L'éducation joue un rôle fort dans l'accès aux soins, et les barrières non-financières continuent au sein des programmes d'assurance maladie gratuits de freiner l'accès à la santé, et en particulier pour les groupes les plus défavorisés (Rao et alii, 2014). Ces barrières non-financières peuvent ainsi constituer en une facilité moins grande à naviguer dans le programme (que l'on peut rapprocher de la littératie en santé), du fait d'une autocensure des personnes appartenant aux SC et aux ST ou encore d'un éloignement géographique vis-à-vis des structures de soins. Pour ce dernier aspect, cela peut être une clef de compréhension de la sous-représentation des actes utilisés par les ST (femmes et hommes), avec en Andhra Pradesh des tribus territorialement regroupés, dans des territoires reculés éloignés des villes, et avec un développement infrastructurel moins important (des infrastructures de transport, des structures de soins, etc). Cela peut ainsi être appuyé par la distance plus importante parcourue par les ST (en comparaison avec les SC) pour l'accès aux soins.

Le programme Aarogyasri ne permet donc pas de résorber les inégalités d'accès aux soins, notamment entre les hommes et les femmes, peu importe la catégorie d'âge considérée. L'utilisation des services traduit cette inégalité, avec une utilisation des actes différente en fonction du genre, mais aussi une utilisation des structures de soins variables. Cela se lit ainsi dans la distance parcourue supérieure pour les femmes pour accéder aux services, avec des infrastructures de soins inégalement réparties sur le territoire, et notamment des hôpitaux spécialisés accessibles que dans les échelons territoriaux supérieurs. Cette inefficacité à réduire les inégalités observée en 2013 hypothèque donc l'objectif d'atteindre la CSU, nous pouvons alors nous demander si les freins proviennent d'une surutilisation de certaines catégories populationnelles, ou si d'autres barrières interviennent.

B. Un programme posé comme un exemple à l'échelle de l'Inde pour la réduction des inégalités d'accès aux soins, mais des pratiques compromettant la possibilité d'atteindre la CSU :

L'analyse du programme par le prisme du Levesque Framework et du Cube flottant de la CSU nous permet de questionner la conceptualisation d'Aarogyasri au regard de son objectif de

réduire les inégalités d'accès aux soins au sein de l'Andhra Pradesh. L'analyse des pratiques amène une réflexion sur la possibilité d'atteindre en l'état à moyen ou à long terme la CSU.

1. Le Levesque Framework comme grille d'analyse pour comprendre ces inégalités d'accès aux soins :

Afin de mieux comprendre ces inégalités d'accès aux soins, nous pouvons mobiliser le Levesque Framework (Levesque et alii, 2013) afin d'avoir une grille d'analyse sur les freins potentiels à l'accès à la santé, tout au long du parcours de soins.

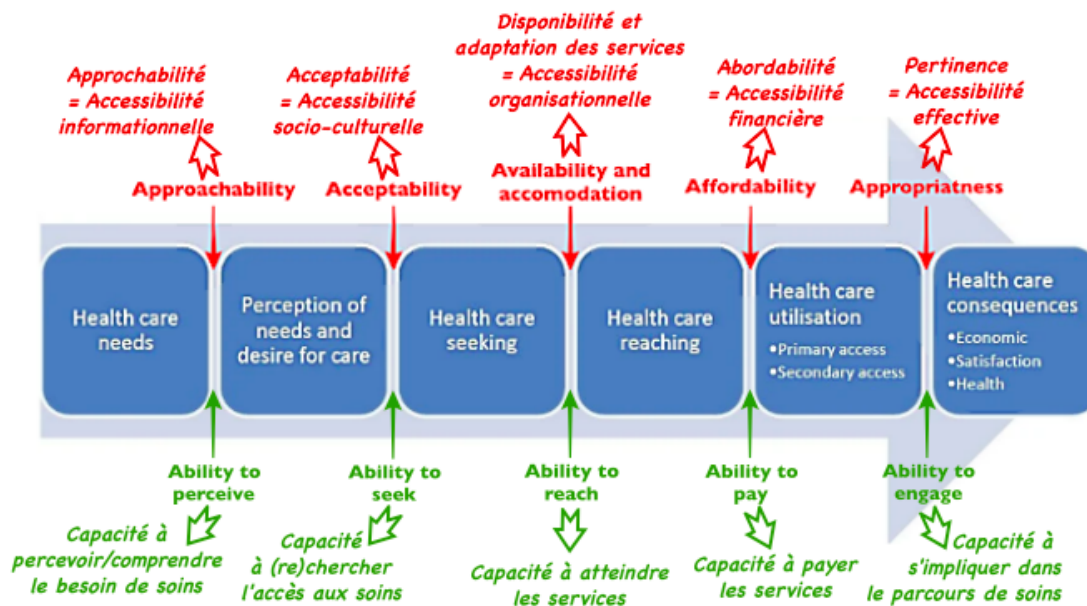


Figure 14 : Levesque Framework traduit (Levesque et alii, 2013).

Les différentes raisons que nous avons pu évoqué précédemment pour justifier de cette différence d'accès aux soins sont donc formalisées dans ce Framework, qui permet de comprendre pourquoi les femmes accèdent moins aux soins que les hommes (moindre littératie en santé du fait notamment d'une éducation moindre chez les femmes, moindre autonomie, des normes et valeurs défavorables aux femmes), mais aussi pourquoi les ST vont être davantage exclues de l'accès à la santé (en lien avec la capacité à atteindre le service).

Le Levesque Framework permet de voir que dans l'accès aux soins, différents paramètres vont faciliter le parcours de soins ou au contraire représenter des freins pour celui-ci. Le capital socio-économique de l'individu va jouer, en ayant des normes et des valeurs similaires à celui du système de soins par exemple, ou en permettant à l'individu de rechercher les soins de manière efficace (capacité financière à mobiliser, proximité avec des services de soins de

qualité). Les individus qui “savent le mieux naviguer dans le système assurantiel” (Prasad, 10 août 2022, Hyderabad) vont davantage utiliser le service, ou l’utiliser de manière plus efficiente. L’accès à la santé va dépendre non seulement des capacités des individus, mais aussi de l’accessibilité des services de soins. Ce cadre de référence nous donne l’occasion de questionner la conceptualisation du service, et comment la formalisation de celui-ci favorise ou non l’accès aux soins de tous.

En effet, le programme Aarogyasri est censé permettre la réduction des inégalités de santé, afin d’abaisser la barrière que constitue le facteur financier dans l’accès aux soins. Cela se retrouve ici dans le Levesque Framework avec la notion d’ “affordability”, constituant en les coûts directs, indirects et d’opportunité que l’accès à la santé peut représenter. Le programme assurantiel peut donc venir réduire ces coûts, avec dans le cadre d’Aarogyasri une prise en charge des dépenses liés aux soins définis par le programme, mais aussi des coûts de transports avec la mise en place d’un service d’ambulances gratuites (le service 108). Cependant, si les études réalisées montrent qu’il y a un effet positif sur le montant du reste à charge des patients pour les usagers d’Aarogyasri, c’est seulement pour les usagers les moins vulnérables que cette réduction est notable (Rao et alii, 2014). Il y a donc une inégale réussite au sein du programme, qui prolonge les inégalités sociétales et qui ne remplit pas l’objectif d’équité inhérent à la réussite du déploiement d’une CSU.

Les travaux réalisés sur Aarogyasri, montre aussi une méconnaissance de ce qu’implique la prise en charge du programme, avec seulement 25% des usagers interrogés conscients de la limite monétaire que comporte le programme. 60% de ces individus vont également avancer que le programme couvre tous les problèmes de santé, et uniquement 16% des personnes connaissent l’existence des Aarogyasmitras, qui font le lien entre l’usager, la structure hospitalière et informent sur ce qu’est Aarogyasri (Rao et alii, 2016). Il paraît donc non seulement y avoir des freins individuels expliquant ce différentiel dans l’accès aux soins, mais aussi des freins institutionnels avec une mauvaise communication autour du programme, induisant par la suite un reste à charge important lié entre autres à cette méconnaissance, et comme nous avons pu le voir précédemment un problème de disponibilité des services. En effet, les structures hospitalières Aarogyasri sont inégalement réparties sur le territoire de l’Andhra Pradesh, ne sont pas toutes également dotées en termes de qualité des infrastructures (ou de matériels et de ressources humaines), et ne sont pas également accessibles pour tous (avec des infrastructures de transports qui peuvent influencer aussi sur l’accès aux soins). Le programme Aarogyasri passé au crible du Levesque Framework paraît donc pâtir d’un manque de prise en compte des freins environnant l’aspect financier, alors même que ne

travailler que sur une barrière potentielle d'accès aux soins ne suffit pas pour permettre à tous un accès effectif, comme les données de remboursement d'Aarogysri nous le révèlent.

2. La conceptualisation du programme comme responsable des inégalités d'accès aux soins au sein d'Aarogysri :

L'utilisation des soins au sein d'Aarogysri nous révèle donc que si le service est accessible de manière théorique peu importe le genre, la caste et la catégorie d'âge (en faisant abstraction de la volonté affichée de fournir un accès aux soins aux plus vulnérables et à atteindre la CSU), en pratique la réalité est tout autre. La représentation des catégories populationnelles nous montre qu'un biais genré, en faveur des adultes dans leur période d'activité professionnelle et des castes les moins défavorisées a émergé.

La question est donc de savoir si ce biais genré est issu d'une mauvaise utilisation du programme, ou s'il provient de la manière dont a été conçu celui-ci. Nous pouvons répondre à cette question à l'aide du Cube Flottant de la CSU, évoqué plus tôt (Soors et alii, 2016).

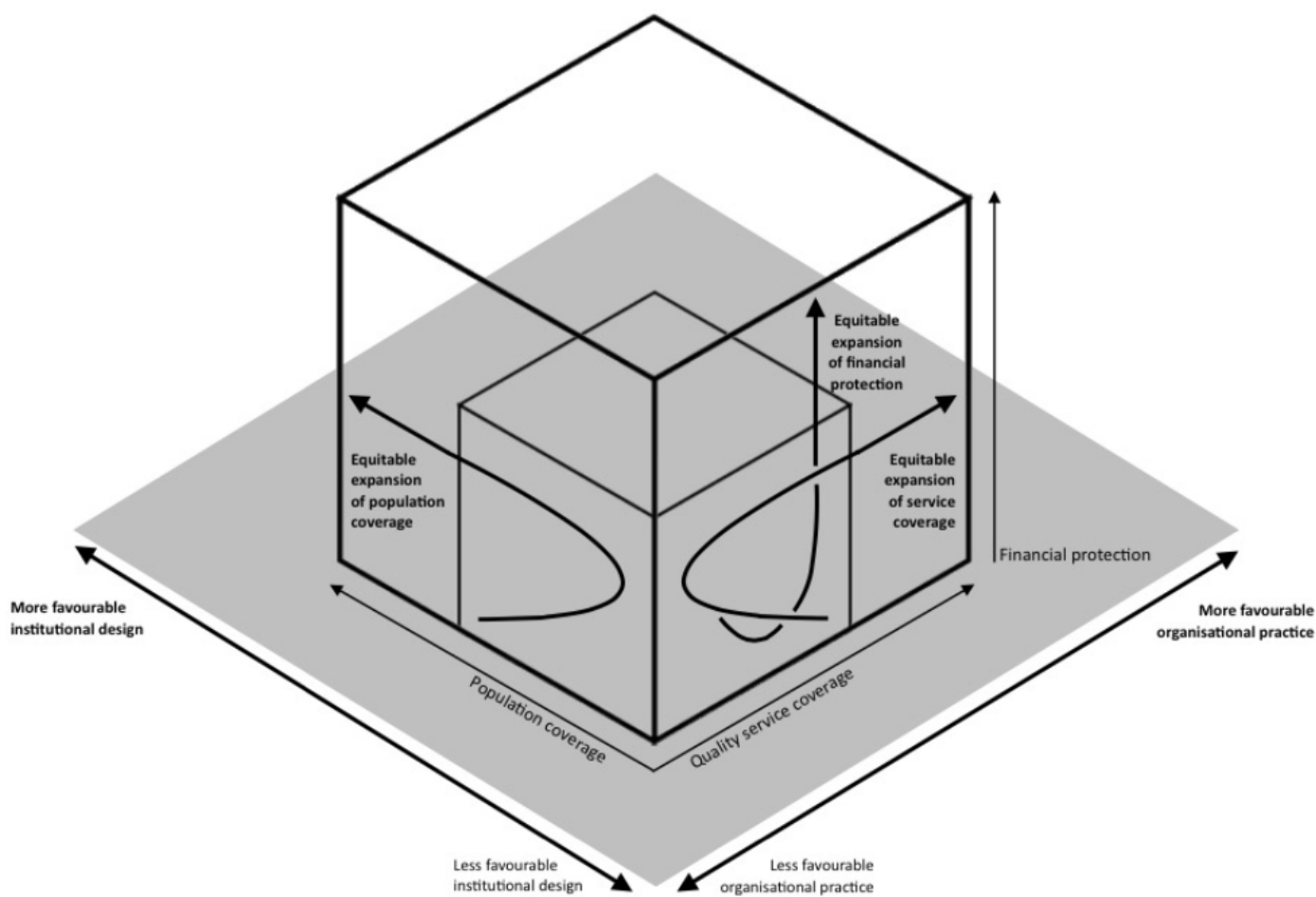


Figure 15 : Cube flottant de la Couverture Santé Universelle (Soors et alii, 2016).

Ce cube a ainsi comme base le Cube de la CSU en introduisant la notion d'équité en santé, mais aussi en appelant à s'intéresser aux systèmes de soins par le contexte socio-économique dans lesquels ils s'inscrivent, mais aussi par leur conceptualisation d'origine et les pratiques organisationnelles qui les animent.

L'un des ajouts du cube flottant de la CSU par rapport au modèle originel va porter sur la conceptualisation institutionnelle des systèmes de soins, afin de s'assurer que celle-ci prenne en compte dans l'idéal toutes les potentielles barrières dans l'accès aux soins, afin d'y répondre dans la mise en oeuvre du système. Le Levesque Framework peut alors être utilisé afin de passer au crible les problèmes systémiques et ce qui peut freiner l'accès à la santé, tout au long du parcours de soins, que ce soit du côté de l'accessibilité des services ou alors des capacités des individus à y accéder. La conceptualisation d'un programme de santé peut donc dès l'origine présager d'une inéquité dans l'accès aux soins. C'est de ce fait le cas dans le programme Aarogyasri, avec d'une part des services qui ne vont pas répondre aux besoins

d'une grande partie des individus les plus vulnérables, mais aussi dans la couverture de la population.

En ce qui concerne les actes couverts par Aarogyasri, ce sont des soins du tertiaire, curatif, nécessitant dans nombre de cas une hospitalisation. L'objectif est de couvrir les actes les plus coûteux, mais qui sont aussi plus rares. Les actes réalisés en ambulatoire, les soins préventifs ou de suivi ne sont donc pas (ou très peu) concernés par ce programme, alors même qu'en vérité ce sont eux qui coûtent le plus cher pour les patients, du fait de leur répétition dans le temps. Le niveau d'impact sur la santé des individus est donc bas, du fait de cette focalisation sur les soins tertiaires (Shukla et alii, 2011). Cette concentration sur le curatif vient de l'idée que les soins primaires et secondaires sont déjà pris en charge par d'autres programmes, ou par le système de santé public (ibid). Néanmoins, cela exclut en pratique nombre d'actes qui pourraient conduire à résorber les inégalités d'accès aux soins dans la société. Nous pouvons parler des actes pédiatriques pour les enfants, avec ici dans le cadre du programme uniquement des actes très lourds et rares (cancérologie notamment). Nous pouvons aussi évoquer tout ce qui a trait à la gynécologie pour les femmes, puisqu'il s'agit d'une catégorie d'actes cruciale pour celles-ci, et qui est ici absente du programme. Enfin pour les personnes âgées, l'absence d'actes de rhumatologie interroge. En effet, si la catégorie d'actes existe, elle concerne quasiment exclusivement les soins liés au lupus, pathologie concernant les femmes enceintes ou en âge de procréer. Or, la rhumatologie ne peut être réduite à cela, et est habituellement surtout utilisée par les personnes âgées, de manière importante. Nous avons donc dans le programme Aarogyasri une absence d'actes médicaux à destination des populations les plus vulnérables et qui nécessiteraient une attention particulière pour renforcer leurs accès aux soins. Les services inclus ne sont donc pas adaptés à une partie de la population et vont favoriser certains utilisateurs. La répartition inégale des structures de soins Aarogyasri sur le territoire en est un autre exemple, en favorisant les personnes vivant à proximité des grandes villes. L'utilisation plus forte d'Aarogyasri par les usagers vivant à proximité des hôpitaux du réseau, démontrée dans certaines études, illustre cette influence de la barrière géographique et sa persistance (Dhanaraj, 2016). Également, l'exclusion de tout acte de prévention dans le programme apparaît comme contre-productif du fait des actes utilisés majoritairement au sein d'Aarogyasri. En effet, la prévention a un effet certain sur la réduction des maladies cardiovasculaires et des actes de traumatologie, mettre en place des actions en amont permettrait ainsi d'amoindrir la prévalence de ces pathologies, ce qui agirait efficacement sur les dépenses en santé des individus (Shaikh et alii, 2015). Ce n'est néanmoins pas le choix réalisé en Andhra Pradesh. Également, si des services annexes au

programme d'assurance maladie doivent aider à réduire ces barrières dans l'accès aux soins (le service d'ambulance gratuite par exemple), en pratique la réalité est toute autre.

3. Un programme qui en pratique ne tient pas ses promesses :

En effet, si la conception du programme favorise l'inégalité dans l'accès aux soins, les pratiques organisationnelles vont dans ce sens également. De ce fait, en pratique si un système de transport gratuit existe (ambulances gratuites avec le service 108), tous ne connaissent pas ce service ou tous ne se font pas rembourser le transport (Nagulapalli et alii, 2015 ; Prasad, 2020). Une ligne d'écoute fournissant des conseils en termes de santé et redirigeant vers les structures de soins, le service 104, existe aussi, mais n'est pas connue ou appropriée par tous. C'est ainsi ce que l'observation à l'hôpital public MNJ a révélé. Une travailleuse sociale faisant le lien entre les malades Aarogyasri et l'hôpital a, à cette occasion, parlé du fait que les services 108 et 104 n'étaient pas utilisés par la majorité des patients qu'elle était amenée à rencontrer. Si en pratique le programme couvre donc plusieurs barrières dans l'accès aux soins, la barrière financière mais aussi l'accessibilité en termes d'information délivrée, en pratique la sensibilisation fait défaut pour avoir une utilisation effective du programme (Rao et alii, 2014).

Au-delà de ce manque de sensibilisation et de connaissance de la part des usagers potentiels du programme, un manque de contrôle induit en pratique une mauvaise utilisation du programme par les structures de soins privés. Celles-ci représentent un poids majeur dans le programme (70% des hôpitaux), le programme est donc structuré autour des hôpitaux privés. Les opérateurs privés vont ainsi avoir un poids décisionnel certain, influençant les actes pris en charge par le programme, mais aussi le montant alloué pour chaque acte. Leur participation et leur poids dans la décision est d'autant plus incontournable que les hôpitaux privés possèdent des équipements de pointe et des professionnels de soins en nombre, ce qui du fait d'un manque d'investissement fait défaut au public. Le privé a donc la possibilité de faire du lobbying en se servant de cette monnaie d'échange, et joue de cette position pour accroître ses gains. C'est d'ailleurs ce qu'illustre la décision en 2011 de l'Etat central de ne pas répondre à la demande de l'Andhra Pradesh de participer au financement d'une partie du programme, au motif que cela représentait une "cash cow" pour les hôpitaux privés (Reddy et alii, 2013). Le poids du privé n'aide pas par la suite à la mise en place d'un système de contrôle des pratiques au sein du programme, avec des actes de chirurgies abusives répertoriées, avec le cas emblématique des hystérectomies abusives dans l'État (Prasad, 2020). L'un des

professionnels rencontré au sein de l'hôpital public MNJ à Hyderabad avançait ainsi le fait que l'accès aux soins dans les hôpitaux privés Aarogyasri représentait un coût élevé pour les usagers, ce qui les poussait ensuite à retourner vers le public. Des dépassements de coûts sont ainsi fréquents dans ces hôpitaux, avec des cas aussi de refus de prise en charge d'actes compliqués ou ne rapportant que peu (Prasad, 2020).

Le programme est donc moins vu comme un outil démocratisant l'accès aux soins qu'une ouverture du marché sanitaire à de nouveaux consommateurs, et donc l'arrivée d'une nouvelle manne financière pour les hôpitaux privés. Les patients vont avoir le choix dans l'accès aux soins et se tournent vers le privé, perçu comme fournissant de meilleurs services et plus nombreux dans le cadre d'Aarogyasri. Nombre de dysfonctionnements repérés dans le programme Aarogyasri pourraient enfin être réduits en passant d'un système de paiement par procédure (avec les risques d'actes abusifs par exemple), à une enveloppe globale par hôpitaux, puisque le système actuel révèle son inefficience (Shukla et alii, 2011). Le risque serait cependant de voir alors les hôpitaux privés quitter le programme, du fait d'une perte d'attractivité de celui-ci pour eux du fait de la baisse de financement occasionnée. Le programme pour atteindre son objectif de réduire le reste à charge des patients devrait aussi davantage reposer sur un système médical de référence, avec un accès aux soins utilisés aux différentes échelles en fonction des besoins en santé (Mitchell, 2011). En plus de cela, l'autre moyen de baisser ces dépenses de santé serait un meilleur contrôle des hôpitaux privés (ibid). Néanmoins, pour restaurer ce système de référence et améliorer le contrôle au sein du programme, encore faut-il une volonté politique et institutionnelle.

4. Le contexte économique, politique et institutionnel comme responsable de la dynamique du programme :

Cette faillite du système de référence, avec l'importance d'avoir des structures de soins de qualité aux différentes échelles géographiques, joue sur la dynamique du programme, avec seulement en 2009 10% des hôpitaux du programme (dans les aires géographiques de 4 grandes villes) qui polarisent plus de la moitié des actes du programme. Pour Prasad, cette destruction du système de référence a été encouragée par le gouvernement, qui pousse à l'accroissement du secteur hospitalier privé (entretien Prasad, 10 août 2022, Hyderabad). Celui-ci est historiquement développé en Andhra Pradesh, et au sein même des hôpitaux publics les services sont peu à peu privatisés (matériel, sécurité, etc) (Prasad, 2020). Cela

donne plus de poids au privé pour influencer le programme, ce qui est d'autant plus vrai que les hôpitaux privés étant les mieux pourvus en termes de matériels, le programme ne peut se passer d'eux (ibid). Le programme est donc fortement orienté par le lobbying des hôpitaux privés, à l'œuvre dans le système de santé de manière globale en Inde (Lefebvre, 2007), mais les collusions public-privé ne s'arrêtent pas là. En effet, à son lancement le programme Aarogyasri fonctionnait avec une compagnie d'assurance privé ne disposant pas de part de marché justifiant ce choix, la STAR Health and Allied Company basée à Chennai et créée en 2007. Or, celle-ci grâce au programme a pu s'assurer une situation florissante pour lancer son propre hôpital privé, aujourd'hui accrédité par Aarogyasri (Entretien Prasad, 10 août 2022, Hyderabad). Il y a donc ici un jeu de chaise musical révélateur des liens privilégiés du privé et du public.

En plus des critiques soulevées quant à la réussite de l'objectif affiché de réduire le reste à charge des patients et de fournir un accès médical aux patients vivant sous le seuil de pauvreté, d'autres critiques ont pu cibler davantage la soutenabilité financière du programme (Reddy et alii, 2013). Les coûts engendrés sont importants, du fait des primes versées pour tout nouveau patient enregistré ou encore pour financer les soins et les services annexes. Ainsi en 2009 près d'un quart du budget alloué à la santé en Andhra Pradesh était utilisé par le service (Reddy et alii, 2013), questionnant même au sein du Aarogyasri Health Care Trust sur la soutenabilité financière du programme (ibid). Or, en parallèle le système hospitalier public manque d'investissement et donc du matériel nécessaire, n'arrive pas à conserver ses professionnels de santé et à avoir un fonctionnement satisfaisant (Mitchell, 2011). Cette différence de financement (et d'infrastructures) entre le public et le privé est ainsi particulièrement visible, comme les observations au sein de l'hôpital public MNJ et de l'hôpital privé Basavatarakam Indo American Cancer ont pu le montrer. La différence est frappante entre le public et le privé, avec d'un côté un bâtiment défraîchi, des patients en grand nombre et du matériel sommaire. De l'autre côté, l'intérieur de l'hôpital privé était moderne, avec du personnel médical nombreux et disponibles. Dans cette optique, sachant que les territoires ruraux n'ont que des structures hospitalières publiques sur leur territoire, un investissement dans les structures de soins publics serait nécessaire, pour permettre un accès aux soins plus équitable au niveau territorial. Cependant, seuls deux canaux paraissent parvenir à retenir l'attention des institutions : le lobbying du privé, ou les protestations de la population (Entretien Prasad, 10 août 2022, Hyderabad). Cela vient de l'objectif central du programme, avec sans doute une visée électoraliste cachée et que l'on pourrait qualifier de populiste (ibid). Effectivement, Aarogyasi a une image très positive auprès de la population, ce qui profite aux responsables politiques. Le programme n'a d'ailleurs pas été remis en cause

depuis sa création, et se poursuit encore en 2022. La deuxième catégorie d'acteurs profitant de ce programme est celle constituée des hôpitaux privés, pour qui le programme signifie l'accès à une nouvelle part de marché. Le programme a principalement servi à accroître le poids des hôpitaux privés (notamment financiers), comme cela a pu être le cas avec les programmes Medicaid et Medicare aux Etats-Unis. Ces derniers devaient de la même manière qu'Aarogyasri améliorer l'accès aux soins, en permettant l'accès pour les patients pauvres. Cependant, le résultat a été le renforcement du secteur privé, ce que nous lisons aussi dans l'assurance maladie Aarogyasri.

S'interroger sur le devenir du programme est intéressant dans le contexte de l'Andhra Pradesh puisqu'en 2014 la décision de la partition du Telangana et de l'Andhra Pradesh a été décidée, avec comme capitale commune Hyderabad pendant 10 ans encore. Le programme Aarogyasri a survécu à cette séparation, en étant maintenu dans les deux Etats. Or, Hyderabad attirant jusqu'ici nombre d'utilisateurs du programme du fait de l'offre médicale notamment, la séparation effective des deux programmes, en excluant pour les usagers venant d'Andhra Pradesh la possibilité de se rendre dans un hôpital d'Hyderabad promet de rebattre les cartes dans l'utilisation du programme. Ce sera le cas particulièrement sur l'utilisation territoriale du service, avec potentiellement un choix de la part des gouvernements respectifs de développer de manière plus équitable sur le territoire les structures de soins.

Limites :

Différentes limites sont inhérentes à cette étude. En termes d'analyse, le manque de temps n'a pas permis d'aller aussi loin dans le traitement des données que ce que nous aurions souhaité. A titre d'exemple, les écarts-types des distances entre mandal d'origine et hôpital renseignés durant cette étude n'ont pas été soumis à une analyse plus approfondie, laissant la place simplement à une description basique des distances en termes de moyenne, médiane et quartiles. Nous n'avons pu aussi avoir un traitement cartographique des données suffisamment abouti pour le partager ici, tout comme nous n'avons pu réaliser une analyse plus fine du programme, par patient et non plus par acte.

Également, une analyse qualitative plus approfondie permettrait d'enrichir l'analyse quantitative, en caractérisant davantage les usagers et en en apprenant davantage sur leur perception du programme. Avoir l'occasion de rencontrer des membres du Aarogyasri Health Care Trust aurait ainsi été intéressant, tout comme la réalisation de plus d'observation dans les hôpitaux en Andhra Pradesh.

Conclusion

Le programme Aarogyasri a comme objectif de permettre un accès aux soins pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, en leur offrant la possibilité financière d'accéder à un ensemble de soins curatifs, coûteux et donc souvent inaccessibles pour une partie de la population. L'idée à moyen terme est d'atteindre la CSU, en donnant une couverture sanitaire notamment pour ceux qui se trouvent le plus éloignés de l'accès à la santé. Cela inclut les SC et les ST, mais aussi les femmes, les enfants et les personnes âgées. Cependant, l'analyse descriptive que nous avons menée sur les données de remboursement du programme pour l'année 2013 nous apprend que la cible de résorption des inégalités est manquée, avec au contraire une intersectionnalité de ces inégalités. Le programme est alors le reflet des inégalités à l'oeuvre dans la société, avec des soins dégageant le profil d'un utilisateur de sexe masculin, issu des BC et provenant de la catégorie d'âge présentant une part écrasante d'actifs.

Nous pouvons nous demander au regard de tout cela si le programme est réellement conçu pour résorber les inégalités d'accès aux soins, avec une partie des infrastructures qui ne peuvent accueillir tant de demandes, et une couverture des services hésitant entre universalisme (85% de la population de l'Andhra Pradesh couverte) et discrimination positive (en ciblant les personnes vivant sous le seuil de pauvreté). Également, les soins pris en charge au sein du programme ne permettent pas d'inclure toutes les catégories de la population dans l'assurance maladie de manière équitable. Ils ne vont pas non plus être les plus efficaces pour réduire le reste à charge des patients, ce qui est le but initial et affiché d'Aarogyasri. Cela peut amener une réflexion sur le programme Aarogyasri comme renforçant la discrimination structurelle dans l'accès à la santé, du fait des actes pris en charge, et de la répartition territoriale des structures de soins du programme. Ce programme profite principalement aux hôpitaux privés, en solvabilisant des patients pauvres qui jusqu'ici ne pouvaient pas accéder à leurs services du fait du coût que cela représentait. C'est donc une nouvelle manne financière qui s'offre à eux, d'autant plus que le peu de contrôle et de régulation dans le cadre d'Aarogyasri donne libre court à certains abus de leurs parts. Les autres grands gagnants de ce programme d'assurance maladie vont être les décideurs politiques, puisque ce dernier est posé comme un modèle à l'échelle de l'Inde et est soutenu par la population. Le pouvoir d'Aarogyasri n'est donc pas tant dans ce qu'il permet d'atteindre en termes de résorption des inégalités (même s'il faut garder en tête que cela représente près de 500 000 actes par an),

mais de ce qu'il rapporte au niveau électoral. Atteindre la CSU à moyen ou à long terme en conservant le programme tel qu'il est paraît par conséquent illusoire.

La partition effective de l'Andhra Pradesh et du Telangana en 2024 promet aussi de rebattre les cartes en ce qui concerne le programme, du fait de la polarisation des soins à Hyderabad. Cela peut aussi être une opportunité à saisir pour les gouvernements de se questionner sur la répartition territoriale des structures de soins, et repositionner le programme afin de permettre un accès aux soins plus équitable.

Bibliographie

- 63 million Indians are pushed into poverty by health expenses each year—and drugs are the chief cause. (2017, juin 24). Center for Disease Dynamics, Economics & Policy (CDDEP). https://cddep.org/blog/posts/63_million_indians_are_pushed_poverty_health_expenses_each_year-and_drugs_are_chief_cause/
- Al Dahdah, M., & Mishra, R. K. (2022). Digital health for all: The turn to digitized healthcare in India. *Social Science & Medicine*, 114968. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114968>
- Balarajan, Y., Selvaraj, S., & Subramanian, S. V. (2011). Health care and equity in India. *Lancet*, 377(9764), 505-515. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61894-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61894-6)
- Banerjee, A. (1998). Epidemiology of underfive malnutrition : sex differential in health care and nutritional status (underfive malnutrition). *Medical Journal Armed Forces India*, 54(2), 119-120. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(17\)30498-7](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(17)30498-7)
- Banque Mondiale. (s. d.). *Population active, femmes (% de la population active) - India | Data*. Consulté 29 août 2022, à l'adresse <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.TLF.TOTL.FE.ZS?end=2021&locations=IN&start=1990&view=chart>
- Batra, A. K. (2003). Burn mortality: recent trends and sociocultural determinants in rural India. *Burns*, 29(3), 270-275. [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(02\)00306-6](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(02)00306-6)
- Bhaskar |, S. (2019, novembre 28). Swasth Report Of Andhra Pradesh: Improved Health Indicators Make Andhra The Second Healthiest State In India. *NDTV-Dettol Banega Swasth Swachh India*. <https://swachhindia.ndtv.com/swasth-report-of-andhra-pradesh-improved-health-indicators-make-andhra-the-second-healthiest-state-in-india-38494/>
- Census 2011 India. (s. d.). Consulté 29 juillet 2022, à l'adresse <https://www.census2011.co.in/>
- Changes in addressing inequalities in access to hospital care in Andhra Pradesh and Maharashtra states of India: a difference-in-differences study using repeated cross-sectional surveys – ACCESS*. (s. d.). Consulté 20 juin 2022, à l'adresse <https://accessh.org/press/changes-in-addressing-inequalities-in-access-to-hospital-care-in-andhra-pradesh-and-maharashtra-states-of-india-a-difference-in-differences-study-using-repeated-cross-sectional-surveys/>

- Chapitre 3. Améliorer les services de santé de l'Inde. (2014). *Études économiques de l'OCDE*, 17(17), 137-164.
<https://www.cairn.info/revue-etudes-economiques-de-l-ocde-2014-17-page-137.htm>
- Chasles, V. (2007, Mai). *Genre et inégalités de santé, l'exemple des soins maternels en Inde*. Journée Jeunes Chercheurs en Santé, Paris.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00329507/document>
- Chasles, V. (2008). Femmes en Inde. *L'Information géographique*, 72(1), 57-69.
<https://doi.org/10.3917/lig.721.0057>
- Chasles, V. (2011). Genre et santé : logiques sociales et pratiques spatiales. In *Santé et géographie* (Editions Economica).
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies, Arbetsrapport, 14*.
- Datta, S. (2020). Political competition and public healthcare expenditure: Evidence from Indian states. *Social Science & Medicine*, 244, 112429.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112429>
- Debnath, S., & Jain, T. (s. d.). *Social Networks and Health Insurance Utilization*. 21.
- Dhanaraj, S. (2016). Economic vulnerability to health shocks and coping strategies: evidence from Andhra Pradesh, India. *Health Policy and Planning*, 31(6), 749-758.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czv127>
- Fadlallah, R., El-Jardali, F., Hemadi, N., Morsi, R. Z., Abou Samra, C. A., Ahmad, A., Arif, K., Hishi, L., Honein-AbouHaidar, G., & Akl, E. A. (2018). Barriers and facilitators to implementation, uptake and sustainability of community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0721-4>
- Fan, V. Y., Karan, A., & Mahal, A. (2012). State health insurance and out-of-pocket health expenditures in Andhra Pradesh, India. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(3), 189-215. <https://doi.org/10.1007/s10754-012-9110-5>
- Globale Compact Network India, & Deloitte. (2019). *Opportunity or Challenge? Empowering women and girls in India for the Fourth Industrial Revolution*. https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/in/Documents/about-deloitte/UNGCNI_black_final%20v6%20web%20high%20res.pdf
- Gouvernement of Andhra Pradesh. (s. d.). *The Annual Statistical Report 2011-2012*.
- Gouvernement of Telangana. (s. d.). *The Annual Statistical Report 2017-18*.

- Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24(1), 23-38. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0023>
- Guilmoto, C. Z. (2008). L'inscription spatiale de la discrimination de genre en Inde. Effets des distances sociale et géographique. *L'Espace géographique*, 37(1), 1-15. <https://doi.org/10.3917/eg.371.0001>
- Guilmoto, C. Z., Saikia, N., Tamrakar, V., & Bora, J. K. (2018). Excess under-5 female mortality across India: a spatial analysis using 2011 census data. *The Lancet Global Health*, 6(6), e650-e658. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30184-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30184-0)
- Inégalités de genre et restrictions spatiales. L'exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale* | Cairn.info. (s. d.). Consulté 12 septembre 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-2-page-37.htm>
- Jaffrelot, C. (2019). *L'Inde contemporaine. De 1950 à nos jours*.
- Jeffery, R. (1988). *The politics of health in India*.
- Kumar, A. (2010). Understanding Lohia's Political Sociology: Intersectionality of Caste, Class, Gender and Language. *Economic and Political Weekly*, 45(40), 64-70. <https://www.jstor.org/stable/25742148>
- Kumar, A. S., Chen, L. C., Choudhury, M., Ganju, S., Mahajan, V., Sinha, A., & Sen, A. (2011). Financing health care for all: challenges and opportunities. *The Lancet*, 377(9766), 668-679. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61884-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61884-3)
- La santé, parent pauvre des budgets publics en Inde* | Alternatives Economiques. (s. d.). Consulté 17 juin 2022, à l'adresse <https://www.alternatives-economiques.fr/benedicte-manier/sante-parent-pauvre-budgets-publics-inde/00099186>
- Lefebvre, B. (2007). De la planification au marché. *Transcontinentales. Sociétés, idéologies, système mondial*, 5, 39-55. <https://doi.org/10.4000/transcontinentales.693>
- Lefebvre, B. (2011). *Les services hospitaliers à Delhi : planification, privatisation et gouvernance urbaine* [Rouen]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00782264/document>
- Les inégalités de genre en Inde — Géoconfluences*. (s. d.). [Document]. Consulté 28 juillet 2022, à l'adresse <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-regionaux/le-monde-indien-populations-et-espaces/corpus-documentaire/inegalites-genre-inde>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

- Marius, K. (2017). L'Inde : la loi avance, le patriarcat résiste. *Travail, genre et sociétés*, 38(2), 193-199. <https://doi.org/10.3917/tgs.038.0193>
- Mathevet, I. (2021). Does Health Insurance Improve Health Access? Evidence from RSBY Health Insurance for Below Poverty Line households in India. *Revue internationale des études du développement*, 247(3), 61-106. <https://doi.org/10.3917/ried.247.0061>
- Ministry of Finance (2019). *Expenditure Profile 2020-2021*.
- Mitchell, A., Mahal, A., & Bossert, T. (2011). Healthcare Utilisation in Rural Andhra Pradesh. *Economic and Political Weekly*, 46(5), 15-19. <https://www.jstor.org/stable/27918082>
- Nagulapalli, S., & Rokkam, S. R. (2015). Should Governments engage health insurance intermediaries? A comparison of benefits with and without insurance intermediary in a large tax funded community health insurance scheme in the Indian state of Andhra Pradesh. *BMC Health Services Research*, 15, 370. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1028-4>
- National Portal of India (2019). *Ayushman Bharat Yojana*. Consulté 13 septembre 2022, à l'adresse https://www.nhp.gov.in/ayushman-bharat-yojana_pg
- National Portal of India. (s. d.). *Social Development*. Consulté 29 août 2022, à l'adresse <https://www.india.gov.in/topics/social-development>
- OMS. (2010). *Health systems financing : the path to universal coverage*.
- ONU. (s. d.). Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous. *Développement durable*. Consulté 30 juin 2022, à l'adresse <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
- Prasad, P. (2020). Healthcare Models in the Era of Medical Neo-liberalism. *Economic and political weekly*, XLVII, 118-126.
- Prinja, S., Chauhan, A. S., Karan, A., Kaur, G., & Kumar, R. (2017). Impact of Publicly Financed Health Insurance Schemes on Healthcare Utilization and Financial Risk Protection in India: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 12(2), e0170996. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170996>
- Ramesh, S., & Ajmeera, D. R. N. (s. d.). *Performance of aarogyasri health care scheme in telangana state - a study in khammam district*. 03(05), 5.
- Rao, K. D., Nagulapalli, S., Arora, R., Madhavi, M., Andersson, E., & Ingabire, M.-G. (2016). An Implementation Research Approach to Evaluating Health Insurance Programs: Insights from India. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(5), 295-299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.32>
- Rao, M., Katyal, A., Singh, P. V., Samarth, A., Bergkvist, S., Kancharla, M., Wagstaff, A., Netuveli, G., & Renton, A. (2014). Changes in addressing inequalities in access to hospital

- care in Andhra Pradesh and Maharashtra states of India: a difference-in-differences study using repeated cross-sectional surveys. *BMJ Open*, 4(6), e004471. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004471>
- Rao, M., Rao, K. D., Kumar, A. K. S., Chatterjee, M., & Sundararaman, T. (2011). Human resources for health in India. *Lancet (London, England)*, 377(9765), 587-598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61888-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61888-0)
- Rao, M., Singh, P. V., Katyal, A., Samarth, A., Bergkvist, S., Renton, A., & Netuveli, G. (2016). Has the Rajiv Aarogyasri Community Health Insurance Scheme of Andhra Pradesh Addressed the Educational Divide in Accessing Health Care? *PLOS ONE*, 11(1), e0145707. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145707>
- Reddy, S., & Mary, I. (2013). Aarogyasri Scheme in Andhra Pradesh, India: Some Critical Reflections. *Social Change*, 43(2), 245-261. <https://doi.org/10.1177/0049085713492275>
- Sachs, J. (2005). *Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement*. Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies.
- SAMPLE REGISTRATION SYSTEM (SRS). (2022). *Special bulletin on maternal mortality in india 2017-19*. file:///Users/adele/Downloads/SRS_MMR_Bulletin_2017_2019.pdf
- Savitha, B. (2017). Why Members Dropout? An Evaluation of Factors Affecting Renewal in Micro Health Insurance. *Journal of Health Management*, 19(2), 292-303. <https://doi.org/10.1177/0972063417699691>
- Sen, A. (1990). More than 100 million women are missing. *The New York Review of Books*, 37.
- Shaikh, M., Woodward, M., Rahimi, K., Patel, A., Rath, S., MacMahon, S., & Jha, V. (2015). Use of major surgery in south India: A retrospective audit of hospital claim data from a large, community health insurance program. *Surgery*, 157(5), 865-873. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.01.002>
- Shajarizadeh, A., & Grépin, K. A. (2022). The impact of institutional delivery on neonatal and maternal health outcomes: evidence from a road upgrade programme in India. *BMJ Global Health*, 7(7), e007926. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007926>
- Sheeba, A., & Anbu, S. (2020). *Health Care System in India : An Overview* (p. 215-218).
- Sheikh, K., Saligram, P. S., & Hort, K. (2015). What explains regulatory failure? Analysing the architecture of health care regulation in two Indian states. *Health Policy and Planning*, 30(1), 39-55. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt095>
- Somanathan, R. (2008). La demande pour le « désavantage ». *Afrique contemporaine*, 226(2), 111-131. <https://doi.org/10.3917/afco.226.0111>

- Srivatsan, R., Shukla, R., & Shatrugna, V. (2015). Aarogyasri Healthcare Model: Advantage Private Sector. *Economic and Political Weekly*, 7-8. <https://subscription.epw.in/journal/2011/49/insight/aarogyasri-healthcare-model-advantage-private-sector.html>
- StatisticsTimes.com. (s. d.). *Population of Andhra Pradesh*. Consulté 2 août 2022, à l'adresse <https://statisticstimes.com/demographics/india/andhra-pradesh-population.php>
- The uterus snatchers of Andhra | India News - Times of India*. (s. d.). Consulté 7 juillet 2022, à l'adresse <https://timesofindia.indiatimes.com/india/The-uterus-snatchers-of-Andhra/articleshow/6239344.cms>
- Vaddiraju, A. K. (2020). The Mandal System in Telangana and Andhra Pradesh. *Economic & Political Weekly*. http://www.isec.ac.in/PE_LV_12_210320_Anil_Kumar_Vaddiraju.pdf
- Vilms, R. J., McDougal, L., Atmavilas, Y., Hay, K., Triplett, D. P., Silverman, J., & Raj, A. (s. d.). Gender inequities in curative and preventive health care use among infants in Bihar, India. *Journal of Global Health*, 7(2), 020402. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.020402>
- Yellaiah, J. (2013). Health Insurance in India: Rajiv Aarogyasri Health Insurance Scheme in Andhra Pradesh. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 8(1), 7-14. <https://doi.org/10.9790/0837-0810714>
- Zodpey, S., & Farooqui, H. H. (2018). Universal Health Coverage in India: Progress achieved & the way forward. *The Indian Journal of Medical Research*, 147(4), 327-329. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_616_18

Annexes

Annexe 1 : Tableaux comparant les catégories d'âge en fonction du genre, au sein de la population de l'Andhra Pradesh et en fonction des actes du programme Aarogyasri en 2013.

Âge	Femme	Homme	Différentiel Homme/Femme	Pourcentage différentiel Homme/Femme
0-4 ans	11201	17717	6,516	158%
5-9 ans	3570	6357	2,787	178%
10-14 ans	4645	8848	4,203	190%
15-19 ans	5241	11334	6,093	216%
20-24 ans	6573	16962	10,389	258%
25-29 ans	10098	19390	9,292	192%
30-34 ans	14446	21646	7,200	150%
35-39 ans	18991	23388	4,397	123%
40-44 ans	25234	27720	2,486	110%
45-49 ans	24416	28505	4,089	117%
50-54 ans	25388	30546	5,158	120%
55-59 ans	19386	24409	5,023	126%
60-64 ans	17202	21520	4,318	125%
65-69 ans	12377	14720	2,343	119%
70-74 ans	6969	8958	1,989	129%
75-79 ans	2633	3532	899	134%
80-84 ans	835	1102	267	132%
85-89 ans	208	283	75	136%
90-94 ans	47	62	15	132%
95+ ans	6	15	9	250%
Total	209466	287014		

Tableau 1 : Décomposition de l'utilisation du programme Aarogyasri en termes de genre et de catégories d'âge.

Âge	Femme	Homme	Différentiel Homme/Femme	Pourcentage différentiel Homme/Femme
0-4 ans	3048878	3235887	187,009	106%
5-9 ans	3544034	3760398	216,364	106%
10-14 ans	3992711	4208884	216,173	105%
15-19 ans	3897440	4196307	298,867	108%
20-24 ans	4076397	4055697	-20,700	99%
25-29 ans	3989149	3809887	-179,262	96%
30-34 ans	3283964	3300407	16,443	101%
35-39 ans	3308827	3198512	-110,315	97%
40-44 ans	2605075	2794398	189,323	107%
45-49 ans	2282636	2374633	91,997	104%
50-54 ans	1794803	1862583	67,780	104%
55-59 ans	1559059	1350539	-208,520	87%
60-64 ans	1714073	1485764	-228,309	87%
65-69 ans	1133494	1034360	-99,134	91%
70-74 ans	766615	752743	-13,872	98%
75-79 ans	329515	307474	-22,041	93%
80-84 ans	252058	194607	-57,451	77%
85-89 ans	85517	64668	-20,849	76%
90-94 ans	54403	38256	-16,147	70%
95+ ans	36238	28456	-7,782	79%
Total	41754886	42054460		

Tableau 2 : Répartition de la population en Andhra Pradesh en termes de genre et de catégories d'âge

LENORMAND

Adèle

23 septembre 2022

Master 2 Promotion de la Santé et Prévention

2022

La Couverture Santé Universelle au prisme du genre en Andhra Pradesh : analyse quantitative du programme d'assurance maladie Aarogyasri.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Rennes

Résumé :

Contexte : En 2006, l'ONU pose comme objectif la Couverture Santé Universelle (CSU), pour un accès à des soins de qualité pour tous. Or, l'Inde se caractérise par des inégalités d'accès aux soins inter-étatiques et au sein des Etats. L'Andhra Pradesh ne fait pas figure d'exception, conduisant en 2007 à la mise en place par le gouvernement du programme d'assurance maladie Aarogyasri pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, avec en ligne de mire la CSU. Les inégalités genrées d'accès aux soins en Inde étant un enjeu de santé publique, nous avons analysé l'efficacité du programme Aarogyasri au prisme du genre, en cumulant d'autres variables susceptibles d'aggraver cette exclusion dans l'accès aux soins.

Méthodes : L'analyse menée dans cette étude se base sur une méthode mixte, alliant analyse quantitative et analyse qualitative, sans oublier une revue de littérature approfondie. L'étude quantitative a porté sur les données de remboursement du programme d'assurance maladie Aarogyasri en Andhra Pradesh en 2013, avec des analyses descriptives univariées et multivariées, et une analyse de l'utilisation spatiale du programme afin d'obtenir une matrice de distances pour l'accès aux soins. Enfin, une semaine de terrain à Hyderabad a permis de rencontrer des chercheurs et de réaliser des observations dans des hôpitaux du programme.

Résultats : Les actes du programme Aarogyasri nous dessinent le profil d'un utilisateur masculin, issu des Backward Castes (BC) et dans la catégorie d'âge de 35 à 60 ans. Les polytraumatismes sont les soins les plus pris en charge pour les hommes, alors que pour les femmes il s'agit de la cancérologie. L'utilisation territoriale au sein du programme est un reflet

de la répartition inégale des structures de soins Aarogyasri en Andhra Pradesh, mais aussi d'une plus grande distance parcourue par les femmes pour rejoindre les hôpitaux.

Conclusion : Toutes ces données traduisent du prolongement des discriminations structurelles à l'œuvre dans la société au sein du programme, avec une intersection des inégalités dans l'accès aux soins. L'utilisation du programme est aussi un reflet de la manière dont la société considère chaque groupe social, en termes d'utilité sociale et de rôle dévolu à chacun d'entre eux. Les inégalités d'accès aux soins, notamment genrées, ne sont pas résorbées par le programme, ce qui questionne sur la visée réelle d'Aarogyasri, entre calcul politique et objectif de santé publique.

Mots clefs : Couverture Santé Universelle (CSU), Genre, Equité, Egalité, Accès aux soins, Assurance maladie, Aarogyasri, Andhra Pradesh.

Mots clés :

Couverture Santé Universelle (CSU), Genre, Equité, Egalité, Accès aux soins, Assurance maladie, Aarogyasri, Andhra Pradesh

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.